



Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO

DELIBERAZIONE COMMISSARIO STRAORDINARIO N. 1089 DEL 17.06.2021

OGGETTO: Relazione sul Ciclo della Performance anno 2020.

| | | | |
|---|---|------|------|
| STRUTTURA PROPONENTE: U.O.C. Controllo di Gestione e sistemi informativi statistici aziendali PROPOSTA N. <u>1220</u> DEL <u>17/06/2021</u> | | | |
| SERVIZIO RISORSE UMANE Struttura Tecnica Permanente per la Misurazione e la Valutazione della Performance Dr. A. Scicchilone | IL DIRETTORE FF UOC Controllo di Gestione Dr. Filadelfio Adriano Craò | | |
| VISTO CONTABILE | | | |
| Si attesta la copertura finanziaria: () come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera. | | | |
| () Autorizzazione n. _____ del _____ | <table border="1"><tr><td>C.E.</td><td>C.P.</td></tr></table> | C.E. | C.P. |
| C.E. | C.P. | | |
| IL RESPONSABILE S.E.F.P. PROCEDIMENTO L'ADDITTO RESPONSABILE Coll. Amm. GLORIA PICONE | IL DIRETTORE U.O.C. IL DIRETTORE U.O.C. S.E.F. e P. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE Dr. Roberto Salvo | | |

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA

17-06-2021

L'anno duemilaventuno il giorno DIETASSETE del mese di GIUGNO 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 DOTT. SSA TERESA CINQUE adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

PROPOSTA

Il Direttore ff della UOC Controllo di Gestione, Dr. Filadelfio Adriano Cracò:

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

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

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

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

Vista la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 55 del 21.01.2021, con la quale questa ASP ha adottato il Piano della Performance 2020 – 2022;

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

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

PROPONE

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

1. **Approvare** l'allegata "**Relazione sul Ciclo della Performance anno 2020**" - (parte integrante e sostanziale del presente provvedimento), nella quale viene illustrato il *Ciclo di gestione della performance* posto in essere nel corso dell'anno 2020.
2. **Stabilire** che curerà l'esecuzione del presente provvedimento il responsabile della Struttura Tecnica Permanente per la Misurazione della performance;
3. **Trasmettere** copia della Relazione sul Ciclo della Performance anno 2020 all'OIV della relazione che si approva, per la successiva validazione in conformità all'art. 10 del D.lgs. 150/2009.
4. **Stabilire** che la presente Deliberazione verrà pubblicata sul sito istituzionale di questa Azienda Sanitaria- sezione: "Amministrazione Trasparente" – sottosezione "Performance".

5. **Fornire** il presente atto di clausola di immediata esecuzione considerata la tempistica prevista dal citato art. 10 del D.lgs 150/2009.

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

IL DIRETTORE FF
UOC Controllo di Gestione
Dr. Filadelfio Adriano Cracò

SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESI

Parere favorevole
Data 17/06/2021

Il Direttore Amministrativo
Dott. Alessandro Mazzara

Parere favorevole
Data 17/06/2021

Il Direttore Sanitario
Dott. Gaetano Mancuso

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal Dr. Filadelfio Adriano Cracò, Direttore ff della UOC Controllo di Gestione, che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;
Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;
Tenuto conto del parere espresso dal Direttore 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 Dr. Filadelfio Adriano Cracò, Direttore ff della UOC Controllo di Gestione.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

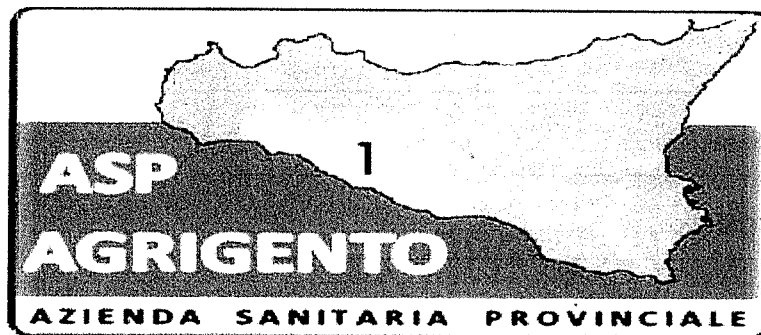
Dott. Mario Zappia

Il Segretario verbalizzante

~~IL COLLABORATORE AMM.VO TPO~~
~~"Ufficio Staff e Controllo di Gestione"~~
Dott.ssa Teresa Cinque



*Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana*



***RELAZIONE SUL CICLO DELLA
PERFORMANCE
ANNO 2020***

Indice

| | |
|--|---------|
| Presentazione | Pag. 3 |
| Il contesto normativo di riferimento | Pag. 3 |
| L'Amministrazione | Pag. 4 |
| - Il Dipartimento | Pag. 8 |
| -Il Distretto Ospedaliero | Pag. 9 |
| - Il Dipartimento Ospedaliero | Pag. 9 |
| - Il Distretto Sanitario | Pag. 12 |
| - Le Risorse Umane | Pag. 14 |
| Obbiettivi Aziendali | Pag. 15 |
| Albero della Performance | Pag. 16 |
| Il Ciclo di Gestione della Performance | Pag. 17 |
| L'Organismo Indipendente di Valutazione | Pag. 18 |
| I Regolamenti per la valutazione - | Pag. 19 |
| Il piano della performance 2020 - 2022 - | Pag. 20 |
| Gli obiettivi strategici - organizzativi - | Pag. 22 |
| Gli obiettivi operativi - | Pag. 23 |
| La Rendicontazione Degli Obbiettivi Operativi - | Pag. 23 |
| Quadro sintesi del piano della performance 2020 - obietti - indicatori - risultati - | Pag. 24 |
| Gli Obbiettivi del piano attuativo aziendale - 2020 | Pag. 56 |
| Il PAA e gli obiettivi di salute e funzionamento - 2020- i risultati - | Pag. 56 |
| Risorse, Economiche | Pag. 61 |

PRESENTAZIONE:

Con la Relazione annuale sulla performance, questa Azienda vuole illustrare, ai cittadini e a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, le azioni poste in essere, per l'attuazione del *Ciclo di Gestione della Performance* nel corso dell'anno 2020, in relazione agli obiettivi programmati e inseriti nel Piano della Performance 2020-2022 e nel Piano Attuativo Aziendale 2020.

Preliminarmente però non può non essere evidenziato il cambiamento di rotta nella gestione delle attività causato dalla pandemia da Covid- 19 che, a partire dal 6/3/2020 ha stravolto le attività aziendali generando refluenze non indifferenti sulla gestione dei servizi sanitari pianificati, con nuove attività finalizzate a contrastare la pandemia in un quadro disciplinare di esecuzione alle direttive nazionali e regionali in materia.

Tutte le strutture aziendali sono state poste sotto pressione, sia sanitarie che amministrative, lo stato di emergenza sanitaria ha determinato una condizione in cui le attività aziendali inevitabilmente sono state concentrate nel contrasto della pandemia da Covid 19; ciò ha determinato una diversa realizzazione delle attività assistenziali in ambito ospedaliero, con la conseguenza che quelle previste dal Piano della Performance 2020 - 2022 hanno risentito in modo sostanziale nella loro realizzazione.

Sotto un profilo generale, la stesura del documento è stata ispirata ai principi di trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità dei contenuti. Infine, in riferimento alle finalità sopradescritte, questa relazione vuole configurarsi come un documento snello e comprensibile.

- CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO -

L'attività ed il funzionamento dell'ASP di Agrigento, essendo soggetto giuridico pubblico, trova disciplina in un perimetro normativo, che nel corso di questo decennio ha registrato numerosi interventi. Già Il legislatore regionale con la L.R. 5/2009 aveva profondamente innovato il sistema "salute" regionale incidendo su molteplici aspetti significativi. Tale quadro normativo nel corso del 2020 ha avuto una importante concretizzazione, che ha inciso in modo sostanziale sull'assetto organizzativo aziendale.

Nel 2020 si è tenuto conto dell'evoluzione normativa nazionale determinata dal D.M. 2 aprile 2015 n. 70 del Ministero della Salute di concerto con quello dell'Economia e delle Finanze attraverso la ridefinizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologico e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera; l'Assessorato Regionale della Salute con D.A. n. 22/2019, ha approvato il nuovo documento di riordino della rete ospedaliera della Regione Siciliana ai sensi del D.M.2 Aprile 2015 n.70. Conseguentemente l'Azienda si è attivata per l'adeguamento dell'Atto Aziendale alle nuove statuizioni, determinando la propria offerta di servizi sanitari nonché la propria dotazione organica in linea, secondo le determinazioni assunte del D.A. n. 1675 del 31.07.2019, recante le "Linee di indirizzo per la rideterminazione delle dotazioni organiche delle aziende del Servizio Sanitario Regionale".

L'ampiezza di tali variazioni sull'assetto organizzativo aziendale ha inciso sulla gestione del ciclo della performance anno 2020 ed in modo notevole sulla **responsabilizzazione degli operatori ispirato al ciclo della performance.**

L'Azienda nella redazione del piano della performance 2020-2022 ha inserito, al fine di soddisfare una coerente logica programmatoria organizzativa e gestionale regionale, le linee di intervento previste negli obiettivi assegnati alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie della regione, ed in particolare contenuti negli obiettivi di salute funzionamento, obiettivi contrattuali ed obiettivi specifici dell'Assessorato Regionale alla Salute in coerenza con la rifunzionalizzazione della Rete Ospedaliera di cui al D.A. n.22/2019, al D.A. del 10 maggio 2019 nonché della Direttiva dell'Assessorato della salute prot. 6558 del 10/09/2019 e della successiva nota prot. A.I. 3/72076 del 28 ottobre 2019.

Seguendo questa logica programmatoria il piano della performance, ha recepito le stringenti disposizioni introdotte già dal 2012 dal Legislatore nazionale (D.L. n. 95/2012), in tema di razionalizzazione della spesa sanitaria e di sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale che impongono, in un contesto di minus-finanziamento complessivo del sistema di welfare, la definizione di ulteriori misure per :

- adeguare la produzione di salute al nuovo sistema parametrico di finanziamento del SSN basato sui fabbisogni e costi standard;
- garantire i livelli essenziali di assistenza intervenendo anche sulle reti assistenziali e sull'appropriatezza delle prestazioni e dei servizi e sulle modalità di erogazione degli stessi;
- rispettare l'equilibrio economico-finanziario della gestione, agendo in modo selettivo sulle residue aree di inefficienza nell'acquisizione dei fattori produttivi e nel loro utilizzo.

Sulla base dell'intervenuto di cui al D.A. n.22/2019, l'Azienda ha basato la sua attività di programmazione, sviluppando ulteriori strategie d'intervento che, agendo sull'organizzazione, e sull'appropriatezza clinica, investendo sulla valorizzazione delle risorse umane e professionali, affinché si determinino le condizioni per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e dello stato di benessere della popolazione, nonostante il progressivo decremento del finanziamento complessivo del sistema sanitario e sociosanitario.

- L'AMMINISTRAZIONE -

Con l' Atto Aziendale, approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, l'Azienda si è data un nuovo assetto organizzativo e di funzionamento allo scopo di assicurare l'erogazione delle prestazioni sanitarie essenziali in modo appropriato, lo sviluppo dei sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi dei cittadini, l'equità delle prestazioni erogate, il raccordo istituzionale con gli Enti Locali, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e di volontariato, nonché l'ottimizzazione e l'integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali.

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

Corre l'obbligo sottolineare che per l'anno 2020, comunque, l'ASP ha strutturato la contrattazione sulla base dell'Atto Aziendale vigente al momento della negoziazione, secondo cui gli Organi dell'ASP di Agrigento sono così costituiti:

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

L'articolazione organizzativa dell'Azienda è improntata a criteri di massima flessibilità, volta ad assecondare il mutare dei programmi e garantire il perseguimento degli obiettivi.

Il modello organizzativo aziendale, secondo la L.R. 5/09 e s.m.i., è suddiviso in quattro Aree (Staff, Amministrativa, Territoriale ed Ospedaliera), le quali vengono organizzate ex D.Lgs.502/92 e s.m.i. su base dipartimentale e distrettuale ed articolate:

- 1) AREA DI STAFF, nel cui ambito rientrano tutte le Strutture e gli Uffici che, per la loro

rilevanza aziendale, sono allocati nella Direzione Generale o Amministrativa o Sanitaria, in relazione alle competenze attribuite.

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

- Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Statistici Aziendali U.O.C.
- Sistemi Informativi Statistici Aziendali U.O.S.
- Servizio di Psicologia U.O.C.
- Coordinamento supporto psicologico Pronto Soccorso U.O.S.
- Servizio Legale U.O.C.
- Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria U.O.S.
- Servizio di Prevenzione e Protezione U.O.S.
- Sorveglianza Sanitaria U.O.S.
- Energy Management Aziendale U.O.S.
- Qualità e Gestione del Rischio Clinico con annessa Ingegneria clinica U.O.S.
- Internai Audit U.O.S.
- Ufficio del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
- Data Protection Office

II) AREA AMMINISTRATIVA, nel cui ambito rientrano:

A. Dipartimento Amministrativo Strutturale

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

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

-

III) AREA TERRITORIALE, nel cui ambito rientrano:

A. Distretti Sanitari di Base, con le afferenti Strutture Semplici

- Distretto Sanitario di Agrigento
 - Distretto Sanitario di Bivona
 - Distretto Sanitario di Canicatti
 - Distretto Sanitario di Casteltermini
 - Distretto Sanitario di Licata
 - Distretto Sanitario di Ribera
 - Distretto Sanitario di Sciacca

B. Dipartimenti Territoriali Strutturali

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

Semplici e Semplici Dipartimentali.

- Dipartimento di Salute Mentale, con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali.
- C. Consultori Territoriali, per la gestione delle attività dei consultori pubblici e di quelli privati ricadenti nel territorio dell'ASP. .
- D. Dipartimento delle cure primarie e dell'Integrazione Socio-sanitaria Funzionale con le afferenti strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali;
- E. Struttura Amministrativa Area Territoriale.

IV) AREA OSPEDALIERA, nel cui ambito rientrano:

A. Presidi Ospedalieri:

- Presidio Ospedaliero di Agrigento (DEA di I livello), con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici dipartimentali
- Presidio Ospedaliero di Canicattì (Presidio Base), con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici dipartimentali
- Presidio Ospedaliero di Licata (Presidio Base), con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici dipartimentali
- Ospedali Riuniti Sciacca-Ribera (DEA di I livello), con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici dipartimentali
- U.O.C. Struttura Amministrativa P.O. Agrigento
- U.O.C. Struttura Amministrativa PP.OO. Canicattì-Licata
- U.O.C. Struttura Amministrativa PP.OO. Sciacca-Ribera

B. Dipartimenti Ospedalieri Strutturali

- Dipartimento di Medicina - Ospedali Riuniti Sciacca-Ribera, con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici dipartimentali.
- Dipartimento di Medicina - Presidi Ospedalieri di Agrigento, Canicattì e Licata, con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici dipartimentali
- Dipartimento di Chirurgia - Ospedali Riuniti Sciacca e Ribera, con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici dipartimentali,
- Dipartimento Area di Chirurgia -, Presidi Ospedalieri di Agrigento, Canicattì e Licata con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali,
- Dipartimento Emergenza, con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali
- Dipartimento Cardiovascolare, con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali

Per i Presidi Ospedalieri dell'Azienda nel dettaglio sono previsti:

- un Direttore Medico di Struttura Complessa ed un Dirigente Amministrativo Responsabile di Struttura Complessa per il Presidio Ospedaliero di Agrigento, un Dirigente Medico

Responsabile di Struttura Semplice dipartimentale per il Presidio Ospedaliero di Canicattì afferente alla Direzione Sanitaria Aziendale, un Dirigente Medico Responsabile di Struttura Semplice dipartimentale per il Presidio Ospedaliero di Licata afferente alla Direzione Sanitaria Aziendale, un Dirigente Amministrativo Responsabile di Struttura Complessa per i Presidi Ospedalieri di Canicattì e di Licata, un Direttore Medico di Struttura Complessa ed un Dirigente Amministrativo Responsabile di Struttura Complessa per gli Ospedali Riuniti "Siacca-Ribera.

Sono, altresì, previsti i **Dipartimenti Transmurali**, nel cui ambito rientrano Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali, Ospedaliere e Territoriali e precisamente:

- Dipartimento del Farmaco (Strutturale)
- Dipartimento delle Scienze Radiologiche (Strutturale)
- Dipartimento dei Servizi (Strutturale)
- Dipartimento Materno Infantile (Funzionale)
- Dipartimento di Riabilitazione (Funzionale)
- Dipartimento Oncologico (Funzionale)
- Dipartimento di Cure Primarie e dell'Integrazione Socio-sanitaria (Funzionale)

Il Dipartimento

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

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

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

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

- Dipartimenti Strutturali
- Dipartimenti Funzionali.

In particolare:

- i Dipartimenti strutturali rappresentano le strutture il cui obiettivo principale è l'uso efficiente/ottimale delle risorse, con autorità sovraordinata rispetto alle unità operative o servizi che la compongono;
- i Dipartimenti funzionali coinvolgono "orizzontalmente" le unità operative ed hanno come finalità principale e diretta l'ottimizzazione delle procedure operative destinate al raggiungimento di un obiettivo ovvero delle pratiche assistenziali destinate a categorie di pazienti o a quadri clinici specifici ed altresì servono a massimizzare l'efficacia e la

qualità della prestazione.

1. In relazione alla tipologia di attività, i Dipartimenti si possono distinguere in:
 - Dipartimento amministrativo
 - Dipartimenti sanitari territoriali
 - Dipartimenti sanitari transmurali (ospedale/territorio)
 - Dipartimenti ospedalieri distrettuali ed interdistrettuali)
2. Il Dipartimento, nello svolgimento delle funzioni proprie del suo specifico ambito di attività, si propone di conseguire i seguenti obiettivi:
 - la convergenza di competenza ed esperienza;
 - l'interdisciplinarietà;
 - la garanzia di continuità delle prestazioni prevenendo ridondanze di tempi e/o procedure inutili;
 - l'accorpamento secondo criteri di efficienza ed efficacia pratica.
3. Le funzioni dei Dipartimenti, sia Amministrativi sia Sanitari, comprendono, in particolare, la definizione di progetti e programmi, l'individuazione di obiettivi prioritari, l'allocazione di risorse e di mezzi.

I Presidi Ospedalieri

1. Il Presidio Ospedaliero (P.O.) fornisce assistenza per tutte le patologie che richiedano prestazioni diagnostico-terapeutiche non erogabili con altrettanta efficacia ed efficienza a livello territoriale; può comprendere una a più strutture ospedaliere ed è da considerarsi quale struttura complessa dotata di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, soggetta a rendicontazione analitica, con contabilità separate all'interno del bilancio aziendale.
2. Contribuisce al progetto di salute della comunità attuando le politiche Aziendali attraverso un impiego efficace ed efficiente delle risorse assegnate al Presidio Ospedaliero medesimo, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi sanitari programmati perseguendo un'azione diagnostico terapeutica improntata alla continuità assistenziale ed all'approccio polispecialistico e multi professionale attuato attraverso l'integrazione delle attività, appropriate al caso, sia interne al Presidio Ospedaliero che esterne promovendo e presidiando la qualità dei servizi e derogazione delle prestazioni, nonché la loro appropriatezza valutata secondo i criteri della medicina basata sulle prove di efficacia.
3. La rete ospedaliera dell'A.S.P. di Agrigento ai sensi del D.A. 22/2019 è composta dai cinque Presidi Ospedalieri così articolati:
 - Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio di Agrigento (DEA di I livello),
 - Presidio Ospedaliero Barone Lombardo di Canicattì (Presidio di Base),
 - Presidio Ospedaliero San Giacomo D'Altopasso di Licata (Presidio di Base)

- Ospedali Riuniti: “Sciacca-Ribera” (DEA di I livello), ricomprendente il Presidio Ospedaliero Giovanni Paolo II di Sciacca ed il Presidio Ospedaliero Fratelli Parlapiano di Ribera.

Il Dipartimento Ospedaliero

La collocazione geografica dei cinque Presidi Ospedalieri dell’Azienda determina la istituzione di n. 7 Dipartimenti Ospedalieri strutturali, come di seguito specificato:

- Dipartimento di Medicina PP.OO. Agrigento-Canicattì-Licata (Strutturale)
- Dipartimento di Medicina PP.OO. Riuniti Sciacca-Ribera (Strutturale)
- Dipartimento di Chirurgia PP.OO. Agrigento-Canicattì-Licata (Strutturale)
- Dipartimento di Chirurgia PP.OO. Riuniti Sciacca-Ribera (Strutturale)
- Dipartimento di Emergenza (Strutturale)
- Dipartimento Cardiovascolare (Strutturale)
- Dipartimento dei Servizi (Strutturale)

I Dipartimenti Ospedalieri coinvolgono orizzontalmente le UU.OO. afferenti ai Presidi Ospedalieri ed hanno come obiettivo principale e diretto l’ottimizzazione delle procedure operative destinate all’erogazione delle pratiche assistenziali destinate a categorie di pazienti o a quadri clinici specifici. I dipartimenti ospedalieri strutturali hanno la responsabilità gestionale diretta delle risorse loro assegnate, dei processi di programmazione e di controllo e sono sovraordinati alle UU.OO. che li compongono e pertanto, assumono la valenza di soggetti negoziali nei rapporti con la Direzione Aziendale.

Le risorse dei dipartimenti strutturali sono quelle delle UU.OO. che ad essi afferiscono.

Sono funzioni dei dipartimenti ospedalieri:

L’assistenza: attraverso l’individuazione ed il coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie nell’ambito di un approccio globale al paziente, per mezzo delle seguenti attività: pre-ospedalizzazione e attività ambulatoriale, day hospital/day surgery. ricovero ordinario, riabilitazione, ospedalizzazione a domicilio, percorsi dei pazienti.

» La Formazione e aggiornamento: La formazione e l’aggiornamento del personale operante nell’ambito delle differenti unità operative.

» La ricerca: orientata al raggiungimento degli obiettivi propri dell’istituzione dipartimentale, attraverso il coordinamento delle iniziative più significative e l’attivazione dei necessari collegamenti con altre istituzioni.

» La educazione ed informazione sanitaria: attraverso l'istituzione di una serie di iniziative indirizzate al singolo paziente ed in collaborazione con Enti ed Istituzioni diverse, riguardanti specifiche tematiche identificate come prioritarie rispetto agli obiettivi e mirate alla tipologia dei pazienti assistiti nell'ambito del dipartimento.

L'attività dei dipartimenti, con le dovute differenziazioni in relazione alla tipologia sono in particolari ricondotte a:

L'utilizzazione ottimale degli spazi assistenziali e delle apparecchiature, che deve essere finalizzata ad una migliore gestione delle risorse a disposizione al fine di consentire una più completa assistenza al malato ed ove è possibile anche all'allocazione delle UU.OO. facenti parte del dipartimento in spazi contigui

- Il coordinamento con le relative attività extra-ospedaliera per un'integrazione dei servizi dipartimentali con quelli del territorio
- Lo studio, l'applicazione e la verifica di sistemi per la maggiore possibile omogeneità alle procedure organizzative ed assistenziali
- La promozione di iniziative di umanizzazione dell'assistenza all'interno delle strutture dipartimentali
- L'individuazione di nuove attività o di nuovi modelli operativi nello specifico campo di competenza
- L'organizzazione della didattica, la ricerca e l'educazione e l'informazione sanitaria.

Nell'ambito dell'organizzazione dei presidi ospedalieri e dell'attività territoriale sono istituiti i dipartimenti funzionali transmurali che hanno come principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinica assistenziale, favorendo l'acquisizione ed il mantenimento di competenze tecnico-professionali adeguate, definendo percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) e sono costituiti da strutture organizzative che hanno finalità comuni per omogeneità, affinità e complementarità. I dipartimenti funzionali transmurali sono i seguenti:

- Dipartimento Materno Infantile (Funzionale-Transmurale)
- Dipartimento Oncologico (Funzionale-Transmurale)
- Dipartimento di Riabilitazione (Funzionale-Transmurale)

Il Distretto Sanitario

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

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

concerto tra di loro assicurano le attività territoriali.

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

Sono compiti del Distretto:

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

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

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

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

| | |
|--|--|
| <u>Distretto Sanitario di Bivona:</u> | <i>Alessandria della Rocca, Bivona, Cianciana, San Biagio Platani, Santo Stefano di Quisquina.</i> |
| <u>Distretto Sanitario di Canicattì:</u> | <i>Camagra, Campobello di Licata, Canicattì, Castrolibero, Grotte, Naro, Racalmuto, Ravanusa.</i> |
| <u>Distretto Sanitario di Casteltermeni:</u> | <i>Cammarata, Casteltermeni, San Giovanni Gemini.</i> |
| <u>Distretto Sanitario di Licata:</u> | <i>Licata, Palma di Montechiaro.</i> |
| <u>Distretto Sanitario di Ribera:</u> | <i>Burgio, Calamonaci, Cattolica Eraclea, Lucca Sicula, Montallegro, Ribera, Villafranca Sicula.</i> |
| <u>Distretto Sanitario di Sciacca:</u> | <i>Caltabellotta, Menfi, Montevago, Sambuca di Sicilia, Santa Margherita Belice, Sciacca.</i> |

Le risorse umane

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

Il Personale a tempo indeterminato dell'ASP di Agrigento al 31/12/2020 è risultato pari a n. 2949 unità, in dettaglio:

| qualifica / posiz.economica/profilo | Presenti al 31/12/2020 |
|--|------------------------|
| Dir. medico con inc. struttura complessa (rapp. esclusivo) | 22 |
| Dir. medico con inc. di struttura complessa (rapp. non escl.) | 3 |
| Dir. medico con incarico di struttura semplice (rapp. esclusivo) | 39 |
| Dir. medico con incarico di struttura semplice (rapp. non escl.) | 2 |
| dirigenti medici con altri incar. prof.li (rapp. esclusivo) | 466 |
| dirigenti medici con altri incar. prof.li (rapp. non escl.) | 78 |
| Veterinari con inc. di struttura complessa (rapp.esclusivo) | 2 |

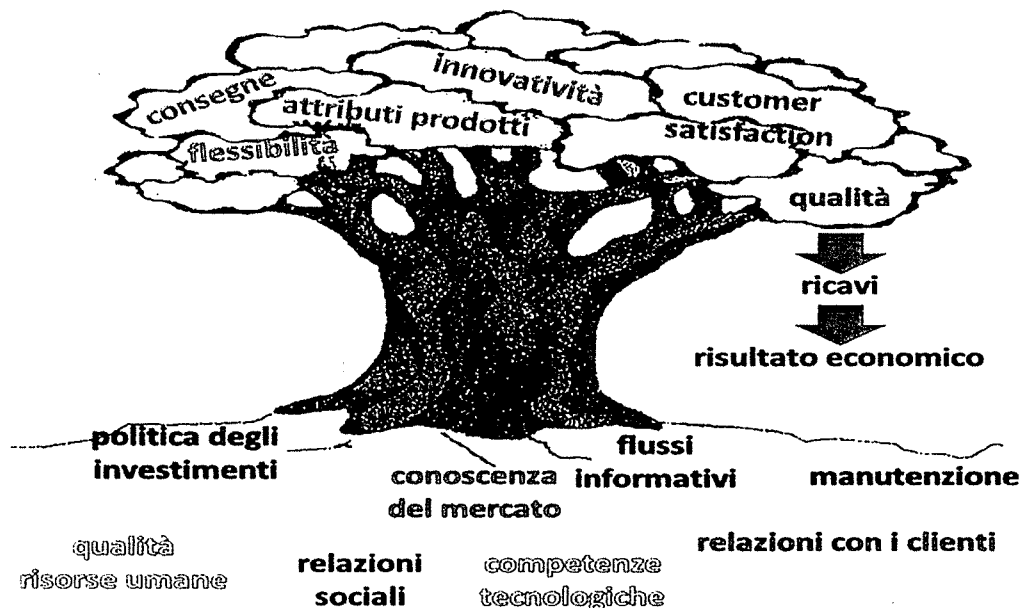
| | |
|--|------|
| Veterinari con inc. di struttura semplice (rapp. esclusivo) | 9 |
| Veterinari con altri incar. prof.li (rapp. esclusivo) | 28 |
| veterinari con altri incar. prof.li (rapp. non escl.) | 1 |
| Farmacisti con incarico di struttura complessa (rapp. esclusivo) | 1 |
| Farmacisti con incarico di struttura semplice (rapp. esclusivo) | 1 |
| Farmacisti con altri incar. prof.li (rapp. esclusivo) | 18 |
| Biologi con altri incar. prof.li (rapp. esclusivo) | 12 |
| chimici con altri incar. prof.li (rapp. non escl.) | 1 |
| Fisici con altri incar. prof.li (rapp. esclusivo) | 1 |
| Psicologi con incarico di struttura semplice (rapp. esclusivo) | 7 |
| Psicologi con altri incar. prof.li (rapp. esclusivo) | 19 |
| psicologi con altri incar. prof.li (rapp. non escl.) | 1 |
| Dirigente prof. Sanit. Inferm/ostetrica (altri inc. Prof.li.) | 1 |
| coll.re prof.le sanitario - pers. infer. Senior - ds | 19 |
| coll.re prof.le sanitario - pers. infer. - d | 1116 |
| oper.re prof.le di II cat.pers. inferm. Senior - c | 4 |
| coll.re prof.le sanitario - pers. tec. Senior - ds | 1 |
| coll.re prof.le sanitario - pers. tec.- d | 119 |
| coll.re prof.le sanitario - tecn. della prev. Senior - ds | 1 |
| coll.re prof.le sanitario - tecn. della prev. - d | 42 |
| coll.re prof.le sanitario - pers. della riabil. Senior - ds | 2 |
| coll.re prof.le sanitario - pers. della riabil. - d | 42 |
| Avvocato Dirig. con incarico di struttura semplice | 1 |
| Ingegnere Dirig. con altri incar.prof.li | 1 |
| Ingegnere Dirig. a t. determinato(art. 15-septies d.lgs. 502/92) | 1 |
| assistente religioso - d | 2 |
| Sociologo Dirig. con incarico di struttura semplice | 1 |
| Sociologo Dirig. con altri incar.prof.li | 3 |
| collab.re prof.le assistente sociale senior - ds | 3 |
| collab.re prof.le assistente sociale - d | 62 |
| collab.re tec. - prof.le - d | 7 |
| assistente tecnico - c | 12 |
| program.re - c | 2 |
| operatore tecnico special.to senior - c | 27 |
| operatore tecnico special.to - bs | 32 |
| operatore socio-sanitario - bs | 79 |
| operatore tecnico - b | 110 |
| operatore tecnico addetto all'assistenza - b | 9 |
| ausiliario specializzato - a | 98 |
| dirigente amm.vo con incarico di struttura complessa | 9 |
| Dirigente amm.vo con incarico di struttura semplice | 1 |
| Dirig. Amm.vo a t. determinato(art. 15-septies d.lgs. 502/92) | 2 |
| collaboratore amministrativo prof.le senior - ds | 12 |
| collaboratore amministrativo prof.le - d | 121 |
| assistente amministrativo - c | 128 |
| coadiutore amm.vo senior - bs | 6 |

| | |
|-----------------------|------|
| coadiutore amm.vo - b | 134 |
| commesso - a | 28 |
| TOTALE | 2949 |

- GLI OBIETTIVI AZIENDALI -

L'ASP di Agrigento ha introdotto il sistema di misurazione e valutazione della performance, nel rispetto del decreto legislativo n. 150/09, e con atto deliberativo n. 55 del 21/01/2020 - "Aggiornamento del Piano Triennale della Performance 2020-2022"- si è dotata del Piano della Performance 2020-2022, ovvero di quel documento programmatico triennale, che in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di periodo, definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

- ALBERO DELLA PERFORMANCE -



Come già evidenziato, l'attività di responsabilizzazione a livello aziendale parte sicuramente dagli Obbiettivi di Salute e Funzionamento ed Obbiettivi Contrattuali in ragione degli

obbiettivi assegnati per gli anni 2020 alla Direttore Generale pro-tempore e degli indirizzi scaturenti dalle innovazioni normative e di pianificazione strategica.

Le indicazioni ricevute da parte dell'Assessorato Regionale della Sanità, ogni anno determinano l'elaborazione di una serie di parametri sulla base dei quali vengono effettuate, nel corso del processo e successivamente allo stesso, le dovute verifiche. Anche per l'anno 2020 ciò è stato il punto di partenza per la definizione degli obbiettivi, procedendo tuttavia, lo situazione emergenziale ha determinato una serie di integrazioni necessarie generate dai contenuti e dalle disposizioni dei vari DPCM relativi all'emergenza sanitaria comunque aderenti al processo di responsabilizzazione e per considerare anche un complesso di attività che, sebbene non espressamente citate, costituiscono il necessario presupposto per ognuna di esse, tanto in ambito sanitario quanto in ambito amministrativo. In questa ottica, gli obbiettivi oggetto di verifica esterna ed interna sono oggetto di integrazione in termini di responsabilizzazione a carico dei soggetti delegati poiché gli adempimenti da garantire risultano il presupposto imprescindibile per il funzionamento dell'azienda nel suo complesso.

- IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Con D.A. 1821 del 26 settembre 2011, l'Assessorato Regionale per la Salute da alle Aziende sanitarie siciliane le linee di indirizzo in materia di verifica e di valutazione del personale dipendente del S.S.R..

Il decreto in argomento, nel rispetto decreto legislativo n. 150/09, stabilisce l'oggetto della misurazione e valutazione, ovvero: sia misurazione e valutazione della performance organizzativa, sia la misurazione e la valutazione della performance individuale, inoltre, individua le modalità ed i tempi del ciclo di gestione della performance il quale si articola nelle seguenti fasi:

| Fasi | Attività | Soggetti coinvolti |
|--------|---|---|
| fase a | Definizione e assegnazione obbiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, previa negoziazione anche delle risorse umane, tecniche e finanziarie | <ul style="list-style-type: none">- Direzione strategica aziendale- Programmazione e controllo di gestione- Politiche del personale |

| | | |
|--------|--|---|
| fase b | Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse | - Programmazione e Controllo di Gestione |
| fase c | 1) Monitoraggio in corso di esercizio 2) Attivazione di eventuali interventi correttivi | 1) Programmazione e controllo di gestione 2) Direzione strategica aziendale |
| fase d | Misurazione e valutazione annuale della performance individuale | - Il dirigente di struttura immediatamente sovraordinata, in prima istanza; - L' O.I.V. in seconda istanza |
| fase e | Misurazione e valutazione annuale delle unità organizzative | - L'O.I.V. per la misurazione e valutazione della performance con riferimento alle strutture (dipartimenti/coordinamenti/strutture complesse) secondo modalità conformi alle direttive impartite dalla commissione di cui all'articolo 13 del decreto legislativo n. 150/09 |
| fase f | Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito | Settore personale |
| fase g | Rendicontazione dei risultati ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi | - Settore personale/U.O. politiche del personale - Comunicazione istituzionale - sito web - Struttura tecnica permanente |

- L'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE -

Per la verifica della rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi impartiti, la Direzione Generale, si avvale della attività dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), che opera in posizione di autonomia.

L'attuale Organismo Indipendente di Valutazione della performance dell'ASP di Agrigento di seguito OIV, è stato nominato con delibera n. 894 del 12.06.2020, ai sensi del D. Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., della deliberazione Civit n. 12/2013, del DPR n. 105/2016 e del DPCM del 02/12/2016, il suddetto Organismo, composto da tre esperti, di cui uno con funzione di Presidente, in possesso di requisiti di professionalità ed esperienza, con competenze tecniche di valutazione e di controllo di gestione, comprovate dalla iscrizione all'elenco nazionale dei componenti OIV di cui al Decreto 2 dicembre 2016 della Presidenza del Consiglio dei Ministri- l Dipartimento della Funzione Pubblica.

L'organismo indipendente di valutazione svolge le funzioni e le attività di cui all'articolo 14 del decreto legislativo n. 150 del 2009 con l'obiettivo di supportare l'amministrazione sul piano metodologico e verificare la correttezza dei processi di misurazione, monitoraggio, valutazione e

rendicontazione della performance organizzativa e individuale. Verifica, inoltre, che l'amministrazione realizzi nell'ambito del ciclo della performance un'integrazione sostanziale tra programmazione economico-finanziaria e pianificazione strategico-gestionale. Ai fini della valutazione della performance organizzativa, promuove l'utilizzo da parte dell'amministrazione dei risultati derivanti dalle attività di valutazione esterna delle amministrazioni e dei relativi impatti.

In particolare:

a) monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso ((, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi));

b) comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché' alla Corte dei conti ((e al Dipartimento della funzione pubblica));

c) valida la Relazione sulla performance, a condizione che la stessa sia redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione;

d) garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione ((con particolare riferimento alla significativa

differenziazione dei giudizi di cui all'articolo 9, comma 1, lettera d))), nonché' dell'utilizzo dei premi di cui al Titolo III, secondo quanto previsto dal presente decreto, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;

e) propone, sulla base del sistema di cui all'articolo 7, all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione

annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi di cui al Titolo III;

f) è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti ((dal Dipartimento della funzione pubblica sulla base del decreto adottato ai sensi dell'articolo 19, comma 10, del decreto legge n. 90 del 2014));

g) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;

h) verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

- I REGOLAMENTI AZIENDALI PER LA VALUTAZIONE -

Per la verifica della rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e sanitaria e della gestione agli indirizzi impartiti, l'ASP ha adottato i seguenti regolamenti, in dettaglio:

- Deliberazione n. 1970 del 02.05.2013 ad Oggetto “ Adozione regolamenti retribuzione di risultato della dirigenza - Verifica e Valutazione del personale dirigenziale area medica e veterinaria - Verifica e valutazione del personale dirigenziale area amministrativa, professionale, tecnica e sanitaria non medica” , si è dotata di tre distinti regolamenti, ovvero:
 - Regolamento Retribuzione di risultato della Dirigenza;
 - Regolamento Verifica e valutazione del personale dirigenziale area medica e veterinaria;
 - Regolamento Verifica e valutazione del personale dirigenziale area amministrativa, professionale, tecnica e sanitaria non medica;
- Deliberazione n. 1824 del 21.12.2016 ad oggetto ”Preso atto accordo decentrato con le OO.SS. del comparto, in materia di erogazione della produttività collettiva” (modificata con deliberazione n. 874 del 10.05.2018) con la quale l'azienda si è dotata del nuovo regolamento per l'erogazione della produttività collettiva del personale area comparto.

- IL PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022 -

Nello sviluppo del Piano della Performance 2020 - 2022 l'Azienda, ispirandosi al sistema di gestione della *performance secondo a quanto previsto dal d.lgs. 150/09* e dal D.A. 1821 del 26.09.2011, ha tenuto conto dell'impianto degli obiettivi assegnati alle Direzioni Generali nell'ambito contrattuale.

Il Piano della Performance è stato adottato con **Deliberazione del Commissario Straordinario n. 55 del 21.01.2020**; esso costituisce il presupposto per la predisposizione della presente relazione annuale sulla performance anche se per l'assegnazione degli obiettivi alle articolazioni aziendali ci si è riferiti al modello di performance ispirato ai nuovi obiettivi contrattuali e di salute e funzionamento assegnati all'azienda.

La finalità del Piano della Performance è quella di tracciare i criteri che perimetrano le attività di budgeting, in particolare:

- esplicitazione degli obiettivi, degli indicatori e dei *target* da raggiungere in coerenza con le risorse assegnate
- definizione degli elementi fondamentali che costituiranno la base per la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance* (obiettivi, indicatori e *target*).
- evidenziazione di tutti i passaggi logici idonei a garantire “*la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance*” secondo quanto espressamente previsto ai sensi dell’articolo 10, comma 1, del d.lgs. 150/09.

Inoltre, stante la necessità di prevedere un sistema dinamico di progressivo miglioramento del sistema nel suo complesso, il piano ha previsto una logica di miglioramento continuo del sistema, nonché coinvolgimento dell’Organismo Indipendente di Valutazione nella verifica sul funzionamento del sistema nel suo complesso e nell’individuazione delle modifiche da apportare allo stesso.

Relativamente agli obiettivi previsti nel piano essi, seguendo le indicazioni metodologiche del D.lgs. n. 150/2009, sono così caratterizzati:

- a) rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell’amministrazione;
- b) specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- c) tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- d) riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno, anche se questa caratteristica si riferisce agli obiettivi operativi e va dunque riferita all’attività da realizzare nell’anno;
- e) commisurati ai valori di riferimento derivanti da *standard* definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- f) confrontabili con le tendenze della produttività dell’amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- g) correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

In sintesi il Piano ha esplicitato il “legame” che sussiste tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità, le strategie, gli obiettivi e gli indicatori dell’amministrazione. Ossia il contributo che l’amministrazione (nel suo complesso nonché nelle unità organizzative e negli individui di cui si compone) ha apportato attraverso la propria azione alla soddisfazione dei bisogni della collettività.

Per ogni area di intervento nel piano sono state individuati:

- gli obiettivi strategici ed operativi 2020/2022;
- il valore atteso con gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* dell’amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Inoltre, come detto in premessa l’anno 2020 è stato caratterizzato da contingenti situazioni emergenziali che hanno di fatto determinato un rimaneggiamento delle attività organizzative di questa Azienda Sanitaria.

I contenuti e le disposizioni dei vari DPCM relativi all'emergenza sanitaria hanno indotto la Direzione Strategica a considerare la necessità di procedere all'avvio del ciclo della performance mediante il rinnovo e la riproposizione degli obiettivi oggetto di contrattazione nell'anno 2019.

Tale metodologia ha assunto maggior significato in relazione al fatto che gli Obiettivi Generali, di Salute e Funzionamento stabiliti con il Piano della performance 2020 -2022, che hanno costituito elemento portante del sistema di obiettivi assegnati alle UU.OO. produttive dell'Azienda, comprendono attività ripartite sia nell'anno 2019 che nell'anno 2020.

- GLI OBIETTIVI STRATEGICI ORGANIZZATIVI -

Per soddisfare gli obiettivi strategici aziendali assegnati dall’Assessorato Regionale della Salute, questa ASP ha tradotto gli stessi in un set di indicatori trasposti anche nel Piano della Performance 2020-2022, che sintetizzano il portafoglio dell’offerta sanitaria dell’ASP, ciò ha rappresentato uno *step* imprescindibile per l’Amministrazione.

Le linee di indirizzo regionali hanno costituito una base solida per il piano della performance 2020- 2022, dal momento che sono state individuate le suddette aree di intervento:

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

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

- Gli interventi da realizzare;
- Le azioni, legate agli interventi, idonee a garantire l'efficacia negli interventi;
- I risultati programmati per ciascuna azione;
- Gli indicatori volti alla misurazione dei diversi risultati attesi.

L'orientamento al rientro economico ha inoltre consigliato la formulazione di ipotesi sull'impatto economico delle scelte adottate e degli interventi da porre in essere.

- GLI OBIETTIVI OPERATIVI -

Come detto gli obiettivi individuali per l'anno 2020 la cui tecnica di individuazione è stata descritta nel Piano della performance, hanno costituito la prosecuzione logica di quanto già avviato negli anni precedenti.

A tal fine, gli obiettivi della Direzione Strategica derivanti dal mandato istituzionale e dalle indicazioni espressamente assegnati in sede assessoriale con il Piano Attuativo Aziendale 2019-2020 e con gli obiettivi di Salute e Funzionamento, sono stati selettivamente ribaltati a tutti i dirigenti apicali ed hanno costituito il presupposto per le successive fasi di delega a tutto il personale dirigente e dipendente.

La programmazione e le azioni già realizzate sono state finalizzate a migliorare ulteriormente qualitativamente e quantitativamente i livelli essenziali di assistenza facendo

si che l'erogazione degli stessi sia risultata efficace ed appropriata e quanto più possibile omogenea su tutto il territorio provinciale, anche ai fini del raggiungimento dell'equilibrio economico.

Anche per l'anno 2020, per la stesura e la presentazioni dei piani operativi, si è fatto riferimento al piano di realizzazione della performance, all'interno del quale sono stati previsti i seguenti passaggi logici fondamentali:

- I Direttori delle UU.OO.CC., sia dell'Area Ospedaliera (PP.OO.) che dell'Area Territoriale (Distretti Sanitari di Base, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimenti di Prevenzione, Area Gestione del Farmaco, Area Amministrativa), con riferimento agli obiettivi, sia generali che specifici attinenti la propria area, hanno coinvolto, tanto nella fase di elaborazione degli obiettivi che in quella di attuazione, tutti i responsabili delle unità operative semplici afferenti alla stessa struttura complessa nonché tutto il personale in servizio sia della dirigenza che del comparto.
- I responsabili delle restanti articolazioni più complesse (Direttori delle Aree Amministrative, Direttori di Distretto Sanitario, Responsabile Gestione Area del farmaco e Responsabile dello Staff del Centro Direzionale nonché i direttori delle aree amministrative) hanno predisposto i rispettivi Piani Operativi, secondo gli obiettivi generali e specifici di propria competenza.
- I piani di lavoro potevano prevedere, oltre gli obiettivi individuati, anche obiettivi propri aggiuntivi che ciascuna unità operativa intendeva realizzare nel corso dell'anno 2017 e ciò, comunque, dopo aver verificato la loro compatibilità con gli obiettivi generali dell'Azienda, con i vincoli di bilancio nonché le risorse umane e strumentali disponibili.

Nei medesimi piani di lavoro dovevano anche essere esplicitate le iniziative che si intendevano avviare per il raggiungimento degli obiettivi specifici di ciascuna unità operativa nel rispetto dei programmi e degli obiettivi generali dell'Azienda, nonché tenuto conto di quanto stabilito dal regolamento aziendale sul sistema premiante.

- La Direzione Generale, avvalendosi della U.O.C. Controllo di Gestione, ha predisposto le schede di budget del 2020, ha negoziato gli obiettivi, indicatori e relativi valori nonché il peso % assegnato a ciascun indicatore (in funzione della rilevanza strategica degli obiettivi medesimi e tenuto conto anche delle risorse disponibili).
- Ciascun responsabile di U.O.C. ha avuto la competenza e la responsabilità di porre le basi per la verifica sul grado di partecipazione dei dipendenti, afferenti alla medesima U.O. sia della dirigenza che del comparto, al conseguimento degli obiettivi negoziati,

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

- I Piani Operativi, sia in forma cartacea che per posta elettronica, sono pervenuti alla Direzione Aziendale tramite la U.O.C. Controllo di Gestione.

- LA RENDICONTAZIONE DEGLI OBIETTIVI OPERATIVI -

In considerazione della situazione pandemica con la nota prot. n. 6111 del 12.01.2021 sono state emanate le indicazioni operative alle varie articolazioni aziendali per la relativa rendicontazione dei risultati della performance organizzativa delle strutture e quella individuale del personale afferente.

Anche al fine di permettere una rendicontazione aderente al periodo emergenziale in corso si è determinato in tale nota che la relazione esplicativa nel processo di rendicontazione si doveva tenere nella debita considerazione il contingente periodo emergenziale e pertanto si è ritenuto che i responsabili di struttura dovevano sottolineare nelle proprie relazioni l'eventuale incidenza della pandemia ove questa abbia con tutta evidenza interferito sul grado di raggiungimento degli indicatori previsti, come precedentemente declinati ed assegnati.

Conseguentemente per l'anno 2020 la UOC Controllo di Gestione, nell'ambito dei compiti d'istituto previsti e per le attività di competenza, ha svolto l'istruttoria per la misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi previsti dai diversi piani operativi, in aderenza ai regolamenti aziendali vigenti, determinando il Valore Verificato di ogni struttura contrattante, per la successiva valutazione da parte dell'OIV e definitiva validazione del ciclo della performance per l'anno 2020, procedendo ad una rielaborazione dei valori verificati tenendo conto delle seguenti circostanze:

- Obiettivi non raggiungibili per la contingente situazione emergenziale come ad esempio obiettivi riguardanti le performance di ricovero ed erogazioni delle prestazioni delle UU.OO. non perseguibili per la evidente riorganizzazione necessaria a fronteggiare l'epidemia in corso.
- Obiettivi non più ritenuti di pertinenza dai Direttori delle UU.OO. ed assegnati alle UU.OO. in quanto necessari al momento della contrattazione ma poi non applicabili in quanto tali attività non sono state reiterate dall'Assessorato Regionale (esempio PSN-PSR)
- Obiettivi già raggiunti ed assolti nel 2019 la cui attività è già esaurita ed in nessuna maniera ripetibili nell'anno 2020.

Inoltre, si è proceduto con lo stralcio di quegli obiettivi ritenuti sicuramente non raggiungibili per cause non determinate dalla operatività delle Articolazioni Aziendali in quanto comunque interessati ed influenzati dai processi riorganizzativi per fronteggiare l'epidemia e ridistribuendo in maniera uniforme il punteggio non assegnabile su tutti gli obiettivi specifici restanti.

Tale approccio metodologico è stato comunicato all'OIV giusta nota prot. 60139 del 02/04/2021.

ASP AGRIGENTO

PIANO PERFORMANCE OBIETTIVI 2020

1. Assistenza territoriale ed integrazione socio sanitaria e privacy

| Obiettivo strategico | Obiettivo operativo | VALORE ATTESO | Indicatore 2020 | Grado di raggiungimento obiettivo nell'ambito delle attività di verifica del CdG | Note commento |
|-------------------------------------|--|--|---|--|---------------|
| 1.1 Presa in carico della cronicità | Contenimento ospedalizzazione per le patologie target e attivazione percorsi | Incremento dei pazienti affetti da diabete e scompenso cardiaco arruolati attivamente diabetici a media complessità HbA1c 8 (Emoglobina glicata) \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 >90% | In atto in fase di verifica | |
| | | 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 | In atto in fase di verifica | |

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|
| | | Revisione delle attività assistenziali erogate in ADI e Cure Palliative- verifica documentale appropriatezza delle prestazioni | Si | In atto in fase di verifica | |
| | | n. soggetti over 65-anni in cure domiciliari/popolazione over 65 anni | secondo direttive regionali | <u>L'attività è stata rimodulata a causa della pandemia anche in relazione alla difficoltà di garantire l'accesso degli operatori al domicilio dei pazienti</u> | |
| | Innalzamento qualitativo del livello di cure domiciliari integrate | Indice di soddisfazione ADI (questionario regionale) | rispetto cronoprogramma | In atto in fase di verifica | |
| 1.2 Potenziamento percorsi d'integrazione ospedale-territorio | Utilizzo capacità produttive del territorio- Hospice | Tasso occupazione Hospice | aumento | In atto in fase di verifica | |
| | | tasso occupazione PLSUAP | mantenimento | <u>Obbiettivi non raggiungibili per la contingente situazione emergenziale come ad esempio obbiettivi riguardanti le performance di ricovero ed erogazioni delle prestazioni delle UU.OO. non perseguibili per la evidente riorganizzazione necessaria a fronteggiare l'epidemia in corso.</u> | |
| | | n. percorsi assistenziali per pazienti in età evolutiva e attivazione dei sistemi di monitoraggio (Disturbo specifico dell'apprendimento, diabete, obesità) | SI | In atto in fase di verifica | |
| | Disabilità e non autosufficienza | integrazione ASP-Comuni-promozioni dimissioni protette | audit congiunti tra operatori ASP e dei servizi sociali comunali. n. 1 incontro per DSB | <u>L'attività è stata rimodulata a causa della pandemia anche in relazione alla difficoltà di garantire l'accesso degli operatori alle attività di auditing</u> | |

| | | | | | |
|---------------|--|---|---|--|--|
| | | | | | |
| | | Assistenza sanitaria alla popolazione immigrata: mantenimento del rispetto del DA 2183/2012 | SI | L'attività è stata rimodulata a causa della pandemia | |
| | | Realizzazione di n. 1 procedure per l'accesso facilitato a tutti i front office distrettuali per i portatori di disabilità | Formalizzazio ne della procedura | In atto in fase di verifica | |
| | | Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalle direttive assessoriali | Tempestivo pagamento delle indennità 100% | In atto in fase di verifica | |
| | | Attuazione delle valutazioni multidimensionali UVM effettuate presso il domicilio dell'utenza | N. valutazioni multidimens ionali domiciliari N. valutazioni multidimens ionali totali | L'attività è stata rimodulata a causa della pandemia anche in relazione alla difficoltà di garantire l'accesso degli operatori al domicilio dei pazienti | |
| 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 | Attivazione di almeno un centro diurno pubblico e | In corso | |

| | | | | | |
|---------------------|---|---|--|--|--------------------------------------|
| | | servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativo 1.3 B Implementazione RETE Centri Diurni e Centri Residenziali | avvio procedura aperta di selezione | | |
| 1.4 Liste di Attesa | PRGLA per il triennio 2019- 2021 | Linee di intervento per il governo dell'offerta (codificati come IGO) | Rispetto tempistica checklist per la verifica delle linee di intervento del PRGLA 2019-2021 da IGO 1 ad IGO 27 | In atto in fase di verifica | Dati pubblicati su portale ssrsalute |
| | | 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 | In atto in fase di verifica | Dati pubblicati su portale ssrsalute |
| 1.5 Screening | Screening oncologici (obiettivi di salute e funzionamento) | n. test eseguiti per tumore cervice uterina/popolazione target | >=50%- scala obiettivi agenas | L'attività è stata rimodulata a causa della pandemia e sospesa con nota assessoriale n.8982 del 10.03.2020 | |
| | | n. test eseguiti per tumore colon retto/popolazione target | >=50%- scala obiettivi Agenas | L'attività è stata rimodulata a causa della pandemia e sospesa con nota assessoriale n.8982 del 10.03.2020 | |

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | n. test eseguiti per tumore mammella/popolazione target | >=60% - scala obiettivi Agenas | L'attività è stata rimodulata a causa della pandemia e sospesa con nota assessoriale n.8982 del 10.03.2020 | |
| | | Rispetto del valore previsto dal ministero della salute delle estensioni su tutti gli screening | secondo direttive ministeriali | L'attività è stata rimodulata a causa della pandemia e sospesa con nota assessoriale n.8982 del 10.03.2020 | |
| 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 | Nonostante la emergenza pandemica i centri vaccinali sono stati sempre aperti all'utenza nel rispetto delle normative vigenti. Rispetto alle coperture hanno subito una leggera flessione a causa della mancata adesione dell'utenza | |
| | | 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 | In atto in fase di verifica | |

| | | | | |
|--|---|---|-----------------------------------|--|
| | Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul cruscotto regionale per la gestione dell'anagrafe vaccinale | Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul cruscotto regionale | In atto in fase di verifica | |
| | 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 | Raggiunto Redatta la relazione | |
| | Notifica delle malattie infettive rispetto al numero totale di casi rilevati con SDO | 70% | In atto in fase di verifica | |

2. Appropriatazza organizzativa e Sicurezza

| Obiettivo strategico | Obiettivo operativo | VALORE ATTESO | Indicatore 2019 | Grado di raggiungimento obiettivo | Note commento | |
|---|-------------------------------|---|---|---|--|--|
| 2.1 utilizzo appropriato risorse produttive | Sicurezza Sale Operatorie | Utilizzo check list sale operatorie | >75% | In atto in fase di verifica | L'obiettivo è sempre più attenzionato in considerazione dei controlli sulle Schede analizzate dai NOC | |
| | | Utilizzo applicativo registro operatorio (ORMAWEB) | 100% | In atto in fase di verifica | Misura correttiva: tale obiettivo è particolarmente attenzionato e l'eventuale non utilizzo di tale sistema è attualmente marginale | |
| | fluidità percorsi ospedalieri | Degenza Media per ricoveri acuti chirurgici (RO) | Mantenimento | Obbiettivi non raggiungibili per la contingente situazione emergenziale come ad esempio obbiettivi riguardanti le performance di ricovero ed erogazioni delle prestazioni delle UU.OO. non perseguibili per la evidente riorganizzazione necessaria a fronteggiare l'epidemia in corso. | | |
| | | Degenza Media per ricoveri acuti medici (RO) | Mantenimento | Obbiettivi non raggiungibili per la contingente situazione emergenziale come ad esempio obbiettivi riguardanti le performance di ricovero ed erogazioni delle prestazioni delle UU.OO. non perseguibili per la evidente riorganizzazione necessaria a fronteggiare l'epidemia in corso. | | |
| | | | | | | |
| | | Gestione sovraffollamento PS | Indicatore 1: Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa (outcome) Indicatore 2: Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive [processo] | [valore di accettabilità < 0,05 - come da Direttiva Assessoriale n. 9348/19 Azione 1: monitoraggi o continui del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al | Obbiettivi non raggiungibili per la contingente situazione emergenziale come ad esempio obbiettivi riguardanti le performance di ricovero ed erogazioni delle prestazioni delle UU.OO. non perseguibili per la evidente riorganizzazione necessaria a fronteggiare l'epidemia in corso. L'obiettivo è comunque monitorato con applicativi aziendali basati su flusso emur. Per l'anno 2020 si è evidenziato una disomogenea applicazione dei criteri per il raggiungimento dell'efficienza operativa dei pronto soccorsi dell'azienda . ulteriori correttivi saranno posti in essere successivamente all'emergenza COVID-19 | |

| | | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|--|--|-----------------------------|--|
| | | | <p>D.A. 1584/2018;</p> <p>Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;</p> <p>Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento;</p> <p>Azione 4: Relazione annuale del PAGES 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 | secondo direttiva regionale ultima disponibile | In atto in fase di verifica | |
| | | PN senza UTIN: percentuale dei neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita | <8% oppure secondo direttiva regionale | In atto in fase di verifica | |

| | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|-----------------------------|--|
| | | | ultima disponibile | | |
| | | PN con UTIN: numero neonati dimessi direttamente da TIN/totale pazienti ricoverati nella TIN | <5% | In atto in fase di verifica | |
| | | Elaborazione di un report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio | trimestrale | In atto in fase di verifica | |
| | | Numero requisiti checklist rispettati/totale requisiti da rispettare | 100% | In atto in fase di verifica | |
| 2.3 Sicurezza dei pazienti | Monitoraggio degli eventi sentinella e dei relativi piani di miglioramento | Percentuale di completezza scheda A e scheda B. in coerenza al protocollo nazionale SIMES Monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive | 90% | In atto in fase di verifica | |
| | Implementazione delle raccomandazioni ministeriali o di organismi | check list di autovalutazione | SI Report monitoraggi o su richiesta Agenas | In atto in fase di verifica | |

| | | | | | |
|--|--|---|--|-----------------------------|--|
| | internazionali sulla qualità e sicurezza dei pazienti e relativa valutazione | | | | |
| | Programma di monitoraggio sistematico dell'uso della checklist in Sala Operatoria | Corretto utilizzo della check list in sala operatoria e relativo monitoraggio | Report annuali | In atto in fase di verifica | |
| | Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano nazionale di Contrasto dell'Antibiotico Resistenza (PNCAR) 2017-2020" ai sensi del D.A. 1162 del 27.06.2018 | aderenza alle indicazioni regionali | 100% | In atto in fase di verifica | |
| 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 | In atto in fase di verifica | Il dato è comunque in fase di consolidamento e nel 2020 potrebbe essere stato influenzato dalla pandemia da covid 19 |

| | | | | | |
|------------------------------------|--|---|--|---|---|
| | Rispetto della previsione di raccolta delle EC Incremento della quantità di plasma destinato all'emoderivazione (cat.A-B) | | Secondo PAA 2019- 2020 | In atto in fase di verifica | |
| 2.5 Appropriatelyzza | Adempimenti regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA) | Rispetto degli adempimenti previsti NOC | 100% dei controlli previsti dell'anno 2019 | Pienamente raggiunto per l'anno 2019 (controlli effettuati nell'anno 2020) | |
| | Aderenza al PNE | Svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE | Report | In atto in fase di verifica | |
| | Implementazione linee guida secondo direttive regionali | Report sulla base dei degli indicatori previsti nei rispettivi PDTA | SI | In atto in fase di verifica | |
| 2.6 Sicurezza nei luoghi di lavoro | Attuazione/aggiornamento piano emergenza | n. prove di evacuazione effettuate sui presidi aziendali/num. prove da effettuare | >=per punto fisico | In atto in fase di verifica | Obiettivo non raggiungibile per la contingente situazione emergenziale. |

3. Obiettivi di salute e funzionamento

| Obiettivo strategico | Obiettivo operativo | VALORE ATTESO | Indicatore 2020 | Grado di raggiungimento obiettivo | Note commento |
|-------------------------------|---|--|-------------------|-----------------------------------|---|
| 3.1 Ottimizzazione casistica | Complessità casistica | Ottimizzazione del Peso Medio area medica (RO+DH) | anno 2020 | | Obiettivi non raggiungibili per la contingente situazione emergenziale come ad esempio obiettivi riguardanti le performance di ricovero ed erogazioni delle prestazioni delle UU.OO. non perseguibili per la evidente riorganizzazione necessaria a fronteggiare l'epidemia in corso. |
| | | Ottimizzazione del Peso Medio area chirurgica | anno 2020 | | Obiettivi non raggiungibili per la contingente situazione emergenziale come ad esempio obiettivi riguardanti le performance di ricovero ed erogazioni delle prestazioni delle UU.OO. non perseguibili per la evidente riorganizzazione necessaria a fronteggiare l'epidemia in corso. |
| | | Ottimizzazione dell' indice attività chirurgica | anno 2020 | | Obiettivi non raggiungibili per la contingente situazione emergenziale come ad esempio obiettivi riguardanti le performance di ricovero ed erogazioni delle prestazioni delle UU.OO. non perseguibili per la evidente riorganizzazione necessaria a fronteggiare l'epidemia in corso. |
| 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 | 60% a 94,3% | In atto in fase di verifica | |
| | | % pazienti con verticalizzazione entro le 48H | >30% | In atto in fase di verifica | |
| | | %pazienti con mobilizzazione precoce entro le 48h | >20% | In atto in fase di verifica | |
| | | %accesso in riabilitazione cod. 56 a 30 gg dalla dimissione pz >= 65 anni | >rispetto al 2020 | In atto in fase di verifica | |
| | | %accesso in riabilitazione cod. 56- 60 a 30 gg dalla dimissione pz >=65 anni | >rispetto al 2020 | In atto in fase di verifica | |

| | | | | | |
|---------------------------------|--|---|--|-----------------------------|--|
| | | %accesso in riabilitazione cod. 60 a 30 gg dalla dimissione pz >=65 anni | >rispetto al 2019 | In atto in fase di verifica | |
| 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% | In atto in fase di verifica | |
| 3.4 Efficacia area cardiologica | tempestività presa in carico paziente IMA STEMI | P.T.C.A. entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI (differenza tra la data di intervento e quello di ingresso in PS)/numero totali di IMA sterni | >91,8% | In atto in fase di verifica | |
| | Riduzione Mortalità | Mortalità a trenta giorni dal primo accesso per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA) tasso grezzo | Secondo direttiva PNE agenas | | |
| | | Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (tasso grezzo) | Secondo direttiva PNE agenas | In atto in fase di verifica | Obiettivo è valutabile da reportistica regionale per cui se presente difformità viene richiesto di attivare audit correttivi |
| 3.5 Efficacia area chirurgica | Miglioramento Appropriatelyzza organizzativa e fluidità processo | Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza postoperatoria inferiore a 3 gg/numero totale di ricoveri | >95,3% | In atto in fase di verifica | |

| | | | | | |
|----------------------|--|--|---|-----------------------------|--|
| | | incremento numero di colecistectomia laparoscopica | aumento | In atto in fase di verifica | |
| 3.6 Donazioni organi | Incremento dell'attività di donazioni organi | Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018- 2020) | SI | In atto in fase di verifica | |
| | | Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2020 non inferiore del 20% rispetto all'anno 2019. | Valore obiettivo 100% se non inferiore del 20% rispetto all'anno precedente di riferimento | In atto in fase di verifica | Il numero delle procedure eseguite deve essere considerato anche in relazione al fatto che l'Asp non è sede di U.O.C. neurochirurgia |
| | | Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38% | Valore obiettivo 100% se non superiore del 38% rispetto all'anno precedente di riferimento | In atto in fase di verifica | |
| | | Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore | Valore obiettivo 100% se non inferiore del | In atto in fase di verifica | |

| | | | | |
|-----------------------------------|--|---|---|---|
| | | barrente) non inferiore al 30% | 30% rispetto all'anno precedente di riferimento | |
| | | Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione. | SI | Obbiettivi non raggiungibili per la contingente situazione emergenziale come ad esempio obbiettivi riguardanti le performance di ricovero ed erogazioni delle prestazioni delle UU.OO. non perseguibili per la evidente riorganizzazione necessaria a fronteggiare l'epidemia in corso ovvero per l'impossibilità di effettuare eventi formativi. |
| 3.7 contenimento mobilità passiva | Contenimento mobilità passiva area chirurgia generale | Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga (DRG 290-570-494-149) | > rispetto anno 2016 (anno Base) | Obbiettivi non raggiungibili per la contingente situazione emergenziale come ad esempio obbiettivi riguardanti le performance di ricovero ed erogazioni delle prestazioni delle UU.OO. non perseguibili per la evidente riorganizzazione necessaria a fronteggiare l'epidemia in corso. |
| | Contenimento mobilità passiva per interventi ortopedici in elezione | Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga (DRG 544-210) | > rispetto anno 2016 (anno base) | Obbiettivi non raggiungibili per la contingente situazione emergenziale come ad esempio obbiettivi riguardanti le performance di ricovero ed erogazioni delle prestazioni delle UU.OO. non perseguibili per la evidente riorganizzazione necessaria a fronteggiare l'epidemia in corso. |
| | Contenimento mobilità passiva | Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga (DRG 311-310) | > rispetto anno 2016 (anno base) | Obbiettivi non raggiungibili per la contingente situazione emergenziale come ad esempio obbiettivi riguardanti le performance di ricovero ed erogazioni delle prestazioni delle UU.OO. non perseguibili per la evidente riorganizzazione necessaria a fronteggiare l'epidemia in corso. |
| | Contenimento mobilità passiva per Recupero e Riabilitazione Funzionale | Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga (DRG 256) | > rispetto anno 2016 (anno base) | Obbiettivi non raggiungibili per la contingente situazione emergenziale come ad esempio obbiettivi riguardanti le performance di ricovero ed erogazioni delle prestazioni delle UU.OO. non perseguibili per la evidente riorganizzazione necessaria a fronteggiare l'epidemia in corso. |
| | Contenimento mobilità passiva Neurologia | Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga (DRG 12) | > rispetto anno 2016 (anno base) | Obbiettivi non raggiungibili per la contingente situazione emergenziale come ad esempio obbiettivi riguardanti le performance di ricovero ed erogazioni delle prestazioni delle UU.OO. non perseguibili per la evidente riorganizzazione necessaria a fronteggiare l'epidemia in corso. |

4. Contenimento dei Costi e Rispetto tetti di spesa

| Obiettivo strategico | Obiettivo operativo | VALORE ATTESO | Indicatore 2020 | Grado di raggiungimento obiettivo | Note commento |
|---|--|---|--|-----------------------------------|--|
| 4.1 Rispetto dei vincoli di bilancio e tetti di spesa | Rispetto tetti di spesa | Monitoraggio equilibrio di bilancio assegnato (Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio) | controllo costante e monitoraggio del rispetto delle risorse negoziate | | In atto è stata rinviata l'approvazione del bilancio consuntivo 2020 |
| | | rispetto del tetto di spesa annuale del personale dipendente | rispetto budget negoziato | | In atto è stata rinviata l'approvazione del bilancio consuntivo 2020 |
| | | rispetto tetto spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera | rispetto delle risorse negoziate annualmente | | In atto è stata rinviata l'approvazione del bilancio consuntivo 2020 |
| 4.2 Azioni per contenimento spesa | monitoraggio e contenimento spesa farmaceutica | Riduzione scorte di magazzino e monitoraggio spesa tramite procedura informatizzata | < 2 % rispetto all'anno precedente | In atto in fase di verifica | In atto è stata rinviata l'approvazione del bilancio consuntivo 2020 |
| | | Erogazione del primo ciclo di terapia | Rispetto erogazione popolazione target | In atto in fase di verifica | |

| | | | | | |
|--|--|---|--|-----------------------------|--|
| | Inventario beni mobili strumentali | Completamento della riconciliazione giustificata fra dati forniti da CdC responsabili e quanto risulta nel libro cespiti | a) Inventario e riconciliazione con libro cespiti del 60% dei beni mobili strumentali esistenti b) Report trimestrale | | E' in corso l'inventario straordinario dei beni mobili (cespiti) |
| | Monitoraggio locazioni passive | Mappatura locazioni passive con individuazione di proposte di recessione contratti in essere con eventuale utilizzo locali di proprietà | report trimestrale | | E' in corso la mappatura |
| | Riduzione Contenzioso | Mappatura contenzioso | Report di aggiornamento trimestrale | In atto in fase di verifica | |
| | | Stima della percentuale di soccombenza e stima della quota di accantonamento trimestrale a Fondo Rischi | Relazione trimestrale a corredo CE di periodo | In atto in fase di verifica | |
| | Gestione dei sinistri e degli aspetti assicurativi a livello aziendale | n° pratiche sinistri valutati e definiti/ comunicazione sinistri pervenuti | >= 85% | In atto in fase di verifica | |

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|---|
| | Certificabilità del bilancio: Rispetto delle azioni previste dal PAC | Monitoraggio verifica attuazione azioni PAC | rispetto cronoprogramma | Parzialmente raggiunto C.E. consuntivo in fase di consolidamento | Le attività di pertinenza sono state condizionate dalla emergenza pandemica |
| 4.5 Certificabilità del bilancio e contabilità analitica | Definizione puntuale della metodologia per i ribaltamenti di contabilità analitica | Grado di Implementazione linee guida LA | 100% | In atto in fase di verifica | |
| 4.3 Fluidità processi amministrativi | Tempestività dei pagamenti | Rispetto tempistica pagamento fatture | Liquidazione delle fatture entro 15 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 75% Liquidazione delle fatture entro 10 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 100% | In atto in fase di verifica | Vedi report amministrazione trasparente |

| | | | | | |
|----------------------------------|--|---|--|-----------------------------|--|
| | | Aggiornamento Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTCT) | adozione aggiornamento ed integrazione del Piano entro il 31 gennaio 2020 | In atto in fase di verifica | |
| 4.6 Trasparenza e Anticorruzione | Attuazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | Pubblicazione dati/report sul sito aziendale nella sezione link "Amministrazione Trasparente" secondo quanto previsto dalle linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016" | pubblicazione del 100% dei dati nel rispetto della tempistica prevista normativa vigente - report semestrale | In atto in fase di verifica | |

| | | | | | |
|---|--|---|--------------------------|-----------------------------|--|
| | | Formazione per personale dipendente. N personale formato /n. personale da formare | 60% | In atto in fase di verifica | |
| | | Rispetto adempimenti e della tempistica previsti nel piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza. N. adempimenti posti in essere entro i termini previsti /n. adempimenti previsti | 100% | In atto in fase di verifica | |
| 4.7 Potenziamento attività di pianificazione e monitoraggio | Monitoraggio Piano degli Investimenti e Piano Opere Pubbliche (Programma triennale dei lavori pubblici, in ottemperanza all'art. 13 del d.lgs n.163/06 e smi.) | Predisposizione Piano Investimenti per anno successivo | Presentazione Piano 2020 | In atto in fase di verifica | |

| | | | | | |
|--|----------------|---|--|--|--|
| | | Rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento Aziendale sugli Acquisti in economia, predisposto in conformità schema regionale approvato con D.A. n. 1283/2013 modificato dal D.A. n. 2080/2013 | Report trimestrale | In atto in fase di verifica In atto in fase di verifica | |
| | BENI e SERVIZI | Rispetto della criticità contrattuale al fine di evitare contratti in proroga: presentazione capitolati a cura del DEC: Numero capitolati presentati entro i termini/n. capitolati previsti da piano annuale gare | Presentazione capitolati a cura dei DEC (Direttore esecutivo contratto) almeno sei mesi prima dal termine di scadenza del contratto e individuazione contraente entro la data scadenza contrattuale >= 95% | In atto in fase di verifica | |
| | | Monitoraggio e rispetto tempistica nella definizione | 100% | In atto in fase di verifica | |

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|-------------------------------------|-----------------------------|--|
| | | delle procedure di gara aziendali (no UREGA): 60 gg acquisti MEPA, 90 gg gara sottosoglia e 180 gg gara sovrasoglia. | | | |
| | PAA | n. azioni realizzate/n. azioni previste | >= 95% | In atto in fase di verifica | |
| | Monitoraggio e regolamentazioni ALPI | Monitoraggio costi e verifica remuneratività delle tariffe in attuazione del nuovo regolamento ALPI | Approvazione nuovo regolamento ALPI | In atto in fase di verifica | |

5. Contributo alla riorganizzazione aziendale

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

| | | | | | |
|--|--|---|--|-----------------------------|---|
| | | Miglioramento del sistema di codifica delle SDO | 100% | In atto in fase di verifica | Tale attività è implementata per il tramite di reportistica on demand inviata alle UU.OO. al fine di correggere i difetti di codifica |
| | | Completa e corretta compilazione modello LA | 100% | In atto in fase di verifica | |
| | | Monitoraggio gestione flussi Personale convenzionale, personale dipendente, CRIL, Beni e servizi | 100% | In atto in fase di verifica | |
| 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 | 100% | In atto in fase di verifica | |
| 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) | Valori secondo direttiva regionale per l'anno 2020 | In atto in fase di verifica | E' stato attestato il pieno raggiungimento dal competente servizio Assessoriale |

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|
| | | | | | |
| | | 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 TS | Valori secondo direttiva regionale per l'anno 2020 | Obiettivi non raggiungibili per la contingente situazione emergenziale come ad esempio obiettivi riguardanti le performance di ricovero ed erogazioni delle prestazioni ambulatoriali delle UU.OO. non perseguibili per la evidente riorganizzazione necessaria a fronteggiare l'epidemia in corso. | |
| 5.3 Formazione professionisti e Ricerca | Programmazione e Monitoraggio degli interventi di formazione | Predisposizione piano formativo aziendale | SI | In atto in fase di verifica | |
| | | mantenimento proporzione risorse umane assegnate | si | In atto in fase di verifica | |
| | | Realizzazioni e monitoraggio azioni previste nel piano formativo aziendale 2020. budget speso/budget assegnato | >80% | In atto in fase di verifica | |
| 5.4 FSE | % dei consensi informati acquisiti rispetto al | > 5% per il 2019 | Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2019 secondo direttive | In atto in fase di verifica | |

| | | | | | |
|---|--|---|---|-----------------------------|--|
| | numero dei pazienti ricoverati | | regionali | | |
| | % dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11) | >10% per il 2019 | Mantenimento o aumento del dato secondo direttive regionali | In atto in fase di verifica | |
| 5.5 Percorsi e Audit | Formalizzazione percorsi diagnostico terapeutici | su indicazione regionale | si | In atto in fase di verifica | |
| | Audit Clinico e PNE | Sviluppo di audit a partire dai dati del PNE | si | In atto in fase di verifica | Le attività di audit sono state fortemente ridimensionate a causa dell'emergenza covid |
| 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 | In atto in fase di verifica | |
| | Programma aziendale di comunicazione | % di completamento delle azioni previste dal Piano di comunicazione | >90% | In atto in fase di verifica | |

| | | | | | |
|--|---|--|---|-----------------------------|--|
| | Valutazione e gestione del dolore cronico | n. operatori formati/n. operatori da formare | >= 80% | In atto in fase di verifica | |
| | 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 | In atto in fase di verifica | Le attività di rilevazione della qualità percepita sono state fortemente ridimensionate a causa dell'emergenza covid |
| PRIVACY Adeguamento Regolamento UE 2016/679 | Declinazione adempimenti nell'organizzazione aziendale | Formazione del Personale | >10% | In atto in fase di verifica | Le attività di formazione della qualità percepita sono state fortemente ridimensionate a causa dell'emergenza covid |
| | | Creazione e aggiornamento Portale Privacy | 100% | In atto in fase di verifica | |
| | | Predisposizione e aggiornamento delle procedure aziendali | Deliberazione Regolamento Procedure) | In atto in fase di verifica | |

6. Sanità pubblica e prevenzione

| Obiettivo strategico | Obiettivo operativo | VALORE ATTESO | Indicatore 2020 | Grado di raggiungimento obiettivo | Note commento |
|--------------------------|--|-----------------------------|---|-----------------------------------|---------------|
| 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 | In atto in fase di verifica | |
| | Attuazione dei piani di controllo ufficiale sugli alimenti (PRIC Sicilia) nonché -Piano nazionale residui -Piano di monitoraggio Molluschi bivalvi | Secondo direttive regionali | valore atteso secondo direttive regionali | In atto in fase di verifica | |
| | Garantire la piena funzionalità (riversamento | Secondo direttive regionali | valore atteso secondo direttive regionali | In atto in fase di verifica | |

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

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

| | | | | | |
|--|---|---|---|-----------------------------------|--|
| | 32187 del 8.4.2016) | | | | |
| 6.4 Prevenzione luoghi di lavoro | Sorveglianza lavoratori ex esposti | Invio report trimestrali, invitare il 100% dei soggetti ex esposti riconosciuti | valore atteso secondo direttive regionali | In atto in fase di verifica | |
| 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% | In atto in fase di verifica | |
| | | n. canili e allevamenti controllati / n. canili e allevamenti autorizzati | 100% | In atto in fase di verifica | |
| | Controllo della gestione dei canili e dei concentramenti | n. concentramenti di cani controllati / n. concentramenti programmati in base al rischio | 100% | In atto in fase di verifica | |

| OBBIETTIVI COVID-19 | | | | | |
|---|--|------------------------|---|-----------------------------------|---------------|
| Obiettivo strategico | Obiettivo operativo | VALORE ATTESO | Indicatore 2020 | Grado di raggiungimento obiettivo | Note commento |
| Garantire l'omogenea applicazione delle procedure in ambito di "emergenza Covid-19" | Puntuale e tempestivo utilizzo della piattaforma informatica EDINEXT | 100% degli inserimenti | N. tamponi rinofaringei eseguiti/N. inserimenti dei dati in piattaforma EDINEXT=1 | In atto in fase di verifica | |
| | | | | | |

- GLI OBBIETTIVI DEL PIANO ATTUATIVO AZIENDALE - 2019 2020 -

Premesso che il Piano Sanitario Regionale trova attuazione nella programmazione sanitaria locale dalle Aziende sanitarie della regione attraverso i **Piani Attuativi Aziendali (PAA 2019-2020)**. Essi vengono implementati dalle Aziende Sanitarie in ragione degli obiettivi assegnati annualmente alle Direzioni Aziendali e degli indirizzi scaturenti dalle innovazioni normative e di pianificazione strategica; il correlato processo della loro definizione ed attuazione costituisce esso stesso obiettivo strategico delle Aziende ed è sottoposto al sistema di valutazione delle attività dei Direttori Generali.

In questa sezione della relazione vengono sintetizzati i risultati ottenuti da questa ASP mettendo in luce in particolare gli output realizzati e i risultati conseguiti rispetto gli obiettivi di PAA assegnati per l'anno 2019-2020 da parte dell'Assessorato Regionale alla Salute, in dettaglio:

Nella presente relazione bisogna precisare che questa ASP ha concluso le attività connesse all'ultimo Piano Attuativo Aziendale per l'anno 2019 e 2020 così come emanato dall'Assessorato Regionale della Salute ratificato dall'Azienda con delibera n. 489 del 04.07.2019, mettendo in luce in particolare gli output realizzati e i risultati conseguiti rispetto gli obiettivi.

- PAA E GLI OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO - 2020 - I RISULTATI -

Infine, appare opportuno evidenziare che L'Assessorato Regionale della Salute attua, per il tramite della AGENAS (ai sensi dell'art. 16, comma 6, lett. d) della l.r. n. 5/2009), un procedimento di valutazione a consuntivo degli obiettivi di Salute e di funzionamento dei servizi, di tutte le aziende del SSR, fornendo elementi utili di benchmark tra le diverse realtà sanitarie presenti sul territorio regionale. Si riporta di seguito la tabella riassuntiva dei risultati attesi per il biennio 2019-2020:

| OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO 2019-2020 | | Peso ASP | Peso AO AOU |
|---|---|-------------|----------------|
| 1. Screening oncologici | • tumore della cervice uterina | 3 | 1 |
| | • tumore della mammella | 3 | 1 |
| | • tumore del colon retto | 3 | 1 |
| 2. Esiti | • Frattura del femore | 5 | 5 |
| | • Parti cesarei | 5 | 5 |
| | • Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI | 5 | 5 |
| | • Colectomia laparoscopica | 5 | 5 |
| 3. Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa | | 10 | 10 |
| 4. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita | | 10 | 10 |
| 5. Pronto Soccorso – gestione del sovraffollamento | | 10 | 10 |
| 6: Donazione organi | | 3 | 9 |
| 7. Prescrizioni in modalità dematerializzata | | 5 | 7 |
| 8. Fascicolo Sanitario Elettronico | | 5 | 10 |
| 9. Percorso di Certificabilità | | 5 | 5 |
| 10. Piani di efficientamento e riqualificazione | | - | 5 |

| | | | |
|-------------------------------|---|-----|-----|
| 11. Piani Attuativi Aziendali | • Area Sanità pubblica e prevenzione | 5 | - |
| | • Area qualità', governo clinico e sicurezza dei pazienti | 9 | 9 |
| | • Area assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria | 9 | 2 |
| TOTALE PUNTEGGIO | | 100 | 100 |

Si riporta di seguito la tabella riassuntiva dei risultati raggiunti per l'anno 2020:

| | OBIETTIVO | GRADO DI RAGGIUNGIMENTO |
|---------|---|--|
| cap.1.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Screening del cervicocarcinoma • Screening del tumore della mammella • Screening del tumore del colon | Il periodo di pandemia ha determinato una notevole contrazione degli inviti e delle adesioni. L'Assessorato Regionale della Salute con nota prot. n.8982 del 10.03.2020 ha sancito la sospensione temporanea delle attività di screening |

| | OBIETTIVO | GRADO DI RAGGIUNGIMENTO |
|---------|--|--|
| cap.1.2 | <p>ESITI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frattura del Femore • Tempestività PTCA nei casi di IMA STEMI • Parti Cesarei • Colectomia Laparoscopica | <p>Fratture femore: Il raggiungimento dell'obiettivo è riconosciuto a partire da un valore minimo del 60% definibile come valore zero della scala di misura.</p> <p>Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%), l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo (94,3%), il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare; il dato grezzo da reportistica aziendale è pari al 80,95% pertanto l'obiettivo è raggiunto.</p> <p>PTCA: Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza, corrispondente allo standard del DM 70 (60%) e il target nazionale (valore obiettivo 91,8%). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. il dato grezzo da reportistica aziendale è pari al 96,25% pertanto l'obiettivo è raggiunto.</p> <p>PARTI CESAREI: IL raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente alla media</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>regionale dell'anno precedente rispettivamente : (26% e 28%) per ciascuno dei due livelli/soglia individuati e il rispettivo valore obiettivo. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è superiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. il dato grezzo da reportistica aziendale è pari al <u>19,18%</u> pertanto l'obiettivo è raggiunto.</p> <p><u>Colecistectomia post laparoscopica:</u> Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente al valore medio regionale attestabile al 70%. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo (95,30), il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. <u>Il dato grezzo da reportistica aziendale è pari al 97,53% pertanto l'obiettivo è raggiunto</u></p> |
|--|--|--|

| | OBIETTIVO | GRADO DI RAGGIUNGIMENTO |
|---------|---|---|
| cap.1.3 | Monitoraggio e garanzia tempi di attesa in coerenza con PRGLA e PNGLA 19-21 | <p>Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto al peso assegnato 100%.</p> <p>Il PRGLA è stato declinato alle aziende successivamente alla promulgazione del D.A. n.631/2019. La CUR (Cabina Unica di Regia) Aziendale ha operato per il raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Siciliana e nel rispetto degli indicatori di performance contenuti nel Decreto Regionale di riferimento. Gli indicatori riportati sul sito aziendale e sul portale regionale attestano il raggiungimento degli obiettivi assegnati</p> <p>L'Obiettivo è raggiunto</p> |

| | OBIETTIVO | GRADO DI RAGGIUNGIMENTO |
|---------|--|---|
| cap.1.4 | Garantire gli standard ed i requisiti di sicurezza nei punti nascita | <p>Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto al peso assegnato=100%</p> <p>Al fine di monitorare le modalità organizzative predisposte per migliorare il livello di appropriatezza e di sicurezza delle prestazioni erogate dai Punti Nascita di 1° e di 2° livello (come</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>previsto dal Accordo CSR 16/12/2010, recepito dal DA 2/12/2011 e s.m.i.) sono stati previsti indicatori di monitoraggio dedicati:</p> <p>a) nei PN senza UTIN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantire che venga data assistenza alla gravidanza e al parto esclusivamente a partire dall'età gestazionale \geq a 34 settimane compiute. - Se con età gestazione inferiore a 34 settimane ricovero inferiore a 24 ore (appropriatezza organizzativa) - Garantire la corretta selezione della tipologia e del livello assistenziale della casistica in ingresso e ridurre il tasso di trasferimento dei neonati dal punto nascita verso UTIN di riferimento <p>b) nei PN con UTIN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Predisporre un modello organizzativo che contemperi appropriatezza clinica e corretto utilizzo delle risorse, attraverso il trasferimento dei neonati da Terapia Intensiva a Patologia Neonatale nel corso del ciclo di cura. - Definire i criteri di ricovero in TIN (cod. 73) e Patologia Neonatale (62) e gli indicatori per il monitoraggio dell'effettiva attuazione. <p>L'obiettivo è pienamente raggiunto al 100%</p> |
|--|--|---|

| | OBIETTIVO | GRADO DI RAGGIUNGIMENTO |
|---------|--|--|
| cap.1.5 | Pronto Soccorso- Gestione del Sovraffollamento | <p>Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive</p> <p>Sono stati altresì considerati come indicatori di processo gli adempimenti al D.A. 1584/2018, quali il:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento (Azione 1); - l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento (Azione 2); - l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento (Azione 3); - la relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori (Azione 4); |

| | |
|--|--|
| | <p>Il raggiungimento dell'obiettivo è stato attuato attraverso le seguenti azioni:</p> <p>E' stato approntato un cruscotto direzionale per la gestione dell'indice di efficienza operativa dei Pronto Soccorso della azienda.</p> <p>E' stato adottato il Piano Aziendale per la gestione del sovraccollamento</p> <p>E' stata redatta la delibera per la definizione dei lavori nei PP.SS dell'Azienda</p> <p>N.B. Il periodo di pandemia ha determinato una notevole contrazione degli accessi nei PP.SS. dell'Azienda. I protocolli per il controllo della pandemia hanno determinato la non attendibilità degli indici di sovraccollamento</p> |
| | |

| | OBBIETTIVO | GRADO DI RAGGIUNGIMENTO |
|---------|--|---|
| cap.1.6 | <p>Donazione Organi e tessuti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Istituzione comitato ospedaliero procurement organi e tessuti • Incremento numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2019 • Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38% • Incremento procurement di cornee in toto non inferiore al 30% • Organizzazione di almeno due corsi in ambito aziendale | <ol style="list-style-type: none"> 1. Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018 – 2020) (PESO 10%) 2. Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2019 non inferiore del 20% rispetto all'anno 2018. (PESO 30%) 3. Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38% (PESO 30%) 4. Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente) non inferiore al 30% (PESO 20%) 5. Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione. (PESO 10%) <p>Gli obiettivi sono stati raggiunti così come evidenziato negli allegati alla presente relazione</p> |

| | OBIETTIVO | GRADO DI RAGGIUNGIMENTO |
|---------|--|--|
| cap.1.7 | <p>Prescrizione Dematerializzate: Aumento del numero di medici dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata</p> <p>Aumento significativa del numero di prescrizioni dagli stessi effettuate</p> | <p>1. % di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici</p> <p>2. numero medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette DEM prescritte / medici abilitati)</p> <p>1. ASP: >30% nel 2019 e >35% nel 2020</p> <p>2. >100 nel 2019 e >120 nel 2020</p> <p>L'obiettivo è stato raggiunto per il sub. Ob. 1 con la percentuale di 38,00% di medici accreditati sulla piattaforma nel 2020</p> <p>Per il sub 2 si è superato il n. di 219 di media di prescrizioni dematerializzate per medico nell'anno 2020</p> <p>L'Obiettivo è pienamente raggiunto 100% nonostante la grave situazione emergenziale che ha determinato la sospensione delle attività ambulatoriali.</p> |

| | OBIETTIVO | GRADO DI RAGGIUNGIMENTO |
|---------|---|--|
| cap.1.8 | <p>Fascicolo Sanitario Elettronico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • % dei consensi informati acquisiti rispetto al numero dei pazienti ricoverati • % dei referti di laboratorio in formato CDA2 HL7 rispetto al numero delle ricette trasmesse con flusso C | <p>1. > 5% per il 2019</p> <p>2. >10% per il 2019</p> <p>Le percentuali dei consensi informati acquisiti superano il 5% dei pazienti ricoverati sono state riconfermate anche per l'anno 2020</p> <p>La percentuale dei referti di laboratorio inviati in formato CDA2 HL7 rispetto al numero di ricette trasmesse con flusso C supera il 10% (Vedi report allegato del serv.2 dell'assessorato regionale della salute attestante il</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | raggiungimento dell'obiettivo) L'Obiettivo è pienamente raggiunto 100% |
|--|--|---|

| | OBIETTIVO | GRADO DI RAGGIUNGIMENTO |
|----------|--|--|
| cap.1.9 | PERCORSI DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.) | <p>Per quanto riguarda l'obiettivo al 31.12.2020 è previsto ed è stato raggiunto:</p> <ul style="list-style-type: none"> Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio. Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. |
| | OBIETTIVO | GRADO DI RAGGIUNGIMENTO |
| Cap.1.10 | Piano di efficientamento e riqualificazione | Non applicabile alle ASP |
| | OBIETTIVO | GRADO DI RAGGIUNGIMENTO |
| cap.1.11 | <p>Piano Attuativo Aziendale:</p> <p>1-Sanità pubblica e prevenzione</p> <p>2-Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti e Rischio clinico</p> <p>3-Assistenza Territoriale ed integrazione socio-sanitaria e Privacy</p> | <p>Le azioni contenute nelle tre aree sono state raggiunte per la quasi totalità delle azioni previste sia per l'anno 2019 che per il 2020 nella considerazione che il Piano Attuativo Aziendale è biennale 2019-2020.</p> <p>L'Obiettivo è raggiunto</p> |

Questa sezione della relazione è dedicata al ciclo di bilancio, ovvero alle informazioni di carattere economico-finanziario. Il Principale documento di riferimento è costituito dal bilancio consuntivo e dalla relazione a consuntivo che descrive l'andamento della gestione.

L'andamento della spesa del personale ha registrato nel corso del 2020 ha registrato un incremento legato alla applicazione dei nuovi contratti collettivi di lavoro che hanno riguardato il personale del comparto e della dirigenza sanitaria, si riporta un quadro riepilogativo dettagliato di tale costo distintamente per ruolo: sanitario/professionale/tecnico/amministrativo, categoria Dirigenza/Comparto, tipo di rapporto tempo determinato/indeterminato, in dettaglio:

COSTO DEL PERSONALE ANNO 2020
(dati in migliaia di Euro)

| | |
|--|-------------|
| <i>Totale Costo del personale</i> | 197.478.853 |
| B.5) Personale del ruolo sanitario | 159.677.387 |
| <i>B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario</i> | 86.614.505 |
| <i>B.5.A.1) Costo del personale dirigente medico</i> | 80.066.011 |
| <i>B.5.A.1.1) Costo del personale dirigente medico - tempo indeterminato</i> | 73.537.140 |
| <i>B.5.A.1.2) Costo del personale dirigente medico - tempo determinato</i> | 6.528.548 |
| <i>B.5.A.1.3) Costo del personale dirigente medico - altro</i> | 323 |
| <i>B.5.A.2) Costo del personale dirigente non medico</i> | 6.548.494 |
| <i>B.5.A.2.1) Costo del personale dirigente non medico - tempo indeterminato</i> | 5.275.909 |
| <i>B.5.A.2.2) Costo del personale dirigente non medico - tempo determinato</i> | 1.272.584 |
| <i>B.5.A.2.3) Costo del personale dirigente non medico - altro</i> | - |
| <i>B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario</i> | 73.062.883 |
| <i>B.5.B.1) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato</i> | 64.119.209 |
| <i>B.5.B.2) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato</i> | 8.909.004 |
| <i>B.5.B.3) Costo del personale comparto ruolo sanitario - altro</i> | 34.670 |

| | |
|--|------------|
| B.6) Personale del ruolo professionale | 336.873 |
| B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale | 268.736 |
| <i>B.6.A.1) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo indeterminato</i> | 186.761 |
| <i>B.6.A.2) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo determinato</i> | 81.976 |
| <i>B.6.A.3) Costo del personale dirigente ruolo professionale - altro</i> | - |
| B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale | 68.136 |
| <i>B.6.B.1) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo indeterminato</i> | 66.306 |
| <i>B.6.B.2) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo determinato</i> | 1.830 |
| <i>B.6.B.3) Costo del personale comparto ruolo professionale - altro</i> | - |
| B.7) Personale del ruolo tecnico | 20.330.820 |
| B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico | 370.678 |
| <i>B.7.A.1) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato</i> | 315.727 |
| <i>B.7.A.2) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo determinato</i> | 54.951 |
| <i>B.7.A.3) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - altro</i> | - |
| B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico | 19.960.142 |
| <i>B.7.B.1) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato</i> | 16.080.433 |
| <i>B.7.B.2) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato</i> | 3.724.345 |
| <i>B.7.B.3) Costo del personale comparto ruolo tecnico - altro</i> | 155.364 |
| B.8) Personale del ruolo amministrativo | 17.133.773 |
| B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo | 1.407.401 |
| <i>B.8.A.1) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo indeterminato</i> | 1.157.503 |
| <i>B.8.A.2) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo determinato</i> | 249.898 |
| <i>B.8.A.3) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - altro</i> | - |
| B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo | 15.726.372 |
| <i>B.8.B.1) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo indeterminato</i> | 14.135.659 |
| <i>B.8.B.2) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo determinato</i> | 89.662 |
| <i>B.8.B.3) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - altro</i> | 1.501.051 |

SERVIZIO PERSONALE
Struttura Tecnica Permanente
Misurazione Performance

Dr. Alfonso Scichilone

IL DIRETTORE FF
UOC Controllo di Gestione e Sistemi Informativi
Statistici Aziendali

Dr. Filadelfio Adriano Cracò



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 _____

Immediatamente esecutiva dal 17.06.2021

Agrigento, li 17.06.2021

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

S. 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