

Regione Siciliana

Azienda Sanitaria Provinciale di

AGRIGENTO

ORIGINALE

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE F.F. N. 939 DEL 18/06/2020

OGGETTO: Relazione sul Ciclo della Performance anno 2019.

STRUTTURA PROPONENTE:  
 U.O.S. Pianificazione Programmazione Controllo Strategico e Controllo di Gestione  
 PROPOSTA N. 1131 DEL 18/06/2020

SERVIZIO RISORSE UMANE  
 Struttura Tecnica Permanente per la Misurazione e la Valutazione della Performance  
 Dr. A. Scichilone

IL DIRIGENTE RESPONSABILE  
 UOS Pianificazione Programmazione Controllo Strategico e Controllo di Gestione  
 Dr. Filadelfio Adriano Craco

VISTO CONTABILE

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

Autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ C.E. / C.P. \_\_\_\_\_

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO  
 IL DIRETTORE UOC SEF e P.  
 IL DIRETTORE  
 DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO  
 Dr. Beatrice S. S. S.

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA 18-06-2020

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

IL DIRETTORE GENERALE F.F.

Dott. Alessandro Mazzara, delegato dal Direttore Generale pro tempore, giusta delibera n.1193 del 14/11/2019, coadiuvato dal dott. Gaetano Mancuso, Direttore Sanitario giusta delibera n. 415 del 17/06/2019, con l'assistenza del Segretario verbalizzante Dott.ssa PATRIZIA TEDESCO

adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

## PROPOSTA

**Il Dirigente Responsabile della UOS Pianificazione Programmazione Controllo Strategico e Controllo di Gestione, Dr. Filadelfio Adriano Cracò:**

**Visto** l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con Delibera n. 880 del 10/06/2020;

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

**Visto** l'art. 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150/2009, così come modificato dal decreto legislativo n. 74/2017, il quale prevede che entro il 30 giugno di ciascun anno, le amministrazioni redigono e pubblicano sul proprio sito istituzione la Relazione annuale sulla performance, approvata dall'organo di indirizzo politico amministrativo e validata dall'OIV.

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

**Vista** la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 132 del 24.01.2019, con la quale questa ASP ha adottato il Piano della Performance 2019 – 2021;

**Vista** la delibera n. 894 del 12/06/2020, con la quale questa Azienda ha nominato i componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione, per la verifica della rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi aziendali.

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

### PROPONE

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

1. **Approvare** l'allegata "Relazione sul Ciclo della Performance anno 2019" - (parte integrante e sostanziale del presente provvedimento), nella quale viene illustrato il *Ciclo di gestione della performance* posto in essere nel corso dell'anno 2019.
2. **Stabilire** che curerà l'esecuzione del presente provvedimento il responsabile della Struttura Tecnica Permanente per la Misurazione della performance;
3. **Trasmettere** copia della Relazione sul Ciclo della Performance anno 2019 all'OIV della relazione che si approva, per la successiva validazione in conformità all'art. 10 del D.lgs. 150/2009.

4. **Stabilire** che la presente Deliberazione verrà pubblicata sul sito istituzionale di questa Azienda Sanitaria- sezione: "Amministrazione Trasparente" – sottosezione "Performance".
5. **Fornire** il presente atto di clausola di immediata esecuzione considerata la tempistica prevista dal citato art. 10 del D.lgs 150/2009.

**Attesta**, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

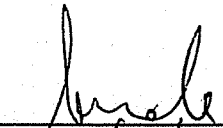
**IL DIRIGENTE RESPONSABILE**

UOS Pianificazione Programmazione Controllo Strategico e Controllo di Gestione  
Dr. Filadelfio Adriano Cracò

**SULLA SUPERIORE PROPOSTA VIENE ESPRESSO**

Parere

Data

  
\_\_\_\_\_  
28/06/2020

**Il Direttore Sanitario**  
Dott. Gaetano Mancuso

**IL DIRETTORE GENERALE F.F.**

**Vista** la superiore proposta di deliberazione, formulata dal Dr. Filadelfio Adriano Cracò, Responsabile della UOS Pianificazione Programmazione Controllo Strategico e Controllo di Gestione, che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

**Ritenuto** di condividere il contenuto della medesima proposta;

**Tenuto** conto del parere espresso dal Direttore Sanitario;

**DELIBERA**

di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal Dr. Filadelfio Adriano Cracò, Responsabile della UOS Pianificazione Programmazione Controllo Strategico e Controllo di Gestione.

**IL DIRETTORE SANITARIO**

Dott. Gaetano Mancuso

**IL DIRETTORE GENERALE F.F.**

Dott. Alessandro Mazzara

IL TITOLARE DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA  
**Il Segretario verbalizzante**  
UFFICIO DI SEGRETERIA, PROTESTE  
DI ATTI E ANUMA  
Dott.ssa Patrizia Tedesco

4. stabilite che la presente Deliberazione verrà pubblicata sul sito istituzionale di questa Azienda Sanitaria - sezione "Amministrazione Trasparente" - sottosezione "Struttura".

5. fornire il presente atto di chiusura di procedura esecutiva convalidata in compliance, ai sensi del citato art. 10 del D.lgs. 150/2009.

Attesto (firma) che la presente proposta è seguita dall'istruttoria effettuata nella forma e nella sostanza e legittima e pienamente conforme alle normative che disciplinano la fattispecie trattata.

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

UOS Programmazione, Controllo Strategico e Controllo di Gestione  
Dr. Flabellino Adriano Croce

SULLA FOTOCOPIA INFORMATICA

Firma  
Data

Il Direttore Sanitario  
Dott. Gaetano Marano



IL DIRETTORE SANITARIO

Vista la suddetta proposta di deliberazione formulata dal Dr. Flabellino Adriano Croce, responsabile della UOS Programmazione, Controllo Strategico e Controllo di Gestione, che a seguito dell'istruttoria effettuata nella forma e nella sostanza, ha attestato la legittimità e la piena conformità alle normative che disciplinano la fattispecie trattata;  
ritenuto di convalidare il contenuto della medesima proposta;  
Tenuto conto del parere espresso dal Direttore Sanitario;

DELIBERA

di approvare la suddetta proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come è contenuta e sottoscritta dal Dr. Flabellino Adriano Croce, responsabile della UOS Programmazione, Controllo Strategico e Controllo di Gestione.

IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Gaetano Marano

IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Gaetano Marano

IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Gaetano Marano



# RELAZIONE SUL CICLO DELLA PERFORMANCE ANNO 2019

# Indice

|  |         |
|--|---------|
| Presentazione  | Pag. 3  |
| Il contesto normativo di riferimento   | Pag. 3  |
| L'Amministrazione  | Pag. 4  |
| - Il Dipartimento  | Pag. 8  |
| -Il Distretto Ospedaliero  | Pag. 9  |
| - Il Dipartimento Ospedaliero  | Pag. 9  |
| - Il Distretto Sanitario   | Pag. 12 |
| - Le Risorse Umane   | Pag. 14 |
| Obiettivi Aziendali  | Pag. 15 |
| Albero della Performance   | Pag. 16 |
| Il Ciclo di Gestione della Performance   | Pag. 17 |
| L'Organismo Indipendente di Valutazione  | Pag. 18 |
| I Regolamenti per la valutazione anno 2019   | Pag. 19 |
| Il piano della performance 2019 - 2021 -   | Pag. 20 |
| Gli obiettivi strategici - organizzativi -   | Pag. 22 |
| Gli obiettivi operativi -  | Pag. 23 |
| Quadro sintesi del piano della performance 2019 - obietti - indicatori - risultati - | Pag. 25 |
| Gli Obiettivi del piano attuativo aziendale - 2019 - 2020                            | Pag. 56 |
| Il PAA e gli obiettivi di salute e funzionamento - 2019 - i risultati -              | Pag. 56 |
| Risorse, Economiche  | Pag. 61 |
| Punti di forza e di debolezza del ciclo della performance                            | Pag. 63 |

M

## 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 2019, in relazione agli obiettivi programmati e inseriti nel Piano della Performance 2019-2021 e nel Piano Attuativo Aziendale 2019.

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 si è 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 attraverso la ridefinizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologico e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera; l'Assessorato Regionale della Salute con D.A. n. 22/2019, ha approvato il nuovo documento di riordino della rete ospedaliera della Regione Siciliana ai sensi del D.M.2 Aprile 2015 n.70. 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. 1675 del 31.07.2019, 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 2019 ed in modo notevole sulla **responsabilizzazione degli operatori ispirato al ciclo della performance.**

L'Azienda nella redazione del piano della performance 2019-2021 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 Ospedaliera di cui al D.A. n.22/2019.

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 D.A. n.22/2019, l'Azienda ha basato la 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, affinché si 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 l' Atto Aziendale, approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, 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.

Nel 2019 secondo le determinazioni assunte del D.A. n. 1675 del 31.07.2019, recante le "Linee di indirizzo per la rideterminazione delle dotazioni organiche delle aziende del Servizio Sanitario Regionale" l'Azienda ha redatto un nuovo Atto Aziendale ( delibera 265 del 23.12.2019), approvato con Decreto Assessoriale n. 478 del 04/06/2020 (delibera di presa atto n. 880 del 10.06.2020), con il quale ha inteso procedere alla riorganizzazione dell'Azienda ai sensi di quanto statuito dalle linee guida e di indirizzo per la redazione del documento Atto Aziendale.

Corre l'obbligo sottolineare che per l'anno 2019, comunque, l'ASP ha strutturato la contrattazione sulla base dell'Atto Aziendale vigente al momento della negoziazione, secondo cui gli Organi dell'ASP di Agrigento sono così costituiti:

- 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. Consultori Territoriali, per la gestione delle attività dei consultori 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 "Sciacca-Ribera".

Sono altresì, previsti i c.d. Dipartimenti Transmurali, 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 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 transmurali (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'allocatione 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:

- l'erogazione uniforme dell'attività ospedaliera sull'intero territorio di riferimento;
- 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;
- 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 AG1 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 del vigente Atto Aziendale vigente al momento della contrattazione.

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 complementarietà.

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<br>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, Ippolito, 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 Canicatti:</u>     | <i>Camastra, Campobello di Licata, Canicatti, Castrolibero, Grotte, Naro, Racalmuto, Ravanusa.</i>  |
| <u>Distretto Sanitario di Casteltermeni:</u> | <i>Cammarata, Casteltermeni, 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>   |

605

## 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 31/12/2019 è risultato pari a n. 2.905 unità, in dettaglio:

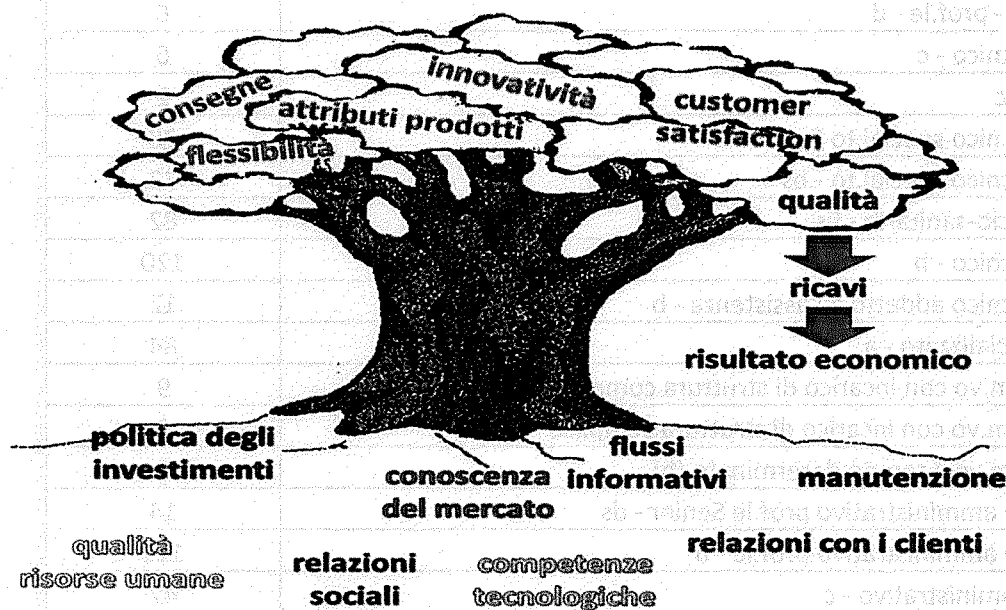
| qualifica / posiz.economica/profilo                              | PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO IN SERVIZIO AL 31.12.2019 |
|--|---|
| Dir. medico con inc. struttura complessa (rapp. esclusivo)       | 26  |
| Dir. medico con inc. di struttura complessa (rapp. non escl.)    | 4   |
| Dir. medico con incarico di struttura semplice (rapp. esclusivo) | 46  |
| Dir. medico con incarico di struttura semplice (rapp. non escl.) | 2   |
| dirigenti medici con altri incar. prof.li (rapp. esclusivo)      | 482   |
| 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)            | 30  |
| 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)  | 1   |
| Farmacisti con altri incar. prof.li (rapp. esclusivo)            | 16  |
| Biologi con altri incar. prof.li (rapp. esclusivo)               | 15  |
| 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)   | 8   |
| Psicologi con altri incar. prof.li (rapp. esclusivo)             | 20  |
| psicologi con altri incar. prof.li (rapp. non escl.)             | 1   |
| coll.re prof.le sanitario - pers. Infer. Senior - ds             | 24  |
| coll.re prof.le sanitario - pers. infer. - d                     | 1131  |
| oper.re prof.le di II cat.pers. Inferm. Senior-c                 | 5   |
| oper.re prof.le di II cat.pers. inferm. bs                       | 1   |
| coll.re prof.le sanitario - pers. Tec. Senior - ds               | 1   |
| coll.re prof.le sanitario - pers. tec.- d                        | 110   |
| 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   |
| 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     | 4           |
| collab.re prof.le assistente sociale - d             | 62          |
| collab.re tec. - prof.le - d                         | 6           |
| assistente tecnico - c                               | 6           |
| program.re - c                                       | 2           |
| operatore tecnico special.to Senior - c              | 28          |
| operatore tecnico special.to - bs                    | 32          |
| operatore socio-sanitario - bs                       | 82          |
| operatore tecnico - b                                | 120         |
| operatore tecnico addetto all'assistenza - b         | 12          |
| ausiliario specializzato - a                         | 84          |
| dirigente amm.vo con incarico di struttura complessa | 9           |
| Dirigente amm.vo con incarico di struttura semplice  | 2           |
| dirigente amm.vo a tempo determinato (b)             | 1           |
| collaboratore amministrativo prof.le Senior - ds     | 14          |
| collaboratore amministrativo prof.le - d             | 121         |
| assistente amministrativo - c                        | 47          |
| coadiutore amm.vo Senior - bs                        | 6           |
| coadiutore amm.vo - b                                | 142         |
| commesso - a   | 28          |
| <b>TOTALE</b>  | <b>2905</b> |

**- 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. 132 del 24/01/2019- "Aggiornamento del Piano Triennale della Performance 2019-2021"- si è dotata del Piano della Performance 2019-2021, 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, l'attività di responsabilizzazione a livello aziendale parte sicuramente dagli Obiettivi di Salute e Funzionamento ed Obiettivi Contrattuali in ragione degli obiettivi assegnati per gli anni 2019-2020 alla Direttore Generale pro-tempore e degli indirizzi scaturenti dalle innovazioni normative e di pianificazione strategica.

Le indicazioni ricevute da parte dell'Assessorato Regionale della Sanità, determinano l'elaborazione di una serie di parametri sulla base dei quali saranno operate, nel corso del processo e successivamente allo stesso, le dovute verifiche. Anche per l'anno 2019 ciò è stato il punto di partenza per la definizione degli obiettivi, procedendo tuttavia ad una serie di integrazioni necessarie per il processo di responsabilizzazione e per considerare anche 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.

*[Handwritten signature]*

## - 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 | - Direzione strategica aziendale<br>- Programmazione e controllo di gestione<br>- Politiche del personale   |
| fase b | Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse   | - Programmazione e Controllo di Gestione  |
| fase c | 1) Monitoraggio in corso di esercizio<br>2) Attivazione di eventuali interventi correttivi   | 1) Programmazione e controllo di gestione<br>2) Direzione strategica aziendale  |
| fase d | Misurazione e valutazione annuale della performance individuale  | - Il dirigente di struttura immediatamente sovraordinata, in prima istanza;<br>- L' O.I.V. in seconda istanza   |
| fase e | Misurazione e valutazione annuale delle unità organizzative  | - L'O.I.V. per la misurazione e valutazione della performance con riferimento alle strutture (dipartimenti/coordinamenti/strutture complesse) secondo modalità conformi alle direttive impartite dalla commissione di cui all'articolo 13 del decreto legislativo n. 150/09 |
| fase f | Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito   | Settore personale   |
| fase g | Rendicontazione dei risultati ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi                 | - Settore personale/U.O. politiche del personale<br>- Comunicazione istituzionale - sito web<br>- 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. 894 del 12.06.2020, ai sensi del D. Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., della deliberazione Civit n. 12/2013, del DPR n. 105/2016 e del DPCM del 02/12/2016, il suddetto Organismo, composto da tre esperti, di cui uno con funzione di Presidente, in possesso di requisiti di professionalità ed esperienza, con competenze tecniche di valutazione e di controllo di gestione, comprovate dalla iscrizione all'elenco nazionale dei componenti OIV di cui al Decreto 2 dicembre 2016 della Presidenza del Consiglio dei Ministri- l Dipartimento della Funzione Pubblica.

L'organismo indipendente di valutazione svolge le funzioni e le attività di cui all'articolo 14 del decreto legislativo n. 150 del 2009 con l'obiettivo di supportare l'amministrazione sul piano metodologico e verificare la correttezza dei processi di misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della performance organizzativa e individuale. Verifica, inoltre, che l'amministrazione realizzi nell'ambito del ciclo della performance un'integrazione sostanziale tra programmazione economico-finanziaria e pianificazione strategico-gestionale. Ai fini della valutazione della performance organizzativa, promuove l'utilizzo da parte dell'amministrazione dei risultati derivanti dalle attività di valutazione esterna delle amministrazioni e dei relativi impatti.

In particolare:

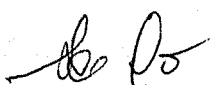
- a) monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso ((, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi));
- b) comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché' alla Corte dei conti ((e al Dipartimento della funzione pubblica));
- c) valida la Relazione sulla performance, a condizione che la stessa sia redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione;

- d) garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione ((con particolare riferimento alla significativa differenziazione dei giudizi di cui all'articolo 9, comma 1, lettera d) )), nonché dell'utilizzo dei premi di cui al Titolo III, secondo quanto previsto dal presente decreto; dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- e) propone, sulla base del sistema di cui all'articolo 7, all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi di cui al Titolo III;
- f) è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti ((dal Dipartimento della funzione pubblica sulla base del decreto adottato ai sensi dell'articolo 19, comma 10, del decreto legge n. 90 del 2014));
- g) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
- h) verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

#### **- I REGOLAMENTI AZIENDALI PER LA VALUTAZIONE ANNO 2019 -**

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 2019 - 2021 -**

Nello sviluppo del Piano della Performance 2019 - 2021 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 assegnati alle Direzioni Generali nell'ambito contrattuale; considerato che per l'anno 2018 non vi è stata assegnazione all'Azienda di nuovi obiettivi da parte dell'Assessorato Regionale della Sanità per cui anche per la contrattazione dell'anno 2018, si è ritenuto di utilizzare l'impalcatura degli obiettivi del biennio 2016-2017.

Per l'anno 2019 la contrattazione di budget con le Strutture Aziendali è discesa dall'assegnazione di obiettivi specifici di tipo contrattuale e di salute e funzionamento al Direttore Generale pro tempore, avvenuta con notifica di nomina nell'Aprile del 2019.

Il piano della performance adottato con **Deliberazione del Commissario Straordinario n. 132 del 24.01.2019**, è stato oggetto di attento esame da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione; esso costituisce il presupposto per la predisposizione della presente relazione annuale sulla performance anche se per l'assegnazione degli obiettivi alle articolazioni aziendali ci si è riferiti al modello di performance ispirato ai nuovi obiettivi contrattuali e di salute e funzionamento assegnati all'atto del conferimento dell'incarico al nuovo direttore Generale pro-tempore.

La finalità del Piano della Performance è quella di tracciare i criteri che perimetrano le attività di budgeting, 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 2019/2021;
- 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 assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute, questa ASP ha tradotto gli stessi in un set di indicatori trasposti anche nel Piano della Performance 2019-2021, che sintetizzano il portafoglio dell'offerta sanitaria dell'Asp, ciò ha rappresentato uno *step* imprescindibile per l'Amministrazione.

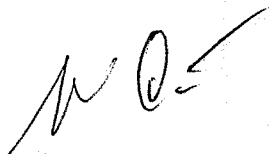
Le linee di indirizzo regionali hanno costituito una base solida per il piano della performance 2019- 2021, dal momento che sono state individuate le suddette aree di intervento:

1. Assistenza territoriale ed integrazione socio sanitaria e privacy;
2. Appropriata organizzazione 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 2019 la cui tecnica di individuazione è stata descritta nel Piano della performance, hanno costituito la prosecuzione logica di quanto già avviato negli anni precedenti.

A tal fine, gli obiettivi della Direzione Strategica derivanti dal mandato istituzionale e dalle indicazioni espressamente assegnati in sede assessoriale con il Piano Attuativo Aziendale 2019-2020 e con gli obiettivi di Salute e Funzionamento, sono stati selettivamente ribaltati 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 2019, 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.CC., 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, avvalendosi della U.O.S. Controllo di Gestione, ha predisposto le schede di budget del 2019, 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.S. 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 il piano 2019-2021 contiene chiare informazioni, di facile comprensibilità al pari delle unità di misura e la cui fonte sia facilmente individuabile.

Tale piano risulta implementato nella parte degli obiettivi di nuova assegnazione così come contenuti nel contratto del Direttore Generale notificato nell'Aprile dell'Anno 2019.



# ASP AGRIGENTO

## PIANO PERFORMANCE OBIETTIVI 2019- 2021

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

| Obiettivo strategico                | Obiettivo operativo  | VALORE ATTESO   | Indicatore 2019   | Grado di raggiungimento obiettivo | Note commento |
|-------------------------------------|--|---|---|-----------------------------------|---------------|
| 1.1 Presa in carico della cronicità | Contenimento ospedalizzazione 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% | 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 quantitativo 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 PLSUAP  | mantenimento   | 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 | Pienamente Raggiunto |

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

to Or

|                     |   |   |  |  |  |
|---------------------|---|---|--|--|--|
|                     | l'Autismo   | servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativo<br>1.3 B<br>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 | Pienamente Raggiunto                             | Dati pubblicati su portale srsalute  |
|                     |   | 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 | Pienamente Raggiunto                             | Dati pubblicati su portale srsalute  |
| 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 per la parte degli inviti | L'obiettivo "estensione degli inviti" è stato raggiunto al 100%. Le adesioni risentono della scarsa adesione della popolazione target. |
|                     |   | n. test eseguiti per tumore colon retto/popolazione   | >=50%- scala obiettivi   | Pienamente Raggiunto per la parte degli inviti   | L'obiettivo "estensione degli inviti" è stato raggiunto al 100%. Le adesioni risentono della scarsa adesione della popolazione target. |



|   |                                     |  |   |  |   |
|---|-------------------------------------|--|---|--|---|
|   |                                     | target   | Agenas  |  |   |
|   |                                     | n. test eseguiti per tumore mammella/popolazione target  | >=60% - scala obiettivi Agenas  | Pienamente Raggiunto per la parte degli inviti | L'obiettivo "estensione degli inviti" è stato raggiunto al 100%. Le adesioni risentono della scarsa adesione della popolazione target |
|   |                                     | Rispetto del valore previsto dal ministero della salute delle estensioni su tutti gli screening  | secondo direttive ministeriali  | Pienamente Raggiunto per la parte degli inviti | L'obiettivo "estensione degli inviti" è stato raggiunto al 100%. Le adesioni risentono della scarsa adesione della popolazione target |
| 1.6 Copertura vaccinale e sorveglianza malattie infettive | implementazione copertura vaccinale | N. Soggetti vaccinati /popolazione residente   | target 92-95% a 24 mesi, per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco | Pienamente Raggiunto                           |   |
|   |                                     | 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   | Pienamente Raggiunto                           |   |

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

## 2. Appropriata organizzativa e Sicurezza

| Obiettivo strategico                        | Obiettivo operativo           | VALORE ATTESO   | Indicatore 2019   | Grado di raggiungimento obiettivo | Note commento  |
|---|-------------------------------|---|---|-----------------------------------|--|
| 2.1 utilizzo appropriato risorse produttive | Sicurezza Sale Operatorie     | utilizzo check list sale operatorie   | >75%  | Parzialmente raggiunto            | L'obiettivo è sempre più attenzionato in considerazione dei controlli sulle Schede analizzate dai NOC  |
|   |                               | Utilizzo applicativo registro operatorio (ORMAWEB )   | 100%  | Parzialmente raggiunto            | Misura correttiva: tale obiettivo è particolarmente attenzionato e l'eventuale non utilizzo di tale sistema è attualmente marginale  |
|   | fluidità percorsi ospedalieri | Degenza Media per ricoveri acuti chirurgici (RO)  | Mantenimento  | Parzialmente raggiunto            | Misura correttiva: adozione della nuova dotazione organica in funzione dell'atto aziendale   |
|   |                               | Degenza Media per ricoveri acuti medici (RO)  | Mantenimento  | Parzialmente raggiunto            | Misura correttiva: adozione della nuova dotazione organica in funzione dell'atto aziendale   |
|   | Gestione sovrappollamento PS  | Indicatore 1: Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa (outcome)<br>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<br>Azione 1: monitoraggi o continui del sovrappollamento sulla base degli indicatori di sovrappollamento in coerenza al | Parzialmente raggiunto            | L'obiettivo è monitorato con applicativi aziendali basati su flusso emur. Per l'anno 2019 si è evidenziato una disomogenea applicazione dei criteri per il raggiungimento dell'efficienza operativa dei pronto soccorsi dell'azienda . ulteriori correttivi saranno posti in essere successivamente all'emergenza COVID-19 |

|                                |   |  |   |                         |  |
|--------------------------------|---|--|---|-------------------------|--|
|                                |   |  | D.A.<br>1584/2018;  | Pienamente<br>raggiunto |  |
|                                |   |  | Azione 2:<br>l'attuazione<br>degli<br>interventi e<br>azioni di<br>prevenzione e<br>contrasto al<br>sovraffollam<br>ento; |                         |  |
|                                |   |  | Azione 3:<br>l'adozione del<br>Piano<br>Aziendale per<br>la   |                         |  |
|                                |   |  | Gestione del<br>Sovraffollam<br>ento;   |                         |  |
|                                |   |  | Azione 4:<br>Relazione<br>annuale del<br>PAGS sui<br>risultati<br>raggiunti e<br>sullo stato di<br>avanzamento<br>lavori; |                         |  |
| 2.2 Efficacia Punti<br>Nascita | Miglioramento<br>Sicurezza Punti<br>nascita | PN senza UTIN: parti<br>con età gestazionale<br>inferiore a 34<br>settimane compiute la<br>cui madre sia stata<br>ricoverata da più di 24<br>ore | secondo<br>direttiva<br>regionale<br>ultima<br>disponibile  | Pienamente<br>raggiunto |  |
|                                |   | PN senza UTIN:<br>percentuale dei neonati<br>trasferiti entro le prime<br>72 ore di vita   | <8%<br>oppure<br>secondo<br>direttiva<br>regionale  | Pienamente<br>raggiunto |  |

|                            |  |  |  |                      |  |
|----------------------------|--|--|--|----------------------|--|
|                            |  |  | ultima disponibile                                 |                      |  |
|                            |  | PN con UTIN: numero neonati dimessi direttamente da TIN/totale pazienti ricoverati nella TIN   | <5%  | Pienamente raggiunto |  |
|                            |  | Elaborazione di un report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio                                | trimestrale  | 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 | Percentuale di completezza scheda A e scheda B. in coerenza al protocollo nazionale SIMES<br><br>Monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive | 90%  | Pienamente raggiunto |  |
|                            | Implementazione delle raccomandazioni ministeriali o di organismi          | check list di autovalutazione  | SI<br><br>Report monitoraggi o su richiesta Agenas | Pienamente raggiunto |  |

|  |  |  |  |                      |  |
|--|--|--|--|----------------------|--|
|  | 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                             | Pienamente raggiunto |  |
|  | Programma di monitoraggio sistematico dell'uso della checklist in Sala Operatoria  | Corretto utilizzo della check list in sala operatoria e relativo monitoraggio                                  | Report annuali   | Pienamente raggiunto |  |
|  | 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%   | Pienamente raggiunto |  |
| 2.4<br>Consolidamento della raccolta delle emazie concentrate e del plasma | Rinnovo autorizzazione e Accreditazione 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 | Pienamente raggiunto | Il dato è comunque in fase di consolidamento |

|                                    |   |   |  |                                      |  |
|------------------------------------|---|---|--|--------------------------------------|--|
|                                    | regionale.  | mobili  |  |                                      |  |
|                                    | Rispetto della previsione di raccolta delle EC                              |   |  |                                      |  |
|                                    | Incremento della quantità di plasma destinato all'emoderivazione (cat A-B)  |   | Secondo PAA 2019- 2020                     | Pienamente raggiunto                 |  |
| 2.5 Appropriatelyzza               | Adempimenti regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA) | Rispetto degli adempimenti previsti NOC   | 100% dei controlli previsti dell'anno 2018 | Pienamente raggiunto per l'anno 2018 |  |
|                                    | Aderenza al PNE   | Svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE  | Report                                     | Pienamente raggiunto                 |  |
|                                    | Implementazione linee guida secondo direttive regionali                     | Report sulla base dei degli indicatori previsti nei rispettivi PDTA               | SI   | 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 | >=per punto fisico                         | Pienamente raggiunto                 |  |

### 3. Obiettivi di salute e funzionamento

| Obiettivo strategico          | Obiettivo operativo   | VALORE ATTESO  | Indicatore 2019   | Grado di raggiungimento obiettivo | Note commento  |
|-------------------------------|---|--|-------------------|-----------------------------------|--|
| 3.1 Ottimizzazione casistica  | Complessità casistica   | Ottimizzazione del Peso Medio area medica (RO+DH)                            | > anno 2019       | Parzialmente raggiunto            | Misura correttiva: adozione della nuova dotazione organica in funzione dell'atto aziendale   |
|                               |   | Ottimizzazione del Peso Medio area chirurgica                                | anno 2019         | Parzialmente raggiunto            | Misura correttiva: adozione della nuova dotazione organica in funzione dell'atto aziendale   |
|                               |   | Ottimizzazione dell' indice attività chirurgica                              | > anno 2019       | Parzialmente raggiunto            | Misura correttiva: adozione della nuova dotazione organica in funzione dell'atto aziendale   |
| 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%             | Parzialmente raggiunto            | Il valore raggiunto evidenzia un raggiungimento parziale dell'obiettivo anche se in crescita |
|                               |   | % pazienti con verticalizzazione entro le 48H                                | >30%              | Pienamente raggiunto              |  |
|                               |   | %pazienti con mobilitazione precoce entro le 48h                             | >20%              | Pienamente raggiunto              |  |
|                               |   | %accesso in riabilitazione cod. 56 a 30 gg dalla dimissione pz >= 65 anni    | >rispetto al 2019 | Pienamente raggiunto              |  |
|                               |   | %accesso in riabilitazione cod. 56- 60 a 30 gg dalla dimissione pz >=65 anni | >rispetto al 2019 | Pienamente raggiunto              |  |



|                                 |  |   |  |  |  |
|---------------------------------|--|---|--|--|--|
|                                 |  | %accesso in riabilitazione cod. 60 a 30 gg dalla dimissione pz >=65 anni  | >rispetto al 2019                        | Pienamente raggiunto                         |  |
| 3.3 Efficacia 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%<br>PN 2° livello <25% | Pienamente raggiunto per il PN di 2° livello |  |
| 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 sterni | >91,8%                                   | Pienamente raggiunto                         |  |
|                                 | Riduzione Mortalità  | Mortalità a trenta giorni dal primo accesso per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA) tasso grezzo  | Secondo direttiva PNE aenas              |  |  |
|                                 |  | Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (tasso grezzo)   | Secondo direttiva PNE aenas              | Pienamente raggiunto                         | Obiettivo è valutabile da reportistica regionale per cui se presente difformità viene richiesto di attivare audit correttivi |
| 3.5 Efficacia area chirurgica   | Miglioramento Appropriatelyzza organizzativa e fluidità processo | Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza postoperatoria inferiore a 3 gg/numero totale di ricoveri  | >95,3%                                   | Pienamente raggiunto                         |  |

|                      |  |  |  |                      |   |
|----------------------|--|--|--|----------------------|---|
|                      |  | Incremento numero di colecistectomia laparoscopica   | aumento  | Pienamente raggiunto |   |
|                      |  | Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018- 2020)                       | SI   | Pienamente raggiunto |   |
| 3.6 Donazioni organi | Incremento dell'attività di donazioni organi | 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 | Pienamente raggiunto | Anche se deve considerarsi che l'Asp non è sede di UOC neurochirurgia |
|                      |  | Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38%   | Valore obiettivo 100% se non superiore del 38% rispetto all'anno precedente di riferimento | Pienamente raggiunto |   |
|                      |  | Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore  | Valore obiettivo 100% se non inferiore del   | Pienamente raggiunto |   |

|                                   |  |   |   |                        |  |
|-----------------------------------|--|---|---|------------------------|--|
|                                   |  | barrente) non inferiore al 30%  | 30% rispetto all'anno precedente di riferimento |                        |  |
|                                   |  | Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione. | 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 )                        | > rispetto anno 2016 (anno Base)                | Parzialmente raggiunto | L'obiettivo necessita di un coinvolgimento multidisciplinare ed in particolare risente della capacità d'investimento dell'azienda ( se presenti risorse in bilancio) in oltre è necessario l'utilizzo di risorse in grado di incrementare l'indice di attrazione |
|                                   | Contenimento mobilità passiva per interventi ortopedici in elezione    | Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga ( DRG 544-210 )                                | > rispetto anno 2016 (anno base)                | Parzialmente raggiunto | L'obiettivo necessita di un coinvolgimento multidisciplinare ed in particolare risente della capacità d'investimento dell'azienda ( se presenti risorse in bilancio) in oltre è necessario l'utilizzo di risorse in grado di incrementare l'indice di attrazione |
|                                   | Contenimento mobilità passiva  | Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga ( DRG 311-310 )                                | > rispetto anno 2016 (anno base)                | Parzialmente raggiunto | L'obiettivo necessita di un coinvolgimento multidisciplinare ed in particolare risente della capacità d'investimento dell'azienda ( se presenti risorse in bilancio) in oltre è necessario l'utilizzo di risorse in grado di incrementare l'indice di attrazione |
|                                   | Contenimento mobilità passiva per Recupero e Riabilitazione Funzionale | Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga ( DRG 256 )                                    | > rispetto anno 2016 (anno base)                | Parzialmente raggiunto | L'obiettivo necessita di un coinvolgimento multidisciplinare ed in particolare risente della capacità d'investimento dell'azienda ( se presenti risorse in bilancio) in oltre è necessario l'utilizzo di risorse in grado di incrementare l'indice di attrazione |
|                                   | Contenimento mobilità passiva Neurologia                               | Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga ( DRG 12 )                                     | > rispetto anno 2016 (anno base)                | Parzialmente raggiunto | L'obiettivo necessita di un coinvolgimento multidisciplinare ed in particolare risente della capacità d'investimento dell'azienda ( se presenti risorse in bilancio) in oltre è necessario l'utilizzo di risorse in grado di incrementare l'indice di attrazione |

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

| Obiettivo strategico                                  | Obiettivo operativo                            | VALORE ATTESO   | Indicatore 2020  | Grado di 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 farmaceutica        | monitoraggio e contenimento spesa farmaceutica | Riduzione scorte di magazzino e monitoraggio spesa tramite procedura informatizzata                           | < 2 % rispetto all'anno precedente                                     | Pienamente raggiunto              |               |
|   |  | Erogazione del primo ciclo di terapia   | Rispetto erogazione popolazione target                                 | 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 60% dei beni mobili strumentali esistenti<br>b) Report trimestrale | Pienamente raggiunto |  |
|  | Monitoraggio locazioni passive   | Mappatura locazioni passive con individuazione di proposte di recessione contratti in essere con eventuale utilizzo locali di proprietà | report trimestrale   | Pienamente raggiunto |  |
|  | 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  | >= 85%   | Pienamente raggiunto |  |

|  |   |  |   |                        |   |
|--|---|--|---|------------------------|---|
|  |   | Rispetto tempistica liquidazione fatture   | Accettazione delle fatture entro 15 giorni dalla ricezione = obiettivo raggiunto al 100%  | Parzialmente raggiunto | L'obiettivo monitorato per il primo anno necessita sicuramente di ulteriori aggiustamenti da porre in essere nell'anno 2020 |
| 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%<br>Liquidazione delle fatture entro 10 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 100% | Parzialmente raggiunto | L'obiettivo monitorato per il primo anno necessita sicuramente di ulteriori aggiustamenti da porre in essere nell'anno 2020 |
| 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  | Parzialmente raggiunto | L'obiettivo monitorato per il primo anno necessita sicuramente di ulteriori aggiustamenti da porre in essere nell'anno 2020 |

|  |  |   |                         |                        |   |
|--|--|---|-------------------------|------------------------|---|
|  |  | 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      | Parzialmente raggiunto | L'obiettivo monitorato per il primo anno necessita sicuramente di ulteriori aggiustamenti da porre in essere nell'anno 2020 |
| 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 | Grado di Implementazione linee guida LA   | 100%                    | Pienamente raggiunto   |   |

|                                  |  |   |  |                      |  |
|----------------------------------|--|---|--|----------------------|--|
|                                  | necessari ad alimentare i modelli di rilevazione LA.                                   |   |  |                      |  |
|                                  |  | Aggiornamento Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTCT)  | adozione aggiornamento ed integrazione del Piano entro il 31 gennaio 2020                                    | Pienamente raggiunto |  |
| 4.6 Trasparenza e Anticorruzione | Attuazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | 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 | Pienamente raggiunto |  |



|   |  |   |                          |                      |  |
|---|--|---|--------------------------|----------------------|--|
|   |  | Formazione per personale dipendente. N personale formato /n. personale da formare   | 60%                      | 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 | 100%                     | 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 2020 | Pienamente raggiunto |  |

|  |                       |   |  |                      |  |
|--|-----------------------|---|--|----------------------|--|
|  |                       | 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 D.A. n. 2080/2013    | Report trimestrale   | Pienamente raggiunto |  |
|  | <b>BENI e SERVIZI</b> | 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  | 100%   | Pienamente raggiunto |  |

|  |  |   |   |                         |  |
|--|--|---|---|-------------------------|--|
|  |  | delle<br>procedure di<br>gara aziendali<br>(no UREGA): 60<br>gg acquisti<br>MEPA, 90 gg<br>gara<br>sottosoglia e 180<br>gg gara<br>sovrasoglia. |   |                         |  |
|  | PAA  | n. azioni<br>realizzate/n.<br>azioni previste   | >= 95%  | Pienamente<br>raggiunto |  |
|  | Monitoraggio e<br>regolamentazioni<br>ALPI | Monitoraggio<br>costi e verifica<br>remuneratività<br>delle tariffe in<br>attuazione del<br>nuovo<br>regolamento<br>ALPI                        | Relazione entro il<br>28 Febbraio 2020<br>per l'anno 2019 | Pienamente<br>raggiunto |  |

## 5. Contributo alla riorganizzazione aziendale

| Obiettivo strategico   | Obiettivo operativo                                 | VALORE ATTESO  | Indicatore<br>2020 | Grado di<br>raggiungimento<br>obiettivo | Note commento |
|------------------------|---|--|--------------------|---|---------------|
| 5.1 Flussi informativi | tempestività e<br>qualità dei flussi<br>informativi | Rispetto dei tempi<br>di trasmissione su<br>piattaforma NSIS   | 100%               | Pienamente<br>raggiunto                 |               |
|                        |   | Qualità dei flussi<br>con %scarti > 1% dei<br>record trasmessi | 100%               | Pienamente<br>raggiunto                 |               |

|  |  |   |                             |                        |  |
|--|--|---|-----------------------------|------------------------|--|
|  |  | Miglioramento del sistema di codifica delle SDO:<br>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-Gestione Rifiuti Solidi Ospedalieri assimilabili ai rifiuti urbani | Appropriatezza nella differenziazione dei rifiuti assimilabili ai rifiuti urbani | Percentuale di corretta differenziazione sulla base delle schede di verifica scaturenti dall'attività di controllo  | 40%                         | Parzialmente raggiunto |  |
| 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 | Pienamente raggiunto   |  |

|   |  |  |  |  |                      |
|---|--|--|--|--|----------------------|
|   |  | 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                                      |  | Pienamente raggiunto |
|   |  | Predisposizione piano formativo aziendale  | SI   |  | Pienamente raggiunto |
|   |  | Programma e Monitoraggio degli interventi di formazione  | si   |  | Pienamente raggiunto |
| 5.3 Formazione professionisti e Ricerca |  | Realizzazioni e monitoraggio azioni previste nel piano formativo aziendale 2020. budget speso/budget assegnato   | >80%   |  | Pienamente raggiunto |
| 5.4 FSE                                 | % dei consensi informati acquisiti rispetto al | > 5% per il 2019   | Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2019 secondo direttive |  | Pienamente raggiunto |

|   |  |   |  |                      |  |
|---|--|---|--|----------------------|--|
|   | numero dei pazienti ricoverati   |   | 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 | 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   | >= 80%  | Pienamente raggiunto |  |
|  | 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 |  |
| PRIVACY<br>Adeguamento Regolamento UE 2016/679 | Declinazione adempimenti nell'organizzazione aziendale  | Formazione del Personale   | >10%  | Pienamente raggiunto |  |
|  |   | Creazione e aggiornamento Portale Privacy  | 100%  | Pienamente raggiunto |  |
|  |   | Predisposizione e aggiornamento delle procedure aziendali  | Deliberazione Regolamento Procedure (primo semestre 2019) | Pienamente raggiunto |  |

## 6. Sanità pubblica e prevenzione

| Obiettivo strategico     | Obiettivo operativo  | VALORE ATTESO               | Indicatore 2020                           | Grado di raggiungimento obiettivo | Note commento |
|--------------------------|--|-----------------------------|---|-----------------------------------|---------------|
|                          | 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                          | Pienamente raggiunto              |               |
| 6.1 Sicurezza Alimentare | Attuazione dei piani di controllo ufficiale sugli alimenti (PRIC Sicilia) nonché<br><br>-Piano nazionale residui<br><br>-Piano di monitoraggio Molluschi bivalvi                                       | Secondo direttive regionali | valore atteso secondo direttive regionali | Pienamente raggiunto              |               |
|                          | Garantire la piena funzionalità (riversamento  | Secondo direttive regionali | valore atteso secondo direttive regionali | Pienamente raggiunto              |               |



|                                      |   |                                   |   |                         |  |
|--------------------------------------|---|-----------------------------------|---|-------------------------|--|
|                                      | massivo ed<br>aggiornamento<br>costante) del<br>sistema<br>informativo<br>regionale<br>Demetra in<br>sicurezza<br>alimentare<br>(Criticità PRP)   |                                   |   |                         |  |
| 6.2 Prevenzione in<br>Sanità animale | Controllo di tutto<br>il patrimonio<br>bovino ed ovino-<br>caprino<br>controllabile   | Secondo<br>direttive<br>regionali | valore atteso<br>secondo direttive<br>regionali | Pienamente<br>raggiunto |  |
|                                      | Controllo<br>anagrafico<br>delle aziende<br>bovine e delle<br>aziende<br>ovicaprine<br>sulla base dei<br>criteri<br>riportati,<br>rispettivamente<br>dai<br>regolamenti<br>(Ce)<br>n.1082/2013 e<br>n.1505/2006 | Secondo<br>direttive<br>regionali | valore atteso<br>secondo direttive<br>regionali | Pienamente<br>raggiunto |  |
|                                      | Riduzione dei<br>tempi di rientro<br>nei focolai di<br>brucellosi bovina<br>e ovi caprina   | Secondo<br>direttive<br>regionali | valore atteso<br>secondo direttive<br>regionali | Pienamente<br>raggiunto |  |
|                                      | Riduzione dei<br>tempi di   | Secondo<br>direttive              | valore atteso<br>secondo direttive              | Pienamente<br>raggiunto |  |

|                       |   |  |   |                      |  |
|-----------------------|---|--|---|----------------------|--|
|                       | rientro nei focolai di tubercolosi bovina   | regionali  | regionali                                 |                      |  |
|                       | Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina ed ovi- caprina rispetto a quella rilevata nel 2015                                  | Secondo direttive regionali  | valore atteso secondo direttive regionali | Pienamente raggiunto |  |
|                       | Sorveglianza malformazioni congenite  |  | valore atteso secondo direttive regionali | Pienamente raggiunto |  |
|                       | PRP macro obiettivo 2.8 ambiente e salute   |  | valore atteso secondo direttive regionali | Pienamente raggiunto |  |
| 6.3 Tutela ambientale | Amianto   | Registro mesoteliomi<br>esecuzioni interviste su esposizione in tutti i casi segnalati | valore atteso secondo direttive regionali | Pienamente raggiunto |  |
|                       | 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 | Pienamente raggiunto |  |

|  |   |   |   |                         |  |
|--|---|---|---|-------------------------|--|
|  | 32187 del<br>8.4.2016)  |   |   |                         |  |
| 6.4 Prevenzione<br>luoghi di lavoro              | Sorveglianza<br>lavoratori ex<br>esposti                          | Invio report<br>trimestrali, invitare<br>il 100% dei soggetti<br>ex esposti<br>riconosciuti   | valore atteso<br>secondo direttive<br>regionali | Pienamente<br>raggiunto |  |
|  | Prevenzione<br>del<br>randagismo:<br>Controllo delle<br>nascite   | N. cani di età > 8<br>mesi ricoverati nei<br>canili pubblici fino<br>al 31 ottobre<br>sterilizzati / totale<br>di cani > 8 mesi<br>ricoverati fino al 31<br>ottobre, sterilizzabili | 90%   | Pienamente<br>raggiunto |  |
| 6.5 Prevenzione e<br>controllo del<br>randagismo | Controllo della<br>gestione dei<br>canili e dei<br>concentramenti | n. canili e<br>allevamenti<br>controllati / n. canili<br>e allevamenti<br>autorizzati   | 100%  | Pienamente<br>raggiunto |  |
|  |   | n.<br>concentramenti di<br>cani controllati / n.<br>concentramenti<br>programmati in<br>base al rischio   | 100%  | Pienamente<br>raggiunto |  |

**- GLI OBIETTIVI DEL PIANO ATTUATIVO AZIENDALE - 2019 2020 -**

Premesso che il Piano Sanitario Regionale trova attuazione nella programmazione sanitaria locale dalle Aziende sanitarie della regione attraverso i **Piani Attuativi Aziendali (PAA 2019-2020)**. 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.

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 2019-2020 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 2019 emanato dall'Assessorato Regionale della Salute ratificato dall'Azienda con delibera n. 489 del 04.07.2019, mettendo in luce in particolare gli output realizzati e i risultati conseguiti rispetto gli obiettivi.

**- IL PAA E GLI OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO - 2019 - I RISULTATI -**

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. Si riporta di seguito la tabella riassuntiva dei risultati attesi per il biennio 2019-2020:



| OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO 2019-2020                   |   | Peso<br>ASP | Peso<br>AO AOU |
|---|---|-------------|----------------|
| 1. Screening oncologici   | • tumore della cervice uterina                                | 3           | 1              |
|   | • tumore della mammella                                       | 3           | 1              |
|   | • tumore del colon retto                                      | 3           | 1              |
| 2. Esiti  | • Frattura del femore   | 5           | 5              |
|   | • Parti cesarei   | 5           | 5              |
|   | • Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI                 | 5           | 5              |
|   | • Colectomia laparoscopica                                    | 5           | 5              |
| 3. Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa |   | 10          | 10             |
| 4. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita       |   | 10          | 10             |
| 5. Pronto Soccorso – gestione del sovraffollamento              |   | 10          | 10             |
| 6. Donazione organi   |   | 3           | 9              |
| 7. Prescrizioni in modalità dematerializzata                    |   | 5           | 7              |
| 8. Fascicolo Sanitario Elettronico                              |   | 5           | 10             |
| 9. Percorso di Certificabilità                                  |   | 5           | 5              |
| 10. Piani di efficientamento e riqualificazione                 |   | -           | 5              |
| 11. Piani Attuativi Aziendali                                   | • Area Sanità pubblica e prevenzione                          | 5           | -              |
|   | • Area qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti      | 9           | 9              |
|   | • Area assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria | 9           | 2              |
| <b>TOTALE PUNTEGGIO</b>   |   | <b>100</b>  | <b>100</b>     |

Si riporta di seguito la tabella riassuntiva dei risultati raggiunti per l'anno 2019:

| OBIETTIVO   | SUB-OBIETTIVO   | GRADO DI RAGGIUNGIMENTO  |
|-------------|---|--|
| OBIETTIVO 1 | SCREENING   | L'ASP di Agrigento per l'anno 2019 ha adottato ogni misura necessaria al raggiungimento dell'obiettivo ( estensione degli inviti al 100%) 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 2019 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 2019. 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 di 1° e 2° livello, 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 2019.  |
|             | 2.3.1: TEMPESTIVITA'  | In merito al Sub obiettivo 2.3 sono stati adottati   |

|                    |   |  |
|--------------------|---|--|
|                    | <p>NELLE EFFETTUAZIONE P.T.C.A. NEI CASI IMA STEMI 2.3.2 PROPORZIONE DI STEMI TRATTATI CON PTCA ENTRO 90 MIN.</p> | <p>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.</p>   |
|                    | <p>2.4: PROPORZIONE DI COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA CON DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE A 3 GIORNI</p>         | <p>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 2019.</p> |
| <p>OBIETTIVO 3</p> | <p>MONITORAGGIO E GARANZIA DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI</p>                               | <p>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 2019 con il raggiungimento degli obiettivi assegnati sia in modalità ex ante che ex post.</p>   |
| <p>OBIETTIVO 4</p> | <p>GARANTIRE GLI STANDARD ED I REQUISITI DI SICUREZZA NEI PUNTI NASCIATA PUBBLICI E PRIVATI ACCREDITATI SSR</p>   | <p>l'obiettivo risulta essere completamente raggiunto; per l'anno 2019 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.</p>    |
| <p>OBIETTIVO 5</p> | <p>PRONTO SOCCORSO GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO</p>  | <p>Si è provveduto ad un attento monitoraggio degli indici di sovraffollamento ovvero dei coefficienti K1-K2-K3 e dell'indice di efficienza operativa tendente allo 0,05. Con un apposito cruscotto gestionale si provvede alla rilevazione puntuale del dato raffrontando l'indice di efficienza operativa dell'</p>  |

|                            |   |  |
|----------------------------|---|--|
| <p><b>OBIETTIVO 6</b></p>  | <p><b>DONAZIONE ORGANI</b></p>                      | <p>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 2019.</p> |
| <p><b>OBIETTIVO 7</b></p>  | <p><b>PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE</b></p>         | <p>Per l'anno 2019 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.</p>   |
| <p><b>OBIETTIVO 9</b></p>  | <p><b>FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO</b></p>       | <p>L'obiettivo è stato raggiunto al 100% per quanto concerne gli indicatori:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 "% dei consensi informati acquisiti rispetto al numero dei pazienti ricoverati</li> <li>2. % dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11).</li> </ol>  |
| <p><b>OBIETTIVO 10</b></p> | <p><b>PERCORSI DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.)</b></p> | <p>Per quanto riguarda l'obiettivo al 31.12.2019 è previsto ed è stato raggiunto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio.</li> <li>• Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione</li> </ul>    |



|              |                           |  |
|--------------|---------------------------|--|
|              |                           | Trasparente”.  |
| OBIETTIVO 11 | PIANI ATTUATIVI AZIENDALI | <u>Area1:</u> Sanità Pubblica e Prevenzione<br><u>Area2:</u> Qualità governo clinico e sicurezza dei pazienti<br><u>Area3:</u> Assistenza territoriale ed integrazione socio sanitaria |

- 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 2019 ha registrato un incremento legato alla applicazione dei nuovi contratti collettivi di lavoro che hanno riguardato il personale del comparto e della dirigenza sanitaria, 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 2019**  
(dati in migliaia di Euro)

|  |                |
|--|----------------|
| <b><i>Totale Costo del personale</i></b>   | 195.155.764,79 |
| <b>B.5) Personale del ruolo sanitario</b>  | 157.513.454,52 |
| <b><i>B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario</i></b>               | 88.240.065,57  |
| <i>B.5.A.1) Costo del personale dirigente medico</i>                             | 82.090.501,15  |
| <i>B.5.A.1.1) Costo del personale dirigente medico - tempo indeterminato</i>     | 75.589.195,44  |
| <i>B.5.A.1.2) Costo del personale dirigente medico - tempo determinato</i>       | 6.501.305,71   |
| <i>B.5.A.1.3) Costo del personale dirigente medico - altro</i>                   | -              |
| <i>B.5.A.2) Costo del personale dirigente non medico</i>                         | 6.149.564,42   |
| <i>B.5.A.2.1) Costo del personale dirigente non medico - tempo indeterminato</i> | 5.441.482,21   |
| <i>B.5.A.2.2) Costo del personale dirigente non medico - tempo determinato</i>   | 708.082,21     |

|   |               |
|---|---------------|
| B.5.A.2.3) Costo del personale dirigente non medico - altro                       | -             |
| <b>B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario</b>                        | 69.273.388,95 |
| B.5.B.1) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato       | 64.346.071,32 |
| B.5.B.2) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato         | 4.861.274,87  |
| B.5.B.3) Costo del personale comparto ruolo sanitario - altro                     | 66.042,76     |
| <b>B.6) Personale del ruolo professionale</b>                                     | 244.660,97    |
| <b>B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale</b>                   | 179.697,58    |
| B.6.A.1) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo indeterminato  | 119.836,40    |
| B.6.A.2) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo determinato    | 59.861,18     |
| B.6.A.3) Costo del personale dirigente ruolo professionale - altro                | -             |
| <b>B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale</b>                    | 64.963,39     |
| B.6.B.1) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo indeterminato   | 64.963,39     |
| B.6.B.2) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo determinato     | -             |
| B.6.B.3) Costo del personale comparto ruolo professionale - altro                 | -             |
| <b>B.7) Personale del ruolo tecnico</b>   | 19.012.562,17 |
| <b>B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico</b>                         | 344.471,03    |
| B.7.A.1) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato        | 312.589,09    |
| B.7.A.2) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo determinato          | 31.881,94     |
| B.7.A.3) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - altro                      | -             |
| <b>B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico</b>                          | 18.668.091,14 |
| B.7.B.1) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato         | 16.104.448,01 |
| B.7.B.2) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato           | 2.301.785,72  |
| B.7.B.3) Costo del personale comparto ruolo tecnico - altro                       | 261.857,41    |
| <b>B.8) Personale del ruolo amministrativo</b>                                    | 18.385.087,13 |
| <b>B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo</b>                  | 1.506.628,44  |
| B.8.A.1) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo indeterminato | 1.277.007,62  |
| B.8.A.2) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo determinato   | 229.620,82    |
| B.8.A.3) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - altro               | -             |

|  |               |
|--|---------------|
| <b>B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo</b>                  | 16.878.458,69 |
| B.8.B.1) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo indeterminato | 14.024.307,61 |
| B.8.B.2) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo determinato   | -             |
| B.8.B.3) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - altro               | 2.854.151,08  |

**- PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL CICLO DELLA PERFORMANCE**

Nel corso del 2019 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 2019 una funzione di controllo relativamente alla conformità, appropriatezza e affettività del ciclo di gestione della performance.

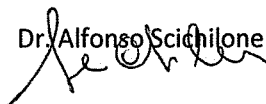
Infine risulta necessario evidenziare che il ciclo della gestione della performance 2019 ha risentito dei tempi di attuazione e di adeguamento al quadro degli obiettivi del SSR, ciò ha comportato una costante rivisitazione e degli obiettivi operativi.

Per superare tale circostanze, 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 2019 da parte dell' OIV.

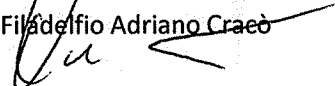
**SERVIZIO PERSONALE**  
**Struttura Tecnica Permanente**  
**Misurazione Performance**

Dr. Alfonso Scichilone

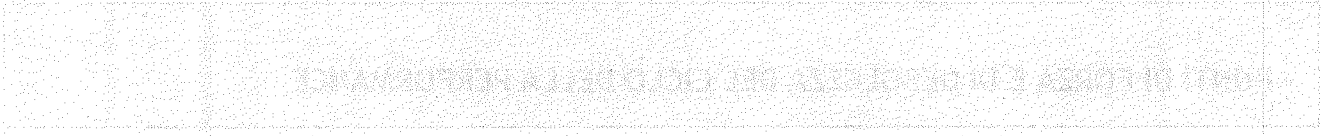



**IL DIRIGENTE RESPONSABILE**  
**UOS Pianificazione, Programmazione, Controllo**  
**Strategico e Controllo di Gestione**

Dr. Filadelfio Adriano Crao



|  |              |
|--|--------------|
| 5.2.2) Costo del personale assunto in modo amministrativo - 2019 | 3.854.121,00 |
| 5.2.3) Costo del personale assunto in modo amministrativo - 2018 | 3.854.121,00 |
| 5.2.4) Costo del personale assunto in modo amministrativo - 2017 | 3.854.121,00 |
| 5.2.5) Costo del personale assunto in modo amministrativo - 2016 | 3.854.121,00 |



Nel corso del 2019 il ciclo di gestione della performance è stato costantemente implementato e monitorato.

In particolare, l'attività dell'OV, supportata 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.

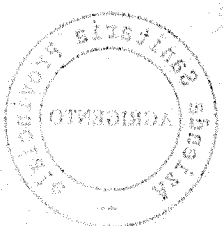
Inoltre, l'OV ha svolto nel corso del 2019 una funzione di controllo relativamente alla conformità, adempimento e attività del ciclo di gestione della performance.

Infine risulta necessario evidenziare che il ciclo della gestione della performance 2019 ha richiesto dei tempi di attuazione e di adeguamento al quadro degli obiettivi del 2019, ciò ha comportato una costante rivisitazione e degli obiettivi operativi.

Per superare tale circostanza, nel corso dell'anno, si è operato in modo congiunto tra i diversi assetti organizzativi e gestionali aziendali, cercando una prosecuzione costante tra gli input gestionali operativi, di cui si fa.

Tutto ciò ha condizionando il ciclo della performance rispetto dalle fasi della realizzazione alla fase della conseguente verifica degli obiettivi 2019 da parte dell'OV.

IL DIRIGENTE RESPONSABILE  
 Direzione Amministrativa e Controllo  
 Strategica e Cultura di Gestione  
 Dr. Riccardo Antonio Gatti



SERVIZIO PERSONALE  
 Struttura Tecnica Permanente  
 Misurazione Performance  
 Dr. Alessandra...

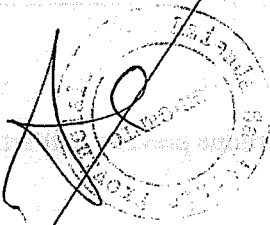
PUBBLICAZIONE

Il presente atto è stato redatto in formato digitale e firmato elettronicamente con il sistema di firma digitale del Comune di...

Il Sindaco  
Il Vice Sindaco  
Il Assessore...

DELIBERA SULLA SOSTENIBILITÀ AL CONTROLLO

Il Consiglio Comunale, in seduta pubblica, ha deliberato di approvare il presente regolamento...



DELIBERA SULLA SOSTENIBILITÀ AL CONTROLLO

Il Consiglio Comunale, in seduta pubblica, ha deliberato di approvare il presente regolamento...

Il Sindaco  
Il Vice Sindaco  
Il Assessore...

DELIBERA SULLA SOSTENIBILITÀ AL CONTROLLO

Il Consiglio Comunale, in seduta pubblica, ha deliberato di approvare il presente regolamento...

Il Sindaco  
Il Vice Sindaco  
Il Assessore...

## PUBBLICAZIONE

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

\_\_\_\_\_  
L'Incaricato

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

Notificata al Collegio Sindacale il \_\_\_\_\_ con nota prot. n. \_\_\_\_\_

### DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

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

#### SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato l'approvazione con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Ha pronunciato l'annullamento con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

come da allegato.

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

### DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

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

Immediatamente esecutiva dal 18/06/2020

Agrigento, li 18/06/2020

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

### REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

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

Agrigento, li \_\_\_\_\_

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