

Regione Siciliana  
Azienda Sanitaria Provinciale di  
**AGRIGENTO**

DELIBERAZIONE COMMISSARIO STRAORDINARIO N. 94 DEL 26 GEN. 2021

**OGGETTO: AGGIORNAMENTO PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2021 - 2023**

STRUTTURA PROPONENTE: U.O.C. Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Statistici Aziendali  
PROPOSTA N. 98 DEL 20-01-2021

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dr. Alfonso Scichilone

IL DIRETTORE F.F. DELLA STRUTTURA

Dott. Filadelfio Adriano Cracò

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

(Indicazione del Nome, Cognome e Firma)

SICARA CALOGERA BAIÒ

*Collaboratore Amministrativo*

IL DIRETTORE UOC SEF e P.

(Indicazione del Nome, Cognome e Firma)

DIRETTORE UOC  
SERVIZIO ECONOMICO

FINANZIARIO E PATRIMONIALE

Dr. Beatrice Salvago

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA

20-01-2021

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

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Dott. Mario Zappia, nominato con Decreto Assessoriale n. 696/2020 del 31/07/2020, coadiuvato dal Direttore Amministrativo, dott. Alessandro Mazzara, nominato con delibera n. 414 del 17/06/2019 e dal Direttore Sanitario, dott. Gaetano Mancuso, nominato con delibera n. 415 del 17/06/2019, con l'assistenza del Segretario verbalizzante DOSSA TERESA CINQUE adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

## PROPOSTA

**Il Direttore f.f. della U.O.C. Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Statistici Aziendali  
Dott. Adriano Filadelfio 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 il Decreto Assessoriale 1821 del 26 settembre 2011, con il quale sono state approvate dalla regione siciliana le "*Linee di indirizzo regionali in materia di verifica e di valutazione del personale dipendente del S.S.R.*", finalizzate a recepire in ambito sanitario le disposizioni nazionali sulla misurazione e valutazione della performance secondo il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";

Vista la Delibera n. 112/2010 della CiVIT, la quale disciplina la "Struttura e modalità di redazione del Piano della Performance" (ex art. 10, comma 1, lettera a) del D.lgs. n. 150/2009);

Vista la Delibera della CiVIT n. 1/2012, paragrafo 5, la quale fornisce nuove indicazioni operative riguardo le modalità di redazione del Piano della Performance;

Vista la Delibera della CiVIT/ANAC n. 6/2013, paragrafi 3.1 e 3.6.1 A con la quale si danno indicazioni per il miglioramento del ciclo di gestione della performance;

Viste le Linee Guida del Dipartimento della Funzione pubblica (giugno 2017), che definiscono la nuova struttura e modalità di redazione del Piano della Performance;

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

Visto il Piano di Programmazione Sanitaria dell'Amministrazione, documento che configura il contributo operativo/organizzativo dell'Amministrazione alle linee di intervento indicate dall'Amministrazione Regionale;

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

Vista la delibera n. 55 del 21.01.2020 con la quale questa ASP ha adottato il Piano della Performance 2020 - 2022;

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

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

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

## PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

**Approvare** l'aggiornamento annuale del Piano Triennale della Performance 2021-2023 (allegato 1 - parte integrante e sostanziale del presente provvedimento);

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

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

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

**Stabilire** che l'esecuzione della deliberazione verrà curata dal Servizio Risorse Umane - Struttura Tecnica Permanente Misurazione Performance -.

**Munire** la deliberazione della clausola di immediata esecuzione, per le motivazioni di seguito specificate: al fine del rispetto della tempistica prevista dal "Ciclo della Performance".

**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 Direttore f.f. della U.O.C. Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Statistici Aziendali**  
Dott. Filadelfio Adriano Cracò

### SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESI

Parere favorevole  
Data 12/01/2024

**Il Direttore Amministrativo**  
Dott. Alessandro Mazzara

Parere favorevole  
Data 12/01/2024

**Il Direttore Sanitario**  
Dott. Gaetano Mancuso

### IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

**Vista** la superiore proposta di deliberazione, formulata dal Dott. Filadelfio Adriano Cracò, Direttore f.f. della U.O.C. Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Statistici Aziendali 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 di pareri espressi dal direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

**DELIBERA**

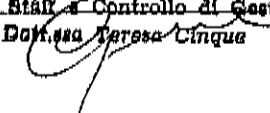
di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal dott. Filadelfio Adriano Cracò, Direttore f.f. della U.O.C. Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Statistici Aziendali

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Dott. Mario Zappia



**Il Segretario verbalizzante**  
**IL COLLABORATORE AMM.VO TPO**  
**"Ufficio Staff e Controllo di Gestione"**  
**Dott.ssa Teresa Cinqua**





Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

# PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE

2021 - 2023

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

## INDICE

<b>IL PIANO DELLA PERFORMANCE</b>	<i>pag.</i> 2
<i>Finalità</i>	<i>pag.</i> 2
<i>Contenuti</i>	<i>pag.</i> 4
<i>Principi generali</i>	<i>pag.</i> 4
<b>CHI SIAMO, COSA FACCIAMO COME OPERIAMO</b>	<i>pag.</i> 7
<i>L'amministrazione in cifre</i>	<i>pag.</i> 11
<i>La Vision aziendale: l'albero della performance</i>	<i>pag.</i> 12
<b>L'ANALISI DEL CONTESTO INTERNO ED ESTERNO</b>	<i>pag.</i> 13
<b>GLI OBIETTIVI DERIVANTI DALLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE E LINEE DI SVILUPPO DELLA GESTIONE AZIENDALE</b>	<i>pag.</i> 15
<b>DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI</b>	<i>pag.</i> 16
<i>Le Macro Aree di Intervento e gli Obiettivi Strategici</i>	<i>pag.</i> 16
<i>Gli Obiettivi Individuati e gli Indicatori</i>	<i>pag.</i> 16
<b>INDICATORI COMUNI PER LE FUNZIONI DI SUPPORTO DELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE - CIRCOLARE DFP N. 2 DEL 30.12.2019</b>	<i>pag.</i> 20
<b>LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO PREVISTE PER IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE</b>	<i>pag.</i> 21
<b>LO SVILUPPO DEL LAVORO AGILE E LE ATTIVITA' PER LA SUA ATTUAZIONE</b>	<i>pag.</i> 23
<i>Obiettivi operativi per lo sviluppo del Piano Programma</i>	<i>pag.</i> 24
<i>Il gruppo di lavoro</i>	<i>pag.</i> 25
<b>QUADRO OBIETTIVI</b>	<i>pag.</i> 26
<b>APPENDICE – Indicatori comuni per le funzioni di supporto</b>	<i>Pag.</i> 55

### Finalità

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

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

La struttura del presente documento è confermata derivando da precise direttive fornite dalla già Commissione indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (delibere: n. 112/2010, n.1/2012 e n. 6/2013), sulle quali sono intervenute le ultime modifiche ed integrazioni da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica - Ufficio per la Valutazione della Performance - attraverso le "Linee guida per il Piano della performance" del giugno 2017.

Sono altresì confermate, nella stesura del presente documento, le finalità già introdotte con nei Piani anni precedenti e in particolare:

- **Explicitazione** degli obiettivi, degli indicatori e dei *target* da raggiungere in coerenza con le risorse assegnate;
- **Definizione** degli elementi fondamentali che costituiranno la base per la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance* (obiettivi, indicatori e *target*);
- **Evidenziazione** di tutti i passaggi logici idonei a garantire "*la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance*";



- Descrizione analitica ed esaustiva del processo e delle modalità con cui si perviene alla formulazione degli obiettivi dell'amministrazione, alla verifica sugli stessi, ed alla eventuale gestione delle eventuali verifiche di seconda istanza. La descrizione delle procedure di cui all'ultimo punto è estrapolata da diversi atti regolamentari aziendali ed è stato inserito tra gli obiettivi dell'anno l'accorpamento di tutte le norme attinenti alla problematica della valutazione in un unico documento che funga da testo unico cui far riferimento in un'ottica di trasparenza e proceduralizzazione delle attività propedeutiche ad esprimere una valutazione;
- Coinvolgimento dell'Organismo Indipendente di Valutazione nella verifica/monitoraggio e funzionamento del sistema nel suo complesso e nell'individuazione delle modifiche da apportare allo stesso.

Tali attività sono orientate a garantire una verifica interna ed esterna della "qualità" del sistema di obiettivi o, più precisamente, del livello di coerenza con i requisiti metodologici che, secondo il decreto, deve caratterizzare sia gli obiettivi che la metodologia per l'assegnazione e la verifica, concomitante e susseguente, degli stessi. Sotto questo punto di vista il D.lgs 150/09 prevede all'articolo 5, comma 2, una serie di peculiarità che gli obiettivi devono possedere; in particolare gli stessi devono essere:

- a) Rilevanti e Pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- b) Specifici e Misurabili in termini concreti e chiari;
- c) Determinanti nell'apportare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- d) Riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno, anche se questa caratteristica si riferisce agli obiettivi operativi e va dunque riferita all'attività da realizzare nell'anno;
- e) Commisurati ai valori di riferimento derivanti da *standard* definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;



f) Confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;

g) Correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

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

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

## Contenuti

Secondo quanto previsto il Piano individua:

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

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

## Principi generali

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

### Principio n.1: Trasparenza

Il piano sarà pubblicato, sul sito istituzionale aziendale nell'apposita sezione denominata «Amministrazione Trasparente». Il presente piano rappresenta il documento cardine che ispirerà l'attività dell'Azienda ma, sempre al fine di garantire la massima trasparenza per

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

#### **Principio n. 2: Immediata intelligibilità**

Il Piano risulta di dimensioni adeguate e facilmente comprensibile anche agli stakeholder esterni (utenti, fornitori, cittadinanza, associazioni di categoria, ecc.). A tal fine, sono allegati le schede Budget Obiettivi distintamente per le diverse aree di attività sanitaria, per consentire una più puntuale verificabilità da parte di soggetti interni e di soggetti esterni qualificati.

#### **Principio n. 3: Veridicità e verificabilità**

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

#### **Principio n. 4: Partecipazione**

Il Piano è definito attraverso una partecipazione attiva del personale dirigente che, a sua volta, è stato chiamato a favorire il coinvolgimento del personale afferente alla propria struttura organizzativa. Il riferimento, naturalmente, è ovviamente tanto agli operatori della dirigenza quanto a quelli del comparto, stante l'entità del contributo dagli stessi garantito per il raggiungimento delle performance ma anche per lo stretto legame intercorrente tra il ciclo di gestione della performance e la distribuzione delle risorse destinate al salario di risultato. Si favorirà altresì ogni forma possibile di interazione con gli stakeholder esterni per individuarne e considerarne le aspettative e le attese.



#### **Principio n. 5: Coerenza interna ed esterna**

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

#### **Principio n. 6: Orizzonte pluriennale**

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

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

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

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



## CHI SIAMO, COSA FACCIAMO COME OPERIAMO

In questa sezione sono illustrate, ai sensi di quanto previsto dalle delibere: CIVIT n° 112/2010 e n. 1/2012, le informazioni salienti sul mandato aziendale e sulle caratteristiche organizzativo/ gestionali al fine di rendere l'attività più trasparente per i suoi fruitori.

### Chi siamo

L'Azienda Sanitaria di Agrigento è stata Istituita con la Legge regionale 14 aprile 2009 N. 5, è divenuta operativa a partire dal 1° settembre 2009. L'organizzazione ed il funzionamento dell'azienda, disciplinati con atto aziendale di diritto privato, mirano ad assicurare l'erogazione delle prestazioni essenziali ed appropriate, lo sviluppo dei sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi dei cittadini, l'equità delle prestazioni erogate, il raccordo istituzionale con gli Enti Locali, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e di volontariato, nonché l'ottimalizzazione e l'integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali.

Gli Organi dell'ASP di Agrigento sono:

- a) il Direttore Generale che nomina un Direttore Amministrativo e un Direttore Sanitario;
- b) Il Collegio di Direzione;
- c) Il Collegio Sindacale;

Il modello organizzativo Aziendale, secondo la L.R. 5/09 e s.m.i., è suddiviso in quattro "Aree", ovvero:

- 1. Area di Staff
- 2. Area Amministrativa
- 3. Area Territoriale
- 4. Area Ospedaliera

Le quattro aree indicate vengono organizzate, ex D.Lgs. 502/92 e s.m.i., su base dipartimentale e distrettuale.

### *Il Dipartimento*

Il Dipartimento è una struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse, consulenza e supervisione per la funzione cui è preposto. E' articolato



al suo interno in strutture organizzative, semplici e complesse, che perseguono finalità comuni, risultando quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale nell'ambito di un unico modello organizzativo e gestionale.

*I Dipartimenti dell'ASP, sia funzionali che strutturali attivi, distintamente per area sono:*

#### Area Amministrativa:

- Dipartimento Amministrativo.

#### Area Territoriale:

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

#### Area Ospedaliera:

##### - Dipartimenti Ospedalieri Strutturali:

- Dipartimento di Medicina - Ospedali Riuniti Sciacca Ribera;
- Dipartimento di Chirurgia - Ospedali Riuniti Sciacca Ribera;
- Dipartimento di Medicina - Presidi Ospedalieri di Agrigento, Canicattì e Licata;
- Dipartimento di Chirurgia - Presidi Ospedalieri di Agrigento, Canicattì e Licata;
- Dipartimento Emergenza;
- Dipartimento Cardiovascolare.

##### - Dipartimenti Transmurali nel cui ambito rientrano strutture ospedaliere e territoriali:

- Dipartimento del Farmaco (strutturale);
- Dipartimento dei Servizi (strutturale);
- Dipartimento delle Scienze Radiologiche (strutturale);
- Dipartimento Materno Infantile (funzionale);
- Dipartimento di Riabilitazione (funzionale);
- Dipartimento Oncologico (funzionale);
- Dipartimento di Cure Primarie e dell'integrazione Socio-sanitaria (funzionale).



## *Il Distretto Sanitario*

Il Distretto Sanitario è l'articolazione territoriale in cui si attiva il percorso assistenziale e si realizza l'integrazione tra attività sanitarie e sociali. Assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei presidi ospedalieri. Il territorio dell'ASP di Agrigento è articolato in 7 ambiti:

### Distretto Sanitario di Agrigento:

*Agrigento, Aragona, Comitini, Favara, Ioppolo  
Giancaxio, Porto Empedocle, Raffadali,  
Realmonte, Santa Elisabetta, Sant'Angelo  
Muxaro, Siculiana.*

### Distretto Sanitario di Bivona:

*Alessandria della Rocca, Bivona, Cianciana,  
San Biagio Platani, Santo Stefano di Quisquina.*

### Distretto Sanitario di Canicattì:

*Camagra, Campobello di Licata, Canicattì,  
Castrofilippo, Grotte, Naro, Racalmuto,  
Ravanusa.*

### Distretto Sanitario di Casteltermini:

*Cammarata, Casteltermini, San Giovanni  
Gemini.*

### Distretto Sanitario di Licata:

*Licata, Palma di Montechiaro.*

### Distretto Sanitario di Ribera:

*Burgio, Calamonaci, Cattolica Eraclea, Lucca  
Sicula, Montallegro, Ribera, Villafranca Sicula.*

### Distretto Sanitario di Sciacca:

*Caltabellotta, Menfi, Montevago, Sambuca di  
Sicilia, Santa Margherita Belice, Sciacca.*

## Cosa facciamo

L'ASP, in ragione della profonda trasformazione del Servizio Sanitario Regionale e sulla base di un costante monitoraggio dei bisogni sanitari e sull'analisi della domanda, è finalizzata ad assicurare alla popolazione del proprio territorio, l'erogazione delle prestazioni essenziali ed appropriate nel rispetto dei LEA, lo sviluppo dei sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi dei cittadini, l'equità delle prestazioni erogate, il raccordo istituzionale con gli Enti

Locali, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e di volontariato, nonché l'ottimizzazione e l'integrazione delle risposte assistenziali.

L'A.S.P., quindi, ha il compito di *"Garantire la salvaguardia della salute dei cittadini della provincia di Agrigento, sia individuale che collettiva, per consentire agli stessi la migliore qualità di vita possibile e ciò attraverso l'erogazione dell'assistenza secondo livelli fissati dalla Regione integrando gli stessi con quanto concertato a livello territoriale con gli enti locali"*.

Ha, altresì, il compito di garantire la prevenzione e la riabilitazione e la sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro e di promuovere la salute dei lavoratori garantendo equità, solidarietà e riduzione delle disuguaglianze nella accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari.

### Come operiamo

L'Azienda organizza il livello quali-quantitativo dei propri servizi sulla base di un costante monitoraggio dei bisogni sanitari degli utenti, ponendo particolare attenzione alle determinanti socio-economiche della salute e sviluppando un'azione capace di ridurre nel tempo le differenze che esse generano nello stato di salute della popolazione medesima.

Costituiscono elementi cardine della mission Aziendale:

- la promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della popolazione di riferimento;
- il monitoraggio dei bisogni sanitari del territorio al fine di definire il livello qualitativo e quantitativo dei propri servizi e modellare la propria attività a criteri di appropriatezza sia clinica che organizzativa definendo responsabilità in modo chiaro e condiviso;
- la riorganizzazione della rete di assistenza ospedaliera;
- l'integrazione tra ospedale e territorio e, conseguentemente, l'integrazione tra le diverse professionalità che operano nella azienda;
- la qualificazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale territoriale;
- il potenziamento delle attività di prevenzione;
- l'attivazione dei PTA, quale significativo elemento della riqualificazione dei servizi Distrettuali;
- la riduzione del rischio clinico attraverso interventi e programmi definiti;
- la gestione integrata delle attività socio-sanitarie attraverso la rete dei servizi socio-sanitari e di specifici percorsi aziendali per la presa in carico di patologie croniche.

Il modello organizzativo aziendale adottato tende ad una semplificazione in coerenza con l'obiettivo di razionalizzare e semplificare adempimenti e procedure evitando duplicazioni



e sovrapposizioni e rendere l'organizzazione quanto più coerente alle specifiche finalità aziendali. A tal fine l'organizzazione è basata su Dipartimenti, volta ad assicurare una gestione integrata e coordinata delle attività svolte a livello territoriale dalle Direzioni distrettuali.

### *L'amministrazione in cifre*

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

<b>Personale a tempo indeterminato (Tab.1) – Dati riepilogativi dell'ultimo triennio (fonte conto annuale)</b>									
	Personale a tempo indeterminato al 31.12 (Tab. 1)			Numero Mensilità / 12			Spese per retribuzioni lorde (Tab. 12+13)		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
DIRETTORI GENERALI	3	3	2	3,1700001	3	2,5799999	389344	405635	282959
MEDICI	590	628	625	589,25	617,41998	631,25	46954114	48059927	49190659
VETERINARI	47	46	44	48,919998	46	45,830002	4005140	3733846	3785770
DIRIG. SANITARI NON MEDICI	50	63	64	51,080002	56,75	63,919998	3266122	3435877	3804087
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE INFERMIERISTICO	1137	1178	1153	1.106,33	1.167,92	1.149,58	35612523	37220752	37428028
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE TECNICO SANITARIO	89	113	114	86,5	102	114,17	2773246	3191611	3608120
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE VIGILANZA E ISPEZIONE	36	37	44	36,919998	37,080002	43,080002	1238262	1219130	1451927
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE FUNZIONI RIABILITATIVE	47	48	46	46,080002	46,830002	45,25	1304591	1316495	1307843
DIR. RUOLO PROFESSIONALE	2	2	1	2,5	3	2,4200001	134455	194086	145307
PROFILI RUOLO PROFESSIONALE	2	2	2	2	2	6,5	33807	30029	140854
DIR. RUOLO TECNICO	4	4	4	4	4	4	230863	226470	233871
PROFILI RUOLO TECNICO	474	452	438	451,32999	462,17001	450	11637275	11743684	11506013



DIR. RUOLO AMMINISTRATIVO	15	14	12	16,5	14,58	13,08	1234041	1162567	1003977
PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO	393	380	358	359.67001	377.07999	374.42001	9941820	10188596	10166200
<b>Totale</b>	<b>2889</b>	<b>2970</b>	<b>2907</b>	<b>2.804,25</b>	<b>2.939,83</b>	<b>2.946,08</b>	<b>118755603</b>	<b>122128704</b>	<b>124055615</b>

### *La Vision aziendale: l'Albero della performance*

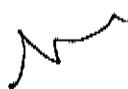
La "Vision" Aziendale rappresenta la traduzione in azioni concrete della "mission" e si concretizza nell'individuazione degli adempimenti pratici da porre in essere per realizzare la mission stessa, mediante:

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

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

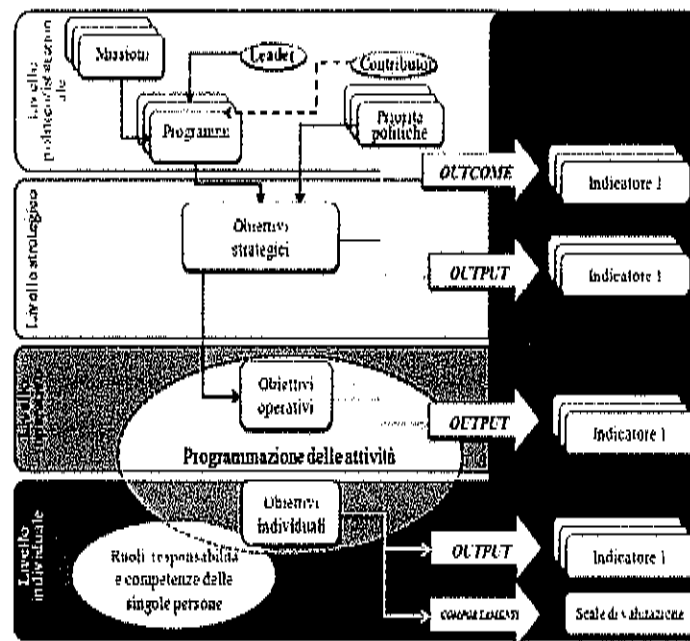
L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda, nonché l'attività delle articolazioni organizzative aziendali, sono ispirati a principi di sussidiarietà solidale e complementarietà tra gli erogatori dei servizi nonché a criteri di:

- efficacia interna ed esterna, attraverso il soddisfacimento dei bisogni assistenziali dell'utenza;



- efficienza gestionale e comportamentale attraverso la gestione di una struttura organizzativa improntata a criteri di minimizzazione dei costi;
- efficacia, efficienza ed economicità tra prestazioni erogate e risorse impiegate;
- integrazione tra Distretto Ospedaliero - Distretto Sanitario - P.T.A.;
- pianificazione strategica, programmazione e controllo, individuando nel sistema di budget lo strumento fondamentale di gestione;
- professionalità, flessibilità e responsabilizzazione del personale;
- rapporti convenzionali in funzione delle effettive necessità aziendali;
- informatizzazione ed innovazione di tutti i processi amministrativi e sanitari;
- delega delle funzioni gestionali al direttore sanitario, al direttore amministrativo e ai dirigenti per assicurare, nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti di programmazione e pianificazione;
- sviluppo del "sistema qualità" dell'Azienda.

Figura 1: Collegamento tra dimensione organizzativa e individuale



## L'ANALISI DEL CONTESTO INTERNO ED ESTERNO

Il 2020 a causa dell'emergenza pandemica Covid - 19 è stato un anno caratterizzato da incertezze e difficile governo dei processi sia sanitari che gestionali proprio nella considerazione che si è trattato di un evento unico negli ultimi anni. La mission sociale di questa Azienda Sanitaria sta anche nella peculiarità di ergersi a garanzia per la tutela della salute di ogni singolo cittadino del nostro territorio.

*M*

Questa drammatica esperienza ha posto in primo piano l'esigenza di ridiscutere le politiche sanitarie rivolte al territorio, ha rafforzato la necessità di tornare ad un'articolazione distrettuale che supporti la continuità dell'assistenza e l'integrazione per fronteggiare le situazioni emergenziali, al pari della cronicità

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

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

Per quanto sopra menzionato si è reso obbligatorio, anche per le aziende sanitarie, porre in essere stretti collegamenti tra programmazione sanitaria e documenti di bilancio, preventivi e consuntivi. A tal fine sulla scorta delle previsioni del D.A. n.2128 del 12 novembre 2013 con il quale sono stati adottati i "*Percorsi attuativi di certificabilità (PAC)*" per gli enti del Servizio sanitario regionale: sono state avviate le specifiche misure anche per uniformare e rendere coerenti tutti i due documenti di programmazione e pianificazione delle risorse con il Piano della Performance.

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

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

E' infatti individuata in sede di contrattazione del budget l'entità di risorse umane a disposizione del responsabile di struttura complessa, nella consapevolezza che



l'attribuzione di tali risorse non può essere più ampia dell'ammontare determinato sulla base della consistenza della massa finanziaria riconosciuta a questa azienda.

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

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

- \* gli assetti organizzativi scaturenti dal nuovo piano di rimodulazione della rete ospedaliera previsto dal D.A. n. 22 del 19.01.2019;
- \* i vincoli derivanti dal rispetto degli obiettivi di finanza pubblica con riguardo al Piano del fabbisogno e delle dotazione organica D.A. n. 2201 del 06.12.2019 nel rispetto della cornice finanziaria di cui all'art. 11 del D.L. 30.04.2019 n. 35, convertito con modificazioni dalla Legge 25.06.2019 n.60;
- \* il raggiungimento/mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario aziendale;
- \* il Regolamento Ministeriale sugli standard dell'assistenza ospedaliera;
- \* il Decreto 8 aprile 2019 dell'Assessorato della Salute "Approvazione annuale controlli analitici 2019".

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

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



### Le Macro Aree di Intervento e gli Obiettivi Strategici

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

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

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

### Gli Obiettivi Operativi Individuati e gli Indicatori

Gli obiettivi operativi per l'anno 2020, indicati nel presente piano costituiscono la prosecuzione logica di quanto già avviato negli anni precedenti. Nel corso dei primi mesi del 2020 si procederà alla negoziazione/assegnazione degli obiettivi. In questa fase si intende perseguire la fattiva collaborazione del personale dirigente inquadrato all'interno delle



diverse strutture aziendali tanto sanitarie quanto amministrative, sia all'interno delle strutture ospedaliere sia nell'ambito dell'area territoriale. A tal fine, gli obiettivi della Direzione derivanti dal mandato istituzionale e dalle indicazioni espressamente fornite in sede assessoriale nonché quelli del sistema di valutazione dei Direttori Generali, sono oggetto di espressa evidenziazione a tutti i dirigenti apicali e costituiscono il presupposto per le successive fasi di delega a tutto il personale dirigente e comparto.

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

Nell'anno 2013 l'Azienda si è dotata di due regolamenti per la valutazione del personale delle Aree Comparto e Dirigenziale: delibera n° 1970 del 02/05/2013 "Regolamento retribuzione di risultato di dirigenza, verifiche e valutazione del personale dirigenziale", delibera n° 1883 del 30/04/2013 "Regolamento per l'erogazione della produttività collettiva -comparto" modificato con delibera n. 1824 del 21.12.2016 .

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

- illustrazione preventiva degli obiettivi ai dirigenti apicali, negoziazione ed assegnazione del budget definitivo. la programmazione annuale con le unità operative interne è operata mediante il processo di budget, strumento con cui le risorse umane, finanziarie e tecnologiche vengono allocate alle singole articolazioni, alle quali sono affidati gli obiettivi di attività da conseguire nel rispetto degli standard di qualità. Il valore di alcuni indicatori e obiettivi, stante le specificità caso per caso, sarà oggetto di analisi in sede di negoziazione del budget al fine di individuare valori congrui per la misurazione. la direzione generale, pertanto predisposte le schede di budget, negozierà obiettivi, indicatori e relativi valori nonché il peso % assegnato a ciascun indicatore (in funzione della rilevanza strategica degli obiettivi medesimi e tenuto conto anche delle risorse disponibili).



- I Direttori delle UU.OO.C.C., sia dell'Area Ospedaliera (PP.OO.) che dell'Area Territoriale (Distretti Sanitari di Base, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimenti di Prevenzione, Area Gestione del Farmaco, Area Amministrativa), con riferimento agli obiettivi sopra individuati, sia generali che specifici attinenti la propria area, coinvolgeranno nella fase di attuazione degli obiettivi negoziati tutti i responsabili delle unità operative semplici afferenti alla struttura complessa nonché tutto il personale in servizio sia della dirigenza che del comparto. Sarà cura dei responsabili delle diverse articolazioni aziendali garantire gli adempimenti necessari i fini della verifica concomitante e susseguente degli obiettivi assegnati, illustrando obiettivi e criteri di valutazione e trasmettendo alla Direzione le informazioni necessarie per la conoscenza di tutte le variabili, nello specifico verbali di assegnazione di obiettivi e di individuazione dei criteri e schede di valutazione preventive, oltre a tutte le altre informazioni che si dovessero rendere necessarie in corso di opera per informare tempestivamente la Direzione sull'andamento della gestione;
- I responsabili delle Unità Operative Complesse predisporranno e trasmetteranno i rispettivi Piani Operativi Preventivi, secondo gli obiettivi generali e specifici di propria competenza sia in forma cartacea che per posta elettronica, alla Direzione Aziendale tramite la U.O.C. Controllo di Gestione, Sistemi Informativi e Statistici Aziendali.
- I piani di lavoro Operativi Preventivi da presentare possono prevedere, oltre gli obiettivi individuati con la presente, anche obiettivi propri aggiuntivi che ciascuna unità operativa intende realizzare nel corso dell'anno e ciò, comunque, dopo aver verificato la loro compatibilità con gli obiettivi generali dell'Azienda, con i vincoli di bilancio nonché le risorse umane e strumentali disponibili. Nei medesimi piani di lavoro operativi / preventivi devono anche essere esplicitate le iniziative che si intendono avviare per il raggiungimento degli obiettivi specifici di ciascuna unità operativa nel rispetto dei programmi e degli obiettivi generali dell'Azienda, nonché tenuto conto di quanto stabilito dal regolamento aziendale sul sistema premiante.
- A ciascun responsabile di U.O.C. compete la responsabilità di porre le basi per la verifica sul grado di partecipazione dei dipendenti, afferenti alla medesima U.O. sia della dirigenza che del comparto, al conseguimento degli obiettivi negoziati, ponendo in



essere tutti gli adempimenti propedeutici all'applicazione dei sistemi di valutazione e verifica, anche ai fini del salario di risultato;

- Monitoraggio degli Obiettivi: La U.O.C. Controllo di Gestione di concerto con l'Organismo Indipendente di Valutazione, predisporrà il controllo concomitante degli obiettivi assegnati anche attraverso la raccolta dei dati di attività trimestrali resi dalle unità operative complesse. Gli obiettivi verranno controllati periodicamente, le UU.OO.CC. trasmetteranno via mail i dati di attività corredati da report sintetico trimestrale attestante lo stato di attuazione degli obiettivi. Parallelamente verranno riprodotti, in modo sistematico, i dati sulle attività e sull'utilizzo delle risorse al fine di controllare la coerenza dell'andamento della gestione con gli obiettivi assegnati, ed adottare eventualmente azioni correttive. Il costante feedback operativo-gestionale prevedrà altresì anche specifiche convocazioni semestrali dei direttori di macrostruttura nel corso del 2020 (audit) al fine di valutare la congruenza tra gli obiettivi assegnati e il soddisfacimento degli stessi.
- A consuntivo la Direzione Generale, procederà alla verifica dei risultati raggiunti sia per la valutazione che per l'erogazione della retribuzione di risultato. Tale verifica si baserà sulla regolamentazione interna di vari istituti contrattuali per la quale è prevista la rimodulazione in corso d'anno anche in ossequio a quanto disposto dalla L.R. 5 del 2009;
- La valutazione della performance, sulla base di espressa disposizione assessoriale, avrà ad oggetto sia i risultati rilevati con riferimento alla struttura di appartenenza dei singoli operatori (performance organizzativa) sia il contributo reso dai singoli operatori (performance individuale).

Nella redazione del presente piano, si sono privilegiati obiettivi chiari, la cui formula di calcolo appaia facilmente comprensibile ai pari delle unità di misura e la cui fonte sia facilmente individuabile. Il confronto con i dati storici e il valore di benchmark, tuttavia, risulta per alcune strutture di difficile individuazione per due ordini di motivi: per le modifiche in cantiere sull'assetto organizzativo aziendale scaturenti dal nuovo piano di rimodulazione della rete ospedaliera previsto dal D.A. n. 22 del 19.01.2019 per cui l'accorpamento/frazionamento in essere rischia di rendere la somma algebrica delle





prestazioni rese in precedenza fuorviante. In tale ottica il presente piano costituisce la base di lavoro per le verifiche che sarà possibile realizzare in futuro. In riferimento al valore di Benchmark, la specificità sanitaria fa sì che un valore di riferimento presso un'altra struttura possa, in relazione al contesto in cui la stessa è resa, risultare non omogenea rispetto alla stessa attività all'interno della ASP. Per questa motivazione, stante l'obbligo previsto dalla L.R. 5/2009 di uniformare l'offerta assistenziale si ritiene opportuno rinviare il confronto con altre strutture al momento in cui saranno a disposizione dei sistemi informativi uniformi e un quadro chiaro dell'offerta assistenziale regionale.

Nell'individuazione degli obiettivi si fa riferimento all'articolazione aziendale così come derivante dall'atto aziendale approvato con D.A. n. 1675 del 31.07.2019.

**INDICATORI COMUNI PER LE FUNZIONI DI SUPPORTO DELLE AMMINISTRAZIONI  
PUBBLICHE – CIRCOLARE DFP N. 2 DEL 30/12/2019 -**

Al fine di dare piena attuazione all'articolo 8, comma 1, lett. d) ed f) del d.lgs. 150/2009 e alle indicazioni contenute, a tal proposito, nelle LG n. 1/2017 e n. 2/2017, nel corso del 2019 il Dipartimento della Funzione Pubblica ha avviato, una sperimentazione avente ad oggetto l'utilizzo di indicatori comuni (d'ora in poi denominati "indicatori comuni") utili a monitorare l'andamento delle cd. attività di supporto tipicamente svolte da tutte le amministrazioni.

Terminata la fase sperimentale, nell'ambito delle funzioni di promozione e coordinamento attribuite al Dipartimento dal DPR n. 105/2016, è stata adottata la circolare n.2 del 2019 al fine di fornire indicazioni in ordine all'utilizzo degli indicatori comuni, a decorrere dal 2020, nelle quattro aree elencate nell'Allegato 1, ovvero: gestione delle risorse umane, gestione degli approvvigionamenti e degli immobili, gestione delle risorse informatiche e digitalizzazione, gestione della comunicazione e della trasparenza.

Pertanto, questa Azienda a decorrere dal ciclo 2021-2023, ritiene di utilizzare, gli indicatori proposti nella citata circolare, come in dettaglio riportati nell'appendice (parte obiettivi/indicatori) al presente piano, ritenendoli particolarmente utili ai fini della

misurazione di alcune dimensioni rilevanti della performance organizzativa complessiva, coerentemente con quanto indicato nelle succitate linee guida del Dipartimento Funzione Pubblica (n. 1/2017 e n. 2/2017).

Gli stessi saranno esplicitati in fase di assegnazione/negoziazione obiettivi operativi 2021 nelle distinte schede afferenti le strutture indicate di cui all'appendice.

I dati relativi al monitoraggio del loro andamento dovranno essere rilevati e trasmessi al Dipartimento della funzione pubblica secondo la seguente tempistica: entro il 31 gennaio di ogni anno dovranno essere comunicati i dati definitivi relativi all'anno precedente (2020 in sede di prima applicazione).

La trasmissione dei dati avverrà attraverso l'utilizzo di un applicativo online messo a disposizione dal Dipartimento sul Portale della performance.

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

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

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



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

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

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

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

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



Premesso che nel 2020 a causa dell'emergenza sanitaria ancora in corso, si è reso necessario, il ricorso a modalità di svolgimento della prestazione lavorativa non in presenza genericamente ricondotte al **lavoro agile**, senza una preventiva revisione dei modelli organizzativi di lavoro aziendali.

Con l'emergenza sanitaria, infatti, questa ASP è stata costretta a considerare il lavoro agile come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione, da attuarsi in forma semplificata, anche in deroga alla disciplina normativa (es: accordo individuale, adozione di atti organizzativi interni che definiscano le regole per lo svolgimento della prestazione in modalità agile, ecc.) prescindendo, quindi, da una previa revisione dei modelli organizzativi.

Facendo riferimento alla Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016, il lavoro agile viene definito in modo molto chiaro come un nuovo approccio all'organizzazione del lavoro basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione. In Italia ne è stata elaborata la definizione quale "modello di organizzazione del lavoro che si basa sulla maggiore autonomia del lavoratore che, sfruttando appieno le opportunità della tecnologia, ridefinisce orari, luoghi e in parte strumenti della propria professione. È un concetto articolato, che si basa su un pensiero critico che restituisce al lavoratore l'autonomia in cambio di una responsabilizzazione sui risultati mentre il telelavoro comporta dei vincoli ed è sottoposto a controlli sugli adempimenti".

L'approccio al lavoro agile che questa ASP vuole introdurre è, infatti, quello di **un'applicazione progressiva e graduale attraverso l'elaborazione di un programma di sviluppo contestualizzato nell'arco temporale di un triennio** atteso che l'attuale disciplina normativa e contrattuale del lavoro alle dipendenze del personale del SSN riflette modelli organizzativi basati sulla presenza fisica in ufficio, con la conseguenza che numerosi istituti relativi al trattamento giuridico ed economico non sempre si conciliano con il cambiamento che s'intende porre in essere attraverso il POLA richiedendo, pertanto, un'azione di revisione complessiva da porre in essere con il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali.



Pertanto all'interno del presente Piano triennale della Performance attraverso obiettivi operativi da assegnare/negoziare ai responsabili di struttura s'intendono, sviluppare i contenuti da avviare in questa ASP per il passaggio alla modalità di lavoro agile fase emergenziale a quella ordinaria, in linea con quanto richiesto dall'articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'art. 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 (c.d. "decreto rilancio"), convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, **focalizzando l'attenzione sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA disciplinato dal DM del 9 dicembre 2020)**, e sugli indicatori di performance funzionali a un'adeguata attuazione ed a un progressivo sviluppo del lavoro agile.

#### **Obiettivi operativi per lo sviluppo del Piano Programma:**

- Ricognizione del livello di implementazione e sviluppo de lavoro agile riferito all'anno 2020 (Strutture - Profili professionali - ore);
- Ricognizione del livello di implementazione degli applicativi informatici in uso per il lavoro agile riferito all'anno 2020. Sviluppo delle scelte tecnologiche coerenti con la transizione al digitale e con i progetti approvati e contrattualizzati, nonché, individuazione del Responsabile della Transizione Digitale;
- Mappatura delle attività che possono essere svolte in modalità di lavoro agile;
- Realizzazione di percorsi formativi rivolti ai dirigenti finalizzati a dotarli di nuove competenze digitali, nonché delle competenze necessarie per una diversa organizzazione del lavoro e per le modalità di coordinamento per la gestione del lavoro agile;
- Realizzazione di percorsi formativi rivolti ai dipendenti che comprendano l'aggiornamento delle competenze digitali e nuove soft skills per l'auto organizzazione del lavoro, per la cooperazione a distanza tra i colleghi e per le interazioni a distanza con gli utenti;



## Il gruppo di lavoro

La presente sezione è inserita in ossequio a quanto previsto dalla delibera 112/2010 della CIVIT. All'interno della tabella sono indicati i nominativi dei soggetti che hanno partecipato in modo diretto all'elaborazione del Piano, con espressa indicazione del ruolo assunto dagli stessi nel processo di sviluppo.

<b>Nominativo Componente</b>	<b>Ruolo assunto nel processo</b>	<b>Competenze</b>
<i>Dr. Mario Zappia</i>	Commissario Straordinario	Individuazione strategia
<i>Dr. Gaetano Mancuso</i>	Direttore Sanitario	Responsabile area sanitaria Validazione sanitaria piano performance
<i>Dr. Alessandro Mazzara</i>	Direttore Amministrativo	Responsabile area amministrativa Validazione amministrativa piano performance
<i>Dr. Filadelfio Adriano Cracò</i>	Dirigente Responsabile UOC Controllo di Gestione	Predisposizione obiettivi del piano della Performance
<i>Dr. Alfonso Scichilone</i>	Struttura Tecnica permanente per la misurazione della performance	Supporto metodologico ed informativo per le fasi di stesura e verifica del piano della performance



# ASP AGRIGENTO

## PIANO PERFORMANCE OBIETTIVI 2021- 2023

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

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2021	Indicatore 2022	Indicatore 2023
1.1 Presa in carico della cronicità	Contenimento ospedalizzazioni e per le patologie target e attivazione percorsi	Incremento dei pazienti affetti da diabete e scompenso cardiaco arruolati attivamente (diabetici a media complessità HbA1c 8 Emoglobina glicata) $\geq 6,5$ . 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  $\geq 90\%$	n. pz Diabetici e scompensati con cardiaci arruolati attivamente / n. pz a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico X 100  $\geq 90$	n. pz Diabetici e scompensati con cardiaci arruolati attivamente / n. pz a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico X 100  $\geq 90$
		Applicazione Percorso BPCO ai sensi del II Decreto 22 Novembre 2016 di approvazione del documento di indirizzo regionale prevede il percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da BPCO	SI	SI	SI



		Revisione delle attività assistenziali erogate in ADI e Cure Palliative-verifica documentale appropriatezza delle prestazioni	Si	Si	Si
		n. soggetti over 65-anni in cure domiciliari/popolazione over 65 anni	secondo direttive regionali	secondo direttive regionali	secondo direttive regionali
	Innalzamento quali-quantitativo del livello di cure domiciliari integrate	Indice di soddisfazione ADI (questionario regionale)	rispetto cronoprogramma	rispetto cronoprogramma	rispetto cronoprogramma
1.2 Potenziamento percorsi d'integrazione ospedale-territorio	Utilizzo capacità produttive del territorio-Hospice	Tasso occupazione Hospice	aumento	aumento	aumento
		Tasso occupazione PL SUAP	mantenimento	mantenimento	mantenimento
		n. percorsi assistenziali per pazienti in età evolutiva e attivazione dei sistemi di monitoraggio (Disturbo specifico dell'apprendimento, diabete, obesità)	SI	SI	SI
	Disabilità e non autosufficienza	integrazione ASP-Comuni-promozioni dimissioni protette	audit congiunti tra operatori ASP e dei servizi sociali comunali.n.1	audit congiunti tra operatori ASP e dei servizi sociali comunali.n.1	audit congiunti tra operatori ASP e dei servizi sociali comunali.n.1





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

		precoce organizzativo	aperta di selezione		
		1.3 B Implementazione RETE Centri Diurni e Centri Residenziali			
1.4 Liste di Attesa <u>Tale valore potrebbe risentire dell'andamento dei ricoveri in relazione alla emergenza pandemica da covid-19</u>	PRGLA per il triennio 2019-2021	Linee di intervento per il governo dell'offerta ( codificati come IGO)	Rispetto tempistica checklist per la verifica delle linee di intervento del PRGLA 2019-2021 da IGO 1 ad IGO 27 ( allegato 2 Delibera ASP n. 420 del 26.06.2019	Rispetto tempistica checklist per la verifica delle linee di intervento del PRGLA 2019-2021 da IGO 1 ad IGO 27 ( allegato 2 Delibera ASP n. 420 del 26.06.2019	Rispetto tempistica checklist per la verifica delle linee di intervento del PRGLA 2019-2021 da IGO 1 ad IGO 27 ( allegato 2 Delibera ASP n. 420 del 26.06.2019
		Linee di Intervento per il governo della domanda ( codificati come IGD).	Rispetto tempistica checklist per la verifica delle linee di intervento del PRGLA 2019-2021 da IGD 1 ad IGD 04 ( allegato 2 Delibera ASP n. 420 del 26.06.2019	Rispetto tempistica checklist per la verifica delle linee di intervento del PRGLA 2019-2021 da IGD 1 ad IGD 04 ( allegato 2 Delibera ASP n. 420 del 26.06.2019	Rispetto tempistica checklist per la verifica delle linee di intervento del PRGLA 2019-2021 da IGD 1 ad IGD 4 ( allegato 2 Delibera ASP n. 420 del 26.06.2019
1.5 Screening <u>Tale valore potrebbe risentire dell'andamento dei ricoveri in relazione alla emergenza pandemica da covid-19</u>	Screening oncologici obiettivi di salute e funzionamento	n. test eseguiti per tumore cervice uterina/popolazione target	>=50%- scala obiettivi agenas	>=50%- scala obiettivi agenas	>=50%- scala obiettivi agenas
		n. test eseguiti per tumore colon retto/popolazione target	>=50%- scala obiettivi agenas	>=50%- scala obiettivi agenas	>=50%- scala obiettivi agenas

		n. test eseguiti per tumore mammella/popolazione target	>=60% - scala obiettivi agenas	>=60% - scala obiettivi agenas	>=60% - scala obiettivi agenas
		Rispetto del valore previsto dal ministero della salute delle estensioni su tutti gli screening	secondo direttive ministeriali	secondo direttive ministeriali	secondo direttive ministeriali
1.6 Copertura vaccinale e sorveglianza malattie infettive	implementazione copertura vaccinale	N. Soggetti vaccinati /popolazione target residente	92-95% a 24 mesi, per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	92-95% a 24 mesi, per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	92-95% a 24 mesi, per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco
		Predisposizione di un programma comunicazione basato sulle evidenze per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole ( PNPV 2017-2019 e DA n. 11965/2017- nota prot. n.76451 del 16.10.2018- disposizioni operative vaccini.	Relazione sulle attività svolte	Relazione sulle attività svolte	Relazione sulle attività svolte
		Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul cruscotto regionale per la gestione	Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento	Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento	Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei

A

		dell'anagrafe vaccinale	trimestrale dei dati sul cruscotto regionale	trimestrale dei dati sul cruscotto regionale	dati sul cruscotto regionale
		Offerta attiva delle vaccinazioni ai soggetti extracomunitari sbarcati sulle coste siciliane ( direttiva- nota prot.n.71734 del 28.09.2018)	Relazione sulle modalità di offerta dei vaccini , in conformità al calendario vaccinale, ai soggetti extracomunitari momentaneamente residenti sul territorio regionale con relativa rendicontazione		
<u>Copertura Vaccinale Covid 19</u>	Programmazione della campagna vaccinale	Implementazione Attività di reclutamento per popolazione target da vaccinare	100%	100%	100%
	Completamento della copertura vaccinale entro i tempi assegnati dalla Direzione Strategica	100% delle dosi somministrate alla popolazione target individuata	100%	100%	100%

		Notifica delle malattie infettive rispetto al numero totale di casi rilevati con SDO	70%	70%	70%
--	--	--	-----	-----	-----

## 2. Appropriatazza organizzativa e Sicurezza

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2021	Indicatore 2022	Indicatore 2023
2.1 utilizzo appropriato risorse produttive	Sicurezza Sale Operatorie	utilizzo check list sale operatorie	>100%	>100%	>100%
		Utilizzo applicativo registro operatorio (ORMAWEB)	100%	100%	100%
	fluidità percorsi ospedalieri Tale valore potrebbe risentire dell'andamento dei ricoveri in relazione alla emergenza pandemica da covid-19	Degenza Media per ricoveri acuti chirurgici (RO)	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
		Degenza Media per ricoveri acuti medici (RO)	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento

*A*

	<p>Gestione sovraffollamento</p> <p>Pronto Soccorso</p> <p>Tale valore potrebbe risentire dell'andamento dei ricoveri in relazione alla emergenza pandemica da covid-19PS</p>	<p>Indicatore 1: Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa(outcome)</p> <p>Indicatore 2: Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive (processo)</p>	<p>[valore di accettabilità <math>\leq</math> 0,05 - come da Direttiva Assessoriale n. 9348/19</p> <p>Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ;</p> <p>Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;</p> <p>Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento;</p> <p>Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori;</p>	<p>[valore di accettabilità <math>\leq</math> 0,05 - come da Direttiva Assessoriale n. 9348/19</p> <p>Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ;</p> <p>Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;</p> <p>Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento;</p> <p>Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori;</p>	<p>[valore di accettabilità <math>\leq</math> 0,05 - come da Direttiva Assessoriale n. 9348/19</p> <p>Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ;</p> <p>Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento ;</p> <p>Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento ;</p> <p>Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori;</p>
--	---	---	---	---	---

2.2 Efficacia Punti Nascita	Miglioramento Sicurezza Punti nascita	PN senza UTIN: parti con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (modica e vittoria)	secondo direttiva regionale ultima disponibile	secondo direttiva regionale ultima disponibile	secondo direttiva regionale ultima disponibile
		PN senza UTIN: percentuale dei neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita (modica e vittoria)	< 8% oppure secondo direttiva regionale ultima disponibile	< 8% oppure secondo direttiva regionale ultima disponibile	< 8% oppure secondo direttiva regionale ultima disponibile
		PN con UTIN: numero neonati dimessi direttamente da TIN/totale pazienti ricoverati nella TIN	<5 %	% secondo direttiva regionale ultima disponibile	% secondo direttiva regionale ultima disponibile
		Elaborazione di un report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio	trimestrale	trimestrale	trimestrale
		Numero requisiti check list rispettati/totale requisiti da rispettare	100%	100%	100%
2.3 Sicurezza dei pazienti	Monitoraggio degli eventi sentinella e dei relativi piani di miglioramento	Percentuale di completezza scheda A e scheda B. in coerenza al	90%	90%	90%

		protocollo nazionale SIMES			
		Monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive	SI	SI	SI
	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali o di organismi internazionali sulla qualità e sicurezza dei pazienti e relativa valutazione	check list di autovalutazione	Report monitoraggio su richiesta Agenas	Report monitoraggio su richiesta Agenas	Report monitoraggio su richiesta Agenas
	Programma regionale GTT	numero di casi inseriti nella piattaforma regionale GTT secondo il protocollo di rilevazione regionale	secondo indicatore Regionale	secondo indicatore Regionale	secondo indicatore Regionale
	Programma di monitoraggio sistematico dell'uso della checklist in Sala Operatoria	Corretto utilizzo della check list in sala operatoria e relativo monitoraggio	Report annuali	Report annuali	Report annuali
	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano nazionale	aderenza alle indicazioni regionali	100%	100%	100%



	di Contrasto dell'Antibiotico Resistenza ( PNCAR) 2017-2020" ai sensi del D.A. 1162 del 27.06.2018				
2.4 Consolidamento della raccolta delle emazie concentrate e del plasma	Rinnovo autorizzazione e Accreditazione delle strutture trasfusionali della rete regionale.	Mantenimenti di quanto previsto dai decreti regionali autorizzativi e di accreditamento per SIMT e UDR fisse e mobili	Mantenimento accreditamento . Verifica con esito positivo	Mantenimento accreditamento . Verifica con esito positivo	Mantenimento accreditamento. Verifica con esito positivo
	Rispetto della previsione di raccolta delle EC Incremento della quantità di plasma destinato all'emoderivazione (cat A-B)		Secondo PAA 2021-2022	Secondo PAA 2021-2022	Secondo PAA 2021-2022
2.5 Appropriatezza	Adempimenti regionali previsti dal piano annuale controlli analitici ( PACA)	Rispetto degli adempimenti previsti NOC	100% dei controlli previsti dell'anno 2020	100% dei controlli previsti dell'anno 2021	100% dei controlli previsti dell'anno 2022
	Aderenza al PNE	Svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE	Report	Report	Report
	Implementazione linee guida secondo direttive regionali	Report sulla base dei degli indicatori previsti nei rispettivi PDTA	SI	SI	SI

2.6 Sicurezza nei luoghi di lavoro	Attuazione/aggiornamento piano emergenza	n. prove di evacuazione effettuate sui presidi aziendali/num. prove da effettuare	≥1 per punto fisico	≥1 per punto fisico	≥1 per punto fisico
------------------------------------	--	---	---------------------	---------------------	---------------------

### 3. Obiettivi di salute e funzionamento

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2021	Indicatore 2022	Indicatore 2023
3.1 Ottimizzazione casistica	Complessità casistica Tale valore potrebbe risentire dell'andamento dei ricoveri in relazione alla emergenza pandemica da covid-19	Ottimizzazione del Peso Medio area medica (RO+DH)	≥ anno 2020	≥ anno 2021	≥ anno 2022
		Ottimizzazione del Peso Medio area chirurgica	≥ anno 2020	≥ anno 2021	≥ anno 2022
		Ottimizzazione dell'indice attività chirurgica	≥ anno 2020	≥ anno 2021	≥ anno 2022
3.2 Efficacia area ortopedica	tempestività presa in carico paziente con frattura di femore over 65 anni	numero di fratture femore per over 65 operate entro le 48 h	94,3%	94,3%	94,3%
		Ottimizzare il tempo di permanenza in pronto soccorso	< 4 ore	< 4 ore	< 4 ore
		% pazienti con verticalizzazione entro le 48h	>30%	>30%	>30%
		%pazienti con mobilizzazione precoce entro le 48h	>20%	>20%	>20%
		%accesso in riabilitazione cod. 56 a 30 gg dalla dimissione pz ≥ 65 anni	≥rispetto al 2020	≥rispetto al 2021	≥rispetto al 2022

		%accesso in riabilitazione cod. 56-60 a 30 gg dalla dimissione pz >=65 anni	≥rispetto al 2020	≥rispetto al 2021	≥rispetto al 2022
		%accesso in riabilitazione cod. 60 a 30 gg dalla dimissione pz >=65 anni	≥rispetto al 2020	≥rispetto al 2021	≥rispetto al 2022
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% PN 2° livello ≤25%	secondo direttiva regionale	secondo direttiva regionale
3.4 Efficacia area cardiologica	tempestività presa in carico paziente IMA STEMI	P.T.C.A. entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI (differenza tra la data di intervento e quello di ingresso in PS)/numero totali di IMA Stemi	≥91,8%	≥91,8%	≥91,8%
	Riduzione Mortalità	Mortalità a trenta giorni dal primo accesso per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA) tasso grezzo	Secondo direttiva PNE agenas	Secondo direttiva PNE agenas	Secondo direttiva PNE agenas
		Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (tasso grezzo)	Secondo direttiva PNE Agenas	Secondo direttiva PNE Agenas	Secondo direttiva PNE Agenas

3.5 Efficacia area chirurgica	Miglioramento Appropriately a organizzativa e fluidità processo	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg/numero totale di ricoveri con	≥95,3%	≥95,3%	≥95,3%
		incremento numero di colecistectomia laparoscopica	aumento	aumento	aumento
3.6 Donazioni organi	Incremento dell'attività di donazioni organi	Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018 – 2020)	SI	SI	SI
		Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2021 non inferiore del 20% rispetto all'anno 2020.	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 20% rispetto all'anno precedente di riferimento	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 20% rispetto all'anno precedente di riferimento	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 20% rispetto all'anno precedente di riferimento
		Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38%	Valore obiettivo 100% se non superiore del 38% rispetto all'anno precedente di riferimento	Valore obiettivo 100% se non superiore del 38% rispetto all'anno precedente di riferimento	Valore obiettivo 100% se non superiore del 38% rispetto all'anno precedente di riferimento
		Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 30% rispetto	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 30% rispetto	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 30% rispetto all'anno

		barrente) non inferiore al 30%	all'anno precedente di riferimento	all'anno precedente di riferimento	precedente di riferimento
	Tale obiettivo potrebbe risentire dell'andamento dei ricoveri in relazione alla emergenza pandemica da covid-19	Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione.	SI	SI	SI
<p>3.7 contenimento mobilità passiva</p> <p>Tale valore potrebbe risentire dell'andamento dei ricoveri in relazione alla emergenza pandemica da covid-19</p>	Contenimento mobilità passiva area chirurgia generale	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga ( DRG 290-570-494-149 )	> rispetto anno 2016 (anno Base)	> rispetto anno 2016 (anno Base)	> rispetto anno 2016 (anno Base)
	Contenimento mobilità passiva per interventi ortopedici in elezione	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga ( DRG 544-210 )	> rispetto anno 2016 (anno base)	> rispetto anno 2016 (anno base)	> rispetto anno 2016 (anno base)
	Contenimento mobilità passiva per	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga ( DRG 311-310 )	> rispetto anno 2016 (anno base)	> rispetto anno 2016 (Anno base)	> 30% rispetto anno 2016 (anno base)
	Contenimento mobilità passiva per Recupero e Riabilitazione Funzionale	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga ( DRG 256 )	> rispetto anno 2016 (anno base)	> rispetto anno 2016 (anno base)	> rispetto anno 2016 (anno base)
	Contenimento mobilità passiva Neurologia	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga ( DRG 12 )	> rispetto anno 2016 (anno base)	> rispetto anno 2016 (anno base)	> rispetto anno 2016 (anno base)



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

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2021	Indicatore 2022	Indicatore 2023
4.1 Rispetto dei vincoli di bilancio e tetti di spesa	Rispetto tetti di spesa	Monitoraggio equilibrio di bilancio assegnato (Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio )	controllo costante e monitoraggio del rispetto delle risorse negoziate	controllo costante e monitoraggio del rispetto delle risorse negoziate	controllo costante e monitoraggio del rispetto delle risorse negoziate
		rispetto del tetto di spesa annuale del personale dipendente	rispetto budget negoziato	rispetto budget negoziato	rispetto budget negoziato
		rispetto tetto spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera	rispetto delle risorse negoziate annualmente	rispetto delle risorse negoziate annualmente	rispetto delle risorse negoziate annualmente
4.2 Azioni per contenimento spesa	monitoraggio e contenimento spesa farmaceutica	monitoraggio spesa tramite procedura informatizzata	Evidenza attività di monitoraggio	Evidenza attività di monitoraggio	Evidenza attività di monitoraggio
		Erogazione del primo ciclo di terapia	Rispetto erogazione popolazione target	Rispetto erogazione popolazione target	Rispetto erogazione popolazione target
	Inventario beni mobili strumentali	Completamento della riconciliazione giustificata fra dati forniti da CdC responsabili e	a) Inventario e riconciliazion e con libro cespiti del 60% dei beni	a) Inventario e riconciliazion e con libro cespiti del 90% dei beni	a) Inventario e riconciliazione con libro cespiti del 100% dei beni mobili strumentali

		quanto risulta nel libro cespiti	mobili strumentali esistenti b) Report trimestrale	mobili strumentali esistenti b) Report trimestrale	esistenti b) Report trimestrale
	Monitoraggio locazioni passive	Mappatura locazioni passive con individuazione di proposte di recessione contratti in essere con eventuale utilizzo locali di proprietà	report trimestrale	report trimestrale	report trimestrale
	Riduzione Contenzioso	Mappatura contenzioso	Report di aggiornamento trimestrale	Report di aggiornamento trimestrale	Report di aggiornamento trimestrale
		Stima della percentuale di soccombenza e stima della quota di accantonamento trimestrale a Fondo Rischi	Relazione trimestrale a corredo CE di periodo	Relazione trimestrale a corredo CE di periodo	Relazione trimestrale a corredo CE di periodo
	Gestione dei sinistri e degli aspetti assicurativi a livello aziendale	n° pratiche sinistri valutati e definiti/ comunicazione sinistri pervenuti	>= 85%	>= 90%	>= 90%
4.3 Fluidità processi amministrativi	Tempestività dei pagamenti	Rispetto tempistica liquidazione fatture	Accettazione delle fatture entro 15 giorni dalla ricezione = obiettivo raggiunto al 100%	Accettazione delle fatture entro 15 giorni dalla ricezione = obiettivo raggiunto al 100%	Accettazione delle fatture entro 15 giorni dalla ricezione = obiettivo raggiunto al 100%

A

			<p>Liquidazione delle fatture entro 15 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 75%</p> <p>Liquidazione delle fatture entro 10 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 100%</p>	<p>Liquidazione delle fatture entro 15 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 75%</p> <p>Liquidazione delle fatture entro 10 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 100%</p>	<p>Liquidazione delle fatture entro 15 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 75%</p> <p>Liquidazione delle fatture entro 10 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 100%</p>
4.4 Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011	Azioni di monitoraggio dell'effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011	Analisi degli investimenti effettuati dalle Aziende, attraverso l'utilizzo del Fondo corrente (FSR) in conto esercizio, al fine di monitorare l'applicazione coerente dei nuovi coefficienti di ammortamento e l'applicazione del nuovo trattamento contabile	report trimestrale	report trimestrale	report trimestrale
		Monitoraggio sull'applicazione del trattamento contabile relativo alla rilevazione degli accantonamenti per quote inutilizzate dei contributi	report trimestrale	report trimestrale	report trimestrale



		vincolati e sull'utilizzo coerente negli anni successivi dai fondi costituiti e la relativa rilevazione contabile			
	Certificabilità del bilancio: Rispetto delle azioni previste dal PAC	Monitoraggio verifica attuazione azioni PAC	rispetto cronoprogramma	rispetto cronoprogramma	rispetto cronoprogramma
4.5 Certificabilità del bilancio e contabilità analitica	Definizione puntuale della metodologia per i ribaltamenti di contabilità analitica necessari ad alimentare i modelli di rilevazione LA.	Grado di Implementazione linee guida LA	100%	mantenimento	mantenimento
		Aggiornamento Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTCT)	adozione aggiornamento ed integrazione del Piano entro il 31 gennaio 2021	aggiornamento ed integrazione del Piano entro il 31 gennaio 2022	aggiornamento ed integrazione del Piano entro il 31 gennaio 2023
4.6 Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	Attuazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Pubblicazione dati 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	pubblicazione del 100% dei dati nel rispetto della tempistica prevista normativa vigente -	pubblicazione del 100% dei dati nel rispetto della tempistica prevista normativa vigente -	pubblicazione del 100% dei dati nel rispetto della tempistica prevista normativa vigente -

*h*

		modificato dal d.lgs. 97/2016"			
	Codice di Comportamento	Formazione Generica: Tutto il personale dipendente. N personale formato /n. personale da formare	50%	60%	70%
		Formazione Specifica :RPCT, Referenti Dirigenti Aree a rischio	40%	50%	60%
		Rispetto adempimenti e della tempistica previsti nel piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza.	100%	mantenimento	mantenimento
	<b>Mappatura Processi</b>	N° processi redatti/N° processi totali (Schede analitiche dei singoli processi)	>30%	>50%	>70%
	<b>Gestione del Rischio</b>	Creazione rete dei Referenti per la gestione del Rischio (Responsabile Struttura o suo delegato)	Pubblicazione rete referenti e/o delegati Entro il 30Maggio 2021	Aggiornamento	Aggiornamento

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 2021	Presentazione Piano 2022	Presentazione Piano 2023
		Rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento Aziendale sugli Acquisti in economia, predisposto in conformità schema regionale approvato con D.A. n. 1288/2013 modificato dal DA n. 2080/2013	Report trimestrale	Report trimestrale	Report trimestrale
	BENI e SERVIZI	Rispetto della criticità contrattuale al fine di evitare contratti in proroga: presentazione capitolati a cura del DEC: Numero capitolati presentati entro i termini/n. capitolati previsti da piano annuale gare	Presentazione capitolati a cura dei DEC (Direttore esecutivo contratto) almeno sei mesi prima dal termine di scadenza del contratto  e individuazione e contraente entro la data scadenza contrattuale >= 95%	Presentazione capitolati a cura dei DEC (Direttore esecutivo contratto) almeno sei mesi prima dal termine di scadenza del contratto e individuazione e contraente entro la data scadenza contrattuale >= 95%	Presentazione capitolati a cura dei DEC (Direttore esecutivo contratto) almeno sei mesi prima dal termine di scadenza del contratto e individuazione contraente entro la data scadenza contrattuale >= 95%

		Monitoraggio e rispetto tempistica nella definizione delle procedure di gara aziendali (no UREGA): 60 gg acquisti MEPA, 90 gg gara sottosoglia e 180 gg gara sovrasoglia.	100%	100%	100%
	PAA	n. azioni realizzate/n. azioni previste	>= 95%	>= 95%	>= 95%
	Monitoraggio e regolamentazioni ALPI	Monitoraggio costi e verifica remuneratività delle tariffe in attuazione del nuovo regolamento ALPI	Relazione entro il 28 Febbraio 2021 per l'anno 2020	Relazione entro il Febbraio 2022 per l'anno 2021	Relazione entro Febbraio 2023 Per l'anno 2022

## 5. Contributo alla riorganizzazione aziendale

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2021	Indicatore 2022	Indicatore 2023
5.1 Flussi informativi	tempestività e qualità dei flussi informativi	Rispetto dei tempi di trasmissione su piattaforma NSIS	100%	100%	100%
		Qualità dei flussi con %scarti>1% dei record trasmessi	100%	100%	100%
		Miglioramento del sistema di codifica delle SDO: attivazione corsi di formazione	100%	100%	100%

		Completa e corretta compilazione modello LA	100%	100%	100%
		Monitoraggio gestione flussi Personale convenzionale, personale dipendente, CRIL, Beni e servizi	100%	100%	100%
5.2-Gestione Rifiuti Solidi Ospedalieri assimilabili ai rifiuti urbani	Appropriatezza nella differenziazione dei rifiuti assimilabili ai rifiuti urbani	Percentuale di corretta differenziazione sulla base delle schede di verifica scaturenti dall'attività di controllo	40%	50%	60%
5.3 Informatizzazione	Aumentare le prescrizioni dematerializzate da parte dei medici prescrittori	Percentuale di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (come risulteranno censiti e abilitati sul sistema TS e che avranno effettuato almeno una prescrizione)	Mantenimento dato anno 2020	Mantenimento	Mantenimento
		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 2020	Mantenimento dato anno 2020	Mantenimento dato anno 2020

*J*

5.3 Formazione professionisti e Ricerca	Programmazione e Monitoraggio degli interventi di formazione	Predisposizione piano formativo aziendale	SI	SI	SI
		mantenimento proporzione risorse umane assegnate	si	si	si
		Realizzazioni e monitoraggio azioni previste nel piano formativo aziendale 2021. budget speso/budget assegnato	>80%	>80%	>80%
5.4 FSE	% dei consensi informati acquisiti rispetto al numero dei pazienti ricoverati	> 5% per il 2021 (salvo diversa determinazione regionale)	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2020 secondo direttive regionali	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2021 secondo direttive regionali	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2022 secondo direttive regionali
	% delle strutture a regime invianti referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 nell'ultimo trimestre	>60%	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2020 secondo direttive regionali	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2021 secondo direttive regionali	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2022 secondo direttive regionali
5.5 Percorsi e Audit	Formalizzazioni e percorsi diagnostico terapeutici	su indicazione regionale	si	si	si

	Audit Clinico e PNE	Sviluppo di audit a partire dai dati del PNE	si	si	si
5.6 Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini/pazienti	Sistema Provinciale Regionale Qualità percepita	monitoraggio periodico dei livelli di qualità percepita.	report annuale di monitoraggio dei livelli di qualità percepita	di monitoraggio dei livelli di qualità percepita	report annuale di monitoraggio dei livelli di qualità percepita
	Programma aziendale di comunicazione	% di completamento delle azioni previste dal Piano di comunicazione	>90%	>90%	>90%
	Valutazione e gestione del dolore cronico	n. operatori formati/n. operatori da formare	>= 80%	>= 90%	>= 100%
	Sistema Regionale Qualità percepita PERSONALIZZAZIONE E UMANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA E COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI/PAZIENTI	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas	Attuazione delle direttive regionali previste	Attuazione delle direttive regionali previste	Attuazione delle direttive regionali previste
PRIVACY Adeguamento Regolamento UE 2016/679	Declinazione adempimenti nell'organizzazione aziendale	Formazione del Personale	>10%	>30%	>50%
		Creazione e aggiornamento Portale Privacy	100%	100%	100%

		Predisposizione e aggiornamento delle procedure aziendali	Deliberazione Regolamento Procedure	Aggiornamento Procedure	Aggiornamento procedure
--	--	---	-------------------------------------	-------------------------	-------------------------

## 6. Sanità pubblica e prevenzione

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2021	Indicatore 2022	Indicatore 2023
6.1 Sicurezza Alimentare	Garantire la disponibilità di laboratori per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano ( Criticità POCS).	Secondo direttive regionali	valore assegnato	valore assegnato	valore assegnato
	Attuazione dei piani di controllo ufficiale sugli alimenti (PRIC Sicilia) nonché	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali



	-Piano nazionale residui  -Piano di monitoraggio Molluschi bivalvi				
	Garantire la piena funzionalità (riversamento massivo ed aggiornamenti o costante) del sistema informativo regionale Demetra in sicurezza alimentare ( Criticità PRP)	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
6.2 Prevenzione in Sanità animale	Controllo di tutto il patrimonio bovino ed ovino-caprino controllabile	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovicaprine sulla base dei criteri riportati, rispettivamente e dai regolamenti (Ce)	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali

	n.1082/2013 e n. 1505/2006				
	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi caprina	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina ed ovi- caprina rispetto a quella rilevata nel 2015	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
6.3 Tutela ambientale	Sorveglianza malformazioni congenite		valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	PRP macro obiettivo 2.8 ambiente e salute		valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	Amianto	Registro mesoteliomi esecuzioni interviste su esposizione in tutti i casi segnalati	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali

	Evidenza avvio interventi di promozione della salute sul corretto uso di cellulari e sulla eccessiva esposizione ai raggi UV (direttiva 32187 del 8.4.2016)	Invio Report	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
6.4 Prevenzione luoghi di lavoro	Sorveglianza lavoratori ex esposti	Invio report trimestrali, invitare il 100% dei soggetti ex esposti riconosciuti	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
6.5 Prevenzione e controllo del randagismo	Prevenzione del randagismo: Controllo delle nascite	N. cani di età > 8 mesi ricoverati nei canili pubblici fino al 31 ottobre sterilizzati / totale di cani > 8 mesi ricoverati fino al 31 ottobre, sterilizzabili	90%	90%	90%
	Controllo della gestione dei canili e dei concentramenti	n. canili e allevamenti controllati / n. canili e allevamenti autorizzati	100%	100%	100%
		n. concentramenti di cani controllati / n. concentramenti programmati in base al rischio	100%	100%	100%

# APPENDICE

## INDICATORI COMUNI PER LE FUNZIONI DI SUPPORTO

Struttura di riferimento	Nome indicatore	Formula di calcolo	Indicazioni di calcolo
<p><b>SERVIZIO RISORSE UMANE</b></p>	<p>Costo unitario della funzione di gestione delle risorse umane</p>	<p>Costo del personale addetto alla funzione gestione risorse umane / N. totale dei dipendenti in servizio</p>	<p><b>Numeratore</b></p> <p>Personale addetto: occorre quantificare il personale addetto alla gestione delle risorse umane; la soluzione ideale (in un'ottica di fullcosting) sarebbe quella di individuare tutti gli addetti (sia nella sede centrale che nelle sedi periferiche e negli uffici decentrati) alle attività di gestione risorse umane ad eccezione di coloro che si occupano di formazione: infatti, non potendo ipotizzarsi che la formazione per dipendente sia eguale nelle diverse amministrazioni, bisogna non considerare al numeratore i costi della formazione (in caso contrario, a parità di costo di gestione in senso stretto, amministrazioni eroganti una maggiore formazione per dipendente verrebbero erroneamente giudicati come meno efficienti).</p> <p>Costo unitario personale addetto: è da intendersi il "costo del lavoro" unitario come da voce del Conto annuale, quindi comprensivo di IRAP. Il costo deve essere quello di competenza nel periodo di riferimento, sia per gli enti in contabilità finanziaria che per quelli in contabilità economica.</p> <p><b>Denominatore</b></p> <p>Dipendenti: va indicato il solo personale dipendente in servizio, sia a tempo determinato che a tempo indeterminato, sia a tempo parziale che a tempo pieno, sia di ruolo che non di ruolo distaccato presso la propria amministrazione.</p> <p>In caso di amministrazioni in cui sia rilevante il numero del personale inquadrato con contratti diversi dal lavoro dipendente (collaboratori ecc.), e non sia possibile isolare il costo del personale che si occupa solo dei dipendenti si può calcolare l'indicatore ponendo al denominatore la somma del personale dipendente e del personale non dipendente.</p>



	Grado di attuazione di forme di organizzazione del lavoro in telelavoro o lavoro agile	N. di dipendenti in lavoro agile e telelavoro / N. totale dei dipendenti in servizio	Numeratore: i dipendenti in telelavoro vanno sommati a quelli in lavoro agile. Denominatore: va considerato il solo personale dipendente in servizio, sia a tempo determinato che a tempo indeterminato, sia a tempo parziale che a tempo pieno, sia di ruolo che non di ruolo distaccato presso la propria amministrazione.
	Grado di copertura delle attività formative dedicate al personale	N. di dipendenti che hanno iniziato un'attività formativa nel periodo di riferimento / N. totale dei dipendenti in servizio	Numeratore: un dipendente è incluso al numeratore dal momento in cui ha iniziato almeno un'attività formativa nel periodo di riferimento. Dalle attività formative devono essere escluse quelle relative alla formazione obbligatoria. Per essere inclusa nel calcolo, la specifica attività formativa deve prevedere il rilascio di una certificazione/attestazione.
	Grado di copertura delle procedure di valutazione del personale	N. di dipendenti che hanno ricevuto almeno un colloquio di valutazione / N. totale dei dipendenti in servizio	Denominatore: si escludono i dipendenti non sottoposti a valutazione ai sensi del decreto legislativo n. 150/2009.
	Tasso di mobilità interna del personale non dirigenziale	N. di dipendenti che hanno cambiato unità organizzativa / N. totale di personale non dirigenziale in servizio	Unità organizzativa: si intende quella di livello inferiore nell'organizzazione, vale a dire al di sotto del quale non esistono altre unità organizzative (ad es., servizio, ufficio, reparto o altra unità comunque denominata).
<b>SERVIZIO PROVVEDITORAT O</b>	Incidenza del ricorso a convenzioni CONSIP e al mercato elettronico degli acquisti	Spesa per l'acquisto di beni e servizi effettuata tramite convenzioni quadro o mercato elettronico / Pagamenti per acquisto di beni e servizi	Spesa: per gli enti in contabilità finanziaria, il riferimento è al pagato (cassa) e non all'impegnato; per gli enti in contabilità economica, sia al numeratore che al denominatore, vanno considerati i costi di competenza economica.



	Spesa per energia elettrica al metro quadro	Costo per energia elettrica / N. di metri quadri disponibili	Metri quadrati disponibili; per il computo si rimanda alla circolare dell'Agenzia del Demanio n. 20494 del 2012.
RESPONSABILE INFORMATICO	Grado di utilizzo di SPID nei servizi digitali	N. di accessi unici tramite SPID a servizi digitali / N. di accessi unici a servizi digitali collegati a SPID	Si fa riferimento ai servizi online ai quali è consentito l'accesso sia tramite SPID che con altri sistemi di autenticazione.
	Percentuale di servizi full digital	N. di servizi che siano interamente online, integrati e full digital / N. di servizi erogati	Numeratore: per servizi "full digital" si intendono tutti quei servizi che consentono a cittadini e imprese di avviare e completare un servizio completamente online, utilizzando un'unica applicazione e senza richiedere procedure di stampa e/o scansione di documenti. Denominatore: nel computo dei servizi erogati vanno considerati quelli indicati nella carta dei servizi.
	Percentuale di servizi a pagamento tramite PagoPa	N. di servizi a pagamento che consentono uso PagoPA / N. di servizi a pagamento	
	Percentuale di comunicazioni tramite domicilia digitali	N. di comunicazioni elettroniche inviate ad imprese e PPAAs tramite domicilia digitali / N. di comunicazioni inviate a imprese e PPAAs	
	Percentuali di banche dati pubbliche disponibili in formato aperto	N. di dataset pubblicati in formato aperto / N. di dataset previsti dal paniere dinamico per il tipo di amministrazione	Denominatore: il paniere dinamico di dataset è definito ed aggiornato da Agid al seguente indirizzo <a href="https://www.dati.gov.it/content/rapporto-annuale-disponibilit-banche-dati-pubbliche-formato-aperto-paniere-dinamico-dataset">https://www.dati.gov.it/content/rapporto-annuale-disponibilit-banche-dati-pubbliche-formato-aperto-paniere-dinamico-dataset</a> .
	Dematerializzazione procedure	Procedura di gestione presenze-assenze, ferie-permessi, missioni e	Tale indicatore assume valore "si" se almeno tre processi su quattro sono digitali, altrimenti assume valore "no".

		protocollo integralmente ed esclusivamente dematerializzata (full digital)	
RESPONSABILE DELLA TRASPARENZA	Consultazione del portale istituzionale	N. totale di accessi unici al portale istituzionale / 365	L'indicatore misura il numero di accessi medi giornalieri al portale istituzionale. Numeratore: numero di accessi unici annuali al portale istituzionale. Denominatore: numero di giorni annuali standard.
	Grado di trasparenza dell'amministrazione	L'indicatore si calcola come rapporto tra punteggi associati alle attestazioni rilasciate dall'OIV	Numeratore: si considera la somma dei punteggi assegnati ad ogni singola cella della griglia di rilevazione dall'OIV (di cui alla delibera ANAC n. 141 del 2019). Denominatore: si considera la somma dei punteggi massimi conseguibili per ciascuna cella.

*fr elin*

Il Direttore f.f. U.O.C. Controllo di Gestione e  
Sistemi Informativi Statistici Aziendali  
Dott. Filadelfio Adriano Craco

*Filadelfio Adriano Craco*









**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 Collaboratore Amm.vo Prof.le  
Sig.ra Sabrina Terrasi

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 \_\_\_\_\_

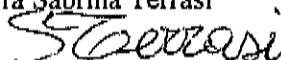
**DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO**

- 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 \_\_\_\_\_

X Immediatamente esecutiva dal 26 GEN. 2021

Agrigento, li 26 GEN. 2021

Il Referente Ufficio Atti deliberativi  
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le  
Sig.ra Sabrina Terrasi



**REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA**

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

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

Il Referente Ufficio Atti deliberativi  
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le  
Sig.ra Sabrina Terrasi