Regione Siciliana

Azienda Sanitaria Provinciale di

AGRIGENTO

DELIBERAZIONE COMMISSARIO N. 95 **DEL** 24 GEN. 2018

OGGETTO: AGGIORNAMENTO PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2018 - 2020

STRUTTURA PROPONENTE: UOS Pianificazione, Programmazione e Controllo Strategico

PROPOSTA N. 165 DEL 24-01-2018

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
Dr. Alfonso Scichilone

IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA
Dr. Filadelfio Adriano Craco

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:
( ) come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.

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

Il RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

IL DIRETTORE UOC SEF e P.

IL DIRETTORE S.E.F. E PATRIMONIO
(Dr. Antonino Fiorentino)

Ai sensi della L. n.241/90 e della L.R. n.10/91, il sottoscritto attesta la regolarità della procedura seguita e la legittimità del presente atto.

Il Responsabile della Struttura Proponente
Dr. Filadelfio Adriano Craco

Da notificare a: UOS PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO STRATEGICO e STRUTTURA TECNICA PERMANENTE

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA

L'anno DUEMILADICIOTTO il giorno VENTIQUATTRO del mese di GENNAIO nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

IL COMMISSARIO

Ing. Gervasio Venuti, nominato con decreto del Presidente della Regione Siciliana n.391/serv.1/S.G. del 01/08/2017, coadiuvato
dal Direttore Sanitario, dott. Silvio Lo Bosco, nominato con delibera n.37 del 31/08/2017
dal Direttore Amministrativo, dott. Francesco Paolo Tronca, nominato con delibera n. 63 del 13/09/2017
con l'assistenza del Segretario verbalizzante ~~IL TITOLARE DI POSIZIONE ORGANIZ.VA~~
UFFICIO DI SEGRETERIA, PROPOSTE
DI ATTI E ANUMA
Dott.ssa Patrizia Tedesco

- **Visto** il D.Lgs 502/92 e s.m.i. ;
- **Vista** la L. R. n. 5/2009;
- **Visto** l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 667 del 03/05/2017 ed approvato con D.A. n. 1082 del 30/05/2017, di cui si è preso atto con delibera n.816 del 09/06/17;

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 1821 del 26 settembre 2011, con il quale sono state approvate dalla regione siciliana le "Linee di indirizzo regionali in materia di verifica e di valutazione del personale dipendente del S.S.R.", finalizzate a recepire in ambito sanitario le disposizioni nazionali sulla misurazione e valutazione della performance secondo il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";

Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modifiche ed integrazioni, recante "Norma generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni";

Visto Il Piano triennale di Programmazione Sanitaria dell'Amministrazione, meglio individuato come Piano Attuativo Aziendale, documento che configura il contributo operativo/organizzativo dell'Amministrazione alle linee di intervento indicate dall' Amministrazione Regionale;

Rilevato l'obbligo annuale di ottemperare al punto a) del D.A. 01821/11 del 26.09.2011 nell'ambito del processo di valorizzazione del personale, che prevede che le Amministrazioni redigano, entro il 31 gennaio, l'aggiornamento annuale del Piano Triennale della Performance in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio individuando gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di periodo (annuale);

Vista la delibera n. _89__ del 24/01/2017 con la quale questa ASP ha adottato il Piano della Performance 2017 - 2019;

Vista la legge 6 novembre 2012, n. 190, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", che ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione;

Vista la nuova disciplina sulla trasparenza nelle pubbliche Amministrazioni di cui al d.lgs. 14 Marzo 2013, n.33 come modificato dal D.lgs. n. 97/2016, recante il " Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche Amministrazioni";

Visto il Decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 74, recante "Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, con il quale viene riordinata la disciplina in materia di misurazione della performance nelle pubbliche amministrazioni.

Dato atto che il presente provvedimento viene adottato su proposta del Dirigente Responsabile della Struttura proponente che si assume la responsabilità sulla legittimità e regolarità delle procedure poste in essere per l'adozione dello stesso, in quanto conformi alla normativa vigente attinente alla fattispecie di che trattasi;

Con il parere __FAVOREVOLE__ del Direttore Sanitario

Con il parere __FAVOREVOLE__ del Direttore Amministrativo

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa e che si intendono qui integralmente trascritte:

1. **Approvare** l'aggiornamento annuale del Piano Triennale della Performance 2018 – 2020 (allegato_1 - parte integrante e sostanziale del presente provvedimento);

2. **Riservarsi** di apportare eventuali variazioni durante l'esercizio, agli obiettivi annuali ed agli indicatori previsti nel Piano della Performance Triennale che si adotta, qualora le stesse si rendessero necessarie in aderenza alla nuova pianificazione regionale nonché in esito a sopravvenute esigenze aziendali;

3. **Stabilire** che il presente provvedimento sarà pubblicato sul sito istituzionale di questa Azienda: sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Performace" – "Piano della Performance";

4. **Trasmettere** copia del presente piano all''Organismo Indipendente di Valutazione e OIV, al Responsabile della trasparenza e della prevenzione della corruzione;

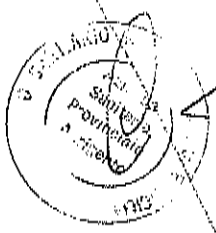
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Francesco Paolo Tronca

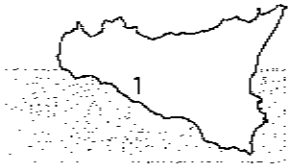
IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Silvio Lo Bosco

IL COMMISSARIO
Ing. Gervasio Venuti

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE

IL TITOLARE DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA
UFFICIO DI SEGRETERIA, PROPOSTE
DI ATTI E ANUMA
Dott.ssa Patrizia Tedesco





Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Piano Triennale della Performance

2018- 2020

Sommario:

IL PIANO DELLA PERFORMANCE

Finalità

Ogni anno, entro il 31 gennaio le amministrazioni pubbliche redigono e pubblicano sul sito istituzionale *il Piano della performance,* ovvero un documento programmatico triennale, con il quale l'organo di indirizzo politico-amministrativo individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi, definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché' gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;

Con il presente aggiornamento al Piano triennale della performance, questa Direzione prosegue l'attività di gestione ispirata al sistema di responsabilizzazione degli operatori mediante il ciclo di gestione della *performance* introdotto dall'articolo 4 del d.lgs. 150/09 e che ha trovato nella redazione dei piani della performance degli anni precedenti le prime applicazioni e le esperienze di verifica della performance da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (da ora in poi per semplicità denominato O.I.V.).

La struttura del presente documento è confermata derivando da precise direttive fornite dalla già Commissione indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (delibera n. 112/2010) sulle quali sono intervenute modifiche ad integrazione per direttive assessoriali in ambito regionale. Sono altresì confermate, nella stesura del presente documento, le finalità già introdotte con nei Piani anni precedenti e 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*" ;
- **Descrizione analitica ed esaustiva** del processo e delle modalità con cui si perviene alla formulazione degli obiettivi dell'amministrazione, alla verifica sugli stessi, ed alla eventuale gestione delle eventuali verifiche di seconda istanza. La descrizione delle procedure di cui all'ultimo punto è estrapolata da diversi atti regolamentari aziendali ed è stato inserito tra gli obiettivi dell'anno l'accorpamento di tutte le norme attinenti alla problematica della valutazione in un unico documento che funga da testo unico cui far riferimento in un'ottica di trasparenza e proceduralizzazione delle attività propedeutiche ad esprimere una valutazione;
- **Coinvolgimento dell'Organismo Indipendente di Valutazione** nella verifica/monitoraggio e funzionamento del sistema nel suo complesso e nell'individuazione delle modifiche da apportare allo stesso.

Tali attività sono orientate a garantire una verifica interna ed esterna della "qualità" del sistema di obiettivi o, più precisamente, del livello di coerenza con i requisiti metodologici che, secondo il decreto, deve caratterizzare sia gli obiettivi che la metodologia per l'assegnazione e la verifica, concomitante e susseguente, degli stessi. Sotto questo punto di vista il D.lgs

150/09 prevede all'articolo 5, comma 2, una serie di peculiarità che gli obiettivi devono possedere; in particolare gli stessi devono essere:

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) **Determinanti** nell'apportare 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.

Il Piano, unitamente al sistema di redazione e realizzazione dello stesso, dovrà consentire la verifica dell'effettivo rispetto di tali requisiti metodologici dal momento che, oltre a definire gli obiettivi, saranno esplicitati il metodo ed il processo attraverso i quali si è arrivati ad individuarli.

Il sistema di responsabilizzazione seguirà quello della negoziazione di budget, tenuto conto che gli obiettivi attribuiti possono essere soggetti ad una rivisitazione per integrare o rivedere quanto assegnato se perverranno indicazioni in materia da parte di organi sovraordinati.

Contenuti

Secondo quanto previsto il Piano individua:

- Gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
- Gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance organizzativa;
- Gli obiettivi organizzativi da assegnare al personale dirigenziale con incarico di struttura ed i relativi indicatori.

Tali contenuti, esplicitamente richiamati dall'articolo 10, comma 1 del d. Lgs. 150/09, sono integrati da una serie di informazioni che questa Amministrazione ha inteso fornire per meglio chiarire il contesto di riferimento. A tal fine saranno approfondite le tematiche inerenti la descrizione della "identità" dell'amministrazione e, cioè, di quegli elementi che consentono di identificare il mandato istituzionale, la Mission da realizzare quale ente che sta rivedendo la propria offerta assistenziale in funzione di indicazioni assessoriali che comportano delle profonde innovazioni all'attuale organizzazione.

Principi generali

I principi generali per il piano della performance sono qui analiticamente descritti.

Principio n.1: Trasparenza

Il piano sarà pubblicato, sul sito istituzionale aziendale nell'apposita sezione denominata «Amministrazione Trasparente».

Il presente piano rappresenta il documento cardine che ispirerà l'attività dell'Azienda ma, sempre al fine di garantire la massima trasparenza per tutti gli stakeholder ai quali tale documento si rivolge, gli strumenti di trasparenza di cui sopra

saranno estesi a tutte le eventuali modifiche che si renderanno necessarie o semplicemente opportune. Le stesse modifiche, del resto, appaiono del tutto probabili per le motivazioni che saranno approfondite con riferimento alla descrizione del contesto interno ed esterno in cui questa Azienda si trova ad operare. Tali considerazioni si basano sulle prescrizioni di cui al D.lgs. 14 marzo 2013, 33 modificato dal D.lgs. n. 97/2016 che contengono indicazioni sulla presentazione delle attività, sulla chiarezza delle stesse, sulle forme di pubblicità da utilizzare affinché tutti gli stakeholder di cui sopra possano risultare degli strumenti di trasparenza e coinvolgimento utilizzati.

Principio n. 2: Immediata intelligibilità

Il Piano risulta di dimensioni adeguate e facilmente comprensibile anche agli stakeholder esterni (utenti, fornitori, cittadinanza, associazioni di categoria, ecc.). A tal fine, sono inseriti gli approfondimenti tecnici ritenuti idonei a consentire una più puntuale verificabilità da parte di soggetti interni e di soggetti esterni qualificati.

Principio n. 3: Veridicità e verificabilità

I contenuti del Piano corrispondono alla realtà e per ogni indicatore si fa riferimento a dati, tracciabili, oggetto di trasmissione ufficiale alle competenti autorità regionali e non, il che garantisce la tracciabilità e la verificabilità dei dati stessi. Ai fini di una rappresentazione chiara sono utilizzati indici sanitari e non standardizzati di elevata diffusione e di immediata comprensibilità o sui quali, anche attraverso l'esame delle fonti, sono possibili approfondimenti, il tutto nell'ottica di una chiarezza da garantire a tutti i soggetti interessati.

Principio n. 4: Partecipazione

Il Piano è definito attraverso una partecipazione attiva del personale dirigente che, a sua volta, è stato chiamato a favorire il coinvolgimento del personale afferente alla propria struttura organizzativa. Il riferimento, naturalmente, è ovviamente tanto

agli operatori della dirigenza quanto a quelli del comparto, stante l'entità del contributo dagli stessi garantito per il raggiungimento delle performance ma anche per lo stretto legame intercorrente tra il ciclo di gestione della performance e la distribuzione delle risorse destinate al salario di risultato. Si favorirà altresì ogni forma possibile di interazione con gli stakeholder esterni per individuarne e considerarne le aspettative e le attese.

Principio n. 5: Coerenza interna ed esterna

I contenuti del Piano sono coerenti con il contesto di riferimento (coerenza esterna) e con gli strumenti e le risorse (umane, strumentali, finanziarie) disponibili (coerenza interna). Il rispetto di tale principio è considerato basilare per l'attuabilità del presente piano. L'analisi del contesto esterno garantisce la coerenza delle strategie ai bisogni e alle attese dei portatori di interesse. L'analisi del contesto interno rende coerenti le strategie, gli obiettivi e i piani operativi alle risorse strumentali, economiche ed umane disponibili.

Principio n. 6: Orizzonte pluriennale

L'arco temporale di riferimento del Piano è il triennio, anche in relazione a quanto previsto dalla programmazione sanitaria regionale con scomposizione in obiettivi annuali, secondo una logica di scorrimento. Nella definizione del Piano si è inoltre tenuto conto del collegamento e dell'integrazione con: il processo ed i documenti di programmazione economico-finanziaria e di bilancio, nonché stanti anche le raccomandazioni in tal senso pervenute dall'ANAC in tema di collegamento tra piano della performance Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. A tal proposito già a partire dallo scorso anno nel Piano sono stati inseriti tra gli obiettivi le misure di attuazione delle disposizioni del PTPCT.

Principio n. 7: La gradualità nell'adeguamento ai principi e il miglioramento continuo

L'amministrazione si adegua agli indirizzi proposti secondo una logica di gradualità e miglioramento continuo. Ogni criticità relativa all'attuazione di tali indirizzi sarà chiaramente riportata nel Piano, unitamente alla descrizione delle azioni e dei tempi per un pieno adeguamento.

Inoltre, l'Amministrazione nella definizione degli obiettivi, ha garantito la coerenza con i contenuti e i tempi previsti dai documenti di programmazione economico e finanziaria (bilancio di previsione), con la recente rideterminazione della dotazione assetto organizzativo aziendale approvato con D.A. n. 1082 del 30/05/2017 di approvazione dell'atto aziendale dell'ASP di Agrigento adottato con delibera n. 667 del 03/05/2017".

CHI SIAMO, COSA FACCIAMO COME OPERIAMO

In questa sezione sono illustrate, ai sensi di quanto previsto dalla delibera CIVIT n° 112/2010, le informazioni salienti sul mandato aziendale e sulle caratteristiche organizzativo/ gestionali al fine di rendere l'attività più trasparente per i suoi fruitori.

Chi siamo

L'Azienda Sanitaria di Agrigento è stata Istituita con la Legge regionale 14 aprile 2009 N. 5, è divenuta operativa a partire dal 1° settembre 2009. 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'ottimalizzazione 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 di Direzione;
c) il Collegio Sindacale;

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento si articola in:

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

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:

Dipartimenti Strutturali:

- Dipartimento di Prevenzione;
- Dipartimento di Prevenzione Veterinario;
- Dipartimento di Salute Mentale;
- Dipartimento Amministrativo.

- Dipartimenti Ospedalieri Distrettuali Strutturali:
  - Dipartimento Area di Medicina - Distretto Ospedaliero AG1;
  - Dipartimento Area di Chirurgia - Distretto Ospedaliero AG1;
  - Dipartimento Area di Medicina - Distretto Ospedaliero AG2;
  - Dipartimento Area di Chirurgia - Distretto Ospedaliero AG2;

- Dipartimenti Ospedalieri Interdistrettuali Strutturali:
  - Dipartimento dei Servizi Distretti Ospedalieri AG 1 e AG 2;
  - Dipartimento Emergenza Distretti Ospedalieri AG 1 e AG 2;
  - Dipartimento Cardiovascolare Distretti Ospedalieri AG 1 e AG 2;

- Dipartimenti Transmurali nel cui ambito rientrano strutture ospedaliere e territoriali:
  - Dipartimento del Farmaco;
  - Dipartimento delle Scienze Radiologiche;
  - Dipartimento Materno Infantile;
  - Dipartimento di Riabilitazione;
  - Dipartimento Oncologico.

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	*S.O. San Giovanni di Dio- Agrigento* *S.O. Barone Lombardo - Canicattì* *S.O. San Giacomo d'Alto Passo - Licata*
Distretto ospedaliero AG2	*Ospedali Riuniti:* *S.O. Papa Giovanni Paolo II - Sciacca* *S.O. Fratelli Parlapiano - Ribera*

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 sociale. Assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività conquelle 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.*
Distretto Sanitario di Canicattì:	*Camastra, Campobello di Licata, Canicattì, Castrofilippo, Grotte, Naro, Racalmuto, Ravanusa.*
Distretto Sanitario di Casteltermini:	*Cammarata, Casteltermini, San Giovanni Gemini.*
Distretto Sanitario di Licata:	*Licata, Palma di Montechiaro.*
Distretto Sanitario di Ribera:	*Burgio, Calamonaci, Cattolica Eraclea, Lucca Sicula, Montallegro, Ribera, Villafranca Sicula.*
Distretto Sanitario di Sciacca:	*Caltabellotta, Menfi, Montevago, Sambuca di Sicilia, Santa Margherita Belice, Sciacca.*

Cosa facciamo

L'ASP, in ragione della profonda trasformazione del Servizio Sanitario Regionale e sulla base di un costante monitoraggio dei bisogni sanitari e sull'analisi della domanda, è finalizzata ad assicurare alla popolazione del proprio territorio, l'erogazione delle prestazioni essenziali ed appropriate nel rispetto dei LEA, 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 risposte assistenziali.
L'A.S.P., quindi, ha il compito di "Garantire la salvaguardia della salute dei cittadini della provincia di Agrigento, sia individuale che collettiva, per consentire agli stessi la migliore qualità di vita possibile e ciò attraverso l'erogazione dell'assistenza secondo livelli fissati dalla Regione integrando gli stessi con quanto concertato a livello territoriale con gli enti locali".
Ha, altresì, il compito di garantire la prevenzione e la riabilitazione e la sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro e di promuovere la salute dei lavoratori garantendo equità, solidarietà e riduzione delle disuguaglianze nella accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari.

Come operiamo

L'Azienda organizza il livello quali-quantitativo dei propri servizi sulla base di un costante monitoraggio dei bisogni sanitari degli utenti, ponendo particolare attenzione alle determinanti socio-economiche della salute e sviluppando un'azione capace di ridurre nel tempo le differenze che esse generano nello stato di salute della popolazione medesima.
Costituiscono elementi cardine della mission Aziendale:
- la promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della popolazione di riferimento;
- il monitoraggio dei bisogni sanitari del territorio al fine di definire il livello qualitativo e quantitativo dei propri servizi e modellare la propria attività a criteri di appropriatezza sia clinica che organizzativa definendo responsabilità in modo chiaro e condiviso;
- la riorganizzazione della rete di assistenza ospedaliera;

- l'integrazione tra ospedale e territorio e, conseguentemente, l'integrazione tra le diverse professionalità che operano nella azienda;
- la qualificazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale territoriale;
- il potenziamento delle attività di prevenzione;
- l'attivazione dei PTA, quale significativo elemento della riqualificazione dei servizi Distrettuali;
- la riduzione del rischio clinico attraverso interventi e programmi definiti;
- la gestione integrata delle attività socio-sanitarie attraverso la rete dei servizi socio-sanitari e di specifici percorsi aziendali per la presa in carico di patologie croniche.

Il modello organizzativo aziendale adottato tende ad una semplificazione in coerenza con l'obiettivo di razionalizzare e semplificare adempimenti e procedure evitando duplicazioni e sovrapposizioni e rendere l'organizzazione quanto più coerente alle specifiche finalità aziendali. A tal fine l'organizzazione è basata su Dipartimenti, volta ad assicurare una gestione integrata e coordinata delle attività svolte a livello territoriale dalle Direzioni distrettuali.

L'AMMINISTRAZIONE IN CIFRE

Di seguito si forniscono informazioni riguardo il numero dei dipendenti, le risorse finanziarie utilizzate dall'azienda per l'espletamento del proprio mandato istituzionale:

ASP AGRIGENTO Personale a tempo indeterminato - (Dati riepilogativi dell'ultimo triennio fonte conto annuale) -

	Personale a tempo indeterminato al 31.12 (Tab. 1)			Numero Mensilità / 12 (Tab. 12)			Spese per retribuzioni lorde (Tab. 12+13)		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
MEDICI	652,00	634,00	616,00	653,83	635,67	617,67	€ 51.518.852,00	€ 50.409.191,00	€ 48.700.726,00
VETERINARI	50,00	50,00	50,00	50,08	50,00	50,00	€ 4.090.119,00	€ 4.086.882,00	€ 4.091.704,00
ODONTOIATRI	1,00	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00	€ 82.793,00	€ 84.090,00	€ 84.412,00
DIRIG. SANITARI NON MEDICI	60,00	55,00	52,00	61,67	58,83	52,92	€ 4.143.581,00	€ 3.934.593,00	€ 3.450.874,00
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE INFERMIERISTICO	1.179,00	1.152,00	1.125,00	1,18	1.157,67	1.138,33	€ 37.576.516,00	€ 36.818.816,00	€ 36.540.309,00
PROFILI RUOLO SANITARIO -PERSONALE FUNZIONI RIABILITATIVE	101,00	97,00	92,00	97,08	97,50	91,83	€ 3.138.237,00	€ 3.059.448,00	€ 2.925.665,00
PROFILI RUOLO SANITARIO -PERSONALE TECNICO SANITARIO	42,00	42,00	37,00	42,00	42,00	38,83	€ 1.344.991,00	€ 1.386.840,00	€ 1.299.126,00
PROFILI RUOLO SANITARIO -PERSONALE VIGILANZA E ISPEZIONE	47,00	47,00	47,00	46,25	45,83	46,50	€ 1.333.148,00	€ 1.284.624,00	€ 1.317.772,00
DIR. RUOLO PROFESSIONALE	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,92	€ 129.466,00	€ 121.100,00	€ 109.259,00
PROFILI RUOLO PROFESSIONALE	2,00	2,00	2,00	2,08	2,00	2,00	€ 52.109,00	€ 49.575,00	€ 42.435,00
DIR. RUOLO TECNICO	5,00	5,00	4,00	5,00	5,00	4,08	€ 317.356,00	€ 288.048,00	€ 234.852,00
PROFILI RUOLO TECNICO	470,00	454,00	433,00	473,75	457,62	441,17	€ 12.375.447,00	€ 11.896.827,00	€ 11.588.789,00
DIR. RUOLO AMMINISTRATIVO	16,00	15,00	16,00	15,00	15,92	16,50	€ 1.105.829,00	€ 1.160.765,00	€ 1.201.345,00
PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO	375,00	358,00	350,00	374,92	362,08	353,00	€ 10.216.300,00	€ 9.974.817,00	€ 9.834.898,00

PERSONALE CONTRATTISTA	1,00	0,00	0,00	1,00	0,25	0,00	€ 28.650,00	€ 7.164,00	€ 0,00
TOTALI	3006	2917	2828	3.004,75	2.936	2.858,75	127675585	124901163	121760549
				Tabella 14			82947601	74202905	75301524
				Totale costo annuo del lavoro(Tab.12+13+14)			210623186	199104068	197062073

Personale a tempo indeterminato (Tab.1) - Spese medie pro-capite annue in euro

	Mensilità/12			Spese medie escluso arretrati a.p. (Tab. 12+13)			Spese medie per competenze fisse escluso arretrati a.p. (Tab.12)			Spese medie per competenze accessorie escluso arretrati a.p. (Tab.13)		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
MEDICI	653,83	635,67	617,67	78.690	79.192	78.507	48.157	48.195	47.745	30.533	30.997	30.762
VETERINARI	50,08	50	50	81.666	81.738	81.834	49.342	49.367	49.367	32.325	32.371	32.467
ODONTOIATRI	1	1	1	82.793	84.090	84.412	58.141	58.141	58.141	24.652	25.949	26.271
DIRIG. SANITARI NON MEDICI	61,67	58,83	52,92	65.784	65.831	64.104	45.649	45.366	44.648	20.134	20.465	19.456
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE	1.177	1.157,67	1.138,33	31.899	31.804	32.059	27.414	27.363	27.226	4.485	4.441	4.833
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE	97,08	97,5	91,83	32.325	31.286	31.858	27.027	26.568	26.445	5.299	4.718	5.413
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE	42	42	38,83	32.024	33.020	33.454	27.369	27.374	27.385	4.655	5.646	6.069
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE	46,25	45,83	46,5	28.648	28.028	28.339	27.039	26.994	26.880	1.609	1.034	1.460
DIR. RUOLO PROFESSIONALE	2	2	1,92	64.733	60.550	57.005	44.998	44.555	42.167	19.736	15.996	14.837
PROFILI RUOLO PROFESSIONALE	2,08	2	2	25.012	24.788	21.218	24.204	23.935	20.539	808	853	679
DIR. RUOLO TECNICO	5	5	4,08	63.471	57.610	57.515	44.704	44.245	44.284	18.767	13.364	13.231
PROFILI RUOLO TECNICO	473,75	457,62	441,17	26.108	25.997	26.189	22.298	22.263	22.161	3.811	3.734	4.028
DIR. RUOLO AMMINISTRATIVO	15	15,92	16,5	73.722	72.928	72.809	45.776	45.821	45.784	27.946	27.107	27.025
PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO	374,92	362,08	353	27.211	27.503	27.861	25.451	25.328	25.212	1.761	2.175	2.648
PERSONALE CONTRATTISTA	1	0,25	0	28.650	28.656	0	18.988	18.992	0	9.662	9.664	0
totali	**3.004,75**	**2.936,38**	**2.858,75**	**42.419**	**42.482**	**42.470**	**31.789**	**31.766**	**31.548**	**10.630**	**10.717**	**10.922**

La Vision aziendale: l'Albero della performance

La "Vision" Aziendale rappresenta la traduzione in azioni concrete della "mission" e si concretizza nell'individuazione degli adempimenti pratici da porre in essere per realizzare la mission stessa, mediante:

- integrazioni socio-sanitarie ed alleanze, sia all'interno che all'esterno dell'organizzazione, che consentano di avere un impatto sulla salute influendo sulle condizioni di vita, sulla distribuzione delle risorse e sulla tipologia dell'offerta attraverso la definizione degli assetti organizzativi, delle responsabilità, dell'impegno, dei risultati e dei conseguenti meccanismi di riconoscimento formale;
- il corretto uso delle risorse assegnate, perseguendo efficienza efficacia ed economicità organizzativa e gestionale perseguendo il miglioramento continuo della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sia sanitarie che gestionali.

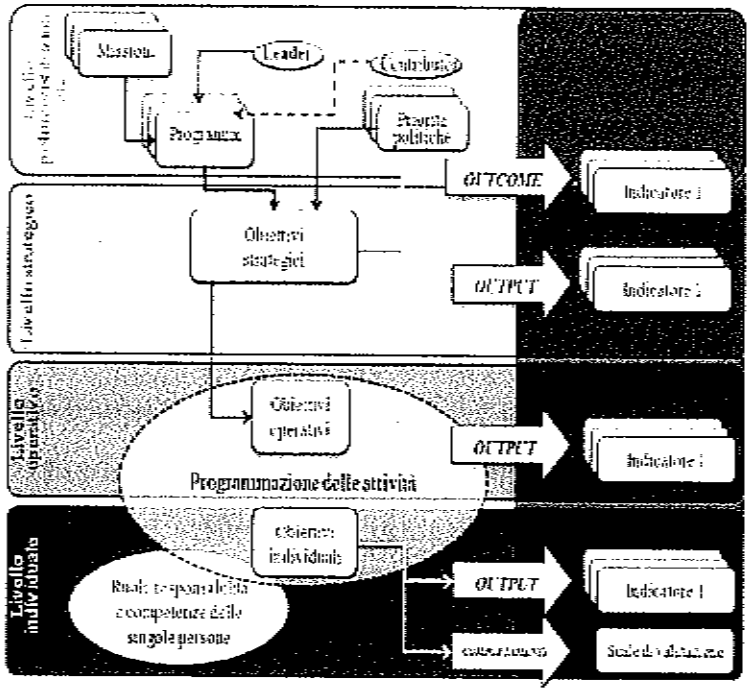
L'Azienda, inoltre, pone particolare attenzione alle risorse professionali disponibili, allo sviluppo del personale medesimo e al riorientamento delle professionalità verso contenuti tecnico-professionali di eccellenza; favorisce il coinvolgimento dei cittadini e verifica il gradimento dell'utenza per i servizi erogati garantendo al contempo tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie appropriati alle necessità di cura degli assistiti e comunque nel rispetto dei tempi massimi previsti da normative vigenti; assicura l'integrazione fisica e/o organizzativa-operativa dei servizi territoriali secondo quanto previsto dalle linee guida di riorganizzazione dell'attività territoriale ai sensi dell'art. 12 c.8 della L.R. 5/2009, attraverso l'operato nell'ambito dei Distretti Sanitari dei PPTTAA (Presidi Territoriali di Assistenza).

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda, nonché l'attività delle articolazioni organizzative aziendali, sono ispirati a principi di sussidiarietà solidale e complementarietà tra gli erogatori dei servizi nonché a criteri di:

- efficacia interna ed esterna, attraverso il soddisfacimento dei bisogni assistenziali dell'utenza;
- efficienza gestionale e comportamentale attraverso la gestione di una struttura organizzativa improntata a criteri di minimizzazione dei costi;
- efficacia, efficienza ed economicità tra prestazioni erogate e risorse impiegate;
- integrazione tra Distretto Ospedaliero - Distretto Sanitario - P.T.A.;

- pianificazione strategica, programmazione e controllo, individuando nel sistema di budget lo strumento fondamentale di gestione;
- professionalità, flessibilità e responsabilizzazione del personale;
- rapporti convenzionali in funzione delle effettive necessità aziendali;
- informatizzazione ed innovazione di tutti i processi amministrativi e sanitari;
- delega delle funzioni gestionali al direttore sanitario, al direttore amministrativo e ai dirigenti per assicurare, nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti di programmazione e pianificazione;
- sviluppo del "sistema qualità" dell'Azienda.
-

Figura 1: Collegamento tra dimensione organizzativa e individuale



L'ANALISI DEL CONTESTO INTERNO ED ESTERNO

Il piano della performance non costituisce una mera individuazione di obiettivi strategici ed operativi da realizzare ma prevede una stretta relazione con le risorse a disposizione per il raggiungimento degli stessi. Il D.Lgs. 150/09, infatti, non introduce tale logica ma conferma quanto già disciplinato in termini di responsabilizzazione, dal momento che qualunque contrattazione realizzata, a qualunque livello gerarchico avvenga, deve essere legata alla quantità e qualità di risorse messe a disposizione per la stessa. A tale principio non sfugge la programmazione all'interno del Sistema Sanità, in cui anzi è stato dimostrato come spesso la domanda abbia preso il sopravvento sulla pianificazione inducendo l'offerta o semplicemente determinando una distribuzione difforme tra i diversi tipi di assistenza rispetto a quanto ipotizzato al momento della distribuzione delle risorse. Tale circostanza, in un contesto di risorse limitate, ha determinato:

- la costante necessità di rivedere i sistemi di allocazione delle risorse tra i vari operatori – Aziende e articolazioni delle stesse – stante l'incapacità del sistema di pervenire attraverso meccanismi automatici ad un'allocazione ottimale delle risorse;
- il potenziamento della programmazione e dei sistemi di verifica sul raggiungimento degli obiettivi.

Per quanto sopra menzionato si è reso obbligatorio, anche per le aziende sanitarie, porre in essere stretti collegamenti tra programmazione sanitaria e documenti di bilancio, preventivi e consuntivi. A tal fine si prevede che, a regime, possano essere dettate discipline specifiche anche per uniformare la redazione dei documenti allegati al bilancio alla nota integrativa.

Tali modifiche, tuttavia, appaiono possibili solo a regime; ad oggi occorre sicuramente tener conto delle indicazioni fornite dalla già CIVIT, dall'ANAC e dal Dipartimento della Funzione Pubblica sul sempre più stretto legame che deve intercorrere tra programmazione e stesura dei documenti di programmazione.

Il bilancio preventivo, infatti, ancorché non siano stati ancora individuati i legami tra le poste di bilancio e le singole strutture, costituisce il punto di partenza dell'individuazione delle risorse a disposizione.

governo economico delle risorse umane, di rilevante importanza vista l'incidenza del costo del personale sul bilancio di tutte le Aziende Sanitarie, segue invece una logica di verifica diversa e per certi versi sicuramente più ampia di quella legata al calcolo del relativo costo.

E' infatti individuata in sede di contrattazione del budget l'entità di risorse umane a disposizione del responsabile di struttura complessa, nella consapevolezza che l'attribuzione di tali risorse non può essere più ampia dell'ammontare determinato sulla base della consistenza della massa finanziaria riconosciuta a questa azienda.

Punti di forza e debolezza interni, opportunità e minacce interne

Questa sezione vuole fornire indicazioni specifiche in tema di analisi SWOT, una metodologia pensata per affrontare i problemi basandosi su una matrice divisa in quattro campi dedicati rispettivamente a punti di forza e debolezza, alle opportunità e alle minacce.

Tale tecnica di lavoro impone una strategia di approccio ai problemi che deve necessariamente tenere conto di tutti i quattro fattori, impedendo di concentrarsi – anche inconsapevolmente – su un'unica prospettiva.

Sotto questo punto di vista, il Gruppo di Lavoro ha analizzato il contesto sanitario di riferimento approfondendo le tematiche inerenti le quattro prospettive di osservazione della griglia, calandoli sul caso concreto della ASP di Agrigento dal momento che anche la programmazione regionale è stata concepita con la stessa metodologia, così come si desume dall'individuazione di una serie di miglioramenti da apportare per rimuove carenze strutturali. Nello specifico, sono stati sinteticamente individuati i seguenti fattori:

- Punti di forza:Miglioramento del sistema sanitario regionale in grado, grazie alle modifiche apportate, di migliorare la tempistica nell'individuazione delle programmazioni aziendali e di garantire una distribuzione delle risorse più congrua in relazione alle attività rese;

- Implementazione di sistemi interaziendali di programmazione in grado di agevolare la rimozione delle sistematiche duplicazioni nell'offerta assistenziale e di garantire programmi integrati (es. programma di Bacino);
- Disponibilità in Azienda di professionalità da valorizzare e opportunità di riscrivere tutte le regole aziendali in termini meritocratici;
- Disponibilità di procedure interne unificate derivanti dall'accorpamento ed in gran parte già realizzate rispetto allo scorso anno;

- <u>Punti di debolezza:</u>
  - Carenze strutturali per rimuovere le quali non sono sufficienti interventi di ordinaria amministrazione bensì profonde innovazioni del sistema sanitario;
- <u>Opportunità:</u>
  - Possibilità di interagire con altre strutture in un'ottica di proficua collaborazione nell'ottica di migliorare il servizio;
  - Possibilità di percorrere sentieri di gestione del ciclo della performance realmente idonei a valorizzare le professionalità migliori con possibili ricadute positive sul clima in Azienda e, conseguentemente, sull'efficacia
- <u>Minacce:</u>
  - Possibilità che il mancato rispetto degli impegni a livello di bacino assunti da altre amministrazioni si traduca in uno scadimento quali-quantitativo dell'offerta assistenziale per l'utenza della provincia di Agrigento;

GLI OBIETTIVI DERIVANTI DALLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE E LINEE DI SVILUPPO DELLA GESTIONE AZIENDALE

Al fine di soddisfare una coerente logica programmatoria organizzativa e gestionale con la pianificazione regionale, la quale sta profondamente innovando il sistema regionale della salute in un contesto di minus-finanziario complessivo del sistema di welfare nello sviluppo del presente piano della performance sono state inserite nuove linee di intervento che hanno come determinanti:

* gli assetti organizzativi scaturenti dal nuovo piano di rimodulazione della rete ospedaliera;
* le previsioni della riforma dei Servizio Sanitario Regionale di cui alla L.R. n. 5/2009 e dei conseguenti e correlati provvedimenti attuativi;
* i vincoli derivanti dal rispetto degli obiettivi di finanza pubblica con riguardo al contenimento ed alla riduzione della spesa per il personale che assume - come riferimento - i tetti di cui al DA. 2322 del 16 novembre 2011;
* gli effetti delle misure di contenimento e riduzione della spesa per il personale previsti dal Piano Operativo di sviluppo e consolidamento (POCS) ;
* il raggiungimento/mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario aziendale;
* il Regolamento Ministeriale sugli standard dell'assistenza ospedaliera;
* il Decreto 16 marzo 2016 dell'Assessorato della Salute "Piano annuale controlli analitici 2016".

Il piano costituisce dunque uno strumento di governo aziendale delle risposte sanitarie anche all'attività programmatoria regionale ed è stato appositamente concepito in una serie di cronoprogrammi annuali da soddisfare allo sviluppo armonico del Piano Attuativo Aziendale.

Recepire quanto sopra e tradurre tali determinanti in obiettivi in un set di indicatori che rendicontino tutte le attività assistenziali rese (accountability), rappresenta uno *step* imprescindibile per l'Amministrazione. Né si può prescindere, in tale ottica, dalla necessità di inglobare nel contesto degli obiettivi da assegnare anche quelli attribuiti ai direttori generali che rientrano nel sistema di valutazione Age NaS.. Inoltre la promozione di medio periodo di importanti strumenti di valutazione quali l'Audit Civico, la Customer Satisfaction, il coinvolgimento del Comitato Consultivo Aziendale, costituiscono un indispensabile elemento di confronto finalizzato a migliorare in toto l'assistenza sanitaria.

LE MACRO AREE DI INTERVENTO E GLI OBIETTIVI STRATEGICI

Per meglio definire gli obiettivi strategici questa amministrazione nell'elaborazione del presente piano ha posto in essere una serie di adempimenti propedeutici volti ad individuare delle *Macro Aree di Intervento* aventi una prospettiva temporale triennale, sinteticamente riconducibili a:

- Analisi dell'organizzazione aziendale;
- Analisi del fabbisogno espresso dalla popolazione presente e/o residente;
- Coinvolgimento delle figure apicali nell'individuazione delle strutture da potenziare, creare e, se del caso, riconvertire o sopprimere;
- Analisi sulla attuale dotazione per struttura;
- Verifica sulla sostenibilità economica e sulla coerenza tra ipotesi eventualmente formulate in termini di riorganizzazione e contingenti minimi di personale presenti o in corso di acquisizione;
- Verifica sul possesso dei requisiti minimi all'interno delle strutture aziendali attualmente esistenti in termini di risorse umane per uniformarsi a parametri più restrittivi rispetto a quelli in essere al momento della fusione delle tre aziende;
- Individuazione di un nucleo di strutture e verifica sulle innovazioni da apportare, ex lege, sulla base di normative più recenti rispetto all'approvazione dell'atto aziendale ed eventuale nuova organizzazione derivante dalla rimodulazione della rete ospedaliera regionale.

Questa Direzione, consapevole delle complessità dei processi qui rappresentati, si è prefissata lo scopo di dare concreta applicazione al sistema di responsabilizzazione degli operatori, individuando una batteria di obiettivi e valori attesi i che saranno di seguito riportati nella quadro complessivo. Il processo di responsabilizzazione già avviato in questa azienda, del resto, è stato concepito nell'ottica di permettere modifiche ed integrazioni che si dovessero rendere necessarie o anche solo opportune e sulle quali sarà sempre garantita massima trasparenza.

GLI OBIETTIVI INDIVIDUATI E GLI INDICATORI

Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Gli obiettivi operativi per l'anno 2018, indicati nel presente piano costituiscono la prosecuzione logica di quanto già avviato negli anni precedenti. Nel corso dei primi mesi del 2018 si procederà alla negoziazione/assegnazione degli obiettivi. In questa fase si intende perseguire 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 nonché quelli del sistema di valutazione dei direttori generali , sono oggetto di espressa evidenziazione a tutti i dirigenti apicali e costituiscono il presupposto per le successive fasi di delega a tutto il personale dirigente e comparto.

La programmazione e le azioni già realizzate nonché quella da porre in essere dovranno consentire di migliorare ulteriormente qualitativamente e quantitativamente i livelli essenziali di assistenza facendo si che l'erogazione degli stessi sia efficace ed appropriata e quanto più possibile omogenea su tutto il territorio provinciale, anche ai fini del raggiungimento dell'equilibrio economico imposto dalla L.R. 5/09.

Nell'anno 2013 l'Azienda si è dotata di due regolamenti per la valutazione del personale delle Aree Comparto e Dirigenziale : delibera n° 1970 del 02/05/2013 "Regolamento retribuzione di risultato di dirigenza, verifiche e valutazione del personale dirigenziale" , delibera n ° 1883 del 30/04/2013 " Regolamento per l'erogazione della produttività collettiva -comparto" .

La stesura dei piani operativi fa riferimento al piano di realizzazione della performance, all'interno del quale sono evidenziati i seguenti passaggi logici fondamentali:

- Illustrazione preventiva degli obiettivi ai dirigenti apicali, negoziazione ed assegnazione del budget definitivo. La programmazione annuale con le Unità Operative Interne è operata mediante il processo di budget, strumento con cui le risorse umane, finanziarie e tecnologiche vengono allocate alle singole articolazioni, alle quali sono affidati gli obiettivi di attività da conseguire nel rispetto degli standard di qualità. Il valore di alcuni indicatori e obiettivi, stante le specificità caso per caso, sarà oggetto di analisi in sede di negoziazione del budget al fine di individuare valori congrui per la misurazione. La Direzione Generale, pertanto predisposte le schede di budget, negozierà 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).

- 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 Amministrativa), con riferimento agli obiettivi sopra individuati, sia generali che specifici attinenti la propria area, coinvolgeranno nella fase di attuazione degli obiettivi negoziati tutti i responsabili delle unità operative semplici afferenti alla struttura complessa nonché tutto il personale in servizio sia della dirigenza che del comparto. Sarà cura dei responsabili delle diverse articolazioni aziendali garantire gli adempimenti necessari i fini della verifica concomitante e susseguente degli obiettivi assegnati, illustrando obiettivi e criteri di valutazione e trasmettendo alla Direzione le informazioni necessarie per la

conoscenza di tutte le variabili, nello specifico verbali di assegnazione di obiettivi e di individuazione dei criteri e schede di valutazione preventive, oltre a tutte le altre informazioni che si dovessero rendere necessarie in corso di opera per informare tempestivamente la Direzione sull'andamento della gestione;

- I responsabili delle Unità Operative Complesse predisporranno e trasmetteranno i rispettivi Piani Operativi Preventivi, secondo gli obietti generali e specifici di propria competenza sia in forma cartacea che per posta elettronica, dovranno pervenire , entro giorni sette dalla sottoscrizione del budget, alla Direzione Aziendale tramite la U.O. Pianificazione Programmazione Controllo Strategico e Controllo di Gestione.
- I piani di lavoro Operativi Preventivi da presentare possono prevedere, oltre gli obiettivi individuati con la presente, anche obiettivi propri aggiuntivi che ciascuna unità operativa intende realizzare nel corso dell'anno 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 Operativi Preventivi devono anche essere esplicitate le iniziative che si intendono 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.
- A ciascun responsabile di U.O.C. compete 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;

- Monitoraggio degli Obiettivi: La U.O. Pianificazione Programmazione Controllo Strategico e Controllo di Gestione predisporrà il controllo concomitante degli obiettivi assegnati anche attraverso la raccolta dei dati di attività trimestrali resi dalle unità operative complesse. Gli obiettivi verranno controllati periodicamente, le UU OO CC trasmetteranno via mail i dati di attività corredati da report sintetico trimestrale attestante lo stato di attuazione degli obiettivi. Parallelamente verranno riprodotti, in modo sistematico, i dati sulle attività e sull'utilizzo delle risorse al fine di controllare la coerenza dell'andamento della gestione con gli obiettivi assegnati, ed adottare eventualmente azioni correttive. Sarà messa a regime la Contabilità Analitica per centri di Costo ed in tal senso opererà il Servizio Informatico allestendo per la U.O. Pianificazione, Programmazione Controllo Strategico e Controllo di Gestione un apposito cruscotto direzionale (Tableau du bord) finalizzato a monitorare pedissequamente le performance rese dalle macrostrutture. Il costante feedback operativo-gestionale prevedrà altresì anche specifiche convocazioni semestrali dei direttori di macrostruttura nel corso del 2018 (audit) al fine di valutare la congruenza tra gli obiettivi assegnati e il soddisfacimento degli stessi.
- A consuntivo la Direzione Generale, procederà alla verifica dei risultati raggiunti sia per la valutazione che per l'erogazione della retribuzione di risultato. Tale verifica si baserà 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, avrà ad oggetto sia i risultati rilevati con riferimento alla struttura di appartenenza dei singoli operatori (performance organizzativa) sia il contributo reso dai singoli operatori(performance individuale).

La delibera 112 della CIVIT individuava, per ciascun obiettivo, l'obbligo di prevederne una descrizione, la formula dell'indicatore, il valore storico, il valore di benchmark, il target per l'anno in corso e quello per i due successivi anni.

Tali obiettivi di chiarezza e trasparenza sono stati oggetto di ulteriore integrazione sulla base di espressa disciplina assessoriale che impone di evidenziare la tipologia di indicatori da utilizzare per le verifiche, corredando tale indicazione delle necessarie formule di calcolo.

Nella redazione del presente piano, si sono privilegiati obiettivi chiari, la cui formula di calcolo appaia facilmente comprensibile al pari delle unità di misura e la cui fonte sia facilmente individuabile. Il confronto con i dati storici e il valore di benchmark, tuttavia, risulta di difficile individuazione per due ordini di motivi: l'accorpamento in essere rischia di rendere la somma algebrica delle prestazioni rese dalle precedenti fuorviante. In tale ottica il presente piano costituisce la base di lavoro per le verifiche che sarà possibile realizzare in futuro. In riferimento al valore di Benchmark, la specificità sanitaria fa si che un valore di riferimento presso un'altra struttura possa, in relazione al contesto in cui la stessa è resa,

risultare non omogenea rispetto alla stessa attività all'interno della ASP. Per questa motivazione, stante l'obbligo previsto dalla L.R. 5/2009 di uniformare l'offerta assistenziale si ritiene opportuno rinviare il confronto con altre strutture al momento in cui saranno a disposizione dei sistemi informativi uniformi e un quadro chiaro dell'offerta assistenziale regionale.

Nell'individuazione degli obiettivi si fa riferimento all'articolazione aziendale così come derivante dall'atto aziendale approvato con deliberazione 1088 del 18/11/2010. La strutturazione è dunque rappresentata dalla figura seguente.

LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO PREVISTE PER IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Le azioni per il miglioramento previste sono connaturate al processo stesso, dal momento che la profonda revisione del sistema di responsabilizzazione degli operatori porrà una serie di problematiche che saranno progressivamente affrontate individuando soluzioni pratiche e fornendo utili spunti di riflessione oltre che una crescita professionale connaturata allo strumento del "*learning by doing*". A tale scopo questa Azienda si prefigge lo scopo di proceduralizzare il ciclo della performance collegando allo stesso tutte le altre procedure aziendali, porre le basi per un sistema di miglioramento continuo della procedura, ampliando sempre più le competenze e gli operatori del gruppo di lavoro individuato nella sezione precedente.

Il principio ispiratore di tutte le migliorie da apportare può tuttavia già essere individuato nella trasparenza che deve permeare ogni modifica da apportare al sistema, tanto che ci si riferisca alla programmazione da seguire, quanto che il riferimento sia alle procedure da utilizzare per garantire la prima.

Alcuni spunti di riflessione nascono infatti dalle criticità rilevata nel corso della stesura del Piano.

In particolare alcune esigenze sono state evidenziate all'interno della sezione dedicata all'illustrazione degli obiettivi ed ai correlativi indicatori in merito alla confrontabilità nel tempo e nello spazio e che costituiscono il primo intervento da apportare al ciclo della performance aziendale.

Ulteriori modifiche ed integrazioni deriveranno dalla individuazione delle risorse da porre in essere, nell'attivazione delle strutture cadenzate nel piano degli obiettivi e nella possibilità di disporre di risorse umane aggiuntive una volta poste in essere le procedure concorsuali.

Essendo tale sezione finalizzata alla descrizione delle procedure da rimodulare in itinere affinché la procedura del ciclo della performance possa migliorare la sua significatività e la sua attitudine a svolgere il ruolo di strumento di governo, di trasparenza e responsabilizzazione, si individuano le seguenti linee di attività da porre in essere per il miglioramento in oggetto:

- **Ulteriore verifica su tutti i regolamenti** posti in essere per controllarne la congruenza rispetto ai principi della performance ed alle modifiche al D.Lgs. 150/09 introdotti dal D.Lgs. n. 74/2017, anche attraverso il coinvolgimento dell'O.I.V.
- **Perfezionamento del Sistema di Valutazione** con un coinvolgimento diretto della Direzione Sanitaria e Amministrativa a monte della valutazione OIV al fine di verificare in una misura idonea a garantire il legame tra ciclo di gestione della performance e processo di budget.
- **Implementazione della Cultura della Performance** Formazione del personale aziendale in ambito di performance al fine di potenziare le conoscenze del valutato e del valutatore in una ottica di valorizzazione delle professionalità aziendali

Il gruppo di lavoro

La presente sezione è inserita in ossequio a quanto previsto dalla delibera 112 della CIVIT. All'interno della tabella sono indicati i nominativi dei soggetti che hanno partecipato in modo diretto all'elaborazione del Piano, con espressa indicazione del ruolo assunto dagli stessi nel processo di sviluppo.

Nominativo Componente	Ruolo assunto nel processo	Competenze	Posizione nella struttura	
			Interno	Esterno
Ing. Gervasio Venuti	Commissario	Individuazione strategia	X	
Dr. Silvio Lo Bosco	Direttore Sanitario	Responsabile area sanitaria Validazione sanitaria piano performance	X	
Dott. Francesco Paolo Tronca	Direttore Amministrativo	Responsabile area amministrativa Validazione amministrativa piano performance	X	
Dr Filadelfio Adriano Cracò	Dirigente Responsabile della UOS Pianificazione, Programmazione Controllo Strategico e Controllo di Gestione	Predisposizione obiettivi del piano della Performance	X	
Dr. Alfonso Scichilone	Struttura Tecnica permanente per la misurazione della performance	Supporto metodologico ed informativo per le fasi di stesura e verifica del piano della performance	X	

ASP AGRIGENTO - PIANO PERFORMANCE OBIETTIVI 2018 2019

-

1. Assistenza territoriale ed integrazione socio sanitaria

obiettivo strategico	obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Valore atteso 2018	Valore atteso 2019	valore atteso 2020
1.1 Presa in carico della cronicità	Contenimento ospedalizzazione per le patologie target e attivazione percorsi	aggiornamento del registro dei pazienti cronici delle patologie target per singolo distretto ed implementazione delle dimissioni facilitate	n. pz con dimissioni facilitate/n. pz con diagnosi patologia target >90%	n. pz con dimissioni facilitate/n. pz con diagnosi patologia target >90%	n. pz con dimissioni facilitate/n. pz con diagnosi patologia target >90%
		Applicazione Percorso BPCO ai sensi del Il Decreto 22Novembre 2016 di approvazione del documento di indirizzo regionale prevede il percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da BPCO	SI	SI	SI
		revisione delle attività assistenziali erogate in ADI e Cure Palliative-verifica documentale appropriatezza delle prestazioni	Si	Si	Si
		n. soggetti over 65-anni in cure domiciliari/popolazione over 65 anni	secondo direttive regionali	secondo direttive regionali	secondo direttive regionali

	Innalzamento quali-quantitativo del livello di cure domiciliari integrate	Indice di soddisfazione ADI (questionario regionale)	rispetto cronoprogramma	rispetto cronoprogramma	rispetto cronoprogramma
1.2 Potenziamento percorsi d'integrazione ospedale-territorio	Utilizzo capacità produttive del territorio-Hospice	tasso occupazione Hospice	aumento	aumento	aumento
		tasso occupazione PL SUAP	mantenimento	mantenimento	mantenimento
	Fluidità percorsi assistenziali	Tempestività di presa in carico del paziente da parte del territorio (RSA, Hospice, cure domiciliari) previa segnalazione dell'UVM: differenza tra data di presa in carico e data di segnalazione da parte dell'UU.OO. Ospedaliere	100% entro 4gg	100% entro 4gg	100% entro 4gg
		n. percorsi assistenziali per pazienti in età evolutiva e attivazione dei sistemi di monitoraggio (Disturbo specifico dell'apprendimento, diabete, obesità)	SI	SI	SI
	Disabilità e non autosufficienza	integrazione ASP-Comuni-promozioni dimissioni protette	audit congiunti tra operatori ASP e dei servizi sociali comunali.n.1 incontro per DSB	audit congiunti tra operatori ASP e dei servizi sociali comunali.n.1 incontro per DSB	audit congiunti tra operatori ASP e dei servizi sociali comunali.n.1 incontro per DSB
		Assistenza sanitaria alla popolazione immigrata: mantenimento del rispetto del DA 2183/2012	SI	SI	SI
1.3Liste di Attesa	Tempestività della risposta per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	Ex-ante: Sommatoria N. prestazioni richieste (da 1 a 43) * %di garanzia in classe B/Totale prestazioni prenotate in classe B	soglia di garanzia >=90%	soglia di garanzia >=90%	soglia di garanzia >=90%
		Ex ante: Sommatoria N. prestazioni richieste (da 1 a 43) * % di garanzia in classe D/Totale prestazioni prenotate in classe D	soglia di garanzia >=90%	soglia di garanzia >=90%	soglia di garanzia >=90%

		Ex post: Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B/totale di prestazioni di classe B.	soglia di garanzia >=50% e ciascuna delle 8 prestazioni >=50%	soglia di garanzia >=50% e ciascuna delle 8 prestazioni >=50%	soglia di garanzia >=50% e ciascuna delle 8 prestazioni >=50%
		Ex post: Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D/totale di prestazioni di Classe D.	soglia di garanzia >=50%	soglia di garanzia >=50%	soglia di garanzia >=50%
		Numero di prestazioni garantite entro i termini per otto prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici e RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica-Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologia)/totale prestazioni (classe B e classe D primo accesso)	soglia di garanzia >=50%	soglia di garanzia >=50%	soglia di garanzia >=50%
1.5 Screening	Screening oncologici (obiettivi di salute e funzionamento)	n. test eseguiti per tumore cervice uterina/popolazione target	>=50%- scala obiettivi agenas	>=50%- scala obiettivi agenas	>=50%- scala obiettivi agenas
		n. test eseguiti per tumore colon retto/popolazione target	>=50%- scala obiettivi agenas	>=50%- scala obiettivi agenas	>=50%- scala obiettivi agenas
		n. test eseguiti per tumore mammella/popolazione target	>=60% - scala obiettivi agenas	>=60% - scala obiettivi agenas	>=60% - scala obiettivi agenas
		Rispetto del valore previsto dal ministero della salute delle estensioni su tutti gli screening	secondo direttive ministeriali	secondo direttive ministeriali	secondo direttive ministeriali
1.6 Copertura vaccinale	implementazione copertura vaccinale	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano*	secondo direttive ministeriali	secondo direttive ministeriali	secondo direttive ministeriali

		Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini per ciclo base (polio, differite, tetano, epatite B,pertosse, Hib) *	secondo direttive ministeriali	secondo direttive ministeriali	secondo direttive ministeriali
		Copertura vaccinale a 24 mesi nei bambini per una dose di vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MPR)*	secondo direttive ministeriali	secondo direttive ministeriali	secondo direttive ministeriali

2. Appropriatezza organizzativa e Sicurezza

obiettivo strategico	obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Valore atteso 2018	Valore atteso 2019	valore atteso 2020
2.1 utilizzo appropriato risorse produttive	Sicurezza Sale Operatorie	utilizzo check list sale operatorie	>75%	>75%	>75%
		Utilizzo applicativo registro operatorio (ORMAWEB)	100%	100%	100%
	fluidità percorsi ospedalieri	Degenza Media per ricoveri acuti chirurgici (RO)	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
		Degenza Media per ricoveri acuti medici (RO)	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
	tempi di permanenza al PS	Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza al pronto soccorso <alle 6 ore	95%	95%	95%
		percentuale pazienti con permanenza pre-ricovero > 24 ore	0%	0%	0%

		Percentuale di pazienti dimessi verso una struttura ambulatoriale da PS	secondo indicatore Regionale	secondo indicatore Regionale	secondo indicatore Regionale
2.2 Efficacia Punti nascita	Miglioramento Sicurezza Punti nascita	PN senza UTIN: parti con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (modica e vittoria)	secondo direttiva regionale 2018	secondo direttiva regionale 2019	secondo direttiva regionale 2020
		PN senza UTIN: percentuale dei neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita (modica e vittoria)	< 8% oppure secondo direttiva regionale 2018	< 8% oppure secondo direttiva regionale 2018	< 8% oppure secondo direttiva regionale 2018
		PN con UTIN: numero neonati dimessi direttamente da TIN/totale pazienti ricoverati nella TIN	<5 %	% secondo direttiva regionale 2018	% secondo direttiva regionale 2018
		Elaborazione di un report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio	trimestrale	trimestrale	trimestrale
		Numero requisiti check list rispettati/totale requisiti da rispettare	100%	100%	100%
2.3 Sicurezza dei pazienti	Monitoraggio degli eventi sentinella e dei relativi piani di miglioramento	Corretto utilizzo della procedura di segnalazione e relativo monitoraggio - report	report secondo direttiva regionale	report secondo direttiva regionale	report secondo direttiva regionale
	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali o di organismi internazionali sulla qualità e sicurezza dei pazienti e relativa valutazione	check list di autovalutazione	Report monitoraggio su richiesta Agenas	Report monitoraggio su richiesta Agenas	Report monitoraggio su richiesta Agenas
	Programma regionale GTT	numero di casi inseriti nella piattaforma regionale GTT secondo il protocollo di rilevazione regionale	secondo indicatore Regionale	secondo indicatore Regionale	secondo indicatore Regionale

	Programma di monitoraggio sistematico dell'uso della checklist in Sala Operatoria	Corretto utilizzo della check list in sala operatoria e relativo monitoraggio	Report annuali	Report annuali	Report annuali
	Aderenza al programma regionale sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	aderenza alle indicazioni regionali	100%	100%	100%
	Sviluppo organizzativo del Percorso nascita	Implementazione degli standard del manuale Joint Commissione Agenas nei punti nascita aziendali	report secondo indicazioni regionali	report secondo indicazioni regionali	report secondo indicazioni regionali
2.4 Accreditamento	Rinnovo autorizzazione e Accreditamento delle strutture trasfusionali della rete regionale.	Mantenimenti di quanto previsto dai decreti regionali autorizzativi e di accreditamento per SIMT e UDR fisse e mobili	Mantenimento accreditamento. Verifica con esito positivo	Mantenimento accreditamento. Verifica con esito positivo	Mantenimento accreditamento. Verifica con esito positivo
2.5 Appropriatezza	Adempimenti regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	Rispetto degli adempimenti previsti	100% dei controlli previsti dell'anno 2017	100% dei controlli previsti dell'anno 2018	100% dei controlli previsti dell'anno 2019
2.6 Sicurezza nei luoghi di lavoro	Attuazione/aggiornamento piano emergenza	n. prove di evacuazione effettuate sui presidi aziendali/num. prove da effettuare	>=1per punto fisico	>=1 per punto fisico	>=1 per punto fisico

3. obiettivi di salute e funzionamento

OBIETTIVO STRATEGICO	obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Valore atteso 2018	Valore atteso 2019	valore atteso 2020
3.1 Ottimizzazione casistica	Complessità casistica	Peso Medio area medica (RO+DH)	Aumento del 5% rispetto al 2017	mantenimento	mantenimento
		Peso Medio area chirurgica	Aumento del 5% rispetto al 2017	mantenimento	mantenimento
		indice attività chirurgica	Aumento	Aumento	Aumento
3.2Efficacia area ortopedica	tempestività presa in carico paziente con frattura di femore ove r 65 anni	numero di fratture femore per over 65 operate entro le 48 h (differenza tra la data di intervento e quella di ingresso in PS)	90%	90%	90%
		Ottimizzare il tempo di permanenza in pronto soccorso rispetto al 2017	< 4 ore	< 4 ore	< 4 ore
		% pazienti con verticalizzazione entro le 48H	>30%	>30%	>30%
		%pazienti con mobilizzazione precoce entro le 48h	>20%	>20%	>20%
		%accesso in riabilitazione cod. 56 a 30 gg dalla dimissione pz >= 65 anni	>20% rispetto al 2017	>25% rispetto al 2017	>30% rispetto al 2017
		%accesso in riabilitazione cod. 56-60 a 30 gg dalla dimissione pz>=65 anni	>20% rispetto al 2017	>25% rispetto al 2017	>30% rispetto al 2017
		%accesso in riabilitazione cod. 60 a 30 gg dalla dimissione pz >=65 anni	>20% rispetto al 2017	>25% rispetto al 2017	>30% rispetto al 2017

3.3Efficacia area ostetrica	Riduzione ricorso taglio cesareo	parti cesarei su parti donne non precesarizzate (cesarei primari)/parti di donne con nessun pregresso cesareo	secondo direttiva regionale	secondo direttiva regionale	secondo direttiva regionale
3.4Efficacia area cardiologica	tempestività presa in carico paziente IMA STEMI	P.T.C.A. entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI (differenza tra la data di intervento e quello di ingresso in PS)/numero totali di IMA stemi	91%	91%	91%
		Proporzione di STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti	91%	91%	91%
	concentrazione della casistica	IMA NST: interventi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale (sede spoke: Vittoria e Modica)	100 per UOC	100 per UOC	100 per UOC
	Riduzione Mortalità	Mortalità a trenta giorni dal primo accesso per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA) tasso grezzo	<7%	<7%	<7%
		Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (tasso grezzo)	<=11%	<=11%	<=11%
3.5Efficacia area chirurgica	Miglioramento Appropriatezza organizzativa e fluidità processo	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg/numero totale di ricoveri con	97%	97%	97%
		incremento numero di colecistectomia laparoscopica	>10% rispetto al 2017	>10% rispetto al 2017	>10% rispetto al 2017
3.6 Donazioni organi	Incremento dell'attività di donazioni organi	Organizzazione dell'ufficio di coordinamento locale per i prelievi e trapianti di organi e tessuti	SI	SI	SI

		numero accertamenti di morte con metodo neurologico non inferiore al 30% dei decessi per grave neurolesione registrati presso le terapie intensive	Valore obiettivo 100% del valore minimo	Valore obiettivo 100% del valore minimo	Valore obiettivo 100% del valore minimo
		numero di donatori procurati , definiti come soggetti per i quali sia stato completato il processo di accertamento di morte con metodo neurologico e sia stato firmato dagli aventi titolo il modulo di non opposizione	Valore obiettivo 100% del valore minimo	Valore obiettivo 100% del valore minimo	Valore obiettivo 100% del valore minimo
		numero di cornee prelevate non inferiore al 5% dei decessi registrati di soggetti che rientrino nei parametri di idoneità alla donazione delle cornee, per come definiti dal CRT	Valore obiettivo 100% del valore minimo	Valore obiettivo 100% del valore minimo	Valore obiettivo 100% del valore minimo
		Organizzazione in ambito aziendale di un evento formativo per gli operatori sanitari coinvolti nel processo di procurement di organi e tessuti	SI	SI	SI
3.7 contenimento mobilità passiva	Contenimento mobilità passiva area chirurgia generale	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga (DRG 290-570-494-149)	> 25% rispetto anno 2016	> 30% rispetto anno 2016	> 35% rispetto anno 2016
	Contenimento mobilità passiva per interventi ortopedici in elezione	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga (DRG 544-210)	> 20% rispetto anno 2016	> 25% rispetto anno 2016	> 30% rispetto anno 2016
	Contenimento mobilità passiva per interventi urologici	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga (DRG 311-310)	> 20% rispetto anno 2016	> 25% rispetto anno 2016	> 30% rispetto anno 2016
	Contenimento mobilità passiva per Recupero e Riabilitazione Funzionale	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga (DRG 256)	> 20% rispetto anno 2016	> 25% rispetto anno 2016	> 30% rispetto anno 2016

	Contenimento mobilità passiva Neurologia	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga (DRG 12)	> 25% rispetto anno 2016	> 30% rispetto anno 2016	> 30% rispetto anno 2016

4. Contenimento dei Costi e Rispetto tetti di spesa

obiettivo strategico	obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Valore atteso 2018	Valore atteso 2019	valore atteso 2020
4.1 Rispetto dei vincoli di bilancio e tetti di spesa	Rispetto tetti di spesa	Monitoraggio equilibrio di bilancio assegnato (Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio)	controllo costante e monitoraggio del rispetto delle risorse negoziate	controllo costante e monitoraggio del rispetto delle risorse negoziate	controllo costante e monitoraggio del rispetto delle risorse negoziate
		rispetto del tetto di spesa annuale del personale dipendente	rispetto budget negoziato	rispetto budget negoziato	rispetto budget negoziato
		rispetto tetto spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera	rispetto delle risorse negoziate annualmente	rispetto delle risorse negoziate annualmente	rispetto delle risorse negoziate annualmente
4.2 Azioni per contenimento spesa	monitoraggio e contenimento spesa farmaceutica	Riduzione scorte di magazzino e monitoraggio spesa tramite procedura informatizzata	< 2 % rispetto all'anno precedente	< 2 % rispetto all'anno precedente	< 2 % rispetto all'anno precedente
		Potenziare l'erogazione del primo ciclo di terapia	>10% rispetto 2016	>10% rispetto 2017	>10% rispetto 2018

	Inventario beni mobili strumentali	Completamento della riconciliazione giustificata fra dati forniti da CdC responsabili e quanto risulta nel libro cespiti	a) Inventario e riconciliazione con libro cespiti del 30% dei beni mobili strumentali esistenti b) Report trimestrale	a) Inventario e riconciliazione con libro cespiti del 60% dei beni mobili strumentali esistenti b) Report trimestrale	a) Inventario e riconciliazione con libro cespiti del 90% dei beni mobili strumentali esistenti b) Report trimestrale
	Monitoraggio locazioni passive	Mappatura locazioni passive con individuazione di proposte di recessione contratti in essere con eventuale utilizzo locali di proprietà	report trimestrale	report trimestrale	report trimestrale
	Riduzione Contenzioso	Mappatura contenzioso	Report di aggiornamento trimestrale	Report di aggiornamento trimestrale	Report di aggiornamento trimestrale
		Stima della percentuale di soccombenza e stima della quota di accantonamento trimestrale a Fondo Rischi	Relazione trimestrale a corredo CE di periodo	Relazione trimestrale a corredo CE di periodo	Relazione trimestrale a corredo CE di periodo
	Gestione dei sinistri e degli aspetti assicurativi a livello aziendale	n° pratiche sinistri valutati e definiti/ comunicazione sinistri pervenuti	>= 80%	>= 85%	>= 85%
4.3 Fluidità processi amministrativi	Tempestività dei pagamenti	Rispetto tempistica liquidazione fatture	<= 40 gg dal ricevimento fattura	<= 40 gg dal ricevimento fattura	<= 40 gg dal ricevimento fattura
		Rispetto tempistica pagamento fatture	<= 60 gg dal ricevimento fattura	<= 60 gg dal ricevimento fattura	<= 60 gg dal ricevimento fattura
4.4 Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011	Azioni di monitoraggio dell'effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011	Analisi degli investimenti effettuati dalle Aziende, attraverso l'utilizzo del Fondo corrente (FSR) in conto esercizio, al fine di monitorare l'applicazione coerente dei	report trimestrale	report trimestrale	report trimestrale

		nuovi coefficienti di ammortamento e l'applicazione del nuovo trattamento contabile			
		Monitoraggio sull'applicazione del trattamento contabile relativo alla rilevazione degli accantonamenti per quote inutilizzate dei contributi vincolati e sull'utilizzo coerente negli anni successivi dei fondi costituiti e la relativa rilevazione contabile	report trimestrale	report trimestrale	report trimestrale
4.5 Certificabilità del bilancio e contabilità analitica	Certificabilità del bilancio: Rispetto delle azioni previste dal PAC	Monitoraggio verifica attuazione azioni PAC	rispetto cronoprogramma	rispetto cronoprogramma	rispetto cronoprogramma
	Definizione puntuale della metodologia per i ribaltamenti di contabilità analitica necessari ad alimentare i modelli di rilevazione LA.	Grado di Implementazione linee guida LA	80%	90%	100%
4.6 Trasparenza e Anticorruzione	Attuazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Aggiornamento Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTCT)	adozione aggiornamento ed integrazione del Piano entro il 31 gennaio 2018	aggiornamento ed integrazione del Piano entro il 31 gennaio 2019	aggiornamento ed integrazione del Piano entro il 31 gennaio 2020
		Pubblicazione dati/report sul sito aziendale nella sezione link "Amministrazione Trasparente" secondo quanto previsto dalle linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016"	pubblicazione del 100% dei dati nel rispetto della tempistica prevista normativa vigente - report semestrale	pubblicazione del 100% dei dati nel rispetto della tempistica prevista normativa vigente - report semestrale	pubblicazione del 100% dei dati nel rispetto della tempistica prevista normativa vigente - report semestrale

		Formazione per personale dipendente. N personale formato /n. personale da formare	25%	35%	40%
		Rispetto adempimenti e della tempistica previsti nel piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza. N. adempimenti posti in essere entro i termini previsti /n. adempimenti previsti	90%	95%	100%
4.7 Potenziamento attività di pianificazione e monitoraggio	Monitoraggio Piano degli Investimenti e Piano Opere Pubbliche (Programma triennale dei lavori pubblici, in ottemperanza all'art. 13 del d.lgs n.163/06 e smi.)	Predisposizione Piano Investimenti per anno successivo	Presentazione Piano entro il 30.9.18	Presentazione Piano entro il 30.9.19	Presentazione Piano entro il 30.9.2020
	BENI e SERVIZI	Rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento Aziendale sugli Acquisti in economia, predisposto in conformità schema regionale approvato con D.A. n. 1283/2013 modificato dal DA n. 2080/2013			
		Rispetto della criticità contrattuale al fine di evitare contratti in proroga: presentazione capitolati a cura del DEC: Numero capitolati presentati entro i termini/n. capitolati previsti da piano annuale gare	Presentazione capitolati a cura dei DEC (Direttore esecutivo contratto) almeno sei mesi prima dal termine di scadenza del contratto e individuazione contraente entro la data scadenza contrattuale >= 95%	Presentazione capitolati a cura dei DEC (Direttore esecutivo contratto) almeno sei mesi prima dal termine di scadenza del contratto e individuazione contraente entro la data scadenza contrattuale >= 95%	Presentazione capitolati a cura dei DEC (Direttore esecutivo contratto) almeno sei mesi prima dal termine di scadenza del contratto e individuazione contraente entro la data scadenza contrattuale >= 95%

		Monitoraggio e rispetto tempistica nella definizione delle procedure di gara aziendali (no UREGA): 60 gg acquisti MEPA, 90 gg gara sottosoglia e 180 gg gara sovrasoglia.	100%	100%	100%
	PAA	Predisposizione Piano attuativo aziendale	rispetto cronoprogramma	rispetto cronoprogramma	rispetto cronoprogramma
		n. azioni realizzate/n. azioni previste	>= 95%	>= 95%	>= 95%
	Monitoraggio e regolamentazioni ALPI	Monitoraggio costi e verifica remuneratività delle tariffe in attuazione del nuovo regolamento ALPI	Relazione entro il 28 Febbraio 2019 per l'anno 2018	Relazione entro il Febbraio 2020 per l'anno 2019	Relazione entro Febbraio 2021 per l'anno 2020
		bilancio di previsione	entro il 31 Dicembre 2018	entro il 31 Dicembre 2019	entro il 31 Dicembre 2020

5. Contributo alla riorganizzazione aziendale

obiettivo strategico	obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Valore atteso 2018	Valore atteso 2019	valore atteso 2020
5.1 Flussi informativi	tempestività e qualità dei flussi informativi	Rispetto dei tempi di trasmissione su piattaforma NSIS	100%	100%	100%

		Qualità dei flussi con %scarti>1% dei record trasmessi	100%	100%	100%
		Miglioramento del sistema di codifica delle SDO: attivazione corsi di formazione	100%	100%	100%
		Completa e corretta compilazione modello LA	100%	100%	100%
		Monitoraggio gestione flussi Personale convenzionale, personale dipendente, CRIL, Beni e servizi	100%	100%	100%
5.2 Informatizzazione	Aumentare le prescrizioni dematerializzate da parte dei medici prescrittori	% di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (come risulteranno censiti e abilitati sul sistema TS e che avranno effettuato almeno una prescrizione)	>20%	>20%	>20%
		numero medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato e inviante nei periodi considerati come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS2016	>10	>10	>10
5.3 Formazione professionisti e Ricerca	Programmazione e Monitoraggio degli interventi di formazione	Predisposizione piano formativo aziendale	SI	SI	SI
		mantenimento proporzione risorse umane assegnate	si	si	si

		Realizzazioni e monitoraggio azioni previste nel piano formativo aziendale 2018. budget speso/budget assegnato	>80%	>80%	>80%
5.5 Percorsi e Audit	Formalizzazione percorsi diagnostico terapeutici	su indicazione regionale	si	si	si
	Audit Clinico e PNE	Sviluppo di audit a partire dai dati del PNE	si	si	si
5.6 Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini/pazienti	Sistema Provinciale Regionale Qualità percepita	monitoraggio periodico dei livelli di qualità percepita.	report annuale di monitoraggio dei livelli di qualità percepita	di monitoraggio dei livelli di	report annuale di monitoraggio dei livelli di qualità percepita
	Programma aziendale di comunicazione	% di completamento delle azioni previste dal Piano di comunicazione	>90%	>90%	>90%
	Valutazione e gestione del dolore cronico	n. operatori formati/n. operatori da formare	>= 70%	>= 30%	>= 30%
		monitoraggio sul consumo farmaci (oppioidi rispetto ai FANS)	report semestrale	re port semestrale	re port semestrale

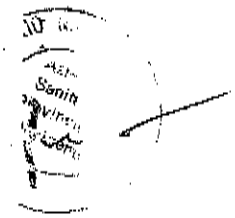
	Sistema Regionale Qualità percepita PERSONALIZZAZIONE E UMANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA E COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI/ PAZIENTI	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas	Attuazione delle direttive regionali previste	Attuazione delle direttive regionali previste	Attuazione delle direttive regionali previste

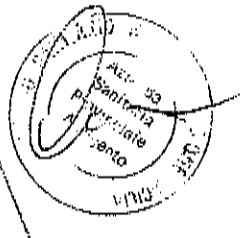
6. Sanità pubblica e prevenzione

obiettivo strategico	obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Valore atteso 2018	Valore atteso 2019	valore atteso 2020
6.1 Sicurezza Alimentare	Prevenzione Sicurezza degli alimenti	Secondo direttive regionali	valore assegnato	valore assegnato	valore assegnato
6.2 Prevenzione in Sanità animale	Controllo di tutto il patrimonio bovino ed ovino-caprino controllabile	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovicaprine sulla base dei criteri stabiliti dalla Regione	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
6.3 Prevenzione e controllo del randagismo	Prevenzione del randagismo: Controllo delle nascite	N. cani di età > 8 mesi ricoverati nei canili pubblici fino al 31 ottobre sterilizzati / totale di cani > 8 mesi ricoverati fino al 31 ottobre, sterilizzabili	90%	90%	90%
	Controllo della gestione dei canili e dei concentramenti	n. canili e allevamenti controllati / n. canili e allevamenti autorizzati	100%	100%	100%

		n. concentramenti di cani controllati / n. concentramenti programmati in base al rischio	100%	100%	100%

Il Responsabile U.O.S. Pianificazione, Programmazione
Controllo Strategico
Dott. Filadelfio Adriano Cracò





PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, su conforme relazione dell'addetto, è stata pubblicata all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal _____ al _____

L'Incaricato

_____

Il Funzionario Delegato
Il Titolare di Posizione Organizzativa
Ufficio di Segreteria, Proposte di atti e Anuma
Dott.ssa Patrizia Tedesco

_____

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

X 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 07-02-2018

- Immediatamente esecutiva dal _____

Agrigento, lì

IL TITOLARE DI POSIZIONE ORGANIZ|VA
UFFICIO DI SEGRETERIA, PROPOSTE
DI ATTI E ANUMA
Dott.ssa Patrizia Tedesco

IL FUNZIONARIO INCARICATO

_____

REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

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

Agrigento, lì

IL FUNZIONARIO INCARICATO

_____