



Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE

2023 - 2025

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

INDICE

IL PIANO DELLA PERFORMANCE	<i>pag.</i> 2
<i>Finalità</i>	<i>pag.</i> 2
<i>Contenuti</i>	<i>pag.</i> 4
<i>Principi generali</i>	<i>pag.</i> 4
CHI SIAMO, COSA FACCIAMO COME OPERIAMO	<i>pag.</i> 6
<i>L'amministrazione in cifre</i>	<i>pag.</i> 10
<i>La Vision aziendale: l'albero della performance</i>	<i>pag.</i> 12
L'ANALISI DEL CONTESTO INTERNO ED ESTERNO	<i>pag.</i> 13
GLI OBIETTIVI DERIVANTI DALLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE E LINEE DI SVILUPPO DELLA GESTIONE AZIENDALE	<i>pag.</i> 14
DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI	<i>pag.</i> 15
<i>Le Macro Aree di Intervento e gli Obiettivi Strategici</i>	<i>pag.</i> 15
<i>Gli Obiettivi Individuati e gli Indicatori</i>	<i>pag.</i> 16
LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO PREVISTE PER IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	<i>pag.</i> 20
LO SVILUPPO DEL PIAO PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE -	<i>pag.</i> 21
Il gruppo di lavoro	<i>pag.</i> 23
QUADRO OBIETTIVI	<i>pag.</i> 24

Finalità

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

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

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

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

- **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*” ;
- **Descrizione analitica ed esaustiva** del processo e delle modalità con cui si perviene alla formulazione degli obiettivi dell'amministrazione, alla verifica sugli stessi, ed alla eventuale gestione delle eventuali verifiche di seconda istanza. La descrizione delle

procedure di cui all'ultimo punto è estrapolata da diversi atti regolamentari aziendali ed è stato inserito tra gli obiettivi dell'anno l'accorpamento di tutte le norme attinenti alla problematica della valutazione in un unico documento che funga da testo unico cui far riferimento, in un'ottica di trasparenza e proceduralizzazione delle attività propedeutiche ad esprimere una valutazione;

- **Coinvolgimento dell'Organismo Indipendente di Valutazione** nella verifica/monitoraggio e funzionamento del sistema nel suo complesso e nell'individuazione delle modifiche da apportare allo stesso.

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

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

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

Il sistema di responsabilizzazione seguirà quello della negoziazione di budget, tenuto conto che gli obiettivi attribuiti possono essere soggetti ad una rivisitazione per integrare o rivedere quanto assegnato **se pverranno indicazioni in materia da parte di organi regionali sovraordinati** nonché prevedere la revisione degli obiettivi operativi negoziati (pesi ed indicatori) che si dovesse rendere necessaria per sopravvenute esigenze aziendali anche finalizzate al contrasto della emergenza epidemiologica da Covid 19.

Contenuti

Secondo quanto previsto il Piano individua:

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

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

Principi generali

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

Principio n.1: Trasparenza

Il piano sarà pubblicato, sul sito istituzionale aziendale nell'apposita sezione denominata «Amministrazione Trasparente». Il presente piano rappresenta il documento cardine che ispirerà l'attività dell'Azienda ma, sempre al fine di garantire la massima trasparenza per tutti gli stakeholder ai quali tale documento si rivolge, gli strumenti di trasparenza di cui sopra saranno estesi a tutte le eventuali modifiche che si renderanno necessarie o semplicemente opportune. Le stesse modifiche, del resto, appaiono del tutto probabili per le motivazioni che saranno approfondite con riferimento alla descrizione del contesto interno ed esterno in cui questa Azienda si trova ad operare. Tali considerazioni si basano sulle prescrizioni di cui al D.lgs. 14

marzo 2013, 33 modificato dal D.lgs. n. 97/2016 che contengono indicazioni sulla presentazione delle attività, sulla chiarezza delle stesse, sulle forme di pubblicità da utilizzare affinché tutti gli stakeholder di cui sopra possano risultare degli strumenti di trasparenza e coinvolgimento utilizzati.

Principio n. 2: Immediata intelligenza

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

Principio n. 3: Veridicità e verificabilità

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

Principio n. 4: Partecipazione

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

Principio n. 5: Coerenza interna ed esterna

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

Principio n. 6: Orizzonte pluriennale

L'arco temporale di riferimento del Piano è il triennio, anche in relazione a quanto previsto dalla programmazione sanitaria regionale con scomposizione in obiettivi annuali, secondo una logica

di scorimento. Nella definizione del Piano si è inoltre tenuto conto del collegamento e dell'integrazione con: il processo ed i documenti di programmazione economico-finanziaria e di bilancio, nonché stanti anche le raccomandazioni in tal senso pervenute dall'ANAC in tema di collegamento tra piano della performance Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. A tal proposito già a partire dagli anni precedenti nel Piano sono stati inseriti tra gli obiettivi le misure di attuazione delle disposizioni del PTPCT.

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

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

Inoltre, l'Amministrazione nella definizione degli obiettivi, ha garantito la coerenza con i contenuti e i tempi previsti dai documenti di programmazione economico e finanziaria (bilancio di previsione), con la recente rideterminazione della dotazione assetto organizzativo aziendale approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020 di approvazione dell'atto aziendale dell'ASP di Agrigento adottato con delibera n. 880 del 10/06/2020.

CHI SIAMO, COSA FACCIAMO COME OPERIAMO

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

Chi siamo

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

Gli Organi dell'ASP di Agrigento sono:

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

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

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

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

Il Dipartimento

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

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

Area Amministrativa:

- Dipartimento Amministrativo.

Area Territoriale:

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

Area Ospedaliera:

– Dipartimenti Ospedalieri Strutturali:

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

- Dipartimento Emergenza;
 - Dipartimento Cardiovascolare.
- Dipartimenti Transmurali nel cui ambito rientrano strutture ospedaliere e territoriali:
- Dipartimento del Farmaco (strutturale);
 - Dipartimento dei Servizi (strutturale);
 - Dipartimento delle Scienze Radiologiche (strutturale);
 - Dipartimento Materno Infantile (funzionale);
 - Dipartimento di Riabilitazione (funzionale);
 - Dipartimento Oncologico (funzionale);
 - Dipartimento di Cure Primarie e dell'integrazione Socio-sanitaria (funzionale).

Il Distretto Sanitario

Il Distretto Sanitario è l'articolazione territoriale in cui si attiva il percorso assistenziale e si realizza l'integrazione tra attività sanitarie 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:

Distretto Sanitario di Agrigento:

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

Distretto Sanitario di Bivona:

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

Distretto Sanitario di Canicattì:

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

Distretto Sanitario di Casteltermini:

*Cammarata, Casteltermini, San Giovanni
Gemini.*

Distretto Sanitario di Licata:

Licata, Palma di Montechiaro.

Distretto Sanitario di Ribera:

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

Cosa facciamo

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

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

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

Come operiamo

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

Costituiscono elementi cardine della missione Aziendale:

- la promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della popolazione di riferimento;
- il monitoraggio dei bisogni sanitari del territorio al fine di definire il livello qualitativo e quantitativo dei propri servizi e modellare la propria attività a criteri di appropriatezza sia clinica che organizzativa definendo responsabilità in modo chiaro e condiviso;
- la riorganizzazione della rete di assistenza ospedaliera;
- l'integrazione tra ospedale e territorio e, conseguentemente, l'integrazione tra le diverse professionalità che operano nella azienda;

- la qualificazione dell’assistenza specialistica ambulatoriale territoriale;
- il potenziamento delle attività di prevenzione;
- l’attivazione dei PTA, quale significativo elemento della riqualificazione dei servizi Distrettuali;
- la riduzione del rischio clinico attraverso interventi e programmi definiti;
- la gestione integrata delle attività socio-sanitarie attraverso la rete dei servizi socio-sanitari e di specifici percorsi aziendali per la presa in carico di patologie croniche.

Il modello organizzativo aziendale adottato tende ad una semplificazione in coerenza con l’obiettivo di razionalizzare e semplificare adempimenti e procedure evitando duplicazioni e sovrapposizioni e rendere l’organizzazione quanto più coerente alle specifiche finalità aziendali. A tal fine l’organizzazione è basata su Dipartimenti, volta ad assicurare una gestione integrata e coordinata delle attività svolte a livello territoriale dalle Direzioni distrettuali.

L’amministrazione in cifre

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

**Personale a tempo indeterminato (Tab.1) –
Dati riepilogativi dell’ultimo triennio (fonte conto annuale)**

	Personale a tempo indeterminato al 31.12 (Tab. 1)				Numero Mensilità / 12				Spese per retribuzioni lorde (Tab. 12+13)			
	2 0 1 8	2 0 1 9	2 0 2 0	2 2 2 1	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
MEDICI	6 2 8	62 5	60 7	5 5 9	617,4 2	631,2 5	632	578,52	48.059.927,0 0 €	49.190.659,0 0 €	49.094.214,0 0 €	46531564
VETERINARI	4 6	44	40	3 8	46	45,83	41,83	39,08	3.733.846,00 €	3.785.770,00 €	3.462.177,00 €	3331206
DIRIG. SANITARI NON MEDICI	6 3	64	61	9 6	56,75	63,92	61,42	58,04	3.435.877,00 €	3.804.087,00 €	3.660.191,00 €	3548944
DIRIGENTI PROFESSIONI SANITARIE	0	0	1	1	0	0	0,42	0,46	- €	- €	19.616,00 €	21577
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE INFERMIERISTI CO	1 1 7 8	11 53	11 39	1 1 1	1167, 92	1149, 58	1139, 67	1119,3 2	37.220.752,0 0 €	37.428.028,0 0 €	38.656.068,0 0 €	39265408

PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE TECNICO SANITARIO	1 1 3	11 4	12 0	1 1 9	102	114,1 7	117,3 3	118,59	3.191.611,00 €	3.608.120,00 €	3.697.707,00 €	3639531
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE VIGILANZA E ISPEZIONE	3 7	44	43	4 6	37,08	43,08	44,58	45,79	1.219.130,00 €	1.451.927,00 €	1.523.018,00 €	1594518
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE FUNZIONI RIABILITATIVE	4 8	46	44	4 2	46,83	45,25	44,83	42,25	1.316.495,00 €	1.307.843,00 €	1.310.562,00 €	1227475
DIR. RUOLO PROFESSIONALE	2	1	3		3	2,42	3	3	194.086,00 €	145.307,00 €	183.111,00 €	170015
PROFILI RUOLO PROFESSIONALE	2	2	2		2	6,5	2	2	30.029,00 €	140.854,00 €	38.801,00 €	50658
DIR. RUOLO TECNICO	4	4	4		4	4	3,33	4	226.470,00 €	233.871,00 €	221.177,00 €	236258
PROFILI RUOLO TECNICO	4 5 2	43 8	44 1	4 1 6	462,1 7	450	433,4 2	426,43	11.743.684,0 0 €	11.506.013,0 0 €	11.292.295,0 0 €	11258711
DIR. RUOLO AMMINISTRATIVO	1 4	12	12	1 4	14,58	13,08	10,58	12,65	1.162.567,00 €	1.003.977,00 €	848.406,00 €	930760
PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO	3 8 0	35 8	42 9	3 9 5	377,0 8	374,4 2	388,1 7	408,99	10.188.595,0 0 €	10.166.200,0 0 €	10.572.700,0 0 €	11051412
Totale	2 9 7 0	2 9 0 7	2 9 4 9	2 8 1 0	2.939	2.946	2.925	2861	122.128.704	124.055.615	124.918.414	123.290.855

La Vision aziendale: l'Albero della performance

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

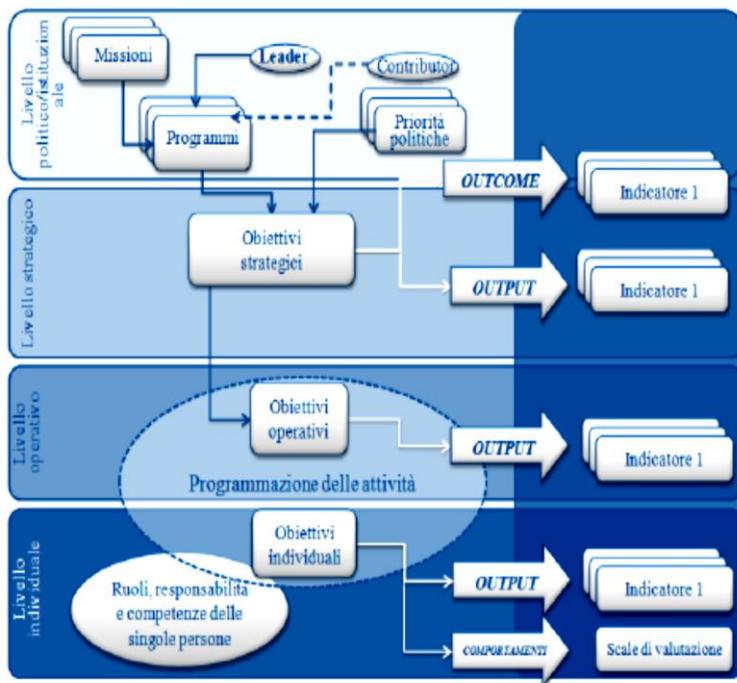
- integrazioni socio-sanitarie ed alleanze, sia all'interno che all'esterno dell'organizzazione, che consentano di avere un impatto sulla salute influendo sulle condizioni di vita, sulla distribuzione delle risorse e sulla tipologia dell'offerta attraverso la definizione degli assetti organizzativi,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

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

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

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

Figura 1: Collegamento tra dimensione organizzativa e individuale



L'ANALISI DEL CONTESTO INTERNO ED ESTERNO

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

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

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

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

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

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

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

E’ infatti individuata in sede di contrattazione del budget l’entità di risorse umane a disposizione del responsabile di struttura complessa, nella consapevolezza che l’attribuzione di tali risorse non può essere più ampia dell’ammontare determinato sulla base della consistenza della massa finanziaria riconosciuta a questa azienda.

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

Al fine di soddisfare una coerente logica programmatica organizzativa e gestionale con la pianificazione regionale, anche alla luce delle disposizioni, che si sono succedute nel corso del 2020 e del 2021, finalizzate al contrasto della emergenza epidemiologica da Covid 19 la quale ha profondamente inciso sul sistema regionale della salute nel contesto complessivo del sistema di welfare, nello sviluppo del presente piano della performance sono state inserite nuove linee di intervento che hanno come determinanti:

- * gli assetti organizzativi scaturenti dal piano di rimodulazione della rete ospedaliera previsto dal D.A. n. 22 del 19.01.2019;
- * i vincoli derivanti dal rispetto degli obiettivi di finanza pubblica con riguardo al Piano del fabbisogno e delle dotazione organica D.A. n. 02/22 del 05/01/2022 nel rispetto della cornice finanziaria di cui all’art. 11 del D.L. 30.04.2019 n. 35, convertito con modificazioni

- dalla Legge 25.06.2019 n.60;
- * il raggiungimento/mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario aziendale;
 - * il Regolamento Ministeriale sugli standard dell'assistenza ospedaliera ed i successivi setting assistenziali di gestione ospedaliera dei pazienti.

Il piano vuole costituire dunque uno strumento di governo aziendale delle risposte sanitarie anche all'attività programmativa regionale ed è stato appositamente concepito in una serie di macro aree di intervento strategiche tali da soddisfare lo sviluppo armonico Aziendale.

Recepire quanto sopra e tradurre tali determinanti in obiettivi ed in un set di indicatori che rendicontino tutte le attività assistenziali rese (accountability), rappresenta uno *step* imprescindibile per l'Amministrazione. Né si può prescindere, in tale ottica, dalla necessità di inglobare nel contesto degli obiettivi da assegnare anche quelli attribuiti ai Direttori Generali che rientrano nel sistema di valutazione AgeNaS.. Inoltre la promozione di medio periodo di importanti strumenti di valutazione quali l'Audit Civico, la Customer Satisfaction, il coinvolgimento del Comitato Consultivo Aziendale, costituiscono un indispensabile elemento di confronto finalizzato a migliorare in toto l'assistenza sanitaria prevedendo che i cittadini, anche in forma associata, partecipano al processo di misurazione delle performance organizzative. Anche se con nota prot. DASOE/8/ 34650 del 4.8.2021 l'Assessorato Regionale alla Sanità ha temporaneamente sospeso l'attività di rilevazione della qualità percepita ed il monitoraggio della customer satisfaction del SSN, nel presente piano sono stati inseriti obiettivi riguardanti la qualità percepita da parte dell'utenza.

DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

Le Macro Aree di Intervento e gli Obiettivi Strategici

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

- Analisi dell'organizzazione aziendale;
- Analisi del fabbisogno espresso dalla popolazione presente e/o residente;
- Coinvolgimento delle figure apicali nell'individuazione delle strutture da potenziare, creare e, se del caso, riconvertire o sopprimere;
-
- Analisi sulla attuale dotazione per struttura;
- Verifica sulla sostenibilità economica e sulla coerenza tra ipotesi eventualmente formulate in termini di riorganizzazione e contingenti minimi di personale presenti o in corso di acquisizione;

- Verifica sul possesso dei requisiti minimi all'interno delle strutture aziendali attualmente esistenti in termini di risorse umane per uniformarsi a parametri più restrittivi rispetto a quelli in essere al momento della fusione delle tre aziende;
- Individuazione di un nucleo di strutture e verifica sulle innovazioni da apportare, ex lege, sulla base di normative più recenti rispetto all'approvazione dell'atto aziendale ed eventuale nuova organizzazione derivante dalla rimodulazione della rete ospedaliera regionale.

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

Gli Obiettivi Operativi Individuati e gli Indicatori

Gli obiettivi operativi per l'anno 2023, indicati nel presente piano costituiscono la prosecuzione logica di quanto già avviato negli anni precedenti. Nel corso dei primi mesi del 2023 si procederà alla negoziazione/assegnazione degli obiettivi. In questa fase si intende perseguire la fattiva collaborazione del personale dirigente inquadrato all'interno delle diverse strutture aziendali tanto sanitarie quanto amministrative, sia all'interno delle strutture ospedaliere sia nell'ambito dell'area territoriale. A tal fine, gli obiettivi della Direzione derivanti dal mandato istituzionale e dalle indicazioni espressamente fornite in sede assessoriale nonché quelli del sistema di valutazione dei Direttori Generali, sono oggetto di espressa evidenziazione a tutti i dirigenti apicali e costituiscono il presupposto per le successive fasi di delega a tutto il personale dirigente e comparto.

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

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

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

- illustrazione preventiva degli obiettivi ai dirigenti apicali, negoziazione ed assegnazione del budget definitivo. la programmazione annuale con le unità operative interne è operata mediante il processo di budget, strumento con cui le risorse umane, finanziarie e tecnologiche vengono allocate alle singole articolazioni, alle quali sono affidati gli obiettivi di attività da conseguire nel rispetto degli standard di qualità. Il valore di alcuni indicatori e obiettivi, stante le specificità caso per caso, sarà oggetto di analisi in sede di negoziazione del budget al fine di individuare valori congrui per la misurazione. la direzione generale, pertanto predisposte le schede di budget, negozierebbe obiettivi, indicatori e relativi valori nonché il peso % assegnato a ciascun indicatore (in funzione della rilevanza strategica degli obiettivi medesimi e tenuto conto anche delle risorse disponibili).
- I Direttori delle UU.OO.C.C., sia dell'Area Ospedaliera (PP.OO.) che dell'Area Territoriale (Distretti Sanitari di Base, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimenti di Prevenzione, Area Gestione del Farmaco, Area Amministrativa), con riferimento agli obiettivi sopra individuati, sia generali che specifici attinenti la propria area, coinvolgeranno nella fase di attuazione degli obiettivi negoziati tutti i responsabili delle unità operative semplici afferenti alla struttura complessa nonché tutto il personale in servizio sia della dirigenza che del comparto. Sarà cura dei responsabili delle diverse articolazioni aziendali garantire gli adempimenti necessari i fini della verifica concomitante e susseguente degli obiettivi assegnati, illustrando obiettivi e criteri di valutazione e trasmettendo alla Direzione le informazioni necessarie per la conoscenza di tutte le variabili, nello specifico verbali di assegnazione di obiettivi e di individuazione dei criteri e schede di valutazione preventive, oltre a tutte le altre informazioni che si dovessero rendere necessarie in corso di opera per informare tempestivamente la Direzione sull'andamento della gestione;

- I responsabili delle Unità Operative Complesse predisporranno e trasmetteranno i rispettivi Piani Operativi Preventivi, secondo gli obiettivi generali e specifici di propria competenza sia in forma cartacea che per posta elettronica, alla Direzione Aziendale tramite la U.O.C. Controllo di Gestione, Sistemi Informativi e Statistici Aziendali.
- I piani di lavoro Operativi Preventivi da presentare possono prevedere, oltre gli obiettivi individuati con la presente, anche obiettivi propri aggiuntivi che ciascuna unità operativa intende realizzare nel corso dell'anno e ciò, comunque, dopo aver verificato la loro compatibilità con gli obiettivi generali dell'Azienda, con i vincoli di bilancio nonché le risorse umane e strumentali disponibili. Nei medesimi piani di lavoro operativi / preventivi devono anche essere esplicitate le iniziative che si intendono avviare per il raggiungimento degli obiettivi specifici di ciascuna unità operativa nel rispetto dei programmi e degli obiettivi generali dell'Azienda, nonché tenuto conto di quanto stabilito dal regolamento aziendale sul sistema premiante.
- A ciascun responsabile di U.O.C. compete la responsabilità di porre le basi per la verifica sul grado di partecipazione dei dipendenti, afferenti alla medesima U.O. sia della dirigenza che del comparto, al conseguimento degli obiettivi negoziati, ponendo in essere tutti gli adempimenti propedeutici all'applicazione dei sistemi di valutazione e verifica, anche ai fini del salario di risultato;
- Monitoraggio degli Obiettivi: La U.O.C. Controllo di Gestione di concerto con l'Organismo Indipendente di Valutazione, predisporrà il controllo concomitante degli obiettivi assegnati anche attraverso la raccolta dei dati di attività trimestrali resi dalle unità operative complesse. Gli obiettivi verranno controllati periodicamente, le UU.OO.CC. trasmetteranno via mail i dati di attività corredati da report sintetico trimestrale attestante lo stato di attuazione degli obiettivi. Parallelamente verranno riprodotti, in modo sistematico, i dati sulle attività e sull'utilizzo delle risorse al fine di controllare la coerenza dell'andamento della gestione con gli obiettivi assegnati, ed adottare eventualmente azioni correttive. Il costante feedback operativo-gestionale prevedrà altresì anche specifiche convocazioni semestrali dei direttori di macrostruttura nel corso del 2023 (audit) al fine di valutare la congruenza tra gli obiettivi assegnati e il soddisfacimento degli stessi.
- A consuntivo la Direzione Generale, procederà alla verifica dei risultati raggiunti sia per la valutazione che per l'erogazione della retribuzione di risultato. Tale verifica si baserà sulla

regolamentazione interna di vari istituti contrattuali per la quale è prevista la rimodulazione in corso d'anno anche in ossequio a quanto disposto dalla L.R. 5 del 2009;

- La valutazione della performance, sulla base di espressa disposizione assessoriale, avrà ad oggetto sia i risultati rilevati con riferimento alla struttura di appartenenza dei singoli operatori (performance organizzativa) sia il contributo reso dai singoli operatori (performance individuale).

Nella redazione del presente piano, si sono privilegiati obiettivi chiari, la cui formula di calcolo appaia facilmente comprensibile al pari delle unità di misura e la cui fonte sia facilmente individuabile. Il confronto con i dati storici e il valore di benchmark, tuttavia, risulta per alcune strutture di difficile individuazione per due ordini di motivi: per le modifiche in cantiere sull'assetto organizzativo aziendale scaturenti dal nuovo piano di rimodulazione della rete ospedaliera previsto dal D.A. n. 22 del 19.01.2019 per cui l'accorpamento/frazionamento in essere rischia di rendere la somma algebrica delle prestazioni rese in precedenza fuorviante. In tale ottica il presente piano costituisce la base di lavoro per le verifiche che sarà possibile realizzare in futuro. In riferimento al valore di Benchmark, la specificità sanitaria fa sì che un valore di riferimento presso un'altra struttura possa, in relazione al contesto in cui la stessa è resa, risultare non omogenea rispetto alla stessa attività all'interno della ASP. Per questa motivazione, stante l'obbligo previsto dalla L.R. 5/2009 di uniformare l'offerta assistenziale si ritiene opportuno rinviare il confronto con altre strutture al momento in cui saranno a disposizione dei sistemi informativi uniformi e un quadro chiaro dell'offerta assistenziale regionale.

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

LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO PREVISTE PER IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE –

Le azioni per il miglioramento previste sono connaturate al processo stesso, dal momento che la profonda revisione del sistema di responsabilizzazione degli operatori porrà una serie di problematiche che saranno progressivamente affrontate individuando soluzioni pratiche e fornendo utili spunti di riflessione oltre che una crescita professionale connaturata allo strumento del "*learning by doing*". A tale scopo questa Azienda si è prefissa in questi ultimi anni

lo scopo di proceduralizzare il ciclo della performance collegando allo stesso tutte le altre procedure aziendali, porre le basi per un sistema di miglioramento continuo, ampliando sempre più le competenze e gli operatori del gruppo di lavoro individuato nella sezione precedente.

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

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

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

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

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

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

Premesso che l'articolo 6 del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con le modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, ha previsto che le pubbliche amministrazioni, al fine di assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini le pubbliche amministrazioni, si dotano del ***Piano Integrato di attività e organizzazione.***

Nello specifico si tratta di un documento di programmazione unico che accorperà, tra gli altri, il piano della performance, del lavoro agile, della parità di genere, dell'anticorruzione e trasparenza.

Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente entro il 31 gennaio di ogni anno e definisce:

a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;

b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;

c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale;

d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;

e) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonchè la pianificazione

delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;

f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;

g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Pertanto, all'interno del perimetro normativo sopra delineato e del presente Piano triennale della Performance attraverso obiettivi operativi da assegnare/negoziare ai responsabili di struttura, si declineranno i contenuti avviati in questa ASP per lo sviluppo del **Piano Integrato di attività e organizzazione** in linea con quanto richiesto dall'articolo 6, del D.L. 9 giugno 2021, n. 80 convertito, con modificazioni, dalla 6 agosto 2021, n. 113, e del DPR n. 81 del 24.06.2022 del Ministero per la pubblica amministrazione di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, focalizzando l'attenzione sugli obiettivi di performance che incidono sulle sezioni individuati dall'art. 3 punto b) del DPR 81/2022, per lo sviluppo del PIAO.

Le dimensioni che saranno oggetto di programmazione operativa, si possono identificare nelle seguenti:

- obiettivi di semplificazione (coerenti con gli strumenti di pianificazione nazionale in materia in vigore);
- obiettivi di digitalizzazione;
- obiettivi e performance finalizzati alla piena accessibilità dell'amministrazione;
- obiettivi e performance per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere.

Il gruppo di lavoro

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

Nominativo Componente	Ruolo assunto nel processo	Competenze
Dr. Mario Zappia	Commissario Straordinario	Individuazione strategia
Dr. Gaetano Mancuso	Direttore Sanitario	Responsabile area sanitaria Validazione sanitaria piano performance

Dr. Alessandro Mazzara	Direttore Amministrativo	Responsabile area amministrativa Validazione amministrativa piano performance
Dr. Filadelfio Adriano Cracò	Direttore UOC Controllo di Gestione	Predisposizione obiettivi del piano della Performance
Dr. Alfonso Scichilone	Struttura Tecnica permanente per la misurazione della performance	Supporto metodologico ed informativo per le fasi di stesura e verifica del piano della performance

ASP AGRIGENTO PIANO PERFORMANCE OBIETTIVI 2023- 2025					
1. Assistenza territoriale ed integrazione socio sanitaria e privacy					
Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2023	Indicatore 2024	Indicatore 2025
1.1 Presa in carico della cronicità	Contenimento ospedalizzazione per le patologie target e attivazione percorsi	Incremento dei pazienti affetti da diabete e scompenso cardiaco arruolati attivamente (diabetici a media complessità HbA1c)	n. pz Diabetici e scompensati con cardiaci arruolati attivamente / n. pz a media complessità	n. pz Diabetici e scompensati con cardiaci arruolati attivamente / n. pz a media complessità	n. pz Diabetici e scompensati con cardiaci arruolati attivamente /

		8 Emoglobina glicata) >= 6,5. Progetto IGEA; scompensati cardiaci a media complessità classificati in II classe NYHA.	inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico X 100 ≥ 90%	inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico X 100 ≥ 90	n. pz a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico X 100 ≥ 90
		Applicazione Percorso BPCO ai sensi del II Decreto 22 Novembre 2016 di approvazione del documento di indirizzo regionale prevede il percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da BPCO	100%	100%	100%
		Revisione delle attività assistenziali erogate in ADI e Cure Palliative- verifica documentale appropriatezza delle prestazioni	si	si	si
		n. soggetti over 65-anni in cure domiciliari/popolazione over 65 anni	secondo direttive regionali	secondo direttive regionali	secondo direttive regionali
	Innalzamento quali-quantitativo del livello di cure domiciliari integrate	Indice di soddisfazione ADI (questionario regionale)	rispetto cronoprogramma	rispetto cronoprogramma	rispetto cronoprogramma
		Monitoraggio della spesa trimestrale cure domiciliari integrate da parte dei 7 DD.SS.BB. con attività di sovra	n. 4 report annuali	n. 4 report annuali	n. 4 report annuali

		controllo da parte del Dipartimento di Cure Primarie			
1.2 Potenziamento percorsi fragilità, disabilità e non auto sufficienza	DSM UOC MODULI DIPARTIMENTALI	Tasso occupazione Hospice	aumento	Aumento	Aumento
		Organizzazione attività e turni di lavoro dirigenza medica e comparto Hospice-gestione risorse umane	100%	100%	11100%
		Elaborazione flussi ministeriali Hospice: supervisione e controllo di coerenza	100%	100%	100%
		Collegamento attività cure palliative territoriale/Hospice /reparti ospedalieri/MMG	100%	100%	100%
		Tasso occupazione PL SUAP	mantenimento	mantenimento	mantenimento
		Salute mentale di comunità. Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste nel sistema obiettivi di salute e funzionamento PAA Coordinamento centri diurni autismo	100%	100%	100%

	Coordinamento comunità alloggio e gruppi appartamento			
Malattie psichiatriche degenerative involutive	Adesione al piano strategico regionale per la salute mentale Integrazione tra le diverse strutture sanitarie	Raccordo con i medici di MMG per presa in carico pz con demenza. N. 4 incontri con verbale	Raccordo con i medici di MMG per presa in carico pz con demenza. N. 4 incontri con verbale	Raccordo con i medici di MMG per presa in carico pz con demenza. N. 4 incontri con verbale
	Integrazione tra le diverse UU.OO. afferenti al DSM	n. 12 incontri di gruppo	n. 12 incontri di gruppo	n. 12 incontri di gruppo
	Presa in carico ed attività di counseling dei care giver individuali e di gruppo. Consolidamento e realizzazione di tutte le attività previste per una compiuta erogazione delle prestazioni	100%	100%	100%
	Implementazione ambulatorio parkinson	Numero visite EEG per pazienti con demenza Report annuale	Numero visite EEG per pazienti con demenza Report annuale	Numero visite EEG per pazienti con demenza Report annuale
Dipendenze patologiche	Focus: percorsi di cura disturbi gravi empowerment del cittadino- report di analisi quali quantitativa della tipologia di pazienti trattati	100%	100%	100%

		Utilizzo della cartella informatica su piattaforma GEDI	100%	100%	100%
1.3 Fragilità	Attuazione di quanto previsto nel piano regionale unitario per l'Autismo	1.3 A completamento procedure di reclutamento del personale per i servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativo 1.3 B Implementazione RETE Centri Diurni e Centri Residenziali	Completamento procedure di reclutamento del personale per i servizi di diagnosi ed intervento intensivo precoce Attivazione di almeno un centro diurno pubblico	Consolidamento attività regionali	Consolidamento attività regionali
	Progettazione su tematiche speciali	Interventi neonati a rischio Promozione del benessere in età adolescenziale Ambulatorio autismo Ambulatorio epilessia Abuso e maltrattamenti minori Presa in carico minori stranieri non accompagnati (MSNA) Applicazione linee guida budget di salute Raggruppamento obiettivi previsti da PON/FSN	Secondo direttive aziendali	Secondo direttive aziendali	Secondo direttive aziendali
1.4 Liste di Attesa	PRGLA per il triennio 2023-2025	Linee di intervento per il governo dell'offerta (codificati come IGO)	Rispetto tempistica checklist per la verifica delle linee di intervento del PRGLA 2023-2025	Rispetto tempistica checklist per la verifica delle linee di intervento del PRGLA 2023-2025	Rispetto tempistica checklist per la verifica delle linee di intervento del PRGLA 2023-2025
		Linee di Intervento per il governo della	Rispetto tempistica checklist per la	Rispetto tempistica checklist per la	Rispetto tempistica checklist per la

		domanda (codificati come IGD). Con D.L. n.104 del 2020 il Min. della Salute e l'Assessorato Regionale della Salute hanno istituito un piano per il recupero delle liste di attesa riguardanti le prestazioni (1° visite-Diagnostica strumentale-ricoveri e screening). L'azienda ha predisposto un piano di recupero per le prestazioni non erogate negli anni 2020-2021.	verifica delle linee di intervento del PRGLA 2023-2025	verifica delle linee di intervento del PRGLA 2023-2025	verifica delle linee di intervento del PRGLA 2023-2025
1.5 Screening <u>Tale obiettivo potrebbe risentire dell'andamento dei ricoveri in relazione alla emergenza pandemica da covid-19</u>	Screening oncologici obiettivi di salute e funzionamento	n. test eseguiti per tumore cervice uterina/popolazione target	>=50%- scala obiettivi agenас	>=50%- scala obiettivi agenас	>=50%- scala obiettivi agenас
		n. test eseguiti per tumore colon retto/popolazione target	>=50%- scala obiettivi agenас	>=50%- scala obiettivi agenас	>=50%- scala obiettivi agenас
		n. test eseguiti per tumore mammella/popolazione target	>=60% - scala obiettivi agenас	>=60% - scala obiettivi agenас	>=60% - scala obiettivi agenас
1.6 Copertura vaccinale e sorveglianza malattie infettive	implementazione copertura vaccinale	N. Soggetti vaccinati /popolazione target residente	92-95% a 24 mesi, per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	92-95% a 24 mesi, per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	92-95% a 24 mesi, per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco

		Predisposizione di un programma comunicazione basato sulle evidence per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole secondo disposizioni operative vaccini.	Relazione sulle attività svolte	Relazione sulle attività svolte	Relazione sulle attività svolte
		Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul cruscotto regionale per la gestione dell'anagrafe vaccinale	Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul cruscotto regionale	Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul cruscotto regionale	Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul cruscotto regionale
<u>Copertura Vaccinale Covid 19</u>	Programmazione della campagna vaccinale	Implementazione Attività di reclutamento per popolazione target da vaccinare	100%	100%	100%
	Completamento della copertura vaccinale entro i tempi assegnati dalla Direzione Strategica	100% delle dosi somministrate alla popolazione target individuata	100%	100%	100%

		Notifica delle malattie infettive rispetto al numero totale di casi rilevati con SDO	100%	100%	100%
--	--	--	------	------	------

2. Appropriatezza organizzativa e Sicurezza

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2023	Indicatore 2024	Indicatore 2025
2.1 utilizzo appropriato risorse produttive	Programma di monitoraggio sistematico dell'uso della checklist in Sala Operatoria	Corretto utilizzo della check list in sala operatoria e relativo monitoraggio	>100%	>100%	>100%
		Utilizzo applicativo registro operatorio (ORMAWEB)	100%	100%	100%
	Fluidità percorsi ospedalieri	Degenza Media per ricoveri acuti chirurgici (RO)	Miglioramento delle performance di ricovero del 5% rispetto all'anno 2022	Miglioramento delle performance di ricovero del 10% rispetto all'anno 2023	Mantenimento
		Riduzione della degenza Media per ricoveri acuti medici (RO) dei reparti di medicina con valori al di sopra dei reparti benchmark aziendali	Miglioramento delle performance di ricovero del 10% rispetto all'anno 2022	Miglioramento delle performance di ricovero del 10% rispetto all'anno 2023	Mantenimento
		Valutazione appropriatezza dei ricoveri ospedalieri secondo la normativa vigente ed abbattimento dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza	Monitoraggio dei ricoveri oltre soglia dell'anno precedente e riduzione nel 2023 del 50% dei ricoveri oltre soglia	Monitoraggio dei ricoveri oltre soglia dell'anno precedente e riduzione nel 2023 del 50% dei ricoveri oltre soglia	Monitoraggio dei ricoveri oltre soglia dell'anno precedente e riduzione nel 2023 del 50% dei ricoveri oltre soglia

			[valore di accettabilità ≤ 0,05 - come da Direttiva Assessoriale n. 9348/19	[valore di accettabilità ≤ 0,05 - come da Direttiva Assessoriale n. 9348/19	[valore di accettabilità ≤ 0,05 - come da Direttiva Assessoriale n. 9348/19
			Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ;	Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ;	Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018
Gestione sovraffollamento Pronto Soccorso Tale valore potrebbe risentire anche nell'anno 2023 dell'andamento dei ricoveri in relazione alla emergenza pandemica da covid-19PS	Indicatore 1: Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa(outcome) Indicatore 2: Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive (processo)		Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento	Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;	Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;
			Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento	Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento	Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento;
2.2 Efficacia Punti Nascita	Miglioramento Sicurezza Punti nascita	PN senza UTIN: parti con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (modica e vittoria)	secondo direttiva regionale ultima disponibile	secondo direttiva regionale ultima disponibile	secondo direttiva regionale ultima disponibile
		PN senza UTIN: percentuale dei neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita (modica e vittoria)	< 8% oppure secondo direttiva regionale ultima disponibile	< 8% oppure secondo direttiva regionale ultima disponibile	< 8% oppure secondo direttiva regionale ultima disponibile

		PN con UTIN: numero neonati dimessi direttamente da TIN/totale pazienti ricoverati nella TIN	<5 %	% secondo direttiva regionale ultima disponibile	% secondo direttiva regionale ultima disponibile
		Elaborazione di un report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio	trimestrale	trimestrale	trimestrale
		Numero requisiti check list rispettati/totale requisiti da rispettare	100%	100%	100%
2.3 Sicurezza dei pazienti	Monitoraggio degli eventi sentinella e dei relativi piani di miglioramento	Percentuale di completezza scheda A e scheda B. in coerenza al protocollo nazionale SIMES Monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive	90% SI	90% SI	90% SI
	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali o di organismi internazionali sulla qualità e sicurezza dei pazienti e relativa valutazione	check list di autovalutazione	Report monitoraggio su richiesta Agenas	Report monitoraggio su richiesta Agenas	Report monitoraggio su richiesta Agenas
	Direttiva Regionale CRE – Sorveglianza delle batteriemie da enterobatteri resistenti ai carbopenemi (CRE)- PNCAR e Circolare del Ministero della Salute prot. 1479 del 17/01/2020”	Pieno utilizzo della Piattaforma regionale CRE	100% degli inserimenti	100% degli inserimenti	100% degli inserimenti

	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano nazionale di Contrasto dell'Antibiotico Resistenza (PNCAR)	aderenza alle indicazioni regionali	100%	100%	100%
2.4 Consolidamento della raccolta delle emazie concentrate e del plasma	Rinnovo autorizzazione e Accreditamento delle strutture trasfusionali della rete regionale.	Mantenimenti di quanto previsto dai decreti regionali autorizzativi e di accreditamento per SIMT e UDR fisse e mobili	Mantenimento accreditamento. Verifica con esito positivo	Mantenimento accreditamento. Verifica con esito positivo	Mantenimento accreditamento. Verifica con esito positivo
	Rispetto della previsione di raccolta delle EC Incremento della quantità di plasma destinato all'emoderivazione (cat A-B)	-----	Secondo PAA 2023	Secondo PAA 2024	Secondo PAA 2025
2.5 Appropriatezza cartella clinica	Adempimenti regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	Rispetto degli adempimenti previsti ai sensi del D.A vigente in materia di controlli a cura dei NOC Aziendali	100% dei controlli previsti dell'anno 2022 da effettuare nell'anno 2023	100% dei controlli previsti dell'anno 2023 da effettuare nell'anno 2024	100% dei controlli previsti dell'anno 2025 da effettuare nell'anno 2026
		Attività di auditing a cure del coordinatore NOC con i Direttori delle UU.OO. per la correzione ed implementazione della appropriatezza qualitativa dei contenuti delle cartelle cliniche di ricovero	Attività di auditing	Attività di auditing	Attività di auditing
	Aderenza al PNE	Svolgimento attività di auditing per le strutture segnalate sulla piattaforma PNE	Report	Report	Report
	Implementazione linee guida secondo direttive regionali	Report sulla base dei degli indicatori previsti nei rispettivi PDTA	100% delle azioni richieste	100% delle azioni richieste	100% delle azioni richieste

<h3>3. Obiettivi di Salute e Funzionamento delle Aziende</h3>					
Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2023	Indicatore 2024	Indicatore 2025
3.1 Efficacia area ortopedica	tempestività presa in carico paziente con frattura di femore over 65 anni	numero di fratture femore per over 65 operate entro le 48 h	94,3%	94,3%	94,3%
		Ottimizzare il tempo di permanenza in pronto soccorso, salvo procedure anticovid	< 4 ore	< 4 ore	< 4 ore
		% pazienti con verticalizzazione entro le 48H	>30%	>30%	>30%
		% pazienti con mobilizzazione precoce entro le 48h	>20%	>20%	>20%
		% accesso in riabilitazione cod. 56 a 30 gg dalla dimissione pz >= 65 anni	=≥rispetto al 2022	=≥rispetto al 2023	=≥rispetto al 2024
		% accesso in riabilitazione cod. 56-60 a 30 gg dalla dimissione pz>=65 anni	=≥rispetto al 2022	=≥rispetto al 2023	=≥rispetto al 2024
		% accesso in riabilitazione cod. 60 a 30 gg dalla dimissione pz >=65 anni	=≥rispetto al 2022	=≥rispetto al 2023	=≥rispetto al 2024
3.2Efficacia area ostetrica	Riduzione ricorso taglio cesareo	parti cesarei su parti donne non precesarizzate (cesarei primari)/parti di donne	PN 1° Livello ≤15% PN 2° livello ≤25%	secondo direttiva regionale	secondo direttiva regionale

		con nessun pregresso cesareo			
3.3 Efficacia area cardiologica	tempestività presa in carico paziente IMA STEMI	P.T.C.A. entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI (differenza tra la data di intervento e quello di ingresso in PS)/numero totali di IMA Stemi	≥91,8%	≥91,8%	≥91,8%
	Riduzione Mortalità	Mortalità a trenta giorni dal primo accesso per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA) tasso grezzo	Secondo direttiva PNE agenas	Secondo direttiva PNE Agenas	Secondo direttiva PNE Agenas
		Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (tasso grezzo)	Secondo direttiva PNE Agenas	Secondo direttiva PNE Agenas	Secondo direttiva PNE Agenas
3.4 Efficacia area chirurgica	Miglioramento Appropriatezza organizzativa e fluidità processo	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg/numero totale di ricoveri con	≥95,3%	≥95,3%	≥95,3%
		incremento numero di colecistectomia laparoscopica	aumento	aumento	aumento
3.5 Donazioni organi	Incremento dell'attività di donazioni organi	Implementazione delle attività del Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni)	Relazione consuntiva delle attività richieste	Relazione consuntiva delle attività richieste	Relazione consuntiva delle attività richieste
		Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2023 % rispetto all'anno 2022.	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 20% rispetto all'anno precedente di riferimento	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 20% rispetto all'anno precedente di riferimento	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 20% rispetto all'anno precedente di riferimento

		Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38%	Valore obiettivo 100% se non superiore del 38% rispetto all'anno precedente di riferimento	Valore obiettivo 100% se non superiore del 38% rispetto all'anno precedente di riferimento	Valore obiettivo 100% se non superiore del 38% rispetto all'anno precedente di riferimento
		Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente) non inferiore al 30%	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 30% rispetto all'anno precedente di riferimento	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 30% rispetto all'anno precedente di riferimento	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 30% rispetto all'anno precedente di riferimento
		Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione.	SI	SI	SI
3.6 contenimento mobilità passiva	Contenimento mobilità passiva area chirurgia generale	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga)	> rispetto anno benchmark (anno Base)	> rispetto anno benchmark (anno Base)	> rispetto anno benchmark (anno Base)
	Contenimento mobilità passiva per interventi ortopedici in elezione	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga	> rispetto anno benchmark (anno Base)	> rispetto anno benchmark (anno Base)	> rispetto anno benchmark (anno Base)
	Contenimento mobilità passiva per Radioterapia	Aumento delle prestazioni ad alto rischio di fuga	> rispetto anno 2021	> rispetto anno 2021	> rispetto anno 2021
	Contenimento mobilità passiva per Recupero e Riabilitazione Funzionale	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga	> rispetto anno benchmark (anno Base)	> rispetto anno benchmark (anno Base)	> rispetto anno benchmark (anno Base)
3.7 criteri di appropriatezza per i setting assistenziali di gestione ospedaliera dei pazienti affetti da Covid 19	Rispetto dei criteri di appropriatezza al fine di garantire ai pazienti affetti da covid 19 il trattamento più indicato al profilo clinico	Rispetto del 100% dei criteri di appropriatezza per l'ammissione la dimissione dei pazienti affetti da Covid 19	100%	100%	100%

--	--	--	--	--	--

4. Contenimento dei Costi e Rispetto tetti di spesa

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2023	Indicatore 2024	Indicatore 2025
4.1 Rispetto dei vincoli di bilancio e tetti di spesa	Rispetto tetti di spesa	Monitoraggio equilibrio di bilancio assegnato, con produzione di report trimestrali a cura dei Servizi di riferimento	controllo costante e monitoraggio del rispetto delle risorse negoziate come attestato nei report trimestrali prodotti	controllo costante e monitoraggio del rispetto delle risorse negoziate come attestato nei report trimestrali prodotti	controllo costante e monitoraggio del rispetto delle risorse negoziate come attestato nei report trimestrali prodotti
		rispetto del tetto di spesa annuale del personale dipendente	rispetto budget negoziato	rispetto budget negoziato	rispetto budget negoziato
		rispetto tetto spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera	rispetto delle risorse negoziate annualmente	rispetto delle risorse negoziate annualmente	rispetto delle risorse negoziate annualmente
4.2 Azioni per contenimento spesa	monitoraggio e contenimento spesa farmaceutica	monitoraggio spesa tramite procedura informatizzata	Evidenza attività di monitoraggio	Evidenza attività di monitoraggio	Evidenza attività di monitoraggio
		Erogazione del primo ciclo di terapia	Rispetto erogazione popolazione target	Rispetto erogazione popolazione target	Rispetto erogazione popolazione target
	Inventario beni mobili strumentali	Completamento della riconciliazione giustificata fra dati forniti dai responsabili di UU.OO.CC e quanto risulta nel libro cespiti	a) Inventario e riconciliazione con libro cespiti del 90% dei beni mobili strumentali esistenti b) Report trimestrale	a) Inventario e riconciliazione con libro cespiti del 100% dei beni mobili strumentali esistenti b) Report trimestrale	a) Inventario e riconciliazione con libro cespiti del 100% dei beni mobili strumentali esistenti b) Report trimestrale

	Monitoraggio locazioni passive	Mappatura locazioni passive con individuazione di proposte di rescissione contratti in essere con eventuale utilizzo locali di proprietà	report trimestrale	report trimestrale	report trimestrale
4.3 Fluidità processi amministrativi	Riduzione Contenzioso	Mappatura contenzioso	Report di aggiornamento trimestrale	Report di aggiornamento trimestrale	Report di aggiornamento trimestrale
		Stima della percentuale di soccombenza e stima della quota di accantonamento trimestrale a Fondo Rischi	Relazione trimestrale a corredo CE di periodo	Relazione trimestrale a corredo CE di periodo	Relazione trimestrale a corredo CE di periodo
	Gestione dei sinistri e degli aspetti assicurativi a livello aziendale	n° pratiche sinistri valutati e definiti/ comunicazione sinistri pervenuti	>= 90%	>= 95%	>= 100%
4.3 Fluidità processi amministrativi	Tempestività dei pagamenti	Rispetto tempistica liquidazione fatture	Accettazione delle fatture entro 15 giorni dalla ricezione = obiettivo raggiunto al 100%	Accettazione delle fatture entro 15 giorni dalla ricezione = obiettivo raggiunto al 100%	Accettazione delle fatture entro 15 giorni dalla ricezione = obiettivo raggiunto al 100%
		Rispetto tempistica pagamento fatture	Liquidazione delle fatture entro 15 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 75% Liquidazione delle fatture entro 10 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 100%	Liquidazione delle fatture entro 15 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 75% Liquidazione delle fatture entro 10 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 100%	Liquidazione delle fatture entro 15 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 75% Liquidazione delle fatture entro 10 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 100%

4.4 Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011	Azioni di monitoraggio dell'effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011	Analisi degli investimenti effettuati dalle Aziende, attraverso l'utilizzo del Fondo corrente (FSR) in conto esercizio, al fine di monitorare l'applicazione coerente dei nuovi coefficienti di ammortamento e l'applicazione del nuovo trattamento contabile	report trimestrale	report trimestrale	report trimestrale
		Monitoraggio sull'applicazione del trattamento contabile relativo alla rilevazione degli accantonamenti per quote inutilizzate dei contributi vincolati e sull'utilizzo coerente negli anni successivi dei fondi costituiti e la relativa rilevazione contabile	report trimestrale	report trimestrale	report trimestrale
4.5 Certificabilità del bilancio e contabilità analitica	Certificabilità del bilancio: Rispetto delle azioni previste dal PAC	Monitoraggio verifica attuazione azioni PAC	rispetto cronoprogramma	rispetto cronoprogramma	rispetto cronoprogramma
	Definizione puntuale della metodologia per i ribaltamenti di contabilità analitica necessari ad alimentare i modelli di rilevazione LA.	Grado di Implementazione linee guida LA	100%	mantenimento	mantenimento
4.6 Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	Attuazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Aggiornamento Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTCT)	adozione aggiornamento ed integrazione del Piano entro il 01 Gennaio 2023	aggiornamento ed integrazione del Piano entro il 01 gennaio 2024	aggiornamento ed integrazione del Piano entro il 01 gennaio 2025
		Pubblicazione dati sul sito aziendale nella sezione link "Amministrazione Trasparente" secondo quanto previsto dalle linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli	pubblicazione del 100% dei dati nel rispetto della tempistica prevista normativa vigente -	pubblicazione del 100% dei dati nel rispetto della tempistica prevista normativa vigente -	pubblicazione del 100% dei dati nel rispetto della tempistica prevista normativa vigente -

	obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016"			
Codice di Comportamento	Formazione Generica: Tutto il personale dipendente. N personale formato /n. personale da formare	60%	70%	80%
	Formazione Specifica :RPCT, Referenti Dirigenti Aree a rischio	50%	60%	70%
	Rispetto adempimenti e della tempistica previsti nel piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza.	100%	mantenimento	mantenimento
	Aggiornamento codice di comportamento	Aggiornamento	Aggiornamento	Aggiornamento
Mappatura Processi	N° processi mappati/N° processi totali (Schede analitiche dei singoli processi)	>50%	>80%	>100%
Gestione del Rischio	Creazione rete dei Referenti per la gestione del Rischio (Responsabile Struttura o suo delegato)	Pubblicazione rete referenti e/o delegati	Aggiornamento	Aggiornamento
PIAO	Redazione del documento di programmazione unico	Deliberazione entro il 31 gennaio 2023	Deliberazione entro i termini	Deliberazione entro i termini
Prevenzione e contrasto della violenza di genere e delle discriminazioni e promozione delle parità di genere	Diffondere la cultura della prevenzione e del contrasto alla violenza di genere e diffusione delle pari opportunità. Attività di formazione del personale	Redazione e formalizzazione del piano 2023 30% del personale	Aggiornamento e formalizzazione del piano 2023 50% del personale	Aggiornamento e formalizzazione del piano 2023 70% del personale

4.7 Potenziamento attività di pianificazione e monitoraggio	Monitoraggio Piano degli Investimenti (che include il piano degli acquisti di beni durevoli e Programma triennale dei lavori pubblici, in ottemperanza all'art. 21 del d.lgs n.50/2016 e smi.)	Predisposizione Piano Investimenti per anno successivo	Presentazione Piano 2022	Presentazione Piano 2023	Presentazione Piano 2024
BENI e SERVIZI	Rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento Aziendale sugli Acquisti in economia, predisposto in conformità schema regionale approvato con D.A. n. 1283/2013 modificato dal DA n. 2080/2013	Report trimestrale	Report trimestrale	Report trimestrale	
	Rispetto flussi ex art. 79	Tempestività e coerenza dei flussi di competenza	Tempestività e coerenza dei flussi di competenza	Tempestività e coerenza dei flussi di competenza	
	Flusso Servizi non sanitari delle Aziende del S.S.R.	Ottemperanza della puntuale trasmissione trimestrale	Ottemperanza della puntuale trasmissione trimestrale	Ottemperanza della puntuale trasmissione trimestrale	
	Rispetto della criticità contrattuale al fine di evitare contratti in proroga: presentazione capitolati a cura del	Presentazione capitolati a cura dei DEC (Direttore esecutivo contratto) almeno	Presentazione capitolati a cura dei DEC (Direttore esecutivo contratto) almeno	Presentazione capitolati a cura dei DEC (Direttore esecutivo contratto) almeno	

	DEC: Numero capitolati presentati entro i termini/n. capitolati previsti da piano annuale gare	sei mesi prima dal termine di scadenza del contratto e individuazione contraente entro la data scadenza contrattuale >= 95%	sei mesi prima dal termine di scadenza del contratto e individuazione contraente entro la data scadenza contrattuale >= 95%	sei mesi prima dal termine di scadenza del contratto e individuazione contraente entro la data scadenza contrattuale >= 95%	
	Monitoraggio e rispetto tempistica nella definizione delle procedure di gara aziendali (no UREGA): 60 gg acquisti MEPA, 90 gg gara sottosoglia e 180 gg gara sovrasoglia.	100%	100%	100%	
	Monitoraggio e regolamentazioni ALPI	Monitoraggio costi e verifica remuneratività delle tariffe in attuazione del nuovo regolamento ALPI	Relazione entro il 28 Febbraio 2023 per l'anno 2022	Relazione entro il Febbraio 2024 per l'anno 2023	Relazione entro Febbraio 2025 Per l'anno 2024

5. Contributo alla riorganizzazione aziendale

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2023	Indicatore 2024	Indicatore 2025
5.1 Flussi informativi	tempestività e qualità dei flussi informativi	Rispetto dei tempi di trasmissione e corretto inserimento su nuova piattaforma SI-ACT (flusso SDO-Emur-ARS-Hospice-SIAD)	100%	100%	100%
		Qualità dei flussi con %scarti>1% dei record trasmessi	100%	100%	100%

		Miglioramento del sistema di codifica delle SDO: attivazione corsi di formazione	100%	100%	100%
		Completa e corretta compilazione modello LA	100%	100%	100%
		Monitoraggio gestione flussi Personale convenzionale, personale dipendente, CRIL, Beni e servizi	100%	100%	100%
Transizione al digitale	Piano Triennale AgID	n. 1 Azione	Predisposizione Atti propedeutici alla acquisizione di firma remota, applicazione sul progetto FSE	Da definire in base alla attività strategiche aziendali	Da definire in base alla attività strategiche aziendali
Transizione al digitale	PNRR	Digitalizzazione dei processi di natura sanitaria ed amministrativa	60%	75%	100%
5.3 Informatizzazione	Aumentare le prescrizioni dematerializzate da parte dei medici prescrittori	Percentuale di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (come risulteranno censiti e abilitati sul sistema TS e che avranno effettuato almeno una prescrizione)	Mantenimento dato anno 2022	Mantenimento	Mantenimento

		numero medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato e inviante nei periodi considerati come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS2016	Mantenimento dato anno 2022	Mantenimento dato anno 2023	Mantenimento dato anno 2024
5.3 Formazione professionisti e Ricerca	Programmazione e Monitoraggio degli interventi di formazione	Predisposizione piano formativo aziendale	SI	SI	SI
		mantenimento proporzione risorse umane assegnate	si	si	si
		Realizzazioni e monitoraggio azioni previste nel piano formativo aziendale 2023 budget speso/budget assegnato	>80%	>80%	>80%
5.4 FSE	% dei consensi alla consultazione trasmessi al sistema FSE-INI rispetto al numero dei pazienti ricoverati	> 5% per il 2023 (salvo diversa determinazione regionale)	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2022 secondo direttive regionali	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2023 secondo direttive regionali	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2024 secondo direttive regionali
	% delle strutture pubbliche invianti a regime referti di laboratorio in formato CDA2-HL7	≥90% dei laboratori	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2022 secondo direttive regionali	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2023 secondo direttive regionali	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2024 secondo direttive regionali
	% delle strutture di Pronto Soccorso dove è possibile consultare in maniera celere il FSE del Paziente ed in particolare il Profilo Sanitario Sintetico	In almeno 1 PS dell'Azienda A regime almeno il 50% dei PS dell'Azienda	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2022 secondo direttive regionali	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2023 secondo direttive regionali	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2024 secondo direttive regionali

	Avvio del conferimento al FSE - INI di verbali di Pronto Soccorso, lettere di dimissioni ospedaliera e referti di specialistica, anche in formato pdf	Trasmissione di almeno 1000 documenti comprensivi di tutte le tipologie -Trasmissione a regime di verbali di PS al 50% delle strutture delle ASP -lettere di dimissione ospedaliera dal almeno il 50% delle strutture -Referti di specialistica da almeno il 50% delle strutture	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2022 secondo direttive regionali	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2023 secondo direttive regionali	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2024 secondo direttive regionali
5.5 Percorsi e Audit	Formalizzazione percorsi diagnostico terapeutici	su indicazione regionale	si	si	si
	Audit Clinico e PNE	Sviluppo di audit a partire dai dati del PNE	si	si	si
5.6 Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini/pazienti	Sistema Provinciale Regionale Qualità percepita	Riavvio del monitoraggio periodico dei livelli di qualità percepita Aziendale	report annuale di monitoraggio dei livelli di qualità percepita	report annuale di monitoraggio dei livelli di qualità percepita	report annuale di monitoraggio dei livelli di qualità percepita
	Redazione ed aggiornamento del piano della comunicazione	Adozione del piano ed invio al DASOE entro i termini di legge	Aggiornamento annuale	Aggiornamento annuale	Aggiornamento annuale
	Programma Aziendale di comunicazione	% di completamento delle azioni previste dal Piano di comunicazione	>90%	>90%	>90%
	Valutazione e gestione del dolore cronico	n. operatori formati/n. operatori da formare	>= 90%	>= 95%	100%
PRIVACY Adeguamento Regolamento UE 2016/679	Declinazione adempimenti nell'organizzazione aziendale	Formazione del Personale categoria C	>30%	>50%	>60%
		Collaborazione e supporto all'attività del DPO	100%	100%	100%

		Aggiornamento delle informazioni connesse alle attività di trattamento nuove o già censite nella precedente versione del registro dei trattamenti (art.30 GDPR)	100%	100%	100%
		Verifica dei ruoli e delle responsabilità dei soggetti interni alla azienda che effettuano il trattamento e adeguamento dei modelli già predisposti per la relativa designazione	100%	100%	100%
		Ricognizione dei responsabili esterni del trattamento dati(art.28 GPDR 2616/679)	100%	100%	100%
		Svolgimento DPIA valutazione d'impatto ex art.35 GPDR 2016/679	100%	100%	100%
		Implementazione e aggiornamento Portale Privacy	100%	100%	100%

6. Sanità pubblica e prevenzione

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2023	Indicatore 2024	Indicatore 2025
6.1 Sicurezza Alimentare	Garantire la disponibilità di laboratori per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (Criticità POCS).	Secondo direttive regionali	valore assegnato	valore assegnato	valore assegnato

	Attuazione dei piani di controllo ufficiale sugli alimenti (PRIC Sicilia) nonché -Piano nazionale residui -Piano di monitoraggio Molluschi bivalvi	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	Garantire la piena funzionalità (riversamento massivo ed aggiornamento costante) del sistema informativo regionale Demetra in sicurezza alimentare (Criticità PRP)	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
6.2 Prevenzione in Sanità animale	Controllo di tutto il patrimonio bovino ed ovino-caprino controllabile	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovicaprime sulla base dei criteri riportati, rispettivamente dai regolamenti (Ce) n.1082/2013 e n. 1505/2006	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi caprina	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina ed ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali

	Sorveglianza malformazioni congenite		valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	PRP macro obiettivo 2.8 ambiente e salute		valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
6.3 Tutela ambientale	Amianto	Registro mesoteliomi esecuzioni interviste su esposizione in tutti i casi segnalati	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	Evidenza avvio interventi di promozione della salute sul corretto uso di cellulari e sulla eccessiva esposizione ai raggi UV (direttiva 32187 del 8.4.2016)	Invio Report	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
6.4 Prevenzione luoghi di lavoro	Sorveglianza lavoratori ex esposti	Invio report trimestrali, invitare il 100% dei soggetti ex esposti riconosciuti	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
6.5 Prevenzione e controllo del randagismo	Prevenzione del randagismo: Controllo delle nascite	N. cani di età > 8 mesi ricoverati nei canili pubblici fino al 31 ottobre sterilizzati / totale di cani > 8 mesi ricoverati fino al 31 ottobre, sterilizzabili	90%	90%	90%
	Controllo della gestione dei canili e dei concentramenti	n. canili e allevamenti controllati / n. canili e allevamenti autorizzati	100%	100%	100%
		n. concentramenti di cani controllati / n. concentramenti programmati in base al rischio	100%	100%	100%

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