

Servizio Sanitario Nazionale

Regione Siciliana

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Tel. 0922 407111 * Fax 0922 401229

P.IVA e C.F. 02570930848

RELAZIONE SUL CICLO DELLA PERFORMANCE E BILANCIO DI GENERE ANNO 2016

PRESENTAZIONE:

Anche quest'anno con la presente relazione questa Azienda illustra il ciclo di gestione della performance ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni, posto in essere nel corso dell'anno 2016.

In riferimento alle finalità sopradescritte, questa relazione vuole configurarsi come un documento snello e comprensibile.

Sotto un profilo generale, la stesura del documento è stata ispirata ai principi di trasparenza, immediata intelligenza, veridicità e verificabilità dei contenuti.

Indice

PRESENTAZIONE	Pag. 1
SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI	Pag. 2
Il Contesto normativo di riferimento	Pag. 3
L'Amministrazione	Pag. 6
OBIETTIVI AZIENDALI	Pag. 20
Albero della Performance	Pag. 21
Obiettivi strategici	Pag. 22
Piano attuativo aziendale - obiettivi e risultati -	Pag. 23
Il piano della performance 2016 - 2018 e gli obiettivi operativi	Pag. 47
Obiettivi individuali	Pag. 49

RISORSE, ECONOMICHE	Pag. 51
PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE	Pag. 54
IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	Pag. 56
L'Organismo indipendente di Valutazione	Pag. 57
I Regolamenti per la valutazione anno 2016	Pag. 58
Punti di forza e di debolezza del ciclo della performance	Pag. 59

- CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Il legislatore regionale con la L.R. 5/2009 ha profondamente innovato il sistema “salute” regionale incidendo su molteplici aspetti significativi. Tale quadro normativo nel corso del 2016 ha avuto una importante concretizzazione, che ha inciso in modo sostanziale sull’assetto organizzativo aziendale.

Per l’anno 2016 si è tenuto conto del contesto normativo degli anni precedenti; invero, l’Assessorato Regionale della Salute con D.A. n. 46 del 14 gennaio 2015 ha riformulato le nuove disposizioni riguardo la “Riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliero-territoriale della Regione siciliana” e con D.A. n. 1360/2015, in attuazione del comma 4 dell’art. 9 della citata legge regionale n. 5/2009, ha approvato il documento recante “Linee guida per l’adeguamento degli atti aziendali”, secondo le determinazioni assunte della Giunta Regionale con deliberazione n. 192 del 28.07/2015.

Un ulteriore punto di riferimento è stato rappresentato dal D.A. n. 1380/2015 del 5 agosto 2015, recante le “Linee di indirizzo per la rideterminazione delle dotazioni organiche delle aziende del Servizio Sanitario Regionale”.

L’ampiezza di tali variazioni sull’assetto organizzativo aziendale ha inciso sulla gestione del ciclo della performance anno 2016, in modo notevole sulla **responsabilizzazione degli operatori ispirato al ciclo della performance**.

L’Azienda nella redazione del piano della performance 2016-2018 ha inserito, al fine di soddisfare una coerente logica programmativa organizzativa e gestionale regionale, le linee di intervento previste nel “**Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo 2013-2015**” della Regione Siciliana (POCS 2013-2015), nonché le disposizioni di cui la “Riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliero-territoriale DA 46 del gennaio 2015.

Seguendo questa logica programmatica il piano della performance, ha recepito le stringenti disposizioni introdotte nel 2012 dal Legislatore nazionale in tema di spending review 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.

In tale ottica la nuova pianificazione regionale, fondata sul consolidamento dei risultati raggiunti nei due trienni precedenti, ha rilanciato ulteriori interventi di sistema derivanti dall'obbligo di attuare le nuove disposizioni normative di cui al decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 (c.d. decreto Balduzzi).

Sulla base dell'intervenuto POCS 2013-2015, e del DA 46/2015, l'Azienda è intervenuta sulla sua attività di programmazione, sviluppando ulteriori strategie d'intervento che, agendo sull'organizzazione, e sull'appropriatezza clinica, investendo sulla valorizzazione delle risorse umane e professionali, determinino le condizioni per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e dello stato di benessere della popolazione, nonostante il progressivo decremento del finanziamento complessivo del sistema sanitario e sociosanitario.

- L'AMMINISTRAZIONE

L'organizzazione ed il funzionamento dell'azienda, disciplinati con atto aziendale di diritto privato, mirano ad assicurare l'erogazione delle prestazioni essenziali ed appropriate, lo sviluppo dei sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi dei cittadini, l'equità delle prestazioni erogate, il raccordo istituzionale con gli Enti Locali, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e di volontariato, nonché l'ottimizzazione e l'integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali.

Gli Organi dell'ASP di Agrigento sono:

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

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento si articola in:

- 1. Direzione Generale
- 2. Dipartimenti
- 3. Distretti Sanitari
- 4. Distretti Ospedalieri

Il Dipartimento

Il Dipartimento è una struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse, consulenza e supervisione per la funzione cui è preposto. E' articolato al suo interno in strutture organizzative, semplici e complesse, che perseguono finalità comuni, risultando quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale nell'ambito di un unico modello organizzativo e gestionale.

Attualmente i Dipartimenti dell'ASP, sia funzionali che strutturali, sono:

- [Dipartimento di Salute Mentale](#)
- [Dipartimento Materno-Infantile](#)
- [Dipartimento del Farmaco](#)
- [Dipartimento di Prevenzione](#)
- [Dipartimento di Prevenzione Veterinario](#)
- [Dipartimento Amministrativo](#)
- [Dipartimenti Ospedalieri](#)
- [Dipartimento di Riabilitazione e Cure intermedie](#)
- [Dipartimento delle Scienze Radiologiche](#)

Il Distretto Ospedaliero

I Distretti Ospedalieri costituiscono un'unica entità organizzativa di tipo ospedaliero, ancorché articolati su più stabilimenti anche con sede in comuni diversi.
I cinque presidi ospedalieri dell'Azienda fanno riferimento a due distretti ospedalieri AG1 ed AG2:

<u>Distretto ospedaliero AG1</u>	<u>P.O. San Giovanni di Dio- Agrigento</u>
	<u>P.O. Barone Lombardo - Canicattì</u>
	<u>P.O. San Giacomo d'Alto Passo - Licata</u>
<u>Distretto ospedaliero AG2</u>	<u>P.O. Papa Giovanni Paolo II - Sciacca</u>
	<u>P.O. Fratelli Parlapiano - Ribera</u>

Dipartimento Ospedaliero

La collocazione geografica dei cinque presidi ospedalieri dell'azienda, inseriti nei due Distretti Ospedalieri AG1 ed AG2, ha necessitato l'istituzione, per ciascun Distretto Ospedaliero, di due Dipartimenti Strutturali (Dipartimento di Medicina e Dipartimento di Chirurgia) e di un Dipartimento Funzionale (Dipartimento di Emergenza), nonché l'istituzione dei dipartimenti Ospedalieri coinvolgono orizzontalmente le UU.OO. dipartimentali ed hanno come obiettivo principale e diretto l'ottimizzazione delle procedure operative destinate al raggiungimento di un obiettivo ovvero delle pratiche assistenziali destinate a categorie di pazienti o a quadri clinici specifici.

I dipartimenti ospedalieri servono a massimizzare l'efficacia e la qualità delle prestazioni.

I dipartimenti ospedalieri vanno considerati quale coordinamento di funzioni complesse e pertanto, essendo aggregazione funzionale, assumono la valenza di soggetti negoziali nei rapporti con la direzione Aziendale.

I dipartimenti ospedalieri sono costituiti da strutture organizzative che hanno finalità comuni per omogeneità, affinità e complementarietà.

Le UU.OO.CC. afferenti ai dipartimenti, hanno autonomia e responsabilità nell'ambito della propria unità operativa, entro i limiti degli obiettivi assegnati.

Le risorse del dipartimento sono quelle delle UU.OO. che ad esso afferiscono, i centri di costo dei dipartimenti sono quelli delle UU.OO. facenti parte dello stesso.

Distretto ospedaliero AG1	Dipartimento di Medicina - dipartimento strutturale;
	Dipartimento di Chirurgia - dipartimento strutturale;
	Dipartimento di Emergenza - dipartimento funzionale
Distretto ospedaliero AG2	Dipartimento di Medicina - dipartimento strutturale;
	Dipartimento di Chirurgia - dipartimento strutturale;
	Dipartimento di Emergenza - dipartimento funzionale

Il Distretto Sanitario

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

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

<u>Distretto Sanitario di Agrigento:</u>	<i>Agrigento, Aragona, Comitini, Favara, Ioppolo, Giancaxio, Porto Empedocle, Raffadali, Realmonte, Santa Elisabetta, Sant'Angelo Muxaro, Siculiana.</i>
<u>Distretto Sanitario di Bivona:</u>	<i>Alessandria della Rocca, Bivona, Cianciana, San Biagio Platani, Santo Stefano di Quisquina.</i>
<u>Distretto Sanitario di Canicattì:</u>	<i>Camastrà, Campobello di Licata, Canicattì, 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>

Distretto Sanitario di Ribera:

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

Distretto Sanitario di Sciacca:

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

Le risorse umane

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

Il Personale a tempo indeterminato dell'ASP di Agrigento al 31/12/2016 è risultato pari a n. 2.828 unità, in dettaglio:

CONSISTENZA DEL PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO AL 31/12/2016		
PROFILO PROFESSIONALE	Totale Dip. al 31/12/2016 UOMINI	Totale Dip. al 31/12/2016 DONNE
SD0E33-DIR. MEDICO CON INC. STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO)	1	0
SD0N33-DIR. MEDICO CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. NON ESCL.)	1	0
SD0E34-DIR. MEDICO CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. ESCLUS)	1	0
SD0N34-DIR. MEDICO CON INCARICO STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0035-DIRIGENTI MEDICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO)	33	4
SD0036-DIRIGENTI MEDICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. NON ESCL.)	5	0
SD0597-DIR. MEDICI A T. DETERMINATO(ART. 15-SEPTIES D.LGS. 502/92)	47	21
SD0E74-VETERINARI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP.ESCLUSIVO)	4	0
SD0N74-VETERINARI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. NON ESCL.)	292	162
SD0E73-VETERINARI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. ESCLUSIVO)	36	12
SD0N73-VETERINARI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. NON ESCL.)	0	0

SD0A73-VETERINARI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO)	4	0
SD0072-VETERINARI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0598-VETERINARI A T. DETERMINATO (ART. 15-SEPTIES D.LGS. 502/92)	10	1
SD0E49-ODONTOIATRI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCL.)	0	0
SD0N49-ODONTOIATRI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. NON ESCL.)	33	0
SD0E48-ODONTOIATRI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. ESCLUSIVO)	2	0
SD0N48-ODONTOIATRI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0A48-ODONTOIATRI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO)	0	0
SD0047-ODONTOIATRI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0599-ODONTOIATRI A T. DETERMINATO (ART. 15-SEPTIES D.LGS. 502/92)	0	0
SD0E39-FARMACISTI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO)	0	0
SD0N39-FARMACISTI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0E38-FARMACISTI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. ESCLUSIVO)	0	0
SD0N38-FARMACISTI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0A38-FARMACISTI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO)	1	0
SD0037-FARMACISTI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0600-FARMACISTI A T. DETERMINATO (ART. 15-SEPTIES D.LGS. 502/92)	1	3
SD0E13-BIOLOGI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO)	0	0
SD0N13-BIOLOGI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. NON ESCL.)	2	2
SD0E12-BIOLOGI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. ESCLUSIVO)	0	0
SD0N12-BIOLOGI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0A12-BIOLOGI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO)	0	0

SD0011-BIOLOGI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0601-BIOLOGI A T. DETERMINATO (ART. 15-SEPTIES D.LGS. 502/92)	0	0
SD0E16-CHIMICI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO)	0	0
SD0N16-CHIMICI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. NON ESCL.)	0	9
SD0E15-CHIMICI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. ESCLUSIVO)	0	0
SD0N15-CHIMICI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0A15-CHIMICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO)	0	0
SD0014-CHIMICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0602-CHIMICI A T. DETERMINATO (ART. 15-SEPTIES D.LGS. 502/92)	0	0
SD0E42-FISICI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO)	0	0
SD0N42-FISICI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0E41-FISICI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. ESCLUSIVO)	1	0
SD0N41-FISICI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0A41-FISICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO)	0	0
SD0040-FISICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0603-FISICI A T. DETERMINATO (ART. 15-SEPTIES D.LGS. 502/92)	0	0
SD0E66-PSICOLOGI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO)	0	0
SD0N66-PSICOLOGI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. NON ESCL.)	1	0
SD0E65-PSICOLOGI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. ESCLUSIVO)	0	0
SD0N65-PSICOLOGI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. NON ESCL.)	0	0
SD0A65-PSICOLOGI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO)	0	0
SD0064-PSICOLOGI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. NON ESCL.)	0	0

SD0604-PSICOLOGI A T. DETERMINATO (ART. 15-SEPTIES D.LGS. 502/92)	2	2
SD0483-DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	0	0
SD048A-DIR. PROF. SANITARIE A T. DET.(ART. 15-SEPTIES DLGS 502/92)	5	15
S18023-COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFER. ESPERTO - DS	1	0
S16020-COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFER. - D	0	0
S14056-OPER.RE PROF.LE SANITARIO PERS. INFERN. - C	0	0
S14E52-OPER.RE PROF.LE DI II CAT.PERS. INFERN. ESPERTO-C	0	0
S13052-OPER.RE PROF.LE DI II CAT.PERS.,INFERN. BS	8	20
S18920-COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. TEC. ESPERTO - DS	469	607
S16021-COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. TEC.- D	0	0
S14054-OPER.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. TEC. - C	9	8
S00062-PROFILO ATIPICO RUOLO SANITARIO	2	2
S18921-COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV. ESPERTO - DS	0	1
S16022-COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV. - D	59	32
S14055-OPER.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV. - C	0	0
S18922-COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIABIL. ESPERTO - DS	1	0
S16019-COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIABIL. - D	34	2
S14053-OPER.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIABIL. - C	0	0
S14E51-OPER.RE PROF.LE DI II CAT. CON FUNZ. DI RIABIL. ESPERTO- C	0	3
S13051-OPER.RE PROF.LE DI II CAT. CON FUNZ. DI RIABIL. - BS	18	26
PD0010-AVVOCATO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0
PD0S09-AVVOCATO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	0	0

PD0A09-AVVOCATO DIRIG. CON ALTRI INCAR.PROF.LI	0	0
PD0605-AVVOCATO DIR. A T. DETERMINATO(ART. 15-SEPTIES DLGS. 502/92)	2	5
PD0046-INGEGNERE DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0
PD0S45-INGEGNERE DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	0	0
PD0A45-INGEGNERE DIRIG. CON ALTRI INCAR.PROF.LI	1	0
PD0606-INGEGNERE DIR. A T. DETERMINATO(ART.15-SEPTIES DLGS. 502/92)	0	0
PD0004-ARCHITETTI DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0
PD0S03-ARCHITETTI DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	0	0
PD0A03-ARCHITETTI DIRIG. CON ALTRI INCAR.PROF.LI	0	0
PD0607-ARCHITETTI DIR. A T.DETERMINATO(ART. 15-SEPTIES DLGS.502/92)	0	0
PD0044-GEOLOGI DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0
PD0S43-GEOLOGI DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	0	0
PD0A43-GEOLOGI DIRIG. CON ALTRI INCAR.PROF.LI	0	0
PD0608-GEOLOGI DIR. A T. DETERMINATO(ART. 15-SEPTIES DLGS. 502/92)	0	0
P16006-ASSISTENTE RELIGIOSO - D	0	0
P00062-PROFILO ATIPICO RUOLO PROFESSIONALE	0	0
TD0002-ANALISTI DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0
TD0S01-ANALISTI DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	0	0
TD0A01-ANALISTI DIRIG. CON ALTRI INCAR.PROF.LI	2	0
TD0609-ANALISTI DIR. A T. DETERMINATO(ART. 15-SEPTIES DLGS. 502/92)	0	0
TD0071-STATISTICO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0
TD0S70-STATISTICO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	0	0

TD0A70-STATISTICO DIRIG. CON ALTRI INCAR.PROF.LI	0	0
TD0610-STATISTICO DIR. A T.DETERMINATO(ART. 15-SEPTIES DLGS.502/92)	0	0
TD0068-SOCIOLOGO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0
TD0S67-SOCIOLOGO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	0	0
TD0A67-SOCIOLOGO DIRIG. CON ALTRI INCAR.PROF.LI	0	0
TD0611-SOCIOLOGO DIR. A T. DETERMINATO(ART.15-SEPTIES DLGS. 502/92)	0	0
T18025-COLLAB.RE PROF.LE ASSISTENTE SOCIALE ESPERTO - DS	0	0
T16024-COLLAB.RE PROF.LE ASSISTENTE SOCIALE - D	1	0
T18027-COLLAB.RE TEC. - PROF.LE ESPERTO - DS	2	1
T16026-COLLAB.RE TEC. - PROF.LE - D	0	0
T14050-OPER.RE PROF.LE ASSISTENTE SOC. - C	0	2
T14007-ASSISTENTE TECNICO - C	6	62
T14063-PROGRAM.RE - C	1	0
T14E59-OPERATORE TECNICO SPECIAL.TO ESPERTO - C	11	2
T13059-OPERATORE TECNICO SPECIAL.TO - BS	0	0
T13660-OPERATORE SOCIO SANITARIO - BS	5	0
T12057-OPERATORE TECNICO - B	2	0
T12058-OPERATORE TECNICO ADDETTO ALL'ASSISTENZA - B	33	2
T11008-AUSILIARIO SPECIALIZZATO - A	28	0
T00062-PROFILO ATIPICO RUOLO TECNICO	43	42
AD0032-DIRIGENTE AMM.VO CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	70	58
AD0S31-DIRIGENTE AMM.VO CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	5	9

AD0A31-DIRIGENTE AMM.VO CON ALTRI INCAR.PROF.LI	30	20
AD0612-DIRIG. AMM.VO A T. DETERMINATO (ART. 15-SEPTIES DLGS.502/92)	0	2
A18029-COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE ESPERTO - DS	4	4
A16028-COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE - D	3	3
A14005-ASSISTENTE AMMINISTRATIVO - C	0	0
A13018-COADIUTORE AMM.VO ESPERTO - BS	2	0
A12017-COADIUTORE AMM.VO - B	8	13
A11030-COMMESSO - A	56	74
A00062-PROFILO ATIPICO RUOLO AMMINISTRATIVO	28	37
000061-CONTRATTISTI	7	2
Totale	1508	1320

Mentre il personale a tempo determinato impiegato nel corso del 2016 è risultato pari a 460 unità (uomo anno), ovvero:

ASP Agrigento personale a tempo determinato (uomo anno) anno 2016	
Personale Dirigente a tempo determinato	142
Personale non Dirigente a tempo determinato	318

In dettaglio:

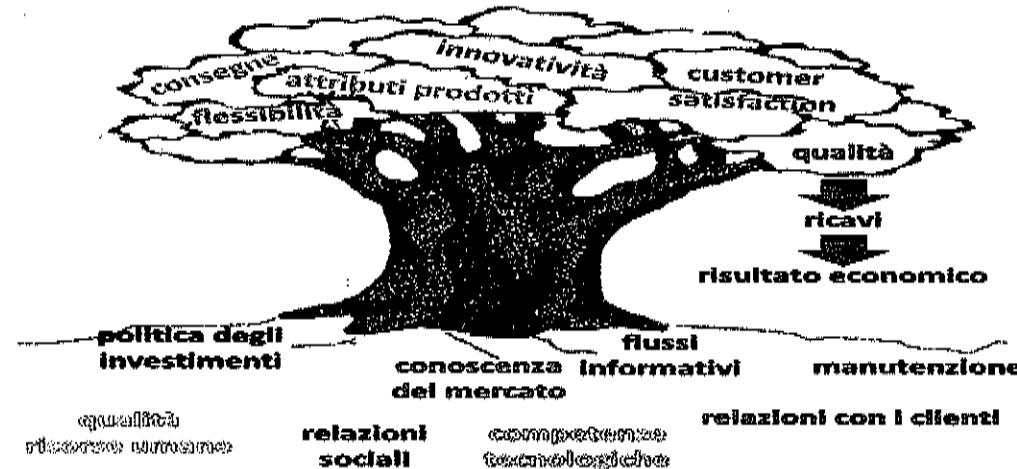
CONSISTENZA DEL PERSONALE A TEMPO DETERMINATO ANNO 2016		
Categoria	A tempo determinato (U)	A tempo determinato (D)
MD-MEDICI	59,31	77,04
MV-VETERINARI	0	0
MO-ODONTOIATRI	0	0
DS-DIRIG. SANITARI NON MEDICI	4,39	1,5
SI-PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE INFERNIERISTICO	21,75	72,15
ST-PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE TECNICO SANITARIO	1,01	0
SV-PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE VIGILANZA E ISPEZIONE	8,74	17,38
SF-PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE FUNZIONI RIABILITATIVE	0	0
DP-DIR. RUOLO PROFESSIONALE	0	0
LP-PROFILI RUOLO PROFESSIONALE	0	0
DT-DIR. RUOLO TECNICO	0	0
LT-PROFILI RUOLO TECNICO	19,77	31,45

DA-DIR. RUOLO AMMINISTRATIVO	0	0
LA-PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO	48,72	96,78
PC-PERSONALE CONTRATTISTA	0	0
Totale	163,69	296,3

- 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. 80 del 29/01/2016 si è dotata del Piano della performance 2016 - 2018, ovvero di quel documento programmatico triennale, che in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di periodo definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

- ALBERO DELLA PERFORMANCE -



Come già evidenziato sopra l'attività di responsabilizzazione a livello aziendale parte sicuramente dal **Piano Attuativo Aziendale (PAA)** e dagli **Obiettivi di Salute e Funzionamento** in ragione degli obiettivi assegnati per l'anno 2016 alla Direzione Aziendale e degli indirizzi scaturenti dalle innovazioni normative e di pianificazione strategica.

Le indicazioni ricevute da parte della Regione la quale, attraverso un'analisi del contesto, individuano priorità ed evidenziano una serie di parametri sulla base dei quali saranno operate, nel corso del processo e successivamente allo stesso, le dovute verifiche. Tale tipo di indicazioni ha costituito nel 2016 sicuramente il punto di partenza per la delega degli obiettivi, ma occorre procedere a una serie di integrazioni necessarie per il processo di responsabilizzazione e per tenere conto di un complesso di attività che, sebbene non espressamente citate, costituiscono il necessario presupposto per ognuna di esse, tanto in ambito sanitario quanto in ambito amministrativo. In questa ottica, gli obiettivi oggetto di verifica esterna ed interna sono oggetto di integrazione in termini di responsabilizzazione a carico dei soggetti delegati poiché gli adempimenti da garantire risultano il presupposto imprescindibile per il funzionamento dell'azienda nel suo complesso.

- OBIETTIVI STRATEGICI

Per soddisfare gli obiettivi strategici aziendali 2016, assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute, questa ASP ha tradotto tali obiettivi in un set di indicatori trasposti anche nel Piano della performance 2016 che rendicontino tutte le attività rese, ciò ha rappresentato uno step imprescindibile per l'Amministrazione.

Le linee di indirizzo regionali hanno costituito una base solida per il piano della performance, dal momento che sono individuati:

- Interventi da realizzare;
- Azioni, legate agli interventi, idonee a garantire l'efficacia negli interventi;
- Risultati programmati per ciascuna azione;
- 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.

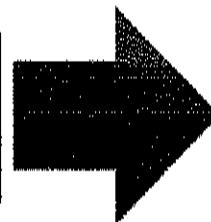
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE - OBIETTIVI E RISULTATI -

Premesso che il Piano Sanitario Regionale è attuato nella programmazione sanitaria locale dalle Aziende sanitarie attraverso i Piani Attuativi Aziendali (PAA) i quali sono 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 presente 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 2016 da parte dell'Assessorato Regionale alla Salute, in dettaglio:

PIANO ATTUATIVO A.R.C. ANNO 2016





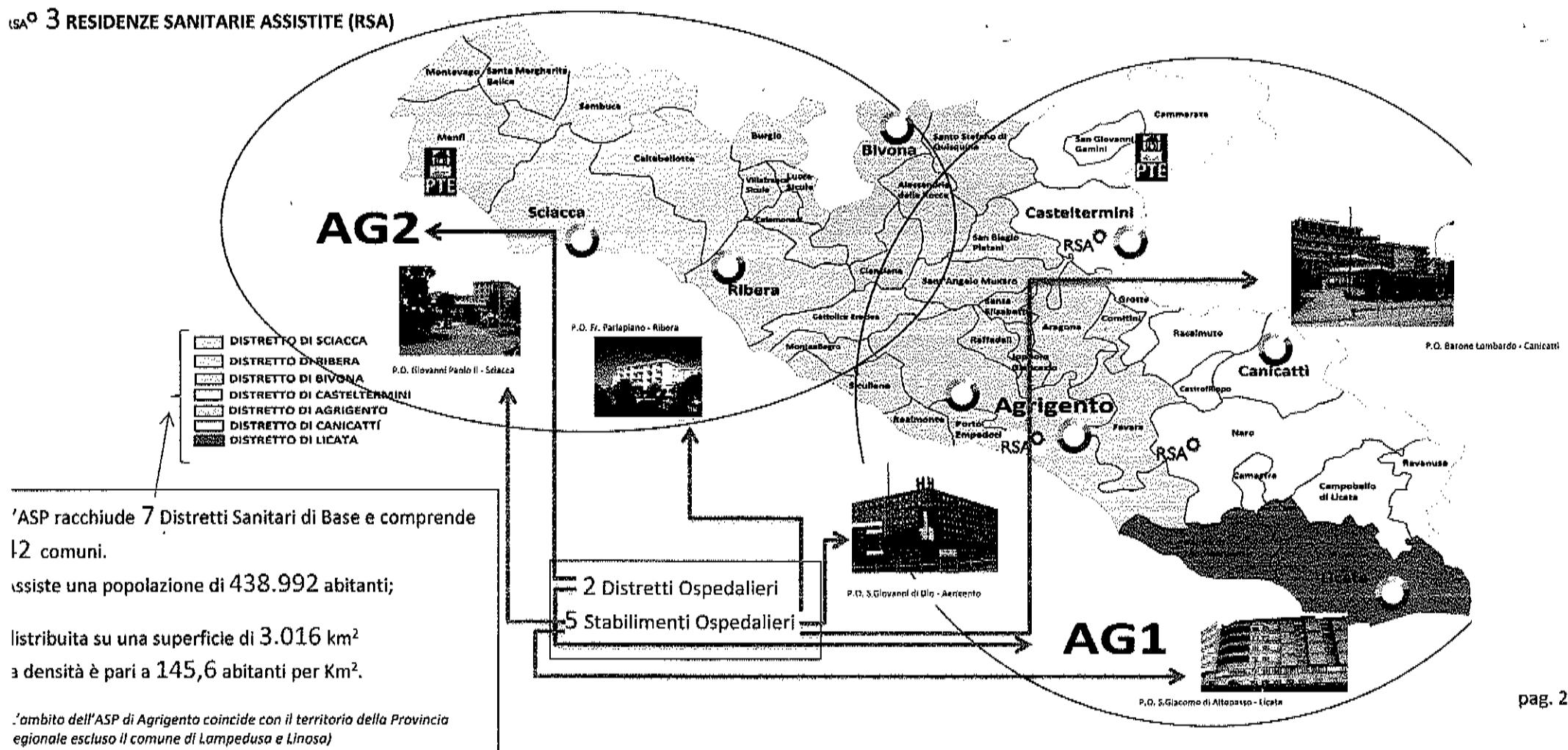
ARTICOLAZIONE DELLE STRUTTURE ASSISTENZIALI

2 PRESIDI TERRITORIALI DI EMERGENZA (PTE)

8 PRESIDI TERRITORIALI DI ASSISTENZA (PTA)

Ogni PTA comprende un Punto di Prima Assistenza Pediatrico (PPI Pediatrico)

3 RESIDENZE SANITARIE ASSISTITE (RSA)



Sommario

AREA 1 *Sanità pubblica e prevenzione*

Punteggio Area : 5

Dott. Salvatore Cuffaro

27

AREA 2 *Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti*

Punteggio Area : 5

- Dott. Vincenzo Scaturro

32

AREA 3 *Reti Tempo Dipendenti*

Punteggio Area : 5

Dott. Alfonso Cavaleri

37

AREA 3 *Reti Cliniche integrate*

Dott. Alfonso Cavaleri

40

AREA 4 *Assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria*

Punteggio Area : 5

Dott. Gaetano Mancuso

41

AREA 5 *Sviluppo organizzativo*

Punteggio Area : 5

Dott.ssa Maria Concetta Calderaro

45

Interventi previsti	Peso Intervento (to.100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato avanzamento al 31/12/2016
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
1.1 SANITÀ VETERINARIA (DOTT. S.CUFFARO)	Punteggio del Capitolo 20%	1.1.A - Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)	1.1.A - n. Aziende bovine e ovicaprine controllate/n. Aziende bovine e ovicaprine controllabili	1.1.A - 100%	OBIETTIVO RAGGIUNTO N. 1.472 Aziende bovine e ovicaprine controllate per BRC / N. 1.472 Aziende bovine e ovicaprine controllabili per BRC * 100 % All.1.1.a-e
		1.1.B – Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina	1.1.B – numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi	1.1.B – 21-28 giorni ≤ 28 gg 100% ≤ 30 gg 75% ≤ 32 gg 50% ≥ 32 gg 0%	OBIETTIVO RAGGIUNTO 25 giorni =100%
		1.1.C - Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	1.1.C – numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi	1.1.C - 42-63 giorni ≤ 63 gg 100% ≤ 68 gg 75% ≥ 68 gg 0%	OBIETTIVO RAGGIUNTO 50 giorni = 100%
		1.1.D - Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovi-caprine sulla base di criteri riportati, rispettivamente dai Regolamenti (Ce) n. 1082/2003 e n. 1505/2006.	1.1.D - n. Aziende bovine e ovi-caprine controllate anagraficamente /n. Aziende bovine e ovi-caprine controllabili	1.1.D – 5% Aziende bovine 3% Aziende ovi-caprine	OBIETTIVO RAGGIUNTO N. 56 Aziende bovine controllate anagraficamente /N. 477 Aziende bovine controllabili = 11 % N. 75 Aziende ovi-caprine controllate anagraficamente / N. 994 Aziende ovi-caprine controllabili = 7,5%
		1.1.E - Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015	1.1.E - Percentuale di riduzione della prevalenza	1.1.E = 15%	OBIETTIVO RAGGIUNTO Prevalenza 2015 = 2,55 % N. 38 aziende positive (37 ovicaprine e 1 bovina)/ N. 1493 aziende controllate (n.1016 ovicaprine, n. 3 bufaline e n. 474 bovine) Prevalenza 2016 = 2,03 % N. 30 aziende positive (27 ovicaprine e 3 bovine)/ N. 1472 aziende controllate (n.994 ovicaprine, n. 1 bufalina e n. 477 bovine) Riduzione del 22,75% All.1.1.a-e

interventi previsti	Peso Intervento (to.100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato avanzamento al 31/12/2016
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
1.2 SICUREZZA ALIMENTARE (DOTT. ^{sr} A.PETRALIA)	<i>Punteggio del Capitolo 20%</i>	1.2.A Attuazione Piano regionale di controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari 2016 ai sensi del DDG n. 324/marzo 2016	1.2.A - Rispetto Flusso Informativo	1.2.A – SI/NO	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO, avendo inviato i flussi richiesti entro la data richiesta.</p> <p>Linea d'intervento 1 – Controlli sulla commercializzazione dei fitosanitari = Risultato atteso il 40 % delle rivendite totali (71 attività) = 29 controlli eseguiti /29 programmati</p> <p>Controllo materiale con campionamento = Risultato atteso= 3 controlli con campionamento = 3 controlli con campionamento eseguiti</p> <p>Linea d'intervento 2 – Controlli ispettivi sugli utilizzatori dei prodotti fitosanitari = Risultato atteso 29 controlli presso aziende agrumicole , orticole, frutticole, viticole, olivicole presenti sul territorio = 33 controlli eseguiti/ 29 programmati</p> <p>Linee d'intervento 3 e 4 – Controlli sui residui di prodotti fitosanitari = Risultato atteso = 84 campioni programmati = 88 campioni eseguiti</p> <p>Flusso informativo della linea 3 e 4 = invio del flusso entro il 15 febbraio di ogni anno = entro il 15 febbraio 2016 è stato inviato il flusso relativo all'anno 2015</p> <p>Flusso informativo della linea 3 e 4 = Invio del flusso entro il 15 febbraio di ogni anno = entro il 15 febbraio 2016 è stato inviato il flusso relativo all'anno 2015</p> <p>Invio flusso PAN – D. leg.vo 150/2012 “ dati relativi alla formazione dei distributori anno 2015 il 16.09.2016 (scadenza 30.09.2016)</p>
		1.2.B Definizione di una procedura che garantisca il rispetto dei tempi per il rilascio del provvedimento di riconoscimento definitivo agli stabilimenti che trattano alimenti di origine animale con riconoscimento condizionato.	1.2.B -Invio entro il 31.10.2016 del provvedimento di approvazione della procedura di programmazione e della procedura di monitoraggio e verifica	1.2.B – SI/NO	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Inviata la procedura approvata dal direttore del dipartimento veterinario in data 4.10.16 al DASOE con mail allegata mail allegata</p>

Interventi previsti	Peso Intervento (to.100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato avanzamento al 31/12/2016
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
1.3 COPERTURA E VACCINALI E SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE (DOTT. G.GERACI)	Punteggio del Capitolo 20%	1.3.A - Implementazione della copertura vaccinale (D.A. N. 38/2015)	1.3.A – n. soggetti vaccinati/popolazione target residente	1.3.A Morbillo Parotite Rosolia 1a dose – 95% Coorte 2014 2a dose- 95% Coorti 2000 e 1998 Varicella 1a dose-95% Coorte 2014 2a dose – 95% Coorti 2000 e 1998	87.2% (coorte 2013 al 31/12/2015: 79.1%) 79.98% - 74.92% (al 31/12/2015 coorte 1999 76.9%, coorte 1997: 64.4%) 86.81% (coorte 2013 al 31/12/2015: 78.9%) 39.07% - 29.93% (al 31/12/2015 coorte 1999 30.3%, coorte 1997: 24%)
		1.3.B - Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla evidence per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole (D.A. N. 38/2015)	1.3.B - Relazione sulle attività svolte	1.3.B - SI/NO	Piano di comunicazione redatto e trasmesso con nota n°206073 del 16/12/2016, e inserito nel sito aziendale. Relazione attività 2016 trasmessa con nota 30501 del 14/02/2017 <u>All.1.3b</u>
		1.3.C - Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscotto regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale negli anni 2012 – 2015 (PRP 2014/2018)	1.3.C - Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate negli anni 2012-2016	1.3.C – SI/NO	100% <u>All.1.3c</u>
		1.3.D - Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	1.3.D – Casi di morbillo, rosolia e rosolia congenita con isolamento virale	1.3.D - > dell'80 %	100 % dei casi notificati in tempo poiché c'è stato un ritardo di più di 7 giorni nelle notifiche dalla comparsa dell'esantema, e talora si sono avute difficoltà legate al trasporto dei campioni biologici al laboratorio di riferimento regionale per effettuare la sierotipizzazione. E' stata data disposizione ai pediatri di notificare in tempo.
		1.3.E - Genotipizzazione virale	1.3.E - Individuazione dei focali di morbillo, rosolia e rosolia congenita mediante l'identificazione del genotipo virale isolato	1.3.E -100%	100 % dei casi notificati in tempo poiché c'è stato un ritardo di più di 7 giorni nelle notifiche dalla comparsa dell'esantema, e talora si sono avute difficoltà legate al trasporto dei campioni biologici al laboratorio di riferimento regionale per effettuare la sierotipizzazione. E' stata data disposizione ai pediatri di notificare in tempo.
		1.3.F- Notifica delle malattie infettive	1.3.F - notifiche delle malattie infettive su numero di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia,	1.3.F – 70%	78.5%

AREA 1 Sanità pubblica e prevenzione**Dott. Salvatore Cuffaro**

Interventi previsti	Peso Intervento (to.100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato avanzamento al 31/12/2016
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
1.4 TUTELA AMBIENTALE (DOTT. V. SPOTO)	Punteggio del Capitolo 20%	1.4.A - Evidenza di avvio interventi di promozione della salute sul corretto uso di cellulari e sulla eccessiva esposizione ai raggi UV (Direttiva 32187 dell'8.4.2016)	1.4.A - Report: invio entro il 31/10/2016	1.4.A – SI/NO	OBIETTIVO RAGGIUNTO Report inviato in data 27.10.16 con nota prot.n. 176296 All. Report
		1.4.B - Delibera costituzione "focalpoint" ((Direttiva 32187 dell'8.4.2016 – L'intervento non riguarda le ASP di Messina, Siracusa, Caltanissetta e Catania)	1.4.B – Invio delibera entro il 31 ottobre 2016	1.4.B – SI/NO	OBIETTIVO RAGGIUNTO Delibera "Costituzione Focalpoint" adottata n. 1493 del 26.10.16 ed inviata DASOE in data 27.10.16 con nota prot.n. 176296 All. Deliberazione
		1.4.C - Formazione MMG/PLS aree a rischio (l'intervento riguarda solo le ASP di Caltanissetta, Siracusa e Messina)	1.4.C – Invio plani formativi aziendali entro il 31.10.2016	1.4.C – SI/NO	Non di pertinenza dell'ASP di Agrigento
		1.4.D – Piano straordinario di interventi nelle aree a rischio ambientale (DA 356 del 11.3.2013 – l'intervento riguarda solo le ASP di Messina, Siracusa e Caltanissetta)	1.4.D – Invio programma pluriennale di attività di cui alla nota 27078 del 22.3.2016, entro la scadenza prevista e 80% delle linee di intervento positivamente valutate dal tavolo tecnico regionale al 31.12.2016	1.4.D –> 80 % delle linee di intervento positivamente valutate dal tavolo tecnico regionale al 31.12.2016	Non di pertinenza dell'ASP di Agrigento
		1.4.E - Avanzamento Piano di interventi comune di Biancavilla	1.4.E - Documento conclusivo tavolo tecnico percorsi assistenziali mesotelioma, attivazione focalpoint, avvio campagna informativa	1.4.E – SI/NO	Non di pertinenza dell'ASP di Agrigento
		1.4.F Acque di balneazione	1.4.F Aggiornamento dei profili delle acque di balneazione. Consolidamento delle linee di costa, rideterminazione dei punti di monitoraggio ed acquisizione di tutte le informazioni propedeutiche alla predisposizione del provvedimento regionale di regolamentazione della stagione balneare 2017	1.4.F – SI/NO	OBIETTIVO RAGGIUNTO Aggiornamento profili acque balneazione completata e trasmessa al DASOE in data 22.12.16 (allegata nota prot. n. 209685 del 22.12.16) all.1.4.F.pdf

AREA 1 Sanità pubblica e prevenzione
Dott. Salvatore Cuffaro

Interventi previsti	Peso Intervento (to.100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato avanzamento al 31/12/2016
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
1.5 PREVENZIONE LUOGHI DI LAVORO (DOTT. S.CASTELLANO)	<i>Punteggio del Capitolo 20%</i>	1.5.A Attuazione direttive del Gruppo di Lavoro "Edilizia" nazionale e regionale e Gruppo di Lavoro "Agricoltura" nazionale e regionale	1.5.A - Attività di controllo nei cantieri edili e nelle aziende agricole, attività di informazione e formazione, con le modalità e secondo gli indicatori previsti dal PRP	1.5.A – SI/NO	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>- N. 174 cantieri edili ispezionati /N.150 preventivati (pari al 15% delle N. 1015 notifiche preliminari 2015) Monitoraggio tipologia sanzioni violate : N. 29 violazioni verificate con 15 tipologie di violazioni; N.10 cantieri con violazioni sotto minimo etico; N.10 violazioni di tipo organizzativo / N. totale violazioni (29) ; N. 230 notifiche preliminari acquisite on-line/ N.805 notifiche preliminari totali (28,5%); N. 125 verifiche della sorveglianza sanitaria nelle imprese ispezionate in coerenza con allegato 3B art.40/ 103 (61,76%). -N. 77 aziende agricole ispezionate/70 preventive Tra le aziende controllate sono inseriti : N. 4 piano di controllo delle aziende agricole e attività di vigilanza coordinate con altre UU.OO ; N. 5 punti di rivendita di macchine agricole controllate; N. 20 attività controllate che utilizzano fitosanitari -N.60 attività artigianali ispezionate/ 50 Effettuate n.310 ore di formazione e informazione /40 previste</p>
		1.5.B Attuazione direttive del GdL "Agenti cancerogeni" nazionale e regionale	1.5.B - Sorveglianza Sanitaria degli ex esposti secondo il protocollo del Coordinamento interregionale e di cui alla L.R. 10/2014, attività di controllo di aziende per rischio agenti cancerogeni, con le modalità e secondo gli indicatori previsti dal PRP.	1.5.B – SI/NO	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>18 ex esposti all'amianto sottoposti a sorveglianza sanitaria/ 14 previsti Realizzato registro informatico ditte con rischio cancerogeno</p>

	1.5.C Attuazione delle procedure previste dal D.M. 11.04.11, di cui all'art. 71 del D.lgs. 81/08 e al D.A. n. 773/12. Verifiche periodiche di sicurezza su attrezzature di lavoro e Impianti	1.5.C. ₁ Numero apparecchi verificati/Numero di richieste di verificapervenute 1.5.C. ₂ Numero di iniziative di informazione/formazione/assistenza promosse in merito alla sicurezza di apparecchiature, macchine , impianti	1.5.C. ₁ Valore atteso: 70%; 1.5.C. ₂ Valore atteso: 1	1.5.C. ₁ N° 226 Unità controllate (76 impianti messa a terra e 150 apparecchi di sollevamento) / N° 244 Totale unità da controllare (82 impianti messa a terra e 162 apparecchi di sollevamento) = 92,62 % 1.5.C. ₂ Iniziativa di informazione/formazione/assistenza effettuata nel mese di dicembre 2016 (All.1.5.c2)
--	--	---	--	---

AREA 2 Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti

Punteggio del Area : 5

Dott. Vincenzo Scaturro

Interventi previsti	Peso Intervento (to.100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato avanzamento al 31/12/2016
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
2.1 SICUREZZA DEI PAZIENTI (DOTT. V. SCATURRO)	Punteggio del Capitolo 20%	2.1.A Monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento	2.1.A Sarà valutata: 1) la segnalazione della totalità degli eventi sentinella rispetto a quelli conosciuti (SIMES), 2) la coerenza rispetto al protocollo nazionale (SIMES) 3) il monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive (Report su piattaforma Qualitasicilia SSR)	SI	In fase d'inserimento su piattaforma SIMES (NSIS)
		2.1.B Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella	2.1.B valutazione e produzione di report annuale secondo la metodologia Agenas	SI	autovalutazione 24.05.2016 Già inserita Trasmissione report telematico Piattaforma Nazionale <u>All.2.1 b.pdf</u> www.agenas.it/raccomandazione
		2.1.C Programma regionale Global Trigger Tool: valutare l'1% delle cartelle cliniche dei dimessi in ricovero ordinario (con degenza superiore a un giorno) dalle UU. OO. delle seguenti discipline:area medicina, area chirurgica, area ostetrica, area pediatrica, area rianimazione (qualora mancasse una disciplina garantire comunque l'1% dei dimessi)	2.1.C Numero di casi inseriti nella piattaforma regionale GTT in modo completo e coerente secondo il protocollo di rilevazione regionale	1% dei dimessi in ricovero ordinario con degenza superiore a 1 giorno	Start-up Assessorato Salute (nota 07.07.2016, prot. 58452) Pre-selezione in Assessorato (12.09.2016) Evento Formativo Palermo (22/23. 09.2016) <u>All.2.1 c.pdf</u> (All.2.1 C Relazione GTT 2017)
		2.1.D Programma di implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica in coerenza al D.A. 1914/13 s.m.i. di	2.1.D Monitoraggio annuale e produzione report	100% delle azioni	Progetto UFA-ONCO-EMA Evento Formativo PA 06.05.2016 Dr.ssa C. Scorsone P.O. Sciacca

2.1

SICUREZZA DEI PAZIENTI (DOTT. V. SCATURRO)

	approvazione del programma regionale per la sicurezza, appropriatezza e gestione complessiva della terapia antitumorale		programmate	Dr.ssa E. Ferrera P.O. Canicattì Inf. G. Catalanotto P.O. Sciacca Autovalutazione UFA-ONCO-EMA - ev Rilev. 1° 2016 P.O. Agrigento P.O. Canicattì P.O. Sciacca Trasmissione telematica report piattaforma regionale www.qualitasiciliassr.it (Allegata relazione consuntiva 2016-2017)
2.1.E Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali	2.1.E 1) Report secondo schema disponibile su piattaforma Qualitasicilia SSR 2) svolgimento di almeno 20 osservazioni dirette per azienda sanitaria	1) SI 2) 100%		OBIETTIVO RAGGIUNTO Report già inviato in piattaforma qualitasicilia ssr <u>All-2.1 e Report ODISO.pdf</u> <u>All.2.1 e Riepilogo ODISO.pdf</u> <u>All.2.1 e.pdf</u>
2.1.F Sviluppo organizzativo del Percorso Nascita. 2.1 SICUREZZA DEI PAZIENTI (DOTT. V.S CATURRO Autovalutazione dei Punti Nascita (pubblici e privati) sulla base della checklist predisposta dai professionisti.	2.1.F Realizzazione autovalutazione su piattaforma Qualitasicilia SSR	SI		Autovalutazioni 1° autovalutazione Obiettivo raggiunto <u>All. 2.1 autoval. P.N. Agrigento.pdf</u> <u>All.2.1 autoval. P.N. Canicattì.pdf</u> <u>All. 2.1 autoval P.N. Sciacca.pdf</u> <u>All.2.1 f report qualitasicilia.ssr.pdf</u>
2.1.G Aderenza al Programma regionale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	2.1.G Aderenza alle indicazioni regionali	SI		Si è provveduto a riscontrare i report distinti per P.O., la trasmissione dei dati sul consumi di antibiotici (Farmacie) e sulle farmaco resistenze (Laboratori analisi) dati 2015. <u>Allegato canicattì-Sciacca-Ribera*</u> <u>Agrigento farmacia</u> Per lo studio dell'anno 2016 studio in corso dati da caricare entro il 24 maggio
2.1.H Azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza: a) Azioni di contrasto all' Antibioticoresistenza b) Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale c) AntimicrobialStewardship d) Realizzazione di una campagna di comunicazione basata sull'evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	2.1.H a) Aderenza alle indicazioni regionali b) Report relativo al consumo di antibiotici c) Aderenza al Protocollo regionale d1) Report sulla realizzazione delle campagne di comunicazione d2) Report di monitoraggio sulla valutazione di impatto (pre e post intervento) delle campagne di comunicazione.	SI		Si è provveduto a riscontrare i report distinti per P.O., la trasmissione dei dati sui consumi di antibiotici (Farmacie) e sulle farmaco resistenze (Laboratori analisi) <u>Allegato canicattì-Sciacca-Ribera*</u> <u>Agrigento farmacia</u> <u>Sciacca Lab. Analisi</u> Per lo studio dell'anno 2016 studio in corso dati da caricare entro il 24 maggio

	<p>2.1. I Programma di riduzione delle batteriemie/sepsi correlate all'utilizzo di cateteri vascolari - targeting zero:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Adesione studi periodici di prevalenza ICA - ECDC b) Diffusione e formazione sull'utilizzo del Bundle c) Individuazione team dedicato d) Procedura di conferimento dei privileges e valutazione dell'effettiva applicazione e) Scheda di gestione CVC f) Conduzione di audit periodici su almeno 100 procedure eseguite 	<p>2.1.I Aderenza alle indicazioni regionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Adesione studi e relativo Report b) Brochure ed eventi formativi c) Delibera aziendale d) Schede dei privileges e Report della relativa valutazione e) Compilazione della scheda di gestione sulla piattaforma informatica sulla totalità dei pazienti trattati f) Report aziendale su audit svolti 	SI	<p>2.1. I All. Delibera n.653 del 28 aprile 2017 CVC con schede di gestione (Allegato 1) (Allegato 2) (Allegato 3) (Allegato 4) *</p>
--	---	---	----	--

AREA 2 Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti

Dott. Vincenzo Scaturro

Interventi previsti	Peso Intervento (to.100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato avanzamento al 31/12/2016
			Indicatore di risultato	Val.Ob 31.12.16	
2.2 MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA (DOTT. G. DRAGO)	Punteggio del Capitolo 10%	2.2. a Attività e funzionamento del Gruppo Interaziendale per il governo delle liste di attesa dell'art 2 del D.A. 439 – 2015: a) Monitoraggio e analisi dei dati derivanti dai flussi informativi dei tempi di attesa delle strutture erogatrici pubbliche e private accreditate ricadenti nell'area metropolitane e/o provinciale di competenza; b) Analisi delle cause profonde dei fattori favorenti le criticità locali; c) Individuazione e pianificazione di soluzioni condivise, anche attraverso la formalizzazione di accordi interaziendali e/o interprovinciali; d) Pianificazione e realizzazione dei programmi formativi aziendali per il governo delle liste di attesa in coerenza alle indicazioni della Cabina di Regia Regionale di cui all'art. 3 ;	2.2.a Report Annuale sui punti a,b,c,d dell'art. 2 di cui all'art. 2 D.A. 439 – 2015 da pubblicare su web aziendale.	SI	La CUR ha già eseguito diverse riunioni, provvedendo all'analisi dei dati ed al loro monitoraggio, coinvolgendo le Strutture Accreditate e nel mese di febbraio ha tenuto i corsi specifici. Le azioni intraprese per il raggiungimento dell'obiettivo 3 " Monitoraggio e garanzia tempi di attesa" testimoniano la piena attuazione dei percorsi di monitoraggio – analisi – programmi formativi così come evidenziato nel report allegato. (Allegato report consuntivo 2016*) All.2.2.a.1 ; 2.2.a.2 ; 2.2.a.3 .
		2.2.b Analisi campi flusso SDO: report semestrale che analizzi tutti i campi del flusso SDO e livelli di garanzia. <i>NOTA: Si procederà all'esame dei dati così come indicato nelle Linee guida sulla modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa (dicembre 2010).</i>	2.2.b n. campi compilati (data prenotazione, classe di priorità) / n. campi da compilare Monitoraggio	>= 90%	(Allegato report consuntivo 2016*)
		2.2.c Applicazione del modello delle priorità cliniche condivise (RAO) per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in ambito aziendale.	2.2.c Aderenza alle indicazioni regionali/Agenas	SI	I RAO sono stati già approvati nel 2015 ed è già stata istituita la Commissione di verifica All.2.2c.pdf

	2.2.d Modalità di prenotazione informatizzata condivisa tra gli erogatori pubblico/privato in ambito di area metropolitana/provincia almeno nelle 43 prestazioni critiche – coordinamento/ da parte delle ASP	2.2.d Realizzazione di una modalità di prenotazione condivisa	SI	In atto è solo possibile la prenotazione da parte dell'ASP verso le Strutture Accreditate. Pur non di meno è in corso l'abilitazione delle Farmacie territoriali. (Allegato report consuntivo 2016*)
	2.2.e Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni: a) Il monitoraggio deve essere effettuato come da Linéa guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa (dicembre 2010). b) Sulla base delle criticità correlate alla sospensione delle prestazioni devono essere predisposti i relativi interventi correttivi. c) Pubblicazione dei report semestrali e degli interventi correttivi su web	2.2.e a) report semestrale b) Report con interventi correttivi c) Pubblicazione su sito web aziendale	SI	Sul sito aziendale sono già presenti i report richiesti, mentre non si sono pubblicati interventi correttivi in quanto non ne sono stati apportati. (All. 2.e)
<i>NOTA: Viene richiesto l'effettivo monitoraggio (comprovato da idonea documentazione) da parte dell'Azienda sugli interventi messi in atto dalle strutture sanitarie per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni. Inoltre si chiede se l'Azienda sia venuta a conoscenza dell'eventuale sospensione dell'attività di prenotazione e quali interventi abbia intrapreso.</i>				

AREA 2 Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti

Dott. Vincenzo Scaturro

Interventi previsti	Intervento Operativo	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato avanzamento al 31/12/2016
			Indicatore di risultato	Valore al 31.12.2016	
2.3 <small>TRASPARENZA DEI DATI SUI TEMPI E LISTE DI ATTESA (DOTT.G.DRAGO)</small>	Punteggio del Capitolo 10%	2.3 Pubblicare e puntualmente aggiornare, sui siti web delle Aziende erogatrici, la sezione "Liste attesa/tempi attesa".	2.3 Evidenza di Pubblicazione e aggiornamento sul Web	SI	L'aggiornamento dei tempi d'attesa è rilevabile dal sito aziendale che viene aggiornato giornalmente. A parte sono pubblicati i report mensili. <u>(All. 2.3) (Allegato report consuntivo 2016*)</u> <u>(Allegata relazione 1° trlm. 2017)</u>
2.4 <small>FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI (DOTT. V.S CATURRO)</small>	Punteggio del Capitolo 10%	2.4.a Partecipazione ai programmi formativi promossi dall'Assessorato per lo sviluppo delle competenze a partire dai privileges in ambito materno-infantile 2.4.b Programmazione e realizzazione di percorsi formativi in materia di rischio clinico in raccordo con il Servizio 5 del DASOE secondo Direttiva Assessoriale	2.4.a.1 Svolgimento delle corsi formativi previsti secondo le indicazioni regionali 2.4.a.2 Report secondo schema disponibile su piattaforma Qualitasicilia SSR 2.4.b Attuazione secondo indicatori della direttiva regionale	SI SI SI	Secondo direttiva DASOE/8 89435 del 15.11.2016 sono stati inseriti, nel Piano di Formazione 2017, più di 3 percorsi formativi da realizzarsi entro il 30.06.2017 <u>All 2.4 a – b PIANO DI FORMAZIONE 2017.xlsx</u> <u>Allegata relazione formazione Aziendale (Allegato 2.4b)</u>
2.5		2.5.a Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale	2.5.a Attuazione delle direttive regionali sulla misurazione della qualità percepita	SI	Incontro Ass. Sanità Palermo 17.05.2016 Incontro Team Qualità P. Agrigento 21.06.2016 Verbale Riunione Team QP 27.06.2016, prot.104580

PERSONALIZZAZIONE E UMANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA E COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI / PAZIENTI (DOTT. SSA M.C. CALDERARO) (DOTT. V. SCATURRO)	Punteggio del Capitolo 10%	2.5.b 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	2.5.b Attuazione delle direttive regionali	SI	Allegato 2.5 b1 <u>Allegati qualità percepita 1° quad.2017- umanizzazione PP.OO alla data attuale (Allegati 2.5 b1) (allegati 2.5 b2)</u>
		2.5.c Valutazione e gestione del dolore cronico: realizzazione di tre cicli di Audit sul tema della gestione del dolore cronico in coerenza al cronoprogramma previsto dal DG 2488 del 27/12/2013	2.5.c Report annuale su piattaforma Osservatorio dolore	SI	Allegata relazione del Dott. Alongi Hospice Agrigento (Allegato 2.5 C)

2.6

**Punteggio
del
Capitolo**

10%

2.6 Implementazione delle Linee guida cliniche attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) sia in ambito ospedaliero che territoriale secondo direttive regionali:
PDTA Frattura femore (2016, 2017)
PDTA in pazienti con Fibrillazione Atriale (2017)
PDTA Scompenso cardiaco (2017)
PDTA Carcinoma colon retto (2017)
PDTA Carcinoma polmone (2017)
PDTA In Pronto Soccorso del paziente con dolore toracico (2017)

2.6 PDTA (DOTT. V. SCATURRO)	Punteggio del Capitolo 10%	2.6 Report sulla base degli indicatori di implementazione specifici previsti dai singoli PDTA	SI	Preso atto con Del.843 del 01.07.2016 del <u>All.2.6 a D.A. 2025/2015</u> Redatto dal Team Multidisc.PDTA Frattura Femore validato con Del n.1445 del 20/10/2016 <u>All. 2.6 b Femore</u> Scomp. Cardiaco del. 886 del 23.12.2014 <u>All.2.6c Sc. Card.</u>)

AREA 2 Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti

Dott. Vincenzo Scaturro

interventi previsti	Intervento Operaggia to a relazioneti vo	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi	Stato avanzamento al 31/12/2016	
			Indicatore di risultato	Valor e obiet tivo al 31.12 .2016	
2.7 APPROPRIATEZZA (DOTT. V. ASARO)	Punteggio del Capitolo 10%	2.7 Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	2.7 Rispetto degli adempimenti previsti	SI	Completato il 100% dei controlli interni ed esterni delle strutture pubbliche e privati per l'anno 2015. (All.2.7); per l'anno 2016 alla data attuale sono stati raggiunti tutti gli obiettivi rispetto al piano dei controlli per l'anno 2016 (All. relazione PACA 2016)
2.8 OUTCOME (DOTT. V. SCATURRO)	Punteggio del Capitolo 10%	2.8 Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE	2.8 Report secondo modalità indicate dalla Regione	SI	Obliektivo raggiunto con l'inserimento nel portale regionale dei dati richiesti per i presenti PP.OO.: P.O. Agrigento U.O. Chirurgia (ind. 302) U.O. Cardiologia (ind. 1) U.O. Medicina (ind. 21) P.O. Camicuttì U.O. Medicina (ind. 18) P.O. Licenti U.O. Cardiologia (ind. 1) P.O. Scicca U.O. Cardiologia (ind. 1) U.O. Medicina (ind. 21) Note trasm. Assessorato prot. 146465 del 13.09.2016 prot. 120809 del 22.07.2016 All.2.8.pdf All.2.8.b

2.9 <small>(DOTT. P. GALLERANO)</small>	<i>Punteggio del Capitolo</i> 10%	2.9.a Rinnovo dell'autorizzazione e dell'accreditamento delle strutture trasfusionali, delle articolazioni organizzative e delle Unità di Raccolta associative collegate	2.9.a Decreto di autorizzazione e accreditamento	SI	2.9.a allegati accreditamento UDR-e Strutt. Trasf. All. (UDR - DDG 1138 e 1139/2015). (All. Relazione 2017) 2.9.b Le visite ispettive, rispetto all'accertamento delle industrie sui requisiti del plasma, sono state effettuate il 06/06/2016 a Sciacca, il 07/06/2016 ad Agrigento e 08/06/2016 a Canicattì. Il percorso è stato completato acquisendo le risultanze dell'audit ispettivo Si allegano evidenze della visita di verifica e report definitivo (All. 2.9 b) (all.KEDRION)
		2.9.b Soddisfacimento dei requisiti del plasma da destinare alla produzione di medicinali plasmaderivati.	2.9.b Esito favorevole della visita di verifica condotta dall'azienda farmaceutica.		

* La valutazione delle Case di Cura Private sugli obiettivi del capitolo rientra nell'ambito di competenza delle ASP.

AREA 3 - Reti Tempo Dipendenti

Punteggio del Area : 5

Dott. Alfonso Cavalieri

interventi previsti	Peso Intervento (to.100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato avanzamento al 31/12/2016
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
3.1 <small>RETE IMA</small> <small>(DOTT. E.CIOTTA)</small>	<i>Punteggio del Capitolo</i> 20%	3.1 Osservanza dei tempi per l'esecuzione dell'angiolplastica in caso di IMA STEMI	3.1 Timing da PCM a PCI Timing da trombolisi inefficace a PCI rescue Timing da trombolisi efficace a coronografia	Rispetto dei tempi previsti dalle linee guida	Relazione: dott. E.Ciotta Reti tempo dipendente Cardiologia rete IMA All.3.1 Rete IMA.pdf
3.2 <small>RETE STROKE</small> <small>(DOTT. S.M.GAGLIARDI)</small>	<i>Punteggio del Capitolo</i>	3.2.a Ricognizione del potenziale di ambulanze medicalizzate, delle attrezzature e delle risorse umane in concorso con la CO118	3.2.a Stesura di n. 1 documento programmatico e riorganizzativo	N° 1 Documento	3.2.a All.3.2.a Apertura Stroke Unit all.3.2a bls.pdf

20%	3.2.b Revisione dei percorsi, dei protocolli e delle procedure ottimizzate in funzione del setting logistico ed operativo e della articolazione della rete ospedaliera	<p>3.2.b</p> <p>Stesura/revisione dei seguenti documenti:</p> <p>b1 Percorsi di ospedalizzazione del paziente con sospetto di stroke.</p> <p>b2 Linee guida di gestione preospedaliera del paziente con sospetto di stroke</p> <p>b3 PDTA per le emergenze delle malattie cerebrovascolari e l'ictus cerebrale</p> <p>b4 Linee-guida gestionali del paziente con ictus cerebrale emorragico di probabile interesse neurochirurgico in Pronto Soccorso In condivisione con la CO 118</p>	<p>b1 N°1 Documento b1 <u>All.3.2.b1</u></p> <p>b2 N°1 Documento b2 <u>All.3.2.b2</u></p> <p>b3 N°1 Documento b3 <u>(All.3.2.b3)</u></p> <p>b4 N°1 Documento b4 <u>(All.3.2.b4)</u>.</p>

interventi previsti	Peso Intervento (to.100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato avanzamento al 31/12/2016
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
3.3 Rete politrauma (DOTT. A.CAVALERI)	Punteggio del Capitolo 20%	<p>3.3.a Ricognizione del potenziale di ambulanze medicalizzate, delle attrezzature e delle risorse umane in concorso con la CO118</p> <p>3.3.b Revisione dei percorsi, dei protocolli e delle procedure ottimizzate in funzione del setting logistico ed operativo e della articolazione della rete ospedaliera</p>	<p>3.3.a Stesura di n. 1 documento programmatico e riorganizzativo</p> <p>3.3.b Stesura/revisione dei seguenti documenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> b1 Percorsi di ospedalizzazione del paziente politraumatizzato b2 Linee guida di gestione preospedaliera del paziente politraumatizzato b3 Criteri di centralizzazione del politraumatizzato in trauma center b4 Protocollo di attivazione dell'elisoccorso sullo scenario dell'incidente b5 Linee-guida gestionali del politraumatizzato in Pronto Soccorso 	1. N°1 b1 N°1 Documento b2 N°1 Documento b3 N°1 Documento b4 N°1 Documento b5 N°1 Documento	all.3.3a.pdf All. 3.3a rev.2 b1 all.3.3b.1-3.pdf b2 All.3.3.b2.pdf b3 all.3.3b.1-3.pdf b4 all.3.3b4.pdf b5 All.3.3b.5.pdf

interventi previsti	Peso Intervento (to.100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato avanzamento al 31/12/2016
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
3.4 RETE ONCOLOGICA (DOTT. A. BUTERA)	Punteggio del Capitolo 20%	3.4.a Attività di prevenzione primaria: 1. Incontri nelle scuole della provinciale di Agrigento sul rapporto di stili di vita e cancro; 2. Incontri con la società civile su epidemiologia e fattori di rischio delle neoplasie più frequenti.	3.4.a 1. numero incontri 2. numero incontri	2 2	N. 2 Incontri con le scuole : di cui 1 già effettuato con il Liceo "Leonardo" di Agrigento ed 1 programmato per lunedì 19/12/2016 Liceo Scientifico di Casteltermini. N. 2 incontri S.C. già espletati N. 2. Con le scuole già espletati <u>all3.4a..pdf</u> (loc 17 dic.)
		3.4.b Integrazione ospedale territorio: Ospedalizzazione domiciliare oncologica; Implementazione azioni contenute in deliberazione n.2062 del 28.12.2015 "Strutturazione del Dipartimento Oncologico"	3.4.b Somministrazione schede Customer satisfaction tramite UVP	20% dei pazienti oncologici	N° 182 questionari somministrati e n°356 pz. In Cure Palliative domiciliari (20% = 71 questionari) Inoltre sono stati somministrati n.102 di customer satisfaction a soggetti ricoverati in P.O. <u>all3.4b..pdf</u>
		3.4.c Attività di implementazione del costituito Dipartimento Oncologico: Costituzione Rete Oncologica Integrata ASP di Agrigento – Enna – Caltanissetta.	3.4.c Redazione PDTA	n.1 delibera zione	<u>all. Del.1734_3.4c.pdf</u>
3.5 PERCORSO NASCITA (DOTT. S. INCANDELA DOTT. M.R. FALCO ABRAMO)	Punteggio del Capitolo 20%	3.5.a Potenziamento ed ottimizzazione dell'offerta territoriale e consultoriale: Intervento continuità ospedale territorio;	3.5.a num. di casi di donne con gravidanza fisiologica nei consultori della Provincia / num. totale dei partori della provincia	Rapporto > 10% rispetto al 2015	Anno 2015: 611/3201 = 19%; Al 31/12/2016: 771/3020= 25% <u>All.3.5a</u>
		3.5.b Promozione screening uditivo neonatale	3.5.b num. soggetti testati / num. neonati	97%	99% al 15/11/2016 (<u>allegato *</u>)

AREA 4 – Assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria
Punteggio del Area : 5
Dott. Gaetano Mancuso

Interventi previsti	Peso Intervento (to.100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato avanzamento al 31/12/2016
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
4.1 CRONICITÀ	<i>Punteggio del Capitolo</i> 20%	4.1.a Aggiornamento sistematico registro dei pazienti cronici delle pat. target (Diabete Mellito e Scompenso Cardiaco)	4.1.a 4.1.a ₁ Aggiornamento al 31/12/2016 del registro dei Pz. cronici delle pat. target e per singolo Distretto al netto dei deceduti ed inserimento dei neo diagnosticati; 4.1.a ₂ Comunicazione agli MM.MM.GG. delle neo diagnosticati a seguito di DF; 4.1.a ₃ Pianificazione per la presa in carico e per la educazione strutturata del paziente	4.1.a ₁ 100%; 4.1.a ₂ 90% 4.1.a ₃ N., 2 incontri con AFT distrettuali per singolo Distretto	4.1.a ₁ Obiettivo raggiunto al 100% 4.1.a ₂ Obiettivo raggiunto al 100% 4.1.a ₃ N° 2 incontri con AFT distrettuale All 4.1.a3.pdf
		4.1.b Implementazione delle "dimissioni facilitate"	4.1.b 4.1.b ₁ n. pz con DF/n. pz con diagnosi di patologia target (Diabete Mellito tipo 2, Scompenso Cardiaco) 4.1.b ₂ BPCO	4.1.b ₁ >90% (DMT2 e SC) 4.1.b ₂ Implementazione fino all' 90% della rilevazione BPCO	4.1.b ₁ Dimissioni facilitate: 94,81% (All.4.1b1) 4.1.b ₂ BPCO: rilevazione al 100% (All.4.1b2)

Interventi previsti	Peso Intervento (to.100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato avanzamento al 31/12/2016
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
4.2 DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA	Punteggio del Capitolo 20%	4.2.a Revisione delle attività assistenziali erogate in ADI: 4.2.a ₁ Verifica documentale appropriatezza delle prestazioni; 4.2.a ₂ Customer satisfaction; 4.2.a ₃ N. soggetti over 65 in ADI/popolazione over 65 anni	4.2.a 4.2.a ₁ Num. di controlli/totale pazienti in ADI/100 4.2.a ₂ Num di questionari distribuiti 4.2.a ₃ ADI: n. 3.719 soggetti over 65 anni (Popolazione ASP superiore a 65 anni al 31.12.2015 pari a 96211)	4.2.a ₁ > 50% 4.2.a ₂ => 1000 4.2.a ₃ Valore obiettivo =>3.719/96.211 over 65anni	4.2.a 3.627 (su un totale 3.833 pz. in ADI) 4.2.a ₂ 2.462 (questionari distribuiti) 4.2.a ₃ 3.833 (pz. over 65 anni in ADI) cui devono sommarsi n. 356 pz over 65 anni in C.P. per un totale n° 4.189 .
		4.2.b Integrazione ASP/Comuni: 4.2.b ₁ Promozione dimissioni protette 4.2.b ₂ Monitoraggio Integrazione socio sanitaria	4.2.b 4.2.b ₁ Implementazione formazione UU.VV.MM. 4.2.b ₂ Audit congiunti tra: operatori ASP (componenti UVM) e dei servizi sociali comunali	4.2.b ₁ n° 1 corso di formazione 4.2.b ₂ N. 1 incontro per DSB	4.2.b ₁ Realizzato in data 30/05/2016 (All.4.2.b1) 4.2.b ₂ Obiettivo raggiunto effettuati n. 7 incontri - 1 per singolo Distretto Socio Sanitario (All.4.2.b2)
		4.2.c Tutela delle fragilità: 4.2.c ₁ Completamento Rete SUAP; 4.2.c ₂ Alzheimer	4.2.c 4.2.c ₁ Attivazione P.L. come da D.A. 46/2015; 4.2.c ₂ Messa a regime di n. 2 centri diurni Alzheimer di Sciacca ed Agrigento: Sensibilizzazione dei MMG e promozione della offerta sanitaria e socio sanitaria	4.2.c ₁ 100% 4.2.c ₂ N.1 incontro per centro Alzheimer con AFT	4.2.c ₁ Attivazione SUAP Richiesta dati (all.4.2.c1.pdf) Attivazione (All.4.2c1 SUAP.pdf) 4.2.c ₂ Sono stati realizzati i due incontri con l'AFT dei DDSSBB di Sciacca (19.10.2016) e Agrigento (15.11.2016) (All.4.2c2)

Interventi previsti	Peso Intervento (to.100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato avanzamento al 31/12/2016
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
4.3 RIABILITAZIONE	Punteggio del Capitolo 20%	4.3.a Completamento Rete Riabilitativa – post-acuti Distretto Ospedaliero AG2: 1. Riabilitazione Cardio-respiratoria: Sviluppo in ambito aziendale di programmi specifici di Riabilitazione Cardio-respiratoria in applicazione della rimodulazione della rete ospedaliera come da GURS Del N.46 DEL 23/01/2015;	4.3.a Attivazione U.O. di Riabilitazione Cardio-respiratoria	Redazione cronoprogramma piano attivazione	Complet. Rete Riabilitazione Cardiologica All.4.3.a rete riabilitativa cardiologica.pdf Atto del All.Del.918 del 08/07/2016 e relativa trasmissione all'Assessorato All. comunicazione P.L.Maugeri
4.4 SALUTE MENTALE	Punteggio del Capitolo 20%	4.4.a Neuro Psichiatria Infantile: 1. Autismo-attività di formazione-informazione 2. Autismo- Ambulatorio dedicato all'Autismo; 4.4.b Psico-geriatria: 4.4.B.1 Alzheimer- monitoraggio attività clinica 4.4.B.2 Alzheimer- Attivazione modelli e procedure per la presa in carico congiunta CSM e Centri territoriali di Psico-terapia	4.4.a 4.4.A.1 Azione d'informazione/formazione rivolta alle scuole e alle agenzie del terzo settore; 4.4.A.2 Diagnosi precoce e raccordo con PLS ed Asili Nido: n.casi ≤ 2 anni di età/N. Pz. totali presi segnalati	4.4.A.1 n. tre azioni formative/informative effettuate; 4.4.A.2 ≥20%	OBIETTIVO RAGGIUNTO 4.4.A.1 N 6 Azioni formative/informative svolte di cui un convegno, un corso di formazione e 4 eventi a carattere formativo e di sensibilizzazione 4.4.A.2 N casi segnalati≤2 anni età pari a 10/n pazienti tot presi incarico 10 pari 100% All.4.4.a1.a2.pdf OBIETTIVO RAGGIUNTO 4.4.B.1 N casi segnalati pari a 2335/N Casi Seguiti 2291 Superiore al'80% previsto; 4.4.B.2 Rispetto all'incremento delle attività relative alle procedure si assiste ad un aumento della presa in carico congiunta: da 3 soggetti del 2015 a 54 assistiti. Le procedure sono state meglio formalizzate ed estese da Agrigento a Canicattì con stesura di N2 Verball ed una scheda di Invio che permetterà negli anni successivi una maggiore attenzione al censimento dei paz, un più adeguato aspetto procedurale ed una maggiore finezza diagnostica con un più efficace coordinamento. L'obiettivo è stato raggiunto ritiene raggiunto con un incremento dati > al 20% All.4.4.b1_b2.pdf

interventi previsti	Peso Intervento (to.100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato avanzamento al 31/12/2016
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
4.5 VIOLENZA SU DONNE E MINORI	Punteggio del Capitolo 20%	4.5.a Attivazione ed implementazione rapporti con il Tribunale per i minorenni	4.5.a 1. Elaborazione protocollo d'intesa multi-istituzionale sulla presa in carico dei minori vittime di abuso; 2.n. segnalazioni/n. casi seguiti	n. 1 documento 100%	OBIETTIVO RAGGIUNTO 4.5A.1 N 1 Documento prodotto 4.5 A .2 N casi seguiti 178 / 178 casi segnalati All 4.5.a1-a2 -b.pdf
		4.5.b Violenza sulle donne	4.5.b Istituzione tavolo tecnico aziendale per il recepimento della direttiva regionale su Codice Rosa L.R. n.3 del 03.01.2012 "Norme per il contrasto e la prevenzione della violenza di genere".	n. 2 audit	OBIETTIVO RAGGIUNTO - audit realizzato in data 19.09.2016 - audit realizzato in data 01.12.2016. All 4.5.a1-a2 -b.pdf

Interventi previsti	Peso Intervento (to.100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi		Stato avanzamento al 31/12/2016	Stato di avanzamento al 30.06.2017
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016		
5.1 COMUNICAZIONE (DOTT.*** M. CALDERARO)	Punteggio del Capitolo 25%	5.1 - Campagna di comunicazione in materia screening e donazione organi	5.1 Relazione sull'attività svolta	SI/NO	Relazione: realizzazione corso don. Organi, campagna comunicazione screening sui social All.5.1_all_new_5.1.pdf	
5.2 FORMAZIONI (DOTT.*** M. VILLARI)	Punteggio del Capitolo 25%	5.2 Assegnazione risorse alla strutture formazione aziendale (art. 6,7 D.A. 1771/2012)	5.2a Risorse umane attribuite/risorse umane previste	a) > 80%	All. 5.2 <u>Deliberazione n.1328 del 23.09.16</u> All. 5.2 bis <u>Ordine di servizio del 13/09/2016 prot.147202</u> : L'U.O. è stata integrata con n. 1 Coll. Amm. al 100% e un Operatore Amm. Organico completo al 100%	
			5.2b Budget assegnato/budget previsto	b) > 50%	All. 5.2 b <u>Deliberazione n.1328 del 23.09.16</u> previsionale di spesa assegnato maggiore del 50% rispetto al budget previsto	
5.3 INTERNAZIONALIZZAZIONE E RICERCA SANITARIA (DOTT.*** M.C. CALDERARO)	Punteggio del Capitolo 25%	5.3.a - Costituzione e/o completamento uffici SIRS con personale dedicato (Direttiva n. 15730/2015 e successive integrazioni)	5.3.a Relazione sullo stato di attuazione degli Uffici SIRS	SI/NO	Deliberazione Avviso interno: All. 5.3. a1 <u>allegato n.1364 del 27/09/2016</u> Disposizione di servizio: All.5.3. a2 <u>prot. N.152377 del 21/09/2016</u> All. 5.3. a3 <u>Deliberazione SIRS.pdf</u> All. 5.3. a4 <u>Relazione dicembre 2016.pdf</u> All. Relazione anno 2016.pdf	
		5.3.b - Elaborazione e presentazione di progetti su bandi Regionali, Nazionali e Internazionali, nonché partecipazione ad incontri formativi/informativi dedicati alla ricerca e internazionalizzazione	5.3.b Relazione sui progetti elaborati presentati e sulle attività formative/informative a cui ha preso parte il SIRS	SI/NO (se banditi da Regione, Ministero, UE)	<u>alt 5.3.b.pdf</u>	
5.4 TELEMEDICINA (DOTT. A. TRISINA)	Punteggio del Capitolo 25%	5.4 - Promuovere l'utilizzo della telemedicina (es.: procedure di tele cardiologia, tele radiologia, ecc.) attraverso la valorizzazione delle professioni sanitarie	5.4 Relazione sulle attività svolte e sul numero delle Unità Operative coinvolte nelle attività di telemedicina	1	Relazione (All.5.4)	

IL PIANO DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018 E GLI OBIETTIVI OPERATIVI

Nello sviluppo del Piano della Performance 2016 - 2018 l’Azienda si è ispirata al sistema di gestione della *performance secondo a quanto previsto dal d.lgs. 150/09 e dal DA 1821 del 26.09.2011.*

Il piano è stato oggetto di attento esame da parte dell’Organismo Indipendente di Valutazione, esso ha costituito il presupposto per la predisposizione della presente relazione annuale sulla performance.

Le finalità del piano, 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 della CiViT 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.

Il Piano, inoltre ha individuato:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

OBIETTIVI INDIVIDUALI

Gli obiettivi individuali per l'anno 2016, la cui tecnica di individuazione e delega è stata descritta nel Piano della performance, hanno costituito la prosecuzione logica di quanto già avviato nell'anno 2015.

L'individuazione di essi è stata perseguita grazie la fattiva collaborazione del personale dirigente inquadrato all'interno delle diverse strutture aziendali tanto sanitarie quanto amministrative, sia all'interno delle strutture ospedaliere sia nell'ambito dell'area territoriale: A tal fine, gli obiettivi della Direzione derivanti dal mandato istituzionale e dalle indicazioni espressamente fornite in sede assessoriale con il Piani Attuativi Aziendali (PAA) sono stati oggetto di espressa evidenziazione 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 2016, per la stesura e la presentazioni dei piani operativi, si è fatto riferimento al piano di realizzazione della performance, all'interno del quale sono stati previsti i seguenti passaggi logici fondamentali:

- I Direttori delle UU.OO.C.C., sia dell'Area Ospedaliera (PP.OO.) che dell'Area Territoriale (Distretti Sanitari di Base, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimenti di Prevenzione, Area Gestione del Farmaco, Area Assistenza Sanitaria di Base, 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 dell'Area Assistenza Sanitaria di Base, 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 obietti 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 2016 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, ha predisposto le schede di budget, ha negoziato gli obiettivi, indicatori e relativi valori nonché il peso % assegnato a ciascun indicatore (in funzione della rilevanza strategica degli obiettivi medesimi e tenuto conto anche delle risorse disponibili).
- Ciascun responsabile di U.O.C. ha avuto la competenza e la responsabilità di porre le basi per la verifica sul grado di partecipazione dei dipendenti, afferenti alla medesima U.O. sia della dirigenza che del comparto, al conseguimento degli obiettivi negoziati, ponendo in essere tutti gli adempimenti propedeutici all'applicazione dei sistemi di valutazione e verifica, anche ai fini del salario di risultato;
- I Piani Operativi, sia in forma cartacea che per posta elettronica, sono pervenuti alla Direzione Aziendale tramite la U.O. Pianificazione Programmazione Controllo Strategico e Controllo di Gestione.
- A consuntivo la Direzione Generale, attraverso gli organi a tale procedura delegati, procede alla verifica dei risultati raggiunti sia per la valutazione che per l'erogazione della retribuzione di risultato. Tale verifica si è basata sulla regolamentazione interna di vari istituti contrattuali per la quale è prevista la rimodulazione in corso d'anno anche in ossequio a quanto disposto dalla L.R. 5 del 2009;
- La valutazione della performance, sulla base di espressa disposizione assessoriale, è stata misurata sia con riferimento alla struttura di appartenenza dei singoli operatori (performance organizzativa) sia il contributo reso dai singoli operatori.

Infine nella redazione del piano 2016-2018, sono stati privilegiati obiettivi chiari, la cui formula di calcolo facile e comprensibile al pari delle unità di misura e la cui fonte sia facilmente individuabile.

- RISORSE ECONOMICHE

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

L'andamento della spesa del personale ha registrato nel corso del 2016 ha registrato un decremento, in modo consistente rispetto ai costo del personale a tempo determinato, si riporta un quadro riepilogativo dettagliato di tale costo distintamente per ruolo: sanitario/professionale/tecnico/amministrativo, categoria Dirigenza/Comparto, tipo di rapporto tempo determinato/indeterminato, in dettaglio:

COSTO DEL PERSONALE ANNO 2016

COSTO DEL PERSONALE ANNO 2016 (dati in migliaia di euro)	2016
Totale Costo del personale	191.005
Personale del ruolo sanitario	154.065
Costo del personale dirigente ruolo sanitario	88.281
Costo del personale dirigente medico	83.097
Costo del personale dirigente medico - tempo indeterminato	72.201
Costo del personale dirigente medico - tempo determinato	10.873
Costo del personale dirigente medico - altro	23
Costo del personale dirigente non medico	5.184

Costo del personale dirigente non medico - tempo indeterminato	4.810
Costo del personale dirigente non medico - tempo determinato	374
Costo del personale dirigente non medico - altro	-
Costo del personale comparto ruolo sanitario	65.784
Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato	60.884
Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato	4.769
Costo del personale comparto ruolo sanitario - altro	131
Personale del ruolo professionale	269
Costo del personale dirigente ruolo professionale	212
Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo indeterminato	212
Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo determinato	-
Costo del personale dirigente ruolo professionale - altro	-
Costo del personale comparto ruolo professionale	57
Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo indeterminato	57
Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo determinato	-
Costo del personale comparto ruolo professionale - altro	-
Personale del ruolo tecnico	18.022
Costo del personale dirigente ruolo tecnico	400
Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato	328
Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo determinato	72

Costo del personale dirigente ruolo tecnico - altro	-
Costo del personale comparto ruolo tecnico	17.622
Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato	16.281
Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato	574
Costo del personale comparto ruolo tecnico - altro	767
Personale del ruolo amministrativo	18.649
Costo del personale dirigente ruolo amministrativo	1.488
Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo indeterminato	1.360
Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo determinato	128
Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - altro	-
Costo del personale comparto ruolo amministrativo	17.161
Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo indeterminato	13.244
Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo determinato	-
Costo del personale comparto ruolo amministrativo - altro	3.917

- PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE

L'esigenza di sviluppare un bilancio di genere nasce dalla considerazione che le politiche sanitarie pubbliche sono normalmente rivolte al cittadino inteso come un soggetto sociale "neutro". Una lettura differenziata tra donne e uomini delle conseguenze dell'operato di ogni azienda sanitaria pubblica fa risultare, invece, che i cittadini e le cittadine hanno necessità e bisogni di salute talmente differenti che se ignorati provocano una serie di disuguaglianze reali.

Il DA 1821 del 26 settembre 2011 prevedendo la redazione del bilancio di genere da parte dalle aziende del SSR, ha inteso attuare la promozione delle pari opportunità come uno strumento importante per il miglioramento dell'efficienza organizzativa e della qualità dei servizi resi.

Il riferimento alle pari opportunità, contenuto sia tra i principi generali (art.1), sia nei successivi articoli (artt. 3, 8, 9, 13 e 14) del d.lgs. 150/2009, rappresenta un significativo elemento d'innovazione per le politiche di pari opportunità, ovvero uno strumento di tutela della condizione femminile.

Il decreto legislativo 150/2009, prevede in particolare tra gli ambiti sottoposti a misurazione e valutazione della performance organizzativa, il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità (art. 8, comma 1 lettera h del decreto legislativo 150/2009) indicati nel Piano della performance .

In riferimento, invece, alla misurazione e valutazione della performance individuale l'art. 9, terzo comma, dispone, al fine di assicurare un effettivo rispetto delle pari opportunità, che nella valutazione della performance individuale del personale non vanno considerati i periodi di congedo di maternità e parentale.

- ANALISI DEL PERSONALE DELL'AZIENDA PER GENERE

La rilevazione specifica di genere relativa al personale che lavora all'interno dell'ASP di Agrigento, è stata elaborata sui dati della consistenza organica anno 2016 dell'Azienda da un punto di vista non esclusivamente quantitativo, ma anche qualitativo, ovvero ponendo in evidenza la posizione professionale e la carriera delle donne, anche incrociando questi dati con la presenza femminile e maschile nelle diverse Aree contrattuali (Dirigenza - Comparto).

Questo tipo di rilevazione consente di calcolare il tasso di femminilizzazione dell'occupazione e il coefficiente di rappresentazione femminile, ovvero di porre in evidenza eventuali fenomeni di discriminazione per le donne che lavorano all'interno dell'Azienda.

Al 31/12/2016, il personale dipendente a tempo indeterminato dell'ASP di Agrigento risulta pari ammonta a 2.829 persone di cui il 46,39% donne (1.320) e il 53,60% uomini (1.509) con una suddivisione prettamente favorevole agli uomini.

Il personale dipendente a tempo indeterminato dell'ASP di Agrigento al 31/12/2016 distinto per Area: Dirigenza - Comparto risulta pari: dirigenza 732 unità comparto 2.096 unità.

La composizione di genere del personale dirigenziale risulta così distinta: uomini 493, donne 239, come rilevabile dai dati la dirigenza maschile risulta più dei due terzi di quella femminile in termini percentuali: uomini (67%) donne (30%).

Vediamo adesso alla diversa composizione di genere del personale dirigenziale rispetto ai ruoli quattro ruoli in cui viene distinto il personale del SSN:

Mentre la composizione di genere del personale di comparto risulta così distinta: uomini 1.012, donne 1.081, come rilevabile dai dati a differenza del personale dirigenziale il personale del comparto ha una composizione percentuale di genere quasi uguale: uomini (48%) donne (52%).

- IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

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

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

Fase	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">- Direzione strategica aziendale- Programmazione e controllo di gestione- Politiche del personale
fase b	Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse	<ul style="list-style-type: none">- Programmazione e controllo di gestione
fase c	1) Monitoraggio in corso di esercizio 2) Attivazione di eventuali interventi correttivi	<ul style="list-style-type: none">1) Programmazione e controllo di gestione2) Direzione strategica aziendale
fase d	Misurazione e valutazione annuale della performance individuale	<ul style="list-style-type: none">- Il dirigente di struttura immediatamente sovraordinata, in prima istanza;- L'O.I.V. in seconda istanza
fase e	Misurazione e valutazione annuale delle unità organizzative	<ul style="list-style-type: none">- 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">- Settore personale/U.O. politiche del personale- Comunicazione Istituzionale - sito web- Struttura tecnica permanente

- L'ORGANISMO INIDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

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

L'Organismo Indipendente di Valutazione della performance dell'ASP di Agrigento di seguito OIV, è stato istituito con delibera n. 532 del 28/04/2016, alla luce delle disposizioni assessoriali del citato D.A. del 26 settembre 2011, il quale stabilisce che le aziende nominano, l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) di cui all'art. 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in sostituzione del Nucleo di Valutazione.

L'OIV è composto da tre membri di cui uno interno e due esterni in possesso di requisiti di professionalità ed esperienza con comprovate competenze tecniche di valutazione e di controllo di gestione.

All'OIV sono state attribuite, le seguenti funzioni:

- a) garantire la correttezza del processo di misurazione e valutazione annuale della performance di ciascuna struttura amministrativa nel suo complesso in relazione ai suoi processi;
- b) valutare annualmente, in seconda istanza, i dirigenti in termini di risultati raggiunti in relazione agli obiettivi affidati, anche ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato, nonché il personale del comparto titolare di posizione organizzativa;
- c) valutare annualmente, in seconda istanza, i risultati di gestione del dirigente di struttura complessa ed anche di struttura semplice.

L'O.I.V., inoltre, svolge funzioni di monitoraggio del funzionamento del Sistema complessivo della valutazione e della trasparenza, elaborando una relazione annuale sullo stato dello stesso.

Garantisce la correttezza dei processi di misurazione, valutazione e premialità, secondo le linee guida dettate in materia dalla commissione di cui all'art. 13 del decreto legislativo, ai sensi degli articoli 7, comma 3, e 13, comma 6, lett. b), d) ed e) dello stesso decreto, la cui corretta applicazione è rimessa alla sua vigilanza e responsabilità.

Supporta l'organo politico-amministrativo nella definizione degli obiettivi strategici, favorendone il coordinamento, e nella individuazione delle responsabilità per gli obiettivi medesimi.

Contribuisce, altresì, attraverso il Sistema di misurazione e valutazione, all'allineamento dei comportamenti del personale alla missione dell'organizzazione.

Rende noti al personale gli obiettivi di performance e cura la regolare comunicazione sullo stato di raggiungimento degli stessi.

I REGOLAMENTI PER LA VALUTAZIONE ANNO 2016

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. 1883 del 30.04.2013 ad oggetto "Adozione regolamento erogazione della produttività collettiva" si è dotata del regolamento per l'erogazione della produttività collettiva del personale area comparto.

- PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

Nel corso del 2016 il ciclo di gestione della performance è stato nel corso dell'anno implementato e monitorato.

In particolare, l'attività dell'OIV, supportato in modo fattivo dalla Struttura Tecnica Permanente, si è concentrata al fine di rendere più efficace l'organizzazione del ciclo, ovvero, dei compiti previsti in ogni singola fase.

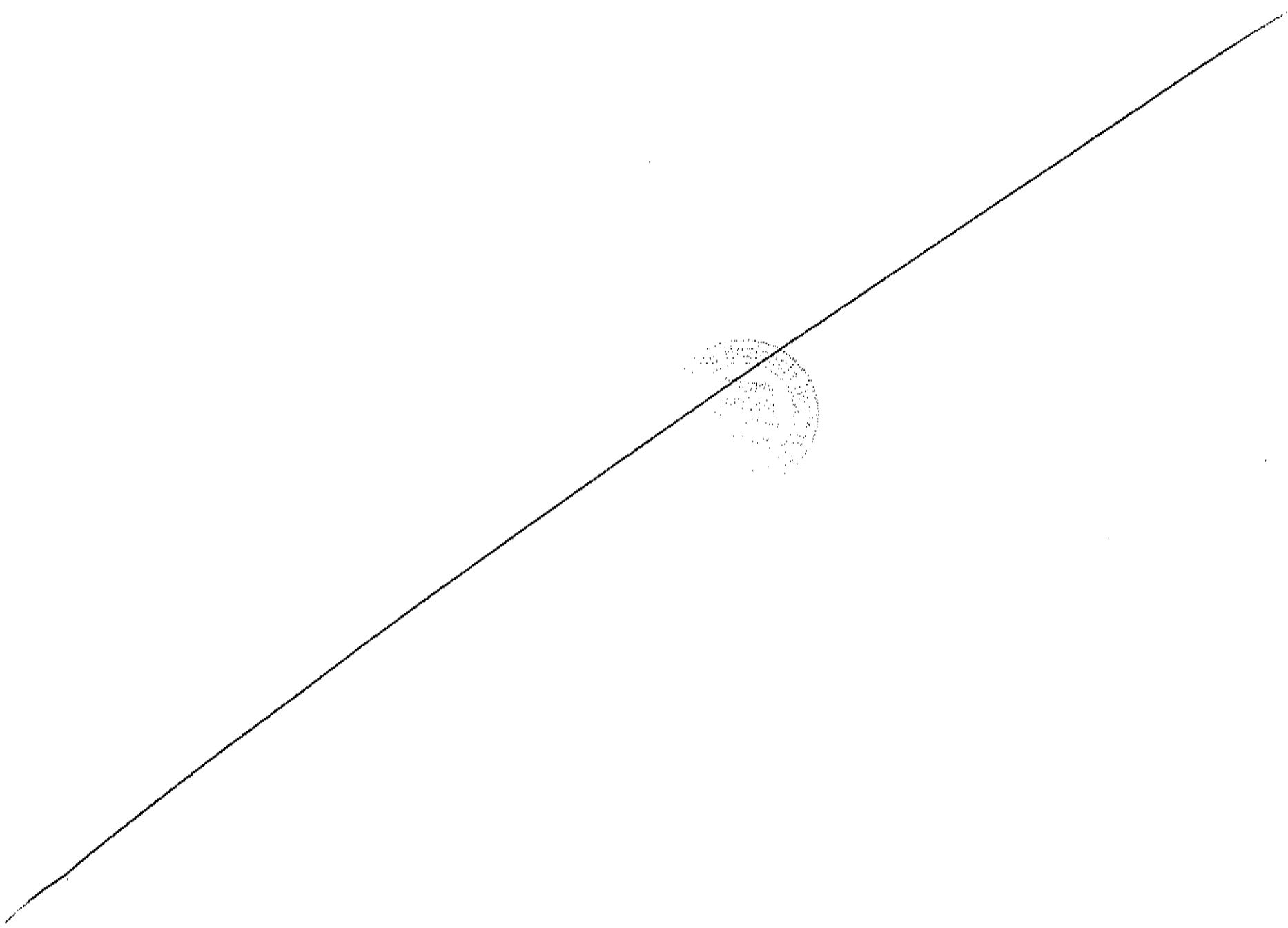
Inoltre, l'OIV ha svolto nel corso del 2016 una funzione di controllo relativamente alla conformità, appropriatezza e affettività del ciclo di gestione della performance.

Infine le verifiche delle valutazioni 2016 da parte dell' OIV, non sono terminate poiché è cessato nel mese di giugno 2016, essi non appena completati saranno formalizzati su un successivo documento.

Infine risulta necessario evidenziare che il ciclo della gestione della performance 2016 ha risentito del mutevole assetto normativo regionale.

Ciò ha comportato una costante rivisitazione dell'assetto organizzativo aziendale e degli obiettivi strategici, condizionando in tal modo anche il Ciclo della Performance rispetto alla fase della assegnazione.

Per superare tale criticità, nel corso dell'anno, si è operato in modo congruente, tra i diversi assetti organizzativi e gestioni aziendali, cercando una prosecuzione coerente tra gli input gestionali operativi di cui al PAA.



- 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. 1883 del 30.04.2013 ad oggetto "Adozione regolamento erogazione della produttività collettiva" si è dotata del regolamento per l'erogazione della produttività collettiva del personale area comparto.

- PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

Nel corso del 2016 il ciclo di gestione della performance è stato nel corso dell'anno implementato e monitorato.

In particolare, l'attività dell'OIV, supportato in modo fattivo dalla Struttura Tecnica Permanente, si è concentrata al fine di rendere più efficace l'organizzazione del ciclo, ovvero, dei compiti previsti in ogni singola fase.

Inoltre, l'OIV ha svolto nel corso del 2016 una funzione di controllo relativamente alla conformità, appropriatezza e affettività del ciclo di gestione della performance.

Infine le verifiche delle valutazioni 2016 da parte dell' OIV, non sono terminate poiché è cessato nel mese di giugno 2016, essi non appena completati saranno formalizzati su un successivo documento.

In fine, risulta necessario evidenziare che il Ciclo della gestione della performance 2016 ha risentito del mutevole assetto normativo regionale. Già ha comporciato una costante rivisitazione dell'assetto organizzativo aziendale e degli obiettivi strategici, condizionando in tal modo anche Ciclo della Performance rispetto alla fase della assegnazione.