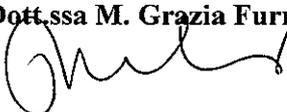
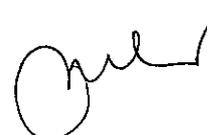
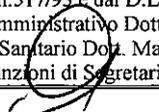


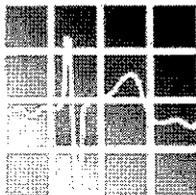
Azienda Ospedaliera Universitaria  
"Policlinico Paolo Giaccone"  
di Palermo



Delibera n. 79 del 31.01.2018

Oggetto: - APPROVAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE 2018 -2020

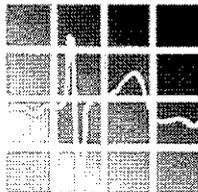
<p><b>Direzione Generale</b></p> <p><b>Il Responsabile dell'Ufficio atti deliberativi e Collegio Sindacale</b></p> <p><b>Il Dirigente Responsabile</b></p> <p><b>Unità di Staff Programmazione e Sviluppo Aziendale</b></p> <p><b>Dott.ssa M. Grazia Furnari</b></p> 	<p><b>Area Gestione Economico - Finanziaria</b></p> <p>Autorizzazione spesa n.</p> <p>Del</p> <p>Conto di costo _____</p> <p>NULLA OSTA in quanto conforme alle norme di contabilità</p> <p><b>Il Responsabile dell'Area Gestione Economico – Finanziaria</b></p>
<p>Ai sensi della Legge 15/68 e della Legge 241/90, recepita in Sicilia con la L.R. 10/91, il sottoscritto attesta la regolarità della procedura seguita e la legalità del presente atto, nonché l'esistenza della documentazione citata e la sua rispondenza ai contenuti esposti.</p> <p><b>Il Responsabile dell'Unità di Staff: Dott.ssa Maria Grazia Furnari</b></p>  <p><b>Il Commissario</b> Dott. Fabrizio De Nicola Nominato con D.P.R.S. n. 392 del 01.08.2017 Con l'intervento, per il parere prescritto dall'art.3 del D.L.vo n. 502/92, così come modificato dal D.l.vo n.517/93 e dal D.L.vo 229/99 del Direttore Amministrativo Dott. Fabrizio Di Bella e del Direttore Sanitario Dott. Maurizio Montalbano Svolge le funzioni di Segretario verbalizzante</p> 	



Azienda Ospedaliera Universitaria  
"Policlinico Paolo Giaccone"  
di Palermo



- VISTO** Il D.lgs 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni operate dai Decreti Legislativi 07.12.1993, n. 517 e 19.06.1999, n. 229;
- VISTO** Il D.lgs 21 dicembre 1999 n. 517, recante "Disciplina dei rapporti fra il Servizio Sanitario Nazionale ed Università", a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1999, n. 419;
- VISTA** La L.R. 14 aprile 2009, n. 5 pubblicata nella GURS parte I n. 17 del 17.04.2009, con la quale sono state stabilite le norme per il riordino del SSR, in conformità ai principi contenuti nel D.lgs 30 dicembre 1992 n. 502 e successiva modifiche ed integrazioni;
- VISTO** Il decreto del 29.01.2015 di approvazione dei protocolli d'Intesa stipulati tra la Regione Siciliana – Assessorato della Salute e le Università di Palermo, pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana il 27.02.2015;
- PREMESSO** che nell'ambito dei principi generali introdotti dal D.lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 ad oggetto "Attuazione della Legge 4 marzo n.15, in materia di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni":
- ogni Pubblica Amministrazione è tenuta a misurare e a valutare la Performance dell'Amministrazione nel suo complesso, con riferimento alle unità organizzative e/o aree di responsabilità in cui si articola e ai dipendenti;
  - la misurazione e la valutazione della Performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti, alla crescita delle competenze professionali e al riconoscimento del merito individuale;
  - le Amministrazioni Pubbliche adottano modalità e strumenti di comunicazione che garantiscano la massima trasparenza delle informazioni concernenti le misurazioni e le valutazioni della Performance;
- CONSIDERATO** che in relazione a quanto sopra, il D.lgs. n.150/2009 all'art. 10 stabilisce l'adozione da parte di ogni Pubblica Amministrazione di un documento programmatico triennale, denominato Piano della Performance, che in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, permetta di favorire lo sviluppo di una cultura del merito e della valorizzazione della qualità del lavoro e della produttività, del singolo e dell'intera amministrazione, attraverso adeguati sistemi di valutazione dei risultati perseguiti, nonché informare i cittadini e gli stakeholder dei risultati raggiunti in ordine agli obiettivi preventivamente fissati;
- PRESO ATTO** inoltre, del quadro normativo di riferimento in materia di funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli, dettati tra l'altro da: Legge 6.11.2012 n.190 ad oggetto " Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"; Decreto legislativo 14.3.2013 ad oggetto "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche



Azienda Ospedaliera Universitaria  
"Policlinico Paolo Giaccone"  
di Palermo

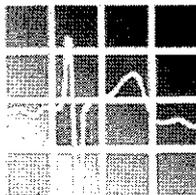


amministrazioni”;

- VISTE** le “Linee guida per l’attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici non economici”, emanate con Determinazione dell’ANAC n. 8 del 17 giugno 2015 e con Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015.
- VISTA** la proposta del documento predisposto dalla struttura di Staff di Programmazione e Sviluppo Aziendale in collaborazione con la struttura di Staff “Programmazione e Controllo di Gestione”, quale Piano della Performance Aziendale per il triennio 2018-2020, allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale ;
- VALUTATO** che il Piano della Performance 2018-2020 è stato coordinato dalla Responsabile della Struttura di Staff "Programmazione e Sviluppo Aziendale", nel rispetto della normativa di riferimento nonché, in coerenza con le indicazioni dell’OIV che ha manifestato il suo assenso in merito all’impostazione e ai contenuti del documento stesso, avvalendosi dei dati forniti dall’Unità di Staff “Programmazione e Controllo di Gestione”, dall’Area “Risorse Umane” e dall’Area “Economico-Finanziaria”;
- CONSIDERATO** altresì che in attuazione della normativa vigente, come sopra richiamata, corre l’obbligo, per l’Azienda, di dare, a seguito dell’adozione per Piano della Performance, informazione e diffusione del Piano agli stakeholder e sua pubblicazione in apposita sezione del proprio sito istituzionale sezione “Amministrazione trasparente”, al fine della sua consultazione da parte dei portatori di interessi esterni;
- RITENUTO** pertanto di procedere alla formale adozione del Piano della Performance per il triennio 2018 – 2020 nel testo allegato, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

**DELIBERA**

- 1) di adottare il Piano della Performance per il triennio 2018-2020, con i relativi allegati, rappresentato nel testo allegato, quale parte integrante del presente provvedimento;
- 2) di dare atto che il presente provvedimento viene pubblicato sul sito istituzionale dell’Azienda – Sezione “Amministrazione trasparente”;
- 3) di provvedere, inoltre alla trasmissione all’OIV del presente provvedimento, per quanto di competenza;
- 4) di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa;
- 5) di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi dell’art.40 comma 3 della L.20.12.1994 n°50 e al Magnifico Rettore dell’Università degli Studi di Palermo.



Azienda Ospedaliera Universitaria  
"Policlinico Paolo Giaccone"  
di Palermo



Il Direttore Amministrativo  
Dott. Fabrizio Di Bella

Il Direttore Sanitario  
Dott. Maurizio Montalbano

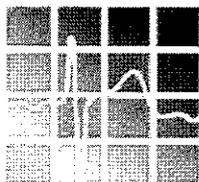
Il Commissario  
Dr Fabrizio De Nicola

Segretario Verbalizzante

ESTREMI ESECUTIVITA'	PUBBLICAZIONE
<input type="checkbox"/> Delibera non soggetta al controllo ai sensi dell'art.8 della L.412 del 1991 è divenuta <b>ESECUTIVA</b> decorso il termine di cui alla L.R. n. 30/93 art.53 comma 6.  Ufficio Atti Deliberativi Il Responsabile	Il sottoscritto dichiara che la presente deliberazione, copia conforme all'originale, è stata pubblicata all'Albo dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico, ai sensi e per gli effetti della L.R. n. 30/93 art.53 comma 2, a decorrere dal <u>4.2.2018</u> e fino al <u>18.2.2018</u>  Ufficio Atti Deliberativi
<input type="checkbox"/> Delibera non soggetta al controllo ai sensi dell'art.8 della L.412 del 1991 è divenuta <b>IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA</b> decorso il termine di cui alla L.R. n. 30/93 art.53 comma 7.	La presente Delibera è stata registrata nell'apposito registro del Collegio Sindacale  Ufficio Atti Deliberativi
<input type="checkbox"/> Delibera non soggetta al controllo ai sensi dell'art.28 comma 6 legge regionale 26 marzo 2002 n.2 è dichiarata <b>IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA</b> ai sensi della L.R. n. 30/93 art.53 comma 7.	

La presente deliberazione è composta da n. \_\_\_\_\_ pagine

NOTE:



Azienda Ospedaliera Universitaria  
"Policlinico Paolo Giaccone"  
di Palermo



# **Piano Triennale della Performance**

## **2018 – 2020**

**IL Commissario**

*Dott. Fabrizio De Nicola*

Unità di Staff "Programmazione e Sviluppo Aziendale"  
Unità di Staff "Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A."

## Sommario

Piano Triennale della Performance 2018 – 2020 .....	1
1. Presentazione del Piano .....	3
2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni.....	3
2.1 Chi siamo.....	3
2.2 Cosa facciamo.....	4
2.3 Come operiamo.....	5
3. Identità .....	6
3.1 L'amministrazione "in cifre" .....	6
3.2 Mandato istituzionale e Missione.....	11
3.3 Albero della <i>performance</i> .....	12
4. Analisi del contesto .....	15
4.1. Analisi del contesto esterno.....	15
4.2 Analisi del contesto interno .....	15
5. Obiettivi strategici .....	17
6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi.....	18
6.1. Obiettivi assegnati al personale dirigenziale.....	19
7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance.....	19
7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano .....	19
7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.....	20
7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance.....	20
8. Allegati tecnici.....	20

## **1. Presentazione del Piano**

La Direzione Strategica dell'AOUP "P. Giaccone" di Palermo, insediatasi nel marzo del 2017, dopo un'attenta analisi del *core business* aziendale e della struttura amministrativa, ha avviato i lavori per la predisposizione del Piano della performance 2018-2020 in osservanza dell'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e del decreto legislativo 74 del 25 maggio 2017.

La predisposizione del Piano è avvenuta seguendo le relative linee guida della ex Commissione per la valutazione, l'integrità e la trasparenza nelle pubbliche amministrazioni.

La Direzione Strategica ha approvato il documento con deliberazione n. 79 del 31-01-2018. Il Piano sarà pubblicato nel sito aziendale in forma chiusa nel link "Amministrazione Trasparente".

Il Piano della performance vuole indicare gli obiettivi, gli indicatori ed i target, integrato e coerente con i contenuti programmatici e gli obiettivi del "Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione" (PTPC) relativo al triennio 2018-2020, che contiene il "Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità" (PTTI).

L'assegnazione degli obiettivi per giusta norma avvia il ciclo della performance per l'anno in corso.

Il Piano della performance definisce gli elementi fondamentali (obiettivi, indicatori e target) su cui verterà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Come genericamente anticipato, si precisa che il Piano della performance risponde ai principi generali di redazione fissati nella delibera CiVIT n. 112/2010, tra cui quelli di trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità/verificabilità e partecipazione.

Tiene altresì conto dei suggerimenti riportati nella delibera CiVIT n. 1/2012 che costituisce una linea guida per il miglioramento dei Piani della performance delle amministrazioni pubbliche italiane.

## **2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni**

### **2.1 Chi siamo**

L'AOUP svolge una triplice funzione istituzionale: assistenza sanitaria in regime di convenzione con la Regione Siciliana, didattica per i corsi di laurea magistrale e per i corsi delle professioni sanitarie dell'Università degli Studi di Palermo e di ricerca applicata. E' inclusa tra le tipologie di aziende ospedaliere di fascia A e DEA di II livello, destinata a soddisfare una domanda di salute orientata all'erogazione di prestazioni di elevata complessità. Il Direttore Generale è nominato dall'Assessorato,

sentito il parere del Rettore. I protocolli d'Intesa con l'Assessorato regolamentano gli ambiti di specificità dei Policlinici universitari rispetto alle altre aziende del Servizio Sanitario Regionale.

L'organico è costituito da personale universitario e da personale ospedaliero.

Nell'ottobre 2011 l'Assessorato ha emanato un decreto che delimita e specifica gli ambiti di responsabilità degli assistenti in formazione. Il debito orario del personale docente verso l'attività assistenziale è ridotto al 50% in quanto la rimanente parte è dedicata alle attività di didattica e di ricerca. Tuttavia è da sé che essendo un ente di formazione sia le attività cliniche *bed side* che quelle nei laboratori, mentre integrano regolarmente le tre attività in un unico tempo.

Il personale del ruolo universitario è costituito da professori ordinari, associati e ricercatori oltre che da personale con ruolo tecnico-amministrativo, impegnato nella didattica, nella ricerca e nell'assistenza.

## 2.2 Cosa facciamo

L'AOUP "P. Giaccone" eroga servizi sanitari al territorio con un'offerta assistenziale ampia e completa. Il suo indice di entropia calcolato sulla incidenza del numero di MDC trattati indica un elevato livello di diversificazione delle specialità. Non si registrano duplicazioni di servizi mentre l'attenzione è rivolta alla promozione di nuovi servizi, orientati a soddisfare esigenze sia assistenziali che di formazione universitaria.

Essendo un'azienda finalizzata all'insegnamento, anche i modelli gestionali sono orientati verso la ricerca della *best practice*, che la Direzione facilita e persegue sia con gli investimenti possibili che con specifici obiettivi di risultato. La *vision* deriva dai pilastri del Patto per la salute dell'*efficienza* organizzativa e dell'*appropriatezza* d'uso dell'ospedale: il primo in capo alla Direzione Sanitaria di Presidio il secondo alla Programmazione e Controllo di Gestione.

Direzione Generale e Presidenza di Facoltà perseguono sinergicamente strategie volte alla realizzazione della triplice *mission* aziendale, attraverso una complessa modalità di funzionamento, dove il bilanciamento dei differenti interessi si cerca di salvaguardare da possibili conflitti. Basta pensare che la Presidenza della Facoltà è un «organo elettivo» mentre la Direzione Generale è un «organo nominato e contrattualizzato» dalla Regione con obblighi e vincoli ben definiti e monitorati.

In virtù dei Protocolli d'Intesa la Regione riconosce, ai fini della promozione della ricerca, una quota aggiuntiva sulla valorizzazione dei DRG.

L'Azienda è aperta al territorio con le attività di emergenza-urgenza; nel 2016 il Pronto Soccorso ha sostenuto 47.263 accessi, esitati in 7071 ricoveri presso questa struttura e 193 presso altre strutture. Al triage il 32,9% è stato classificato con codice giallo o rosso. I ricoveri ad elevato indice di non appropriatezza in regime ordinario, ai sensi dell'allegato A del D.A. 2533 del 31.12.2013, sono stati nel 2016 il 15,2%.

Per il 2017 gli accessi in Pronto Soccorso sono stati n.50.849, di cui 1.311 codici rossi e 18.224 codici gialli.

I ricoveri ordinari, attraverso il Pronto Soccorso, presso l'AOUP sono stati n.7.525, mentre presso altre strutture n. 213.

### **2.3 Come operiamo**

Le modalità operative in ambito clinico sono informate da procedure per la gestione del rischio clinico, secondo i criteri della *Joint Commission* e della sicurezza negli ambienti di lavoro.

Alle unità operative è assegnato il budget annuale che l'UO Programmazione, Controllo di gestione e SIA monitora e modula costantemente secondo i dati di produzione assistenziale.

Il monitoraggio si avvale dell'attività di reportistica del Sistema Informativo Aziendale prodotta per unità operativa e per centro di costo secondo indicatori di performance indicati dall'UO Programmazione e Controllo di gestione. Il monitoraggio può avvenire in tempo reale e ciascuna unità operativa può avere contezza delle caratteristiche della produzione assistenziale sì da modificare il proprio assetto organizzativo e migliorare la performance.

La produzione dei dati economici e delle attività assistenziali per centro di costo realizzano, fin dal sorgere dell'Azienda, il modello di «contabilità analitica per centro di costo», oggi reso obbligatorio dall'Assessorato Regionale.

Costante impegno della Direzione strategica è di indirizzare i comportamenti verso la gestione unitaria, *coordinata ed integrata* tra le unità organizzative, almeno all'interno dei dipartimenti. Ad attuare detto obiettivo è chiamato a svolgere la sua attività il Collegio di Direzione, presieduto dal Direttore Sanitario, e i cui componenti sono i Direttori di Dipartimento. Costoro, oltre ad essere responsabili di struttura complessa, sono anche autorevoli componenti della Scuola di Medicina. Il Collegio è ritenuto organo così importante nella vita dell'Azienda che l'ordine del giorno di convocazione delle sedute è inviato al Presidente della Scuola, sì che possa autorevolmente collegarsi ai componenti del Consiglio e anticipatamente conoscere le delicate tematiche per il miglior esito del loro sviluppo. Rettore e Preside sono solitamente invitati a partecipare alle sedute del Collegio.

L'Azienda opera, quindi, attraverso un'attività di monitoraggio e modulazione della gestione delle risorse, nonché attraverso un'imprescindibile attività di collaborazione con l'Università per la realizzazione degli scopi istituzionali di questa.

La Direzione si avvale per la realizzazione della missione istituzionale e degli obiettivi strategici e operativi delle unità di staff e degli uffici amministrativi.

Il modello organizzativo del dipartimento amministrativo, di seguito illustrato in dettaglio, si articola in 4 aree dirigenziali funzionalmente dipendenti dal direttore del dipartimento e su cui sovrintende il direttore amministrativo.

Ai sensi dell'Atto Aziendale approvato con delibera n.633 del 6.7.2017, la struttura organizzativa assistenziale consta di 10 Dipartimenti, ciascuno articolato in unità operative complesse, dipartimentali e semplici. Sei di essi appartengono all'area

clinica ed erogano prestazioni finali, 2 i servizi intermedi, 1 la diagnostica di laboratorio e 1 la radiologica.

Il dipartimento amministrativo è suddiviso nelle aree funzionali delle Risorse Umane, Economico Finanziaria, Provveditorato, e Area Tecnica, Affari Generali.

Il 18.04.2017 l'Assessorato della Salute ha inviato a tutte le Aziende Sanitarie una nota di adeguamento degli atti aziendali e delle piante organiche al documento di approvazione della Rete Ospedaliera secondo il D.M.70, approvato dal D.A. n.629 del 31.03.2017.

Con delibera n.394 del 4.05.2017 (Allegato A.) è stata rimodulata la dotazione dei posti letto sia in regime ordinario che in diurno. Dovrà essere ampliata e completata l'offerta dei posti letto in post acuzie per la lungodegenza ed attivati quelli per la Riabilitazione fisiatica.

Nel Supplemento Ordinario n.25 della GURS del 16.06.2017 è riportata la distribuzione delle Discipline e dei relativi PP. LL. assegnati all'AOUP.

È presente in Azienda l'Organismo Indipendente di Valutazione, di cui l'Azienda si avvale in relazione ai compiti che gli sono propri.

Una tematica sempre più in via di attuazione è relativa ai processi di gestione del rischio di corruzione. Stiamo operando programmando misure di prevenzione, integrandole e coordinandole con gli strumenti di programmazione già esistenti, consapevoli che si dovrà sorvegliare sui concorsi e sui contratti, sull'intero ciclo che conduce all'appalto dei lavori, dei servizi e delle forniture. Siamo consapevoli che il settore della sanità è particolarmente esposto agli eventi corruttivi. Si devono far emergere eventuali comportamenti patologici, di natura illecita o anche imprudentemente legati all'inefficienza, tali da comportare un utilizzo distorto delle risorse "pubbliche" (preferiamo dire in maniera più efficace "dei cittadini") penalizzandoli del mancato raggiungimento degli obiettivi di salute o anche di far patire loro ingiusti disagi nella fase di erogazione delle prestazioni.

Questa Direzione, al momento del suo insediamento, ha trovato il settore degli acquisti pervaso da diverse patologie, tutte monitorate in via speciale dall'ANAC, quali: la frammentazione degli affidamenti, il frequente ricorso alle proroghe contrattuali, all'utilizzo di procedure negoziate senza bando motivate dalla mera urgenza, e anche all'imprecisa definizione dell'oggetto del contratto.

A questo si aggiunge la rilevazione di tempi eccessivamente lunghi per il pagamento dei fornitori, cui l'Azienda sta ponendo rimedio con alcuni elementi correttivi che già stanno producendo risultati.

### **3. Identità**

#### **3.1 L'amministrazione "in cifre"**

Le "cifre" dell'A.O.U.P. possono riassumersi come segue:

- La struttura organizzativa in totale è suddivisa in 147 centri:

➤ Dipartimenti sanitari	10
➤ Unità operative complesse di degenza:	30
➤ Unità operative complesse di servizi:	12
➤ Dipartimenti amministrativi:	1
➤ Unità operative complesse amministrative:	5
➤ Unità operative complesse di staff:	6
➤ Unità operative semplici dipartimentali di degenza	20
➤ Unità operative semplici dipartimentali di servizi	10
➤ Unità operative semplici di degenza	25
➤ Unità operative semplici di servizi	12
➤ Unità operative semplici di staff	16

➤ L'attuale struttura sanitaria è suddivisa in 10 dipartimenti:

- Materno-Infantile
- Chirurgia generale e specialistica
- Emergenza Urgenza
- Chirurgia sensoriale e neuromotoria
- Oncologia
- Medicina clinica e specialistica
- Patologie emergenti e continuità assistenziale
- Diagnostica di laboratorio
- Diagnostica per immagini e neuroscienze interventistiche
- Servizi centrali d'ospedale

Fanno parte dell'area sanitaria, le strutture sovra dipartimentali:

- Direzione sanitaria di presidio
- Coordinamento servizi ambulatoriali e DH del Policlinico ed ex IMI

➤ Il dipartimento amministrativo è suddiviso in 5 strutture dirigenziali

- Area Affari Generali
- Area Risorse Umane
- Area Economico Finanziaria e Patrimoniale
- Area Tecnica
- Area Provveditorato

➤ Le unità di staff e loro articolazioni sono:

- Struttura di coordinamento degli staff
- Programmazione, controllo di gestione e sistemi informativi aziendali
- Coordinamento didattico assistenziale e rapporti con il SSR
- Professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche e sociali

- Professioni tecnico sanitarie e della prevenzione
- Professioni sanitarie di riabilitazione

Alle Dirette Dipendenze del Direttore Generale sono:

- L'Ufficio Legale
- Il Servizio di prevenzione e protezione
- L'Ufficio del Medico Competente

Di seguito si riportano i dati aggiornati alla data dell'01.01.2018, relativi al personale:

Il numero totale di risorse umane è di **2.060** unità così suddivise:

#### Personale dirigente

Docenti e medici Universitari	219
Dirigenti Medici Ospedalieri	199
Docenti e Dirigenti Sanitari Universitari	43
Dirigenti Sanitari Ospedalieri	19
Dirigenti tecnici	44
Dirigenti Professionali	5
Dirigenti Medici Osp. T.D.	88
Dirigenti Sanitari Osp. T.D.	5
Dirigente Amministrativo T.D.	1
Dirigenti Medici Univ. T.D.	4
Età media	53,53

#### Personale del comparto

Personale infermieristico	627
Personale infermieristico T.D.	162
Tecnici di ruolo	290
Tecnici a T.D.	62
Personale amministrativo	177

Personale amministrativo T.D.	47
Personale tecnico	2
Personale tecnico T.D.	44
Età media	51,50

Il 90% dei dirigenti è in possesso di laurea

Il 50% dei dipendenti del comparto è in possesso di laurea

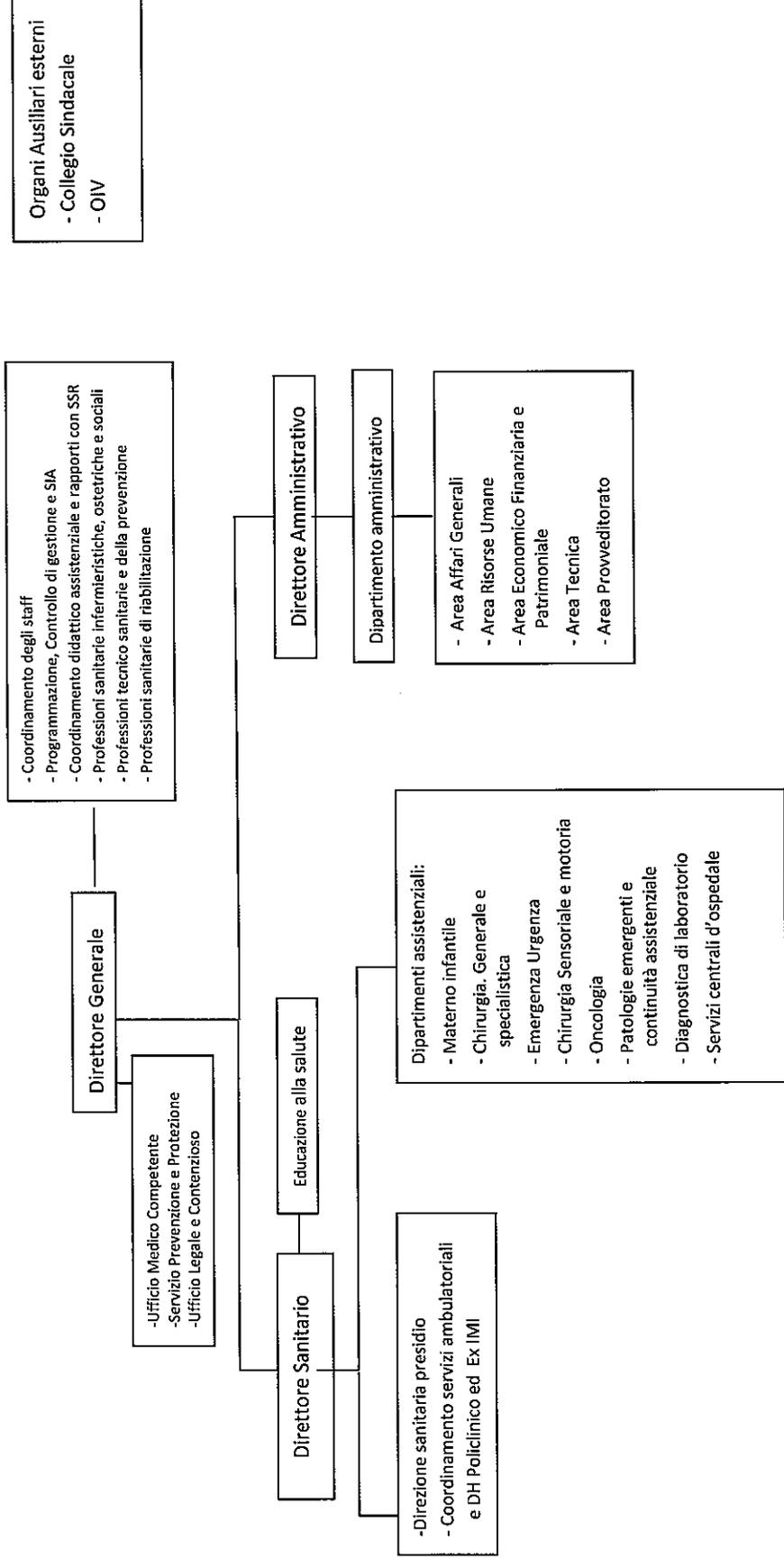
Turnover del personale (cessazioni) anno 2017	87
Assunzioni personale comparto	54
Assunzioni personale dirigenziali	36

La struttura organizzativa è stata definita con l'atto di organizzazione di cui alla delibera n. 633 del 6.7.2017, ed è rappresentata nell'organigramma che segue.

La Direzione ritiene necessario intervenire ulteriormente sulla struttura organizzativa sia per aggiornare quanto necessario nell'assetto assistenziale, sia per predisporre adeguati uffici che si occupino delle attività di monitoraggio dei flussi informativi, dell'analisi tempestiva dei dati di produzione assistenziale e dei costi da essa assorbiti, di attuare puntualmente la complessa tematica della prevenzione della corruzione, aggiornare costantemente le sezioni aperte al pubblico del sito web, comprese quelle dedicate all'unità "Amministrazione Trasparente". Per raggiungere lo scopo è necessario un investimento in risorse umane e tecnologiche che l'AOUP in atto non può pienamente soddisfare.

Nel 2017 sono state attivate le procedure per assegnare la responsabilità delle UU.OO.CC di Staff "Programmazione, Controllo di gestione e SIA", "Struttura di coordinamento degli staff", e "Coordinamento didattico assistenziale e rapporti con il SSR", da ultimare entro il primo trimestre del 2018.

# ORGANIGRAMMA



### 3.2 Mandato istituzionale e Missione

La missione dell'AOUP, le sue aree strategiche e gli obiettivi strategici sono illustrati in basso secondo il consueto schema ad albero. Il suo mandato istituzionale è di offrire servizi di assistenza sanitaria di elevati livelli e qualificazione; supportare le missioni istituzionali della didattica a favore degli studenti dei corsi di laurea magistrale e professionalizzanti e dei medici in formazione delle scuole di specializzazione. Supportare la ricerca applicata del personale universitario.

A favore dell'utenza esterna l'AOUP si propone di potenziare il set dell'assistenza sanitaria attraverso l'ottimizzazione dell'efficienza organizzativa anche con il ricorso agli strumenti di revisione delle pratiche medico chirurgiche e con il confronto costruttivo dei risultati conseguiti dalle unità operative con quelli dei centri di eccellenza nazionali e con i dati della letteratura medico scientifica: solo l'occhio della terzi età può farci rendere conto di quanto valiamo. Ciò consentirà, peraltro, l'assunzione di decisioni oggettive e la corretta programmazione e finalizzazione degli investimenti. Altro strumento su cui confidiamo di porre la massima attenzione è la valutazione della struttura sanitaria e dell'attività degli operatori da parte dell'utenza con il sistematico ricorso alla rilevazione della "qualità percepita", giacché gli effetti della nostra attività, se correttamente soppesati dal pubblico, potranno guidare e correggere le nostre criticità e debolezze.

Sul piano interno, saranno altresì oggetto particolare di attenzione, in questo triennio, lo sviluppo del monitoraggio informatizzato delle attività e la costante attenzione al benessere organizzativo del personale. Inoltre, la stesura di un piano per lo sviluppo delle "pari opportunità" è tra gli obiettivi prioritari dell'Azienda.

Dovranno essere ottimamente presidiate le procedure di gara per l'acquisizione dei beni e servizi e si dovrà osservare il rispetto delle norme per la prevenzione della corruzione.

Ai sensi della delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017, la Direzione tiene ben presente di dover essere sottoposta alla verifica delle attività degli OIV, i quali hanno il compito di intervenire per sorvegliare la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e Trasparenza, e quelli indicati nei documenti di programmazione strategico- gestionale.

A ciò si aggiunge che nella valutazione della *performance*, l'OIV dovrà tenere conto del risultato degli obiettivi connessi alla prevenzione della corruzione e di quelli finalizzati alla realizzazione della trasparenza amministrativa. Lo stesso Organo, inoltre, è chiamato ad attestare l'assolvimento degli obblighi sul rispetto della trasparenza degli atti amministrativi, previa ispezione del sito aziendale "Amministrazione Trasparente".

L'ANAC si è riservata, nella medesima delibera n. 1208/2017, di erogare ulteriori indicazioni sull'attività degli OIV in materia di prevenzione e di trasparenza, oltre a quelli sulla valutazione della *performance*. Questa AOUP pone fiducia sull'attività che predetto Organo svolgerà e si vorrà avvalere delle indicazioni che da esso scaturiranno.

### 3.3 Albero della *performance*

L'AOUP, in considerazione della propria *mission*, del contesto in cui opera, dei soggetti con cui si relaziona frequentemente e dei propri vincoli di bilancio, seleziona i propri obiettivi strategici con un orizzonte temporale triennale ed in linea con le aree tematiche di riferimento così individuate:

"Assistenza sanitaria";

"Supporto alla didattica e alla ricerca scientifica";

"Gestione delle risorse umane, economiche, tecnologiche e strutturali";

"Legalità e trasparenza amministrativa".

Per ciascuna area sono specificati gli obiettivi strategici declinati a loro volta, nelle carte di lavoro, in obiettivi operativi.

In particolare, nell'area "assistenza sanitaria" gli obiettivi strategici riguardano le attività di sviluppo dell'offerta assistenziale sia in funzione della programmazione regionale, sia in osservazione alle peculiarità da mantenere per una completa attività didattica dei futuri medici.

Nell'area della didattica e ricerca gli obiettivi strategici dovranno tenere in conto l'erogazione di servizi per l'espletamento delle specifiche attività ed è auspicabile che gli sforzi siano orientati nei settori assistenziali in cui la richiesta dell'utenza è maggiore.

Si ritiene che una valutazione completa delle attività svolte dall'AOUP debba anche prendere in analisi i risultati delle attività formative istituzionali e quelli sui prodotti della ricerca. I protocolli d'intesa con l'Assessorato regionale dovrebbero illuminare in tal senso. A tale scopo è necessaria la costruzione e l'utilizzo di indicatori che possano analiticamente e sinteticamente tenere in conto tutti gli elementi di cui si compone la *mission* dell'AOUP.

La gestione delle risorse umane è un ambito di particolare cura e interesse: essi devono essere costantemente motivati a offrire il miglior servizio giacché gli operatori costituiscono una comunità di lavoro chiamata a offrire servizi alla persona in difficoltà di salute e in momenti di tristezza personale e delle loro famiglie.

La gestione delle risorse economiche, specie quelle direttamente erogate per le prestazioni medico-sanitarie, dovrà essere improntata all'appropriatezza clinico - assistenziale.

Da qualche decennio, le preoccupazioni dei medici di rimanere invischiati nelle reti di ingiuste rivendicazioni da chi ha ricevuto adeguati servizi e prestazioni, ha fatto votare il corpo sanitario a una prassi medica a impronta "difensivistica" e che nulla ha a che vedere con la "difesa del paziente" dalla malattia, di ippocratica memoria: quindi, non l'esercizio di una medicina "a difesa del paziente", ma una medicina che prova ad attivare un "difensivismo del medico "se viene il magistrato". Il tema incide negativamente sul consumo non appropriato di risorse economiche e strumentali,

sulla qualità dell'assistenza e qualificazione dell'esercizio medico. La nuova legge Gelli dovrebbe attenuare sensibilmente il fenomeno.

La legalità e trasparenza amministrativa incidono in ogni momento dello svolgimento delle plurime attività, sia sanitarie che amministrative. Particolare attenzione l'AOUP svolgerà nell'area dei "contratti" con obiettivi strategici che riguardano la corretta applicazione delle norme di cui al nuovo codice dei contratti pubblici.

Per quanto riguarda la trasparenza amministrativa, ogni ufficio dovrà essere chiamato a responsabilità nel trasmettere tempestivamente al Responsabile della Trasparenza i documenti da pubblicare nel sito.

È necessario potenziare e aggiornare costantemente le nostre banche dati interne, per il rilevamento delle informazioni che caratterizzano l'andamento delle attività espresse, sì che la Direzione possa assumere tempestivamente decisioni efficaci e motivate sul piano oggettivo.

La missione dell'AOUP, le sue aree strategiche e gli obiettivi strategici sono illustrati in basso secondo il consueto schema ad albero.

## ALBERO DELLA PERFORMANCE

### MISSIONE

L'AOUP "Paolo Giaccone" di Palermo è un'azienda ospedaliera universitaria dedicata all'assistenza sanitaria, alla didattica a favore degli studenti e dei medici in formazione e alla ricerca, vincolata alle norme sull'equilibrio economico. I rapporti con il Servizio Sanitario Regionale sono regolati dai protocolli d'Intesa tra l'Università e la Regione.  
Per la nostra struttura "al centro" non c'è soltanto il paziente, ma anche lo studente e l'assistente in formazione.

### AREE STRATEGICHE

Assistenza sanitaria

Didattica e ricerca scientifica

Gestione delle risorse umane, economiche, tecnologiche e strutturali

Legalità e trasparenza amministrativa



### OBIETTIVI STRATEGICI

- Migliorare l'efficienza organizzativa
- Orientare alla eccellenza attraverso il sistematico controllo tra pari con gli strumenti PNE, SIRIE e il PROD regionale appena sarà riattivato.

- Orientare all'appropriata pratica clinica e organizzativa
- Contrastare la "Medicina difensivistica"

- Collaborare con la Scuola di Medicina e il suo Centro Servizi
- Attuare i contenuti del protocollo d'Intesa
- Garantire l'Assistente in formazione nello svolgimento delle attività

- Adeguare gli organici
- Promuovere il benessere organizzativo
- Sviluppare le pari opportunità
- Efficienza delle procedure
- Contenere i costi
- Sviluppare il *fund raising*

- Collegare la strategia gestionale agli obiettivi di anticorruzione e trasparenza
- Sviluppare il sistema informativo aziendale

## **4. Analisi del contesto**

### **4.1. Analisi del contesto esterno**

L'analisi del contesto esterno ha l'obiettivo di evidenziare le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'AOUP opera e di favorire l'individuazione degli obiettivi diretti allo sviluppo delle attività assistenziali, in funzione del territorio di riferimento, delle possibili relazioni con i portatori di interessi esterni tali da influenzarne l'attività.

Gli stakeholder dell'AOUP sono i pazienti, gli studenti del corso di laurea magistrale in medicina e chirurgia, quelli dei vari corsi di laurea professionalizzante, i medici in formazione nelle numerose scuole di specializzazione. Al buon andamento dell'AOUP non può non essere interessato il personale dipendente.

Per quanto riguarda la categoria degli studenti e dei medici in formazione, i servizi a essa offerti non vivono in competitività per l'assenza di analoghe strutture formative sul territorio. Tuttavia, dai dati forniti dal MIUR vi è un esodo di studenti e di medici in formazione verso altri atenei italiani che deve sollecitare i governanti ai vari livelli ad attuare politiche per il richiamo di questa classe professionale, sì da evitare lo spopolamento della Sicilia a favore del nord, dove costoro portano ricchezza, benessere e godono di gratificazione.

Per la categoria dei pazienti vi sono ampi spazi di confronto. Infatti, la nostra struttura confina con il grande ospedale regionale "ARNAS" e con il centro di eccellenza ISMETT, ed entrambe sono in significativa concorrenza: il primo per un più corposo numero di posti letto e di medici a esclusiva attività ospedaliera; il secondo per un più avanzato apparato tecnologico, anche se offerto a un'ampia coorte di pazienti richiedenti trattamenti di patologie affrontabili in centri a minor assorbimento di risorse.

Gli studenti e gli specializzandi sono una risorsa per la diffusione sul territorio della buona pratica clinica che si sviluppa nell'AOUP.

### **4.2 Analisi del contesto interno**

Per quanto concerne il contesto interno, l'AOUP pone la propria attenzione sulle modalità organizzative, lo sviluppo delle risorse umane e il buon uso di quelle finanziarie, ritenendoli i driver fondamentali sia per rilanciare l'offerta sanitaria sia per promuovere nuove linee assistenziali a elevata qualificazione.

Il contesto interno soffre di una limitata integrazione tra le varie unità operative. La codifica autonoma dei singoli centri di costo sia semplici che complesse, ha portato l'AOUP a una plurima frammentazione senza alcuna visione a volersi ricomporre nella più ampia prospettiva del dipartimento, che rimane, pertanto, un costoso contenitore amministrativo di elementi staccati privi di una politica di sviluppo comune per la quale era nato, nonostante avere attuato una migliorata coerenza disciplinare tra le unità operative afferenti a un ciascun dipartimento. Pertanto, la Direzione non può

esimersi dal trovare ogni mezzo per conseguire il coordinamento e l'integrazione delle attività tra aree disciplinari e specificità omogenee, in funzione dell'ottimizzazione degli obiettivi di efficienza e di appropriatezza.

La Direzione è costantemente impegnata per avere a disposizione l'efficace ammodernamento del parco tecnologico, data l'essenzialità nello sviluppo di una medicina adeguata ai tempi.

L'ultimazione dei lavori di ristrutturazione dei padiglioni per il ricovero e le attività diagnostiche, nel garantire maggiore funzionalità, dovrebbe far superare le antiche criticità. Tuttavia, il successo di un'organizzazione di servizi è affidata alle competenze professionali dei suoi operatori, alla tenacia nel perseguire i risultati più ambiziosi, all'amore e al rispetto di tutti i dipendenti per la struttura in cui operano.

Per garantire lo stato di salute finanziaria e l'equilibrio di bilancio, occorre premettere che l'AOUP ha dovuto negli anni più recenti fronteggiare il piano di rientro imposto dall'Assessorato.

Con nota prot. n 5° Dip/74110 del 13.09.2016, a firma del Dirigente Generale del Dipartimento Pianificazione Strategica dell'Assessorato regionale della Salute, l'A.O.U.P. è stata invitata a concordare e formalizzare con il Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Palermo un piano di rientro, ai sensi della normativa vigente, al fine di recuperare con specifiche azioni strategiche, nell'ambito di un triennio 2017-2019, lo scostamento negativo registrato a consuntivo dell'esercizio 2015.

Tale scostamento negativo è ascrivibile, principalmente, ad una serie di criticità (Mega-cantiere in corso, Tecnologia di base obsoleta, Criticità sistema informatico aziendale, Struttura amministrativa dispersiva e burocratizzata, Spazi insufficienti/inadeguati per P.S., ambulatori, didattica,) che hanno inciso significativamente sulle performance di questo Policlinico e non certamente a carico di un solo esercizio.

Questa Direzione Strategica ha preliminarmente individuato ed analizzato ulteriori criticità di carattere organizzativo operativo e precisamente::

- la parcellizzazione degli ordini;
- la distribuzione dei materiali in diversi dipartimenti con amplificazione delle giacenze;
- la difficoltà ad assicurare presso i magazzini delle diverse UU.OO. i necessari controlli atti a garantire una gestione trasparente e tempestiva nel carico/scarico di farmaci e presidi con conseguenti rischi di sprechi per la possibilità di materiale non utilizzato e che potrebbe andare in scadenza.

La centralizzazione degli acquisiti e dei magazzini di stoccaggio è stata considerata priorità per la razionalizzazione e ottimizzazione dei processi suddetti avente immediata ricaduta sull'efficientamento aziendale. Il percorso di centralizzazione dei magazzini di deposito, già avviata nel corso del 2016, entrerà a regime nel 2018.

Partendo dall'analisi della situazione attuale, dai suoi punti di forza e di debolezza, si è proceduto pertanto ad un'attenta valutazione delle principali unità operative (UUOO)

che al termine dell'anno 2015 presentavano risultati economici negativi cercando e individuando le principali criticità che potessero spiegare le cause del deficit, e confrontando le casistiche aziendali con il best performer regionale. Quindi sono state elaborate le azioni per migliorare il peso medio di tali UUOO.

Per l'anno 2017 la manovra si è prevalentemente concentrata su strategie di contenimento di costi e di valorizzazione ed ottimizzazione della produttività esistente, tenendo conto anche della definizione entro il 2017 dei lavori di ristrutturazione e ampliamento di oltre il 40% delle unità operative.

Il monitoraggio al 31/12/2017 rileva una situazione gestionale di pareggio di bilancio.

<p style="text-align: center;"><b>DEBOLEZZA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Struttura a padiglioni</li> <li>- Carenza di dirigenti amministrativi</li> <li>- Personale in servizio inferiore alla pianta organica in alcuni settori strategici</li> <li>- Incompleto parco tecnologico</li> <li>- Elevata età media del personale</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>FORZA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Istituzione di ricerca e didattica</li> <li>- Ampia offerta assistenziale</li> <li>- Competenze qualificate e riconosciute</li> <li>- Autorevolezza della Leadership</li> <li>- Pervasività del sistema informativo</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>CRITICITÀ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mancata centralizzazione delle procedure di acquisto di beni e servizi</li> <li>- Inefficienza organizzativa nell'erogazione dei servizi</li> <li>- Vincoli sull'utilizzo di risorse economiche disponibili</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>OPPORTUNITÀ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizzo dei social e dei media come amplificatori delle attività svolte</li> <li>- Presenza degli studenti e medici in formazione per la divulgazione delle attività e per lo stimolo al continuo aggiornamento professionale</li> </ul>

## 5. Obiettivi strategici

Come brevemente descritto nel paragrafo 3.2, l'AOUP ha definito, nel periodo di copertura del presente Piano, quattro aree strategiche: Assistenza sanitaria; Supporto alla didattica e alla ricerca; Gestione delle risorse umane, tecnologiche e strutturali; Legalità e Trasparenza amministrativa. Le prime due aree si riferiscono in particolar modo alla *mission* istituzionale dell'AOUP. La terza area è trasversale alle prime due; la quarta riguarda il rispetto delle norme di buona e responsabile amministrazione.

Per il miglior successo dell'istituzione vanno salvaguardati l'efficienza dei processi interni, la cura e il coinvolgimento della risorsa umana, la comunicazione all'esterno e,

più in generale, tutto ciò che possa contribuire ad ottimizzare i risultati attesi nelle altre aree. A ciascuna area sono stati quindi collegati degli obiettivi strategici.

In particolare, per l'area dell'assistenza sanitaria gli obiettivi strategici si riferiscono all'appropriatezza delle prestazioni assistenziali, all'efficienza organizzativa e, soprattutto, al sistematico confronto dei nostri risultati con quelli di analoghe unità operative e discipline di altre aziende sanitarie, specie le universitarie.

Per quanto riguarda la gestione delle risorse umane, essa va motivata infondendo fiducia e il principio fondamentale che il miglioramento complessivo della struttura dipende dall'onesto concorso di ciascuno a svolgere con puntualità i propri compiti.

Siamo in una azienda di servizi, dove il fattore umano chiamato a essere disponibile per superare le difficoltà e affrontare le criticità che inevitabilmente si presentano in situazioni complesse come quelle delle aziende ospedaliere e sanitarie, a offrire i più elevati livelli di competenza, gioca un ruolo fondamentale nel conseguire i risultati più ambiziosi. È inevitabile, comunque, che esso sia dotato delle strutture e tecnologie adeguate alle mete che si desidera raggiungere.

L'altro obiettivo strategico collegato all'area anticorruzione e trasparenza riguarda, invece, il perseguimento di una agilità amministrativa senza ombre e nel rispetto delle norme di legge, al fine di prevenire ogni eventuale tentativo di corruzione e rendere trasparente il sistema azienda. Questo obiettivo è, in questo momento, fortemente contingente anche per effetto della nuovo decreto sulla trasparenza(d.lgs. 97/2016).

In modo particolare è nell'area dei contratti pubblici che le procedure siano massimamente trasparenti e inappuntabili: a ciò il nuovo Codice dei contratti pubblici (d.lgs. 50/2016). Si dovrà operare con il massimo rigore sulle spese di basso importo.

L'AOUP deve contare molto sull'ottimizzazione e snellimento dei processi interni che miglioreranno efficienza, grazie anche al continuo adeguamento della struttura informatica e informativa.

## **6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi**

Con l'ausilio dell'analisi dei dati e degli specifici contesti delle diverse unità operative, i responsabili dell'UO "Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A." e UO "Programmazione e Sviluppo Aziendale", hanno individuato gli obiettivi operativi coerenti con quelli strategici che l'AOUP intende che si raggiungano nel triennio 2018-2020. La definizione degli obiettivi è seguita a una richiesta di suggerimento che la Direzione aveva inoltrato con nota prot. 0016684 del 3.11.2017, ma sostanzialmente disattesa da quasi tutti i Responsabili delle strutture assistenziali e amministrative.

A malincuore la Direzione ha dovuto farsi vicariante, assegnando gli obiettivi direttamente, focalizzando comunque l'attenzione agli aspetti più critici, al fine di reindirizzare i comportamenti verso strategie risolutive e ragionando in coerenza con gli obiettivi assegnati alla direzione generale da parte dell'Assessorato, nonché nel rispetto degli indirizzi di politica sanitaria nazionale.

È chiaro che si dovrà intervenire per coinvolgere attivamente quanti ritengono che il sistema sia un evento burocratico e non la base per orientare i comportamenti verso la soluzione di problemi per i quali è richiesta la collaborativa partecipazione di ciascuno, specie di coloro che hanno responsabilità di direzione. Gli obiettivi misurabili sono formulati con indicatori, target, peso e modalità di calcolo, come si evince dalle relative schede obiettivo di dettaglio.

### **6.1. Obiettivi assegnati al personale dirigenziale**

Gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale coincidono con gli obiettivi delle strutture organizzative di propria responsabilità. Gli obiettivi sono dettagliati nelle schede riportate in allegato. In corso d'opera, prevedibilmente nel mese di giugno, la Direzione fornirà il grado di raggiungimento degli obiettivi con le eventuali criticità, in modo che si possano assumere i giusti provvedimenti per conseguire i risultati attesi.

A tal proposito si fa presente che per la maggior parte degli obiettivi il sistema intranet aggiorna costantemente la reportistica con i dati utili per un monitoraggio più a breve termine e ripetibile tutte le volte che si vuole. Lo stesso dicasi per gli obiettivi relativi al Piano triennale della prevenzione della corruzione e per il monitoraggio delle azioni in funzione dell'attuazione della trasparenza.

Un invito particolare è rivolto all'assegnazione dei criteri per la valutazione individuale del personale afferente alle singole unità operative e aree. Si tratta di un momento fondamentale per la motivazione e crescita della risorsa umana. I risultati della valutazione relativa all'anno di gestione 2016 hanno mostrato che il 96,36% dei dirigenti ha conseguito la valutazione del 100%, mentre tra i non dirigenti il 99,74%. I dati si commentano da sé per un sostanziale totale appiattimento della valutazione e, parimenti, rinuncia alla differenziazione dei comportamenti dei vari dirigenti. Di converso, i risultati degli obiettivi organizzativi forniti dalla Direzione, e rilevati e misurati con oggettività, non hanno mostrato simili risultati: c'è quindi una criticità nella valutazione da parte dei Direttori di Unità Operative Complesse.

## **7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance**

### **7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano**

Il processo per la redazione del documento, avviato agli inizi del mese di ottobre, come voluto dalla norma, è stato coordinato dalla Responsabile dell'Unità di Staff "Programmazione e Sviluppo Aziendale", anche Responsabile della Struttura Tecnica Permanente, in collaborazione con il Dirigente dell'Unità di Staff "Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A."

Oltre alle figure istituzionali, ha partecipato alla stesura del Piano, a titolo gratuito, il Dott. Renato Malta, già Responsabile dell'UO "Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.", oggi in quiescenza, in atto Presidente dell'OIV.

Come previsto dalle Linee guida dell'ex CiVIT, in una prima fase sono stati definiti le Aree e gli obiettivi strategici che, approvati dalla Direzione Strategica agli inizi di ottobre, hanno costituito la base per la definizione degli obiettivi operativi. Ci si è avvalsi delle informazioni fornite dai Responsabili dell'Area Risorse Umane e dell'Area Economico Finanziaria. Altre informazioni sono state prelevate direttamente dal sito intranet aziendale.

## **7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio**

L'AOUP ha predisposto i propri obiettivi in coerenza con le risorse disponibili, assegnate a ciascun dipartimento a inizio di anno di gestione e nel rispetto del ciclo di bilancio. Il sistema di controllo di gestione, già attivo dal 1999 in Azienda, è la struttura che attribuisce le risorse in funzione degli obiettivi attesi potrebbe. Svolgendo un monitoraggio continuo per ciascun centro di costo, esso si occupa di assegnare le risorse in funzione dei risultati raggiunti e degli obiettivi da conseguire, modulandole sì da assegnare la giusta quantità.

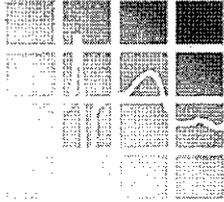
## **7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance**

Trattandosi del primo ciclo di performance che questa Direzione Strategica si trova ad applicare all'AOUP "Paolo Giaccone", ed essendo in fieri la modifica della struttura organizzativa a seguito degli obiettivi strategici che l'Assessorato della Salute intende promuovere, ci si riserva di valutare ogni eventuale possibile proposta di miglioramento a partire dal prossimo ciclo che, stante le nuove disposizioni dell'ANAC, è previsto che si attivi ad aprile.

## **8. Allegati tecnici**

Al presente Piano sono allegati i seguenti documenti:

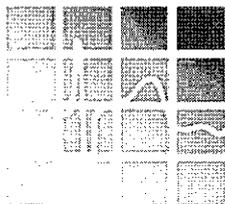
- Le schede tipo degli obiettivi per l'anno 2018.
- Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2018/2020 dell'AOUP approvato dalla Direzione Strategica con delibera n. 51 del 31-01-18, e che contiene il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2018/2020.



Azienda Ospedaliera Universitaria  
"Policlinico Paolo Giaccone"  
di Palermo

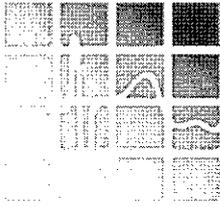


**Piano Triennale di Prevenzione della  
Corruzione e Trasparenza 2018-2020**



## Sommario

Premessa .....	3
Piano e soggetti coinvolti .....	4
Oggetto del Piano. ....	4
I principali eventi rischiosi rilevati sono riconducibili ai seguenti punti: .....	6
Contesto interno .....	7
Soggetti obbligati alla lotta alla corruzione a livello aziendale. ....	7
Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza. ....	7
I REFERENTI .....	8
Direttori di dipartimento, responsabile delle strutture complesse, semplici e dipartimentali. .	9
Il personale dipendente .....	10
Relazione tra il Responsabile della Prevenzione della corruzione ed altri organi e figure. ....	11
Misure Di Prevenzione Del Rischio Di Corruzione.....	11
Trasparenza .....	11
Conflitto di interesse .....	12
Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro .....	14
Whistleblower e tutela del dipendente che segnala illeciti.....	15
Inconferibilità e incompatibilità.....	15
Rotazione negli incarichi a rischio di corruzione. ....	16
Svolgimento di incarichi extra istituzionali.....	16
Monitoraggio dei tempi procedurali. ....	17
Segnalazioni e Controlli disciplinari ed ispettivi. ....	17
Performance .....	17
Collegamento con il piano delle performance.....	17
Formazione e coordinamento con il piano di formazione aziendale. ....	18
Trasparenza.....	18
La gestione del rischio.....	18
La Misura Della Trasparenza.....	19
Trasparenza delle attività.....	19
Facilità di accesso al sito istituzionale. ....	20
Accesso civico generalizzato.....	20
Conclusione .....	21
FONTI NORMATIVE .....	22



## Premessa

La stesura del piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza 2018-2020 nasce non solo dagli obblighi di legge (Legge 6 novembre 2012, n.190, DLgs14 marzo 2013, n.33 obblighi di pubblicità e trasparenza), da tutte le successive modifiche e aggiornamenti e dalle linee guida emanate dall'ANAC, né è un mero adempimento burocratico, ma vuole e deve essere protagonista del sistema finalizzato ad acquisire dati ed elementi utili a delineare, analizzare e valutare i rischi, individuare le misure di prevenzione più adeguate, diffondere l'etica della legalità e delle buone pratiche, tutto ciò per prevenire ogni forma di illegalità.

E' chiaro che ciò deve essere fatto tenendo ben presente la singola organizzazione, con le sue peculiarità e calata nel proprio contesto interno, esterno e nel momento storico che si attraversa, non per nulla il Responsabile della PCT deve preferibilmente essere una persona ben individuata all'interno dell'Azienda e che nutra un forte spirito di appartenenza.

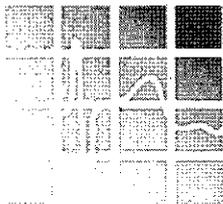
Nel PTPCT verranno espone le modifiche, gli scostamenti, gli aggiornamenti e le azioni non evase o portate a termine

Sembra opportuno ricordare che la Commissione per lo studio e l'elaborazione di proposte in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione, istituita il 23 dicembre 2011 dal Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione col doppio mandato di formulare emendamenti al disegno di legge in materia di corruzione e di predisporre un rapporto in materia, diretto ad identificare politiche, modalità e misure di prevenzione della corruzione del settore pubblico, in detta analisi ha ricondotto le motivazioni che possono indurre alla corruzione ai seguenti due ordini di ragioni:

- economiche, derivanti dal bilanciamento tra l'utilità che si ritiene di poter ottenere, la probabilità che il proprio comportamento sia scoperto e la severità delle sanzioni previste;
- socio- culturali: la corruzione è tanto meno diffusa quanto maggiore è la forza delle convinzioni personali e di cerchie sociali che riconoscono come un valore il rispetto della legge.

Infatti, dove è più elevato il senso civico e il senso di appartenenza i fenomeni corruttivi non trovano terreno fertile per annidarsi.

La corruzione, e più in generale il malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite, ha un costo per la collettività, non solo diretto (come, ad esempio, nel caso di pagamenti illeciti), ma anche indiretto, connesso ai ritardi nella conclusione dei procedimenti amministrativi o sanitari, al cattivo funzionamento degli apparati pubblici, alla sfiducia del cittadino nei confronti delle istituzioni, arrivando a minare i valori fondamentali sanciti dalla Costituzione: uguaglianza, trasparenza dei processi decisionali, pari opportunità dei cittadini.



Sulla base di tali presupposti, la legge n. 190 del 2012 ed il discendente Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) hanno introdotto un nuovo concetto di corruzione, inteso in senso lato, comprensivo altresì di quelle ipotesi in cui, nell'esercizio dell'attività di competenza, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere affidatogli al fine di ottenere vantaggi privati.

Comprende quindi anche **tutte quelle situazioni in cui, pur non verificandosi una situazione penalmente perseguibile, si realizzi una distorsione dell'azione amministrativa dovuta all'uso a fini privati delle funzioni attribuite, in dispregio ai principi di trasparenza e di imparzialità** cui l'azione pubblica deve costantemente ispirarsi.

Il fenomeno corruttivo compromette il buon andamento e l'imparzialità dell'azione della Pubblica amministrazione. Esso, infatti, nel momento in cui dà rilievo agli interessi privati estranei alla pubblica amministrazione medesima, tende a inquinare e distorcere il corretto esercizio delle pubbliche funzioni, comportando un vero e proprio esercizio disfunzionale dei poteri.

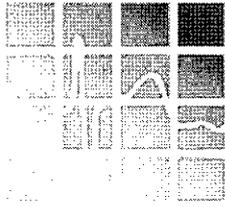
## Piano e soggetti coinvolti

### Oggetto del Piano.

Il presente Piano triennale, redatto ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1, comma 8, della Legge n. 190/2012 e ss.mm.ii., individua le misure finalizzate a prevenire e reprimere il fenomeno della corruzione e dell'illegalità nell'ambito delle attività istituzionali dell'A.O.U.P. "Paolo Giaccone". Il documento si inserisce nell'ambito della riorganizzazione che l'Azienda ha intrapreso al fine di garantire una gestione efficace ed efficiente delle risorse pubbliche, assicurando alla collettività un servizio sanitario di qualità. In particolare, delineare lo scenario normativo-istituzionale, con il quale l'Azienda deve confrontarsi, affrontando un profondo rinnovamento derivante dalla recente normativa finalizzata a contrastare i fenomeni corruttivi, nonché a rafforzare il sistema dei controlli interni.

Il presente Piano predisposto secondo le la normativa vigente ed in conformità al PNA prevede:

- a) la mappatura delle attività aziendali nelle quali è più presente un rischio di corruzione;
- b) la formazione e l'attuazione del controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- c) obblighi di comunicazione nei confronti del RPCT deputato a vigilare sull'applicazione ed efficacia del piano;
- d) la vigilanza sul rispetto dei termini, previsti dalla normativa e relativi regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;



Azienda Ospedaliera Universitaria  
"Policlinico Paolo Giaccone"  
di Palermo



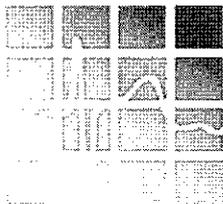
- e) il controllo dei rapporti tra l'Azienda e i soggetti che stipulano contratti di servizio e/o fornitura o coloro che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra gli attori.

Nel PNA si rileva la sollecitazione alle Pubbliche Amministrazioni di evidenziare nei propri Piani le condizioni riguardanti il contesto interno e territoriale, con particolare riferimento ad eventi di illegalità nell'ambito del pubblico interesse. Tale inquadramento contestuale è finalizzato a svolgere un'attività per la quale è possibile far emergere le notizie e i dati necessari all'individuazione dei fattori di rischio corruttivo che possono coinvolgere l'Azienda, eventualmente collegate alle Strutture territoriali, alle dinamiche sociali, economiche e culturali, nonché alle caratteristiche organizzative interne aziendali ad eventuali segnalazioni da parte di tutti gli stakeholder aziendali quali utenti, sindacati, fornitori, Enti e Istituzioni, associazioni, professionisti.

La corruzione è diventata ormai il *modus operandi* imperante nei rapporti con la pubblica amministrazione, tanto che i dati diffusi dall'Ufficio statistica della Regione, dimostrano come i fenomeni corruttivi sono in aumento in tutt'Italia, in Sicilia si supera la media nazionale in particolare nel settore della Sanità. L'attenzione sul fronte delle indagini attivate dalla magistratura porta ad individuare settori che possono essere sinteticamente riepilogati al fine di evidenziare quali possono essere i rischi connessi alle attività dell'Azienda e quindi devono essere considerati nella iter di individuazione dei processi e della loro graduazione di rischiosità:

- frodi in commercio, in ordine alla vendita di prodotti contraffatti;
- falsi ricoveri;
- preparazione e somministrazione di farmaci imperfetti, non muniti di risultati di studio preclinici e clinici a dimostrazione dell'efficacia sull'uomo, nonché in assenza delle necessarie autorizzazioni degli Enti regolatori nazionali;
- gestione delle liste d'attesa e prestazioni specialistiche, con elusione delle liste d'attesa stesse, nonché del previsto pagamento del ticket sanitario;
- traffico illecito di rifiuti speciali e pericolosi;
- commercio illegale di sostanze dopanti o anabolizzanti;
- prescrizioni inappropriate.

In relazione agli aspetti di criminalità che possono avere attinenza con il contesto di cui al presente Piano, anche la consultazione di documenti e rendiconti più strettamente collegati alla realtà locale mette in evidenza che alcuni fenomeni sono presenti anche nel nostro tessuto sociale. Il mercato occupazionale



Azienda Ospedaliera Universitaria  
"Policlinico Paolo Giaccone"  
di Palermo



si presenta quasi drammatico e per quanto riguarda le infrastrutture sociali la Sicilia occidentale, che è il bacino di utenza dell'A.O.U.P. "Paolo Giaccone" presenta un ritardo piuttosto consistente in ambito nazionale.

L'interazione dell'Azienda con molteplici soggetti, sia interni che esterni, aventi interessi specifici differenti consentono, assumendo una posizione garantista, di poter considerare come "alto" il rischio corruttivo in particolar modo per i seguenti attori:

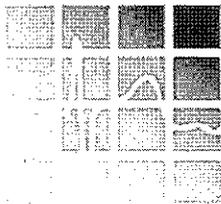
- RUP;
- Operatori economici;
- Personale medico in ALPI
- Imprese esecutrici di lavori pubblici;
- Consulenti e collaboratori;
- Componenti Commissioni bandi di gara e concorsi;
- Aziende farmaceutiche e Sponsor.

**I principali eventi rischiosi rilevati sono riconducibili ai seguenti punti:**

- alterazione dei tempi di attesa
- alterazione ed utilizzo improprio delle informazioni e documentazione
- conflitto di interessi
- pilotaggio di procedure per favoritismi
- violazione del segreto d'ufficio
- attività inerenti il decesso in ambito ospedaliero

L'analisi del contesto interno ha consentito di rilevare una generalizzata attuazione delle misure di prevenzione riportate nel Piano ed in particolare, per quanto riguarda le misure di carattere specifico, stante la parziale attuazione, si prevede per l'anno 2018, con l'individuazione di specifiche misure ulteriori di mitigazione del rischio corruttivo, attraverso il coinvolgimento di tutti i Referenti del RPCT nominati nel mese di settembre 2017 che sono stati destinatari di una sessione di formazione .

Il presente Piano è suscettibile di modificazioni e implementazioni su proposta del Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e trasparenza, nel caso di novelle normative o di modifiche organizzative dell'Azienda.



### **Contesto interno**

#### **Gli organi di governo dell'A. O. U. P. "Paolo Giaccone"**

- Direttore generale;
- Collegio Sindacale;
- Organo di indirizzo;
- Collegio di Direzione.

### **Soggetti obbligati alla lotta alla corruzione a livello aziendale.**

A livello aziendale, i soggetti che agiscono sulle misure l'attuazione della legge in materia di contrasto alla corruzione, sono i seguenti:

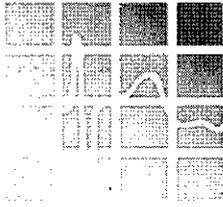
- il Direttore Generale, il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo;
- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- i Direttori di Dipartimento, i Responsabili delle Strutture Complesse e Semplici;
- i Dipendenti;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (O. I. V.);
- i membri delle commissioni;
- i soggetti esterni che intrattengono rapporti con l'Azienda a qualsiasi titolo.

### **Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza.**

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è la Dottoressa Maria Cristina Lorenzini (giusta Delibera aziendale N. 467 del 22/05/2017), Dirigente Tecnico ed in atto responsabile del Sistema Informatico Aziendale.

Il RPCT esercita i seguenti compiti attribuiti dalla legge e dal presente Piano, ex art. 1, comma 7 della Legge n. 190/2012, ed assume, in caso di inadempienza, le relative responsabilità. In particolare provvede a:

- a) definire il Piano triennale di prevenzione della corruzione, contenente una specifica sezione dedicata alla diffusione di dati, informazioni e documenti aziendali, oltre ai successivi aggiornamenti annuali, da sottoporre alla Direzione Aziendale;



Azienda Ospedaliera Universitaria  
"Policlinico Paolo Giaccone"  
di Palermo



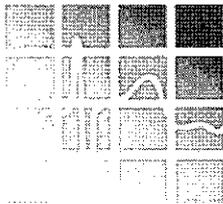
- b) diffondere il presente Piano a tutto il personale dipendente attraverso il sito aziendale;
- c) vigilare sull'attuazione, osservanza e funzionamento del Piano, in particolare:
- verificando l'efficace attuazione dello stesso, proponendo modifiche, ove vengano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'Azienda;
  - verificando, d'intesa con la Direzione Strategica, l'eventuale rotazione del personale con funzioni di responsabilità operativa negli Uffici, in cui è più elevato il rischio di corruzione;
  - definendo, in collaborazione con il Dirigente della Formazione, corsi di formazione per il personale particolarmente esposto a rischio di corruzione;
- d) esercitare compiti di vigilanza, monitoraggio e controllo, affinché siano rispettate le disposizioni del D.Lgs. n.39/2013, sulla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi.

Nel caso in cui il RPCT riscontri dei fatti suscettibili di dar luogo a responsabilità penale, deve presentare tempestiva denuncia all'Autorità competente, dandone informazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione. Ove riscontri dei fatti che rappresentino responsabilità amministrativa, deve presentare tempestiva denuncia alla competente Procura della Corte dei Conti. Nel caso, invece, riscontri dei fatti che possano presentare una rilevanza disciplinare deve comunicare al Dirigente della Struttura di appartenenza del dipendente, nonché all'Ufficio dei Procedimenti Disciplinari, affinché possa essere avviata con tempestività l'azione disciplinare.

In caso di inadempimento delle sue attribuzioni, in caso di mancata predisposizione del Piano ed in caso di mancata adozione delle misure per la formazione dei dipendenti, il RPCT incorre nelle responsabilità amministrative e/o disciplinari previste dalla legge. In sede di delibera di approvazione del Piano, per ciascun settore in cui si articola l'organizzazione dell'Azienda, sono automaticamente individuati, per gli adempimenti anticorruzione, secondo le rispettive competenze, i responsabili delle aree, strutture e uffici cui sono preposti. I Referenti curano la tempestiva comunicazione delle informazioni nei confronti del Responsabile, secondo quanto stabilito nel Piano.

## I REFERENTI

Al fine di consentire l'effettiva attuazione del presente Piano, e data la complessa ed articolata organizzazione dell'ambito in cui tale documento va ad operare, il Responsabile è coadiuvato da **Referenti (responsabili di struttura o dagli stessi nominati)** per la prevenzione della corruzione.



Azienda Ospedaliera Universitaria  
"Policlinico Paolo Giaccone"  
di Palermo



I nominativi dei Referenti sono riportati nell' ALL.1

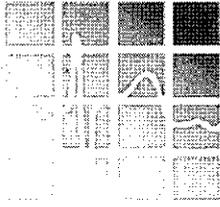
Le nomine sono avvenute tra il mese di agosto ed il mese di ottobre, mese in cui si è dato l'avvio alla formazione dei referenti stessi. Ogni Referente, in base alla propria area di competenza, dovrà:

- presentare al Responsabile, entro il **15 novembre** di ogni anno, una relazione riportante le risultanze dell'attività di verifica dell'efficacia delle misure già poste in essere per prevenire i fenomeni corruttivi nonché le proposte di eventuali nuove misure da adottare in particolare;
- indicare al Responsabile i dipendenti operanti nei settori maggiormente a rischio da avviare a specifici percorsi formativi;
- riferire su eventuali casi di *whistleblowing* e sulle misure adottate per la protezione dell'identità del segnalante;
- evidenziare l'attività svolta relativamente alle modalità e contenuti delle verifiche effettuate sulla corretta attuazione delle misure previste dal Piano;
- rappresentare ogni altro evento o modifica organizzativa che comporti variazioni alla valutazione del rischio;
- segnalare al Responsabile i casi di fenomeni corruttivi emersi e la relativa valutazione in merito all'impatto sull'analisi del rischio effettuata e/o sulle misure adottate/da adottare.

**Direttori di dipartimento, responsabile delle strutture complesse, semplici e dipartimentali.**

Il Direttore di Dipartimento, il Responsabile di Struttura Complessa, Semplice o Dipartimentale, nell'ambito della propria competenza, hanno poteri propositivi e di controllo e obblighi di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione. In particolare, dovranno:

- a) proporre misure di carattere generale idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione, anche con l'introduzione di adeguate forme interne di controllo, specificamente dirette alla prevenzione e all'emersione di possibili esposizioni al rischio corruttivo;
- b) fornire al RPCT le informazioni necessarie e le proposte adeguate per l'adozione di misure di verifica e di controllo;
- c) avanzare proposte per la rotazione del personale soggetto a procedimenti penali e/o disciplinari per condotta di natura corruttiva, qualora emergesse un effettivo e concreto rischio di reiterazione della corruzione;

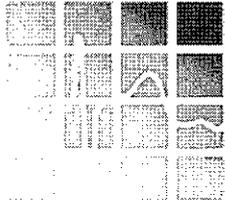


- d) fare un attento censimento di tutta l'area di propria competenza, in particolare attraverso una verifica delle risorse umane disponibili, degli incarichi e delle responsabilità, dei singoli obiettivi affidati, dei processi che coinvolgono i poteri di spesa e quelli di acquisizione delle entrate e delle vertenze in corso, al fine di verificarne la congruità in materia di lotta alla corruzione;
- e) formalizzare, nel rispetto delle prescrizioni legislative e delle disposizioni aziendali, precise disposizioni interne in ordine alle procedure di competenza della struttura, prevedendo puntuali e vincolanti sequenze di comportamenti e di responsabilità, allo scopo di standardizzare e di orientare i procedimenti;
- f) adottare le misure necessarie all'effettiva attivazione della responsabilità disciplinare dei dipendenti in caso di violazione dei doveri di comportamento, ivi incluso il dovere di conoscere e rispettare le prescrizioni contenute nel Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- g) adottare misure volte alla vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi;
- h) adottare misure di verifica dell'attuazione delle disposizioni di legge, in materia di autorizzazione di incarichi esterni;
- i) proporre la programmazione di specifiche attività di formazione del personale e relativa individuazione, in collaborazione con il RPCT e con la Struttura Formazione; prevedere forme di diffusione del Piano triennale di prevenzione della corruzione ai dipendenti/collaboratori/consulenti a qualsiasi titolo dell'azienda

Ai medesimi competono, altresì, gli specifici adempimenti di settore, in ordine agli obblighi di pubblicità e trasparenza di dati, informazioni e documenti, come prescritto dal D. Lgs. n.33/2013 e dal presente Piano.

### **Il personale dipendente**

Il personale dipendente rispetta le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'Amministrazione. In particolare, rispetta le prescrizioni contenute nel presente Piano, presta la sua collaborazione al RPCT e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnala al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'Amministrazione di cui sia venuto a conoscenza. Tutto il personale dell'Azienda è pertanto tenuto alla puntuale osservanza delle norme anticorruzione ed a fornire il proprio apporto collaborativo al RPCT per l'attuazione del presente Piano.



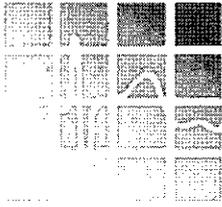
### **Relazione tra il Responsabile della Prevenzione della corruzione ed altri organi e figure.**

Lo svolgimento del ruolo di impulso che la legge affida al RPCT richiede che l'Organizzazione aziendale sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e risultato finale e che le strutture organizzative siano, oltre che coordinate tra loro, rispondenti al mandato input ricevuto. In tal senso in sede di contrattazione di budget, in linea con il Piano triennale della performance, saranno individuati obiettivi specifici da misurare ai fini della valutazione delle attività e dei dirigenti. Tutte le articolazioni dell'organizzazione aziendale svolgono un ruolo fondamentale nel prevenire fenomeni corruttivi e di malfunzionamento dei servizi, talché anche singole figure professionali che svolgono ruoli intermedi e di coordinamento debbono farsi carico del miglioramento della qualità dei servizi e del benessere organizzativo che da tali iniziative viene prodotto. Gli obiettivi annuali di performance posti ai Dirigenti devono prevedere l'utilizzo degli strumenti della trasparenza quali strategie di crescita e di sviluppo per delineare nuovi obiettivi organizzativi e individuali. Il RPCT identifica modalità di raccordo con le attività dell'Organismo Indipendente per la Valutazione dell'Azienda.

## **Misure Di Prevenzione Del Rischio Di Corruzione**

### **Trasparenza**

La trasparenza dell'attività istituzionale, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, rappresenta uno dei principali strumenti di lotta alla corruzione all'interno dell'Azienda. Il d. lgs 97/2016 "revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della L. 6/11/2012, n. 190 e del decreto legislativo 14/03/2013, n. 33 ai sensi dell'art. 7 della legge 7 agosto 2015 n. 124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" ha rafforzato tale principio che l'Azienda ha fatto propri nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente". Quale ulteriore misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione questa A.O.U.P. "Paolo Giaccone", con nomina del D.G. prot. 1121 del 24.01.2017 ha provveduto alla nomina del RASA nella persona della dr.ssa Rosalia Mastrosimone, responsabile aziendale della stazione appaltante. Il RASA è, infatti, il soggetto responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante. Si evidenzia, a riguardo, che tale obbligo informativo sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema



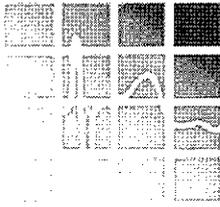
di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo codice dei contratti pubblici ex D. Lgs. 50/2016.

### **Conflitto di interesse**

Il conflitto di interessi è la situazione in cui un interesse secondario (privato o personale) interferisce, ovvero potrebbe tendenzialmente interferire o appare avere la potenzialità di interferire, con il dovere di una persona ad agire in conformità con un interesse primario, ad esempio, nel caso del funzionario e del dipendente pubblico, in conformità con l'interesse pubblico perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse facente capo al destinatario del provvedimento e tutelato dall'ordinamento. Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi, in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale, ai loro superiori gerarchici. I Dirigenti formulano la segnalazione, riguardante la propria posizione, al Direttore Generale.

Il conflitto può interessare il dipendente o il coniuge, il parente o l'affine, le persone soggette a tutela o curatela, ovvero soggetti con cui abbiano frequentazione abituale oppure organizzazioni nelle quali abbiano un ruolo di rilievo, e può fare riferimento a rapporti patrimoniali e finanziari, grave inimicizia, liti giudiziarie, indebite pressioni politiche o sindacali, gravi ragioni di convenienza, dubbi sull'imparzialità della Pubblica Amministrazione, lesione anche potenziale all'immagine dell'Azienda. Divieti specifici sono dettati per attività relative a gestione di risorse finanziarie, appalti, concorsi, affidamento di incarichi, riconoscimento di vantaggi economici e relative commissioni. Di seguito si fornisce un elenco dei principali obblighi e divieti:

- Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi (art. 6 bis legge n. 241/90 e ss.mm.ii.).
- Obbligo di segnalazione preventiva e motivata al proprio superiore del conflitto di interessi (art. 6 bis legge n. 241/90 e ss.mm.ii.).
- Obbligo di verifica e di istruzioni da parte del superiore al subordinato in caso di rilevazione di conflitto di interessi (art. 7 DPR n. 62/2013).
- Obbligo di vigilanza e controlli sull'assenza di conflitto di interessi da parte dei responsabili delle posizioni organizzative e dei coordinatori (art. 1 comma 9 legge n. 190/2012).
- Il dipendente non accetta incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza (art. 4 DPR n. 62/2013);



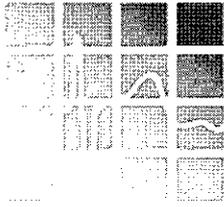
Azienda Ospedaliera Universitaria  
"Policlinico Paolo Giaccone"  
di Palermo



- Disposizioni specifiche sugli appalti (art. 42 d.lgs. 50/2016) Art. 14 D.p.r. n. 62/2013
- Obbligo a carico di ciascun dipendente all'atto dell'assegnazione all'ufficio di informare per iscritto il responsabile dell'ufficio stesso di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni (art. 7 DPR n. 62/2013).
- Obbligo del Dirigente, prima di assumere le sue funzioni, di comunicare all'ufficio personale le partecipazioni azionarie e gli interessi finanziari che possono porre in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge e dichiarare se ha parenti o affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio (art. 13 DPR n. 62/2013).
- Divieto per coloro che sono stati condannati, anche in via non definitiva, per i reati contro la P.A. del capo I, titolo II, del libro II del Codice Penale (peculato, concussione, corruzione, abuso d'ufficio ecc.) di far parte di commissioni per l'affidamento di appalti o per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi, di essere assegnati agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione dei beni, servizi e forniture, o alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati, oppure di far parte delle Commissioni per la concessione o per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere (art. 35 bis D. Lgs. n. 165/2001).
- Divieto di far parte di commissioni di concorso per coloro che ricoprono cariche politiche.
- Art. 51 c.p.c. ;
- Sanzioni disciplinari in caso di mancata osservanza del codice di comportamento, ivi compresi le previsioni sui conflitti di interessi (art. 16 DPR n. 62/2013).

Costituiscono misure generali di prevenzione del fenomeno corruttivo, le disposizioni contenute nell'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001, così come introdotto dall'art. 1 comma 46 della L. 190/2012. In particolare, coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

- a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o



Azienda Ospedaliera Universitaria  
"Policlinico Paolo Giaccone"  
di Palermo



all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

- c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Si ravvisano casi di conflitto di interesse, anche nelle ipotesi:

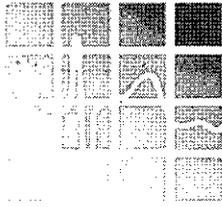
- a) rapporti di collaborazione e consulenza, sia retribuiti che a titolo gratuito, svolti nell'ultimo quinquennio, a favore di soggetti ai quali sia stato aggiudicato, nel medesimo periodo, o concorso ad aggiudicare, in nome e per conto dell'Azienda, appalti di lavori, forniture e servizi;
- b) eventuali relazioni di parentela o affinità fino al secondo grado, sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti dei soggetti che con l'Azienda stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, limitatamente agli ambiti di lavoro di competenza;
- c) attività di collaborazione e consulenza a favore di soggetti, con i quali l'Azienda ha in corso di definizione qualsiasi controversia civile, amministrativa o tributaria;
- d) attività di collaborazione e consulenza a favore di soggetti privati, con i quali l'Azienda ha instaurato o è in procinto di instaurare un rapporto di partenariato.

In tutte le sopraindicate ipotesi di conflitto di interesse, il dipendente ha l'obbligo di presentare con cadenza annuale all'Area gestione del Personale una dichiarazione sostitutiva di atto notorio ai sensi di cui al D.P.R. 445/2000 e s.m.i. I dati così acquisiti avranno in ogni caso carattere riservato, nel rispetto di quanto previsto in materia di tutela della privacy.

### **Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro**

La L. n. 190/2012 ha valutato un nuovo rischio di possibile situazione di corruzione connesso all'impiego del dipendente in un momento successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. Il rischio valutato dalla norma è che il dipendente si sia preconstituito durante l'attività lavorativa situazioni vantaggiose così da sfruttare a proprio vantaggio la sua posizione all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro presso l'impresa o il soggetto privato con cui è entrato in contatto.

La misura di prevenzione è che il personale dipendente che per il ruolo e la posizione ricoperta nell'amministrazione ha avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto



Azienda Ospedaliera Universitaria  
"Policlinico Paolo Giaccone"  
di Palermo



dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (responsabili di Posizione organizzativa, responsabili di procedimento), ai sensi dell'art. 53 comma 16 ter del D.Lvo n.165/2001 e s.m.i. (L. n. 190/2012), non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati che siano stati destinatari dell'attività della stessa pubblica amministrazione presso la quale sussisteva il rapporto di pubblico impiego. I contratti e gli atti conclusi in violazione del presente comma sono nulli. Ai fini dell'applicazione dell'art. 53, comma 16 ter, del D.lgs. n. 165/2001 e dell' art. 21 del d.lgs. 39/2013. L'Azienda deve dotarsi di un regolamento.

#### **Whistleblower e tutela del dipendente che segnala illeciti.**

La Legge 6 novembre 2012, n. 190, detta "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione". In particolare l'art. 1 comma 51 ha aggiunto al D.Lgs. 165/2001 l'art. 54 bis, ha introdotto nell'ordinamento giuridico italiano la figura del Whistleblowing, cioè del dipendente pubblico che segnala gli illeciti a cui abbia assistito o di cui sia venuto a conoscenza in ragione dello svolgimento della propria attività lavorativa.

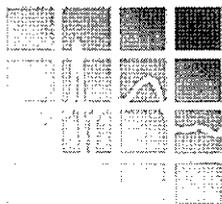
L'azienda ha predisposto una procedura WEB raggiungibile dalla INTRANET al seguente indirizzo:  
<https://intranet.policlinico.pa.it/common/whistleblower/home.vm>.

L'Azienda non si è ancora dotata di apposito regolamento.

Durante l'anno 2017 non sono pervenute segnalazioni di illeciti da parte dei dipendenti.

#### **Inconferibilità e incompatibilità.**

Ai fini del conferimento di incarichi dirigenziali e di responsabilità amministrativa di vertice nelle Pubbliche Amministrazioni si osservano le disposizioni contenute nel decreto legislativo del 8 aprile 2013 n. 39. L'Autorità Nazionale per la Prevenzione della Corruzione (ANAC) con Delibera n. 149 del 22 dicembre 2014 ha fornito l'interpretazione in merito all'applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario. In particolare, la delibera stabilisce che "le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le Aziende Sanitarie devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39". Nel rispetto del D. Lgs n. 165/2001, così come modificata dalla L. 190/2012, nel caso di conferimento o autorizzazione di incarichi a propri



dipendenti l'Azienda verificherà l'insussistenza di situazioni di incompatibilità o di conflitto di interesse anche potenziale. Sono in corso le verifiche relative a tutto il personale titolare di incarico.

In fase di monitoraggio delle misure per l'anno 2017, sono state rilevate tutte le dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità ed inconferibilità al conferimento dell'incarico del Direttore Generale, Sanitario ed Amministrativo.

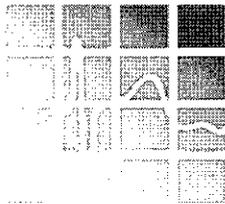
### **Rotazione negli incarichi a rischio di corruzione.**

Con la direttiva n. 8 del 17 giugno 2015 l'ANAC ha definito che "uno dei principali fattori di rischio di corruzione è costituito dalla circostanza che uno stesso soggetto possa sfruttare un potere o una conoscenza nella gestione di processi caratterizzati da discrezionalità e da relazioni intrattenute con gli utenti per ottenere vantaggi illeciti", e pertanto ha previsto tra le misure organizzative di prevenzione alla corruzione l'applicazione della rotazione o delle misure alternative finalizzate a prevenire il citato fattore di rischio. L'Autorità ha anche chiarito che la rotazione non può comunque tradursi nella sottrazione di competenze professionali specialistiche ad Uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico.

La misura di prevenzione deve consistere nella rotazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di responsabilità operante nelle aree a più elevato rischio di corruzione. Tale misura presenta non indifferenti profili di criticità. La rotazione può essere applicata compatibilmente con la dotazione organica e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture aziendali. E' prevista, nei settori più esposti a rischio di corruzione, l'alternanza delle figure dei responsabili di procedimento, nonché dei componenti delle commissioni di gara e di concorso. L'Azienda si doterà di un Regolamento interno che disciplini la rotazione del personale nelle aree ad elevato rischio corruttivo, presumibilmente entro il mese di dicembre 2018.

### **Svolgimento di incarichi extra istituzionali.**

L'art.53, comma 5 del d.lgs. 165/2001 come modificato dalla legge n.190 del 2012 disciplina l'autorizzazione a poter svolgere, da parte dei dipendenti, attività extra-istituzionali pertanto ai fini del rilascio di autorizzazioni all'esercizio di incarichi ai dipendenti, l'Azienda ha adottato apposito Regolamento, con delibera n. 142 del 24.02.2016, che disciplina le modalità di autorizzazione per incarichi extra istituzionali, contemplando anche le ipotesi di situazioni di incompatibilità o di conflitto, anche potenziale, di interessi.



### **Monitoraggio dei tempi procedurali.**

I Responsabili delle Strutture aziendali provvedono al monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti di competenza. La valutazione del rispetto dei termini procedurali è effettuata sulla base del Piano di approvazione delle linee di attività per singola struttura e dei relativi cronoprogramma, da adottare, per ogni Struttura Complessa, Semplice e Dipartimentale, sulla scorta della tempistica prevista nel Piano delle Performance.

Degli eventuali risultati negativi di tale monitoraggio viene informato il RPCT

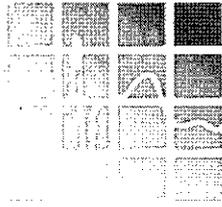
### **Segnalazioni e Controlli disciplinari ed ispettivi.**

Le informazioni in relazione a situazioni di potenziale rischio di legalità che ciascun dirigente o dipendente di qualsiasi profilo dovessero rilevare, devono essere comunicate, dagli stessi, al RPCT ed al responsabile dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari. Analogamente la comunicazione va effettuata da tutti i Responsabili titolari ogni tipo di procedimento, per ogni potenziale irregolarità connessa alle verifiche sulle autorizzazioni delle attività extra-istituzionali, sulla vigilanza sulla inconfiribilità ed incompatibilità degli incarichi, nonché sul monitoraggio delle relazioni esistenti tra dipendenti aziendali e soggetti terzi che hanno vantaggi economici da rapporti con l'Azienda.

## **Performance**

### **Collegamento con il piano delle performance.**

In conformità al D. Lgs. 150/2009, l'amministrazione adotta il ciclo di gestione delle Performance ed i relativi strumenti di programmazione, monitoraggio e controllo della performance organizzativa ed individuale che consente di ricondurre l'intero sistema delle decisioni e della gestione nella corretta direzione del soddisfacimento dei bisogni pubblici in un quadro di efficienza, efficacia ed economicità dell'azione amministrativa. Il coordinamento e l'integrazione fra gli ambiti relativi alla performance, alla qualità, alla trasparenza, all'integrità, all'anticorruzione, sono stati indicati dalla CIVIT come priorità alle



amministrazioni (delibera n. 6/2013). Per il triennio 2018-2020 sono stati assegnati obiettivi specifici in materia di prevenzione della corruzione ai dirigenti.

## **Formazione e coordinamento con il piano di formazione aziendale.**

La formazione del personale costituisce uno degli strumenti fondamentali per la messa a punto di una efficace strategia di prevenzione della corruzione. Una formazione adeguata consente di fornire al personale la necessaria conoscenza delle leggi e soprattutto degli strumenti di prevenzione della corruzione e delle modalità per riconoscere i segnali d'allarme, quali ad esempio situazioni in cui sussiste il conflitto di interessi. I dipendenti appartenenti alle Strutture ad alto rischio di corruzione, devono partecipare ad un programma formativo sulla prevenzione e repressione della corruzione e sui temi della legalità. Il Piano Annuale di Formazione deve pertanto prevedere percorsi formativi a ciò finalizzati. Tali percorsi formativi, definiti d'intesa con la struttura aziendale responsabile della formazione e dell'aggiornamento, sono indirizzati secondo un approccio che sia al contempo normativo-specialistico e valoriale. Durante il 2017 hanno avuto luogo eventi formativi come indicato nella relazione annuale (visionabile sul sito aziendale nella sezione amministrazione trasparente). Le attività formative proseguiranno nel triennio 2018-2020 in linea con gli aggiornamenti normativi nazionali e regionali. Per portare a confronto le esperienze maturate con i relativi dubbi e perplessità ed assicurando la disponibilità di docenti con provata professionalità ed esperienza.

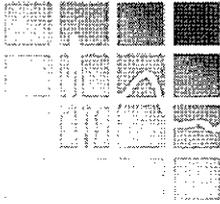
## **Trasparenza**

### **La gestione del rischio.**

L'individuazione delle aree a rischio ha la finalità di consentire l'emersione di aree che debbono essere presidiate più di altre mediante l'implementazione di misure di prevenzione. Rispetto a tali aree il P.T.P.C. identifica gli strumenti per prevenire il rischio.

Le aree di rischio elencate nell'art.1 comma 16 della L. 190/2012 sono:

- a) autorizzazione o concessione;



Azienda Ospedaliera Universitaria  
"Policlinico Paolo Giaccone"  
di Palermo



- b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al D.Lgs. 163/2006;
- c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici o privati;
- d) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'art. 24 del D.Lgs. 150/2009.

Considerate anche le specifiche indicazioni per l'ambito sanitario nei PNA precedenti che suggeriscono particolare attenzione per le seguenti aree:

- attività libero professionale e liste d'attesa;
- rapporti contrattuali con privati accreditati;
- farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- attività conseguenti al decesso in ambito intra ospedaliero.

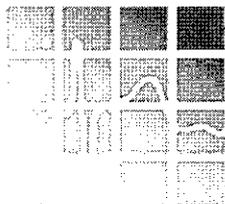
### **La Misura Della Trasparenza**

La trasparenza dell'attività istituzionale, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili, rappresenta uno dei principali strumenti di lotta alla corruzione all'interno dell'Azienda. E' assicurata mediante la pubblicazione, nel sito web aziendale, dei dati, delle informazioni e dei documenti riconducibili alle macro-voci della sezione "Amministrazione Trasparente"- in conformità alla normativa vigente:

- a) favorire forme di controllo diffuso degli utenti, in ordine al corretto svolgimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche;
- b) concorrere ad attuare il principio democratico ed i principi di uguaglianza, imparzialità e buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo delle risorse pubbliche.

### **Trasparenza delle attività.**

L'Azienda cura con particolare attenzione l'aggiornamento e l'inserimento delle informazioni e dei dati relativi all'organizzazione, alle attività, alle funzioni e alle responsabilità nella sezione "Amministrazione trasparente". A tale scopo, viene opportunamente aggiornata la tabella che individua per ogni obbligo informativo i responsabili della pubblicazione dei dati di pertinenza, tenendo conto delle modifiche legislative e del nuovo assetto organizzativo.



### **Facilità di accesso al sito istituzionale.**

Il sito istituzionale aziendale è direttamente accessibile e viene costantemente aggiornato e monitorato,

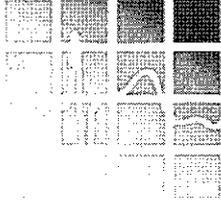
<http://www.policlinico.pa.it/portal/index.php?option=displaypage&Itemid=160&op=page&SubMenu=>

### **Accesso civico generalizzato.**

L'accesso Civico definito "generalizzato" o "ampliato" costituisce l'innovazione di maggiore rilievo apportata dal decreto legislativo n. 97/2016, ed è quella che motiva la denominazione di F.O.I.A. (Freedom Of Information Act) data all'intervento legislativo. Ad oggi sono tre le forme di accesso a dati, documenti, informazioni della pubblica amministrazione:

- accesso "documentale" (artt. 22 e seguenti legge n. 241/1990)
- accesso civico "semplice" (a dati, documenti, informazioni da pubblicarsi in Amministrazione Trasparente - art. 5 decreto n. 33)
- accesso civico "generalizzato" o "ampliato" (art. 5, comma 2, decreto n. 33 come modificato dal decreto n. 97).

Con l'accesso civico, ampliato o generalizzato, è possibile accedere a dati, documenti, informazioni detenuti da pubbliche amministrazioni ma ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione: "Allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'art. 5 bis (esclusioni e limiti all'accesso civico)". Si tratta di un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione. L'Azienda nel corso del 2018 aggiornerà il regolamento "di accesso agli atti ed alla documentazione amministrativa" delibera 427 del 8/8/2008.



## Conclusione

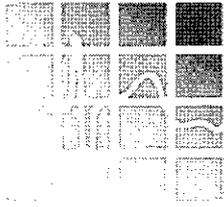
L'avvicinarsi delle figure di RPC ed RPCT in mancanza totale di una struttura di supporto, di un gruppo di lavoro o di referenti formati ed informati non ha favorito l'impulso dovuto e su questo si dovrà incidere con la formazione ed il coinvolgimento tramite incontri periodici.

Si sottolinea l'importanza del GdL e si evidenzia che anche se previsto nel precedente PTPC tale Gruppo di Lavoro risulta inesistente, va ancora messo in evidenza che per parteciparvi fattivamente occorre essere motivati e credere fermamente in questa oserei dire "missione". Sposando tale ottica la direzione ha portato avanti una serie di colloqui, risultati purtroppo poco fruttuosi e pertanto ha lanciato degli interpelli, i cui risultati alla data non sono stati ancora esitati.

E' da rafforzare l'integrazione tra le misure anticorruzione ed i sistemi di controllo interno (piano della performance, obiettivi ai dirigenti, controllo di gestione), a tal proposito sono stati individuati degli obiettivi da inserire atti a potenziare le buone pratiche. In particolare il controllo di gestione dovrà avere non solo lo scopo di analizzare i costi ma altresì di migliorare la performance delle attività, ciò nell'ottica di poter giungere ad un'analisi dei costi del processo; ciò permetterebbe una razionalizzazione il più possibile oggettiva nell'utilizzo delle risorse umane, strumentali ed economiche. Proprio l'oggettività è presupposto fondamentale per la riduzione del rischio corruttivo.

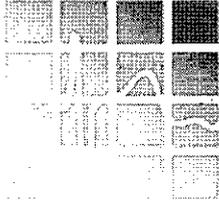
E' stata completata la mappatura dei processi e si sta procedendo alla definizione del funzionigramma per la successiva attivazione.

Il sistema organizzativo volto ad assicurare la trasparenza aziendale ai sensi del D. lgs.n.33 e successive modifiche ed integrazioni si basa sulla responsabilizzazione di ogni singolo ufficio/U.O. e dei relativi responsabili cui compete l'elaborazione e la trasmissione dei dati e delle informazioni. Il RPCT ha un ruolo di regia e di monitoraggio e laddove necessari di sollecitazione sull'effettiva pubblicazione pur non sostituendosi agli uffici. Tale sistema è risultato snello ed efficace anche se si accusa una debolezza sulla tempestività degli aggiornamenti



## FONTI NORMATIVE

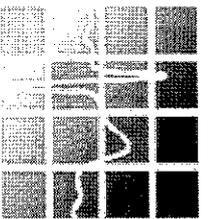
- Codice Penale (articoli da 318 a 322);
- Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";
- Legge 3 agosto 2009, n. 116, "Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dalla Assemblea generale dell'ONU il 31 ottobre 2003 con risoluzione n. 58/4, firmata dallo Stato italiano il 9 dicembre 2003, nonché norme di adeguamento interno e modifiche al codice penale e al codice di procedura penale";
- Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
- Legge 28 giugno 2012, n. 110, "Ratifica ed esecuzione della Convenzione penale sulla corruzione, fatta a Strasburgo il 27 gennaio 1999";
- Decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario)", convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;
- Decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese". (articolo 34-bis. "Autorità nazionale anticorruzione");
- Legge 6 novembre 2012, n. 190, "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- Legge 17 dicembre 2012, n. 221, "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, recante ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese";
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 16 gennaio 2013, contenente le linee di indirizzo del Comitato interministeriale per la predisposizione, da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica, del Piano nazionale anticorruzione di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190;
- Circolare n. 1 del 25 gennaio 2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica;
- Linee di indirizzo del 13 marzo 2013 del Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione;



Azienda Ospedaliera Universitaria  
"Policlinico Paolo Giaccone"  
di Palermo



- Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- Decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190;
- Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165";
- Intesa n. 74/CU in data 24 luglio 2013 sancita dalla Conferenza Unificata tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'articolo 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- Deliberazione n. 71/2013 in data 1 agosto 2013 della Commissione indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (Autorità Nazionale Anticorruzione), recante "Attestazioni OIV sull'assolvimento di specifici obblighi di pubblicazione per l'anno 2013 e attività di vigilanza e controllo della Commissione";
- Deliberazione n. 72/2013 in data 11 settembre 2013 della Commissione indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (Autorità Nazionale Anticorruzione), recante "Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione";
- Legge 30 ottobre 2013, n. 125 con cui è stato convertito in legge con modificazioni il d.l. n. 101/2013, recante "Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione delle pubbliche amministrazioni";
- Delibere A.N.AC. n. 6/2010, n. 105/2010, n. 2/2012, n. 4/2012, n. 33/202, n. 50/2013, n. 59/2013, n. 65/\*2013, n. 66/2013;
- Determinazione n. 6 del 28/04/2015;
- Determinazione ANAC n.12 del 28/10/2015;
- Delibere A.N.A.C. n. 831 e 833 del 03/08/2016;
- D.lgs 97/2016.
- Delibera n. 1208 del 22 novembre 2017 - Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione

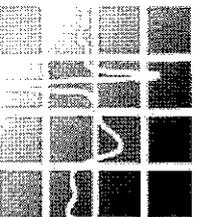


Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone  
di Palermo



UO Ostetricia e Ginecologia -

Area intervento	Obiettivo	Peso attribuito	Indicatore di risultato	Dato di base	Risultato atteso	Risultato conseguito	Modalità di calcolo	Risultato in percentuale	Peso conseguito ponderato
<b>Individuali</b>									
Gestione delle attività dell'UO	Governo del clima interno e delle relazioni inter-personali	20	Assenza / presenza di eventi negativi rilevati mediante questionario da presentare entro il 31/1/19	=	SI		SI = 100% No = 0%		
Senso di appartenenza all'ACUP	Migliorare la conoscenza degli strumenti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali	20	N° partecipanti agli eventi formativi/N° totale degli operatori presenti in reparto (dato fornito dalle Uds)	=	SI		SI = 100% No = 0%		
Collaborazione multidisciplinare	Favorire la collaborazione interna degli operatori e con il personale delle altre UO	20	Partecipazione a progetti di sviluppo aziendale multidisciplinare (dato fornito dalle Uds)	=	SI		SI = 100% No = 0%		
Gestione delle attività dell'UO	Governo delle strutture semplici afferenti	20	Presentazione di una relazione di verifica sulle attività delle UOS afferenti	=	SI		SI = 100% No = 0%		
Area qualità percepita	Misurazione della qualità percepita sec. sistema regionale in collaborazione con l'URP mediante somministrazione informativa e raccolta consensi da parte del personale della UO	20	N° di consensi raccolti / N° consensi da raccogliere (dato fornito dall'URP)	=	≥80%		≥81% = 100% 51% ÷ 80% = 50% 0% ÷ 50% = 0%		
<b>Totale peso obiettivi</b>		<b>100</b>							
<b>Media ponderata</b>									
<b>Risultato finale</b>									

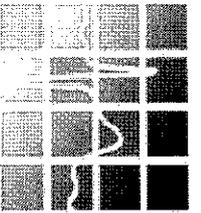


Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone  
di Palermo



UO Ostetricia e Ginecologia -

Area intervento	Obiettivo	Peso attribuito	Indicatore di risultato	Dato di base	Risultato atteso	Risultato conseguito	Modalità di calcolo	Risultato in percentuali e	Peso conseguito ponderato
<b>Organizzativi</b>									
Equilibrio tra produzione e costi	Miglioramento del rapporto tra il valore della produzione in termini tariffari e i costi dell'Unità Operativa	25	Si rimanda al testo	0,49	≥	1,0	Risultato conseguito / Risultato atteso		
Efficienza organizzativa in funzione dell'efficacia clinica	R.O.: ottimizzazione della durata media della degenza in funzione della complessità espressa in termini di DRG	10	Rapporto Degenza Media / Peso Medio DRG conseguito	5,7/0,65= 8,77	≤ 20%	7,01	Risultato atteso / Risultato conseguito		
Riduzione Inappropriatezza	Riduzione dei ricoveri non appropriati in RO e DH verso altri setting assistenziali	10	Diminuzione abbattimento tariffario	C 58.697,97	≤ 30%	C 41.089,58	Risultato atteso / Risultato conseguito		
Miglioramento dei tempi di attesa ambulatoriali	Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni critiche ambulatoriali del PRGTA 2011-2013	15	Numero di prenotazioni garantire entro i tempi della classe di priorità B / numero prenotazione con classe di priorità B≥90%	38,9	% ≥	90,0	Risultato conseguito / Risultato atteso		
Miglioramento dei tempi di attesa ambulatoriali	Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni critiche ambulatoriali del PRGTA 2011-2013	10	Numero di prenotazioni garantire entro i tempi della classe di priorità D / numero prenotazione con classe di priorità D≥90%	28,1	% ≥	90,0	Risultato conseguito / Risultato atteso		
Utilizzo ricetta dematerializzata	Numero di medici abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti ≥80% dei medici censiti ed abilitati su sistema TS e presenti in reparto	10	SI ≥ 80% No ≤ 79,9%	33,3	% ≥	80,0	SI ≥ 80% No ≤ 79,9%		
Rispetto del PNE	Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun progresso cesareo)	20	Numero parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / N. totale parti di donne con nessun progresso cesareo	38,3	% ≤	20,0	Risultato atteso / Risultato conseguito		
<b>Totale peso obiettivi</b>		<b>100</b>							
<b>Media ponderata</b>									
<b>Risultato finale</b>									

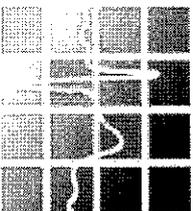


Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone  
di Palermo



UO Chirurgia Generale e d'Urgenza

Area Intervento	Obiettivo	Peso attribuito	Indicatore di risultato	Dato di base	Risultato atteso	Risultato conseguito	Modalità di calcolo	Risultato in percentuale	Peso conseguito ponderato
<b>Individuali</b>									
Gestione delle attività dell'UO	Governo del clima interno e delle relazioni inter-personali	20	Assenze / presenza di eventi negativi rilevati mediante questionario da presentare entro il 31/1/19	=	SI		SI = 100% No = 0%		
Senso di appartenenza all'AOUP	Migliorare la conoscenza degli strumenti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali	20	N° partecipanti agli eventi formativi/N° totale degli operatori presenti in reparto (dato fornito dalle Uds)	=	SI		SI = 100% No = 0%		
Collaborazione multidisciplinare	Favorire la collaborazione interna degli operatori e con il personale delle altre UO	20	Partecipazione a progetti di sviluppo aziendale multidisciplinare (dato fornito dalle Uds)	=	SI		SI = 100% No = 0%		
Gestione delle attività dell'UO	Governo delle strutture semplici afferenti	20	Presentazione di una relazione di verifica sulle attività delle UOS afferenti	=	SI		SI = 100% No = 0%		
Area qualità percepita	Misurazione della qualità percepita sec. sistema regionale in collaborazione con l'URP mediante somministrazione informativa e raccolta consensi da parte del personale della UO	20	N° di consensi raccolti / N° consensi da raccogliere (dato fornito dall'URP)	=	≥80%		≥81%= 100% 51% ÷ 80%= 50% 0% + 50%= 0%		
<b>Totale peso obiettivi</b>		<b>100</b>							
<b>Media ponderata</b>									
<b>Risultato finale</b>									

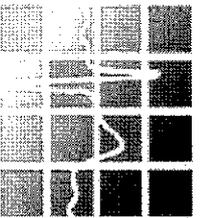


Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone  
di Palermo



UO Chirurgia Generale e d'Urgenza

Area intervento	Obiettivo	Peso attribuito	Indicatore di risultato	Dato di base	Risultato atteso	Risultato conseguito	Modalità di calcolo	Risultato in percentuale	Peso conseguito ponderato
<b>Organizzativi</b>									
Equilibrio tra produzione e costi	Miglioramento del rapporto tra il valore della produzione in termini tariffari e i costi dell'Unità Operativa	25	Si rimanda al testo	1,21	≥	1,21	Risultato conseguito / Risultato atteso		
Efficienza organizzativa in funzione dell'efficacia clinica	R.O.: ottimizzazione della durata media della degenza in funzione della complessità espressa in termini di DRG	10	Rapporto Degenza Media / Peso Medio DRG conseguito	6,2/1,4 = 4,42	≤	3,53	Risultato atteso / Risultato conseguito		
Riduzione Inappropriatezza	Riduzione dei ricoveri non appropriati in RO e DH verso altri setting assistenziali	10	Diminuzione abbattimento tariffario	€ 128.110,47	≤	€ 89.577,33	Risultato atteso / Risultato conseguito		
Miglioramento dei tempi di attesa ambulatoriali	Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni critiche ambulatoriali del PRGTA 2011-2013	15	Numero di prenotazioni garantire entro i tempi della classe di <b>priorità B</b> / numero prenotazioni con classe di priorità B≥90%	23,3	≥	90,0	Risultato conseguito / Risultato atteso		
Miglioramento dei tempi di attesa ambulatoriali	Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni critiche ambulatoriali del PRGTA 2011-2013	10	Numero di prenotazioni garantire entro i tempi della classe di <b>priorità D</b> / numero prenotazioni con classe di priorità D≥90%	45,1	≥	90,0	Risultato conseguito / Risultato atteso		
Utilizzo ricetta dematerializzata	Numero di medici abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed Invarianti ≥80% dei medici censiti ed abilitati su sistema TS e presenti in reparto	10	SI ≥ 80% No ≤ 79,9%	0,0	≥		SI ≥ 80% No ≤ 79,9%		
Rispetto del PNE	Riduzione degenza media post operatoria dopo colecistectomia laparoscopica	20	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 2 gg / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	77,4	≥	97,0	Risultato conseguito / Risultato atteso		
<b>Totale peso obiettivi</b>		<b>100</b>							
<b>Media ponderata</b>									
<b>Risultato finale</b>									

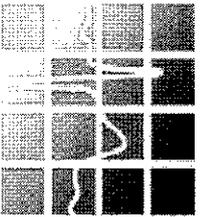


**Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone  
di Palermo**



UO Cardiologia UTIC

Area intervento	Obiettivo	Peso attribuito	Indicatore di risultato	Dato di base	Risultato atteso	Risultato conseguito	Modalità di calcolo	Risultato in percentuale	Peso conseguito ponderato
<b>Individuali</b>									
Gestione delle attività dell'UO	Governo del clima interno e delle relazioni inter-personali	20	Assenza / presenza di eventi negativi rilevati mediante questionario da presentare entro il 31/1/19	=	Si		Si = 100% No = 0%		
Senso di appartenenza all'AOUUP	Migliorare la conoscenza degli strumenti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali	20	N° partecipanti agli eventi formativi/N° totale degli operatori presenti in reparto (dato fornito dalle Uds)	=	Si		Si = 100% No = 0%		
Collaborazione multidisciplinare	Favorire la collaborazione interna degli operatori e con il personale delle altre UO	20	Partecipazione a progetti di sviluppo aziendale multidisciplinare (dato fornito dalle Uds)	=	Si		Si = 100% No = 0%		
Gestione delle attività dell'UO	Governo delle strutture semplici afferenti	20	Presentazione di una relazione di verifica sulle attività delle UOS afferenti	=	Si		Si = 100% No = 0%		
Area qualità percepita	Misurazione della qualità percepita sec. sistema regionale in collaborazione con l'URP mediante somministrazione informativa e raccolta consensi da parte del personale della UO	20	N° di consensi raccolti / N° consensi da raccogliere (dato fornito dall'URP)	=	≥80%		≥81%= 100% 51% ÷ 80%= 50% 0% ÷ 50%= 0%		
<b>Totale peso obiettivi</b>		<b>100</b>							
<b>Media ponderata</b>									
<b>Risultato finale</b>									

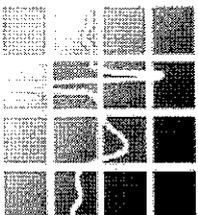


Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone  
di Palermo



UO Cardiologia UTIC

Area intervento	Obiettivo	Peso attribuito	Indicatore di risultato	Dato di base	Risultato atteso	Risultato conseguito	Modalità di calcolo	Risultato in percentuale	Peso conseguito ponderato
<b>Organizzativi</b>									
Equilibrio tra produzione e costi	Miglioramento del rapporto tra il valore della produzione in termini tariffari e i costi dell'Unità Operativa	15	Si rimanda al testo	0,8	≥	1,00	Risultato conseguito / Risultato atteso		
Efficienza organizzativa in funzione dell'efficacia clinica	R.O.: ottimizzazione della durata media della degenza in funzione della complessità espressa in termini di DRG	15	Rapporto Degenza Media / Peso Medio DRG conseguito	7,1/1,38 = 5,14	≤ 20%	4,11	Risultato atteso / Risultato conseguito		
Riduzione Inappropriatezza	Riduzione dei ricoveri non appropriati in RO e DH verso altri setting assistenziali	15	Diminuzione abbattimento tariffario	C 20.254,23	≤ 30%	C 14.177,96	Risultato atteso / Risultato conseguito		
Miglioramento dei tempi di attesa ambulatoriali 08.01	Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni critiche ambulatoriali del PRGTA 2011-2013	15	Numero di prenotazioni garantire entro i tempi della classe di <b>priorità B</b> / numero prenotazione con classe di priorità B≥90%	23,5	≥	90,0	Risultato conseguito / Risultato atteso		
Miglioramento dei tempi di attesa ambulatoriali 08.01	Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni critiche ambulatoriali del PRGTA 2011-2013	10	Numero di prenotazioni garantire entro i tempi della classe di <b>priorità D</b> / numero prenotazione con classe di priorità D≥90%	36,8	≥	90,0	Risultato conseguito / Risultato atteso		
Utilizzo ricetta dematerializzata	Numero di medici abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed inviati ≥80% dei medici censiti ed abilitati su sistema TS e <b>presenti in reparto</b>	10	Si ≥ 80% No ≤ 79,9%	27,8	≥	80,0	Si ≥ 80% No ≤ 79,9%		
Rispetto del PNE	Tempestività nell'effettuazione PTCA nei casi di IMA STEMI	10	Numero PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI /N. totale di IMA STEMI diagnosticati	89,3	≥	91,0	≥91% = 100% 78%-91% = % sec risultato ≤78% = 0%		
Rispetto del PNE	Proporzione di STEMI (Infarti Miocardici con Sopraslivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti	10	Proporzione di STEMI (infarti Miocardici con Sopraslivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti	97	≥	91,0	≥91% = 100% 61%-91% = % sec risultato ≤60% = 0%		
<b>Totale peso obiettivi</b>		<b>100</b>							
<b>Media ponderata</b>									
<b>Risultato finale</b>									

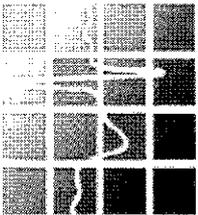


Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone  
di Palermo



UO Ortopedia e Traumatologia

Area intervento	Obiettivo	Peso attribuito	Indicatore di risultato	Dato di base	Risultato atteso	Risultato conseguito	Modalità di calcolo	Risultato in percentuale	Peso conseguito ponderato
<b>Individuali</b>									
Gestione delle attività dell'UO	Governo del clima interno e delle relazioni inter-personali	20	Assenza / presenza di eventi negativi rilevati mediante questionario da presentare entro il 31/1/19	=	Si		Si = 100% No = 0%		
Senso di appartenenza all'AOUP	Migliorare la conoscenza degli strumenti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali	20	N° partecipanti agli eventi formativi/N° totale degli operatori presenti in reparto (dato fornito dalle Uds)	=	Si		Si = 100% No = 0%		
Collaborazione multidisciplinare	Favorire la collaborazione interna degli operatori e con il personale delle altre UO	20	Partecipazione a progetti di sviluppo aziendale multidisciplinare (dato fornito dalle Uds)	=	Si		Si = 100% No = 0%		
Gestione delle attività dell'UO	Governo delle strutture semplici afferenti	20	Presentazione di una relazione di verifica sulle attività delle UOS afferenti	=	Si		Si = 100% No = 0%		
Area qualità percepita	Misurazione della qualità percepita sec. sistema regionale in collaborazione con l'URP mediante somministrazione informativa e raccolta consensi da parte del personale della UO	20	N° di consensi raccolti / N° consensi da raccogliere (dato fornito dall'URP)	=	≥80%		≥81% = 100% 51% ÷ 80% = 50% 0% ÷ 50% = 0%		
<b>Totale peso obiettivi</b>		<b>100</b>							
<b>Media ponderata</b>									
<b>Risultato finale</b>									



Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone  
di Palermo



UO Ortopedia e Traumatologia

Area intervento	Obiettivo	Peso attribuito	Indicatore di risultato	Dato di base	Risultato atteso	Risultato conseguito	Modalità di calcolo	Risultato in percentuale	Peso conseguito ponderato
<b>Organizzativi</b>									
Equilibrio tra produzione e costi	Miglioramento del rapporto tra il valore della produzione in termini tariffari e i costi dell'Unità Operativa	25	Si rimanda al testo	0,99	≥	1,00	Risultato conseguito / Risultato atteso		
Efficienza organizzativa in funzione dell'efficacia clinica	R.O.: ottimizzazione della durata media della degenza in funzione della complessità espressa in termini di DRG	10	Rapporto Degenza Media / Peso Medio DRG conseguito	6,8/1,3 = 5,23	≤ 20%	4,18	Risultato atteso / Risultato conseguito		
Riduzione Inappropriatezza	Riduzione dei ricoveri non appropriati in RO e DH verso altri setting assistenziali	10	Diminuzione abbattimento tariffario	€ 66.796,37	≤ 30%	€ 46.757,46	Risultato atteso / Risultato conseguito		
Miglioramento dei tempi di attesa ambulatoriali	Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni critiche ambulatoriali del PRGTA 2011-2013	15	Numero di prenotazioni garantire entro i tempi della classe di <b>priorità B</b> / numero prenotazione con classe di priorità B≥90%	31,1	% ≥	90,0	Risultato conseguito / Risultato atteso		
Miglioramento dei tempi di attesa ambulatoriali	Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni critiche ambulatoriali del PRGTA 2011-2013	10	Numero di prenotazioni garantire entro i tempi della classe di <b>priorità D</b> / numero prenotazione con classe di priorità D≥90%	22,9	% ≥	90,0	Risultato conseguito / Risultato atteso		
Utilizzo ricetta dematerializzata	Numero di medici abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed inviati ≥80% dei medici censiti ed abilitati su sistema TS e presenti in reparto	10	SI ≥ 80% No ≤ 79,9%	36,4	% ≥	80,0	SI ≥ 80% No ≤ 79,9%		
Rispetto del PNE	Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 aa	20	n. interventi effettuati entro 0-2 gg dal ricovero /N. totale di casi di frattura di femore su pazienti over 65 (compresi casi senza intervento chirurgico)	68,0	% ≤	60,0	≥91% = 100% 60,1%-90% = % sec risultato ≤60% = 0%		
<b>Totale peso obiettivi</b>		<b>100</b>							
<b>Media ponderata</b>									
<b>Risultato finale</b>									