



Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

# PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE

**2020 - 2022**

*Documento programmatico triennale per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione.*

---

## INDICE

<b>IL PIANO DELLA PERFORMANCE</b>	<i>pag.</i> 1
Finalità	<i>pag.</i> 1
Contenuti	<i>pag.</i> 3
Principi generali	<i>pag.</i> 4
<b>CHI SIAMO, COSA FACCIAMO COME OPERIAMO</b>	<i>pag.</i> 6
L'amministrazione in cifre	<i>pag.</i> 10
La Vision aziendale: l'albero della performance	<i>pag.</i> 11
<b>L'ANALISI DEL CONTESTO INTERNO ED ESTERNO</b>	<i>pag.</i> 12
<b>GLI OBIETTIVI DERIVANTI DALLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE E LINEE DI SVILUPPO DELLA GESTIONE AZIENDALE</b>	<i>pag.</i> 13
<b>DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI</b>	<i>pag.</i> 14
Le Macro Aree di Intervento e gli Obiettivi Strategici	<i>pag.</i> 14
Gli Obiettivi Individuati e gli Indicatori	<i>pag.</i> 15
<b>LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO PREVISTE PER IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE</b>	<i>pag.</i> 19
Il gruppo di lavoro	<i>pag.</i> 21
<b>QUADRO OBIETTIVI</b>	<i>pag.</i> 22

---

## 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, la Direzione Aziendale 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 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 (delibere: n. 112/2010, n.1/2012 e n. 6/2013), sulle quali sono intervenute le ultime modifiche ed integrazioni da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica – Ufficio per la Valutazione della Performance – attraverso le “Linee guida per il Piano della performance” del giugno 2017.

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 allegati le schede Budget Obiettivi distintamente per le diverse aree di attività sanitaria, per 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 delibere: CIVIT n° 112/2010 e n. 1/2012, 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 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 dei Servizi;
- Dipartimento delle Scienze Radiologiche;
- Dipartimento Materno Infantile;
- Dipartimento di Riabilitazione;
- Dipartimento Oncologico;
- Dipartimento di Cure Primarie e dell'integrazione Socio-sanitaria.

## ***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:

<u><i>Distretto ospedaliero AG1</i></u>	<u><i>S.O. San Giovanni di Dio- Agrigento</i></u>
	<u><i>S.O. Barone Lombardo - Canicatti</i></u>
	<u><i>S.O. San Giacomo d'Alto Passo - Licata</i></u>

<u><i>Distretto ospedaliero AG2</i></u>	<u><i>S.O. Papa Giovanni Paolo II - Sciacca</i></u>
	<u><i>S.O. Fratelli Parlapiano - Ribera</i></u>

## ***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 e socio-sanitarie. Assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei presidi ospedalieri. Il territorio dell'ASP di Agrigento è articolato in 7 ambiti:

<u><i>Distretto Sanitario di Agrigento:</i></u>	<i>Agrigento, Aragona, Comitini, Favara, Ioppolo Giancaxio, Porto Empedocle, Raffadali, Realmonte, Santa Elisabetta, Sant'Angelo Muxaro, Siculiana.</i>
---	---

<u><i>Distretto Sanitario di Bivona:</i></u>	<i>Alessandria della Rocca, Bivona, Cianciana, San Biagio Platani, Santo Stefano di Quisquina.</i>
--	--

<u><i>Distretto Sanitario di Canicatti:</i></u>	<i>Camastra, Campobello di Licata, Canicatti, Castrofilippo, Grotte, Naro, Racalmuto, Ravanusa.</i>
---	---

<u><i>Distretto Sanitario di Casteltermeni:</i></u>	<i>Cammarata, Casteltermeni, San Giovanni Gemini.</i>
---	---

<u><i>Distretto Sanitario di Licata:</i></u>	<i>Licata, Palma di Montechiaro.</i>
--	--------------------------------------

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:

Personale a tempo indeterminato - Dati riepilogativi dell'ultimo triennio (fonte conto annuale)									
	Personale a tempo indeterminato al 31.12 (Tab. 1)			Numero Mensilità / 12			Spese per retribuzioni lorde (Tab. 12+13)		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
DIRETTORI GENERALI	3	3	3	3,0	3,2	3,0	338.383	389.344	405.635
MEDICI	616	590	628	617,7	589,3	617,4	48.700.726	46.954.114	48.059.927
VETERINARI	50	47	46	50,0	48,9	46,0	4.091.704	4.005.140	3.733.846
ODONTOIATRI	0	0	0	1,0	0,0	0,0	84.412	0	0
DIRIG. SANITARI NON MEDICI	52	50	63	52,9	51,1	56,8	3.450.874	3.266.122	3.435.877
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE INFERMIERISTICO	1125	1137	1178	1138,3	1106,3	1167,9	36.540.309	35.612.523	37.220.752
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE TECNICO SANITARIO	92	89	113	91,8	86,5	102,0	2.925.665	2.773.246	3.191.611
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE VIGILANZA E ISPEZIONE	37	36	37	38,8	36,9	37,1	1.299.126	1.238.262	1.219.130
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE FUNZIONI RIABILITATIVE	47	47	48	46,5	46,1	46,8	1.317.772	1.304.591	1.316.495
DIR. RUOLO PROFESSIONALE	1	2	2	1,9	2,5	3,0	109.259	134.455	194.086
PROFILI RUOLO PROFESSIONALE	2	2	2	2,0	2,0	2,0	42.435	33.807	30.029
DIR. RUOLO TECNICO	4	4	4	4,1	4,0	4,0	234.852	230.863	226.470
PROFILI RUOLO TECNICO	433	474	452	441,2	451,3	462,2	11.588.789	11.637.275	11.743.684
DIR. RUOLO AMMINISTRATIVO	16	15	14	16,5	16,5	14,6	1.201.345	1.234.041	1.162.567
PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO	350	393	380	353,0	359,7	377,1	9.834.898	9.941.820	10.188.595
<b>Totale</b>	<b>2828</b>	<b>2889</b>	<b>2970</b>	<b>2.858,75</b>	<b>2.804,25</b>	<b>2.939,83</b>	<b>121.760.549,0 €</b>	<b>118.755.603,0 €</b>	<b>122.128.704,0 €</b>

## ***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 influenzando 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 ed efficacia ed economicità organizzativa e gestionale perseguendo il miglioramento continuo della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sia sanitarie che gestionali.

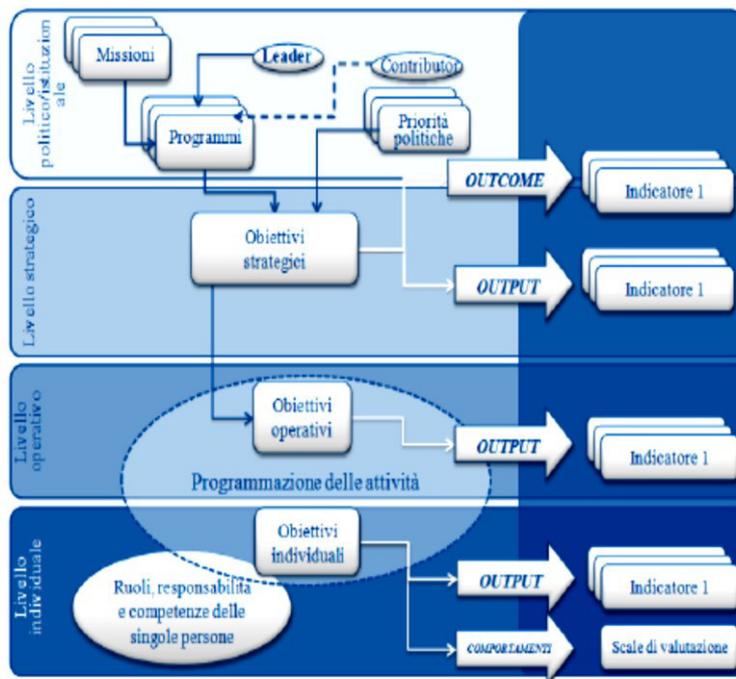
L'Azienda, inoltre, pone particolare attenzione alle risorse professionali disponibili, allo sviluppo del personale medesimo e al riorientamento delle professionalità verso contenuti tecnico-professionali di eccellenza; favorisce il coinvolgimento dei cittadini e verifica il gradimento dell'utenza per 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 PPTAA (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 complementarità 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 sulla scorta delle previsioni del D.A. n.2128 del 12 novembre 2013 con il quale sono stati adottati i “Percorsi attuativi di certificabilità (PAC)” per gli enti del Servizio sanitario regionale; sono state avviate le specifiche misure anche per uniformare e rendere coerenti tutti i due documenti di programmazione e pianificazione delle risorse con il Piano della Performance.

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.

Il 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.

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

Al fine di soddisfare una coerente logica programmatica organizzativa e gestionale con la pianificazione regionale, la quale sta profondamente innovando il sistema regionale della salute nel contesto 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 previsto dal D.A. n. 22 del 19.01.2019;
- \* i vincoli derivanti dal rispetto degli obiettivi di finanza pubblica con riguardo al Piano del fabbisogno e delle dotazione organica D.A. n. 2201 del 06.12.2019 nel rispetto

della cornice finanziaria di cui all'art. 11 del D.L. 30.04.2019 n. 35, convertito con modificazioni dalla Legge 25.06.2019 n.60;

- \* il raggiungimento/mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario aziendale;
- \* il Regolamento Ministeriale sugli standard dell'assistenza ospedaliera;
- \* il Decreto 8 aprile 2019 dell'Assessorato della Salute "Approvazione annuale controlli analitici 2019".

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 una *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 AgeNaS.. 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.

## DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

### 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 Operativi Individuati e gli Indicatori**

Gli obiettivi operativi per l'anno 2020, indicati nel presente piano costituiscono la prosecuzione logica di quanto già avviato negli anni precedenti. Nel corso dei primi mesi del 2020 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 sì 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" modificato con delibera n. 1824 del 21.12.2016 .

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 obiettivi generali e specifici di propria competenza sia in forma cartacea che per posta elettronica, 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 di concerto con l'Organismo Indipendente di Valutazione, 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. Il costante feedback operativo-gestionale prevedrà altresì anche specifiche convocazioni semestrali dei direttori di macrostruttura nel corso del 2020 (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).

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 per alcune strutture di difficile individuazione per due ordini di motivi: per le modifiche in cantiere sull'assetto organizzativo aziendale scaturenti dal nuovo piano di rimodulazione della rete ospedaliera previsto dal D.A. n. 22 del 19.01.2019 per cui l'accorpamento/frazionamento in essere rischia di rendere la somma algebrica delle prestazioni rese in precedenza 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 sì 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 D.A. n. 1675 del 31.07.2019.

## 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 è prefissa in questi ultimi anni 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, 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 Misurazione e 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 attraverso la** 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 112/2010 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
<i><b>Dr. Alessandro Mazzara</b></i>	Direttore Generale F.F.	Individuazione strategia	X	
<i><b>Dr. Gaetano Mancuso</b></i>	Direttore Sanitario	Responsabile area sanitaria Validazione sanitaria piano performance	X	
	Direttore Amministrativo	Responsabile area amministrativa Validazione amministrativa piano performance	X	
<i><b>Dr. Filadelfio Adriano Cracò</b></i>	Dirigente Responsabile UOS Pianificazione, Programmazione Controllo Strategico e Controllo di Gestione	Predisposizione obiettivi del piano della Performance	X	
<i><b>Dr. Alfonso Scichilone</b></i>	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 2020- 2022

### 1. Assistenza territoriale ed integrazione socio sanitaria e privacy

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2020	Indicatore 2021	Indicatore 2022
1.1 Presa in carico della cronicità	Contenimento ospedalizzazioni e per le patologie target e attivazione percorsi	Incremento dei pazienti affetti da diabete e scompenso cardiaco arruolati attivamente ( diabetici a media complessità HbA1c 8 Emoglobina glicata) >= 6,5. Progetto IGEA; scompensati cardiaci a media complessità classificati in II classe NYHA.	n. pz Diabetici e scompensati con cardiaci arruolati attivamente / n. pz a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico X 100 ≥ 90%	n. pz Diabetici e scompensati con cardiaci arruolati attivamente / n. pz a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico X 100 ≥ 90	n. pz Diabetici e scompensati con cardiaci arruolati attivamente / n. pz a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico X 100 ≥ 90
		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	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 qualitativo 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
		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	audit congiunti tra operatori ASP e dei servizi sociali comunali.n.1 incontro per	audit congiunti tra operatori ASP e dei servizi sociali comunali.n.1 incontro per

			comunali.n. 1 incontro per DSB	DSB	DSB
		Assistenza sanitaria alla popolazione immigrata: mantenimento del rispetto del DA 2183/2012	SI	SI	SI
		Realizzazione di n. 1 procedure per l'accesso facilitato a tutti i front office distrettuali per i portatori di disabilità	Formalizzazi one della procedura	Formalizzazion e della procedura	Formalizzazione della procedura
		Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalle direttive assessoriali	Tempestivo pagamento delle indennità 100%	Tempestivo pagamento delle indennità 100%	Tempestivo pagamento delle indennità 100%
		Attuazione delle valutazioni multidimensionali UVM effettuate presso il domicilio dell'Utenza	N. valutazioni multidimens ionali domiciliari ----- x100 N. valutazioni multidimens ionali totali	N. valutazioni multidimension ali domiciliari -----x100 N. valutazioni multidimension ali totali	N. valutazioni multidimension ali domiciliari -----x100 N. valutazioni multidimension ali totali
1.3 Fragilità	Attuazione di quanto previsto nel piano regionale unitario per	1.3 A completamento procedure di reclutamento del personale per i	Attivazione di almeno un centro diurno pubblico e	Avvio attività regionali	Avvio attività regionali

	l'Autismo	servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativo  1.3 B Implementazione RETE Centri Diurni e Centri Residenziali	avvio procedura aperta di selezione		
1.4 Liste di Attesa	PRGLA per il triennio 2019-2021	Linee di intervento per il governo dell'offerta ( codificati come IGO)	Rispetto tempistica checklist per la verifica delle linee di intervento del PRGLA 2019-2021 da IGO 1 ad IGO 27 ( allegato 2 Delibera ASP n. 420 del 26.06.2019	Rispetto tempistica checklist per la verifica delle linee di intervento del PRGLA 2019-2021 da IGO 1 ad IGO 27 ( allegato 2 Delibera ASP n. 420 del 26.06.2019	Rispetto tempistica checklist per la verifica delle linee di intervento del PRGLA 2019-2021 da IGO 1 ad IGO 27 ( allegato 2 Delibera ASP n. 420 del 26.06.2019
		Linee di Intervento per il governo della domanda ( codificati come IGD).	Rispetto tempistica checklist per la verifica delle linee di intervento del PRGLA 2019-2021 da IGD 1 ad IGD 04 ( allegato 2 Delibera ASP n. 420 del 26.06.2019	Rispetto tempistica checklist per la verifica delle linee di intervento del PRGLA 2019-2021 da IGD 1 ad IGD 04 ( allegato 2 Delibera ASP n. 420 del 26.06.2019	Rispetto tempistica checklist per la verifica delle linee di intervento del PRGLA 2019-2021 da IGD 1 ad IGD 4 ( allegato 2 Delibera ASP n. 420 del 26.06.2019
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	>=50%- scala obiettivi	>=50%- scala obiettivi agenas	>=50%- scala obiettivi agenas

		target	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 e sorveglianza malattie infettive	implementazione copertura vaccinale	N. Soggetti vaccinati /popolazione target residente	92-95% a 24 mesi, per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	92-95% a 24 mesi, per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	92-95% a 24 mesi, per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco
		Predisposizione di un programma comunicazione basato sulle evidenze per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole ( PNPV 2017-2019 e DA n. 11965/2017- nota prot. n.76451 del 16.10.2018- disposizioni operative vaccini.	Relazione sulle attività svolte	Relazione sulle attività svolte	Relazione sulle attività svolte

		Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul cruscotto regionale per la gestione dell'anagrafe vaccinale	Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento o trimestrale dei dati sul cruscotto regionale	Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul cruscotto regionale	Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul cruscotto regionale
		Offerta attiva delle vaccinazioni ai soggetti extracomunitari sbarcati sulle coste siciliane ( direttiva- nota prot.n.71734 del 28.09.2018)	Relazione sulle modalità di offerta dei vaccini , in conformità al calendario vaccinale, ai soggetti extracomunitari momentaneamente residenti sul territorio regionale con relativa rendicontazione		
		Notifica delle malattie infettive rispetto al numero totale di casi rilevati con SDO	70%	70%	70%

## 2. Appropriatazza organizzativa e Sicurezza

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2020	Indicatore 2021	Indicatore 2022
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
	Gestione sovraffollamento PS	Indicatore 1: Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa(outcome) Indicatore 2: Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive (processo)	[valore di accettabilità ≤ 0,05 - come da Direttiva Assessoriale n. 9348/19 Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al	[valore di accettabilità ≤ 0,05 - come da Direttiva Assessoriale n. 9348/19 Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ;	[valore di accettabilità ≤ 0,05 - come da Direttiva Assessoriale n. 9348/19 Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ; Azione 2: l'attuazione degli interventi e

			<p>D.A. 1584/2018 ;</p> <p>Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;</p> <p>Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento;</p> <p>Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori;</p>	<p>Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;</p> <p>Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento;</p> <p>Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori;</p>	<p>azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento ;</p> <p>Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento ;</p> <p>Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori;</p>
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 ultima disponibile	secondo direttiva regionale ultima disponibile	secondo direttiva regionale ultima disponibile
		PN senza UTIN: percentuale dei neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita (modica e	< 8% oppure secondo direttiva regionale	< 8% oppure secondo direttiva regionale ultima	< 8% oppure secondo direttiva regionale ultima

		vittoria)	ultima disponibile	disponibile	disponibile
		PN con UTIN: numero neonati dimessi direttamente da TIN/totale pazienti ricoverati nella TIN	<5 %	% secondo direttiva regionale ultima disponibile	% secondo direttiva regionale ultima disponibile
		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	Percentuale di completezza scheda A e scheda B. in coerenza al protocollo nazionale SIMES  Monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive	90%  SI	90%  SI	90%  SI
	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali o di organismi	check list di autovalutazione	Report monitoraggi o su richiesta Agenas	Report monitoraggio su richiesta Agenas	Report monitoraggio su richiesta Agenas

	internazionali sulla qualità e sicurezza dei pazienti e relativa valutazione				
	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 agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano nazionale di Contrasto dell'Antibiotico Resistenza (PNCAR) 2017-2020" ai sensi del D.A. 1162 del 27.06.2018	aderenza alle indicazioni regionali	100%	100%	100%
2.4 Consolidamento della raccolta delle emazie concentrate e del plasma	Rinnovo autorizzazione e Accredimento delle strutture trasfusionali della rete	Mantenimenti di quanto previsto dai decreti regionali autorizzativi e di accreditamento per SIMT e UDR fisse e	Mantenimento accreditamento. Verifica con esito positivo	Mantenimento accreditamento . Verifica con esito positivo	Mantenimento accreditamento. Verifica con esito positivo

	regionale.	mobili			
	Rispetto della previsione di raccolta delle EC Incremento della quantità di plasma destinato all'emoderivazione (cat A-B)	-----	Secondo PAA 2019-2020	Secondo PAA 2019-2020	Secondo PAA 2019-2020
2.5 Appropriatelyzza	Adempimenti regionali previsti dal piano annuale controlli analitici ( PACA)	Rispetto degli adempimenti previsti NOC	100% dei controlli previsti dell'anno 2018	100% dei controlli previsti dell'anno 2019	100% dei controlli previsti dell'anno 2020
	Aderenza al PNE	Svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE	Report	Report	Report
	Implementazione linee guida secondo direttive regionali	Report sulla base dei degli indicatori previsti nei rispettivi PDTA	SI	SI	SI
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	Indicatore 2020	Indicatore 2021	Indicatore 2022
3.1 Ottimizzazione casistica	Complessità casistica	Ottimizzazione del Peso Medio area medica (RO+DH)	≥ anno 2019	≥ anno 2020	≥ anno 2021
		Ottimizzazione del Peso Medio area chirurgica	≥ anno 2019	≥ anno 2020	≥ anno 2021
		Ottimizzazione dell'indice attività chirurgica	≥ anno 2019	≥ anno 2020	≥ anno 2021
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	94,3%	94,3%	94,3%
		Ottimizzare il tempo di permanenza in pronto soccorso	< 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	≥rispetto al 2019	≥rispetto al 2020	≥rispetto al 2021
		%accesso in riabilitazione cod. 56-60 a 30 gg dalla dimissione pz ≥ 65 anni	≥rispetto al 2019	≥rispetto al 2020	≥rispetto al 2021

		%accesso in riabilitazione cod. 60 a 30 gg dalla dimissione pz >=65 anni	≥rispetto al 2019	≥rispetto al 2020	≥rispetto al 2021
3.3Efficacia area ostetrica	Riduzione ricorso taglio cesareo	parti cesarei su parti donne non precesarizzate (cesarei primari)/parti di donne con nessun pregresso cesareo	PN 1° Livello ≤15% PN 2° livello ≤25%	secondo direttiva regionale	secondo direttiva regionale
3.4 Efficacia 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	≥91,8%	≥91,8%	≥91,8%
	Riduzione Mortalità	Mortalità a trenta giorni dal primo accesso per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA) tasso grezzo	Secondo direttiva PNE agenas	Secondo direttivaPNE agenas	Secondo direttiva PNE agenas
		Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (tasso grezzo)	Secondo direttiva PNE agenas	Secondo direttiva PNE agenas	Secondo direttiva PNE agenas
3.5Efficacia area chirurgica	Miglioramento Appropriata a organizzativa e fluidità processo	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg/numero totale di	≥95,3%	≥95,3%	≥95,3%

		ricoveri con			
		incremento numero di colecistectomia laparoscopica	aumento	aumento	aumento
3.6 Donazioni organi	Incremento dell'attività di donazioni organi	Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018 – 2020)	SI	SI	SI
		Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2020 non inferiore del 20% rispetto all'anno 2019.	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 20% rispetto all'anno precedente di riferimento	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 20% rispetto all'anno precedente di riferimento	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 20% rispetto all'anno precedente di riferimento
		Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38%	Valore obiettivo 100% se non superiore del 38% rispetto all'anno precedente di riferimento	Valore obiettivo 100% se non superiore del 38% rispetto all'anno precedente di riferimento	Valore obiettivo 100% se non superiore del 38% rispetto all'anno precedente di riferimento
		Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore	Valore obiettivo 100% se non inferiore del	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 30% rispetto	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 30% rispetto

		barrente) non inferiore al 30%	30% rispetto all'anno precedente di riferimento	all'anno precedente di riferimento	all'anno precedente di riferimento
		Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione.	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 )	> rispetto anno 2016 (anno Base)	> rispetto anno 2016 (anno Base)	> rispetto anno 2016 (anno Base)
	Contenimento mobilità passiva per interventi ortopedici in elezione	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga ( DRG 544-210 )	> rispetto anno 2016 (anno base)	> rispetto anno 2016 (anno base)	> rispetto anno 2016 (anno base)
	Contenimento mobilità passiva per	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga ( DRG 311-310 )	> rispetto anno 2016 (anno base)	> rispetto anno 2016 (Anno base)	> 30% rispetto anno 2016 (anno base)
	Contenimento mobilità passiva per Recupero e Riabilitazione Funzionale	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga ( DRG 256 )	> rispetto anno 2016 (anno base)	> rispetto anno 2016 (anno base)	> rispetto anno 2016 (anno base)
	Contenimento mobilità passiva Neurologia	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga ( DRG 12 )	> rispetto anno 2016 (anno base)	> rispetto anno 2016 (anno base)	> rispetto anno 2016 (anno base)

## 4. Contenimento dei Costi e Rispetto tetti di spesa

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2020	Indicatore 2021	Indicatore 2022
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 2020	< 2 % rispetto all'anno 2020
		Erogazione del primo ciclo di terapia	Rispetto erogazione popolazione target	Rispetto erogazione popolazione target	Rispetto erogazione popolazione target

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 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	a) Inventario e riconciliazione con libro cespiti del 100% 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	>= 85%	>= 90%	>= 90%

		Rispetto tempistica liquidazione fatture	Accettazione delle fatture entro 15 giorni dalla ricezione = obiettivo raggiunto al 100%	Accettazione delle fatture entro 15 giorni dalla ricezione = obiettivo raggiunto al 100%	Accettazione delle fatture entro 15 giorni dalla ricezione = obiettivo raggiunto al 100%
4.3 Fluidità processi amministrativi	Tempestività dei pagamenti	Rispetto tempistica pagamento fatture	Liquidazione delle fatture entro 15 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 75% Liquidazione delle fatture entro 10 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 100%	Liquidazione delle fatture entro 15 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 75% Liquidazione delle fatture entro 10 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 100%	Liquidazione delle fatture entro 15 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 75% Liquidazione delle fatture entro 10 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 100%
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	report trimestrale	report trimestrale	report trimestrale

		coerente dei 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	Grado di Implementazione linee guida LA	100%	mantenimento	mantenimento

	necessari ad alimentare i modelli di rilevazione LA.				
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 2020	aggiornamento ed integrazione del Piano entro il 31 gennaio 2021	aggiornamento ed integrazione del Piano entro il 31 gennaio 2022
		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	60%	70%	100%
		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	100%	mantenimento	mantenimento
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 e Piano Investimenti per anno successivo	Presentazione Piano 2020	Presentazione Piano 2021	Presentazione Piano 2022

		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	Report trimestrale	Report trimestrale	Report trimestrale
	BENI e SERVIZI	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	100%	100%	100%

		delle procedure di gara aziendali (no UREGA): 60 gg acquisti MEPA, 90 gg gara sottosoglia e 180 gg gara sovrasoglia.			
	PAA	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 2020 per l'anno 2019	Relazione entro il Febbraio 2021 per l'anno 2020	Relazione entro Febbraio 2022 per l'anno 2021

## 5. Contributo alla riorganizzazione aziendale

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2020	Indicatore 2021	Indicatore 2022
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-Gestione Rifiuti Solidi Ospedalieri assimilabili ai rifiuti urbani	Appropriatezza nella differenziazione e dei rifiuti assimilabili ai rifiuti urbani	Percentuale di corretta differenziazione sulla base delle schede di verifica scaturenti dall'attività di controllo	40%	50%	60%
5.3 Informatizzazione	Aumentare le prescrizioni dematerializzate da parte dei medici prescrittori	Percentuale di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (come risulteranno censiti e abilitati sul sistema TS e	Mantenimento dato anno 2019	Mantenimento	Mantenimento

		che avranno effettuato almeno una prescrizione)			
		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	Mantenimento dato anno 2018	Mantenimento dato anno 2018	Mantenimento dato anno 2018
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 2020. budget speso/budget assegnato	>80%	>80%	>80%
5.4 FSE	% dei consensi informati acquisiti rispetto al	> 5% per il 2019	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2019 secondo direttive	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2019 secondo	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2019 secondo

	numero dei pazienti ricoverati		regionali	direttive regionali	direttive regionali
	% dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	>10% per il 2019	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2019 secondo direttive regionali	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2019 secondo direttive regionali	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2019 secondo direttive regionali
5.5 Percorsi e Audit	Formalizzazione e 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 qualità percepita	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	>= 80%	>= 90%	>= 100%
	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
PRIVACY Adeguamento Regolamento UE 2016/679	Declinazione adempimenti nell'organizzazione aziendale	Formazione del Personale	>10%	>30%	>50%
		Creazione e aggiornamento Portale Privacy	100%	100%	100%
		Predisposizione e aggiornamento delle procedure aziendali	Deliberazione Regolamento Procedure (primo semestre 2019)	Aggiornamento o Procedure	Aggiornamento Procedure

## 6. Sanità pubblica e prevenzione

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2020	Indicatore 2021	Indicatore 2022
6.1 Sicurezza Alimentare	Garantire la disponibilità di laboratori per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano ( Criticità POCS).	Secondo direttive regionali	valore assegnato	valore assegnato	valore assegnato
	Attuazione dei piani di controllo ufficiale sugli alimenti (PRIC Sicilia) nonché -Piano nazionale residui -Piano di monitoraggio Molluschi bivalvi	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	Garantire la piena funzionalità (riversamento	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali

	massivo ed aggiornament o costante) del sistema informativo regionale Demetra in sicurezza alimentare ( Criticità PRP)				
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 riportati, rispettivamente dai regolamenti (Ce) n.1082/2013 e n. 1505/2006	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi caprina	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	Riduzione dei tempi di	Secondo direttive	valore atteso secondo direttive	valore atteso secondo	valore atteso secondo

	rientro nei focolai di tubercolosi bovina	regionali	regionali	direttive regionali	direttive regionali
	Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina ed ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
6.3 Tutela ambientale	Sorveglianza malformazioni congenite		valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	PRP macro obiettivo 2.8 ambiente e salute		valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	Amianto	Registro mesoteliomi esecuzioni interviste su esposizione in tutti i casi segnalati	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	Evidenza avvio interventi di promozione della salute sul corretto uso di cellulari e sulla eccessiva esposizione ai raggi UV (direttiva	Invio Report	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali

	32187 del 8.4.2016)				
6.4 Prevenzione luoghi di lavoro	Sorveglianza lavoratori ex esposti	Invio report trimestrali, invitare il 100% dei soggetti ex esposti riconosciuti	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
6.5 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 concentramen ti	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