

ORIGINALI

Regione Siciliana  
Azienda Sanitaria Provinciale di  
AGRIGENTO

DELIBERAZIONE COMMISSARIO STRAORDINARIO N. 1070 DEL 13 GIU 2023

OGGETTO: Relazione sul Ciclo della Performance anno 2022.

STRUTTURA PROPONENTE:

U.O.C. Controllo di Gestione e sistemi informativi statistici aziendali  
PROPOSTA N. 1206 DEL 08/06/2023

SERVIZIO RISORSE UMANE

Struttura tecnica Permanente per la Misurazione e  
la valutazione della performance  
Dott.ssa Carmela Vaiana

*Carmela Vaiana*

IL DIRETTORE

UOC Controllo di Gestione  
Dr. Filadelfio Adriano Craco

*Filadelfio Craco*

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:

( ) come da prospetto allegato ( ALL. N. \_\_\_\_\_ ) che è parte integrante della presente delibera.

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

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

IL DIRETTORE UOC SEF e P.  
SERVIZIO ECONOMICO  
FINANZIARIO E PATRIMONIALE

*S.E.F.R.*  
Sig.ra *Siracusa Maria*  
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO

*Dr. Beatrice Siracusa*

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA

09 GIU. 2023

L'anno duemilaventitre il giorno TREZIERI 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, come modificato con D.A. 3/2023/GAB del 10/01/2023, coadiuvato dal Direttore Amministrativo, dott. Alessandro Mazzara, nominato con delibera n. 414 del 17/06/2019 e dal Direttore Sanitario, dott. Emanuele Cassarà, nominato con delibera n. 376 del 22/02/2023, con l'assistenza del Segretario verbalizzante MARIA GRAZIA CRESCENTE adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

## PROPOSTA

**Il Direttore 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. 118 del 26.01.2022, con la quale questa ASP ha adottato il Piano della Performance 2022 – 2024;

**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 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:

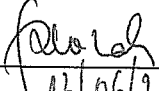
1. **Approvare** l'allegata "**Relazione sul Ciclo della Performance anno 2022**" - (parte integrante e sostanziale del presente provvedimento), nella quale viene illustrato il *Ciclo di gestione della performance* posto in essere nel corso dell'anno 2022.
2. **Stabilire** che curerà l'esecuzione del presente provvedimento la Struttura Tecnica Permanente per la Misurazione della performance;
3. **Trasmettere** copia della Relazione sul Ciclo della Performance anno 2022 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.

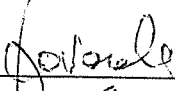
**Attesta**, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

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

**SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSI**

Parere   
Data 13/06/2023

**Il Direttore Amministrativo**  
Dott. Alessandro Mazzara

Parere   
Data 13.06.23

**Il Direttore Sanitario**  
Dott. Emanuele Cassarà

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

**Vista** la superiore proposta di deliberazione, formulata dal Dr. Filadelfio Adriano Cracò, Direttore 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;

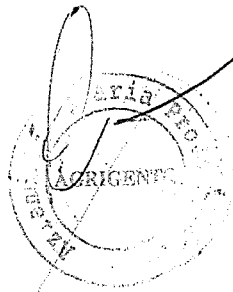
**DELIBERA**

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 della UOC Controllo di Gestione.

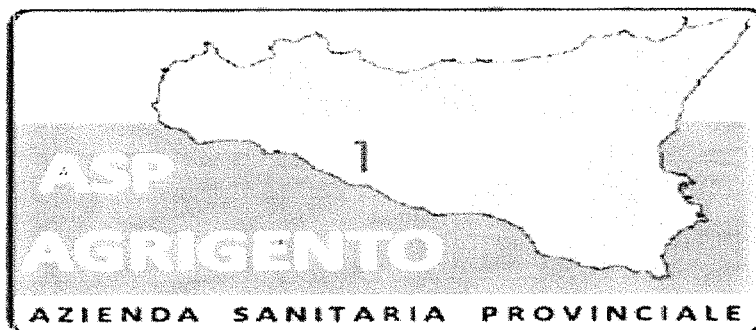
**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**  
Dott. Mario Zappia

**Il Segretario verbalizzante**

~~IL COLLABORATORE AMM.VO TPO~~  
Ufficio Segreteria Dir. Generale e Collegio Sindacale"  
Maria Grazia Crescente



*Servizio Sanitario Nazionale  
Regione Siciliana*



***RELAZIONE SUL CICLO DELLA  
PERFORMANCE  
ANNO 2022***



# Indice

|  |         |
|--|---------|
| Presentazione  | Pag. 3  |
| Il contesto normativo di riferimento   | Pag. 3  |
| L'Amministrazione  | Pag. 4  |
| - Il Dipartimento  | Pag. 7  |
| -I Presidi Ospedalieri   | Pag. 8  |
| - Il Dipartimento Ospedaliero  | Pag. 9  |
| - Il Distretto Sanitario   | Pag. 11 |
| - Le Risorse Umane   | Pag. 12 |
| Obbiettivi Aziendali   | Pag. 14 |
| Albero della Performance   | Pag. 15 |
| Il Ciclo di Gestione della Performance   | Pag. 15 |
| L'Organismo Indipendente di Valutazione  | Pag. 16 |
| I Regolamenti per la valutazione -   | Pag. 18 |
| Lo sviluppo del piano della performance 2022 - 2024 -                                | Pag. 19 |
| Gli obiettivi strategici - organizzativi -   | Pag. 21 |
| Gli obiettivi operativi -  | Pag. 21 |
| La Rendicontazione Degli Obbiettivi Operativi -                                      | Pag. 23 |
| Quadro sintesi del piano della performance 2022 - obietti - indicatori - risultati - | Pag. 24 |



## 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 2022, rispetto agli obiettivi programmati e inseriti nel Piano della Performance 2022-2024 in continuità con gli obiettivi di salute e funzionamento assegnati dall'Assessorato Regionale alla Salute .

Sotto un profilo generale, la stesura del presente 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.

Per l'anno 2022 appare opportuno evidenziare che il 31 marzo 2022, terminato lo stato di emergenza Covid-19, l'attività aziendale è stata connotata dalla necessità di riorganizzazione le attività socio-sanitarie, socio-assistenziali, educative, amministrative e tecniche, fortemente influenzata dal contrasto all'emergenza epidemiologica da Covid-19, che ha imposto, sin dai primi mesi del 2020, una modifica delle modalità di erogazione dei servizi coinvolgendo tutto l'assetto Aziendale.

## - 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 de gli anni 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 anche nel corso del 2022 ha avuto una importante concretizzazione, che ha inciso in modo sostanziale sull'assetto organizzativo aziendale.

Inoltre, in vista del superamento dell'evento pandemico l'azienda, nella redazione del piano della performance 2022, al fine di soddisfare una coerente logica programmatica organizzativa e gestionale regionale, ha confermato le linee di intervento previste negli obiettivi assegnati 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 rifunionalizzazione 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, la logica programmatoria coerente 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.

- L'AMMINISTRAZIONE -

Con 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, 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.

Corre l'obbligo sottolineare che sia nel 2021 che per l'anno 2022, l'ASP ha strutturato gli obiettivi di budget sulla base del nuovo atto aziendale vigente.

Gli Organi dell'ASP di Agrigento sono così costituiti:

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





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

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

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

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

- 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 Casteltermeni

- 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 "Sciacca-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 promuovendo e presidiando la qualità dei servizi ed erogazione



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), ricomprensente 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.

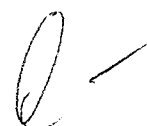
Il Distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e degli stabilimenti ospedalieri. Gli stessi (Distretto, Dipartimento, Stabilimento Ospedaliero) di concerto tra di loro 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 Canicatti:</u>     | <i>Camastra, Campobello di Licata, Canicatti, Castrofilippo, Grotte, Naro, Racalmuto, Ravanusa.</i>   |
| <u>Distretto Sanitario di Casteltermini:</u> | <i>Cammarata, Casteltermini, San Giovanni Gemini.</i>   |
| <u>Distretto Sanitario di Licata:</u>        | <i>Licata, Palma di Montechiaro.</i>  |
| <u>Distretto Sanitario di Ribera:</u>        | <i>Burgio, Calamonaci, Cattolica Eraclea, Lucca Sicula, Montallegro, Ribera, Villafranca Sicula.</i>  |
| <u>Distretto Sanitario di Sciacca:</u>       | <i>Caltabellotta, Menfi, Montevago, Sambuca di Sicilia, Santa Margherita Belice, Sciacca.</i>   |

**LE RISORSE UMANE:**

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





Il Personale dell'ASP di Agrigento anno 2022, in dettaglio:

| <u>UNITA' DI PERSONALE ANNO 2022</u>                     |  |  |  |  |               |
|--|--|--|--|--|---------------|
| <b>PERSONALE DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO</b>        |  |  |  |  |               |
| Dirigenti Medici   |  |  |  |  | 558           |
| Dirigenti Veterinari                                     |  |  |  |  | 38            |
| <b>Totale Dirigenza Area IV</b>                          |  |  |  |  | <b>596</b>    |
|  |  |  |  |  |               |
| Dirigenti Sanitari                                       |  |  |  |  | 55            |
| Dirigenti Professionali                                  |  |  |  |  | 3             |
| Dirigenti Tecnici  |  |  |  |  | 4             |
| Dirigenti Amministrativi                                 |  |  |  |  | 11            |
| <b>Totale Dirigenza Area III</b>                         |  |  |  |  | <b>73</b>     |
|  |  |  |  |  |               |
| Personale non dirigente Ruolo Sanitario                  |  |  |  |  | 1.304         |
| Personale non dirigente Ruolo Professionale              |  |  |  |  | 1             |
| Personale non dirigente Ruolo Tecnico                    |  |  |  |  | 447           |
| Personale non dirigente Ruolo Amministrativo             |  |  |  |  | 341           |
| <b>Totale Comparto</b>                                   |  |  |  |  | <b>2.093</b>  |
| <b>TOTALE PERSONALE DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO</b> |  |  |  |  | <b>2.762</b>  |
|  |  |  |  |  |               |
| Personale Dirigente a tempo determinato                  |  |  |  |  | 151,98        |
| Personale non Dirigente a tempo determinato              |  |  |  |  | 599,55        |
| Personale ex LSU contrattualizzato                       |  |  |  |  | 0,00          |
| <b>TOTALE PERSONALE A TEMPO DETERMINATO</b>              |  |  |  |  | <b>751,53</b> |
|  |  |  |  |  |               |

## - GLI OBIETTIVI AZIENDALI -

L'ASP di Agrigento ha introdotto il sistema di misurazione e valutazione della performance, nel rispetto del decreto legislativo n. 150/09, e con atto deliberativo n. 118 del 26/01/2022 - si è dotata del Piano della Performance 2022-2024, 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.

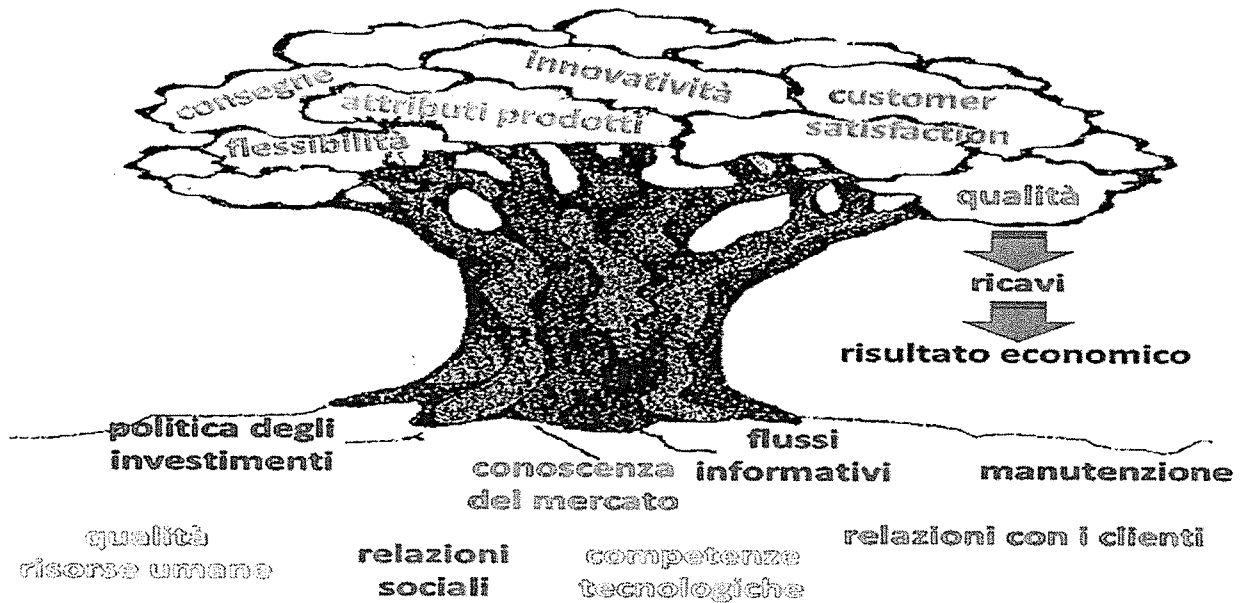
Nella considerazione della complessità del quadro pandemico l'Azienda, atteso che le attività Aziendali inevitabilmente sono state concentrate, già a partire dal 2020, nel contrasto della pandemia da "coronavirus", che ha indubbiamente determinato inevitabili refluenze operative gestionali anche sul 2022, ha disposto l'assegnazione di obiettivi di performance mediante il rinnovo e la riproposizione degli obiettivi già conferiti nell'anno 2021 (già oggetto di negoziazione), con le seguenti specifiche:

1. Ove l'obiettivo nel 2021 fosse già stato raggiunto, ha richiesto azioni che permettessero il mantenimento (100%), mentre per gli obiettivi non raggiunti ha richiesto o azioni di miglioramento delle performance già raggiunte nel 2021 volte al raggiungimento pieno degli stessi, i cui indicatori sono misurabili con la reportistica in uso al Controllo di Gestione;
2. Relativamente gli obiettivi che richiedono un'attività ciclica nel corso dell'anno (Es. attestazione trimestrale del rispetto dei tempi di trasmissione dei flussi, obiettivi specifici della Direzione Strategica, PNE, costante e pieno utilizzo dei gestionali aziendali, etc.), sono stati riproposti.

In conclusione appare opportuno rimarcare che gli obiettivi per l'anno 2022 sono stati assegnati ai CdR in continuità con gli obiettivi del Biennio 2020-2021; le Unità produttive hanno pertanto provveduto a rendicontare, in base agli indicatori di risultato posti per il 2021 e 2022, le attività di misurazione dei risultati raggiunti hanno tenuto conto dell'intero arco temporale delle attività svolte e dei risultati conseguiti nel 2022.



- L'ALBERO DELLA PERFORMANCE -



Come già evidenziato, l'attività di responsabilizzazione a livello aziendale parte sicuramente dagli Obiettivi di Salute e Funzionamento ed Obiettivi Contrattuali in ragione degli obiettivi già assegnati nel 2020-2021 alla Direzione Generale, riproposti in continuità di quest'ultimi anche nell'anno 2022.

Le indicazioni ricevute da parte dell'Assessorato Regionale della Sanità, determinano l'elaborazione di una serie di obiettivi e indicatori sulla base dei quali vengono effettuate, nel corso del ciclo della performance, le dovute attività di ribaltamento e le successive attività di misurazione del grado di raggiungimento.

- IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

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

Il decreto in argomento, nel rispetto decreto legislativo n. 150/09, stabilisce l'oggetto della misurazione e valutazione, ovvero: sia misurazione e valutazione della performance organizzativa,

sia la misurazione e la valutazione della performance individuale, inoltre, individua le modalità ed i tempi del ciclo di gestione della performance il quale si articola nelle seguenti fasi:

| Fasi   | Attività   | Soggetti coinvolti  |
|--------|--|---|
| fase a | Definizione e assegnazione obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, previa negoziazione anche delle risorse umane, tecniche e finanziarie | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Direzione strategica aziendale</li> <li>- Programmazione e controllo di gestione</li> <li>- Politiche del personale</li> </ul>   |
| fase b | Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse   | - Programmazione e Controllo di Gestione  |
| fase c | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitoraggio in corso di esercizio</li> <li>2) Attivazione di eventuali interventi correttivi</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Programmazione e controllo di gestione</li> <li>2) Direzione strategica aziendale</li> </ol>  |
| fase d | Misurazione e valutazione annuale della performance individuale  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il dirigente di struttura immediatamente sovraordinata, in prima istanza;</li> <li>- L' O.I.V. in seconda istanza</li> </ul>   |
| 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                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Settore personale/U.O. politiche del personale</li> <li>- Comunicazione istituzionale - sito web</li> <li>- Struttura tecnica permanente</li> </ul>  |

- 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- 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.

- LO SVILUPPO DEL PIANO DELLA PERFORMANCE 2022 - 2024 -

Nello sviluppo del Piano della Performance 2022 - 2024 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 nell'anno 2021 alle Direzioni Generali nell'ambito contrattuale.

Il Piano della Performance è stato adottato con **Deliberazione del Commissario Straordinario n. 118 del 26/01/2022**; 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 dall'Azienda nell'anno 2021.

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

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

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

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

- a) rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- b) specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- c) tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;



- d) riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno, anche se questa caratteristica si riferisce agli obiettivi operativi e va dunque riferita all'attività da realizzare nell'anno;
- e) commisurati ai valori di riferimento derivanti da *standard* definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- f) confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- g) correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

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

Per ogni area di intervento nel piano sono state individuati:

- gli obiettivi strategici ed operativi 2022/2024;
- 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 anche l'anno 2022 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'aggiornamento degli obiettivi del ciclo della performance 2022 in continuità con gli obiettivi del 2021.

Tale metodologia ha assunto maggior significato in relazione al fatto che gli Obiettivi Generali, di Salute e Funzionamento stabiliti con il Piano della performance 2022 -2024, che hanno costituito elemento portante del sistema di obiettivi assegnati alle UU.OO. produttive dell'Azienda, comprendono attività ripartite sia nell'anno 2021 che nell'anno 2022.





## - 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 2022-2024, che sintetizzano il portafoglio dell'offerta sanitaria dell'ASP, ciò ha rappresentato uno *step* imprescindibile per l'Amministrazione.

Le linee di indirizzo regionali hanno comunque costituito una base solida per il piano della performance 2022- 2024, 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. Obiettivi di salute e funzionamento;
4. Contenimento dei Costi e Rispetto tetti di spesa;
5. Contributo alla riorganizzazione aziendale;
6. Sanità pubblica e prevenzione;

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

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

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

## - GLI OBIETTIVI OPERATIVI -

Come detto gli obiettivi individuali per l'anno 2022 la cui tecnica di individuazione è stata descritta nel Piano della performance 2021, hanno costituito la prosecuzione logica di quanto già avviato nel 2021.



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 e con gli obiettivi di Salute e Funzionamento, sono stati selettivamente ribaltati a tutti i dirigenti apicali ed hanno costituito il presupposto per le successive fasi di delega a tutto il personale dirigente e dipendente.

La programmazione e le azioni già realizzate sono state finalizzate a migliorare ulteriormente qualitativamente e quantitativamente i livelli essenziali di assistenza facendo sì che l'erogazione degli stessi sia risultata efficace ed appropriata e quanto più possibile omogenea su tutto il territorio provinciale, anche ai fini del raggiungimento dell'equilibrio economico.

Anche per l'anno 2022, per la stesura e la presentazione 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 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 2022, ha disposto l'assegnazione di obiettivi di performance



mediante il rinnovo e la riproposizione degli obiettivi già conferiti nell'anno 2021 (già oggetto di negoziazione), con le seguenti specifiche:

- 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 dell'indennità 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. 7701 del 13/01/2023 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 2022 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 contraente, per la successiva valutazione da parte dell'OIV e definitiva validazione del ciclo della performance per l'anno 2022.



# ASP AGRIGENTO

## PIANO PERFORMANCE OBIETTIVI 2022

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

| Obiettivo strategico                | Obiettivo operativo  | VALORE ATTESO  | Indicatore 2022   | Grado di raggiungimento obiettivo nell'ambito delle attività di verifica del CdG | Note  |
|-------------------------------------|--|--|---|--|---|
| 1.1 Presa in carico della cronicità | Contenimento ospedalizzazione per le patologie target e attivazione percorsi | Incremento dei pazienti affetti da diabete e scompenso cardiaco arruolati attivamente diabetici a media complessità HbA1c 8 (Emoglobina glicata) >= 6,5. Progetto IGEA; scompenso cardiaco 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% | Obiettivo verificato<br>Tale obiettivo è in carico ai DD.SS.BB. dell'Azienda     | Al CdG è affidato il compito di provvedere al processo di <u>misurazione</u> degli obiettivi assegnati alle UU.OO. dell'Azienda |
|                                     |  | 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  | Obiettivo verificato   |   |

|   |  |   |                             |   |   |
|---|--|---|-----------------------------|---|---|
|   |  | Revisione delle attività assistenziali erogate in ADI e Cure Palliative-verifica documentale appropriatezza delle prestazioni | Si                          | Obiettivo verificato  |   |
|   |  | n. soggetti over 65-anni in cure domiciliari/popolazione over 65 anni   | secondo direttive regionali | Obiettivo verificato  |   |
|   | Innalzamento qualitativo del livello di cure domiciliari integrate | Indice di soddisfazione ADI (questionario regionale)  | rispetto cronoprogramma     | L'obiettivo è in atto sospeso ai sensi della nota dell'Assessorato Regionale della Salute prot. DASOE/8/ 34650 del 04.08.2021 |   |
| 1.2 Potenziamento percorsi d'integrazione ospedale-territorio | Utilizzo capacità produttive del territorio- Hospice               | Tasso occupazione Hospice su 10 PP.LL.  | aumento                     | Obiettivo verificato<br>2021=62%<br>2022=65%  | Il dato risente della rimodulazione dei posti come conseguenza della presenza in reparto di pz covid positivi |
|   |  | tasso occupazione PL SUAP   | mantenimento                | <u>Obiettivo non raggiungibile in quanto sospesa l'attività della SUAP</u>  |   |

|  |  |   |  |   |  |
|--|--|---|--|---|--|
|  |  |   |  |   |  |
|  |  | Assistenza sanitaria alla popolazione immigrata: mantenimento del rispetto del DA 2183/2012                                 | SI   | Tale attività è continuativa e commisurata agli episodi di sbarco ed effettuata con risorse del NOETI |  |
|  |  | Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalle direttive assessoriali | Tempestivo pagamento delle indennità 100%        | Obiettivo verificato dai DD.SS.BB dell'Azienda  |  |
|  |  | Attuazione delle valutazioni multidimensionali UVM effettuate presso il domicilio dell'utenza                               | numero valutazioni multidimensionali domiciliari | Obiettivo verificato  |  |
|  |  |   | numero valutazioni multidimensionali totali      | Obiettivo verificato  |  |

|                     |  |  |   |  |                                       |
|---------------------|--|--|---|--|---------------------------------------|
| 1.3 Fragilità       | Attuazione di quanto previsto nel piano regionale unitario per l'Autismo | 1.3 A<br>completamento procedure di reclutamento del personale per i servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativo<br><br>1.3 B<br>Implementazione RETE Centri Diurni e Centri Residenziali |   | Obiettivo verificato<br><br>Obiettivo verificato |                                       |
| 1.4 Liste di Attesa | PRGLA per il triennio 2020- 2022   | 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 e 2022 da IGO 1 ad IGO 27 | Obiettivo verificato                             | Dati pubblicati su portale ssr salute |
|                     |  | Linee di Intervento per il governo della domanda (codificati come IGD).  | Rispetto tempistica checklist per la verifica delle linee di intervento del PRGLA 2019-2021-2022 da -IGD 1 ad IGD 04  | Obiettivo verificato                             | Dati pubblicati su portale ssr salute |
| 1.5 Screening       | Screening oncologici (obiettivi di salute e funzionamento )              | n. test eseguiti per tumore cervice uterina/popolazione target   | >=50%-scala obiettivi agenas  | Obiettivo non verificato                         |                                       |
|                     |  | n. test eseguiti per tumore colon retto/popolazione target   | >=50%-scala obiettivi Agenas  | Obiettivo non verificato                         |                                       |

|   |                                     |   |  |   |  |
|---|-------------------------------------|---|--|---|--|
|   |                                     | n. test eseguiti per tumore mammella/popolazione target   | >=60% - scala obiettivi Agenas   | Obiettivo non verificato  |  |
|   |                                     | Rispetto del valore previsto dal ministero della salute delle estensioni su tutti gli screening   | secondo direttive ministeriali   | Obiettivo non verificato  |  |
|   |                                     | N. Soggetti vaccinati /popolazione target residente   | 92-95% a 24 mesi, per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco | <p>Nell'anno 2022 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 stessa</p> |  |
| 1.6 Copertura vaccinale e sorveglianza malattie infettive | implementazione copertura vaccinale | <p>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.</p> | Relazione sulle attività svolte  | <p>In atto in fase di verifica per l'anno 2022</p>  |  |



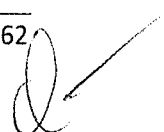
|  |   |   |                      |  |
|--|---|---|----------------------|--|
|  | Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul cruscotto regionale per la gestione dell'anagrafe vaccinale                               | Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul cruscotto regionale  | Obiettivo verificato |  |
|  | 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 | Obiettivo verificato |  |
|  | Notifica delle malattie infettive rispetto al numero totale di casi rilevati con SDO  | 70%   | Obiettivo verificato |  |
|  |   |   |                      |  |

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| 1.7 privacy-Applicazione<br>Regolamento Europeo 2016/679<br>protezione dati | Aggiornamento e<br>revisione registro<br>trattamenti   | Mappatura<br>trattamenti dati<br>personali  | Stesura registro<br>aggiornato e/o<br>revisionato<br>Obiettivo verificato   |  |
|   | Collaborazione e<br>svolgimento di<br>attività di supporto<br>al DPO                           | Verbale di attività<br>svolta   | Almeno 4 incontri al<br>mese<br>Obiettivo verificato  |  |
|   | Aggiornamento<br>modulistica e<br>aggiornamento del<br>sito aziendale                          | Predisposizione e<br>aggiornamento e<br>revisione<br>informativa e<br>relativa<br>pubblicazione sul<br>sito aziendale | Valore maggiore di 2 in<br>termini di<br>predisposizione nuove<br>informative e<br>aggiornamento<br>esistenti<br>Obiettivo verificato |  |
|   | Ricognizione dei<br>responsabili esterni<br>del trattamento dati<br>(art. 28 GPDR<br>2016/679) | Formalizzazione<br>accordo di nomina  | Valore maggiore di 5<br>atti di nomina<br>Obiettivo verificato  |  |
|   | Formazione del<br>personale  | Attivazione in<br>modalità FAD corso<br>privacy   | n. attestati di<br>partecipazione<br>maggiore di 10%del<br>personale in servizio<br>Obiettivo verificato                              |  |

## 2. Appropriata organizzativa e Sicurezza

| Obiettivo strategico                        | Obiettivo operativo  | VALORE ATTESO  | Indicatore 2022   | Grado di raggiungimento obiettivo  | Note  |
|---|--|--|---|--|---|
| 2.1 utilizzo appropriato risorse produttive | Sicurezza Sale Operatorie  | Utilizzo check list sale operatorie  | > 100%  | Obiettivo verificato   | L'obiettivo è sempre più attenzionato in considerazione dei controlli (controllo 8) sulle Schede analizzate dai NOC |
|   |  | Utilizzo applicativo registro operatorio (ORMAWEB )  | 100%  | Obiettivo verificato   | Misura correttiva: tale obiettivo è particolarmente attenzionato  |
|   | fluidità percorsi ospedalieri  | Degenza Media per ricoveri acuti chirurgici (RO)   | Mantenimento  | Talune UU.OO. Aziendali rispetto alle performance di ricovero ed erogazioni delle prestazioni, anche nel 2022, a causa del permanere di episodi di ricovero di pz affetti da covid 19, potrebbero avere registrato delle criticità legate all'ottimale utilizzo dei posti letto.   |   |
|   |  | Degenza Media per ricoveri acuti medici (RO)   | Mantenimento  | Talune UU.OO. Aziendali rispetto alle performance di ricovero ed erogazioni delle prestazioni, anche nel 2022, a causa del permanere di episodi di ricovero di pz affetti da covid 19, potrebbero avere registrato delle criticità legate all'ottimale utilizzo dei posti letto.   |   |
|   | Gestione sovrappollamento PS   | Indicatore 1: Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa (outcome)                                | [valore di accettabilità < 0,05 - come da Direttiva Assessoriale n. 9348/19 | L'obiettivo è comunque monitorato con applicativi aziendali basati su flusso emur. Per l'anno 2022 si è evidenziato una disomogenea applicazione dei criteri per il raggiungimento dell'efficienza operativa dei pronto soccorsi dell'azienda. Eventuali correttivi contenuti nei PAGS saranno posti in essere anche in coerenza con le direttive assessoriali |   |
|   | Indicatore 2: Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive [processo] | Azione 1: monitoraggi o continuo del sovrappollamento sulla base degli indicatori di sovrappollamento in coerenza al D.A 1584/2028 |   |  |   |

|                                |   |  |  |                      |  |
|--------------------------------|---|--|--|----------------------|--|
|                                |   |  | <p>Azione 2:<br/>l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;</p> <p>Azione 3:<br/>l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento;</p> <p>Azione 4:<br/>Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori;</p> |                      |  |
| 2.2 Efficacia Punti<br>Nascita | Miglioramento<br>Sicurezza Punti<br>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   | Obiettivo verificato |  |
|                                |   | PN senza UTIN: percentuale dei neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita  | <8% oppure secondo direttiva regionale ultima disponibile  | Obiettivo verificato |  |



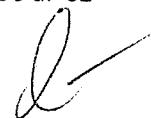
|                            |  |   |             |                             |  |
|----------------------------|--|---|-------------|-----------------------------|--|
|                            |  | PN con UTIN: numero neonati dimessi direttamente da TIN/totale pazienti ricoverati nella TIN  | <5%         | Obiettivo verificato        |  |
|                            |  | Elaborazione di un report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio | trimestrale | Obiettivo verificato        |  |
|                            |  | Numero requisiti checklist rispettati/totale requisiti da rispettare  | 100%        | Obiettivo verificato        |  |
| 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   | 100%        | In atto in fase di verifica |  |
|                            |  | Monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive   | SI          |                             |  |
|                            |  |   |             |                             |  |

|  |   |   |  |                                |  |
|--|---|---|--|--------------------------------|--|
|  | Direttiva regionale CRE-Sorveglianza delle batteriemie da enterobatteri resistenti ai carbopenemi 8CRE-PNCAR e Circolare del Ministero della Salute prot. 1479 del 17/01/2020 | Pieno utilizzo della Piattaforma Regionale CRE  | 100% degli inserimenti                                   | Obiettivo verificato           |  |
|  | Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano nazionale di Contrasto dell'Antibiotico Resistenza (PNCAR) 2018- 2022" ai sensi del D.A. 1162 del 27.06.2018   | aderenza alle indicazioni regionali   | 100%   | In atto in fase di verifica    |  |
| 2.4<br>Consolidamento della raccolta delle emazie concentrate e del plasma | Rinnovo autorizzazione e Accredimento delle strutture trasfusionali della rete regionale  | Mantenimenti di quanto previsto dai decreti regionali autorizzativi e di accreditamento per SIMT e UDR fisse e mobili | Mantenimento accreditamento. Verifica con esito positivo | Obiettivo verificato anno 2022 |  |

|                                    |  |   |  |   |  |
|------------------------------------|--|---|--|---|--|
|                                    | Rispetto della previsione di raccolta delle EC<br>Incremento della quantità di plasma destinato all'emoderivazione (cat.A-B) |   | Secondo PAA 2019- 2020- per l'anno 2022    | Obiettivo verificato  |  |
| 2.5 Appropriatelyzza               | Adempimenti regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)  | Rispetto degli adempimenti previsti NOC   | 100% dei controlli previsti dell'anno 2021 | Pienamente raggiunto per i controlli di pertinenza dell'anno 2021 (controlli effettuati nell'anno 2022) |  |
|                                    | Aderenza al PNE  | Svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE  | Report                                     | Obiettivo verificato  |  |
|                                    | Implementazione linee guida secondo direttive regionali  | Report sulla base dei degli indicatori previsti nei rispettivi PDTA               | SI   | Obiettivo verificato  |  |
| 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                         | Obiettivo verificato  |  |

### 3. Obiettivi di salute e funzionamento

| Obiettivo strategico          | Obiettivo operativo   | VALORE ATTESO  | Indicatore 2022       | Grado di raggiungimento obiettivo | Note commento |
|-------------------------------|---|--|-----------------------|-----------------------------------|---------------|
| 3.1 Ottimizzazione casistica  | Complessità casistica   | Ottimizzazione del Peso Medio area medica (RO+DH)                            | anno 2022             | Obiettivo verificato              |               |
|                               |   | Ottimizzazione del Peso Medio area chirurgica                                | anno 2022             | Obiettivo verificato              |               |
|                               |   | Ottimizzazione dell' indice attività chirurgica                              | anno 2022             | Obiettivo verificato              |               |
| 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%           | Obiettivo verificato              |               |
|                               |   | % 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    | >10% rispetto al 2020 | In atto in fase di verifica       |               |
|                               |   | %accesso in riabilitazione cod. 56- 60 a 30 gg dalla dimissione pz >=65 anni | >10% 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%<br>PN 2° livello <25% | Obiettivo verificato        |  |
| 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%                                   | Obiettivo verificato        |  |
|                                 | Riduzione Mortalità   | Mortalità a trenta giorni dal primo accesso per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA) tasso grezzo  | Secondo direttiva PNE aenas              |                             |  |
|                                 |   | Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (tasso grezzo)   | Secondo direttiva PNE aenas              | 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 Appropriately 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%                                   | Obiettivo verificato        |  |

|                      |  |  |   |                      |  |
|----------------------|--|--|---|----------------------|--|
|                      |  | Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2020- 2022)                       | SI  | Obiettivo verificato |  |
| 3.6 Donazioni organi | Incremento dell'attività di donazioni organi | Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2022 non inferiore del 20% rispetto all'anno 2021. | Valore obiettivo<br>100% se non inferiore del 20% rispetto all'anno precedente di riferimento | Obiettivo verificato | 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<br>100% se non superiore del 38% rispetto all'anno precedente di riferimento | Obiettivo verificato |  |
|                      |  | Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore battente) non inferiore al 30%                   | Valore obiettivo<br>100% se non inferiore del 30% rispetto all'anno precedente di riferimento | Obiettivo verificato |  |
|                      |  |  |   |                      |  |
|                      |  | Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione.  | SI  | Obiettivo verificato |  |

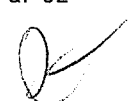
## 4. Contenimento dei Costi e Rispetto tetti di spesa

| Obiettivo strategico                                  | Obiettivo operativo                            | VALORE ATTESO   | Indicatore 2022  | Grado di raggiungimento obiettivo | Note  |
|---|--|---|--|-----------------------------------|---|
| 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 | Obiettivo verificato              | E' stato approvato il bilancio consuntivo 2021 Sono stati redatti i 4 CE trimestrali ed è in corso di definizione il bilancio consuntivo 2022 |
|   |  | Rispetto del tetto di spesa annuale del personale dipendente  | rispetto budget negoziato  | Obiettivo in fase di verifica     |   |
|   |  | Rispetto tetto spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera  | rispetto delle risorse negoziate annualmente                           | Obiettivo in fase di verifica     |   |
| 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                                     | Obiettivo in fase di verifica     |   |
|   |  | Erogazione del primo ciclo di terapia   | Rispetto erogazione popolazione target                                 | Obiettivo verificato              |   |

|  |  |   |  |  |   |
|--|--|---|--|--|---|
|  | Inventario beni mobili strumentali                                     | Completamento della riconciliazione giustificata fra i dati forniti da CdC responsabili e quanto risulta nel libro cespiti              | a) Inventario e riconciliazione con libro cespiti del 90% dei beni mobili strumentali esistenti<br>b) Report trimestrale | Obiettivo in fase di verifica                | Sono state chieste le operazioni inventariali il 31.12.2022. (cespiti mobili) |
|  | Monitoraggio locazioni passive   | Mappatura locazioni passive con individuazione di proposte di recessione contratti in essere con eventuale utilizzo locali di proprietà | Report annuale mappatura locali guardie mediche  | Obiettivo verificato                         |   |
|  | Riduzione Contenzioso  | Mappatura contenzioso   | Report di aggiornamento trimestrale  | Obiettivo verificato<br>Obiettivo verificato |   |
|  |  | Stima della percentuale di soccombenza e stima della quota di accantonamento trimestrale a Fondo Rischi                                 | Relazione trimestrale a corredo CE 2022 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                  |   |



|                                  |  |   |  |                      |  |
|----------------------------------|--|---|--|----------------------|--|
|                                  |  | Aggiornamento Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTCT)   | adozione aggiornamento ed integrazione del Piano nell'ambito del PIAO 2022                                   | Obiettivo verificato |  |
| 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 | Obiettivo verificato |  |



|  |  |   |   |  |   |
|--|--|---|---|--|---|
|  | 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 |   |
| 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%  | Obiettivo verificato   |   |
| 4.3 Fluidità processi amministrativi                     | Tempestività dei pagamenti   | Rispetto tempistica pagamento fatture       | Liquidazione delle fatture entro 15 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 75%<br>Liquidazione delle fatture entro 10 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 100% | Obiettivo verificato   | Vedi report amministrazione trasparente |

|                                    |  |  |                              |  |  |
|------------------------------------|--|--|------------------------------|--|--|
|                                    |  | <p>Formazione generica per tutto il personale dipendente. N personale formato /n. personale da formare</p> <p>Formazione specifica: RCPT, Referenti Dirigenti Aree a rischio</p>                                     | <p>60%</p> <p>50%</p>        | <p>In atto in fase di verifica</p>   |  |
|                                    |  | <p>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</p> | <p>100%</p>                  | <p>In atto in fase di verifica</p>   |  |
|                                    | <p>Attuazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza. Applicazione alle strutture aziendali</p> | <p>-Attività di mappatura dei procedimenti afferenti il servizio art.35 D.L. n33/2013</p> <p>-Obblighi di pubblicazione</p> <p>-Obblighi di formazione generica e formazione specifica</p>                           |                              | <p>-Individuazione ed elencazione dei processi organizzativi e delle attività produttive a rischio corruzione</p> <p>-Adempimenti obblighi di pubblicazione per i procedimenti amministrativi di competenza del servizio rispetto alla tempistica modalità previste dalla normativa vigente</p> <p>-Proposta di formazione del personale afferente alla struttura di riferimento per l'anno 2021</p> |  |
| <p>4.7 Codice di comportamento</p> | <p>Aggiornamento codice di comportamento</p>   | <p>Formalizzazione con delibera</p>  | <p>N.1 atto deliberativo</p> |  |  |

|  |                |   |  |                      |  |
|--|----------------|---|--|----------------------|--|
|  |                | 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   | Obiettivo verificato |  |
|  | 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% | Obiettivo verificato |  |
|  |                | Monitoraggio e rispetto tempistica nella definizione  | 100%   | Obiettivo verificato |  |



|  |  |   |  |                      |  |
|--|--|---|--|----------------------|--|
|  |  | delle<br>procedure di<br>gara aziendali<br>(no UREGA): 60<br>gg acquisti<br>MEPA, 90 gg<br>gara<br>sottosoglia e 180<br>gg gara<br>sovrasoglia. |  |                      |  |
|  | PAA  | n. azioni<br>realizzate/n.<br>azioni previste   | >= 95%   | Obiettivo verificato |  |
|  | Monitoraggio e<br>regolamentazioni<br>ALPI | Monitoraggio<br>costi e verifica<br>remuneratività<br>delle tariffe in<br>attuazione del<br>nuovo<br>regolamento<br>ALPI                        | Relazione<br>consuntiva anno<br>2022 volumi di<br>attività | Obiettivo verificato |  |

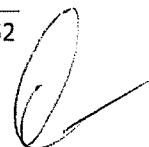
## 5. Contributo alla riorganizzazione aziendale


| Obiettivo strategico   | Obiettivo operativo                                 | VALORE ATTESO  | Indicatore 2022 | Grado di raggiungimento obiettivo | Note |
|------------------------|---|--|-----------------|-----------------------------------|------|
| 5.1 Flussi informativi | tempestività e<br>qualità dei flussi<br>informativi | Rispetto dei tempi<br>di trasmissione su<br>piattaforma NSIS | 100%            | Obiettivo verificato              |      |
|                        |   | Qualità dei flussi<br>con %scarti>1% dei<br>record trasmessi | 100%            | Obiettivo verificato              |      |

|  |  |   |  |                             |   |
|--|--|---|--|-----------------------------|---|
|  |  | Miglioramento del sistema di codifica delle SDO   | 100%   | Obiettivo verificato        | 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%   | Obiettivo verificato        |   |
|  |  | Monitoraggio gestione flussi Personale convenzionale, personale dipendente, CRIL, Beni e servizi  | 100%   | Obiettivo verificato        |   |
| 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 2022 | Obiettivo verificato        | 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 2022 |                      |  |
| 5.3. Formazione professionisti<br>Ricerca | Programmazione e Monitoraggio degli interventi di formazione  | Predisposizione piano formativo aziendale  | SI   | Obiettivo verificato |  |
|   |   | mantenimento proporzione risorse umane assegnate   | si   | Obiettivo verificato |  |
|   |   | Realizzazioni e monitoraggio azioni previste nel piano formativo aziendale 2022. budget speso/budget assegnato   | >80%   | Obiettivo verificato |  |
| 5.4 FSE                                   | % dei consensi alla consultazione trasmessi al sistema FSE-INI rispetto al numero dei pazienti ricoverati | > 5% per il 2022 (salvo diversa determinazione regionale)  |  | Obiettivo verificato |  |



|   |   |   |  |  |   |
|---|---|---|--|--|---|
|   | % delle strutture pubbliche invianti a regime referti di laboratorio in formato CDA2-HL7  | ≥90% dei laboratori   |  | Obiettivo verificato   |   |
|   | % delle strutture di Pronto Soccorso dove è possibile consultare in maniera celere il FSE del Paziente ed in particolare il Profilo Sanitario Sintetico | In almeno 1 PS dell'Azienda<br>A regime almeno il 50% dei PS dell'Azienda   | Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2021 secondo direttive regionali | Obiettivo in fase di implementazione entro il 30_06_2023   |   |
|   | Avvio del conferimento al FSE -INI di verbali di Pronto Soccorso, lettere di dimissioni ospedaliera e referti di specialistica, anche in formato pdf    | Trasmissione di almeno 1000 documenti comprensivi di tutte le tipologie<br>-Trasmissione a regime di verbali di PS al 50% delle strutture delle ASP<br>-lettere di dimissione ospedaliera dal almeno il 50% delle strutture<br>-Referti di specialistica da almeno il 50% delle strutture | Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2020 secondo direttive regionali | Obiettivo in fase di implementazione entro il 30_06_2023   |   |
| 5.5 Percorsi e Audit  | Formalizzazione percorsi diagnostico terapeutici  | su indicazione regionale  | si   | Obiettivo verificato   |   |
|   | Audit Clinico e PNE   | Sviluppo di audit a partire dai dati del PNE  | si   | Gli audit di verifica sono effettuati su indicazione regionale in relazione agli esiti delle strutture oggetto di verifica |   |
| 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            |  | Con la nota prot. n.34650 del 04.08.2022 il DASOE/ servizio 8 ha sancito la sospensione delle Attività di rilevazione della qualità percepita-customer satisfaction |
|   | Programma aziendale di comunicazione  | % di completamento delle azioni previste dal Piano di comunicazione   | >90%   | Obiettivo verificato   |    |

|  |   |  |   |                      |   |
|--|---|--|---|----------------------|---|
|  | Valutazione e gestione del dolore cronico   | n. operatori formati/n. operatori da formare   | >= 80%  | Obiettivo verificato | Attivato presso il P.O. il DH di terapia del dolore   |
|  | 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 |                      | Con la nota prot. n.34650 del 04.08.2022 il DASOE/ servizio 8 ha sancito la sospensione delle Attività di rilevazione della qualità percepita-customer satisfaction |

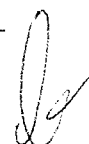


## 6. Sanità pubblica e prevenzione

| Obiettivo strategico     | Obiettivo operativo   | VALORE ATTESO               | Indicatore 2022                           | Grado di raggiungimento obiettivo | Note |
|--------------------------|---|-----------------------------|---|-----------------------------------|------|
| 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                          | Obiettivo verificato              |      |
|                          | Attuazione dei piani di controllo ufficiale sugli alimenti (PRIC Sicilia) nonché<br>-Piano nazionale residui<br>-Piano di monitoraggio Molluschi bivalvi  | Secondo direttive regionali | valore atteso secondo direttive regionali | Obiettivo verificato              |      |
|                          | Garantire la piena funzionalità (riversamento)  | Secondo direttive regionali | valore atteso secondo direttive regionali | Obiettivo verificato              |      |



|                                   |   |                             |   |                      |  |
|-----------------------------------|---|-----------------------------|---|----------------------|--|
|                                   | 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 | Obiettivo verificato |  |
|                                   | 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 | Obiettivo verificato |  |
|                                   | Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi caprina   | Secondo direttive regionali | valore atteso secondo direttive regionali | Obiettivo verificato |  |
|                                   | Riduzione dei tempi di  | Secondo direttive           | valore atteso secondo direttive           | Obiettivo verificato |  |



|                       |   |   |   |                             |  |
|-----------------------|---|---|---|-----------------------------|--|
|                       | rientro nei focolai di tubercolosi bovina   | regionali   | regionali                                 |                             |  |
|                       | Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina ed ovi- caprina  | Secondo direttive regionali   | valore atteso secondo direttive regionali | Obiettivo verificato        |  |
| 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<br>8.4.2016)  |   |   |                                |  |
| 6.4 Prevenzione<br>luoghi di lavoro              | Sorveglianza<br>lavoratori ex<br>esposti                          | Invio report<br>trimestrali, invitare<br>il 100% dei soggetti<br>ex esposti<br>riconosciuti   | valore atteso<br>secondo direttive<br>regionali | In atto in fase di<br>verifica |  |
| 6.5 Prevenzione e<br>controllo del<br>randagismo | Prevenzione<br>del<br>randagismo:<br>Controllo delle<br>nascite   | N. cani di età > 8<br>mesi ricoverati nei<br>canili pubblici fino al<br>31 ottobre sterilizzati<br>/ totale di cani > 8<br>mesi ricoverati fino<br>al 31 ottobre,<br>sterilizzabili | 90%   | Obiettivo verificato           |  |
|  |   | n. canili e<br>allevamenti<br>controllati / n. canili<br>e allevamenti<br>autorizzati   | 100%  | Obiettivo verificato           |  |
|  | Controllo della<br>gestione dei<br>canili e dei<br>concentramenti | n.<br>concentramenti di<br>cani controllati / n.<br>concentramenti<br>programmati in<br>base al rischio   | 100%  | Obiettivo verificato           |  |

- GLI OBIETTIVI DEL PIANO ATTUATIVO AZIENDALE - 2019 2020 -

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

In questa sezione della relazione vengono sintetizzati i risultati ottenuti da questa ASP mettendo in luce in particolare gli output realizzati e i risultati conseguiti rispetto gli obiettivi di PAA assegnati per l'anno 2019-2020 da parte dell'Assessorato Regionale alla Salute ed assegnati in continuità anche per l'anno 2021 e ribaltati nell'anno 2022.

In dettaglio:

- PAA E GLI OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO - - 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 l'anno 2022:

| OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO 2019-2020 |                                | Peso<br>ASP | Peso<br>AO AOU |
|---|--------------------------------|-------------|----------------|
| 1. Screening oncologici                       | • tumore della cervice uterina | 3           | 1              |
|   | • tumore della mammella        | 3           | 1              |
|   | • tumore del colon retto       | 3           | 1              |
| 2. Esiti                                      | • Frattura del femore          | 5           | 5              |
|   | • Parti cesarei                | 5           | 5              |



|   |   |     |     |
|---|---|-----|-----|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI</li> </ul>                 | 5   | 5   |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colectomia laparoscopica</li> </ul>                                    | 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                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Area Sanità pubblica e prevenzione</li> </ul>                          | 5   | -   |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Area qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti</li> </ul>      | 9   | 9   |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Area assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria</li> </ul> | 9   | 2   |
| TOTALE PUNTEGGIO  |   | 100 | 100 |

Si riporta di seguito la tabella riassuntiva dei risultati raggiunti (dati non definitivi desunti dai gestionali interni, in attesa della ratifica da parte dell'Assessorato Regionale della Salute) per l'anno 2022:


|         | OBIETTIVO  | GRADO DI RAGGIUNGIMENTO  |
|---------|--|--|
| cap.1.1 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Screening del cervico carcinoma</li> <li>• Screening del tumore della mammella</li> <li>• Screening del tumore del colon</li> </ul> | Screening cervico carcinoma: ESTENSIONE<br>Obiettivo non verificato<br>-----<br>Screening della mammella ESTENSIONE<br>Obiettivo non verificato<br>-----<br>Screening del colon retto ESTENSIONE<br>Obiettivo non verificato |

|   |                            |
|---|----------------------------|
| Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto al peso assegnato |                            |
| 100%  | L'Obiettivo non verificato |

|         | OBIETTIVO   | GRADO DI RAGGIUNGIMENTO   |
|---------|---|---|
| cap.1.2 | ESITI <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frattura del Femore</li> <li>• Parti Cesarei</li> <li>• Tempestività PTCA nei casi di IMA STEMI</li> <li>• Colectomia Laparoscopica</li> </ul> | <p><b>Fratture femore:</b> 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 95,25% pertanto l'obiettivo è verificato.</p> |

|  |  |
|--|--|
|  | <p><b>PTCA:</b> 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</p> |
|--|--|

|  |   |
|--|---|
|  | <p>aziendale è pari al <b>89,22%</b> pertanto l'obiettivo è verificato.</p> <p><b><u>PARTI CESAREI:</u></b> IL raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente alla media 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 <b>19,41%</b> pertanto l'obiettivo è verificato.</p> <p><b><u>Colecistectomia post laparoscopica:</u></b> 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.</p> <p><u>il dato grezzo da reportistica aziendale è pari al <b>96,23%</b> pertanto l'obiettivo è verificato</u></p> |
|  |   |



|         |   |  |
|---------|---|--|
|         | <b>OBIETTIVO</b>  |  |
| cap.1.3 | Monitoraggio e garanzia tempi di attesa in coerenza con PRGLA e PNGLA 19-21 |  |

|   |   |
|---|---|
| Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto al peso assegnato | 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 Reginale di riferimento. Gli indicatori riportati sul sito aziendale e sul portale regionale attestano il raggiungimento degli obiettivi assegnati |
| 100%  | L'Obiettivo è verificato  |

|         |  |                                |
|---------|--|--------------------------------|
|         | <b>OBIETTIVO</b>   | <b>Grado di Raggiungimento</b> |
| cap.1.4 | Garantire gli standard ed i requisiti di sicurezza nei punti nascita | 100%                           |

|   |  |
|---|--|
| Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto al peso assegnato | <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 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"> <li>- Garantire che venga data assistenza alla gravidanza e al parto esclusivamente a partire dall'età gestazionale <math>\geq</math> a 34 settimane compiute.</li> <li>- Se con età gestazione inferiore a 34 settimane ricovero inferiore a 24 ore (appropriatezza organizzativa)</li> <li>- 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</li> </ul> <p>b) nei PN con UTIN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Definire i criteri di ricovero in TIN (cod. 73) e Patologia Neonatale (62) e gli indicatori per il monitoraggio dell'effettiva attuazione.</li> </ul> |
|---|--|

|      |                          |
|------|--------------------------|
| 100% | L'Obiettivo è verificato |
|------|--------------------------|

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

|   |   |
|---|---|
| Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto al peso assegnato | <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 sovraffollamento</p> <p>E' stata redatta la delibera per la definizione dei lavori nei PPSS dell'Azienda</p> <p>Il periodo di pandemia anche per l'anno 2022 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 sovraffollamento</p> |
| 100%  | L'Obiettivo è verificato  |

|         | OBIETTIVO  | Grado di raggiungimento  |
|---------|--|--|
| cap.1.6 | <p>Donazione Organi e tessuti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Istituzione comitato ospedaliero procurement organi e tessuti</li> <li>• Incremento numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2022</li> <li>• Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38%</li> <li>• Incremento procurement di cornee in toto non inferiore al 30%</li> <li>• Organizzazione di almeno due corsi in ambito aziendale</li> </ul> | <p>1. Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2021 - 2020) (PESO 10%)</p> <p>2. Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2022 non inferiore del 20% rispetto all'anno 2021. (PESO 30%)</p> |



|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <p>3. Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38% (PESO 30%)</p> <p>4. Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente) non inferiore al 30% (PESO 20%)</p> <p>5. Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione. (PESO 10%)</p> |
|--|--|--|

|   |   |
|---|---|
| Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto al peso assegnato | Gli obiettivi sono stati raggiunti così come evidenziato negli allegati alla presente relazione |
| 100%  | L'Obiettivo è verificato  |

|         | OBIETTIVO  | PESO ASSEGNATO   |
|---------|--|--|
| 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 de materializzata 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: &gt;35% nel 2022</p> <p>2. &gt;120 nel 2022</p> |

|   |   |
|---|---|
| Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto al peso assegnato | <p>L'obiettivo è stato raggiunto per il sub ob. 1 con la percentuale di 36,09% di medici accreditati sulla piattaforma nel 2022</p> <p>Per il sub 2 si è superato il n. di 230,23 di media di prescrizioni dematerializzate per medico nell'anno 2022</p> |
| 100%  | L'Obiettivo è verificato  |



|         | OBIETTIVO                        | Grado di Raggiungimento  |
|---------|----------------------------------|--|
| cap.1.8 | Fascicolo Sanitario Elettronico: | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. % di consensi alla consultazione trasmessi al sistema FSE_INI rispetto al numero dei pazienti ricoverati nel 2021</li> <li>2. % delle strutture pubbliche invianti a regime referti di laboratorio in formato CDA2-HL7</li> <li>3. % delle strutture di PS dove è possibile consultare in modo celere FSE del PZ ed in particolare il profilo Sanitario Sintetico</li> <li>4. avvio del conferimento al FSE INI di verbali di PS lettere di dimissioni ospedaliera e referti di specialistica anche informato pdf</li> </ol> |

|   |   |
|---|---|
| Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto al peso assegnato |   |
| 100%  | L'Obiettivo verificato. Tale obiettivo è stato rinviato al 30/06/2023 |

|         | OBIETTIVO   | Grado di Raggiungimento |
|---------|---|-------------------------|
| cap.1.9 | Piano Attuativo Aziendale:<br>1-Sanità pubblica e prevenzione<br>2-Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti e Rischio clinico<br>3-Assistenza Territoriale ed integrazione socio-sanitaria e Privacy | In fase di verifica     |

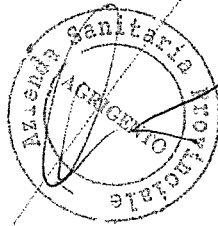


|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |   |
|--|---|
| <p>Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto al peso assegnato</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>Per l'anno 2022 sono stati perseguiti gli obiettivi assegnati in continuità con il PAA 2019 – 2020, che rappresenta l'ultimo documento emanato dall'Assessorato Regionale della Sanità.</p> |
| <p>100%</p>  | <p>L'Obiettivo è verificato</p>   |

**IL DIRETTORE**  
**UOC Controllo di Gestione**  
 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 \_\_\_\_\_

X Immediatamente esecutiva dal **13 GIU. 2023**  
Agrigento, li **13 GIU. 2023**

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

Sig. DOMENICO ALAIMO  
Coadiutore Amministrativo

### 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