

*Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana*



***RELAZIONE SUL CICLO DELLA
PERFORMANCE
ANNO 2018***

Indice

Presentazione	<i>Pag. 3</i>
Il contesto normativo di riferimento	<i>Pag. 3</i>
L'Amministrazione	<i>Pag. 4</i>
- Il Dipartimento	<i>Pag.7</i>
-Il Distretto Ospedaliero	<i>Pag. 8</i>
- Il Dipartimento Ospedaliero	<i>Pag. 9</i>
- Il Distretto Sanitario	<i>Pag. 12</i>
- Le Risorse Umane	<i>Pag. 13</i>
Obiettivi Aziendali	<i>Pag. 15</i>
Albero della Performance	<i>Pag. 15</i>
Il Ciclo di Gestione della Performance	<i>Pag. 16</i>
L'Organismo Indipendente di Valutazione	<i>Pag. 17</i>
I Regolamenti per la valutazione anno 2018	<i>Pag. 18</i>
Il piano della performance 2018 - 2020 -	<i>Pag. 19</i>
Gli obiettivi strategici - organizzativi -	<i>Pag. 21</i>
Gli obiettivi operativi -	<i>Pag. 22</i>
Quadro sintesi del piano della performance 2018 - 2020 obietti e indicatori	<i>Pag. 24</i>
Gli Obiettivi del piano attuativo aziendale - 2016 2017 -	<i>Pag. 35</i>
Piano attuativo aziendale - i risultati -	<i>Pag. 35</i>
Il PAA e gli obiettivi di salute e funzionamento - 2018 - i risultati -	<i>Pag. 36</i>
Risorse, Economiche	<i>Pag. 39</i>
Punti di forza e di debolezza del ciclo della performance	<i>Pag. 41</i>

PRESENTAZIONE:

Con la Relazione annuale sulla performance, questa Azienda vuole illustrare, ai cittadini e a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, le azioni poste in essere, per l'attuazione del *Ciclo di Gestione della Performance* nel corso dell'anno 2018, in relazione in relazione agli obiettivi programmati e inseriti nel Piano della Performance 2018-2020 e nel Piano Attuativo Aziendale 2018.

In riferimento alle finalità sopradescritte, questa relazione vuole configurarsi come un documento snello e comprensibile.

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

- CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO -

L'attività ed il funzionamento dell'ASP di Agrigento, essendo soggetto giuridico pubblico, trova disciplina in un perimetro normativo, che nel corso di questo decennio ha registrato numerosi interventi. Già Il legislatore regionale con la L.R. 5/2009 aveva profondamente innovato il sistema "salute" regionale incidendo su molteplici aspetti significativi. Tale quadro normativo nel corso del 2017 ha avuto una importante concretizzazione, che ha inciso in modo sostanziale sull'assetto organizzativo aziendale.

Nel 2017 tenuto conto dell'evoluzione normativa nazionale determinata dal D.M. 2 aprile 2015 n. 70 del Ministero della Salute di concerto con quello dell'Economia e delle Finanze recante attraverso la ridefinizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologico e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera; l'Assessorato Regionale della Salute con D.A. n. 629 del 31 marzo 2017, ha approvato il nuovo documento di riordino della rete ospedaliera della Regione siciliana. Conseguentemente l'Azienda si è attivata per l'adeguamento dell'Atto Aziendale alle nuove statuizioni, determinando la propria offerta di servizi sanitari nonché la propria dotazione organica in linea, secondo le determinazioni assunte del D.A. n. 1380/2015 del 5 agosto 2015, 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 2018, in modo notevole sulla **responsabilizzazione degli operatori ispirato al ciclo della performance.**

L'Azienda nella redazione del piano della performance 2018-2020 ha inserito, al fine di soddisfare una coerente logica programmatoria organizzativa e gestionale regionale, le linee di intervento previste negli obiettivi assegnati alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie della regione, ed in particolare contenuti negli obiettivi di salute funzionamento, obiettivi contrattuali ed obiettivi specifici dell'Assessorato Regionale alla Salute in coerenza con la rinfunzionalizzazione della rete ospedaliero di cui al DA 629 del marzo 2017.

Seguendo questa logica programmatoria il piano della performance, ha recepito le stringenti disposizioni introdotte nel 2012 dal Legislatore nazionale (D.L. n. 95/2012), in tema di razionalizzazione della spesa sanitaria 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.

Sulla base dell'intervenuto di cui al DA 629/2017, 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 -

Con un nuovo Atto Aziendale, approvato con D.A. n. 1082 del 30/05/2017, l'Azienda si è data un nuovo assetto organizzativo e di funzionamento allo scopo di assicurare l'erogazione delle prestazioni sanitarie essenziali in modo appropriato, 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;
- c) il Collegio di Direzione.

L'articolazione organizzativa dell'azienda è improntata a criteri di massima flessibilità, volta ad assecondare il mutare dei programmi e garantire il perseguimento degli obiettivi. Il modello organizzativo Aziendale, secondo la L.R. 5/09 e s.m.i., è suddiviso in quattro Aree (Staff, Amministrativa, Territoriale ed Ospedaliera), le quali vengono organizzate ex D.Lgs.502/92 e s.m.i. su base dipartimentale e distrettuale ed articolate:

- I) **AREA DI STAFF**, nel cui ambito rientrano tutte le Strutture e gli Uffici che, per la loro rilevanza aziendale, sono allocati nella Direzione Generale o Amministrativa o Sanitaria, in relazione alle competenze attribuite.

Il modello organizzativo Aziendale prevede, le sottoelencate UU.OO., alle dirette dipendenze del Direttore Generale:

- > Struttura Amministrativa Area Territoriale (UOC)
- > Servizio Psicologia (UOC)
- > Servizio Controllo di Gestione (UOS)
- > Servizio Sistema Informativo e Statistico Aziendale (UOS)
- > Servizio Prevenzione e Protezione (UOS)
- > Servizio Sorveglianza Sanitaria e Medico Competente (UOS)
- > Servizio Legale (UOSD)

- II) **AREA AMMINISTRATIVA**, nel cui ambito rientrano:

A. Dipartimento Amministrativo Strutturale

B. Strutture complesse, con all'interno le afferenti Strutture Semplici

- Servizio Affari Generali
- Servizio Risorse Umane
- Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
- Servizio Provveditorato
- Servizio Tecnico

-

- III) **AREA TERRITORIALE**, nel cui ambito rientrano:

A. Distretti Sanitari di Base, con le afferenti Strutture Semplici " Distretto Sanitario di Agrigento

- Distretto Sanitario di Bivona

- Distretto Sanitario di Canicatti
- Distretto Sanitario di Casteltermini
- Distretto Sanitario di Licata “ Distretto Sanitario di Ribera
- Distretto Sanitario di Sciacca

B. Dipartimenti Territoriali Strutturali

- Dipartimento di Prevenzione, con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali
- Dipartimento di Prevenzione Veterinario, con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali.
- Dipartimento di Salute Mentale, con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali.

C. Consulteri Territoriali, per la gestione delle attività dei consulenti pubblici e di quelli privati ricadenti nel territorio dell’ASP, con le afferenti Strutture semplici, UOC prevista dal D.A. 46/2015.

IV) AREA OSPEDALIERA, nel cui ambito rientrano:

A. Distretti Ospedalieri AG 1 e AG 2

- Presidio Ospedaliero di Agrigento (DEA di I livello), con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali;
- Presidio Ospedaliero di Canicatti (PS Base), con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali;
- Presidio Ospedaliero di Licata (PS Base), con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali;
- Ospedali Riuniti Sciacca-Ribera (DEA di I livello), con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali.

B. Dipartimenti Ospedalieri Distrettuali Strutturali

- Dipartimento Area di Medicina - Distretto Ospedaliero AG1, con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali;
- Dipartimento Area di Chirurgia Distretto Ospedaliero AG1, con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali.
- Dipartimento Area di Medicina - Distretto Ospedaliero AG2, con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali.
- Dipartimento Area di Chirurgia - Distretto Ospedaliero AG2, con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali

C. Dipartimenti Ospedalieri Interdistrettuali Strutturali

- Dipartimento dei Servizi Distretti Ospedalieri AG 1 e AG 2, con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali
- Dipartimento Emergenza Distretti Ospedalieri AG 1 e AG 2, con le afferenti Strutture complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali
- Dipartimento Cardiovascolare Distretti Ospedalieri AG 1 e AG 2, con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali

Per i Distretti Ospedalieri AG1 e AG2, sono previsti un Direttore Medico Responsabile di Struttura Complessa ed un Dirigente Amministrativo Responsabile di Struttura Complessa per il Presidio Ospedaliero di Agrigento, un Direttore Medico Responsabile di Struttura Complessa per il Presidio Ospedaliero di Canicatti, un Direttore Medico Responsabile di Struttura Semplice per il Presidio Ospedaliero di Licata un Dirigente Amministrativo Responsabile di Struttura Complessa per i Presidi Ospedalieri di Canicatti e di Licata, un Direttore Medico Responsabile di Struttura Complessa ed un Dirigente Amministrativo Responsabile di Struttura Complessa per gli Ospedali Riuniti “Sicilia-Ribera”.

Sono altresì, previsti i c.d. Dipartimenti Transmuralesi, nel cui ambito rientrano Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali, Ospedaliere e Territoriali. E precisamente:

- > Dipartimento del Farmaco (Strutturale)
- > Dipartimento delle Scienze Radiologiche (Strutturale)
- > Dipartimento Materno Infantile (Funzionale)
- > Dipartimento di Riabilitazione (Funzionale)
- > Dipartimento Oncologico (Funzionale)

Il modello organizzativo aziendale prevede, altresì, l’UOS “Educazione e promozione della salute”, alle dirette dipendenze del Direttore Sanitario Aziendale, nonché le Unità Operative Semplici delle Professioni Sanitarie e del Servizio Sociale, istituite con la Legge Regionale n. 1 del 15/02/10 e regolamentate dal D.A. agosto 2012 ed allocate nella Direzione Sanitaria Aziendale.

Il Dipartimento

Il Dipartimento è il modello ordinario di gestione operativa dell’attività dell’Azienda, deve essere considerato quale struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse, consulenza e supervisione per la funzione cui è preposto.

Il Dipartimento assume la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con la Direzione Aziendale e le altre Strutture Aziendali.

Il Dipartimento si articola al suo interno in strutture organizzative, complesse, semplici e semplici dipartimentali, 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.

I Dipartimenti, in dipendenza della diversa modalità di esplicazione delle proprie attività, si distinguono in:

- Dipartimenti strutturali
- Dipartimenti funzionali.

In particolare:

- i Dipartimenti strutturali rappresentano le strutture il cui obiettivo principale è l'uso efficiente/ottimale delle risorse, con autorità sovraordinata rispetto alle unità operative o servizi che la compongono;
- i Dipartimenti funzionali coinvolgono "orizzontalmente" le unità operative ed hanno come finalità principale e diretta 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 ed altresì servono a massimizzare l'efficacia e la qualità della prestazione.

1. In relazione alla tipologia di attività, i Dipartimenti si possono distinguere in:

- Dipartimento amministrativo
- Dipartimenti sanitari territoriali
- Dipartimenti sanitari transmurales (ospedale/territorio)
- Dipartimenti ospedalieri distrettuali ed interdistrettuali)

2. Il Dipartimento, nello svolgimento delle funzioni proprie del suo specifico ambito di attività, si propone di conseguire i seguenti obiettivi:

- la convergenza di competenza ed esperienza;
- l'interdisciplinarietà;
- la garanzia di continuità delle prestazioni prevenendo ridondanze di tempi e/o procedure inutili;
- l'accorpamento secondo criteri di efficienza ed efficacia pratica.

3. Le funzioni dei Dipartimenti, sia Amministrativi sia Sanitari, comprendono, in particolare, la definizione di progetti e programmi, l'individuazione di obiettivi prioritari, l'allocazione di risorse e di mezzi.

Il Distretto Ospedaliero

L'Area Ospedaliera è suddivisa in due Distretti Ospedalieri, AG 1 e AG 2, all'interno dei quali insistono i cinque Presidi Ospedalieri dell'Azienda.

I Distretti Ospedalieri costituiscono un'unica entità organizzativa di tipo ospedaliero, ancorché articolati su più Presidi anche con sede in comuni diversi.

I Distretti Ospedalieri assicurano:

- a) l'erogazione uniforme dell'attività ospedaliera sull'intero territorio di riferimento;
- b) favoriscono l'adozione di percorsi assistenziali e di cura integrati, nonché l'attivazione di protocolli e linee che assicurino l'esercizio della responsabilità clinica e l'utilizzo appropriato delle strutture e dei servizi assistenziali;
- c) la riorganizzazione delle attività ospedaliere in funzione delle modalità assistenziali, dell'intensità delle cure, della durata della degenza e del regime di ricovero.

Nell'A.S.P. di Agrigento, i distretti Ospedalieri sono:

- Distretto Ospedaliero AG1, con le sue articolazioni: P.O. di Agrigento (DEA di I livello), P.O di Canicatti e P.O., di Licata (entrambi PS Base)
- Distretto Ospedaliero AG2, con la sua articolazione Ospedali Riuniti "Sciacca-Ribera" (DEA di 1 livello), ricomprendente il P.O. di Sciacca ed il P.O. di Ribera.
-

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

Il Dipartimento Ospedaliero

La collocazione geografica dei cinque Presidi Ospedalieri dell'Azienda, inseriti nei due Distretti Ospedalieri, AG1 ed AG2, necessita la istituzione di n. 7 Dipartimenti Ospedalieri, di cui n. 4 Distrettuali (Strutturali) e di n. 3 Interdistrettuali, (Strutturali), come di seguito specificato:

DIPARTIMENTI OSPEDALIERI DISTRETTUALI

Distretto Ospedaliero AG1

- > Dipartimento Area di Medicina
(Strutturale) Dipartimento Area di Chirurgia
(Strutturale)

Distretto Ospedaliero AG2

- > Dipartimento Area di Medicina (Strutturale)
- > Dipartimento Area di Chirurgia (Strutturale)

DIPARTIMENTI OSPEDALIERI INTERDISTRETTUALI **Distretti**

Ospedalieri AGI e AG2

- > Dipartimento dei Servizi (Strutturale)
- > Dipartimento di Emergenza (Strutturale)
- > Dipartimento Cardiovascolare (Strutturale)
- >

I Dipartimenti del Farmaco, delle Scienze Radiologiche, di Riabilitazione, Materno Infantile ed Oncologico sono di tipo Transmurale e sono disciplinati ai successivi articoli dal n.100 al n. 119.

I Dipartimenti Ospedalieri coinvolgono orizzontalmente le UU.OO. afferenti ai Presidi Ospedalieri 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 strutturali vanno considerati quale coordinamento di funzioni complesse e pertanto, essendo aggregazione strutturale, assumono la valenza di soggetti negoziali nei rapporti con la Direzione Aziendale,

I dipartimenti ospedalieri funzionali 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 dei dipartimenti strutturali sono quelle delle UU.OO. che ad essi afferiscono, i centri di costo dei medesimi sono quelli delle UU.OO. facenti parte degli stessi.

Sono funzioni dei dipartimenti ospedalieri:

- *L'assistenza:* attraverso l'individuazione ed il coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie nell'ambito di un approccio globale al paziente, per mezzo delle seguenti attività: pre-ospedalizzazione e attività ambulatoriale, day hospital/day surgery, ricovero ordinario, riabilitazione, ospedalizzazione a domicilio, percorsi dei pazienti.
- *La Formazione e aggiornamento:* La formazione e l'aggiornamento del personale operante nell'ambito delle differenti unità operative.
- *La ricerca:* orientata al raggiungimento degli obiettivi propri dell'istituzione dipartimentale, attraverso il coordinamento delle iniziative più significative e l'attivazione dei necessari collegamenti con altre istituzioni.
- *La educazione ed informazione sanitaria:* attraverso l'istituzione di una serie di iniziative indirizzate al singolo paziente ed in collaborazione con Enti ed Istituzioni diverse, riguardanti specifiche tematiche identificate come prioritarie rispetto agli obiettivi e mirate alle tipologie dei pazienti assistiti nell'ambito del dipartimento.

Le attività dei dipartimenti, con le dovute differenziazioni in relazione alla tipologia sono in particolare ricondotte a:

- L'utilizzazione ottimale degli spazi assistenziali e delle apparecchiature, che deve essere finalizzata ad una migliore gestione delle risorse a disposizione al fine di consentire una più completa assistenza al malato ed ove è possibile anche la riallocazione delle UU.OO. facenti parte del dipartimento in spazi contigui
- Il coordinamento con le relative attività extra-ospedaliera per un'integrazione dei servizi dipartimentali con quelli del territorio
- Lo studio, l'applicazione e la verifica di sistemi per la maggiore possibile omogeneità alle procedure organizzative ed assistenziali
- La promozione di iniziative di umanizzazione dell'assistenza all'interno delle strutture dipartimentali
- L'individuazione di nuove attività o di nuovi modelli operativi nello specifico campo di competenza
- L'organizzazione della didattica, la ricerca e l'educazione e l'informazione sanitaria.
-

<u>Distretto ospedaliero AG1</u>	Dipartimento di Medicina - dipartimento strutturale;
	Dipartimento di Chirurgia - dipartimento strutturale;
<u>Distretto ospedaliero AG2</u>	Dipartimento di Medicina - dipartimento strutturale;
	Dipartimento di Chirurgia - dipartimento strutturale;
DIPARTIMENTI OSPEDALIERI INTERDISTRETTUALI	Dipartimento dei Servizi;
	Dipartimento di Emergenza;
	Dipartimento cardiovascolare;

Il Distretto Sanitario

Il Distretto Sanitario di Base è l'articolazione territoriale al cui livello il Servizio Sanitario Regionale attiva il percorso assistenziale e realizza l'integrazione tra attività sanitarie e sociale.

2. Il Distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e degli stabilimenti ospedalieri. Gli stessi (Distretto, Dipartimento, Stabilimento Ospedaliero) di concerto tra di loro assicurano le attività territoriali.

3. Il Distretto opera sulla base delle risorse assegnate, negoziate con la Direzione Aziendale e definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate* il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separate all'interno del bilancio dell'Azienda ed assegnazione di budget funzionale.

4. Sono compiti del Distretto:

- a) assicurare l'assistenza primaria relativa alle attività sanitarie e socio-sanitarie, ivi compresa la continuità assistenziale ed il necessario rapporto tra i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i servizi di continuità assistenziale notturna e festiva ed i presidi specialistici ambulatoriali, attraverso l'analisi dei bisogni di salute espressi dalla comunità locale, individuando, in relazione alle capacità operative, i livelli aggregati di erogazione dell'offerta;
- b) assicurare il coordinamento della propria attività con quello del Dipartimento di prevenzione, degli altri Dipartimenti territoriali e degli stabilimenti ospedalieri;
- c) garantire la fruizione dei servizi prodotti dai presidi distrettuali e quelli forniti da altri presidi, assicurando l'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali;
- d) attivare ed attuare protocolli diagnostici e terapeutici adottati dall'Azienda;
- e) sviluppare iniziative di educazione sanitaria e di informazione agli utenti;
- f) concorrere, con le proprie risorse, ai programmi di prevenzione concordati con il Dipartimento di prevenzione;
- g) individuare la collocazione funzionale delle articolazioni organizzative dei dipartimenti strutturali istituiti.

5. Il Distretto articola l'organizzazione dei servizi tenendo conto della realtà del territorio, nel rispetto delle risorse disponibili e delle indicazioni della direzione aziendale. Le attività di erogazione delle prestazioni, salvo quanto disciplinato diversamente dalla programmazione regionale, sono svolte dai Distretti ed organizzate in unità funzionali. Dovranno adottarsi tutte le necessarie misure per garantire le prestazioni specialistiche, in particolare quelle delle branche a visita e la riduzione dei tempi di attesa, per le prestazioni strumentali.

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

<u>Distretto Sanitario di Agrigento:</u>	<i>Agrigento, Aragona, Comitini, Favara, Ioppolo Giancaxio, Porto Empedocle, Raffadali, Realmonte, Santa Elisabetta, Sant'Angelo Muxaro, Siculiana.</i>
<u>Distretto Sanitario di Bivona:</u>	<i>Alessandria della Rocca, Bivona, Cianciana, San Biagio Platani, Santo Stefano di Quisquina.</i>
<u>Distretto Sanitario di Canicattì:</u>	<i>Camastra, Campobello di Licata, Canicattì, Castrolibero, Grotte, Naro, Racalmuto, Ravanusa.</i>
<u>Distretto Sanitario di Casteltermini:</u>	<i>Cammarata, Casteltermini, San Giovanni Gemini.</i>
<u>Distretto Sanitario di Licata:</u>	<i>Licata, Palma di Montechiaro.</i>
<u>Distretto Sanitario di Ribera:</u>	<i>Burgio, Calamonaci, Cattolica Eraclea, Lucca Sicula, Montallegro, Ribera, Villafranca Sicula.</i>
<u>Distretto Sanitario di Sciacca:</u>	<i>Caltabellotta, Menfi, Montevago, Sambuca di Sicilia, Santa Margherita Belice, Sciacca.</i>

Le risorse umane

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

Il Personale a tempo indeterminato dell'ASP di Agrigento al 31/12/2018 è risultato pari a n. 2.967 unità, in dettaglio:

<i>qualifica / posiz.economica/profilo</i>	PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO IN SERVIZIO AL 31.12.2018
Dir. medico con inc. struttura complessa (rapp. esclusivo)	34
Dir. medico con inc. di struttura complessa (rapp. non escl.)	4

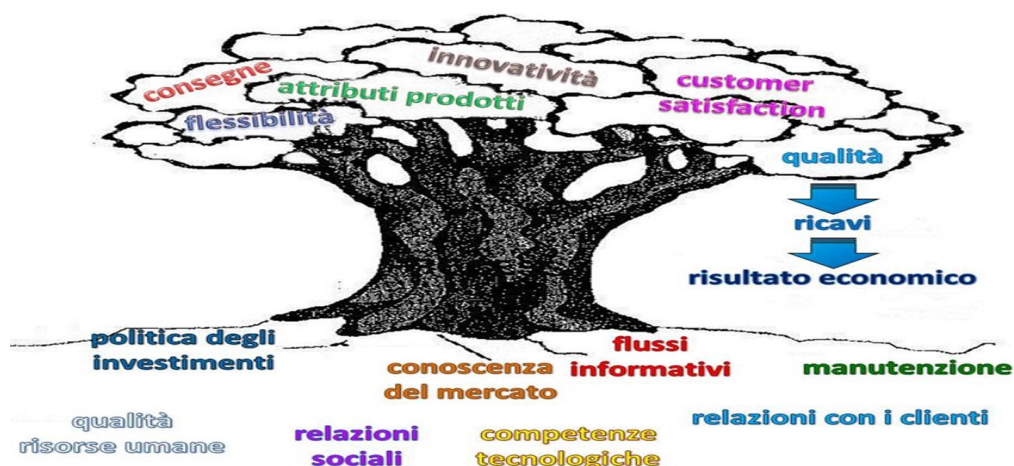
Dir. medico con incarico di struttura semplice (rapp. esclusivo)	50
Dir. medico con incarico di struttura semplice (rapp. non escl.)	2
dirigenti medici con altri incar. prof.li (rapp. esclusivo)	473
dirigenti medici con altri incar. prof.li (rapp. non escl.)	65
Veterinari con inc. di struttura complessa (rapp.esclusivo)	3
Veterinari con inc. di struttura semplice (rapp. esclusivo)	10
Veterinari con altri incar. prof.li (rapp. esclusivo)	32
veterinari con altri incar. prof.li (rapp. non escl.)	1
Farmacisti con incarico di struttura complessa (rapp. esclusivo)	1
Farmacisti con incarico di struttura semplice (rapp. esclusivo)	3
Farmacisti con altri incar. prof.li (rapp. esclusivo)	15
Biologi con altri incar. prof.li (rapp. esclusivo)	14
chimici con altri incar. prof.li (rapp. non escl.)	1
Fisici con altri incar. prof.li (rapp. esclusivo)	1
Psicologi con incarico di struttura semplice (rapp. esclusivo)	9
Psicologi con altri incar. prof.li (rapp. esclusivo)	18
psicologi con altri incar. prof.li (rapp. non escl.)	1
coll.re prof.le sanitario - pers. Infer. Senior - ds	26
coll.re prof.le sanitario - pers. infer. - d	1140
oper.re prof.le di II cat.pers. Inferm. Senior-c	9
oper.re prof.le di II cat.pers. inferm. bs	3
coll.re prof.le sanitario - pers. Tec. Senior - ds	1
coll.re prof.le sanitario - pers. tec.- d	112
coll.re prof.le sanitario - tecn. della prev. - d	37
coll.re prof.le sanitario - pers. della riabil. Senior - ds	3
coll.re prof.le sanitario - pers. della riabil. - d	45
Avvocato Dirig. con incarico di struttura semplice	1
ingegnere dirig. a tempo determinato (b)	1
assistente religioso - d	2
Sociologo Dirig. con incarico di struttura semplice	1
Sociologo Dirig. con altri incar.prof.li	3
collab.re prof.le assistente sociale Senior - ds	2
collab.re prof.le assistente sociale - d	64
collab.re tec. - prof.le Senior - ds	1
collab.re tec. - prof.le - d	12
assistente tecnico - c	4
program.re - c	2
operatore tecnico special.to Senior - c	28
operatore tecnico special.to - bs	25
operatore socio-sanitario - bs	86
operatore tecnico - b	129
operatore tecnico addetto all'assistenza - b	12
ausiliario specializzato - a	85
profilo atipico ruolo tecnico	2
dirigente amm.vo con incarico di struttura complessa	10
Dirigente amm.vo con incarico di struttura semplice	3
dirigente amm.vo a tempo determinato (b)	1
collaboratore amministrativo prof.le Senior - ds	18

collaboratore amministrativo prof.le - d	119
assistente amministrativo - c	57
coadiutore amm.vo Senior - bs	8
coadiutore amm.vo - b	150
commesso - a	28
Totale personale presente al 31.12.2018	2967

- GLI 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. 95 del 24/01/2018 si è dotata del Piano della Performance 2018 - 2020, 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 **dagli Obiettivi di Salute e Funzionamento** in ragione degli obiettivi assegnati per gli anni 2016-2017 e prorogati anche per il 2018 alla Direzione Strategica Aziendale e degli indirizzi scaturenti 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 biennio 2016-2017 ed anche per l'anno 2018 sicuramente il punto di partenza per la definizione 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.

- 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:

Fasi	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	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione strategica aziendale - Programmazione e controllo di gestione - Politiche del personale
fase b	Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse	<ul style="list-style-type: none"> - Programmazione e controllo di gestione
fase c	<ol style="list-style-type: none"> 1) Monitoraggio in corso di esercizio 2) Attivazione di eventuali interventi correttivi 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Programmazione e controllo di gestione 2) Direzione strategica aziendale
fase d	Misurazione e valutazione annuale della performance individuale	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 attività dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), che opera in posizione di autonomia.

L'attuale Organismo Indipendente di Valutazione della performance dell'ASP di Agrigento di seguito OIV, è stato nominato con delibera n. 532 del 28/04/2016, 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 componenti esterni in possesso di requisiti di professionalità ed esperienza, con competenze tecniche di valutazione e di controllo di gestione, comprovate dal parere positivo del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

All'OIV sono 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 AZIENDALI PER LA VALUTAZIONE ANNO 2018 -

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. 1824 del 21.12.2016 ad oggetto ”Preso atto accordo decentrato con le OO.SS. del comparto, in materia di erogazione della produttività collettiva” (modificata con deliberazione n. 874 del 10.05.2018) con la quale l’azienda si è dotata del nuovo regolamento per l’erogazione della produttività collettiva del personale area comparto.

- IL PIANO DELLA PERFORMANCE 2018 - 2020 -

Nello sviluppo del Piano della Performance 2018 - 2020 l’Azienda, ispirandosi al sistema di gestione della *performance secondo a quanto previsto dal* d.lgs. 150/09 e dal D.A. 1821 del 26.09.2011, ha tenuto conto dell’impianto degli obiettivi per il biennio 2016-2017 e prorogati anche per il 2018 assegnati alle direzioni generali nell’ambito contrattuale, essi hanno determinato le aree generali di intervento, fatte proprie nella contrattazione degli obiettivi anche per l’anno 2018.

Il piano adottato con **Deliberazione Commissario n. 95 del 24.01.2018**, 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.

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 del D.lgs. n. 150/2009 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.

Inoltre per ogni area di intervento nel piano sono state individuati:

- gli obiettivi strategici ed operativi 2018/2020;
- il valore atteso con gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

- GLI OBIETTIVI STRATEGICI ORGANIZZATIVI -

Per soddisfare gli obiettivi strategici aziendali 2016-2017 e prorogati per il 2018, assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute, questa ASP ha tradotto gli stessi in un set di indicatori trasposti anche nel Piano della Performance 2018-2020, che sintetizzano il portafoglio dell'offerta sanitaria dell'Asp, ciò ha rappresentato uno *step* imprescindibile per l'Amministrazione.

Le linee di indirizzo regionali hanno costituito una base solida per il piano della performance 2018- 2020, dal momento che sono state individuate le suddette aree di intervento:

1. Assistenza territoriale ed integrazione socio sanitaria;
2. Appropriata organizzativa e Sicurezza;
3. Obiettivi di salute e funzionamento;
4. Contenimento dei Costi e Rispetto tetti di spesa;
5. Contributo alla riorganizzazione aziendale;
6. Sanità pubblica e prevenzione;

Per le aree sopra indicate sono state, inoltre, definiti:

- Gli interventi da realizzare;
- Le azioni, legate agli interventi, idonee a garantire l'efficacia negli interventi;
- I risultati programmati per ciascuna azione;
- Gli 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.

- GLI OBIETTIVI OPERATIVI -

Come detto gli obiettivi individuali per l'anno 2018 la cui tecnica di individuazione è stata descritta nel Piano della performance, hanno costituito la prosecuzione logica di quanto già avviato nell'anno 2017.

A tal fine, gli obiettivi della Direzione derivanti dal mandato istituzionale e dalle indicazioni espressamente fornite in sede assessoriale con il Piano Attuativo Aziendale 2016-2017 e con taluni obiettivi residuali del suddetto PAA del biennio 2016-2017 ridefiniti per l'anno 2018, 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 2018, 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 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 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 2017 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 del 2018, 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 2018-2020, 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.

ASP AGRIGENTO - PIANO PERFORMANCE OBIETTIVI 2018 2020

1. Assistenza territoriale ed integrazione socio sanitaria

obiettivo strategico	obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Valore atteso 2018	GRADO RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO	Note Commento	
1. Assistenza territoriale ed integrazione socio sanitaria	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%	Pienamente raggiunto	
			Applicazione Percorso BPCO ai sensi del II Decreto 22 Novembre 2016 di approvazione del documento di indirizzo regionale prevede il percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da BPCO	SI	Pienamente raggiunto	
			revisione delle attività assistenziali erogate in ADI e Cure Palliative-verifica documentale appropriatezza delle prestazioni	SI	Pienamente raggiunto	
			n. soggetti over 65-anni in cure domiciliari/popolazione over 65 anni	secondo direttive regionali	Pienamente raggiunto	
			Innalzamento qualiquantitativo del livello di cure domiciliari integrate	Indice di soddisfazione ADI (questionario regionale)	rispetto cronoprogramma	Pienamente raggiunto
	1.2 Potenziamento percorsi d'integrazione ospedale-territorio	Utilizzo capacità produttive del territorio-Hospice	tasso occupazione Hospice	aumento	Pienamente raggiunto	
			tasso occupazione PL SUAP	mantenimento	Parzialmente raggiunto	UO che per carenza personale medico e di comparto e per carenze strutturali ha attivato solo n.2 PPLL Correttivo: Necessita incremento PP.LL
		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	Pienamente raggiunto	
			n. percorsi assistenziali per pazienti in età evolutiva e attivazione dei sistemi di monitoraggio (Disturbo specifico dell'apprendimento, diabete, obesità)	SI	Pienamente raggiunto	
		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	Pienamente raggiunto	
Assistenza sanitaria alla popolazione immigrata: mantenimento del rispetto del DA 2183/2012	SI		Pienamente raggiunto			

1.3 Liste 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%	Pienamente raggiunto	
		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%	Pienamente raggiunto	
		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%	Pienamente raggiunto	
		Ex post: Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D/totale di prestazioni di Classe D.	soglia di garanzia >=50%	Pienamente raggiunto	
		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%	Pienamente raggiunto	
1.5 Screening	Screening oncologici (obiettivi di salute e funzionamento)	n. test eseguiti per tumore cervice uterina/popolazione target	>=50%- scala obiettivi agenas	Parzialmente raggiunto;	gli inviti al 100% le adesioni hanno risentito di problematiche di personale e scarsa sensibilità della popolazione
		n. test eseguiti per tumore colon retto/popolazione target	>=50%- scala obiettivi agenas	Parzialmente raggiunto ;	gli inviti al 100% le adesioni hanno risentito di problematiche di personale e scarsa sensibilità della popolazione Azioni correttive già poste in essere per il 2019 con il coinvolgimento dei MMMMGG
		n. test eseguiti per tumore mammella/popolazione target	>=60% - scala obiettivi agenas	Parzialmente raggiunto	gli inviti al 100% le adesioni hanno risentito di problematiche di personale e scarsa sensibilità della popolazione Azioni correttive già poste in essere per il 2019 con il coinvolgimento dei MMMMGG
		Rispetto del valore previsto dal ministero della salute delle estensioni su tutti gli screening	secondo direttive ministeriali	Parzialmente raggiunto;	gli inviti al 100% le adesioni hanno risentito di problematiche di personale e scarsa sensibilità della popolazione
1.6 Copertura vaccinale	implementazione copertura vaccinale	Copertura vaccinale per vaccinazione atinfluenzale nell'anziano*	secondo direttive ministeriali	Pienamente raggiunto	

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

2. Appropriatazza organizzativa e Sicurezza

	obiettivo strategico	obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Valore atteso 2018	GRADO RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO	Note Commento
2. Appropriatazza organizzativa e Sicurezza	2.1 utilizzo appropriato risorse produttive	Sicurezza Sale Operatorie	utilizzo check list sale operatorie	>75%	Parzialmente raggiunto ;	misura correttiva: NOC Aziendali intensificheranno i controlli qualitativi ai sensi del piano PACA
			Utilizzo applicativo registro operatorio (ORMAWEB)	100%	Pienamente raggiunto	
		fluidità percorsi ospedalieri	Degenza Media per ricoveri acuti chirurgici (RO)	Mantenimento	Parzialmente raggiunto;	misura correttiva: l'attuazione della nuova rete ospedaliera congiuntamente all'incremento della dotazione organica determineranno un miglioramento dei valori di bed management
			Degenza Media per ricoveri acuti medici (RO)	Mantenimento	Parzialmente raggiunto;	misura correttiva: attuazione della nuova rete ospedaliera congiuntamente all'incremento della dotazione organica determineranno un miglioramento dei valori di bed management
		tempi di permanenza al PS	Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza al pronto soccorso <alle 6 ore	95%	Parzialmente raggiunto;	le criticità nei PPSS dell'Azienda sono state motivate dalla grave carenza di personale che si potrà correggere con l'incremento della dotazione organica ed i concorsi dei Direttori UOC
			percentuale pazienti con permanenza pre-ricovero > 24 ore	0%	Parzialmente raggiunto;	le criticità nei PPSS dell'Azienda sono state motivate dalla grave carenza di personale che si potrà correggere con l'incremento della dotazione organica ed i concorsi dei Direttori UOC

		Percentuale di pazienti dimessi verso una struttura ambulatoriale da PS	secondo indicatore Regionale	Parzialmente raggiunto.	Obiettivo non più monitorato
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	Pienamente raggiunto	
		PN senza UTIN: percentuale dei neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita (modica e vittoria)	< 8% oppure secondo direttiva regionale 2018	Pienamente raggiunto	
		PN con UTIN: numero neonati dimessi direttamente da TIN/totale pazienti ricoverati nella TIN	0	Pienamente raggiunto	
		Numero requisiti check list rispettati/totale requisiti da rispettare	100%	Pienamente raggiunto	
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	Pienamente raggiunto	
	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	Pienamente raggiunto	
	Programma regionale GTT	numero di casi inseriti nella piattaforma regionale GTT secondo il protocollo di rilevazione regionale	secondo indicatore Regionale	Parzialmente raggiunto:	obiettivo non monitorato nel 2018
	Programma di monitoraggio sistematico dell'uso della checklist in Sala Operatoria	Corretto utilizzo della check list in sala operatoria e relativo monitoraggio	Report annuali	Parzialmente raggiunto	Misura correttiva: NOC Aziendali intensificheranno i controlli qualitativi ai sensi del piano PACA
	Aderenza al programma regionale sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	aderenza alle indicazioni regionali	100%	Parzialmente raggiunto;	è stato rimodulato il CIO Aziendale con recente atto deliberativo e sono state intraprese azione dalla nuova Direzione Generale
	Sviluppo organizzativo del Percorso nascita	Implementazione degli standard del manuale Joint Commission e Agenas nei punti nascita aziendali	report secondo indicazioni regionali	Pienamente raggiunto	
2.4 Accredimento	Rinnovo autorizzazione e Accredimento 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	Pienamente raggiunto	

2.5 Appropriatezza	Adempimenti regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	Rispetto degli adempimenti previsti	100% dei controlli previsti dell'anno 2017	Pienamente raggiunto	
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	Pienamente raggiunto	

3. obiettivi di salute e funzionamento

OBIETTIVO STRATEGICO	obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Valore atteso 2018	GRADO RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO	Note Commento
3.1 Ottimizzazione casistica	Complessità casistica	Peso Medio area medica (RO+DH)	Aumento del 5% rispetto al 2017	Parzialmente raggiunto nelle strutture individuate nel Piano Operativo;	misura correttiva: attuazione della nuova rete ospedaliera congiuntamente all'incremento della dotazione organica determineranno un miglioramento dei valori di bed management
		Peso Medio area chirurgica	Aumento del 5% rispetto al 2017	Parzialmente raggiunto nelle strutture individuate nel Piano Operativo;	misura correttiva: attuazione della nuova rete ospedaliera congiuntamente all'incremento della dotazione organica determineranno un miglioramento dei valori di bed management
		indice attività chirurgica	Aumento	Parzialmente raggiunto nelle strutture individuate nel Piano Operativo;	misura correttiva: attuazione della nuova rete ospedaliera congiuntamente all'incremento della dotazione organica determineranno un miglioramento dei valori di bed management
3.2 Efficacia area ortopedica	tempestività presa in carico paziente con frattura di femore over 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%	Parzialmente raggiunto;	misura correttiva: sono state assegnate prestazioni aggiuntive per gli ortopedici e per gli anestesisti al fine di incrementare il numero di sedute operatorie nelle uoc di ortopedia
		Ottimizzare il tempo di permanenza in pronto soccorso rispetto al 2017	< 4 ore	Parzialmente raggiunto	sussistono analoghe condizioni di carenza di personale che determinano criticità
		% pazienti con verticalizzazione entro le 48H	>30%	Parzialmente raggiunto;	gli indicatori inseriti hanno richiesto una lunga fase di sensibilizzazione

					alla codifica di tali procedure tuttora poco rilevate
		%pazienti con mobilitazione precoce entro le 48h	>20%	Parzialmente raggiunto;	procedure tuttora poco rilevate gli indicatori inseriti hanno richiesto una lunga fase di sensibilizzazione alla codifica di tali
		%accesso in riabilitazione cod. 56 a 30 gg dalla dimissione pz >= 65 anni	>20% rispetto al 2017	Parzialmente raggiunto	gli indicatori inseriti hanno richiesto una lunga fase di sensibilizzazione alla codifica di tali procedure tuttora poco rilevate
		%accesso in riabilitazione cod. 56-60 a 30 gg dalla dimissione pz>=65 anni	>20% rispetto al 2017	Parzialmente raggiunto	gli indicatori inseriti hanno richiesto una lunga fase di sensibilizzazione alla codifica di tali procedure tuttora poco rilevate
		%accesso in riabilitazione cod. 60 a 30 gg dalla dimissione pz >=65 anni	>20% rispetto al 2017	Parzialmente raggiunto	gli indicatori inseriti hanno richiesto una lunga fase di sensibilizzazione alla codifica di tali procedure tuttora poco rilevate
3.3Efficacia area ostetrica	Riduzione ricorso taglio cesareo	parti cesarei su parti donne non precesarizzate (cesarei pri ma ri)/parti di donne con nessun pregresso cesareo	secondo direttiva regionale	Pienamente raggiunto	
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%	Pienamente raggiunto	
		Proporzione di STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti	91%	Pienamente raggiunto	
	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	Pienamente raggiunto	
	Riduzione Mortalità	Mortalità a trenta giorni dal primo accesso per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA) tasso grezzo	<7%	Non monitorato	
Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (tasso grezzo)		<=11%	Non monitorato		
3.5Efficacia area chirurgica	Miglioramento Appropriattezza 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%	Pienamente raggiunto	
		incremento numero di colecistectomia laparoscopica	>10% rispetto al 2017	Pienamente raggiunto	

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	Pienamente raggiunto	
		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	Pienamente raggiunto	
		numero di donatori procurati , definti 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	Pienamente raggiunto	
		numero di cornee prelevate non inferiore al 5% dei decessi registrati di soggetti che rientrano nei parametri di idoneità alla donazione delle cornee, per come definiti dal CRT	Valore obiettivo 100% del valore minimo	Pienamente raggiunto	
		Organizzazione in ambito aziendale di un evento formativo per gli operatori sanitari coinvolti nel processo di procurement di organi e tessuti	SI	Pienamente raggiunto	
		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
Contenimento mobilità passiva per interventi ortopedici in elezione	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga (DRG 544-210)		> 20% rispetto anno 2016	Parzialmente raggiunto	Misura correttiva: rimodulazione nuova rete ospedaliera e della nuova dotazione organica
Contenimento mobilità passiva per interventi urologici	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga (DRG 311-310)		> 20% rispetto anno 2016	Parzialmente raggiunto in attesa della rimodulazione nuova rete ospedaliera e della nuova dotazione organica	Misura correttiva: rimodulazione nuova rete ospedaliera e della nuova dotazione organica
Contenimento mobilità passiva per Recupero e Riabilitazione Funzionale	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga (DRG 256)		> 20% rispetto anno 2016	Parzialmente raggiunto in attesa della rimodulazione nuova rete ospedaliera	Misura correttiva: rimodulazione nuova rete ospedaliera e della nuova dotazione organica
Contenimento mobilità passiva Neurologia	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga (DRG 12)		> 25% rispetto anno 2016	Parzialmente raggiunto in attesa della rimodulazione nuova rete ospedaliera	Misura correttiva: rimodulazione nuova rete ospedaliera e della nuova dotazione organica

4. Contenimento dei Costi e Rispetto tetti di spesa

Costi e Rispetto tetti di	obiettivo strategico	obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Valore atteso 2018	GRADO RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO	Note Commento
	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	Pienamente raggiunto	

		rispetto del tetto di spesa annuale del personale dipendente	rispetto budget negoziato	Pienamente raggiunto	
		rispetto tetto spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera	rispetto delle risorse negoziate annualmente	Pienamente raggiunto	
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	Pienamente raggiunto	
		Potenziare l'erogazione del primo ciclo di terapia	>10% rispetto 2016	Pienamente raggiunto	
	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	Parzialmente raggiunto;.	il monitoraggio è attualmente in corso di espletamento
	Monitoraggio locazioni passive	Mappatura locazioni passive con individuazione di proposte di recessione contratti in essere con eventuale utilizzo locali di proprietà	report trimestrale	Parzialmente raggiunto; il monitoraggio è attualmente in corso di espletamento.	il monitoraggio è attualmente in corso di espletamento
	Riduzione Contenzioso	Mappatura contenzioso	Report di aggiornamento trimestrale	Pienamente raggiunto	
		Stima della percentuale di soccombenza e stima della quota di accantonamento trimestrale a Fondo Rischi	Relazione trimestrale a corredo CE di periodo	Pienamente raggiunto	
	Gestione dei sinistri e degli aspetti assicurativi a livello aziendale	n° pratiche sinistri valutati e definiti/ comunicazione sinistri pervenuti	>= 80%	Pienamente raggiunto	
4.3 Fluidità processi amministrativi	Tempestività dei pagamenti	Rispetto tempistica liquidazione fatture	<= 40 gg dal ricevimento fattura	Parzialmente raggiunto;	tale obiettivo è inserito nel Piano delle Direzioni Generali per l'anno 2019
		Rispetto tempistica pagamento fatture	<= 60 gg dal ricevimento fattura	Parzialmente raggiunto	tale obiettivo è inserito nel Piano delle Direzioni Generali per l'anno 2019
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 nuovi coefficienti di ammortamento e l'applicazione del nuovo trattamento contabile	report trimestrale	Pienamente raggiunto	
		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	Pienamente raggiunto	

4.5 Certificabilità del bilancio e contabilità analitica	Certificabilità del bilancio: Rispetto delle azioni previste dal PAC	Monitoraggio verifica attuazione azioni PAC	rispetto cronoprogramma	Pienamente raggiunto		
	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%	Pienamente raggiunto		
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	Pienamente raggiunto		
		Publicazione 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	Pienamente raggiunto		
		Formazione per personale dipendente. N personale formato /n. personale da formare	25%	Pienamente raggiunto		
		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%	Pienamente raggiunto		
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	Pienamente raggiunto		
	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		Pienamente raggiunto		
		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%		Pienamente raggiunto	
		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%	Pienamente raggiunto		
	PAA	Predisposizione Piano attuativo aziendale	rispetto cronoprogramma	Pienamente raggiunto per il PAA biennio 2016-2017		

		n. azioni realizzate/n. azioni previste	>= 95%	Pienamente raggiunto per gli obiettivi residuali del 2018	
	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	Pienamente raggiunto per il monitoraggio; si è insediata nuova commissione ALPI	
		bilancio di previsione	entro il 31 Dicembre 2018	Pienamente raggiunto	

5. Contributo alla riorganizzazione aziendale

	obiettivo strategico	obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Valore atteso 2018	GRADO RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO	Note Commento
5. Contributo alla riorganizzazione aziendale	5.1 Flussi informativi	tempestività e qualità dei flussi informativi	Rispetto dei tempi di trasmissione su piattaforma NSIS	100%	Pienamente raggiunto	
			Qualità dei flussi con %scarti>1% dei record trasmessi	100%	Pienamente raggiunto	
			Miglioramento del sistema di codifica delle SDO: attivazione corsi di formazione	100%	Pienamente raggiunto	
			Completa e corretta compilazione modello LA	100%	Pienamente raggiunto	
			Monitoraggio gestione flussi Personale convenzionale, personale dipendente, CRIL, Beni e servizi	100%	Pienamente raggiunto	
	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%	Pienamente raggiunto per gli indicatori 2018	
			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	Pienamente raggiunto per gli indicatori 2018	
	5.3 Formazione professionisti e Ricerca	Programmazione e Monitoraggio degli interventi di formazione	Predisposizione piano formativo aziendale	SI	Pienamente raggiunto	
			mantenimento proporzione risorse umane assegnate	si	Pienamente raggiunto	

			Realizzazioni e monitoraggio azioni previste nel piano formativo aziendale 2018. budget speso/budget assegnato	>80%	Pienamente raggiunto	
5.5 Percorsi e Audit	Formalizzazione percorsi diagnostico terapeutici		su indicazione regionale	si	Pienamente raggiunto	
	Audit Clinico e PNE		Sviluppo di audit a partire dai dati del PNE	si	Pienamente raggiunto	
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	Pienamente raggiunto	
	Programma aziendale di comunicazione		% di completamento delle azioni previste dal Piano di comunicazione	>90%	Pienamente raggiunto	
	Valutazione e gestione del dolore cronico		n. operatori formati/n. operatori da formare	>= 70%	Non monitorato	
			monitoraggio sul consumo farmaci (oppioidi rispetto ai FANS)	report semestrale	Non monitorato	
	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	Pienamente raggiunto per quanto previsto dall'assessorato regionale	

6. Sanità pubblica e prevenzione

	obiettivo strategico	obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Valore atteso 2018	GRADO RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO	Note Commento
6. Sanità pubblica e prevenzione	6.1 Sicurezza Alimentare	Prevenzione Sicurezza degli alimenti	Secondo direttive regionali	valore assegnato	Pienamente raggiunto	
	6.2 Prevenzione in Sanità animale	Controllo di tutto il patrimonio bovino ed ovino-caprino controllabile	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	Pienamente raggiunto	
		Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovicaprine sulla base dei criteri stabiliti dalla Regione	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	Pienamente raggiunto	

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, ste rilizzabili	90%	Pienamente raggiunto	
	Controllo della gestione dei canili e dei concentramenti	n. canili e allevamenti controllati / n. canili e allevamenti autorizzati	100%	Pienamente raggiunto	
		n. concentramenti di cani controllati / n. concentramenti programmati in base al rischio	100%	Pienamente raggiunto	

- GLI OBIETTIVI DEL PIANO ATTUATIVO AZIENDALE - 2016 2017 -

Premesso che il Piano Sanitario Regionale trova attuazione nella programmazione sanitaria locale dalle Aziende sanitarie della regione **attraverso i Piani Attuativi Aziendali (PAA 2016-2017)**. Essi vengono 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.

- PIANO ATTUATIVO AZIENDALE - - I RISULTATI -

In questa sezione della 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 2016-2017 da parte dell'Assessorato Regionale alla Salute, in dettaglio:

Nella presente relazione bisogna precisare che questa ASP ha concluso le attività connesse all'ultimo piano attuativo aziendale 2016-2017 emanato dall'Assessorato Regionale della Salute, mettendo in luce in particolare gli output realizzati e i risultati conseguiti rispetto gli obiettivi, così come evidenziato nella relazione della performance deliberata con data 30 Maggio 2018 al n. 1025 ed approvata dall'OIV.

Altresì, si dovrà tenere conto, che taluni obiettivi con i relativi indicatori del PAA 2016-2017 hanno avuto applicazione anche per l'anno 2018 per cui si è continuato un attento monitoraggio.

Infine, appare opportuno evidenziare che L'Assessorato Regionale della Salute attua, per il tramite della AGENAS (ai sensi dell'art. 16, comma 6, lett. d) della l.r. n. 5/2009), un procedimento di valutazione a consuntivo degli obiettivi di Salute e di funzionamento dei servizi, di tutte le aziende del SSR, fornendo elementi utili di benchmark tra le diverse realtà sanitarie presenti sul territorio regionale. Per l'anno 2018 si riporta la tabella riassuntiva dei risultati raggiunti:

OBIETTIVO	SUB-OBIETTIVO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO
OBIETTIVO 1	SCREENING	L'ASP di Agrigento PER L'ANNO 2018 ha adottato ogni misura necessaria al raggiungimento dell'obiettivo rispetto ai 3 screening oncologici (tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colon retto)
OBIETTIVO 2	ESITI	
	2.1: TEMPESTIVITA' INTERVENTI A SEGUITO DI FRATTURA FEMORE SU PAZIENTI > 65	Per l'anno 2018 In merito al Sub obiettivo 2.1 si è provveduto al ribaltamento dello stesso alle UU.OO. di Ortopedia e Traumatologia dell'Azienda definendo un approccio multidisciplinare, coinvolgendo al fine di raggiungere tale obiettivo le Direzioni sanitarie di Presidio, i Capi Dipartimento dell'Area Chirurgica e di Emergenza per il tramite dell'istituto della Negoziazione del budget Aziendale 2018. Si è altresì provveduto all'adozione con formale delibera n. 843 del 01.07.2016 degli standard regionali D.A. 2025/15 e successivamente si è adottato il documento " percorso multidisciplinare frattura collo femore con delibera n.1445 del 20 Ottobre 16.
	2.2: RIDUZIONE INCIDENZA PARTI CESARI	In merito al Sub obiettivo 2.2 si è provveduto al ribaltamento dello stesso alle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia dei Punti nascita Aziendali attivi, coinvolgendo al fine di raggiungere tale obiettivo le Direzioni sanitarie di Presidio, i Capi Dipartimento dell'Area Chirurgica e di Emergenza e Materno

		Infantile per il tramite dell'istituto della Negoziazione del budget Aziendale 2018.
	2.3.1: TEMPESTIVITA' NELLE'EFFETTUAZIONE P.T.C.A. NEI CASI IMA STEMI 2.3.2 PROPORZIONE DI STEMI TRATTATI CON PTCA ENTRO 90 MIN.	In merito al Sub obiettivo 2.3 sono stati adottati correttivi finalizzati al raggiungimento dell'obiettivo in particolare nelle sedi sprovviste di emodinamica di Licata e Canicattì. In sede di verifica AGENAS sono state evidenziate talune incongruenze dei flussi utilizzati per valutazione dell'obiettivo, ottenendo di fatto un tavolo tecnico di confronto.
	2.4: PROPORZIONE DI COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA CON DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE A 3 GIORNI	Per l'anno 2018 in merito al Sub obiettivo 2.4 si è provveduto al ribaltamento dello stesso alle UU.OO. di Chirurgia dei Distretti ospedalieri AG1 ed AG2 definendo un approccio multidisciplinare, coinvolgendo al fine di raggiungere tale obiettivo le Direzioni sanitarie di Presidio, i Capi Dipartimento dell'Area Chirurgica e di Emergenza per il tramite dell'istituto della Negoziazione del budget Aziendale 2018.
OBIETTIVO 3	MONITORAGGIO E GARANZIA DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali viene effettuato attraverso la modalità ex ante ed ex post. Le azioni intraprese dal Luglio 2016 hanno permesso il pieno raggiungimento degli obiettivi prefissati. Tale trend è confermato anche per il 1°e2° semestre 2018 con il raggiungimento degli obiettivi assegnati sia in modalità ex ante che ex post.
OBIETTIVO 4	GARANTIRE GLI STANDARD ED I REQUISITI DI SICUREZZA NEI PUNTI NASCIATA PUBBLICI E PRIVATI ACCREDITATI SSR	l'obiettivo risulta essere completamente raggiunto; per l'anno 2018 al 31 Dicembre l'Azienda ha provveduto a realizzare la valutazione di tutti i punti nascita attivi raggiungendo il 100% dei requisiti dei requisiti nella totalità dei PN dell'Azienda. Sono stati rispettati al 100% gli indicatori per il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali nei PN senza e con TIN.
OBIETTIVO 5	DONAZIONE ORGANI	Già nell'anno 2016 l'Azienda ha introdotto alcune nuove procedure al fine di incrementare la cultura della donazione in ambito provinciale; di fatto con l'atto deliberativo n.1290 del 12.09.2016 si è approvata la procedura per l'accertamento della

		morte cerebrale e con ulteriore delibera 1291 del 12.09.2016 si è redatta una procedura per la donazione dei tessuti di origine corneale. Il pieno raggiungimento dell'obiettivo è garantito dal soddisfacimento dei 5 indicatori che compongono la totalità dell'obiettivo sia per l'intero anno 2018 .
OBIETTIVO 6	PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	Per l'anno 2018 L'obiettivo è stato raggiunto considerato che l'indicatore 1 ha registrato il raggiungimento della percentuale di medici abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata così come per l'indicatore 2, il numero medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata ha raggiunto il valore soglia indicato.
OBIETTIVO 7	UTILIZZO FONDI DI P.S.N.	L'obiettivo è stato raggiunto al 100% per quanto concerne l'indicatore 1 " puntuale trasmissione dei report trimestrali con apposito format"; in merito al rispetto delle tempistiche dichiarate per la chiusura dei progetti entro e non oltre il 30 Aprile 2017, ci si è impegnati raggiungendo l'obiettivo di impegnare le somme assegnate sulla scorta di un effettivo programma di svolgimento delle attività, essendo stato riportato nel verbale AGENAS del giugno 2016 che è comunque ammissibile che le attività si esauriscano anche in un momento successivo.
OBIETTIVO 8	PERCORSI ATTUATIVI DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.)	Per quanto riguarda la scadenza al 30.09.2016 l'Azienda ha provveduto a dare massima evidenza sul proprio sito web istituzionale (sezione Amministrazione Trasparente-Altri contenuti) delle azioni intraprese e dello stato di avanzamento del PAC entro il suddetto termine. Per la scadenza del 31.12.2016 l'Azienda ha inoltre istituito con provvedimento formale la Funzione di Internal Audit individuandone il responsabile, si è dotata di sistemi gestionali integrati in grado di garantire la corretta separazione delle funzioni per come previsto dalla normativa PAC, ha posto in essere tutte le attività necessarie per la piena implementazione delle azioni relative alle aree Generale, Rimanenze, Immobilizzazioni e Patrimonio Netto previste dal PAC dandone massima diffusione sul sito web istituzionale

		(sezione Amministrazione Trasparente-Altri contenuti). Infine l'Azienda ha raggiunto l'obiettivo sul monitoraggio delle azioni da implementare entro il 30.10.2017 per le aree Crediti e Ricavi, Debiti e Costi, Disponibilità Liquide previste dal PAC dandone massima diffusione sul sito web istituzionale (sezione Amministrazione Trasparente-Altri contenuti). Sono stati raggiunti gli obiettivi residuali anche per l'anno 2018.
--	--	--

- 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 2018 un decremento, in modo consistente rispetto ai costi 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 2018
(dati in migliaia di Euro)

Totale Costo del personale	190.230
B.5) Personale del ruolo sanitario	152.444
B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario	85.826
B.5.A.1) Costo del personale dirigente medico	80.318
B.5.A.1.1) Costo del personale dirigente medico - tempo indeterminato	72.601
B.5.A.1.2) Costo del personale dirigente medico - tempo determinato	7.717
B.5.A.1.3) Costo del personale dirigente medico - altro	-
B.5.A.2) Costo del personale dirigente non medico	5.508
B.5.A.2.1) Costo del personale dirigente non medico - tempo indeterminato	4.813
B.5.A.2.2) Costo del personale dirigente non medico - tempo determinato	695
B.5.A.2.3) Costo del personale dirigente non medico - altro	-

B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario	66.618
B.5.B.1) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato	62.699
B.5.B.2) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato	3.854
B.5.B.3) Costo del personale comparto ruolo sanitario - altro	65
B.6) Personale del ruolo professionale	237
B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale	161
B.6.A.1) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo indeterminato	100
B.6.A.2) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo determinato	61
B.6.A.3) Costo del personale dirigente ruolo professionale - altro	-
B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale	76
B.6.B.1) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo indeterminato	76
B.6.B.2) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo determinato	-
B.6.B.3) Costo del personale comparto ruolo professionale - altro	-
B.7) Personale del ruolo tecnico	18.682
B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico	380
B.7.A.1) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato	306
B.7.A.2) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo determinato	74
B.7.A.3) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - altro	-
B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico	18.302
B.7.B.1) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato	16.929
B.7.B.2) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato	1.111
B.7.B.3) Costo del personale comparto ruolo tecnico - altro	262
B.8) Personale del ruolo amministrativo	18.867
B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo	1.658
B.8.A.1) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo indeterminato	1.528
B.8.A.2) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo determinato	130
B.8.A.3) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - altro	-
B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo	17.209
B.8.B.1) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo indeterminato	14.215
B.8.B.2) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo determinato	-
B.8.B.3) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - altro	2.994

- PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

Nel corso del 2018 il ciclo di gestione della performance è stato costantemente 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 2018 una funzione di controllo relativamente alla conformità, appropriatezza e affettività del ciclo di gestione della performance.

Infine risulta necessario evidenziare che il ciclo della gestione della performance 2018 ha risentito dei tempi di attuazione e di adeguamento al quadro normativo regionale, ciò ha comportato una costante rivisitazione dell'assetto organizzativo aziendale e degli obiettivi operativi.

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

Tutto ciò ha condizionando il Ciclo della Performance rispetto dalla fase della assegnazione alla fase della conseguente verifica degli obiettivi 2018 da parte dell' OIV.

Agrigento, 13.06.2019

SERVIZIO PERSONALE
Struttura Tecnica Permanente
Misurazione Performance

Dr. Alfonso Scichilone

IL DIRIGENTE RESPONSABILE
UOS Pianificazione Programmazione Controllo
Strategico e di Gestione

Dr. Filadelfio Adriano Cracò