

PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, su conforme relazione dell'addetto, è stata pubblicata in copia all'albo dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R.

n. 30/93 s.m.i., dal _____ al _____

L'Incaricato _____

Per delega del Direttore Amministrativo
Il Dirigente DELETA

~~Il Direttore Amministrativo
Dott. Salvatore Lombardo~~

Notificata al Collegio Sindacale il _____ con nota prot. n. _____

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data _____ prot. n. _____

SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato l'**approvazione** con provvedimento n. _____ del _____
- Ha pronunciato l'**annullamento** con provvedimento n. _____ del _____

come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n. 5/09 dal _____

DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal _____

Immediatamente esecutiva dal 29.06.2016

Agrigento, li _____

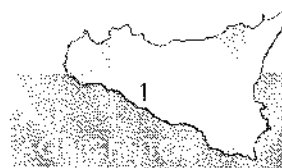
IL FUNZIONARIO INCARICATO

REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. _____ del _____
- Modifica con provvedimento n. _____ del _____

Agrigento, li _____

IL FUNZIONARIO INCARICATO



**Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO**

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 839 DEL 29.06.2016

OGGETTO: Relazione sul Ciclo della performance e bilancio di genere anno 2015.

U.O. PROPONENTE: CONTROLLO DI GESTIONE

PROPOSTA N. 1062 DEL 29/06/2016

IL RESPONSABILE PROCEDIMENTO
Struttura Tecnica Permanente per la Misurazione e la
Valutazione della Performance
Dott. Scudone

IL DIRIGENTE UOS
Controllo di Gestione
Dr. Cracò Adriano

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:

() come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.

() Autorizzazione n. Non comporta ordine di spesa C.E. / C.P.

IL RESPONSABILE del PROCEDIMENTO

S.E.F.P.
L'ADDETTO RESPONSABILE
Coll. Amm. GLORIA PICONE

IL DIRETTORE U.O.C. SEF e P.
SERVIZIO ECONOMICO
FINANZIARIO E PATRIMONIALE
Dr. Beatrice Salvago

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA _____

L'anno duemilasedici il giorno VENTINOVE del mese di GIUGNO nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Salvatore Lucio Ficarra, giusta D.P.R.S. n. 197/serv.1/S.G. del 24/06/2014, coadiuvato dal Direttore Amministrativo Dott. Salvatore Lombardo e dal Direttore Sanitario Dott. Silvio Lo Bosco con l'assistenza del Segretario verbalizzante il Collaboratore Amm.vo Prof.le Sig.ra Sabrina Terrasi

VISTO il D.Lgs 502/92 e s.m.i. ;

VISTA la L. R. n. 5/2009;

VISTO l'Atto Aziendale di questa ASP, approvato con D.A. n. 220 del 12/02/2016 ed adottato con la Delibera n. 398 del 29/03/2016;

Visto il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, di attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;

Visto il Decreto Assessoriale 26 settembre 2011, ad oggetto "Linee di indirizzo regionali in materia di verifica e di valutazione del personale dipendente del S.S.R." , nella parte che dispone che le Aziende Sanitarie adottino, un documento denominato "Relazione sulla Performance" che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.

Vista la delibera n. 70 del 26/01/2015 con la quale questa ASP ha adottato il Piano della performance 2015 - 2017;

Vista la delibera n. 532 del 28/04/2016, con la quale questa Azienda ha nominato i componenti esterni dell'Organismo Indipendente di Valutazione, per la verifica della rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi aziendali.

Tenuto conto del processo di valutazione della performance anno 2015.

Con il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. Approvare l'allegata "Relazione sul Ciclo della Performance anno 2015 " - integrata dal bilancio di genere - (parte integrante e sostanziale del presente provvedimento), nella quale viene illustrato il Ciclo di gestione della performance posto in essere nel corso dell'anno 2015.
2. Disporre ai fine della trasparenza e rendicontazione della performance la pubblicazione sul sito aziendale in "Amministrazione Trasparente" della richiamata relazione.
3. Curerà l'esecuzione del presente provvedimento il responsabile della Struttura Tecnica Permanente per la Misurazione della performance.
4. Fornire il presente atto di clausola di immediata esecuzione.



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Salvatore Lombardo

Handwritten signature of Dott. Salvatore Lombardo over a horizontal line.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Salvatore Lucio Ficarra

Handwritten signature of Dott. Salvatore Lucio Ficarra over a horizontal line.

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Silvio Lo Basco

Handwritten signature of Dott. Silvio Lo Basco over a horizontal line.

Il Segretario Verbalizzante
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

Handwritten signature of Sig.ra Sabrina Terrasi.



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Tel. 0922 407111 * Fax 0922 401229
P.Iva e C.F. 02570930848

RELAZIONE SUL CICLO DELLA PERFORMANCE E BILANCIO DI GENERE ANNO 2015

PRESENTAZIONE:

Anche quest'anno con la presente relazione questa Azienda illustra il ciclo di gestione della performance ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni, posto in essere nel corso dell'anno 2015.

In riferimento alle finalità sopradescritte, questa relazione vuole configurarsi come un documento snello e comprensibile accompagnato, ove necessario, da una serie di grafici per una migliore esposizione dei dati.

Sotto un profilo generale, la stesura del documento è stata ispirata ai principi di trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità dei contenuti.

Indice

PRESENTAZIONE	<i>Pag. 1</i>
SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI	
Il Contesto esterno di riferimento	<i>Pag. 3</i>
L'Amministrazione	<i>Pag. 4</i>
OBIETTIVI AZIENDALI	
Albero della Performance	<i>Pag. 17</i>
Obiettivi strategici	<i>Pag. 18</i>
Piano attuativo aziendale - obiettivi e risultati -	<i>Pag. 19</i>
Il piano della performance 2015 - 2017 e gli obiettivi operativi	<i>Pag. 77</i>
Obiettivi individuali	<i>Pag. 79</i>
RISORSE, ECONOMICHE	<i>Pag. 81</i>
PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE	<i>Pag. 85</i>
IL CICLO DI GERSONE DELLA PERFORMANCE	<i>Pag. 93</i>
L'Organismo indipendente di Valutazione	<i>Pag. 94</i>
I Regolamenti di Valutazione	<i>Pag. 95</i>
Punti di forza e di debolezza del ciclo della performance	<i>Pag. 96</i>

CONTESTO NORMATIVO ESTERNO DI RIFERIMENTO

Il legislatore regionale con la L.R. 5/2009 ha profondamente innovato il sistema “salute” regionale incidendo su molteplici aspetti significativi. Tale quadro normativo nel corso del 2015 ha avuto una importante concretizzazione, che ha inciso in modo sostanziale sull’assetto organizzativo aziendale.

Invero, l’Assessorato Regionale della Salute con D.A. n. 46 del 14 gennaio 2015 ha riformulato le nuove disposizioni riguardo la “Riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliero-territoriale della Regione siciliana” e con D.A. n. 1360/2015, in attuazione del comma 4 dell’art. 9 della citata legge regionale n. 5/2009, ha approvato il documento recante “Linee guida per l’adeguamento degli atti aziendali”, secondo le determinazioni assunte della Giunta Regionale con deliberazione n. 192 del 28.07/2015.

Ancora con D.A. n. 1380/2015 del 5 agosto 2015, è stato approvato il documento recante le “Linee di indirizzo per la rideterminazione delle dotazioni organiche delle aziende del Servizio sanitario regionale.

L’ampiezza di tali variazioni sull’assetto organizzativo aziendale ha inciso sulla gestione del ciclo della performance anno 2015, in modo notevole sulla **responsabilizzazione degli operatori ispirato al ciclo della performance.**

L’Azienda nella redazione del piano della performance 2015-2017 ha inserito, al fine di soddisfare una coerente logica programmatoria organizzativa e gestionale regionale, le linee di intervento previste nel “**Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo 2013-2015**” della Regione Siciliana (POCS 2013-2015), nonché le disposizioni di cui la “Riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliero-territoriale DA 46 del gennaio 2015.

Seguendo questa logica programmatica il piano della performance, ha recepito le stringenti disposizioni introdotte nel 2012 dal Legislatore nazionale in tema di spending review e di sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale che impongono, in un contesto di minus-finanziamento complessivo del sistema di welfare, la definizione di ulteriori misure per :

- adeguare la produzione di salute al nuovo sistema parametrico di finanziamento del SSN basato sui fabbisogni e costi standard;
- garantire i livelli essenziali di assistenza intervenendo anche sulle reti assistenziali e sull'appropriatezza delle prestazioni e dei servizi e sulle modalità di erogazione degli stessi;
- rispettare l'equilibrio economico-finanziario della gestione, agendo in modo selettivo sulle residue aree di inefficienza nell'acquisizione dei fattori produttivi e nel loro utilizzo.

In tale ottica la nuova pianificazione regionale, fondata sul consolidamento dei risultati raggiunti nei due trienni precedenti, ha rilanciato ulteriori interventi di sistema derivanti dall'obbligo di attuare le nuove disposizioni normative di cui al decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 (c.d. decreto Balduzzi).

Sulla base dell'intervenuto POCs 2013-2015, e del DA 46/2015, l'Azienda è intervenuta sulla sua attività di programmazione, sviluppando ulteriori strategie d'intervento che, agendo sull'organizzazione, e sull'appropriatezza clinica, investendo sulla valorizzazione delle risorse umane e professionali, determinino le condizioni per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e dello stato di benessere della popolazione, nonostante il progressivo decremento del finanziamento complessivo del sistema sanitario e sociosanitario.

L'AMMINISTRAZIONE

L'organizzazione ed il funzionamento dell'azienda, disciplinati con atto aziendale di diritto privato, mirano ad assicurare l'erogazione delle prestazioni essenziali ed appropriate, lo sviluppo dei sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi dei cittadini, l'equità delle prestazioni erogate, il raccordo istituzionale con gli Enti Locali, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e di volontariato, nonché l'ottimizzazione e l'integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali.



Gli Organi dell'ASP di Agrigento sono:

- a) il Direttore Generale (che nomina un Direttore Amministrativo e un Direttore Sanitario);
- b) il Collegio Sindacale.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento si articola in:

1. Direzione Generale
2. Dipartimenti
3. Distretti Sanitari
4. Distretti Ospedalieri

Il Dipartimento

Il Dipartimento è una struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse, consulenza e supervisione per la funzione cui è preposto. E' articolato al suo interno in strutture organizzative, semplici e complesse, che perseguono finalità comuni, risultando quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale nell'ambito di un unico modello organizzativo e gestionale.

Attualmente i Dipartimenti dell'ASP, sia funzionali che strutturali, sono:

- Dipartimento di Salute Mentale
- Dipartimento Materno-Infantile
- Dipartimento del Farmaco
- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Prevenzione Veterinario
- Dipartimento Amministrativo
- Dipartimenti Ospedalieri
- Dipartimento di Riabilitazione e Cure intermedie
- Dipartimento delle Scienze Radiologiche

Il Distretto Ospedaliero

I Distretti Ospedalieri costituiscono un'unica entità organizzativa di tipo ospedaliero, ancorché articolati su più stabilimenti anche con sede in comuni diversi. I cinque presidi ospedalieri dell'Azienda fanno riferimento a due distretti ospedalieri AG1 ed AG2:

Distretto ospedaliero AG1	P.O. San Giovanni di Dio - Agrigento
	P.O. Barone Lombardo - Canicatti
	P.O. San Giacomo d'Alto Passo - Licata
Distretto ospedaliero AG2	P.O. Papa Giovanni Paolo II - Sciacca
	P.O. Fratelli Parlapiano - Ribera

Il Dipartimento Ospedaliero

La collocazione geografica dei cinque presidi ospedalieri dell'azienda, inseriti nei due Distretti Ospedalieri AG1 ed AG2, ha necessitato l'istituzione, per ciascun Distretto Ospedaliero, di due Dipartimenti Strutturali (Dipartimento di Medicina e Dipartimento di Chirurgia) e di un Dipartimento Funzionale (Dipartimento di Emergenza), nonché l'istituzione dei dipartimenti Ospedalieri coinvolgono orizzontalmente le UU.OO. dipartimentali ed hanno come obiettivo principale e diretto l'ottimizzazione delle procedure operative destinate al raggiungimento di un obiettivo ovvero delle pratiche assistenziali destinate a categorie di pazienti o a quadri clinici specifici.

I dipartimenti ospedalieri servono a massimizzare l'efficacia e la qualità delle prestazioni.

I dipartimenti ospedalieri vanno considerati quale coordinamento di funzioni complesse e pertanto, essendo aggregazione funzionale, assumono la valenza di soggetti negoziali nei rapporti con la direzione Aziendale.

I dipartimenti ospedalieri sono costituiti da strutture organizzative che hanno finalità comuni per omogeneità, affinità e complementarità.

Le UU.OO.CC. afferenti ai dipartimenti, hanno autonomia e responsabilità nell'ambito della propria unità operativa, entro i limiti degli obiettivi assegnati.

Le risorse del dipartimento sono quelle delle UU.OO. che ad esso afferiscono, i centri di costo dei dipartimenti sono quelli delle UU.OO. facenti parte dello stesso.

Distretto ospedaliero AG1	Dipartimento di Medicina - dipartimento strutturale;
	Dipartimento di Chirurgia - dipartimento strutturale;
	Dipartimento di Emergenza - dipartimento funzionale
Distretto ospedaliero AG2	Dipartimento di Medicina - dipartimento strutturale;
	Dipartimento di Chirurgia - dipartimento strutturale;
	Dipartimento di Emergenza - dipartimento funzionale

Il Distretto Sanitario

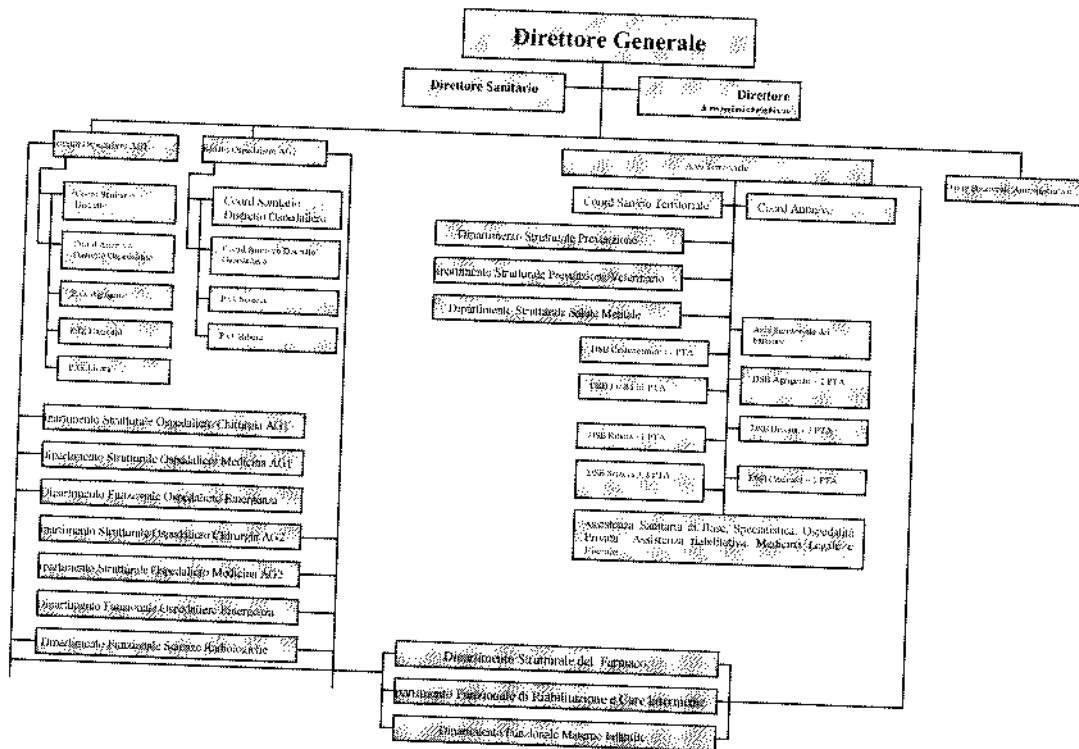
Il Distretto Sanitario è l'articolazione territoriale in cui si attiva il percorso assistenziale e si realizza l'integrazione tra attività sanitarie sociali. Assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei presidi ospedalieri.

Il territorio dell'ASP di Agrigento è articolato in 7 ambiti:

Distretto Sanitario di Agrigento:	Agrigento, Aragona, Comitini, Favara, Ioppolo, Giancaxio, Porto Empedocle, Raffadali, Realmonte, Santa Elisabetta, Sant'Angelo Muxaro, Siculiana.
Distretto Sanitario di Bivona:	Alessandria della Rocca, Bivona, Cianciana, San Biagio Platani, Santo Stefano di Quisquina.

<u>Distretto Sanitario di Canicatti:</u>	Canicatti, Campobello di Licata, Canicatti, Castrofilippo, Grotte, Naro, Racalmuto, Ravanusa.
<u>Distretto Sanitario di Casteltermini:</u>	Casteltermini, San Giovanni Gemini.
<u>Distretto Sanitario di Licata:</u>	Licata, Palma di Montechiaro.
<u>Distretto Sanitario di Ribera:</u>	Burgio, Calamonaci, Cattolica Eraclea, Lucca Sicula, Montallegro, Ribera, Villafranca Sicula.
<u>Distretto Sanitario di Sciacca:</u>	Caltabellotta, Menfi, Montevago, Sambuca di Sicilia, Santa Margherita Belice, Sciacca.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELL'ASP DI AGRIGENTO PREVISTA DALL'ATTO AZIENDALE



Le risorse umane

Volendo fornire al lettore un quadro sintetico delle informazioni rilevanti che permettano una interpretazione dei risultati raggiunti si forniscono in dati relativi al personale suddiviso per le diverse tipologie, nonché le risorse finanziarie assegnate.

Il Personale a tempo indeterminato dell'Asp di Agrigento al 31/12/2015 è risultato pari a n. 2.914 unità, in dettaglio:

CONSISTENZA DEL PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO AL 31/12/2015		
PROFILO PROFESSIONALE	Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE
SD0E33-DIR. MEDICO CON INC. STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO)	36	4
SD0N33-DIR. MEDICO CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. NON ESCL.)	5	0
SD0E34-DIR. MEDICO CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO)	51	23
SD0N34-DIR. MEDICO CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. NON ESCL.)	4	0
SD0035-DIRIGENTI MEDICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO)	295	166
SD0036-DIRIGENTI MEDICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. NON ESCL.)	38	12
SD0597-DIR. MEDICI A T. DETERMINATO (ART. 15-SEPTIES D.LGS. 502/92)	0	0
SD0E74-VETERINARI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO)	4	0
SD0N74-VETERINARI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0E73-VETERINARI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. ESCLUSIVO)	10	1
SD0N73-VETERINARI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0A73-VETERINARI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO)	33	0
SD0072-VETERINARI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. NON ESCL.)	2	0
SD0598-VETERINARI A T. DETERMINATO (ART. 15-SEPTIES D.LGS. 502/92)	0	0
SD0E49-ODONTOIATRI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCL.)	0	0
SD0N49-ODONTOIATRI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0E48-ODONTOIATRI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. ESCLUSIVO)	0	0
SD0N48-ODONTOIATRI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0A48-ODONTOIATRI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO)	1	0
SD0047-ODONTOIATRI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0599-ODONTOIATRI A T. DETERMINATO (ART. 15-SEPTIES D.LGS. 502/92)	0	0
SD0E39-FARMACISTI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO)	1	0

SD0N39-FARMACISTI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0E38-FARMACISTI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. ESCLUSIVO)	1	4
SD0N38-FARMACISTI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0A38-FARMACISTI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO)	2	2
SD0037-FARMACISTI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0600-FARMACISTI A T. DETERMINATO (ART. 15-SEPTIES D.LGS. 502/92)	0	0
SD0E13-BIOLOGI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO)	0	0
SD0N13-BIOLOGI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0E12-BIOLOGI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. ESCLUSIVO)	0	0
SD0N12-BIOLOGI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0A12-BIOLOGI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO)	0	10
SD0011-BIOLOGI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0601-BIOLOGI A T. DETERMINATO (ART. 15-SEPTIES D.LGS. 502/92)	0	0
SD0E16-CHIMICI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO)	1	0
SD0N16-CHIMICI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0E15-CHIMICI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. ESCLUSIVO)	0	0
SD0N15-CHIMICI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0A15-CHIMICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO)	1	1
SD0014-CHIMICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0602-CHIMICI A T. DETERMINATO (ART. 15-SEPTIES D.LGS. 502/92)	0	0
SD0E42-FISICI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO)	0	0
SD0N42-FISICI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0E41-FISICI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. ESCLUSIVO)	0	0
SD0N41-FISICI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0A41-FISICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO)	1	0
SD0040-FISICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0603-FISICI A T. DETERMINATO (ART. 15-SEPTIES D.LGS. 502/92)	0	0
SD0E66-PSICOLOGI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO)	0	0
SD0N66-PSICOLOGI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0E65-PSICOLOGI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. ESCLUSIVO)	4	7
SD0N65-PSICOLOGI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0A65-PSICOLOGI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO)	5	14
SD0064-PSICOLOGI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. NON ESCL.)	1	0
SD0604-PSICOLOGI A T. DETERMINATO (ART. 15-SEPTIES D.LGS. 502/92)	0	0
SD0483-DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	0	0
SD048A-DIR. PROF. SANITARIE A T. DET.(ART. 15-SEPTIES DLGS 502/92)	0	0

S18023-COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFER. ESPERTO - DS	9	24
S16020-COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFER. - D	481	614
S14056-OPER.RE PROF.LE SANITARIO PERS. INFERM. - C	0	0
S14E52-OPER.RE PROF.LE DI II CAT.PERS. INFERM. ESPERTO-C	10	10
S13052-OPER.RE PROF.LE DI II CAT.PERS. INFERM. BS	2	2
S18920-COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. TEC. ESPERTO - DS	1	1
S16021-COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. TEC. - D	59	36
S14054-OPER.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. TEC. - C	0	0
S00062-PROFILO ATIPICO RUOLO SANITARIO	0	0
S18921-COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV. ESPERTO - DS	1	0
S16022-COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV. - D	39	2
S14055-OPER.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV. - C	0	0
S18922-COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIABIL. ESPERTO - DS	0	4
S16019-COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIABIL. - D	18	25
S14053-OPER.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIABIL. - C	0	0
S14E51-OPER.RE PROF.LE DI II CAT. CON FUNZ. DI RIABIL. ESPERTO- C	0	0
S13051-OPER.RE PROF.LE DI II CAT. CON FUNZ. DI RIABIL. - BS	0	0
PD0010-AVOCATO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0
PD0S09-AVOCATO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	0	1
PD0A09-AVOCATO DIRIG. CON ALTRI INCAR.PROF.LI	1	0
PD0605-AVOCATO DIR. A T. DETERMINATO(ART. 15-SEPTIES DLGS. 502/92)	0	0
PD0046-INGEGNERE DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0
PD0S45-INGEGNERE DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	0	0
PD0A45-INGEGNERE DIRIG. CON ALTRI INCAR.PROF.LI	0	0
PD0606-INGEGNERE DIR. A T. DETERMINATO(ART.15-SEPTIES DLGS. 502/92)	0	0
PD0004-ARCHITETTI DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0
PD0S03-ARCHITETTI DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	0	0
PD0A03-ARCHITETTI DIRIG. CON ALTRI INCAR.PROF.LI	0	0
PD0607-ARCHITETTI DIR. A T.DETERMINATO(ART. 15-SEPTIES DLGS.502/92)	0	0
PD0044-GEOLOGI DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0
PD0S43-GEOLOGI DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	0	0
PD0A43-GEOLOGI DIRIG. CON ALTRI INCAR.PROF.LI	0	0
PD0608-GEOLOGI DIR. A T. DETERMINATO(ART. 15-SEPTIES DLGS. 502/92)	0	0
P16006-ASSISTENTE RELIGIOSO - D	2	0
P00062-PROFILO ATIPICO RUOLO PROFESSIONALE	0	0
TD0002-ANALISTI DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0

TD0S01-ANALISTI DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	0	0
TD0A01-ANALISTI DIRIG. CON ALTRI INCAR.PROF.LI	0	0
TD0609-ANALISTI DIR. A T. DETERMINATO(ART. 15-SEPTIES DLGS. 502/92)	0	0
TD0071-STATISTICO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0
TD0S70-STATISTICO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	0	0
TD0A70-STATISTICO DIRIG. CON ALTRI INCAR.PROF.LI	0	0
TD0610-STATISTICO DIR. A T.DETERMINATO(ART. 15-SEPTIES DLGS.502/92)	0	0
TD0068-SOCIOLOGO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0
TD0S67-SOCIOLOGO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	1	0
TD0A67-SOCIOLOGO DIRIG. CON ALTRI INCAR.PROF.LI	2	1
TD0611-SOCIOLOGO DIR. A T. DETERMINATO(ART.15-SEPTIES DLGS. 502/92)	1	0
T18025-COLLAB.RE PROF.LE ASSISTENTE SOCIALE ESPERTO - DS	0	2
T16024-COLLAB.RE PROF.LE ASSISTENTE SOCIALE - D	6	63
T18027-COLLAB.RE TEC. - PROF.LE ESPERTO - DS	1	0
T16026-COLLAB.RE TEC. - PROF.LE - D	11	2
T14050-OPER.RE PROF.LE ASSISTENTE SOC. - C	0	0
T14007-ASSISTENTE TECNICO - C	4	0
T14063-PROGRAM.RE - C	2	0
T14E59-OPERATORE TECNICO SPECIAL.TO ESPERTO - C	36	2
T13059-OPERATORE TECNICO SPECIAL.TO - BS	29	0
T13660-OPERATORE SOCIO SANITARIO - BS	49	44
T12057-OPERATORE TECNICO - B	76	59
T12058-OPERATORE TECNICO ADDETTO ALL'ASSISTENZA - B	7	10
T11008-AUSILIARIO SPECIALIZZATO - A	32	19
T00062-PROFILO ATIPICO RUOLO TECNICO	0	0
AD0032-DIRIGENTE AMM.VO CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	3	3
AD0S31-DIRIGENTE AMM.VO CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	5	3
AD0A31-DIRIGENTE AMM.VO CON ALTRI INCAR.PROF.LI	0	0
AD0612-DIRIG. AMM.VO A T. DETERMINATO (ART. 15-SEPTIES DLGS.502/92)	1	0
A18029-COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE ESPERTO - DS	8	13
A16028-COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE - D	57	78
A14005-ASSISTENTE AMMINISTRATIVO - C	28	36
A13018-COADIUTORE AMM.VO ESPERTO - BS	7	2
A12017-COADIUTORE AMM.VO - B	70	44
A11030-COMMESSO - A	7	8
A00062-PROFILO ATIPICO RUOLO AMMINISTRATIVO	0	0

000061-CONTRATTISTI	0	0
Totale	1.562	1.352

Mentre il personale a tempo determinato impiegato nel corso del 2015 è risultato pari a 467 unità (uomo anno), ovvero:

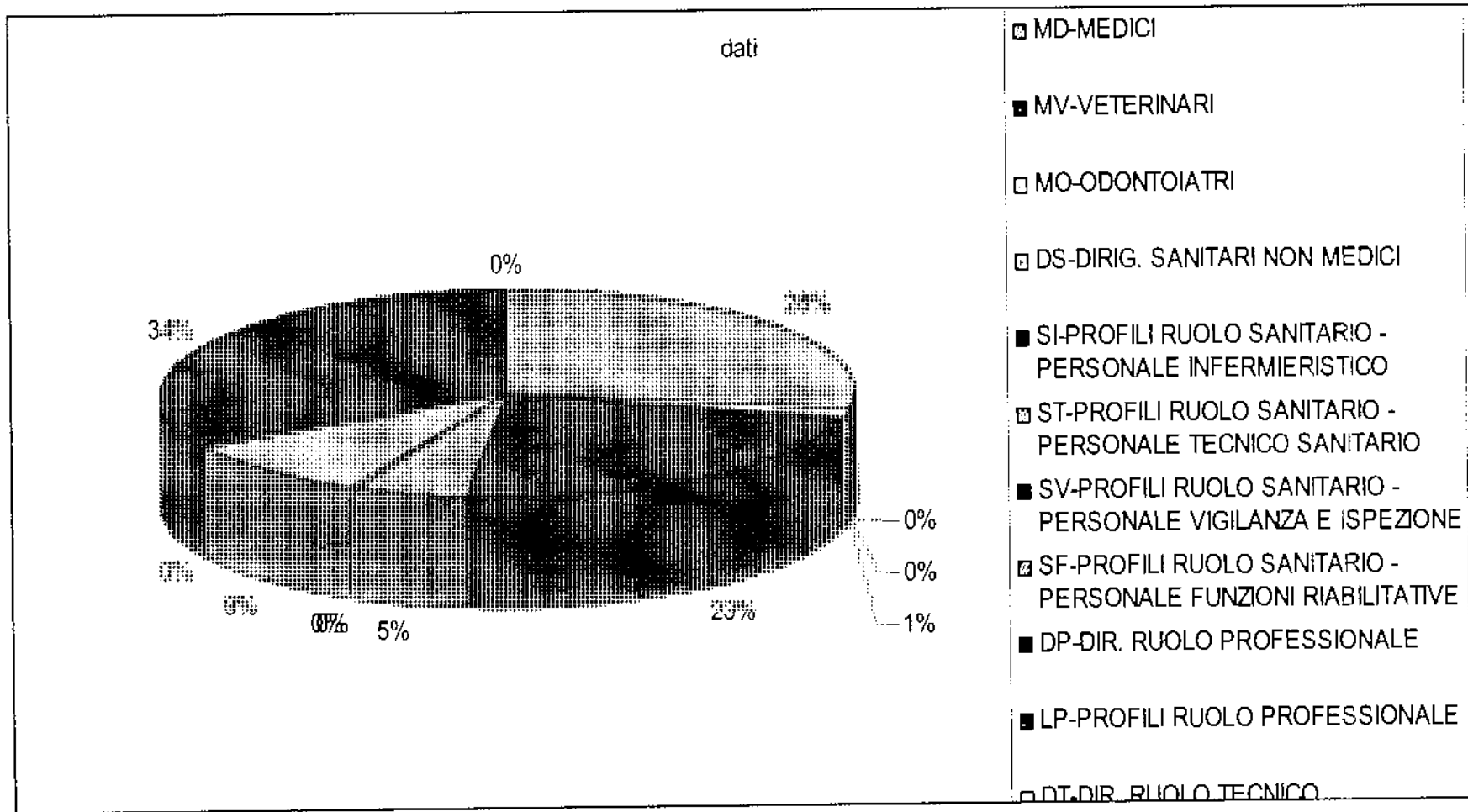
ASP Agrigento personale a tempo determinato (uomo anno) anno 2015	
Personale Dirigente a tempo determinato	137
Personale non Dirigente a tempo determinato	330

In dettaglio:

CONSISTENZA DEL PERSONALE A TEMPO DETERMINATO ANNO 2015		
Categoria	A tempo determinato (U)	A tempo determinato (D)
MD-MEDICI	58,32	72,8
MV-VETERINARI	0	0
MO-ODONTOIATRI	0	0
DS-DIRIG. SANITARI NON MEDICI	3,25	2,62

SI-PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE INFERMIERISTICO	26,18	81,88
ST-PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE TECNICO SANITARIO	6,81	18,31
SV-PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE VIGILANZA E ISPEZIONE	0	0
SF-PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE FUNZIONI RIABILITATIVE	0,63	0,24
DP-DIR. RUOLO PROFESSIONALE	0	0
LP-PROFILI RUOLO PROFESSIONALE	0	0
DT-DIR. RUOLO TECNICO	0	0
LT-PROFILI RUOLO TECNICO	19,68	24,75
DA-DIR. RUOLO AMMINISTRATIVO	0	0
LA-PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO	49,17	102,56
PC-PERSONALE CONTRATTISTA	0	0
Totale	164,04	303,16

DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE A TEMPO DETERMINATO
PER PROFILO PROFESSIONALE ANNO 2015

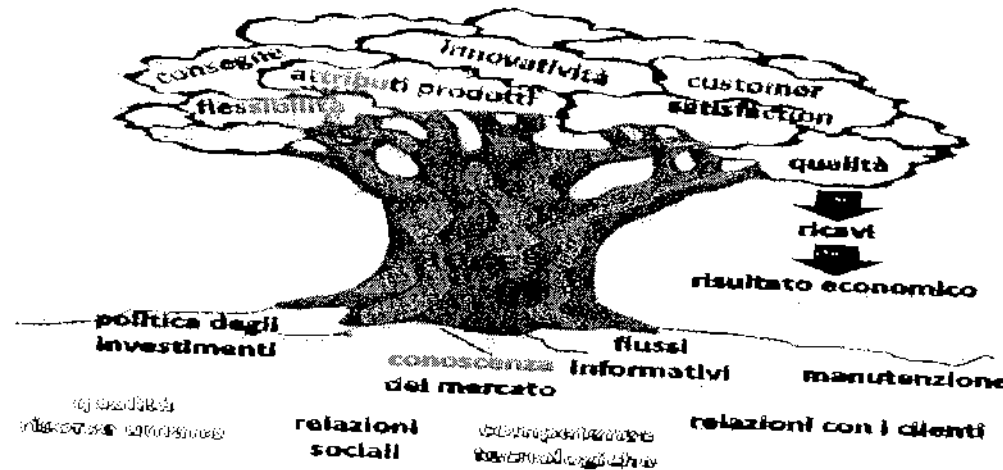


lc

OBIETTIVI AZIENDALI

L'ASP di Agrigento ha introdotto il sistema di misurazione e valutazione della performance, nel rispetto del decreto legislativo n. 150/09, e con atto deliberativo n. 70 del 26/01/2015 si è dotata del Piano della performance 2015 - 2017, ovvero di quel documento programmatico triennale, che in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di periodo definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

ALBERO DELLA PERFORMANCE



Come già evidenziato sopra l'attività di responsabilizzazione a livello aziendale parte sicuramente dal **Piano Attuativo Aziendale (PAA)** in ragione degli obiettivi assegnati annualmente alla Direzione Aziendale e degli indirizzi scaturiti dalle innovazioni normative e di pianificazione strategica.

Le indicazioni ricevute da parte della Regione la quale, attraverso un'analisi del contesto, individuano priorità ed evidenziano una serie di parametri sulla base dei quali saranno operate, nel corso del processo e successivamente allo stesso, le dovute verifiche. Tale tipo di indicazioni ha costituito nel 2015 sicuramente il punto di partenza per la delega degli obiettivi, ma occorre procedere a una serie di integrazioni necessarie per il processo di responsabilizzazione e per tenere conto di un complesso di attività che, sebbene non espressamente citate, costituiscono il necessario presupposto per ognuna di esse, tanto in ambito sanitario quanto in ambito amministrativo. In questa ottica, gli obiettivi oggetto di verifica esterna ed interna sono oggetto di integrazione in termini di responsabilizzazione a carico dei soggetti delegati poiché gli adempimenti da garantire risultano il presupposto imprescindibile per il funzionamento dell'azienda nel suo complesso.

OBIETTIVI STRATEGICI

Per soddisfare gli obiettivi strategici aziendali 2015, assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute, questa ASP ha tradotto tali obiettivi in un set di indicatori trasposti anche nel Piano della performance 2015 - 2017, che rendicontino tutte le attività rese, ciò ha rappresentato uno *step* imprescindibile per l'Amministrazione.

Le linee di indirizzo regionali hanno costituito una base solida per il piano della performance, dal momento che sono individuati:

- Interventi da realizzare;
- Azioni, legate agli interventi, idonee a garantire l'efficacia negli interventi;
- Risultati programmati per ciascuna azione;

- Indicatori volti alla misurazione dei diversi risultati attesi.

L'orientamento al rientro economico ha inoltre consigliato la formulazione di ipotesi sull'impatto economico delle scelte adottate e degli interventi da porre in essere.

- PIANO ATTUATIVO AZIENDALE - OBIETTIVI E RISULTATI -

Premesso che il Piano Sanitario Regionale è attuato nella programmazione sanitaria locale dalle Aziende sanitarie attraverso i Piani Attuativi Aziendali (PAA) i quali sono implementati dalle Aziende sanitarie in ragione degli obiettivi assegnati annualmente alle Direzioni Aziendali e degli indirizzi scaturenti dalle innovazioni normative e di pianificazione strategica; il correlato processo della loro definizione ed attuazione costituisce esso stesso obiettivo strategico delle Aziende ed è sottoposto al sistema di valutazione delle attività dei Direttori generali.

In questa sezione della presente relazione vengono sintetizzati i risultati ottenuti da questa ASP mettendo in luce in particolare gli output realizzati e i risultati conseguiti rispetto gli obiettivi di PAA assegnati per l'anno 2015 da parte dell'Assessorato Regionale alla Salute, in dettaglio:

PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2015

Sommario

CAPITOLO 1 - ASSISTENZA COLLETTIVA E NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO 21

CAPITOLO 2 - ASSISTENZA TERRITORIALE E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

CAPITOLO 3 - ASSISTENZA OSPEDALIERA

CAPITOLO 4 - INTEGRAZIONE SOCIO-SANTARIA

CAPITOLO 5 - SALUTE DELLA DONNA, DEL BAMBINO E DELL'ETÀ GIOVANILE

CAPITOLO 6 - ONCOLOGIA

CAPITOLO 9 - NEUROSCIENZE

CAPITOLO 10 - GESTIONE DEL POLITRAUMATIZZATO

CAPITOLO 11 - TRAPIANTI E PIANO SANGUE AGRIGENTO

CAPITOLO 12 - SALUTE MENTALE E DIPENDENZA

CAPITOLO 13 - QUALITÀ, GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI

CAPITOLO 14 - RETE FORMATIVA, COMUNICAZIONE E RETE CIVICA

CAPITOLO 15 - PARTECIPAZIONE AI PROGRAMMI DI SVILUPPO E DI INNOVAZIONE

CAPITOLO 1 - Assistenza Collettiva e negli Ambienti di Vita e di Lavoro

Situazione AS IS	<p>Difficoltà nell'eradicazione delle malattie infettive zoonosiche negli allevamenti (BR, TBC, LEV). Ritardi nell'attivazione degli screening e mancato raggiungimento standard regionali sulle coperture vaccinali. Difficile transizione dell'attività istituzionale sulla sicurezza alimentare per adeguarla all'attuale metodologia in atto operativa dei controlli ufficiali, mancata attivazione del portale delle acque destinate al consumo umano nel quale inserire tutti i controlli esterni che vengono effettuati nel territorio della provincia, Presenza di un reale fenomeno infortunistico negli ambienti di lavoro spesso secondaria a mancanza di informazioni corrette.</p>
Situazione TO BE	<p>Diminuzione allevamenti infetti da brucellosi e incremento allevamenti UI con diminuzione tempo reingresso della aziende infette, Piena attuazione screening con diagnosi sempre più precoci, implementazione coperture vaccinali. Effettuazione controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare e ad una maggiore integrazione tra i servizi afferenti. Con l'attivazione del Portale delle acque, si arriverà ad avere un quadro d'insieme della situazione delle acque destinate al consumo umano, sia come tipologia di acque che vengono distribuite che come requisiti igienico sanitari Potenziamento attività di controllo e vigilanza nei luoghi di lavoro e contemporanea informazione/promozione della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro Punteggio del Capitolo: 8</p>

Interventi previsti	Peso intervento tot. (100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Note	Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2015		
1 SANITA PUBBLICA VETERINARIA	10 %	1A Controllo della popolazione bovina nei confronti della TBC	N. Aziende bovine controllate per TBC / N. Aziende bovine controllabili per TBC	100 %	Allegato II estratto da SANAN	Obiettivo raggiunto: N. 475 Az. bovine controllate TBC / N. 475 Az. bovine controllabili TBC = 100,00%
		1B Controllo della popolazione bovina nei confronti della brucellosi	N. Aziende bovine controllate per BRC / N. Aziende bovine controllabili per BRC	100 %	Allegato II estratto da SANAN	Obiettivo raggiunto: N. 477 Az. bovine controllate BRC / N. 477 Az. bovine controllabili BRC = 100,00%
		1C Controllo della popolazione bovina nei confronti della	N. Aziende bovine controllate per LFB / N. Aziende bovine controllabili per LFB	100 %	Allegato II estratto da SANAN	Obiettivo raggiunto: N. 475 Az. bovine controllate LFB /

		leucosi				N. 475 Az. bovine controllabili LEB = 100,00%
		ID Controllo della popolazione ovi-caprina nei confronti della brucellosi	N. Aziende ovi-caprine controllate per BROCC / N. Aziende ovi-caprine controllabili per BROCC	100 %	Allegato II estratto da SANAN	Obiettivo raggiunto: N. 1017 Az. ovi-caprine controllate BROCC / N. 1017 Az. ovi-caprine controllabili BROCC = 100,00%

CAPITOLO 1 - Assistenza Collettiva e negli Ambienti di Vita e di Lavoro						
Interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Note	Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2015		
1 SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA		IE Controllo anagrafico delle aziende bovine	N. Aziende bovine controllate anagraficamente/N. Aziende bovine controllabili	5%	Riepilogo aziende controllate estratto da BDN	Obiettivo raggiunto: N. 57 Aziende bovine controllate anagraficamente/N. 478 Aziende bovine controllabili = 11,92%
		IF Controllo anagrafico delle aziende ovi-caprine	N. Aziende ovi-caprine controllate anagraficamente/N. Aziende ovi-caprine controllabili	3%	Riepilogo aziende controllate estratto da BDN	Obiettivo raggiunto: N. 78 Aziende ovi-caprine controllate anagraficamente/N. 1025 Aziende ovi-caprine controllabili = 07,51%
		IG Tempo medio di rientro nei focolai di brucellosi	Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i focolai di Brucellosi	21 - 30 giorni Se i focolai sono più dell'1% degli allevamenti	≤ 30 gg 100% ≤ 32 gg 75% ≤ 35 gg 50% > 35 gg 0% Dichiarazione SA del 15.01.16	Obiettivo raggiunto: 26 giorni
		III Tempo medio di rientro nei focolai di tubercolosi	Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i focolai di tubercolosi	42 - 65 giorni Se i focolai sono più dell'1% degli allevamenti	≤ 65 gg 100% ≤ 70 gg 75% > 70 gg 0% Dichiarazione SA del 15.01.16	Obiettivo raggiunto: 55 giorni

CAPITOLO I - Assistenza Collettiva e negli Ambienti di Vita e di Lavoro

interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		NOTE	Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2015		
2 SICUREZZA ALIMENTARE	10%	2A Ispezioni presso le rivendite, i locali di deposito, gli esercizi di vendita, i depositi di stoccaggio delle ditte che vendono fitofarmaci e loro coadiuvanti all'utilizzatore finale	% Ditte autorizzate ispezionate	45% operatori autorizzati al 31.12.14	Il 45% corrisponde a 32 controlli Allegata Tabella 1 riepilogativa	Obiettivo raggiunto: 32 controlli effettuati = 45,00 %
		2B Ispezioni presso Aziende agricole: vitivinicole, olivicole, alberi da frutto, seminativo corretto utilizzo dei fitofarmaci	% Aziende registrate ispezionate	0,5% aziende presenti in anagrafe al 31.12.14 (11.000) = 55 controlli	Allegata Tabella 2 riepilogativa	Obiettivo raggiunto: 58 controlli effettuati = 0,52 % (All. 1.2b)
		2C Controlli ufficiali con campionamento presso ristorazione	n° controlli	>123 campioni	Allegato riepilogo trasmesso DASOE (linea intervento 1)	Obiettivo raggiunto: 124 campioni effettuati
		2D Campioni di alimenti destinati ad una alimentazione particolare	n° campioni	>14	Allegato riepilogo trasmesso DASOE (linea intervento 4)	Obiettivo raggiunto: 20 campioni eseguiti
		2E Campioni di integratori	n° campioni	>14	Allegato riepilogo trasmesso DASOE (linea intervento 5)	Obiettivo raggiunto: 15 campioni eseguiti
		2F Audit sugli Stabilimenti riconosciuti che producono latte o prodotti a base di latte	% Stabilimenti coinvolti	> 30% con priorità per quelle ad alto rischio	stabilimenti riconosciuti n.54 pertanto strutture da auditare è 18, pari a > 30%	Obiettivo raggiunto: 18 AUDIT effettuati pari al 33,33 % dei previsti
		2G Caricamento dati Controlli Ufficiali su sistema NSIS - Flusso VIG Vigilanza alimenti e bevande da parte del LSP con cadenza quadrimestrale	% dati caricati	100%	Tutti i campioni dei tre quadrimestri sono stati caricati ed inviati nei tempi previsti	Obiettivo raggiunto: Caricati n.200 campioni esitati / n.200 campioni pervenuti = 100,00%
		2H Controlli ufficiali con campionamento nelle strutture di produzione e vendita di prodotti di Origine Animale	n° controlli	>95% previsti nel PRIS	Dichiarazione U.O. Vigilanza nota prot. n. 11 del 02.01.16	Obiettivo raggiunto:

n. 331 Controlli Ufficiali con campionamento

				effettuati (di cui n. 188 effettuati dal SPCPLC e n. 133 dal SIAOA) /n. 331 Controlli Ufficiali con campionamento da effettuare = 100%
	2L Campioni di latte crudo destinato alla vendita con distributori automatici	Un campione per ciascun distributore automatico	100%	Allegato elenco campioni effettuati
	2M Invio corretto e completo, entro la data prevista, dei dati relativi ai controlli ufficiali effettuati sulle acque destinate al consumo umano (portale acque)	data, completezza e correttezza (indicatore quali-quantitativo)	30-Settembre 15	
				Obiettivo raggiunto: Effettuati n. 2 campioni (uno per ciascuno dei due distributori) quindi raggiunto il 100% campioni previsti.
				Obiettivo raggiunto: In data 15.04.15 trasmessi al DASOE, i dati relativi alle Informazioni Generali, alle Analisi e alle non Conformità sulle acque potabili in distribuzione nella rete provinciale relativamente agli anni 2011, 2012, 2013, 2014

la

CAPITOLO 1 - Assistenza Collettiva e negli Ambienti di Vita e di Lavoro

interventi previsti	Peso Intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		NOTE	Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2015		
3 SCREENING ONCOLOGICI	30%	3A Promozione screening cervico-carcinoma	N° soggetti invitati/popolazione target N° soggetti testati/popolazione invitati	Inviti 100% Adesione 40%	POP. TARGET: 38.773 Obiettivo che si può ritenere raggiunto, se si aggiungono le donne che hanno già effettuato il pap test nei tre anni precedenti (vedi nota all. n. 11962 del 25.01.16)	N. 39.187 soggetti invitati / 38.773 popolazione target = 101,07% N. 10.467 soggetti screenati / popolazione invitata 39.187 - 3.058 inesitati = 36.132 = 28,97%
		3B Promozione screening mammografico		Inviti 100% Adesione 45%	POP. TARGET: 28.270 Obiettivo che si può ritenere raggiunto, se si aggiungono le donne che hanno già effettuato la mammografia nei due anni precedenti (vedi nota all. n. 11962 del 25.01.16)	N. 28.300 soggetti invitati / 28.270 popolazione target = 100,11% N. 7.017 soggetti screenati / popolazione invitata 28.300 - 1.114 inesitati = 27.186 = 25,81%
		3C Promozione screening colon retto		Inviti 100% Adesione 30%	POP. TARGET: 60.792 La circolare DASOE prot. n. 1308 del 31.10.13 prevede un'adesione del 30% (All. 3e) (vedi nota all. n. 11962 del 25.01.16)	N. 61.195 soggetti invitati / 60.972 popolazione target = 100,37% N. 18.238 soggetti screenati / popolazione invitata 61.195 - 1.010 inesitati = 60.185 = 30,33%
		3D Promozione screening uditivo neonatale		97%	Si allega elenco dei soggetti testati distinto per presidio	Obiettivo raggiunto: N°3.035 soggetti testati / N° 3.109 neonati = 97,62%

Handwritten mark

CAPITOLO 1 - Assistenza Collettiva e negli Ambienti di Vita e di Lavoro

Interventi previsti	Peso Intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Note	Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2015		
4 AUMENTO DELLE COPERTURE VACCINALI	14%	4A Aumento coperture vaccinali rispetto al 2014 nel pieno rispetto del "PNPV 2012-2014 e del calendario vaccinale per la vita" e introduzione di nuove vaccinazioni	N° soggetti vaccinati / popolazione target residente	Esavalente: 95%	Esavalente: 95% (dichiarazione nota n. 11974 del 25.01.16) Antipneumococco 13 valente (24 mesi): 95% (dichiarazione nota n. 11974 del 25.01.16) Antimeningococco C (13/15 mesi): 80% MPR (1° e 2° dose): 95% Varicella (1° e 2° dose): 95% HPV ciclo completo : Coorti 1996-2001:70% Coorte 2002: 80% Coorte 2003 95%	Obiettivo raggiunto: Vaccinati 3359/nati coorte 2013 3484: 96.4%
			Obiettivo raggiunto: Vaccinati 3355/nati coorte 2013 3484: 96.3%			
			Obiettivo raggiunto: Vaccinati 2623/nati coorte 2013 3484: 75.3%			
			Obiettivo raggiunto: Vaccinati 2755/nati coorte 2013 3484: 79.1%			
			Obiettivo raggiunto: Vaccinati 3306/nati coorte 2008 4049: 81.6%			
			Obiettivo raggiunto: Vaccinati 2749/3484 nati coorte 2013: 78.9%			
Obiettivo raggiunto: Vaccinati 3230/4049 nati coorte 2008 : 79.8%						
					Obiettivi non integralmente raggiunti per le motivazioni fatte presente (vedi nota all. n. 26965 del 24.06.15 e n. 11974 del 25.01.16, dalla quale si evince che sono state effettuate riunioni con operatori sanitari, un convegno sulle vaccinazioni il 16.05.15, due giornate di aggiornamento professionale il 13 e 20.06.15 con i PDI, ed i medici vaccinatori, un corso di aggiornamento il 24.10.15 per tutti gli operatori sanitari, prodotti poster distribuiti nelle scuole, consultori e centri vaccinali)	Vaccinati / nati: % 1996: 1095/2489: 43.9% 1997: 1253/2421: 51.75% 1998: 1627/2417: 67.3% 1999: 1655/2336: 70.84% 2000: 1607/2424: 66.29% 2001: 1285/2344: 54.82%

						<p>Totale anni 1996-2001: 8522/14431: 59,05%</p> <p>2002: 965/2292: 42.1%</p> <p>2003: 697/2296: 30.4%</p>
				Vaccinazione antinfluenzale soggetti \geq 65 anni: 75%	Accordo con referenti sindacali MMGG e PLS, effettuata giornata influ-day il 01.12.15 e vari interventi presso mass media locali	Campagna vaccinale in corso prorogata fino al 29.02.16 pertanto i dati finali saranno disponibili nel mese di marzo 2016
				Avvio della vaccinazione antimeningococco B; Zoster (coorti 65-75 anni) e HPV negli adolescenti di sesso maschile	(dichiarazione nota n. 11974 del 25.01.16)	Obiettivo raggiunto: Campagna vaccinale avviata
				Avvio di almeno una campagna di sensibilizzazione	(dichiarazione nota n. 11974 del 25.01.16)	Obiettivo raggiunto: è stata attivata la campagna di sensibilizzazione per la vaccinazione anti Meningococco B
		4B: Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione	Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla evidence per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole	Al 31 Dicembre 2015 : SI	(dichiarazione nota n. 11974 del 25.01.16)	Obiettivo raggiunto: Sono stati effettuati tre corsi di formazione per migliorare le competenze comunicative, essenziali per trasferire le proprie conoscenze ed accrescere l'interesse degli utenti nell'aderire ad una efficace azione di prevenzione e promozione della salute
			n° Distretti informatizzati/n° Distretti	100%	(dichiarazione nota n. 11974 del 25.01.16)	Obiettivo

entro il 30 Giugno 2015

			da Informatizzare			raggiunto :100% distretti informatizzati entro il 30.06.15. esattamente: n 7 distretti informatizzati / n. 7 distretti da informatizzare
		4C: Implementazione dell'Anagrafe Vaccinale	registrazione nel cruscotto regionale delle vaccinazioni effettuate negli anni 2012-2015	100% entro il 31 Dicembre 2015	Obiettivo variato vedi nota 64011 del 11/08/15 da parte del Direttore Generale DASOE Nuovo Obiettivo: registrazione nel cruscotto regionale 100% delle vaccinazioni effettuate negli anni 2012-15 entro il 31.12.15 (All. 4a) (dichiarazione nota n. 11974 del 25.01.16)	Obiettivo raggiunto: Travaso completato per gli anni precedenti, sono in corso le verifiche sulle singole anomalie che si stanno risolvendo Si prosegue il caricamento dati delle vaccinazioni che si vanno effettuando nel 2015.

CAPITOLO I - Assistenza Collettiva e negli Ambienti di Vita e di Lavoro

interventi previsti	Peso Intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Note	Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2015		
5 SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE	<u>10%</u>	5A Notifica dei casi di morbillo, rosolia e rosolia congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	Casi di morbillo, rosolia e rosolia congenita con isolamento virale	> dell'80% al 31/12/2015	In quest'ASP non è operativo reparto di malattie infettive.	Obiettivo raggiunto: Nessun caso di morbillo, rosolia e rosolia congenita notificato
		5B Genotipizzazione Virale	Individuazione di focolai di morbillo, rosolia e rosolia congenita mediante l'identificazione del genotipo virale isolato	100% al 31/12/2015	In quest'ASP non è operativo reparto di malattie infettive.	Obiettivo raggiunto: Nessun caso di morbillo, rosolia e rosolia congenita notificato
		5C Notifica delle malattie infettive	Notifiche di malattie infettive su numero di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia,	70% al 31/12/2015		Obiettivo raggiunto: Nessun ricovero per le malattie di riferimento

			Tubercolosi, e Malattie Batteriche (invasive)			
		5D	Proporzione di casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica	Proporzione di casi MIB con diagnosi eziologica sul numero di casi MIB rilevati con le SDO	70% - al 31/12/ 2015	
		5E	Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)	Proporzione dei casi di TBC polmonare e infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow-up	Al 31/12/2015 : -50%	Obiettivo raggiunto: Nessun ricovero per le malattie di riferimento nei Presidi dell'azienda Obiettivo raggiunto: sono stati persi al follow-up 30%, dato inferiore al 50% atteso Obiettivo raggiunto: Nessun ricovero per le malattie di riferimento nei Presidi dell'azienda
				Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter (CD4<350/μL indipendentemente dal numero di CD4)/ soggetti con nuova diagnosi di HIV	Al 31/12/2015 : -50%	
		5F	Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)	Proporzione di strutture ospedaliere, appartenenti ad aziende sanitarie e aziende ospedaliere, aderenti alla Circolare "Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)" del 26/02/2013, sul totale delle strutture ospedaliere	100% - al 31/12/2015	Obiettivo raggiunto: Sono in corso le procedure per l'individuazione del laboratorio di riferimento

CAPITOLO 1 - Assistenza Collettiva e negli Ambienti di Vita e di Lavoro

interventi previsti	Peso Intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Note	Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31/12/2015		
6 SORVEGLIANZA AMBIENTALE	<u>8%</u>	6A Verifiche sulle condizioni igienico sanitarie delle carceri	N° Verifiche Case Circondariali / N° Case Circondariali	100% al 31/12/2015	Allegato riepilogo trasmesso DASOE (nota prot. n. 9220 del 19.01.16)	Obiettivo raggiunto: N. 2 Case Circondariali Verificate ogni semestre N. 2 Case Circondariali presenti in Provincia = 100%
		6B : Verifica condizioni igienico sanitarie delle scuole di ogni ordine e grado	N° Scuole verificate / N° totale Scuole	100% al 31.12.2015	Obiettivo variato vedi nota 0064011 del 11/08/2015 Direttore Generale DASOE Quest'azienda aveva già completato la verifica delle condizioni igienico sanitarie delle scuole e quest'anno, oltre a ricontrollarle, ha verificato i 50 istituti che nel corso degli anni precedenti hanno presentato criticità (All. 4a) Allegato riepilogo trasmesso DASOE (nota prot. n. 8639 del 19.01.16)	Obiettivo raggiunto: Ricontrollati tutti gli Istituti Scolastici: n. 104 scuole verificate/n.104 totale scuole= 100% ed inoltre N° 50 Istituti Scolastici verificati/ N° 50 Istituti Scolastici che nel corso degli anni precedenti hanno presentato criticità = 100,00 %
		6C : Acque di balneazione	Definizione profili delle acque di balneazione	100% al 31/12/2015	Dichiarazione SIAV nota n. 17759 del 03.02.16	Obiettivo raggiunto: N. 87 profili di balneazione effettuati / N. 87 profili di balneazione da effettuare = 100%
			Definizione Linee di Costa	100% al 30/09/2015	Nota n. 41288 dell'08.10.15 di avvenuta definizione linee di costa	Obiettivo raggiunto: N.87 linee di costa definite / N. 87 linee di costa da definire = 100,00%
		6D : Interventi di sanità pubblica su segnalazioni di inconvenienti igienico-sanitari	N° Esposti su inconvenienti igienico-sanitari esitati / N° esposti pervenuti	100% al 31.12.2015	Dichiarazione SIAV nota n. 17759 del 03.02.16	Obiettivo raggiunto: N° 180 interventi di sanità pubblica/180 segnalazioni di inconvenienti igienico-sanitari= 100%

22

CAPITOLO 1 - Assistenza Collettiva e negli Ambienti di Vita e di Lavoro

interventi previsti	Peso Intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Note	Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2015		
7 PREVENZION E TUTELA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO IN ATTUAZIONE DEI PIANI REGIONALI DI PREVENZION E	10%	7A Controlli nelle aziende agricole e cantieri edili per il raggiungimento degli obiettivi qualitativi e quantitativi previsti dai Piani regionali straordinari edilizia, agricoltura e mal prof.	N° di unità controllate/totale da controllare	>=85%	Dichiarazione Direttore SPRESAL nota del 02.02.16 ed elenco ditte ispezionate	Obiettivo raggiunto: - N. 297 (219 cantieri edili e 78 aziende agricole)/N. 325 da controllare (240 cantieri edili e 85 aziende agricole) - Malprof: inserimento in Maproweb 25/Malpro31 Edilizia 91,25 % Agricoltura 91,76 % MalProf 81 % dato cumulativo 90,4 %
		Attuazione procedure previste dal D.M. 11/04/2011 (Verifiche periodiche attrezzature di cui all'art. 71 d.lgs 81/08), e relative circolari assessoriali	N° di unità controllate/totale da controllare	>=70%	Dichiarazione SIA nota n. 17777 del 03.02.16	Obiettivo raggiunto: N° 244 unità controllate (48 impianti messa a terra e 196 apparecchi di sollevamento) / N°267 totale da controllare (64 impianti messa a terra e 203 apparecchi di sollevamento) = 91%
		7C Controlli nel cantieri bonifica amianto	Numero di controlli / Piani di Lavoro presentati	> =25%		Obiettivo raggiunto: n.53 controlli effettuati / n. 155 Piani di Lavoro presentati = 34,2%
		7D Partecipazione alla attuazione del Progetto formativo denominato "Sicilia in ... Sicurezza" - Piano Formativo Straordinario formazione per la sicurezza sul lavoro, previsto dall'art. 11 c.7 del D.Lgs 81/08 - finanziato secondo l'Accordo Stato Regione 20/11/2008 - D.M. Lavoro Po. S. prot. 22228 del 18/12/2009 e approvato con D.A. Salute Sicilia n. 02521/13 del 31/12/13.	Realizzazione di almeno un corso di formazione in attuazione del D.A.	SI/NO	Dichiarazione Direttore SPRESAL nota del 02.02.16	Obiettivo raggiunto: Effettuati n. 18 corsi di formazione : nel comparto agricoltura (n. 1 per preposto, n. 3 per RSPP,- datori di lavoro e n. 9 per lavoratori) ; nel comparto edile (n. 2 per lavoratori e n° 1 per datori di lavoro).

<p style="text-align: center;">8</p> <p>RIMANENTI LINEE DEL PIANO REGIONALE DI PREVENZION E</p>	<p style="text-align: center;"><u>80%</u></p>	<p>8A Attivazione delle linee del Piano di Prevenzione 2014/18</p> <p>INSERIRE INTERVENTO SUL PROGETTO F.E.D.</p>	<p>Indicatori e obiettivi previsti dal piano di prevenzione e/o nei Decreti citati</p>	<p style="text-align: center;">80%</p>		<p>Obiettivi raggiunto: In attesa delle decisioni dell'Assessorato Regionale alla Salute sono stati individuati il referente unico aziendale (direttore DP) ed i referenti aziendali di ciascun programma (del. n. 1807 del 12.11.15).</p> <p>E' stato effettuato il previsto corso FED di II° livello con la partecipazione di 17 utenti</p>
---	---	---	--	--	--	--



Interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Stato Avanzamento Lavori
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2015	
Situazione AS IS		<ul style="list-style-type: none"> 2. <u>Trasmissione non sistematica delle dimissioni facilitate da parte delle U.O.OO. del P.P.OO.</u> 3. <u>Persistenza di tempi non conformi rispetto alla previsione del PRGTA nella erogazione delle "prestazioni critiche" ed esigenza di abbattere le liste di attesa di esse facendo anche ricorso alle prestazioni rese da privati accreditati.</u> 4. <u>Necessità di conformare le prestazioni dei Medici dell'Assistenza Primaria ai PDTA (Scompenso cardiaco e Diabete Mellito) di tipo 2) già formalmente adottati di modo da implementarne l'appropriatezza.</u> 5. <u>Necessità di conformare le prestazioni dei PLS ai PDTA (Disturbi Specifici di apprendimento - Obesità e Diabete mellito) già formalmente adottati di modo da implementarne l'appropriatezza</u> 6. <u>Mancanza di PDTA per le BPCO.</u> 7. <u>Ottemperanza alla previsione contenuta nell'art.1 della L.189/2012 e nel POCS 2013-2015</u> 8. <u>Spesa Farmaceutica</u> 			<p>1A Si allegano su supporto informatico tutti i report di monitoraggio dei PTA attivati presso l'ASP di Castelfranco</p>
1 Situazione TO BE		<ul style="list-style-type: none"> 1. <u>α) Attivazione (MONITORAGGIO) dei restanti n°3 PPI-P (subordinando però la effettiva realizzazione dell'obiettivo aziendale il modello standard- dei Medici Specialisti Pediatri anche tramite azioni cogenti da parte dell'Assessorato della Salute) per realizzare in tutti i PPS le prestazioni di radiodiagnostica.</u> β) <u>Accessibilità del PPI adulti del PTA di Castelfranco ai termini alle prestazioni di radiodiagnostica.</u> 2. <u>Trasmissione regolare e puntuale delle schede di dimissione facilitata ad opera di tutti i Reparti del P.P.OO.</u> 3. <u>Gestione, informatizzata, delle agende degli accreditati in funzione dell'abbattimento dei tempi di attesa delle prestazioni rispetto dei tempi d'attesa.</u> 4. <u>Adesione da parte dei Medici di Medicina Generale ai "Percorsi assistenziali" per i pazienti afferenti ai due target prioritari "Diabete" e Scompenso"</u> 5. <u>Adesione da parte dei PLS ai PDTA Disturbi Specifici di apprendimento (DSA) - Obesità e Diabete mellito.</u> 6. <u>Redazione e formale adozione del PDTA "BPCO".</u> 7. <u>Istituzione modello sperimentale di n°1 U.C.C.P.</u> 8. <u>Spesa Farmaceutica</u> 	8/8		<p>Attigato si fornisce supporto cartaceo esubriamente in funzione PTA campione, per ogni mese con relativa lettera di trasmissione. (All. Report PTA 2015)</p>
					<p>1B Redazione ed attuazione (All.2.1)</p>

1A

Tutti i PTA aziendali risultano conformi al modello standard, pur con la peculiarità della “Diagnostica per Immagini” del PTA di Casteltermini come di seguito esplicitato, nel cui poliambulatorio non era stata –e da sempre- attiva la branca di Radiologia.

Per colmare la predetta storica carenza e rendere conforme anche quest'altro PTA al modello standard previsto dal D.A. 19.03.2012, l'Assessorato, con nota del 12.11.2014, prot. n°86880, ha concordato, nelle more della realizzazione dell'Ambulatorio di Radiologia, sulla possibilità di fare ricorso, per le prestazioni di radiodiagnostica, a Poliambulatorio di Cammarata.

L'Assessorato, però, con la predetta nota, ha onerato l'Azienda a farsi carico di facilitare il trasporto degli assistiti.

A tal fine, l'Azienda, ha sottoscritto un protocollo d'intesa con una Associazione di Volontariato operante in Casteltermini, per il trasporto, all'occorrenza, dal PTA di Casteltermini al Poliambulatorio di Cammarata, dei pazienti che necessitano di prestazioni di radiodiagnostica.

Con tale modalità si rende conforme, seppure in via provvisoria, il PTA di Casteltermini al modello standard,.

1B

L'Azienda, intanto, ha avviato le azioni finalizzate alla realizzazione dell'Ambulatorio; difatti, con nota prot. n°82041 del 12.11.2014 ha impartito apposita disposizione ai Servizi Aziendali interessati per la istituzione dell'Ambulatorio di Radiologia nel PTA di Casteltermini. (All.2.1)

Sono già stati individuati i locali (i medesimi ove ha sede il Poliambulatorio e PTA di Casteltermini) destinati all'istituendo ambulatorio; è stata elaborata la planimetria e le prescrizioni occorrenti (schermature pareti in piombo, etc.) (cfr. **nota prot. n°60819 del 05.10.2015** del Direttore del Dip. Interdistrettuale Scienze Radiologiche).

Rimane da definire la negoziazione con il proprietario dell'immobile, intervento –già problematica, nel caso di specie, per via della normativa (DI n. 66/2014 convertito con modificazione dalla Legge 23 giugno 2014, n. 89) inerente la riduzione dei costi di locazione- e reso ancor più complessa dall'annunciato finanziamento destinato alla realizzazione del Poliambulatorio di Casteltermini, le cui opere erano state avviate negli anni '80 (ma la cui definizione rimase per oltre un trentennio sospesa tanto che allo stato risulta essere un scheletro di immobile decisamente deteriorato e fatiscente).

Inoltre, non è stato ancora istituito il PPIP nel Distretto di Bivona.

Si fa osservare che i PPIP non figurano nel PTA standard, previsti dal D.A. 19.03.2012, ancorchè sono ascritti nella *Tabella riepilogativa organizzazione dell'assistenza territoriale e della continuità assistenziale*. Ma anche da ciò prescindendo, l'Azienda, anche nell'anno 2015, ha posto in essere ogni adempimento per attivare anche quel PPIP.

Difatti, previa pubblicazione di un ulteriore bando, destinato ai Pediatri -in convenzione e non- è riuscita ad attivare altri due PPIP (nei Distretti di Casteltermini e Licata) ma per la defezione dei Pediatri non è stata posta nelle condizioni, di certo per ragioni non imputabili all'Azienda, di attivare l'ultimo tra i 7 PPIP previsti.

(*1 B bis)

Sono stati trasmessi al Servizio 8 del Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica, i report di monitoraggio mensile dei singoli componenti il PTA.
Inoltre, questa Azienda con regolare cadenza mensile, invia al Servizio 8, i report di: A.G.I., PPI e PPI-P.

CAPITOLO 2 - Assistenza Territoriale e Continuità Assistenziale

Interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Note	Stato Avanzamento Lavori al 31.12.2015
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2015		
2 IMPLEMENTAZIONE DELLE "DIMISSIONI FACILITATE"	10%	2A Trasmission e con cadenza settimanale o quindicinale e mensile	<ul style="list-style-type: none"> ✓ n. pz con DF/n. pz con diagnosi di patologia target (Diabete Mellito tipo 2, Scompenso Cardiaco) ✓ BPCO 	<p>>80% (DMT2 e SC)</p> <p>Implementazione fino all' 80% della rilevazione BPCO</p>	<p>Alla ricezione, da parte dei PUA alle Cure Primarie, distrettuali, delle schede di dimissioni facilitate trasmesse dai PP.OO., fa seguito: l'aggiornamento sistematico del registro dei pazienti cronici e la comunicazione al MMG del paziente neo-diagnosticato in ambiente ospedaliero per l'attivazione della presa in carico in gestione integrata onde prevenire il dropout del paziente.</p> <p>Al 31/12/2015 pz. con DF =96,85% <u>(Allegato Dimissioni facilitate)</u></p>	

<p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">POTENZIAMENTO DEL CUP PROVINCIALE</p> <p style="text-align: center;">OTTIMIZZAZIONE DELLA GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA</p>	<p>20%</p>	<p>delle schede ai DSB</p> <p>3A Monitoraggi o e reporting trimestrale delle prestazioni critiche a cura della Cabina Unica di Regia</p> <p>3B Completam ento del processo di formazione del personale aziendale dedicato al CUP, aperta, ove richiesto, al personale del privato accreditato.</p> <p>3C Accesso informatico degli operatori del CUP aziendale all'agenda degli</p>	<p>produzione dei report</p> <p>num. di corsi</p> <p>num. di prestazioni prenotate presso gli accreditati/totale/100</p>	<p>4 report</p> <p>3</p> <p>=<1%</p>	<p>BPCO al 31/12/2015 pz. Rilevati 1593 (Allegato) Con Deliberazione del Direttore Generale n°969 del 22.06.2016, è stata istituita il gruppo di lavoro "Conferenza di Consenso" per la BPCO" per la elaborazione del PDTA "BPCO". (All. Del. PDTA BPCO n.1931 del 09/12/2015) PDTA</p> <p>3A Obiettivo raggiunto (All.Relazione CUR) --rilevazione trimestrale (effettuata) -Istituzione CUR monitoraggio Tempi di Attesa (All.Del 1164 del 21/07/2015) 3B Iter formativo completato. 1) Procedure di accesso all'agenda degli accreditati (per l'abbattimento delle prestazioni critiche afferenti alle Classi di priorità U e B) da parte degli operatori dei CUP aziendale (dei 7 DD.SS.BB.) completato (cfr. comunicazioni Responsabile CUR e mail datata 05.10.2015, del Project Manager della Ditta "Dedalus" Società fornitrice del software "Arianna CUP"). 3C Rimane da definire il numero delle prestazioni fruibili, come da nota prot. n° 31004 del 12.05.2015, trasmessa al Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica ed al Servizio 8.</p>
--	-------------------	---	--	---	---

		accreditati per la prenotazione e di prestazioni critiche			
--	--	---	--	--	--

CAPITOLO 2 - Assistenza Territoriale e Continuità Assistenziale						
Interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Note	Stato Avanzamento Lavori al 31.12.2015
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2015		
4 GESTIONE INTEGRATA TRA MMG, PTA E OSPEDALE DELLE PATOLOGIE CRONICHE TARGET (SCOMPENSO CARDIACO E DIABETE MELLITO DI TIPO 2)	<u>10%</u>	4A Incontri con AFT distrettuali finalizzati alla promozione dell'adesione da parte dei MM.MM.GG. al PDTA ("Diabete Mellito di tipo 2" e "Scopenso Cardiaco")	N. di Incontri N. di pazienti presi in carico in gestione integrata (n. piani di cura) /n. pazienti del registro	4 per singolo Distretto Rilevazione	Vedi note a margine (*Verbali AFT MMG) <u>(All.2.4 e 2.5)</u> Scopenso Cardiaco al 31.12.2015 Registro cronici 8.271 N. presi in carico 4.231 Diabete Mellito al 31.12.2015 Registro cronici 21.171 N. presi in carico 10.627	
5 GESTIONE INTEGRATA TRA PLS E PTA DELLE PATOLOGIE: DISTURBI SPECIFICI DI	<u>10%</u>	5A Incontri con i PLS del Distretto finalizzati	N. di incontri	4 per singolo Distretto	Vedi note a margine (*Verbali AFT PLS) <u>(All.2.4 e 2.5)</u>	

APPRENDIMENTO (DSA), OBESITÀ E DIABETE MELLITO DCA		alla promozione dell'adesione da parte dei Pediatri di Libera Scelta ai PDTA ("DSA" – "Obesità e Diabete")			
---	--	--	--	--	--

2

CAPITOLO 2 - Assistenza Territoriale e Continuità Assistenziale

interventi previsti	Prea intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Note	Stato Avanzamento Lavori
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2015		
<p style="text-align: center;">6</p> <p style="text-align: center;">PROGETTO SPERIMENTALE REALIZZAZIONE N°1 U.C.C.P.</p> <p>(EX ART. 1 L.189/2012 E PUNTO 3.2.2.1 INTERVENTO OPERATIVO: POTENZIAMENTO DELLA RETE DEI PRESIDI TERRITORIALI DI ASSISTENZA (PTA) DEL PROGRAMMA OPERATIVO DI CONSOLIDAMENTO E SVILUPPO 2013-2015)</p> <p>OBIETTIVO VINCOLATO ALLA PROPOSTA DI MODIFICA DI FINANZIAMENTO DI UNA CTA, INVIATA ALL'ASSESSORATO DELLA SALUTE CON NOTA N.7292 DEL 02/02/2015</p>	10%	6A Individuazione del Distretto e sede di allocazione dell'U.C.C.P.	Atto formale di individuazione	1	<p>Del. 1268 del 03/08/2015 All. Del. 1268 del 03/08/2015)</p> <p>Incontro UCAD Distr. Sciacca 21/08/2015 (All. Primo incontro)</p> <p>Incontro MM.MM.GG.PP-LL.SS. ambito Sambuca di S. e Santa Margherita Belice (All. Secondo incontro)</p> <p>Vedi atto deliberativo n.1268 del 03/08/2015</p> <p>Vedi note a margine (*UCCP)</p> <p>Verbale insediamento e definizioni modalità operative (All.2.6d)</p>	
		6B Incontro con UCAD (pianificazione)	Verbale della riunione	1		
		6C Incontro con:	Verbale della riunione per formale adesione da parte degli attori	1		
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ MMG ✓ PLS ✓ Specialisti Ambulatoriali Interni ✓ Responsabile del CUR (Cabina Unica di Regia della Specialistica Provinciale ✓ Personale Infermieristico ✓ MCA del PPI e della C.A. ✓ Risorse umane preposte al PTA (PUA, CUP, Sportello del Paziente Cronico, etc.) e Direttore del P.O. di riferimento della popolazione assistita. 	Documento di consenso e deliberazione cronoprogramma attivazione	1		
6D Definizione delle modalità operative						

(*UCCP)

È stata individuata, come sede, il Poliambulatorio di Santa Margherita Belice, anche a seguito di esplicita richiesta avanzata dalle istituzioni locali. Peraltro, si è appreso (nel corso di un incontro, tenutosi in quella sede in data 22 gennaio 2015, che ha visto anche la partecipazione del Direttore del DSB di Sciacca e del Referente Sanitario dell'Area Territoriale Aziendale) di una iniziativa spontanea già posta in essere dai professionisti (MM.MM.GG. e Pediatri di Libera Scelta) che ivi operano i quali pare si siano determinati autonomamente a turnare h 12 in una sorta di Punto di Primo Intervento. L'Azienda, ha inteso dare un concreto segnale -un primo segnale- di apertura verso la realizzazione del Progetto con il potenziamento dell'offerta specialistica poliambulatoriale (n°4 ore di cardiologia) nel Distretto di Sciacca (al quale si iscrive il Poliambulatorio di S. Margherita Belice) anche in funzione della realizzazione dell'U.C.C.P.

• Inoltre, con Delibera n° 1268 del Direttore Generale, è stato adottato l'atto formale di istituzione, in via sperimentale, della U.C.C.P, presso il Poliambulatorio di Santa Margherita Belice. [Att. Del. 1268 del 03/08/2015]

• In data 21.08.2015, ha avuto luogo l'incontro con l'UCAD del Distretto di Sciacca, nel corso del quale è stata prospettata il progetto dell'Azienda di istituire la UCCP. [Att. Primo incontro]

• In data 21. 08.2015, a Santa Margherita Belice si è tenuto l' incontro con i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, partecipato anche da Specialisti Ambulatoriali Interni, i quali hanno sottoscritto la libera e volontaria adesione al progetto de quo. [Att. Secondo incontro]

• In data 02.10.2015, è stata convocata la Consensus Conference per la elaborazione del documento di consenso ed il cronoprogramma. Il Tavolo Tecnico, insediatosi, nel riconoscere la validità del progetto, pienamente condiviso da tutti gli attori, fa rilevare la necessità di attendere ineluttabilmente la sottoscrizione degli AACCN, ormai prossima, e la redazione del modello che la Regione Sicilia vorrà adottare al quale dovrà necessariamente conformarsi la istituenda U.C.C.P. di Santa Margherita di Belice, tenendo ovviamente conto delle peculiarità di quell'ambito territoriale.

Alla luce di quanto emerso durante l'incontro si insediamento, preso atto delle forti perplessità avanzate da parte dei convenzionati presenti a dar vita ad un modello che potrebbe non risultare conformare a quello che adotterà la Regione Sicilia, pur destinato quest'ultimo ad essere coniugato con le peculiarità che connotano la realtà territoriale interessata, si ripiega (per necessità, atteso che il sostanziale defilamento dei convenzionati pregiudica ogni possibilità di avviare i lavori della Conferenza di Consenso) sul differimento della data di avvio del Tavolo Tecnico all'esito alla sottoscrizione degli AA.CC.NN. ed alla successiva adozione del modello di Unità Complesse Cure Primarie regionale.

Per altro verso, rimane aperta la pregiudiziale inerente il reperimento -essenziale- di locali idonei ove insediare la predetta U.C.C.P. La soluzione prospettata dall'Azienda, contenuta nella richiesta inoltrata con nota prot. n°7292 del 02.02.2015 ha ricevuto una approvazione di massima da parte dell'Assessorato della Salute che, con nota n° 39599 dell'11.05.2015, ha chiesto all'ASP di predisporre il carteggio occorrente (relazione tecnica, planimetrie e quadro di spesa) da trasmettere al Ministero della Salute per il finanziamento dell'opera.

CAPITOLO 2 - Assistenza Territoriale e Continuità Assistenziale

Interventi previsti	Peso intervento (Tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Note	Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2015		
7 RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	<u>20%</u>	7A Puntuale verifica esenti ticket	Report semestrali	2		Adeempimento a cadenza semestrale (All. 2.7A)
		7B Monitoraggio mensile e realizzazioni delle azioni previste dal D.A. 569/13 rimodulato in aderenza agli obiettivi indicati per l'anno 2015 (x ATC a10-c09-c10-j01-m05 r03 a02bc)	Report mensili su appropriatezza e consumi ed eventuale generazione di alert	12		Allegato dati spesa lorda gennaio- Dicembre 2015 DA 569/13 (All. 2.7B)
		7C Confronto spesa x 1000 ab. ASPAG Nazionale (Progetto SFERA) per rilevazione di eventuali abnormi scostamenti e/o differenza rispetto al dato nazionale	Report trimestrali con eventuale generazione di alert.	4		Già completato il 4° trim. 2014 entro marzo 2015; pubblicati i report del 1°-2°-3° trim 2015. Il report del 4° trim. 2015 sarà prodotto entro Marzo 2016
		7D Ispezioni ex art.9 farmacie convenzionate	verbali di ispezione	2		(All. 4° trim 2014) (All. 1°- 2° e 3° Trim. 2015) Effettuate già n.29 accessi presso le farmacie della Provincia
		7E Monitoraggio delle attività da parte delle Unità di Coordinamento Attività Distrettuali (UCAD)	verbali di audit per individuazione e mantenimento degli obiettivi per i MMG	4		(All. 2.7D verbali)
						Tutti i Distretti, nel 1° e nel 2° trimestre 2015, hanno monitorato in sede di UCAD l'attività prescrittiva. (All. Verbali)

CAPITOLO 3 - Assistenza Ospedaliera

<p>Situazione AS IS</p>	<p>Carenza di posti letto per pazienti con patologia medica Attività propedeutiche alla redazione del cronoprogramma per la riorganizzazione della Rete Ospedaliera secondo D.A. n.4 del 23/01/2015. Scarso radicamento della cultura dipartimentale Bassa implementazione del sistema delle reti assistenziali</p>					
<p>Situazione TO BE</p>	<p>Attivazione di percorsi gestionali per il paziente in attesa di posto letto Messa a regime di nuovi reparti di degenza Riqualificazione delle attività assistenziali relative al primo impatto (pronto Soccorso) e alla precoce dimissione dalle degenze per acuti (Post-acuzie) Promozione della cultura dipartimentale Revisione, ottimizzazione e messa a regime delle reti assistenziali</p>					
<p>interventi previsti</p>	<p>peso % (tot. 100%)</p>	<p>Descrizione e articolazione dell'intervento</p>	<p>Risultati attesi</p>		<p>Eventuali costi previsti per lo sviluppo dell'intervento</p>	<p>Stato Avanzamento Lavori</p>
<p>1 OTTIMIZZAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI DI EMERGENZA</p>	<p>10%</p>	<p>L'articolazione dell'intervento sarà conforme alla riorganizzazione della Rete Ospedaliera così come prevista nel D.A. n.46 del 23/01/2015 avvalendosi nella fase attuativa della sinergia tra il livello Regionale che fornirà opportuno cronoprogramma e la Direzione Strategica Aziendale che provvederà alla redazione di uno specifico Piano Attuativo Aziendale definito in coerenza con le risorse disponibili e completo delle modalità e dei tempi specifici di realizzazione delle azioni in esso contenute.</p>	<p>indicatore di risultato</p>	<p>valore obiettivo al 31.12.2015</p>		
			<p>SONO STATI PREVISTI LAVORI DI RISTRUTTURAZIONE E PROGRAMMI DI RIORGANIZZAZIONE DEI PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERI:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ IN PARTICOLARE E' STATA AGGIUDICATA LA GARA PER I LAVORI DI RISTRUTTURAZIONE DEL PS DI AGRIGENTO. (Allegata delibera); ○ E' STATO RISTRUTTURATO IL PRONTO SOCCORSO DI RIBERA, COLLAUDATO ED ATTIVO NEI NUOVI LOCALI; ○ SONO STATI INFORMATIZZATI I PERCORSI DI RICHIESTA E RESTITUZIONE ESAMI DI RADIOLOGIA E LABORATORIO DI ANALISI PER LA TRASMISSIONE ONLINE DEI REFERTI NEL PO DI 			

CAPITOLO 3 - Assistenza Ospedaliera

interventi previsti	peso % (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Eventuali costi previsti per lo sviluppo dell'intervento	Stato Avanzamento Lavori
			indicatore di risultato	valore obiettivo al 31.12.2015		

CAPITOLO 3 - Assistenza Ospedaliera

interventi previsti	peso % (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Eventuali costi previsti per lo sviluppo dell'intervento	Stato Avanzamento Lavori
			indicatore di risultato	valore obiettivo al 31.12.2015		
3 POTENZIAMENTO DELLA OFFERTA OSPEDALIERA	10%	L'articolazione dell'intervento sarà conforme alla riorganizzazione della Rete Ospedaliera così come prevista nel D.A. n.4 del 23/01/2015 avvalendosi nella fase attuativa della sinergia tra il livello Regionale che fornirà opportuno cronoprogramma e la Direzione Strategica Aziendale che provvederà alla redazione di uno specifico Piano Attuativo Aziendale delimito in coerenza con le risorse disponibili e completo delle modalità e dei tempi specifici di realizzazione delle azioni in esso contenute.	- E' PREVISTA NELLA STESURA DELLA NUOVA RETE OSPEDALIERA LA ISTITUZIONE DI NUOVI REPARTI: MALATTIE INFETTIVE, GERIATRIA, ANATOMIA PATOLOGICA - SONO GIA' STATE POSTE IN ESSERE E SONO IN FASE DI COMPLETAMENTO LE DEGENZE DI NEUROLOGIA, CHIRURGIA VASCOLARE, NEFROLOGIA, LUNGODEGENZA POST-ACUZIE (DEL.613 23.04.2015)			
4 OTTIMIZZAZIONE DELLE RETI	35%	4A REVIEW, UPDATE ED OTTIMIZZAZIONE DELLE RETI ASSISTENZIALI — 1 RETE IMA — 2 RETE PUNTI NASCITA (il D.A 96/15 costituiscono elementi essenziali per la definizione e l'ottimizzazione delle Reti Assistenziali, tuttavia sono stati individuati i referenti per la stesura per stesura dei PDTA previsti, cui è stato dato mandato di redigere apposite bozze di lavoro, da perfezionare allorquando sarà ratificata la rete ospedaliera	

ASSISTENZIALI	—	All. Punti nascita)	atto deliberativo di adozione di PDTA	almeno 1 PDTA per singola RETE		
	—	3 RETE POLITRAUMA (All. politrauma)				
	—	4 RETE CELIACHIA (All. celiachia)	verbale di audit organizzativo	2 verbali di audit per singola rete		
	—	5 RETE TRASFUSIONALE (All. GURS)				
	—	6 RETE RIABILITATIVA (All. Riab.) (All. Lungodeg.)				
	—	7 RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE (All.7.1a.)				
	—	8 RETE NEFROLOGICA (All. IRA) ; (All. Acc. vasc. In Emodialisi in urgenza)				
	—	9 RETE REUMATOLOGICA (All. artrite)				
	—	10 RETE ONCOLOGICA (All. del Dip. Oncologico)				
	—	11 RETE OSTEOPOROSI (All. Osteoporosi)				
	—	12 RETE EMERGENZA-URGENZA (All.3.5c 1)				

CAPITOLO 3 - Assistenza Ospedaliera						
interventi previsti	peso % (su 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Eventuali costi previsti per lo sviluppo dell'intervento	Stato Avanzamento Lavori
			Indicatore di risultato	valore obiettivo al 31.12.2015		
5 PROMOZIONE DELLA CULTURA	35%	5A ELABORAZIONE E DISCUSSIONE DI UN PROGETTO DI RIORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE DELLA ATTIVITA' ASSISTENZIALE	delibera di presa d'atto del progetto	1 atto deliberativo	5A La elaborazione di un progetto di riorganizzazione dipartimentale è vincolata alla approvazione della proposta di atto aziendale in fase di verifica regionale. Ad ogni buon fine si allega funzionigramma di organizzazione dipartimentali della Azienda (All.funzionigramma) e del. Proposta Atto Aziendale	
			brochure dell'evento realizzato	1 brochure		

DIPARTIMENTALE	5B PIANIFICAZIONE DI EVENTO FORMATIVO E PROMOZIONALE	verbale di audit organizzativo	2 verbali di audit per ogni dipartimento		
	5C OTTIMIZZAZIONE DEI DIPARTIMENTI GIA' ISTITUITI — DIPARTIMENTO DI EMERGENZA- URGENZA — (All.3.5c 1) (All.3.5c1 bis) — DIPARTIMENTO MATERNO- INFANTILE (All.3.5c2 2Ver) — DIPARTIMENTO DI MEDICINA (All. 3.5c3 n° 2 audit) — DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA (All. 3.5c4 n°2 audit)	atto deliberativo di istituzione	SI/NO		
	5D ISTITUZIONE DI NUOVI DIPARTIMENTI — DIP. MEDICINA DI LABORATORIO				

CAPITOLO 4 - Integrazione Socio-sanitaria

Situazione AS IS	<p>Completamento posti letto RSA Bivona (obiettivo in fase di revisione)</p> <p>Criticità nella integrazione tra UVM Aziendali e Operatori Sociali dei Comuni</p> <p>Assenza di integrazione del sistema informatico tra ASP e ambiti territoriali comunali</p> <p>Insufficiente controllo della customer satisfaction riguardo le cure erogate in ADI</p>
---------------------	--

Situazione TO BE		Integrazione tra UVM Aziendali e Operatori Sociali dei Comuni (utilizzo dei fondi PAC per l'erogazione integrata dei servizi) Apertura del sistema informatico tra ASP agli ambiti territoriali comunali Verifica quali-quantitativa delle attività erogate in ADI Punteggio del Capitolo: 3			
interventi previsti	peso % (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			indicatore di risultato	valore obiettivo al 31.12.2015	
1 COMPLETAMENTO POSTI LETTO RSA	20%	Predisposizione piano di redistribuzione costi RSA	num. di degenti predisposizione	SI/NO AL 31/12/2015	Vedi nota: PAA 2015 rettifica obiettivo Capitolo 4 SUB 1 ASP Agrigento del ___ con la quale si richiede lo stralcio dell'obiettivo. All. 4.1 prot. 37187 del 10.06.2015. Piano Distribuzione dei costi RSA Bivona (All.4.1.bis. nota prot. 60610 del 5.10.2015)
2 OTTIMIZZAZIONE DELLA ATTIVITA' DELLE UU.VV.MM.	30%	2A Valutazione critica dei percorsi assistenziali	num. pazienti in carico sul web/pazienti totali	-100%	2A. Verifica al 31/12/2015 100% (all.4.2.a) (All.4.2a2) report 31.12.2015 Verbali (all.4.2.b.bis)) 2B. Allegato report Gennaio-Dicembre (all.4.2.a), (All.4.2b)
		2B Aggiornamento ed implementazione della piattaforma web per la gestione dei flussi informativi	Report mensile	=12	
		2C Percorsi formativi per il personale delle UU.VV. MM.	num. di corsi	=> 3	2C n. 2 eventi formativi effettuati in data 21 e 22/09/2015 (all.4.2c) n. 7 incontri formativi presso i DSB (all. 4.3b bis)
		2D Implementazione delle linee guida aziendali per le cure domiciliari	piena adozione da parte dei DSB delle Linee Guida redatte	2 Audit	
3 INTEGRAZIONE ASP/COMUNI	25%	3A Verifica delle attività di implementazione delle azioni previste nei protocolli di intesa ASP/COMUNI redatti nell'anno 2014, Verifica della piena interazione del portale PUA e gli Enti Locali - per la presa in carico dei pz. in ADI.	num. di pazienti presi in carico attraverso il portale/pazienti ADI che hanno usufruito dell'assistenza da parte dei Comuni.	Num. Pazienti presi in carico per Distretto Sanitario/n. pz. valutati unitamente tra PUA ed Enti Loc.	I protocolli d'intesa sono già acquisiti alla luce del PAC secondo riparto. (All. accordi di programmi dei 7 ambiti)
			Monitoraggio dei risultati socio-sanitari da parte delle UVM		

		3B Percorsi formativi congiunti tra operatori ASP e dei servizi sociali comunali e MMG	n. di corsi 2	=> 1 per Distretto Sanitario di Base (svolti a livello Aziendale in due edizioni)	Già realizzati n.2 eventi formativi congiunti tra Ass. Soc. della Asp e dei DD.SS.SS. Previsti altri incontri prog. il 28/10 a Licata e giorno 29/10 ad Agrigento (all. 4.3b bis) n. 2 eventi in data 21e 22/09/2015 all. locandina ed elenco partecipanti (Allegato)
--	--	--	---------------	---	---

CAPITOLO 4 - Integrazione Socio-sanitaria

Interventi previsti	Peso % (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			Indicatore di risultato	valore obiettivo al 31.12.2015	
4 REVISIONE DELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI EROGATE IN ADI	<u>20%</u>	4B1 Verifica documentale appropriatezza delle prestazioni	Num. di controlli totale pazienti in ADI/100	=> 50%	Verifica 2015 (all.4.2.a) Questionari somministrati n. 2.092 (all.4.2.a) all.4.4b.pdf Pz. Presi in carico al 31/12/2015 n.4116 di cui 3694 over 65 anni All.report 31.12.2015 Effettuati n. 4 incontri con MMG (All.4.4b4)
		4B2 Customersatisfaction	Num di questionari distribuiti	=> 1500	
		4b3 Mantenimento dello standard => 3,5% casi trattati/popolazione over 65 anni.	Popolazione ASP > 65 anni = 88.341 92.980 dati ASP AG)	Valore obiettivo =>3092/88.341 =>3252 /92.980 * over 65anni	
		4b4 Percorsi formativi per il MMG e PLS sulla appropriatezza ADI	Num. Audit	=> 3	
5 INTEGRAZIONE SANITARIA CON I MIGRANTI	<u>5%</u>	5A Organizzazione turni di servizio area emergenza NOETI	redazione tabella turni mensile	SI/NO	(All.Turni NOETI) (All.Turni NOETI 2) N. totale sbarchi migranti 10 n. migranti 3548 (All. relaz.sbarchi) ripilogo sbarchi
		5B Facilitazione delle comunicazioni tra migranti e sistema sanitario locale tramite: — Tabelle di traduzione ad	redazione guida ospedaliera	SI/NO	
			redazione guida territoriale ppi-p x migranti (non previsto)	SI/no	

		<p>uso del Pronto Soccorso</p> <p>— Documenti informativi ad uso territoriale</p> <p>—</p> <p>implementazione delle linee di indirizzo per le organizzazioni dei servizi sanitari in concomitanza di uno sbarco di migranti (PAA cap.4.5b PAA 2014)</p>			<p>Attivazione ambulatorio Emergency presso C.A. Villa Sikanìa – Siculiana Prot. Intessa (AL4.5 Convenzione Emergency)</p> <p><u>(Linee di indirizzo sbarchi migranti.pdf)</u></p>
--	--	---	--	--	--

CAPITOLO 5 - Salute della donna, del bambino e dell'era giovanile					
Situazione AS IS	E' attivo il pronto soccorso ostetrico presso i punti nascita di Agrigento e Sciacca, procede la riduzione dei tagli cesarei, sub-obiettivo 2.2, con tasso aziendale tendente al valore soglia del $\leq 20\%$. Mancanza di guardia attiva anestesiológica dedicata al punto nascita per carenza di almeno tre unità di dirigenti medici anestesisti. Non ancora ben consolidata la rete H/T.				
Situazione TO BE	Attivazione del pronto soccorso ostetrico presso il punto nascita di Canicattì, adeguamento strutturale delle sale travaglio sale parto nei presidi ospedalieri di Agrigento e Sciacca. Desiderata assunzione di dirigenti medici ed ostetriche per adeguamento D.A. 2356/11. Consolidamento della rete H/T, attraverso l'attivazione del software di connessione (già acquistato) ed incontri organizzativi e formativi tra tutti gli operatori interessati. Punteggio del Capitolo: 3				
Interventi previsti	peso % (da 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			Indicatore di risultato	valore obiettivo al 31.12.2015	

1 POTENZIAMENTO ED OTTIMIZZAZIONE DELL'OFFERTA OSPEDALIERA	25%	1A Attivazione del Pronto Soccorso Ostetrico H24 nel PO di Agrigento, Sciacca e Canicatti (come da precedente PAA 2014)	numero di ospedali con PS ostetrico attivo	=>2	PUNTO 1A: Attive il Pronto Soccorso Ostetrico h24 presso il P.O. di Agrigento ed il P.O. di Sciacca PUNTO 1B: Adeguamento strutturale delle Sale Travaglio e delle Sale Parto nel PO di Agrigento e Sciacca: inizio lavori previsto il 01-10-2015 (All. Delibera) PUNTO 1C: In fase di realizzazione PUNTO 1D: Consolidamento dei dati inerenti il contenimento dei Primi Parti Cesarei (senza CoMorbilità): prosegue il Trend di Contenimento anche nel terzo trimestre 2015 per il tramite di Riunioni Operative. La rilevazione Geo- Dic. 2015 si attesta come media aziendale a 20,56% (All.5.1d)) PUNTO 2A e 2B:
		1B Adeguamento strutturale delle Sale Travaglio e delle Sale Parto nel PO di Agrigento	num. Sale adeguate / num totale di Sale	>80%	
		1C Attivazione Sala Operatoria e Blocco Parto-Ostetrica nel PO di Agrigento	SI/NO	SI	
		1D Consolidamento dei dati inerenti il contenimento dei Primi Parti Cesarei (senza CoMorbilità)	% primi parti cesarei / parti totali	=< 20%	
2 PARTO-ANALGESIA (LEA 2015)	25%	2A Attivazione Guardia Anestesiologica dedicata h8/20 presso Ostetricia PO Agrigento(Hub 2°livello)	Attivazione	SI	Non ancora attivata Parto-Analgesia PO Agrigento per carenza di tre unità di anestesisti dedicati. In attesa di approvazione della Dotazione organica aziendale proposta
		2B Attivazione della Parto-Analgesia presso il PO di Agrigento (sec. LEA 2015)	Attivazione almeno fascia oraria 8/20	SI	

CAPITOLO 5 - Salute della donna, del bambino e dell'età giovanile -

interventi previsti	peso % (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		per lo sviluppo dell'intervento	Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			Indicatore di risultato	Valore Ob. al 31/12/2015		
3 RIORGANIZZAZIONE		3A Adeguamento organico UTIN PO Agrigento in funzione della messa a	Messa a regime di 2 neonatologi (v.PAA 2014)	SI	Adeguamento Organico PO AG	PUNTO 3A: In attesa di Adeguamento Organico UTIN PO Agrigento: previsto utile fabbisogno di n. 2 Neonatologi e n. 3 Unità Infermieristiche UTIN PO AG. In

<p>DELLA RETE DEI PUNTI NASCITA ed INTEGRAZIONE ALLA RETE EMERGENZE / URGENZE</p>	<p><u>25%</u></p>	<p>regime SemiIntensiva e Neonatologia</p> <p>3B Gestione Clinica Organizzativa delle Urgenze ed Emergenze in Sala Parto (POCS 2013/2015)</p> <p>3C Adeguamento Attrezzature Ecografiche Ostetricia 2° livello PO Agrigento per Ecografie Morfologiche e riferimento Rete Provinciale (Counselling UTIN)</p>	<p>Organizzazione di un Corso Pratico con simulazione Manovre Ostetriche su Manichino</p> <p>Acquisto Attrezzatura Ecografica ultim. generazione</p>	<p>1 Corso già Svolto il 9.5.2015</p>	<p><u>attesa di approvazione della nuova dotazione organica che prevede in UTIN:</u> <u>n. 10 dirigenti Medici + 1 alla data attuale. l'organico è composto da:</u> <u>n. dirigenti 8+1</u></p> <p>PUNTO 3B: RISULTATO ATTESO E RAGGIUNTO con CORSO SVOLTO IL 9.MAGGIO,2015 PO AG SU URGENZE / EMERGENZE IN SALA PARTO CON SIMULAZIONI MANOVRE OSTETRICHE SU MANICHINI. <u>E' previsto Organizzare una Seconda Edizione della Giornata (in collaborazione con UO Formazione ASP, dr.ssa Yella), per conseguire il RAGGIUNGIMENTO RICHIESTO DI OLTRE IL 50% degli Operatori Punti Nascite ASP ed in specie di quelli che non hanno partecipato delle Ostetriche di Camicati e di Sciacca. (Allegata locandina)</u></p> <p>PUNTO 3CC: <u>Gara per acquisto Attrezzatura EcoColorDoppler di ultima generazione in fase di pubblicazione.</u> E' stata presentata ed approvata dal Provveditorato la scheda tecnica relativa alla gara (Allegata)</p>
---	-------------------	--	--	--	---

<p>4 POTENZIAMENTO ED OTTIMIZZAZIONE DELL'OFFERTA TERRITORIALE E CONSULTORIALE</p>	<p><u>25%</u></p>	<p>4A Attivazione di un Ambulatorio ostetrico-ginecologico Ecografico integrato di II livello H/T con il concorso di Specialisti Ospedalieri e Territoriali nei distretti ospedalieri AG1 e AG2</p>	<p>4A Implementazione numero 2 Ambulatori Integrati H / T attivati (Camicati e Sciacca)</p> <p>4B acquisizione ed</p>	<p>2 attivazione</p>	<p>PUNTO 4A : Già Attivati n. 2 Ambulatori Integrati H/T presenti a Camicati (avviato già nel 2015 Ambulatorio di EcoCardiografia con Ginecologo del Consultorio Familiare di Agrigento) ed a Sciacca (ove già Collabora Ginecologo del Consultorio Familiare di S. Margherita Belice).</p> <p>PUNTO 4B : <u>Non ancora realizzata Rete Informatica integrata tra Consultori Familiari ASP AG prevista già nel PAA 2014 e nel POCS 2013/2015 (Referente dott. Franco La Porta del</u></p>
--	-------------------	---	---	---------------------------------	---

	<p>4B Realizzazione della Rete Informatica integrata tra Consulenti Familiari ASP Agrigento (POCS 2013/2015)</p> <p>4C Promozione dello Allattamento al seno</p> <p>4D Campagna Informazione e Prevenzione Dismenorrea / Endometriosi (LEA 2015) Superiori Province Agrigento</p>	<p>attivazione Software operativo per connessione Consulenti Familiari ed Assessorato</p> <p>4C Borsa di Studio Tecnico Esperto Allattamento seno sec. criteri Unicef c/o Ostetrica PO Agrigento</p> <p>4D Organizzazione Incontri Informazione Divulgazione su Dismenorrea (possibilità terapeutiche) ed Endometriosi da parte Equipos Consulenti Familiari ASP Agrigento</p>	<p>Assegnazioni e Borsa Studio</p> <p>Almeno n.2 Incontri</p>	<p>Consulente di Raffadali Incontro organizzativo e formativo con tutti i consulenti</p> <p>PUNTO 4C : Promozione dello Allattamento al seno : <u>Necessaria una Borsa di Studio per n. 1 Tecnico Esperto UNICEF Allattamento materno al seno</u>, per l'umanizzazione del percorso Nascita ed il RICHIESTO aggiornamento ed addestramento del personale Ginecologi, Ostetriche, Inf. Professionali, Neonatologi Pediatrici ed Anestesisti, e Personale degli altri Punti Nascite e Consulenti, ai fini dello immediato Attaccamento al Seno materno (anche al Taglio Cesareo) e Consolidamento Percentuale dello 80 % di Allattamento Materno Esclusivo alle Dimissioni Ospedaliere.</p> <p>PUNTO 4D : Campagna Informazione e Prevenzione Dismenorrea / Endometriosi in accordo ai Nuovi LEA 2015: Attraverso l'integrazione H.T sarà svolto nel 2° semestre 2015 il richiesto compito (punto 4D) di Organizzare almeno Due Incontri (1 per Distretto) su Tali Argomenti coinvolgendo gli Studenti delle Scuole Medie Superiori Provinciali.</p>
--	---	--	---	--

CAPITOLO 6 - Oncologia

Situazione AS IS	non sono attivi i posti letto di degenza ordinaria non si è costituito il dipartimento oncologico				
Situazione TO BE	Attivazione dei posti letto di degenza ordinaria presso il P.O. di Agrigento Strutturazione della Rete Oncologica con istituzione del Dipartimento Oncologico Provinciale Attività di prevenzione primaria (informazione sui fattori di rischio nelle scuole e negli enti assistenziali) Integrazione ospedale-territorio per la gestione assistenziale delle patologie neoplastiche Punteggio del Capitolo: 1				
Interventi previsti	peso % (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			Indicatore di risultato	valore obiettivo al 31/12/2015	
1 ATTIVAZIONE DI POSTI LETTO DI DEGENZA	30%	1A Reperimento del personale di comparto 1B Formazione specifica del personale di comparto 1C Verifica di apprendimento del personale 1D Piano attivazione posti letto di degenza presso il P.O. di Agrigento	num. di pazienti ricoverati predisposizione piano	→1 SI/NO	Non è stata attivata la degenza ordinaria in quanto subordinata alla messa a regime della Rete Ospedaliera prevista secondo D.A. 46/2015 e relativa Dotazione organica non ancora approvata (All. Piano di Attivazione Oncologia C/o P.O. di Agrigento)
2 ATTIVITA' DI PREVENZIONE PRIMARIA	15%	2A Incontri nelle scuole della provincia di Agrigento sul rapporto stili di vita e cancro 2B Incontri con la società civile su epidemiologia e fattori di rischio delle neoplasie più frequenti	num. di incontri	2 1	2A - 2B Sono stati effettuati, in collaborazione con AIRC, due incontri; il primo presso l'Istituto Alberghiero di Sciacca; l'altro presso il liceo Politidi Agrigento Programmato per giorno 02-10-2015 (All. Attestazione adempimento (All.6.2 a b)
3 APPROPRIA FEZZA	30%	3A Stesura ed implementazione di PDTA concernenti: — Neoplasia ovaio — Neoplasia utero — Neoplasie polmone	atti deliberativi di adozione dei 3 PDTA	3 (uno per ogni singolo PDTA)	3A definiti in attesa di deliberazione e PDTA (All.6.3a1 Del. 1930 PDTA Ca.Ovarico); (All.6.3a2

ASSISTENZIALE		3B Strutturazione della figura dello psicologo per l'assistenza al paziente oncologico e ai caregiver	num. di ore	< 2 h/sett	1929 PDTA Ca. Polmonare), (All.6.3a, 1928 PDTA Ca.Utero) 3B si pone evidenza del raggiungimento dell'obiettivo allegando le disposizione di servizio di supporto ai reparti ad alta criticità (All. 6.3b)
4 integrazione ospedale-territorio	15%	4A Incontri con i MMG per la pianificazione della terapia domiciliare degli effetti collaterali dei chemioterapici 4B Ospedalizzazione domiciliare oncologica	num. incontri atto deliberativo di adozione	1 Pubblicazione atto deliberativo	4A Effettuato incontro nel piano di formazione nel secondo semestre 2015 (All. 6.4a) 4B : proposta nella stesura del dipartimento oncologico (All. de libera Strutturazione Dipartimento Oncologico)
5 RETE ONCOLOGICA	10%	Strutturazione del Dipartimento Oncologico	atto deliberativo di adozione	pubblicazione della delibera	Si allega deliberazione proposta di strutturazione del dipartimento oncologico (All. del-libera Strutturazione Dipartimento Oncologico) e allegata proposta Atto Aziendale)) contenente la proposta di istituzione del Dip. oncologico

CAPITOLO 7 - Cure Palliative e Terapia del Dolore

Situazione AS IS	E' in fase di realizzazione la Rete delle Cure Palliative per l' assistenza domiciliare Cure Palliative Offerta sanitaria Aziendale di Cure Palliative ancora critica. Rete del Dolore in fase di realizzazione				
Situazione TO BE	Realizzazione U.O.C.P. (Hospice – Cure domiciliari – U.V.P. – Ambulatori). Potenziamento della offerta sanitaria di Cure Palliative Ottimizzazione della Rete del Dolore, Istituzione della Rete delle Cure Palliative				
Punteggio del Capitolo: 2					
Interventi previsti	peso	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			Indicatore di	valore	

			risultato	obiettivo al 31.12.2015	
1 RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE	30%	1A OTTIMIZZAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE con la realizzazione di progetto che coinvolge: SPOKE – HUB – MMG – Ambulatori territoriali e PP.OO.	Verbali di audit organizzativo	n.2	1A È operativo l'ambulatorio di terapia del dolore denominato Spoke1, presso la UOS Hospice. La rete di terapia del dolore, che coinvolge le AFT dei MMG, è stata avviata, grazie al supporto fornito dalla SANTANOVA incaricata di fornire la piattaforma informatica con la quale Società è stato effettuato l'audit del 16 Luglio 2015 rivolto ai MMG Coordinatori delle AFT e degli Specialisti ambulatoriali ospedalieri Licata Ribera Sciacca Agrigento (Allegato 7.1a). Il 2° Audit organizzato dalla Regione Sicilia è stato condotto in 6 Ottobre 2015 dagli operatori del P.O. Buccheri di Palermo e rivolto agli operatori ospedalieri della rete della terapia del dolore (allegata Brochure ed attestato di presenza All.7.1a.) + (Audit all.7.1a.)
2 RETE DELLE CURE PALLIATIVE	40%	2A ATTUAZIONE DELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE 2B STESURA ED IMPLEMENTAZIONE DEL DOCUMENTO ATTUATIVO 2C IMPLEMENTAZIONE N. CASI TRATTATI IN CURE PALLIATIVE PER TERMINALI ONCOLOGICI E NON	SI/NO SI/NO SI/NO	DELIBERA ATTUATIVA RETE CURE PALLEATIV E DELIBERA DOCUMENTO => 10%	2A La rete delle cure palliative è stata formalmente avviata, con deliberazione n. 794 del 28 marzo 2014. (delibera all.7.1b); Si è provveduto in funzione dell'attuazione della rete a redigere atto deliberativo n° 683 del 26.10.2015 istituendo il Team Work di Cure Palliative atteso che permangono i vincoli ed i limiti relativi all'effettiva attuazione della rete ospedaliera e territoriale secondo quanto previsto dal D.A. n. 46/15 (All.7.1b, 1683/2015) 2B Il documento attuativo è contenuto all'interno della delibera 794 del 28 marzo 2014. (delibera all.7.1b); 2C Alla data del 31/12/2015 sono stati trattati: in UOS Hospice n. 306 malati (malati dimessi); n. 180 malati in altre degenze ospedaliere (consulenze interne) e n. 38 prime visite cure palliative (All.7.2c)
3 ATTIVITA' DI PROMOZIONE E DI INFORMAZIONE	30%	3A REALIZZAZIONE DI EVENTI FORMATIVI PER OPERATORI SANITARI E VOLONTARI 3B REALIZZAZIONE DI EVENTI INFORMATIVI PRESSO ENTI ASSISTENZIALI, ISTITUTI SCOLASTICI SUPERIORI	SI/NO	n.2 eventi n.2 Eventi	3A 1) il convegno " Il Mantello" si è tenuto ad Agrigento il 4-5 dic. 2015. (All.7.3a) 2) Completati gli eventi rivolti a gli operatori sanitari strutturati e volontari: 1 per ogni DSB (all.7.3a bis) 3B 1) il bando del concorso " Il Mantello" è stato pubblicato e sono stati completati gli eventi formativi presso gli Ist. Scol. Superiori che hanno aderito all'iniziativa. (All.7.3b)

CAPITOLO 8 - Cardiologia

Situazione AS IS Mancanza sistema ricevente ECG per ambulanze 118 tipo B dotate di semplice sistema di trasmissione elettrocardiografico.

Situazione TO BE Installazione sistema ricevente per ambulanze tipo B da affiancare al sistema ricevente già installato ed operativo LJFEPAK, in dotazione alle ambulanze tipo A medicalizzate del 118. **Punteggio del Capitolo: 3**

Interventi previsti	PCSO	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015																												
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2015																													
<p align="center">1</p> <p align="center">MESSA A REGIME DELLA RETE IMA NELL'AMBITO DELLA MACROAREA DI COMPETENZA</p>	<p align="center">50%</p>	<p>1A Consolidamento attività di Emodinamica</p>	<p>1A Tot. Coronarografi e; tot. Angioplastiche; tot. Angioplastiche primarie</p>	<p>HUB Sciacca ed Agrigento Procedure di PTCA P STEMI 2015 => 2014</p>	<p>1A) L'Attività H24 dei due laboratori di Emodinamica (Agrigento e Sciacca) è sufficiente per assicurare la suddetta attività. Si allegano i dati sino al 31/12/2015 delle PTCA in STEMI con il confronto 2014-2015 (Alleg. LA ter) Dettaglio Coronarografie-Angioplastiche tot ed Angioplastiche P. 2013-14-15: Emodinamica P.O. Sciacca (Allegato Sciacca) Emodinamica P.O. Agrigento (Allegato Agrigento) Tot. Angioplastiche anno 2015 - n. 721 di cui 185 primarie.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">Coronariografie</th> <th colspan="2">Angioplastiche coronariche</th> <th colspan="2">Angioplastiche Primarie</th> </tr> <tr> <th></th> <th>2014</th> <th>2015</th> <th>2014</th> <th>2015</th> <th>2014</th> <th>2015</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P.O. Agrigento</td> <td>1730</td> <td>1729</td> <td>926</td> <td>905</td> <td>292</td> <td>270</td> </tr> <tr> <td>P.O. Sciacca</td> <td>855</td> <td>700*</td> <td>557</td> <td>450*</td> <td>202</td> <td>154*</td> </tr> </tbody> </table> <p>(*) Dato provvisorio al 3/11/2015</p> <p>1B) Le UTIC HUB di Agrigento e Sciacca sono già operative per la ricezione di ECG con sistema Lifenet. In atto Sciacca riceve da due ambulanze del 118 di Castelverano e Mazara Del Vallo. I tracciati che pervengono vengono referati dal cardiologo di turno e telefonicamente si comunica al trasmettente l'esito. (all. monitoraggio rete IMA)</p> <p>1C) Conoscenza tempi e raccomandazioni terapeutiche secondo linee guida ESC: dal PCM al riconoscimento STEMI; percorrenza per il cath lab dai vari centri afferenti; DOOR TO BALLOON TIME (D2B). Si fornirà per il 2015 scheda comprensiva dei tempi e terapie raccomandate dalle linee guida per la gestione STEMI, al fine di semplificare tutte le decisioni e abbattere i ritardi. (all. 8. 1c)</p> <p>1D) Le Aziende monitorano le PTCA Primarie con dati ricavati dalle SDO con diagnosi principale STEMI per il monitoraggio attivo dei tempi di accesso al cath lab, al fine di rendere più efficiente la rete, sarà predisposta check list comprendente tempi da PCM a PCI P; di riconoscimento, di</p>		Coronariografie		Angioplastiche coronariche		Angioplastiche Primarie			2014	2015	2014	2015	2014	2015	P.O. Agrigento	1730	1729	926	905	292	270	P.O. Sciacca	855	700*	557	450*	202	154*
			Coronariografie			Angioplastiche coronariche		Angioplastiche Primarie																									
			2014	2015		2014	2015	2014	2015																								
		P.O. Agrigento	1730	1729		926	905	292	270																								
P.O. Sciacca	855	700*	557	450*	202	154*																											
<p>1B Monitoraggio sui tempi di riconoscimento dell'IMA e di accesso all'Emodinamica/Cardiologia</p>	<p>1B 1b Monitoraggio sui tempi di accesso;</p>	<p>HUB Agrigento Procedure PTCA P STEMI 2015 => 2014</p>																															
<p>1C Osservanza dei tempi per l'esecuzione dell'angioplastica in caso di IMA STEMI</p>	<p>1C timing da PCM a PCI primaria; timing da trombolisi inefficace a PCI rescue; timing da trombolisi efficace a coronarograf.</p>	<p>Rispetto dei tempi di Monitoraggio attivo</p>																															
<p>1D Monitoraggio dei percorsi interaziendali attraverso apposita checklist</p>	<p>1D Compilazione della checklist</p>	<p>Rispetto dei tempi previsti dalle linee guida</p> <p>50% c.list compilate per paz. SCA presi in carico dal 118</p>																															

Handwritten signature

percorrenza, di procedura interventistica.
La compilazione della check list sarà curata dai centri di emodinamica in sinergia con dati raccolti dalla scheda del 118, tale rilevazione aggiuntiva integra il monitoraggio già effettuato dalle Aziende sui tempi di esecuzione di PTCA primarie
(All. 9.1d)

CAPITOLO 8 - Cardiologia

interventi previsti	peso	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			Indicatore di risultato	valore obiettivo al 31.12.2015	
<p>2</p> <p>ATTUAZIONE PERCORSI ASSISTENZIALI ALLA DIMISSIONE IN FUNZIONE DELLA STADI AZIONE CLINICA: SCOMPENSO CARDIACO</p>	40%	<p>2A Applicazione PDTA integrato Ospedale – Territorio in funzione della stadiazione clinica del paz. dimesso dalle UU.OO.</p> <p>2B Potenziamento ambulatori scompensato ospedalieri e territoriali.</p>	<p>2A schede compilate (paz. Presi in carico ambulatori territoriali) / dimessi per DRG scompensato cardiaco</p> <p>2B a. aumento dimissioni facilitate DRG scompensato cardiaco</p> <p>2B b. aumento paz. In carico agli ambulatori rispetto 2014</p>	<p>2A 100%</p> <p>2B a > 20% rispetto al 2014</p> <p>2B b. > 10 % rispetto al 2014</p>	<p>2B Sono stati istituiti e sono operativi ambulatori territoriali dedicati o in AGI per lo scompensato con contestuale implementazione delle attrezzature diagnostiche. Il dato al 30.09.2015</p> <p>DSB Sciacca n. presi in carico 382, iscritti nel registro 1463</p> <p>DSB Ribera n. presi in carico 420, iscritti nel registro 759</p> <p>DSB Licata n. presi in carico 383, iscritti nel registro 911</p> <p>DSB Casteltermini n. presi in carico 493, iscritti nel registro 652</p> <p>DSB Canicatti n. presi in carico 1553, iscritti nel registro 2423</p> <p>DSB Bivona n. presi in carico 270, iscritti nel registro 422</p> <p>DSB Agrigento n. presi in carico 730, iscritti nel registro 1641</p>
<p>3</p> <p>RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA</p>	10%	<p>Sviluppo in ambito aziendale di programmi specifici di Riabilitazione cardiovascolare. in collegamento con la altre Aziende della macroarea in applicazione della rimodulazione della rete ospedaliera come da GURS DEL N.46 DEL 23/01/2015</p>	<p>n. pazienti seguiti con programmi specifici di riabilitazione cardiologica cronoprogramma piano attivazione</p>	<p>SENO</p>	<p>In attesa di direttiva regionale per apertura di U.O. di Riabilitazione cardiologica (secondo il piano regionale della riabilitazione)</p>

Situazione AS IS	L'U.O.C. di Neurologia sita al 2° piano scala A del P.O. San Giovanni di Dio di Agrigento. Attivati n.8 posti letto (6 di degenza ordinaria e 2di DH) Difficoltà da parte delle U.U.O.O. del P.O. San Giovanni di Dio di acquisire la consuetudine alla giusta partecipazione ai percorsi diagnostico Terapeutici delle patoogia neurologie (es.csame liquor)
Situazione TO BE	Trasferimento nuovi locali e acquisizione di requisiti in termini di risorse umane , strutturale e strumentali per l'attivazione dei 16 posti letto con Stroke Unit previsti nella UOC di Neurologia del P.O. San Giovanni di DIO di Agrigento. Miglioramento qualitativo e quantitativo delle prestazione e dei servizi erogati dalle U.U.O.O. del P.O. San Giovanni di Dio di Agrigento Per il miglioramento dei percorsi diagnostico-terapeutici dell'U.O.C di Neurologia

Punteggio del Capitolo: 1

interventi previsti	peso % (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			indicatore di risultato	valore obiettivo al 31.12.2015	
1 PIENA ATTIVAZIONE DEL REPARTO DI DEGENZA PRESSO IL P.O DI AGRIGENTO	<u>10%</u>	Attivazione dei 16 posti letto previsti nella UOC Neurologia del PO di Agrigento secondo Decreto Assessoriale n.4 del 23 gennaio 2015	Redazione cronoprogramma	SI/NO	SECONDO VINCOLI ED I LIMITI RELATIVI ALL'EFFETTIVA ATTUAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA E TERRITORIALE E PER QUANTO PREVISTO DAL D.A. N. 46/15 SI ALLEGA DELIBERA DI CRONOPROGRAMMA (DEL.613 23.04.2015)
2 ATTIVAZIONE DELLA STROKE UNIT	<u>15%</u>	2A Attivazione nuovi locali 4° piano scala D; 2B Attivazione 2/4 posti letto per la Stroke Unit di II livello ; 2C Acquisizione requisiti	2A -2B Redazione cronoprogramma 2C redazione di documento attestante i requisiti	SI/NO si/no si/no	2A GIA ESEGUITE OPERE MURARIE LOCALI 4° PIANO SCALA D. PER PROSSIMO TRASFERIMENTO DELL'U.O. DI NEUROLOGIA , CONDEZIONATO DALLE AZIONI DELLA DIREZIONE STRATEGICA. 2B SECONDO VINCOLI ED I LIMITI RELATIVI ALL'EFFETTIVA ATTUAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA E TERRITORIALE E PER QUANTO PREVISTO DAL D.A. N. 46/15 SI ALLEGA DELIBERA DI CRONOPROGRAMMA (DEL.613 23.04.2015) 2C (ALL CRONOPROGRAMMA E REQUISITI) STROKE UNIT NEUROLOGIA P.O. AG.; (ALLEGATO C) STROKE UNIT P.O. CANICATTI
3 APPROPRIATEZZA TERAPEUTICA	<u>25%</u>	3A Audit Clinico appropriatezza terapeutica 3B Eventi formativi in House uno su letus e Malattie autoimmuni	3A n.1 Audit 3B n.2 Eventi formativi	SI/NO SI/NO	3A 09-09-2015 AUDIT SU APPROPRIATEZZA TERAPEUTICA - PRIMO INCONTRO (ALL.9.3A) 3B REALIZZAZIONE EVENTO FORMATIVO SULL'ICTU IL 2/3 OTTOBRE 2015 . EVENTO FORMATIVO SULLA SCLEROSI MULTIPLA IL 12 DICEMBRE 2015 (ALL.9.3B) (ALL.9.3B BIS) 3C (ALL.9.3B BIS) 3D (ALL.9.3B BIS)
4					Relazione sulla Performance 2015 ATTIVATO DA MAGGIO 2015 AMBITO TORIO DEDICATO A

CAPITOLO 10 - Gestione del politraumatizzato

Situazione AS IS	Criticità dei processi di trasferimento secondario del politraumatizzato secondari a scarsa implementazione delle procedure di rete Livello assistenziale critico per l'elevato turnover del personale medico ed infermieristico operante nei pronto soccorso					
Situazione TO BE	Discussione ed eventuale revisione dei processi assistenziali ospedalieri di emergenza/urgenza nei politraumatismi Programma di verifica delle competenze del personale operante nei pronto soccorso Formazione specifica del personale medico ed infermieristico per la gestione del politrauma					
interventi previsti	peso % (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Eventuali costi previsti per lo sviluppo dell'intervento	Stato Avanzamento Lavori
			indicatore di risultato	valore obiettivo al 31.12.2015		
1 STESURA PROTOCOLLI INTERAZIENDALI CON CENTRI SPECIALISTICI	<u>20%</u>	protocolli interaziendali per specifici percorsi riguardanti pazienti con patologie traumatiche da trattare in centri specialistici del siat di riferimento o di altri siat in sinergia con il servizio 118.	STESURA PROTOCOLLI	=> 2	Realizzati i protocolli gestionali di pazienti : - USTIONATI - POLITRAUMATIZZATI All.Percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del politraumatizzato	
2 FORMAZIONE BLS-T E ATLS	<u>50%</u>	attivazione dei corsi di formazione per il personale delle aree di emergenza dei presidi ospedalieri aziendali in accordo con il cefpas	num personale medico in formazione/totale personale medico delle aree di emergenza num. personale infermieristico in formazione/totale personale infermieristico	50% 50%	Con nota prot. 299 del 10.05.2015 si è programmato un percorso formativo con l'ACRIMAS Catania per la realizzazione di corsi BLS a datare dall'anno 2012 per 1500 dipendenti secondo la produzione di elenchi che annualmente vengono forniti alla Formazione ed inseriti come attività del programma formativo degli anni 2012-2013-2014-2015 e programmazione 2016. Nel 2013 sono stati formati 735 operatori per corso BLS; nel 2015 sono stati formati n.122 per corso BLS; il restante numero per arrivare a 1.500 operatori da formare è inserito nella programmazione 2016. (Allegata convenzione ACRIMAS) (Allegato piano formazione 2015 con evidenza corso BLS/D) Allegate deliberazioni "Liquidazione Acrimas 2013-	

			delle aree di emergenza			
3		Definizione e applicazione del PDTA per la riabilitazione post-trauma mediante accordi tra le Aziende del SIAT o anche inter-provinciali.	PDTA e Protocollo di intesa con le Aziende		SI/NO	BOZZA DEL PDTA QUASI ULTIMATA politrauma_lineeguida.pdf
IMPLEMENTAZIONE ATTIVITÀ POST ACUZIE	30%					

CAPITOLO 11 - Trapianti e Piano Sangue AGRIGENTO						
Situazione AS IS	RETE TRAPIANTI Sensibilizzazione alla cultura della donazione e Collegamento con il Centro Regionale Trapianti (CRT) RETE TRASFUSIONALE Istanza di Accreditamento inviata nel novembre 2013. Acquisizione delle tecnologie con gara comune. Condivisione di sistema gestione qualità comune. RETE DELLE EMOGLOBINOPATIE Presenza di 1 centro di II livello presso il P.O. di Sciacca e 1° livello ad Agrigento per pazienti affetti da thalassemia ed emoglobinopatie					
Situazione TO BE	RETE TRAPIANTI Potenziamiento con il Centro Regionale Trapianti Sensibilizzazione alla cultura della donazione PO Canicatti RETE TRASFUSIONALE Accreditamento secondo DA 398/11. RETE DELLE EMOGLOBINOPATIE Consolidamento rete Punteggio del Capitolo: 3					
interventi previsti	peso % (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015	
			indicatore di risultato	valore obiettivo al 31.12.2015		
1 Rete Trasfusional e Autorizzazione e	50%	1A Correzione delle non conformità osservate dal team di valutazione nazionale in corso di verifica ispettiva 1B Autorizzazione e Accreditamento delle Strutture Trasfusionali.	1A Produzione nei tempi indicati delle Azioni Correttive occorrenti. 1B -Acquisizione del Decreto di Autorizzazione e Accreditamento.		SI/NO 1A I Centri Trasfusionali di Sciacca e Agrigento e relativa articolazione trasfusionale di Canicatti hanno corretto le non conformità osservate dal team di valutazione nazionale in corso di verifica ispettiva 1B In data 30/06/2015 sono stati pubblicati i	

<p>Accreditamento</p>		<p>1C B Autorizzazione/Accreditamento delle UDR associative collegate alle Strutture Trasfusionali</p>	<p>1C Supporto in quota parte per la correzione delle Non Conformità rilevate dal team di valutazione in corso di verifica ispettiva.</p>		<p>Decreti autorizzativi delle Strutture Trasfusionali di Sciacca e Agrigento con la relativa articolazione di Canicatti</p> <p>1C In data 30/06/2015 sono stati pubblicati i Decreti autorizzativi delle UDR afferenti alle Strutture Trasfusionali di Sciacca e Agrigento alla relativa articolazione di Canicatti Allegata GURS con i criteri autorizzativi Centri trasfusionali e UDR (<u>All. 11.1.c</u>)</p>
<p>2 Consolidamento Rete Emoglobinopatie</p>	<p><u>10%</u></p>	<p>ZA Incontri della equipe multidisciplinare e stesura di linee guida</p> <p>ZB Campagna prevenzione emoglobinopatie</p>	<p>ZA Num. linee guida redatte</p> <p>ZB num. eventi</p>	<p>2</p> <p>2</p>	<p>ZA Linee guida per drepanocitosi in età pediatrica (<u>All.11.2a</u>) raccomandazioni per la gestione del paziente adulto affetto da Anemia Falciforme</p> <p>(<u>All.11.2b</u>)</p> <p>ZB Espletati n. 2 interventi richiesti da Settembre (<u>All.11.2b bis</u>)</p>

CAPITOLO 11 - Trapianti e Piano Sangue AGRIGENTO

interventi previsti	peso % (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			Indicatore di risultato	valore obiettivo al 31.12.2015	
3 Promozione Donazione Organi e Tessuti	30 %	Censimento di tutti i decessi da neurolesione grave nei P.O. dell'ASP - Accertamento della morte encefalica con metodo neurologico in tutti i potenziali donatori	Numero di donatori segnalati Numero di donatori procurati	Incremento del 10% dei donatori segnalati rispetto al 2014 Incremento del 10% del numero di donatori procurati rispetto al 2014	EFFETTUATO IL CENSIMENTO DEI DECESSI DA NEUROLESIONE. N.1 DONATORE SEGNALATO N. 1 DONATORE PROCARATO AL 14/10/2015 N.1 SEGNALAZIONE DI MORTE CEREBRALE CON SUCCESSIVO PRELIEVO MULTIORGANO AVVENUTO PRESSO IL P.O. DI AGRIGENTO (ALL. 11.3)
4 Diffusione della Cultura della Donazione degli Organi	5%	4A Programmare Corsi di aggiornamento per il personale Aziendale. 4B Campagna di divulgazione della cultura della donazione degli organi nelle scuole, comunità, etc.	Corsi attuati/ Corsi programmati Campagna attuata nelle scuole della Provincia	n. 1 SI	CORSO DI FORMAZIONE ECM "ASPETTI LEGISLATIVI SCIENTIFICI E RELAZIONALI DEL PROCESSO DI DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI" 04/05/ GIUGNO 2015 PRESSO LA SALA CONVEGNI P.O. S. GIOVANNI DI OIO DI AGRIGENTO (ALL. 4A) EVENTO DIVULGATIVO " DONARE ... UN ATTO D'AMORE" CONVEGNO DELLA PDAPA 14/02/2015 PALMA DI MONTECHIARO (ALL. 4A BIS) EVENTO DIVULGATIVO INTERPROVINCIALE AIDO ENNA 8 NOV. 2015. EVENTO " TRAPIANTO, SOCIETA' E REINSERIMENTO CIVILE" " CONVEGNO SICILIANO AIDO- 2/11/2015 (ALL. 11.4.B TER) STATI GENERALI DELLA TRAPIANTOLOGIA ITALIANA - CNT - ROMA 11-12/NOV.2015 (ALL.11.4.B QUATER)
5 Riduzione dell'opposiz ione alle Donazioni di Organi e Tessuti	5%	Procedura per accoglienza e supporto ai Familiari dei degenti nelle Unità di Rianimazione	Procedura realizzata	SI	INCONTRO FORMATIVO CON MEDICI DELLA RIANIMAZIONE DEL P.O. SAN GIOVANNI DI OIO SU CARTA VALORI E PROCEDURE ACCOGLIENZA FAMILIARI. (ALL.5) <i>Relazione sulla Performance 2015</i>

CAPITOLO 12 - Salute Mentale e Dipendenza

Situazione AS IS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento patologia psichiatrica con incremento dei pazienti nei circuiti riabilitativi (Comunità Terapeutiche Assistite a gestione diretta ed indiretta; Comunità Alloggio; Gruppi Appartamento; Centri Diurni) 2. Presenza di soggetti in età evolutiva con problemi che possono sfociare in disturbi invalidanti nelle età successive, specie in presenza della complessità dei modelli sociali e relazionali. 3. Aumento di adolescenti con problemi di dipendenze patologiche. 4. Incremento dei pazienti in Doppia Diagnosi e di soggetti con psicosi in età di confine 5. Incremento della mobilità passiva in soggetti con diagnosi di psicosi (DRG critico 430 psicosi)
Situazione TO BE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consolidamento delle politiche di integrazione dipartimentale e di Comunità per la elaborazione e realizzazione di Progetti Terapeutici Individualizzati a tutti i pazienti censiti nei circuiti di riabilitazione. 2. Integrazione delle articolazioni territoriali DSM – NPI – SERT con presa in carico integrata ed elaborazione dei PTI nelle fasce di passaggio, Doppia Diagnosi.. 3. Individuazione precoce dei gravi disturbi neurologici e psichiatrici e neuropsicologici ad alto impatto sociale e delle patologie “sottosoglia”, in particolare i disturbi specifici dell’apprendimento. Mettere in atto gli interventi necessari a ridurre le conseguenze invalidanti delle disabilità neuropsichiche e contrastarne la tendenza alla emarginazione e alla istituzionalizzazione, concorrendo a programmi riabilitativi e di inclusione scolastica. 4. Implementazione del numero di docenti formati per informare in modo corretto gli adolescenti nel percorso di crescita fuori dalle dipendenze patologiche. 5. Integrazione con i MMG per la presa in carico dei pazienti con psicosi per limitare la mobilità passiva intraregionale. Punteggio del Capitolo: 3

interventi previsti	peso % (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Note	Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			indicatore di risultato	valore obiettivo al 31.12.2015		
1 Piano Strategico Regionale per la salute mentale: Migliorare la Salute Mentale di Comunità	50%	1A Consolidamento Tavoli di concertazione con DSB e Disretti Socio-sanitari tramite n. 7 incontri verbalizzati	N. incontri tavoli verbalizzati /n. 7 Incontri verbalizzati di Tavolo	100%	Si allega attestazione del direttore del DSM sul raggiungimento degli obiettivi (nota prot. n. 17455 del 03.02.16). (Allegato)	Obiettivo raggiunto: N.7 incontri tavoli verbalizzati /n. 7 incontri verbalizzati di Tavolo = 100,00% (All.12.1A)
		1B Consolidare gruppo di lavoro “Inclusione sociale ed integrazione socio-sanitaria”	N. incontri verbalizzati / n. 3 Incontri preventivati	100%		Obiettivo raggiunto: N. 3 incontri verbalizzati / n. 3 incontri preventivati = 100,00% (All.12.1b)
		1C Censimento pazienti in circuito riabilitativo	Report con pazienti inseriti nel circuito riabilitativo	Presentazione report entro il 31.12.15		Obiettivo raggiunto: censiti pazienti in circuito riabilitativo (strutture resi-denziali e semi) per totale pazienti censiti pari a 557 (All.12.1c)
		1D Verifica PTI a tutti i pazienti censiti nei circuiti di riabilitazione	N. verifiche PTI redatti / N. pazienti inseriti nei circuiti di riabilitazione	100%		Obiettivo raggiunto: N. 557 verifiche PTI redatti / N. 557 pazienti inseriti nei circuiti di riabilitazione (al 31.12.15) = 100,00% (All.12.1d)

	1E Integrazione con le articolazione del DSM, NPI e SERT, con elaborazione dei primi P.T.I. nella fascia di passaggio e dei pazienti in Doppia Diagnosi	N. PTI elaborati ai pazienti adolescenti e casi di doppia diagnosi / N. pazienti adolescenti e casi di doppia diagnosi	≥ 50%		Obiettivo raggiunto: (All.12.1E) N. 21 PTI elaborati ai pazienti adolescenti e casi di doppia diagnosi / N. 8 pazienti adolescenti e casi di doppia diagnosi (al 31.12.15) = 262,50%
	1F Realizzazioni.4 incontri con i MMG per maggiore integrazione per la presa in carico dei pazienti con psicosi per limitare l'incremento della mobilità passiva	N. Incontri con MMG (con convegno o verbalizzazione) realizzati/ N. 3 Incontri con MMG previsti	100%		Obiettivo raggiunto: (All.12.1F) N. 3 incontri con MMG (con convegno o verbalizzazione) realizzati/ N. 3 incontri con MMG previsti = 100,00%
	1G Presa in carico articolata dei pazienti in situazione demenza	N. Valutazioni effettuate/ n. casi pervenuti	>90%		Obiettivo raggiunto: N.1711 valutazioni effettuate / N.1859 casi pervenuti = 92,04%

CAPITOLO 12 - Salute Mentale e Dipendenza						
interventi previsti	peso % (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Eventuali costi previsti	Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			indicatore di risultato	valore obiettivo al 31.12.2015		
2 Neuro-psichiatria Infantile	25%	2A Implementazione informazione digitale all'utenza attraverso aggiornamento sito Web aziendale	- Effettuare l'aggiornamento del sito web entro il mese di novembre 2015	Attestazione con file del sito web aggiornato	Si allega attestazione 1 direttore NPI sul raggiungimento degli obiettivi (nota del 18.01.16 con allegata l'immagine della modifica sito).	Obiettivo raggiunto: aggiornamento del sito web- attestazione UO Comunicazione Istituzionale e Interna (prot. n. 76687 del 17-11-15) = 100 % (All. 12.2A)
		2B Effettuazione PEI per tutte le richieste pervenute nel 2014 di alunni e studenti disabili	- N° PEI effettuati/ N° PEI richiesti	≥ 95%		Obiettivo raggiunto: N°1514 PEI effettuati/ N° 1514 PEI richiesti = 100,00% All. 12.2B)
		2C Presa in carico integrata adolescenti CSM, SPDC e NPI	- Istituzione gruppo di lavoro Integrato dedicato	Entro il mese di giugno 2015		Obiettivo raggiunto: Istituito gruppo di lavoro nel febbraio 2015 = 100 % All. 12.2C)
3 Tossico-dipendenze	25%	3A Implementazione attività formativa di almeno 50 nuovi docenti formati per il progetto Unplugged	- N. docenti formati/ N. 50 docenti da formare	≥ 95%	Si allega attestazione del direttore del DSM sul raggiungimento degli obiettivi (nota prot. n. 17455 del 03.02.16).	Obiettivo raggiunto: N. 67 docenti formati/ N. 50 docenti da formare ≥100% di cui : Ser.T. Agrigento N°24 docenti formati; Ser.T. Cankaril N° 8 docenti formati; Ser.T. Licata N°13 docenti formati; Ser.T. Sciacca N°17 docenti formati.

		3B Trasmissione flusso SIND nei tempi richiesti e con la dovuta qualità	- Invio corretto flusso SIND all'O.E.R. entro il tempo richiesto	100%		Obiettivo raggiunto: Flusso correttamente inviato entro i tempi previsti (Trimestrali) - Entro la fine del primo trimestre (Allegato)
		3C QUALITÀ FLUSSO SIND	Riduzione % codice sostanza d'uso 99	<10	E' stato modificato il software interno e dal 2017 non sarà più possibile effettuare tale tipologia di errore. Si allega mail ditta civitech	Obiettivo raggiunto: Effettuata la verifica dei codici di flusso. (Allegato)

CAPITOLO 13 - Qualità, Governo clinico e Sicurezza dei Pazienti

<i>Situazione AS IS</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sono presenti U. O. Qualità e U. O. Gestione Rischio Clinico in Staff Direzione Generale 2. Sono stati attivati e continuano i percorsi formativi in tema di "Gestione Rischio Clinico" 3. E' stata avviata la cartella clinica aziendale, finalizzata a standardizzare i processi di accettazione e presa in carico del paziente 4. Istituito il CAVS 5. Istituito Comitato Aziendale Interdisciplinare Conferimento "Privileges"
<i>Situazione TO BE</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promozione della sicurezza delle cure attraverso la implementazione progressiva di almeno il 25% di standard JCAHO specifici 2. Messa a regime delle attività del CAVS 3. Attivazione di un cruscotto integrato di controlli (audit clinici e organizzativi, eventi formativi mirati, valutazione degli esiti, 4. Valutazione degli esiti relativi a frattura di femore, parto cesareo, PTCA 5. Messa a regime Conferimento "Privileges" <p>Relazione finale</p>

All.

interventi previsti	peso % (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	RISULTATI OTTENUTI		SAI 31.12.2015
			indicatore di risultato	valore obiettivo al 31.12.2015	
		A. Piano Aziendale Integrato Qualità e Rischio Clinico 2013-2015 1) Implementazione Piano Az.le Qualità e Rischio Clinico 2013-2015	1) SI/NO	1) SI	Implementazione Piano Aziendale Integrato Qualità e Rischio Clinico, 2013 – 2015 - Comitato Aziendale Rischio Clinico (11.07.2013) – Del. 3169 del 17.07.2013 Eventi Formativi 1. Triage Infermieristico - P.O. Canicattì 09.06.2015 - P.O. Sciacca 16.06.2015 - P.O. Sciacca 18.06.2015 2. Audit Clinico Interno P.O. Agrigento 04.12.2015 P.O. Canicattì 04.12.2015 P.O. Licata 04.12.2015 P.O. Ribera 03.12.2015 P.O. Sciacca 03.12.2015 3. Root Cause Analysis P.O. Agrigento 09.12.2015 P.O. Canicattì 09.12.2015 P.O. Licata 09.12.2015 P.O. Ribera 11.12.2015 P.O. Sciacca 11.12.2015
		2) Implementazione standard JCI	2) SI/NO	2) SI	Standard JCI IPSG.2 1. P.O. Agrigento 2. P.O. Sciacca ACC 4 – Trasporto Secondario 1. P.O. Sciacca 2. P.O. Canicattì MMU – Gestione Farmaci – Farmaci LASA 3. P.O. Agrigento 4. P.O. Sciacca IPSG 1 – Corretta Identificazione di Paziente 1. P.O. Agrigento 2. P.O. Canicattì 3. P.O. Sciacca STU – Gestione Farmaci 1. P.O. Agrigento 2. P.O. Canicattì 3. P.O. Licata 4. P.O. Ribera 5. P.O. Sciacca IPSG. 4 6. P.O. Agrigento 7. P.O. Canicattì 8. P.O. Licata 9. P.O. Ribera 10. P.O. Sciacca
		3) Verifica adozione Scheda Unica Terapia (STU)	3) Verifica % tasso period. 4) Verifica % tasso period. 5) Verifica % tasso period.	3) 75% 4) 75% 5) 75%	
			6) SI/NO		2015 Mese di Maggio Relazione sulla Performance 2015 P.O. Canicattì U.O. Chirurgia Generale U.O. Medicina

4 UMANIZZAZIONE	15%	6. istema Regionale Qualità percepita: azione 3.5.4.1	Caricame nto dei questiona ri nella piattafor ma regionale	100% U.U.OO ambulatori e questionari caricati	U.O. Qualità (1° semestre 2015) Nota del 02.11.2015 prot. 98
		7. Miglioramento nell'alimentazione del database regionale sulle attività di ricovero e ambulatoriali per ciascuna Azienda e aderenza rispetto alle indicazioni assessoriali	Analisi e individu azione delle azioni di migliora mento	Report az.le al 31.12.2015 criticità e az. migliorame nti	
		Diffusione e implementazione dei documenti per la relazione medico-paziente.	Svolgimento delle azioni previste dall'azione 3.5.4.2 del POCS e delle relative indicazioni dell'assessorato	100%	Nota Ass. Sanità 22.05.2015, prot. 43692 U.O. G. Rischio Clinico Nota prelevamento brochure in Assessorato 08.06.2015. prot. 115/2015 - Verbale riunione Gruppo Operativo - 24.06.2015 Diffusione brochure "relazione medico-paziente" P.O. Agrigento 04.09.2015 P.O. Canicatti 07.07.2015 P.O. Licata 21.07.2015 P.O. Ribera 10.07.2015 P.O. Sciacca 10.07.2015 Diffusione locandine "screening oncologici" Distretto Sanitario Base Agrigento 15.07.2015 Distretto Sanitario Base Bivona 14.07.2015 Distretto Sanitario Base Canicatti 14.07.2015 Distretto Sanitario Base Casteltermini 14.07.2015 Distretto Sanitario Base Licata 21.07.2015 Distretto Sanitario Base Ribera 23.07.2015 Distretto Sanitario Base Sciacca 23.07.2015
Realizzazione di tre cicli di Audit sul tema della gestione del dolore cronico con riferimento in coerenza al cronoprogramma previsto dal DG 2488 del 27/12/2013	Report annuale	Report inviato SI/NO	U.O. Qualità P.O. Canicatti U.O. Oncologia Verbale 30.06.2015 U.O. Chirurgia Verbale 30.06.2015 U.O. Medicina Verbale 30.06.2015 P.O. Licata U.O. Ortopedia Verbale 02.07.2015		

5 FORMAZIONE	20%	Sviluppo di un programma formativo sulla <u>RCA</u> condiviso tra le aziende della provincia di Palermo D.A. 27/12/2013 (GURS n. 4 del 24 gennaio 2014)	Report di efficacia formativa al 31.12.2015 5 1 medico e un 1 infermiere per UOC (Indicare il numero delle UOC formate totale UOC)	SI/NO Report inviato Assessorato 100% delle UOC per Azienda con un medico e un infermiere formato	Individuazione e segnalazione numero op. sanitari P.O. Agrigento n. 16 P.O. Canticati n. 19 P.O. Licata n. 23 P.O. Ribera n. 8 P.O. Sciacca n. 40 Evento formativo pianificato P.O. Agrigento 09.12.2015 P.O. Canticati 09.12.2015 P.O. Licata 09.12.2015 P.O. Ribera 11.12.2015 P.O. Sciacca 11.12.2015
		Sviluppo di un programma formativo <u>Audit Clinico e PNE</u> condiviso tra presidi della ASP	Report efficacia formativa al 31.12.2015 5 1 medico e 1 infermiere per UOC. (Indicare il numero delle UOC formate totale UOC aziendali)	SI/NO Report inviato Assessorato 100% UOC Azienda un medico e un infermiere formato	Individuazione e segnalazione numero op. sanitari P.O. Agrigento n. 16 P.O. Canticati n. 19 P.O. Licata n. 23 P.O. Ribera n. 8 P.O. Sciacca n. 40 Evento formativo pianificato P.O. Agrigento 04.12.2015 P.O. Canticati 04.12.2015 P.O. Licata 04.12.2015 P.O. Ribera 03.12.2015 P.O. Sciacca 03.12.2015

CAPITOLO 14 - Rete Formativa, Comunicazione e Rete Civica

Situazione AS IS	<p>La situazione dinamica dell'azienda che determina continue modifiche negli aspetti strutturali dell'offerta sanitaria, deve trovare costate riscontro sia nella CdS che in versione on line è aggiornata in tempo reale, sia in tutte le pagine dedicate del sito web. Sotto questo profilo, sono effettuati costanti aggiornamenti nella pagine del sito aziendale per garantire sia la puntuale e corretta informazione ai cittadini, sia l'aderenza alle indicazioni delle L.J.GG in tema di trasparenza amministrativa.</p> <p>Si attende la pubblicazione di nuove direttive europee sulla mobilità transfrontaliera</p> <p>Il Piano di comunicazione aziendale 2016 è stato adottato.</p> <p>La rete regionale per la comunicazione ha elaborato un progetto di sperimentazione per l'informatizzazione dei reclami URP: il progetto, per motivi legati al software che dovrebbe consentire l'informatizzazione che dovrebbe fornire il DASOE, non si è sviluppato.</p>
------------------	--

**Situazione
TO BE**

L'Azienda ha dato esecuzione alle disposizioni di cui al D.A. n.1771/2012 sotto il profilo organizzativo e di assegnazione di risorse con apposita deliberazione. Saranno quindi assegnate risorse umane e budget coerenti con la normativa vigente e congruenti con le esigenze di bilancio fermo restando che il budget economico per le attività formative deve essere pari ad almeno l'1% del monte salari delle aree contrattuali come previsto dalla direttiva della Funzione Pubblica n.14/95. La partecipazione attiva dei Responsabili agli incontri della Rete Formativa regionale sarà finalizzata all'individuazione di percorsi formativi a supporto dei PAA o sui temi dell'etica e della legalità. Nella individuazione delle azioni formative è stato privilegiato un meccanismo operativo bottom-up che ha tenuto conto delle reali esigenze formative del personale. Il Piano annuale delle attività formative è infatti redatto sulla scorta delle proposte e delle esigenze formative avanzate dalle diverse strutture aziendali.

Monitoraggio continuo sugli aggiornamenti dei contenuti web Carta dei servizi, pagine informative del sito, sezione Amministrazione Trasparente.

Applicazione delle direttive europee sulla mobilità transfrontaliera quando emanate.

Si rilevano delle criticità nel caricamento dei nominativi dei "cittadini informati" per la costituzione della RCS.

Il Piano Comunicazione 2015 è operativo con la realizzazione di almeno una azione per area (interna, esterna, interistituzionale). E' stato elaborato il Piano comunicazione 2016, trasmesso al DASOE, condiviso con il CCA e regolarmente deliberato nei tempi previsti dal D.A.

La sperimentazione software per gestione informatica dei reclami secondo le indicazioni dell'Assessorato è stata avviata ma il software fornito non consente il caricamento di dati e perciò non è possibile verificarne la funzionalità

Punteggio del Capitolo: 3

Interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2015	
1 POTENZIAMENTO UFFICI FORMAZIONE (DA 1771/12)	10%	Assegnazione risorse alla struttura formazione aziendale (artt. 6,7 DA 1771/12)	a) Risorse umane attribuite/risorse umane previste (art. 6 DA 1771/12) b) Incremento budget 2016 vs 2015	M. ≥ 80% b) ≥ 20%	1.a Deliberazione n. 2064 del 28/12/2015

CAPITOLO 14 - Rete Formativa, Comunicazione e Rete Civica

Interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2015	
2 REALIZZAZIONE E CORSI AZIENDALI/INTERAZIENDALI A SUPPORTO DEL PAA	<u>10%</u>	a) Analisi fabbisogno format. a supporto del PAA b) Programmazione corsi aziendali/interaziendali c) Realizzazione	a) Analisi individuazione priorità b) Corsi programmati c) Corsi realizzati	e a) Report entro 30.06 b) n. 2 entro 31.07 c) Almeno 1 al 31.12	2.a con nota n.51097 del 10/07/2014 si sono coinvolti i direttori di tutte le strutture ASP per la rilevazione dei bisogni formativi (all 14.2.a) 2.b Piano di formazione adottato con del. n. 25 del 16/01/2015 (all. 14.2.b.) Corso FAD su anticorruzione (all.14.2.bb) 2.c Corso SMILE in partenariato con numerosi enti (all 14 2.c);
3 POTENZIAMENTO URP	<u>10%</u>	Realizzazione dei piani di miglioramento a seguito dell'autovalutazione del progetto	Azioni realizzate/azioni previste	$\geq 80\%$ Il Piano di miglioramento prevedeva il potenziamento del Ufficio Stampa con il conferimento di apposito incarico)	3 Con del. n. 945 del 16/06/2015 è stato conferito l'incarico di Addetto stampa (all 14 3)
4 INFORMATIZZAZIONE URP PER GESTIONE RECLAMI E EGNALEZIONI	<u>15%</u>	Attuazione del progetto "Informatizzazione Gestione URP" (Prot. Area Int. 7 n. 0098055 del 23.12.2014)	Rispetto del cronoprogramma	$\geq 80\%$	4 In lavorazione da parte della Rete regionale comunicazione, la procedura condivisa per la gestione delle segnalazioni e dei reclami.

CAPITOLO 14 - Rete Formativa, Comunicazione e Rete Civica

Interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2015	
<p>5</p> <p>SVILUPPO RCS SECONDO DIRETTIVA ASSESSORIALE E REPORT GRUPPI DI LAVORO CEPPAS (PROT. 0002185 DEL 25.02.2015)</p>	<p><u>20%</u></p>	<p>a) Stipula accordi di collaborazione con i Partner</p> <p>b) Individuazione e reclutamento Riferimenti Civici della Salute (RC)</p> <p>c) Verifica avvio RCS</p>	<p>a) numero di accordi stipulati con pianificazione degli impegni assunti</p> <p>b1) numero eventi organizzati in collaborazione con i Partner</p> <p>b2) numero RC reclutati</p>	<p>a) ≥ 8</p> <p>b1) ≥ 1 con ciascun Partner</p> <p>b2) secondo minimi per provincia previsti dal report I° Gruppo di Lavoro Cefpas</p> <p>c1) almeno 50 per ciascun RC accreditato</p>	<p>5.a stipulati n. 13 accordi di programma. In corso di stipula n.3. (All.14.5a)</p> <p>5.b1 evento svolto il 28/10/2015 (All. 14.5.b.1)</p> <p>5.b2 Al 12/10/2015 32 aspiranti su 175 previsti</p> <p>n.86 RC Registrati</p> <p>n.6 Accreditati</p> <p>5.c1 (All. Verbale 2) all.14.5c1</p> <p>5.c2 (All. bacheca RCS)</p> <p>n. 1345 Cittadini informati, Invitati</p> <p>n. 520 Cittadini</p>



<p style="text-align: center;">6</p> <p style="text-align: center;">PIANO DI COMUNICAZIONE AZIENDALE SECONDO LE LINEE GUIDA REGIONALI (DA 02511/13)</p>	<p><u>15%</u></p>	<p>a) Realizzazione azioni PdC 2015</p> <p>b) Redazione PdC 2016 secondo Linee Guida regionali condiviso con il CCA</p> <p>c) Adozione Piano 2016</p>	<p>a) Azioni realizzate/azioni previste</p> <p>b) Predisposizione Piano 2016</p> <p>c) Delibera</p>	<p>b) $\geq 50\%$</p> <p>b) Sì entro il 31.10</p> <p>c) Sì entro il 31.12</p>	<p>6.a.a Comunicazione interna obiettivo 1. Report indagine conoscitiva (all 14.6.a1); Comunicazione esterna obiettivo 6: nuovi canali divulgativi (all 14.6.a2). Comunicazione interistituzionale: riunione con URP</p>
---	-------------------	---	---	--	--

CAPITOLO 14 - Rete Formativa, Comunicazione e Rete Civica

Interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2015	
<p>7</p> <p>INNOVAZIONE SITO WEB AZIENDALE</p>	<p><u>10%</u></p>	<p>IMPLEMENTARE I CONTENUTI DEL SITO</p> <p>TRADUZIONE IN LINGUA INGLESE DELLA HOME PAGE E DELLE PAGINE DI MAGGIORE INTERESSE ASSISTENZIALE</p>	<p>aggiornamento sezione amministrazione trasparente e comunicazione istituzionale</p> <p>presenza nella home page switch lingua del sito</p>	<p>>20% rispetto 2014</p> <p>SI/NO</p>	<p>7.a sezione amministrazione trasparente (All.14.7a) (all 14.7.a.1) e (all. 14 7.a.2) (all.14.7.a.3) in aggiornamento continuo (All.14.7 a.3 bis) 7.b Sì (all 14 7 b)</p>

M

<p style="text-align: center;">8</p> <p style="text-align: center;">MIGLIORAMENTO DELLA GESTIONE DEI RECLAMI ANCHE IN RIFERIMENTO ALL'UMANIZZAZIONE E DELL'ASSISTENZA (URP)</p>	10%	Avvio sperimentazione del software della gestione dei reclami	Caricamento di almeno 10% dei reclami simulati rispetto a quelli del 2014.	SI/NO	8.a Il software fornito dal DASOE per la sperimentazione attualmente non consente il caricamento di nuove segnalazioni. In corso la valutazione del sistema di codifica e la tipologia del software da adottare, da parte della rete dei referenti della comunicazione (vedi sopra intervento 14.4)
			Report analisi dati e funzionalità software	SI/NO	

CAPITOLO 15 - Partecipazione ai Programmi di Sviluppo e di Innovazione				
Situazione AS IS	I Nuclei di Progettazione Aziendale ed HTA stanno entrando nell'operatività. E' stato individuato e formato un operatore documentalista per l'utilizzo delle banche dati			
Situazione TO BE	E' stato realizzato evento formativo sui temi dell'accesso ai fondi europei tramite progetti sanitari. Miglioramento nella operatività del Nucleo HTA e ridefinizione del Nucleo di Progettazione in applicazione della direttiva assessoriale sulla istituzione del SIRS. Utilizzo sistematico dell'operatore documentalista a supporto delle attività del Nucleo Aziendale HTA			
Punteggio del Capitolo: 3				
Interventi previsti	peso % (for 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi indicatore di risultato	Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015

<p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">COSTITUZIONE ED AVVIO DEL SERVIZIO DI INTERNAZIONALIZZAZ IONE E RICERCA SANITARIA (SIRS)</p>	<p>35%</p>	<p>7) Servizio di internazionalizzazione e ricerca sanitaria (SIRS) in attuazione della direttiva assessoriale prot.n.15730 del 23.02.2015</p> <p>8) Divulgazione dei Bandi e gli Avvisi tra gli Operatori Sanitari</p> <p>9) Partecipazione agli incontri formativi/informativi regionali-DASOE</p> <p>10) Organizzazione eventi sulla ricerca e progettazione</p>	<p>Deliberazione aziendale di costituzione del SIRS</p> <p>pubblicazione dei bandi e degli avvisi sul sito web. creazione di area dedicata</p> <p>partecipanti/ n. incontri regionali organizzati</p> <p>organizzazione seminari/corsi</p>	<p>SI/NO</p> <p>avvisi e bandi online (> 80%)</p> <p>Almeno 80%</p> <p>Almeno 1 evento</p>	<p>1.a SI: Deliberata l'istituzione del SIRS del. 1464 del 29/09/15 (all. 15.1.g) Pubblicazione avviso per il reclutamento delle due unità da destinare al SIRIS (all. 15.1.a.1)</p> <p>1.b on line(all. 15.1b)</p> <p>1C 4 operatori/1evento a Palermo 3 operatori/1evento a Catania Tutto il gruppo di lavoro/1 evento ad Agrigento</p> <p>1D Evento svolto in data 14/04/2015</p>
--	-------------------	--	---	---	--

20

CAPITOLO 15 - Partecipazione ai Programmi di Sviluppo e di Innovazione

Interventi previsti	peso % (sì, 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			Indicatore di risultato		
<p style="text-align: center;">2</p> <p>MESSA A REGIME NUCLEO HTA E PARTECIPAZION E ALLA RETE REGIONALE HTA</p>	<u>25%</u>	<ul style="list-style-type: none"> - ° Fase di proseguo della sperimentazione ed avvio della fase regime - Partecipazione agli incontri / corsi formativi per la Rete regionale HTA - Diffusione metodologia HTA 	<ul style="list-style-type: none"> 4. Concreta operatività del nodo HTA aziendali con inizio lavoro di reportistica su tecnologie richieste 5. partecipazione coerente con le comunicazioni regionali 6. Sezione web dedicata HTA su sito aziendale Organizzazione HTA Day Aziendale Popolamento/aggiornamento sulla piattaforma <i>dropbox</i> a supporto della Rete regionale HTA 	<ul style="list-style-type: none"> 11. Valutazione di almeno 6 tecnologie richieste (mini HTA, rapid HTA, etc.) 12. SI 13. Evidenza pubblicazione pagine web; n.1 evento n.14 Inserimenti (n.12 x avvio e conclusione delle valutazioni e n.2 x Programma e Resoconto lavori dell'HTA Day) 	<p>2A nessuna richiesta pervenuta</p> <p>2B 2 partecipanti/ n. 1 corso regionale di tre giorni dal 11 al 13 marzo 2015 al CEFPAS per la formazione del Documentalista</p> <p>2C.a presenti pagine dedicate su Sito web aziendale, sezione dipendenti (all. 15.2C.g)</p> <p>2C.b b Svolto in data 30/11/2015 (all. 15.2C.b)</p> <p>2C.c n.1 inserimento di avvio e nessun'altra richiesta di valutazione.</p>

M

CAPITOLO 15 - Partecipazione ai Programmi di Sviluppo e di Innovazione

interventi previsti	Peso % (art. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato Avanzamento Lavori al 31/12/2015
			Indicatore di risultato	valore obiettivo al 31.12.2015	
3 IMPLEMENTAZIONE UTILIZZO BANCHE DATI E METODOLOGIA DELLA RICERCA	20%	4) realizzazione di un corso di formazione su utilizzo banche dati	4) corso utilizzo banche dati	3A e 3B attestati di partecipazione dei discenti ai due corsi realizzati 100%	3A e 3B Evento svolto il 24-25-26 giugno 2015 (all. 15.3.a/b) 3C Inserimenti nel database regionale: n. 394 (dr. Ciccarello) all. 15.3.c.1 e n. 305 (dr. Carroccio) all. 15.3.c.2
		5) realizzazione di un corso di formazione su metodologia della ricerca	5) corso metodologia della ricerca		
		6) Invio dei dati di rilevazione delle attività di ricerca, promossa dal DASOE in attuazione art.2, comma 1lett.d) LR n.7/2014	6) numero di progetti inseriti/numero progetti finanziati		
4 PARTECIPAZIONE AI NETWORK DI TELEMEDICINA	20%	4) °Adozione e implementazione atto di indirizzo aziendale (Direttiva n° 95822 del 20.12.2013)	4) Atto di indirizzo aziendale adottato	4A Delibera/nota aziendale per obbligo utilizzo e invio CHECK LIST 4A n.CHECK LIST inviate = n. progetti di telemedicina attivi 4B >= 90% 4B =40% 4C almeno il 90%	4A Check list progetto SETT P.O. Canicatti (all. 15.4) 4A Check list progetto TELETAC P.O. Agrigento (all.15.4 bis) 4B Allegati teleconsulti P.O. Sciacca- P.O. Canicatti- P.O. Licata- P.O. Agrigento All.15.4.1 All.15.4.1 bis All. 15.4.2 All. 15.4.3 All. 15.4.4 4B Attività SETT Canicatti 2013-14-15: <u>(All.15.4.5)</u>
		5) Utilizzo sistemi di teleconsulto già operativi (TELETAC e SETT)	5) Utilizzo Check list progetti di telemedicina n. richieste di teleconsulto compilate correttamente su TELETAC / totale richieste Incremento delle attività di consulenza di second opinion (SETT) rispetto al 2013		
		6) Partecipazione alle attività di implementazione della rete regionale TELENEURES	6) n. incontri partecipati/ n. riunioni regionali		

			organizzate		4B Attività SETT Licata 2013-14-15: <u>(All.15.4.6)</u> 4C Partecipazione agli eventi regionale è pari al 100% (<u>Allegato attestato di partecipazione Teleneures</u>)
--	--	--	-------------	--	--

- IL PIANO DELLA PERFORMANCE 2015 - 2017 E GLI OBIETTIVI OPERATIVI

Nello sviluppo del Piano della Performance 2015 - 2017 l'Azienda si è ispirata al sistema di gestione della *performance secondo a quanto previsto dal* d.lgs. 150/09 e dal DA 1821 del 26.09.2011.

Il piano è stato oggetto di attento esame da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione, esso ha costituito il presupposto per la predisposizione della presente relazione annuale sulla performance.

Le finalità del piano, in particolare:

- esplicitazione degli obiettivi, degli indicatori e dei *target* da raggiungere in coerenza con le risorse assegnate
- definizione degli elementi fondamentali che costituiranno la base per la misurazione, la valutazione e la

rendicontazione della *performance* (obiettivi, indicatori e *target*).

- evidenziazione di tutti i passaggi logici idonei a garantire "*la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance*" secondo quanto espressamente previsto ai sensi dell'articolo 10, comma 1, del d.lgs. 150/09.

Ju

Inoltre, stante la necessità di prevedere un sistema dinamico di progressivo miglioramento del sistema nel suo complesso, il piano ha previsto una logica di miglioramento continuo del sistema, nonché coinvolgimento dell'Organismo Indipendente di Valutazione nella verifica sul funzionamento del sistema nel suo complesso e nell'individuazione delle modifiche da apportare allo stesso.

Relativamente gli obiettivi previsti nel piano essi seguendo le indicazioni metodologiche della CiVIT sono così caratterizzati:

- a) rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- b) specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- c) tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- d) riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno, anche se questa caratteristica si riferisce agli obiettivi operativi e va dunque riferita all'attività da realizzare nell'anno;
- e) commisurati ai valori di riferimento derivanti da *standard* definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- f) confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- g) correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

In sintesi il Piano ha esplicitato il "legame" che sussiste tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità, le strategie, gli obiettivi e gli indicatori dell'amministrazione. Ossia il contributo che l'amministrazione (nel suo complesso nonché nelle unità organizzative e negli individui di cui si compone) ha apportato attraverso la propria azione alla soddisfazione dei bisogni della collettività.

Il Piano, inoltre ha individuato:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;

- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

OBIETTIVI INDIVIDUALI

Gli obiettivi individuali per l'anno 2015, la cui tecnica di individuazione e delega è stata descritta nel Piano della performance, hanno costituito la prosecuzione logica di quanto già avviato nell'anno 2014.

L'individuazione di essi è stata perseguita grazie la fattiva collaborazione del personale dirigente inquadrato all'interno delle diverse strutture aziendali tanto sanitarie quanto amministrative, sia all'interno delle strutture ospedaliere sia nell'ambito dell'area territoriale. A tal fine, gli obiettivi della Direzione derivanti dal mandato istituzionale e dalle indicazioni espressamente fornite in sede assessoriale con il Piani Attuativi Aziendali (PAA) sono stati oggetto di espressa evidenziazione a tutti i dirigenti apicali ed hanno costituito il presupposto per le successive fasi di delega a tutto il personale dirigente e dipendente.

La programmazione e le azioni già realizzate sono state finalizzate a migliorare ulteriormente qualitativamente e quantitativamente i livelli essenziali di assistenza facendo sì che l'erogazione degli stessi sia risultata efficace ed appropriata e quanto più possibile omogenea su tutto il territorio provinciale, anche ai fini del raggiungimento dell'equilibrio economico.

Anche per l'anno 2015, per la stesura e la presentazioni dei piani operativi, si è fatto riferimento al piano di realizzazione della performance, all'interno del quale sono stati previsti i seguenti passaggi logici fondamentali:

- I Direttori delle UU.OO.C.C., sia dell'Area Ospedaliera (PP.OO.) che dell'Area Territoriale (Distretti Sanitari di Base, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimenti di Prevenzione, Area Gestione del Farmaco, Area Assistenza Sanitaria di Base, Area Amministrativa), con riferimento agli obiettivi, sia generali che specifici attinenti la propria area, hanno coinvolto, tanto nella fase di elaborazione degli obiettivi che in quella di attuazione, tutti i responsabili delle unità operative

semplici afferenti alla stessa struttura complessa nonché tutto il personale in servizio sia della dirigenza che del comparto.

- I responsabili delle restanti articolazioni più complesse (Direttori delle Aree Amministrative, Direttori di Distretto Sanitario, Responsabile dell'Area Assistenza Sanitaria di Base, Responsabile Gestione Area del farmaco e Responsabile dello Staff del Centro Direzionale nonché i direttori delle aree amministrative) hanno predisposto i rispettivi Piani Operativi, secondo gli obiettivi generali e specifici di propria competenza.
- I piani di lavoro potevano prevedere, oltre gli obiettivi individuati, anche obiettivi propri aggiuntivi che ciascuna unità operativa intendeva realizzare nel corso dell'anno 2015 e ciò, comunque, dopo aver verificato la loro compatibilità con gli obiettivi generali dell'Azienda, con i vincoli di bilancio nonché le risorse umane e strumentali disponibili. Nei medesimi piani di lavoro dovevano anche essere esplicitate le iniziative che si intendevano avviare per il raggiungimento degli obiettivi specifici di ciascuna unità operativa nel rispetto dei programmi e degli obiettivi generali dell'Azienda, nonché tenuto conto di quanto stabilito dal regolamento aziendale sul sistema premiante.
- La Direzione Generale, ha predisposto le schede di budget, ha negoziato gli obiettivi, indicatori e relativi valori nonché il peso % assegnato a ciascun indicatore (in funzione della rilevanza strategica degli obiettivi medesimi e tenuto conto anche delle risorse disponibili).
- Ciascun responsabile di U.O.C. ha avuto la competenza e la responsabilità di porre le basi per la verifica sul grado di partecipazione dei dipendenti, afferenti alla medesima U.O. sia della dirigenza che del comparto, al conseguimento degli obiettivi negoziati, ponendo in essere tutti gli adempimenti propedeutici all'applicazione dei sistemi di valutazione e verifica, anche ai fini del salario di risultato;
- I Piani Operativi, sia in forma cartacea che per posta elettronica, sono pervenuti alla Direzione Aziendale tramite la U.O. Pianificazione Programmazione Controllo Strategico e Controllo di Gestione.
- A consuntivo la Direzione Generale, attraverso gli organi a tale procedura delegati, procede alla verifica dei risultati raggiunti sia per la valutazione che per l'erogazione della retribuzione di risultato. Tale verifica si è basata sulla

regolamentazione interna di vari istituti contrattuali per la quale è prevista la rimodulazione in corso d'anno anche in ossequio a quanto disposto dalla L.R. 5 del 2009;

- La valutazione della performance, sulla base di espressa disposizione assessoriale, è stata misurata sia con riferimento alla struttura di appartenenza dei singoli operatori (performance organizzativa) sia il contributo reso dai singoli operatori.

Infine nella redazione del piano 2015-2017, sono stati privilegiati obiettivi chiari, la cui formula di calcolo facile e comprensibile al pari delle unità di misura e la cui fonte sia facilmente individuabile.

- RISORSE ECONOMICHE

Questa sezione della relazione è dedicata al ciclo di bilancio, ovvero alle informazioni di carattere economico-finanziario. Il Principale documento di riferimento è costituito dal bilancio consuntivo e dalla relazione a consuntivo che descrive l'andamento della gestione.

L'andamento della spesa del personale ha registrato nel corso del 2015 ha registrato un decremento, in modo consistente rispetto al costo del personale a tempo determinato, si riporta un quadro riepilogativo dettagliato di tale costo distintamente per ruolo: sanitario/professionale/tecnico/amministrativo, categoria Dirigenza/Comparto, tipo di rapporto tempo determinato/indeterminato, in dettaglio:



COSTO DEL PERSONALE ANNO 2015

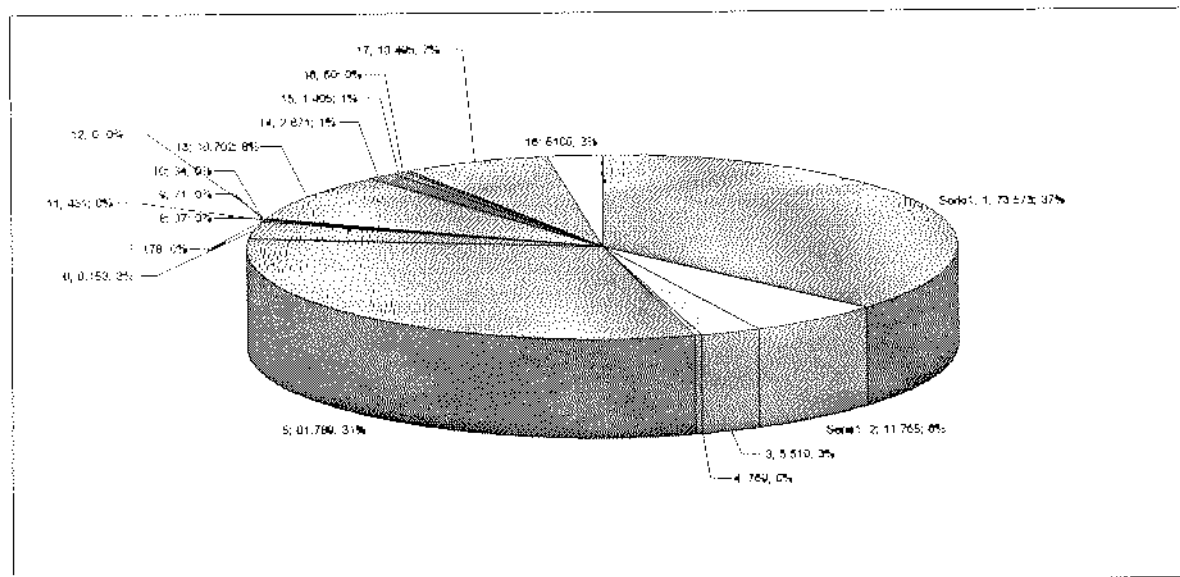
COSTO DEL PERSONALE ANNO 2015 (dati in migliaia di euro)	2015
Totale Costo del personale	193.781
Personale del ruolo sanitario	156.118
Costo del personale dirigente ruolo sanitario	89.673
Costo del personale dirigente medico	83.967
Costo del personale dirigente medico - tempo indeterminato	73.551
Costo del personale dirigente medico - tempo determinato	10.416
Costo del personale dirigente medico - altro	-
Costo del personale dirigente non medico	5.706
Costo del personale dirigente non medico - tempo indeterminato	5.259
Costo del personale dirigente non medico - tempo determinato	447
Costo del personale dirigente non medico - altro	-
Costo del personale comparto ruolo sanitario	66.445
Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato	60.938
Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato	

	5.436
Costo del personale comparto ruolo sanitario - altro	71
Personale del ruolo professionale	335
Costo del personale dirigente ruolo professionale	266
Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo indeterminato	261
Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo determinato	5
Costo del personale dirigente ruolo professionale - altro	-
Costo del personale comparto ruolo professionale	69
Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo indeterminato	69
Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo determinato	-
Costo del personale comparto ruolo professionale - altro	-
Personale del ruolo tecnico	18.114
Costo del personale dirigente ruolo tecnico	372
Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato	372
Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo determinato	-
Costo del personale dirigente ruolo tecnico - altro	-
Costo del personale comparto ruolo tecnico	

	17.742
Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato	16.389
Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato	528
Costo del personale comparto ruolo tecnico - altro	825
Personale del ruolo amministrativo	19.214
Costo del personale dirigente ruolo amministrativo	1.530
Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo indeterminato	1.452
Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo determinato	78
Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - altro	-
Costo del personale comparto ruolo amministrativo	17.684
Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo indeterminato	13.579
Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo determinato	-
Costo del personale comparto ruolo amministrativo - altro	4.105

M

DISTRIBUZIONE COSTO DEL PERSONALE ANNO 2015



- PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE

L'esigenza di sviluppare un bilancio di genere nasce dalla considerazione che le politiche sanitarie pubbliche sono normalmente rivolte al cittadino inteso come un soggetto sociale "neutro". Una lettura differenziata tra donne e uomini delle conseguenze dell'operato di ogni azienda sanitaria pubblica fa risultare, invece, che i cittadini e le cittadine hanno necessità e bisogni di salute talmente differenti che se ignorati provocano una serie di disuguaglianze reali.

Il DA 1821 del 26 settembre 2011 prevedendo la redazione del bilancio di genere da parte delle aziende del SSR, ha inteso attuare la promozione delle pari opportunità come uno strumento importante per il miglioramento dell'efficienza organizzativa e della qualità dei servizi resi.

M

Il riferimento alle pari opportunità, contenuto sia tra i principi generali (art.1), sia nei successivi articoli (artt. 3, 8, 9, 13 e 14) del d.lgs. 150/2009, rappresenta un significativo elemento d'innovazione per le politiche di pari opportunità, ovvero uno strumento di tutela della condizione femminile.

Il decreto legislativo 150/2009, prevede in particolare tra gli ambiti sottoposti a misurazione e valutazione della performance organizzativa, il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità (art. 8, comma 1 lettera h del decreto legislativo 150/2009) indicati nel Piano della performance .

In riferimento, invece, alla misurazione e valutazione della performance individuale l'art. 9, terzo comma, dispone, al fine di assicurare un effettivo rispetto delle pari opportunità, che nella valutazione della performance individuale del personale non vanno considerati i periodi di congedo di maternità e parentale.

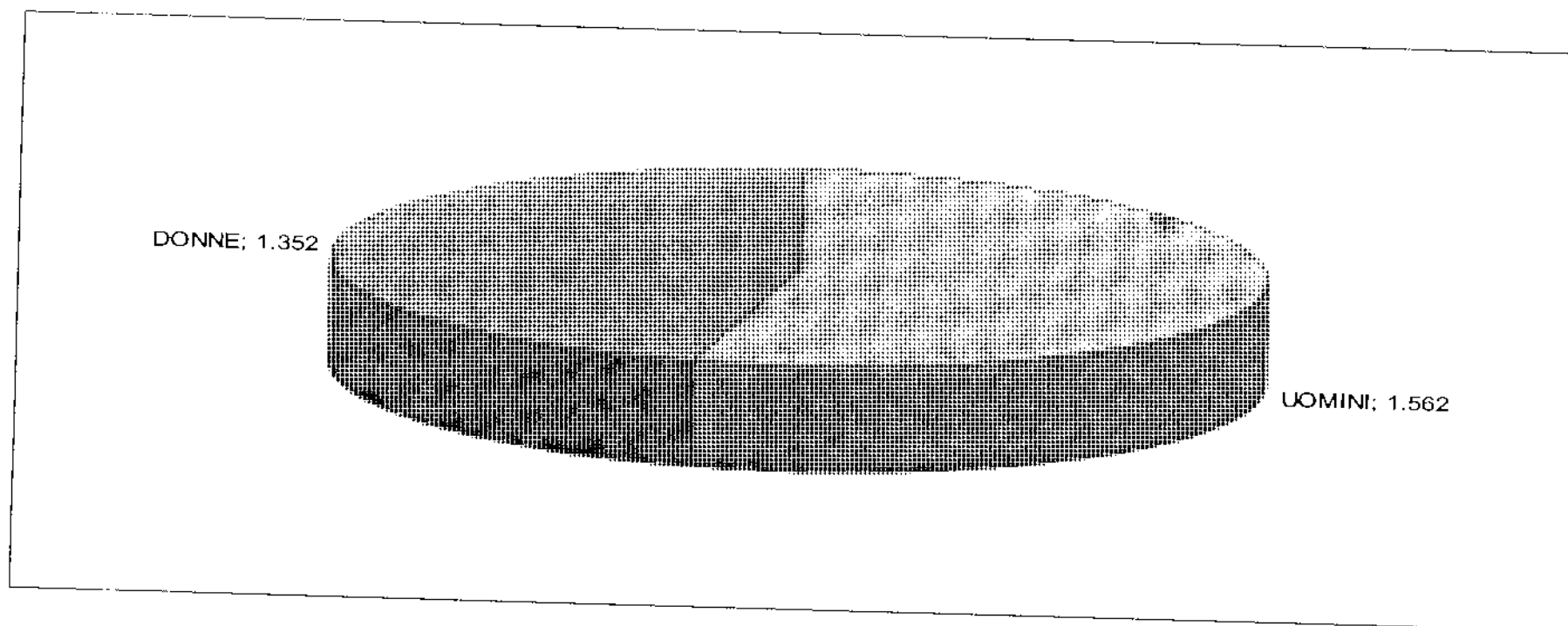
- ANALISI DEL PERSONALE DELL'AZIENDA PER GENERE

La rilevazione specifica di genere relativa al personale che lavora all'interno dell'ASP di Agrigento, è stata elaborata sui dati della consistenza organica anno 2015 dell'Azienda da un punto di vista non esclusivamente quantitativo, ma anche qualitativo, ovvero ponendo in evidenza la posizione professionale e la carriera delle donne, anche incrociando questi dati con la presenza femminile e maschile nelle diverse Aree contrattuali (Dirigenza - Comparto).

Questo tipo di rilevazione consente di calcolare il tasso di femminilizzazione dell'occupazione e il coefficiente di rappresentazione femminile, ovvero di porre in evidenza eventuali fenomeni di discriminazione per le donne che lavorano all'interno dell'Azienda.

Al 31/12/2015, il personale dipendente a tempo indeterminato dell'ASP di Agrigento risulta pari ammonta a 2.914 persone di cui il 46,39% donne (1.352) e il 53,60% uomini (1.562) con una suddivisione prettamente favorevole agli uomini.

 Grafico



Il personale dipendente a tempo indeterminato dell'ASP di Agrigento al 31/12/2015 distinto per Area: Dirigenza - Comparto risulta pari: dirigenza 762 unità comparto 2.152 unità.

La composizione di genere del personale dirigenziale risulta così distinta: uomini 510, donne 252, come rilevabile dai dati la dirigenza maschile risulta più dei due terzi di quella femminile in termini percentuali: uomini (67%) donne (30%).

Vediamo adesso alla diversa composizione di genere del personale dirigenziale rispetto ai ruoli quattro ruoli in cui viene distinto il personale del SSN:

- Dirigenti Ruolo sanitario: uomini 496 donne 244;
- Dirigenti Ruolo Professionale: uomini 1 donne 1;
- Dirigente Ruolo tecnico: uomini 4 donne 1;

- Dirigenti Ruolo Amministrativo: uomini 9 donne 6.

Mentre la composizione di genere del personale di comparto risulta così distinta: uomini 1.052, donne 1.110, come rilevabile dai dati a differenza del personale dirigenziale il personale del comparto ha una composizione percentuale di genere quasi uguale: uomini (48%) donne (52%).

Vediamo adesso alla diversa composizione di genere del personale del comparto rispetto ai ruoli quattro ruoli in cui viene distinto il personale del SSN:

- Comparto Ruolo sanitario: uomini 620 donne 718;
- Comparto Ruolo Professionale: uomini 2 donne 0;
- Comparto Ruolo tecnico: uomini 253 donne 201;
- Comparto Ruolo Amministrativo: uomini 177 donne 181.

Il tutto viene riassunto nella allegata tabella:

ASP AGRIGENTO PERSONALE AL 31/12/2015
DISTINTO PER PROFILO PROFESSIONALE E GENERE

Qualifica	Dati	Totale
A11030-COMMESSO - A	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	7
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	8
A12017-COADIUTORE AMM.VO - B	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	70
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	44
A13018-COADIUTORE AMM.VO ESPERTO - BS	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015	7

	UOMINI	
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	2
A14005-ASSISTENTE AMMINISTRATIVO - C	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	28
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	36
A16028-COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE - D	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	57
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	78
A18029-COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE ESPERTO - DS	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	8
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	13
AD0032-DIRIGENTE AMM.VO CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	3
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	3
AD0612-DIRIG. AMM.VO A T. DETERMINATO (ART. 15-SEPTIES DLGS.502/92)	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	1
AD0S31-DIRIGENTE AMM.VO CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	5
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	3
P16006-ASSISTENTE RELIGIOSO - D	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	2
PD0A09-AVVOCATO DIRIG. CON ALTRI INCAR.PROF.LI	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	1
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	1
S13052-OPER.RE PROF.LE DI II CAT.PERS. INFERM. BS	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	2
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	2
S14E52-OPER.RE PROF.LE DI II CAT.PERS. INFERM. ESPERTO-C	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	10
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	10
S16019-COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIABIL. - D	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	18

	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	25
S16020-COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFER. - D	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	481
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	614
S16021-COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. TEC. - D	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	59
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	36
S16022-COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV. - D	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	39
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	2
S18023-COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFER. ESPERTO - DS	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	9
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	24
S18920-COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. TEC. ESPERTO - DS	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	1
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	1
S18921-COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV. ESPERTO - DS	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	1
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	4
SD0035-DIRIGENTI MEDICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO)	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	295
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	166
SD0036-DIRIGENTI MEDICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. NON ESCL.)	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	38
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	12
SD0064-PSICOLOGI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. NON ESCL.)	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	1
SD0072-VETERINARI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. NON ESCL.)	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	2
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	10
SD0A15-CHIMICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO)	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015	1

	UOMINI	
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015	
	DONNE	1
SD0A38-FARMACISTI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO)	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015	
	UOMINI	2
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015	
	DONNE	2
SD0A41-FISICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO)	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015	
	UOMINI	1
SD0A48-ODONTOIATRI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO)	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015	
	UOMINI	1
SD0A65-PSICOLOGI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO)	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015	
	UOMINI	5
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015	
	DONNE	14
SD0A73-VETERINARI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO)	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015	
	UOMINI	33
SD0E16-CHIMICI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO)	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015	
	UOMINI	1
SD0E33-DIR. MEDICO CON INC. STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO)	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015	
	UOMINI	36
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015	
	DONNE	4
SD0E34-DIR. MEDICO CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. ESCLUSIVO)	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015	
	UOMINI	51
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015	
	DONNE	23
SD0E38-FARMACISTI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. ESCLUSIVO)	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015	
	UOMINI	1
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015	
	DONNE	4
SD0E39-FARMACISTI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO)	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015	
	UOMINI	1
SD0E65-PSICOLOGI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. ESCLUSIVO)	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015	
	UOMINI	4
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015	
	DONNE	7
SD0E73-VETERINARI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. ESCLUSIVO)	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015	
	UOMINI	10
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015	
	DONNE	1

SD0E74-VETERINARI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP.ESCLUSIVO)	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	4
SD0N33-DIR. MEDICO CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. NON ESCL.	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	5
SD0N34-DIR. MEDICO CON INCARICO STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. NON ESCL.	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	4
T11008-AUSILIARIO SPECIALIZZATO - A	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	32
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	19
T12057-OPERATORE TECNICO - B	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	76
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	59
T12058-OPERATORE TECNICO ADDETTO ALL'ASSISTENZA - B	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	7
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	10
T13059-OPERATORE TECNICO SPECIAL.TO - BS	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	29
T13660-OPERATORE SOCIO SANITARIO - BS	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	49
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	44
T14007-ASSISTENTE TECNICO - C	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	4
T14063-PROGRAM.RE - C	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	2
T14E59-OPERATORE TECNICO SPECIAL.TO ESPERTO - C	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	36
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	2
T16024-COLLAB.RE PROF.LE ASSISTENTE SOCIALE - D	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	6
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	63
T16026-COLLAB.RE TEC. - PROF.LE - D	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	11
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	2
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015	2

	DONNE	
T18027-COLLAB.RE TEC. - PROF.LE ESPERTO - DS	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	1
TD0611-SOCIOLOGO DIR. A T. DETERMINATO(ART.15-SEPTIES DLGS. 502/92)	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	1
TD0A67-SOCIOLOGO DIRIG. CON ALTRI INCAR.PROF.LI	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	2
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE	1
TD0S67-SOCIOLOGO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI	1
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 UOMINI totale	1562
	Somma di Totale Dip. al 31/12/2015 DONNE totale	1352

- IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Con D.A. 1821 del 26 settembre 2011, l'Assessorato Regionale per la Salute da alle Aziende sanitarie siciliane le linee di indirizzo in materia di verifica e di valutazione del personale dipendente del S.S.R..

Il decreto in argomento, nel rispetto decreto legislativo n. 150/09, stabilisce l'oggetto della misurazione e valutazione, ovvero: sia misurazione e valutazione della performance organizzativa, sia la misurazione e la valutazione della performance individuale, inoltre, individua le modalità ed i tempi del ciclo di gestione della performance il quale si articola nelle seguenti fasi:

Fase	Attività	Soggetti coinvolti
fase a	Definizione e assegnazione obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, previa negoziazione anche delle risorse umane, tecniche e finanziarie	- Direzione strategica aziendale - Programmazione e controllo di gestione - Politiche del personale
fase b	Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse	- Programmazione e controllo di gestione
fase c	1) Monitoraggio in corso di esercizio 2) Attivazione di eventuali interventi correttivi	1) Programmazione e controllo di gestione 2) Direzione strategica aziendale

fase d	Misurazione e valutazione annuale della performance individuale	- Il dirigente di struttura immediatamente sovraordinata, in prima istanza; - L' O.I.V. in seconda istanza
fase e	Misurazione e valutazione annuale delle unità organizzative	- L'O.I.V. per la misurazione e valutazione della performance con riferimento alle strutture (dipartimenti/coordinamenti/strutture complesse) secondo modalità conformi alle direttive impartite dalla commissione di cui all'articolo 13 del decreto legislativo n. 150/09
fase f	Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito	Settore personale
fase g	Rendicontazione dei risultati ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi	- Settore personale/U.O. politiche del personale - Comunicazione istituzionale - sito web - Struttura tecnica permanente

- L'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

Per la verifica della rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi impartiti, la Direzione Generale si avvale della collaborazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), che opera in posizione di autonomia.

L'Organismo Indipendente di Valutazione della performance dell'ASP di Agrigento di seguito OIV, è stato istituito con delibera n. 3060 del 04.05.2012, alla luce delle disposizioni assessoriali del citato D.A. del 26 settembre 2011, il quale stabilisce che le aziende nominano, l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) di cui all'art. 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in sostituzione del Nucleo di Valutazione.

L'OIV è composto da tre membri di cui uno interno e due esterni in possesso di requisiti di professionalità ed esperienza con comprovate competenze tecniche di valutazione e di controllo di gestione.

All'OIV sono state attribuite, le seguenti funzioni:

a) garantire la correttezza del processo di misurazione e valutazione annuale della performance di ciascuna struttura amministrativa nel suo complesso in relazione ai suoi processi;

b) valutare annualmente, in seconda istanza, i dirigenti in termini di risultati raggiunti in relazione agli obiettivi affidati, anche ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato, nonché il personale del comparto titolare di posizione organizzativa;

c) valutare annualmente, in seconda istanza, i risultati di gestione del dirigente di struttura complessa ed anche di struttura semplice.

L'O.I.V., inoltre, svolge funzioni di monitoraggio del funzionamento del Sistema complessivo della valutazione e della trasparenza, elaborando una relazione annuale sullo stato dello stesso.

Garantisce la correttezza dei processi di misurazione, valutazione e premialità, secondo le linee guida dettate in materia dalla commissione di cui all'art. 13 del decreto legislativo, ai sensi degli articoli 7, comma 3, e 13, comma 6, lett. b), d) ed e) dello stesso decreto, la cui corretta applicazione è rimessa alla sua vigilanza e responsabilità.

Supporta l'organo politico-amministrativo nella definizione degli obiettivi strategici, favorendone il coordinamento, e nella individuazione delle responsabilità per gli obiettivi medesimi.

Contribuisce, altresì, attraverso il Sistema di misurazione e valutazione, all'allineamento dei comportamenti del personale alla missione dell'organizzazione.

Rende noti al personale gli obiettivi di performance e cura la regolare comunicazione sullo stato di raggiungimento degli stessi.

- I REGOLAMENTI PER LA VALUTAZIONE

Per la verifica della rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e sanitaria e della gestione agli indirizzi impartiti, l'ASP ha adottato i seguenti regolamenti, in dettaglio:

- Deliberazione n. 1970 del 02.05.2013 ad Oggetto " Adozione regolamenti retribuzione di risultato della dirigenza - Verifica e Valutazione del personale dirigenziale area medica e veterinaria - Verifica e valutazione del personale dirigenziale area amministrativa, professionale, tecnica e sanitaria non medica" , si è dotata di tre distinti regolamenti, ovvero:

- Regolamento Retribuzione di risultato della Dirigenza;

- Regolamento Verifica e valutazione del personale dirigenziale area medica e veterinaria;
- Regolamento Verifica e valutazione del personale dirigenziale area amministrativa, professionale, tecnica e sanitaria non medica;
- Deliberazione n. 1883 del 30.04.2013 ad oggetto "Adozione regolamento erogazione della produttività collettiva" si è dotata del regolamento per l'erogazione della produttività collettiva del personale area comparto.

PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

Nel corso del 2015 il ciclo di gestione della performance è stato nel corso dell'anno implementato e monitorato.

In particolare, l'attività dell'OIV, supportato in modo fattivo dalla Struttura Tecnica Permanente, si è concentrata al fine di rendere più efficace l'organizzazione del ciclo, ovvero, dei compiti previsti in ogni singola fase.

Inoltre, l'OIV ha svolto nel corso del 2015 una funzione di controllo relativamente alla conformità, appropriatezza e affettività del ciclo di gestione della performance.

Infine le verifiche delle valutazioni 2015 da parte dell'OIV, non sono terminate poiché è cessato nel mese di giugno 2016, essi non appena completati saranno formalizzati su un successivo documento.

Infine risulta necessario evidenziare che il ciclo della gestione della performance 2015 ha risentito del mutevole assetto normativo regionale.

Ciò ha comportato una costante rivisitazione dell'assetto organizzativo aziendale e degli obiettivi strategici, condizionando in tal modo anche il Ciclo della Performance rispetto alla fase della assegnazione.

Per superare tale criticità, nel corso dell'anno, si è operato in modo congruente, tra i diversi assetti organizzativi e gestionali aziendali, cercando una prosecuzione coerente tra gli input gestionali operativi di cui al PAA.

