

Regione Siciliana  
Azienda Sanitaria Provinciale di  
**AGRIGENTO**

**DELIBERAZIONE COMMISSARIO STRAORDINARIO N. 1070 DEL 13 GIU 2023**

**OGGETTO:** Relazione sul Ciclo della Performance anno 2022.

**STRUTTURA PROPONENTE:**

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

**SERVIZIO RISORSE UMANE**

Struttura tecnica Permanente per la Misurazione e  
la valutazione della performance

Dott.ssa Carmela Vaiana

*Carmela Vaiana*

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

**VISTO CONTABILE**

Si attesta la copertura finanziaria:

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

( ) Autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

C.E.

C.P.

**IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO**

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

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

Dr. Beatrice Salvato

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA

**09 GIU 2023**

L'anno duemilaventitre il giorno TREZZI del mese di GIUGNO nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Dott. Mario Zappia, nominato con Decreto Assessoriale n. 696/2020 del 31/07/2020, come modificato con D.A. 3/2023/GAB del 10/01/2023, coadiuvato dal Direttore Amministrativo, dott. Alessandro Mazzara, nominato con delibera n. 414 del 17/06/2019 e dal Direttore Sanitario, dott. Emanuele Cassarà, nominato con delibera n. 376 del 22/02/2023, con l'assistenza del Segretario verbalizzante MARIA GRAZIA CRISCENTI adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

## PROPOSTA

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

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

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

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

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

**Vista** la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 118 del 26.01.2022, con la quale questa ASP ha adottato il Piano della Performance 2022 – 2024;

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

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

## PROPONE

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

1. **Approvare** l'allegata "Relazione sul Ciclo della Performance anno 2022" - (parte integrante e sostanziale del presente provvedimento), nella quale viene illustrato il *Ciclo di gestione della performance* posto in essere nel corso dell'anno 2022.
2. **Stabilire** che curerà l'esecuzione del presente provvedimento la Struttura Tecnica Permanente per la Misurazione della performance;
3. **Trasmettere** copia della Relazione sul Ciclo della Performance anno 2022 all'OIV della relazione che si approva, per la successiva validazione in conformità all'art. 10 del D.lgs. 150/2009.
4. **Stabilire** che la presente Deliberazione verrà pubblicata sul sito istituzionale di questa Azienda Sanitaria- sezione: "Amministrazione Trasparente" – sottosezione "Performance".

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

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

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

**SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESI**

Parere *Favorabile*  
Data *15/06/2013*

Parere *Favorabile*  
Data *13.06.13*

**Il Direttore Amministrativo**  
Dott. Alessandro Mazzara

**Il Direttore Sanitario**  
Dott. Emanuele Cassarà

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal Dr. Filadelfio Adriano Cracò, Direttore della UOC Controllo di Gestione, che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;

Tenuto conto del parere espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

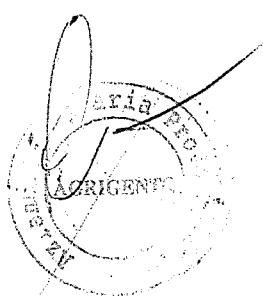
**DELIBERA**

di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal Dr. Filadelfio Adriano Cracò, Direttore della UOC Controllo di Gestione.

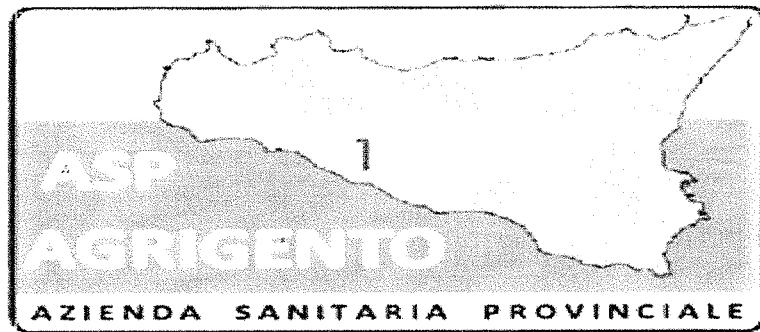
**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**  
Dott. Mario Zappia

**Il Segretario verbalizzante**

IL COLLABORATORE AMM.VO TPO  
Uff. Segreteria Dir. Generale e Collegio Sindacale"  
Maria Grazia Caviglione



*Servizio Sanitario Nazionale*  
*Regione Siciliana*



**RELAZIONE SUL CICLO DELLA  
PERFORMANCE  
ANNO 2022**



# Indice

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



## PRESENTAZIONE:

Con la Relazione Annuale sulla Performance, questa Azienda vuole illustrare, ai cittadini e a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, le azioni poste in essere, per l'attuazione del *Ciclo di Gestione della Performance* nel corso dell'anno 2022, rispetto agli obiettivi programmati e inseriti nel Piano della Performance 2022-2024 in continuità con gli obiettivi di salute e funzionamento assegnati dall'Assessorato Regionale alla Salute .

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

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

### - CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO -

L'attività ed il funzionamento dell'ASP di Agrigento, essendo soggetto giuridico pubblico, trova disciplina in un perimetro normativo, che nel corso de gli anni ha registrato numerosi interventi. Già Il legislatore regionale con la L.R. 5/2009 aveva profondamente innovato il sistema "salute" regionale incidendo su molteplici aspetti significativi. Tale quadro normativo anche nel corso del 2022 ha avuto una importante concretizzazione, che ha inciso in modo sostanziale sull'assetto organizzativo aziendale.

Inoltre, in vista del superamento dell'evento pandemico l'azienda, nella redazione del piano della performance 2022, al fine di soddisfare una coerente logica programmativa organizzativa e gestionale regionale, ha confermato le linee di intervento previste negli obiettivi assegnati Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie della regione, ed in particolare contenuti negli obiettivi di salute funzionamento, obiettivi contrattuali ed obiettivi specifici dell'Assessorato Regionale alla Salute in coerenza con la rifunzionalizzazione della Rete Ospedaliera di cui al D.A. n.22/2019, al D.A. del 10 maggio



2019 nonché della Direttiva dell'Assessorato della salute prot. 6558 del 10/09/2019 e della successiva nota prot. A.I. 3/72076 del 28 ottobre 2019.

Seguendo, la logica programmatoria coerente in tema di razionalizzazione della spesa sanitaria e di sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale che impongono, in un contesto di minus-finanziamento complessivo del sistema di welfare, la definizione di ulteriori misure per :

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

#### **- L'AMMINISTRAZIONE -**

Con l'atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con Delibera n. 880 del 10/06/2020, l'Azienda si è data un nuovo assetto organizzativo e di funzionamento allo scopo di assicurare l'erogazione delle prestazioni sanitarie essenziali in modo appropriato, lo sviluppo dei sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi dei cittadini, l'equità delle prestazioni erogate, il raccordo istituzionale con gli Enti Locali, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e di volontariato, nonché l'ottimizzazione e l'integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali.

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

Gli Organi dell'ASP di Agrigento sono così costituiti:

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



L'articolazione organizzativa dell'Azienda è improntata a criteri di massima flessibilità, volta ad assecondare il mutare dei programmi e garantire il perseguimento degli obbiettivi. Il modello organizzativo aziendale, secondo la L.R. 5/09 e s.m.i., è suddiviso in quattro Aree (Staff, Amministrativa, Territoriale ed Ospedaliera), le quali vengono organizzate ex D.Lgs.502/92 e s.m.i. su base dipartimentale e distrettuale ed articolate:

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

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

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

II) **AREA AMMINISTRATIVA**, nel cui ambito rientrano:

- A. Dipartimento Amministrativo Strutturale
- B. Strutture complesse, con all'interno le afferenti Strutture Semplici
  - Servizio Affari Generali
  - Servizio Risorse Umane
  - Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
  - Servizio Provveditorato
  - Servizio Tecnico
  -

III) **AREA TERRITORIALE**, nel cui ambito rientrano:

- A. Distretti Sanitari di Base, con le afferenti Strutture Semplici
  - Distretto Sanitario di Agrigento
    - Distretto Sanitario di Bivona
    - Distretto Sanitario di Canicattì
    - Distretto Sanitario di Casteltermini



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

**IV) AREA OSPEDALIERA, nel cui ambito rientrano:**

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

**B. Dipartimenti Ospedalieri Strutturali**

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



## Dipartimentali

- Dipartimento Cardiovascolare, con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali

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

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

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

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

## Il Dipartimento

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

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

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

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

- Dipartimenti Strutturali
- Dipartimenti Funzionali.

In particolare:



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

1. In relazione alla tipologia di attività, i Dipartimenti si possono distinguere in:

- Dipartimento amministrativo
- Dipartimenti sanitari territoriali
- Dipartimenti sanitari transmurali (ospedale/territorio)
- Dipartimenti ospedalieri distrettuali ed interdistrettuali)

2. Il Dipartimento, nello svolgimento delle funzioni proprie del suo specifico ambito di attività, si propone di conseguire i seguenti obiettivi:

- la convergenza di competenza ed esperienza;
- l'interdisciplinarietà;
- la garanzia di continuità delle prestazioni prevenendo ridondanze di tempi e/o procedure inutili;
- l'accorpamento secondo criteri di efficienza ed efficacia pratica.

3. Le funzioni dei Dipartimenti, sia Amministrativi sia Sanitari, comprendono, in particolare, la definizione di progetti e programmi, l'individuazione di obiettivi prioritari, l'allocazione di risorse e di mezzi.

## I Presidi Ospedalieri

1. Il Presidio Ospedaliero (P.O.) fornisce assistenza per tutte le patologie che richiedano prestazioni diagnostico-terapeutiche non erogabili con altrettanta efficacia ed efficienza a livello territoriale; può comprendere una a più strutture ospedaliere ed è da considerarsi quale struttura complessa dotata di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, soggetta a rendicontazione analitica, con contabilità separate all'interno del bilancio aziendale.
2. Contribuisce al progetto di salute della comunità attuando le politiche Aziendali attraverso un impiego efficace ed efficiente delle risorse assegnate al Presidio Ospedaliero medesimo, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi sanitari programmati perseguitando un'azione diagnostico terapeutica improntata alla continuità assistenziale ed all'approccio polispecialistico e multi professionale attuato attraverso l'integrazione delle attività, appropriate al caso, sia interne al Presidio Ospedaliero che esterne promovendo e presidiando la qualità dei servizi ed erogazione



delle prestazioni, nonché la loro appropriatezza valutata secondo i criteri della medicina basata sulle prove di efficacia.

3. La rete ospedaliera dell'A.S.P. di Agrigento ai sensi del D.A. 22/2019 è composta dai cinque Presidi Ospedalieri così articolati:

- Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio di Agrigento (DEA di I livello),
- Presidio Ospedaliero Barone Lombardo di Canicattì (Presidio di Base),
- Presidio Ospedaliero San Giacomo D'Altopasso di Licata (Presidio di Base)
- Ospedali Riuniti: "Sciacca-Ribera" (DEA di I livello), ricoprendente il Presidio Ospedaliero Giovanni Paolo II di Sciacca ed il Presidio Ospedaliero Fratelli Parlapiano di Ribera.

## Il Dipartimento Ospedaliero

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

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

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

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

Sono funzioni dei dipartimenti ospedalieri:

L'assistenza: attraverso l'individuazione ed il coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie nell'ambito di un approccio globale al paziente, per mezzo delle seguenti attività: pre-



ospedalizzazione e attività ambulatoriale, day hospital/day surgery, ricovero ordinario, riabilitazione, ospedalizzazione a domicilio, percorsi dei pazienti.

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

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

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

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

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

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

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

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



## Il Distretto Sanitario

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

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

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

Sono compiti del Distretto:

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

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

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

<u>Distretto Sanitario di Agrigento:</u>	<i>Agrigento, Aragona, Comitini, Favara, Ioppolo, Giancaxio, Porto Empedocle, Raffadali, Realmonte, Santa Elisabetta, Sant'Angelo Muxaro, Siculiana.</i>
<u>Distretto Sanitario di Bivona:</u>	<i>Alessandria della Rocca, Bivona, Cianciana, San Biagio Platani, Santo Stefano di Quisquina.</i>
<u>Distretto Sanitario di Canicattì:</u>	<i>Camastra, 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>
<u>Distretto Sanitario di Ribera:</u>	<i>Burgio, Calamonaci, Cattolica Eraclea, Lucca Sicula, Montallegro, Ribera, Villafranca Sicula.</i>
<u>Distretto Sanitario di Sciacca:</u>	<i>Caltabellotta, Menfi, Montevago, Sambuca di Sicilia, Santa Margherita Belice, Sciacca.</i>

#### LE RISORSE UMANE:

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



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

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



## - GLI OBIETTIVI AZIENDALI -

L'ASP di Agrigento ha introdotto il sistema di misurazione e valutazione della performance, nel rispetto del decreto legislativo n. 150/09, e con atto deliberativo n. 118 del 26/01/2022 - si è dotata del Piano della Performance 2022-2024, ovvero di quel documento programmatico triennale, che in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di periodo, definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

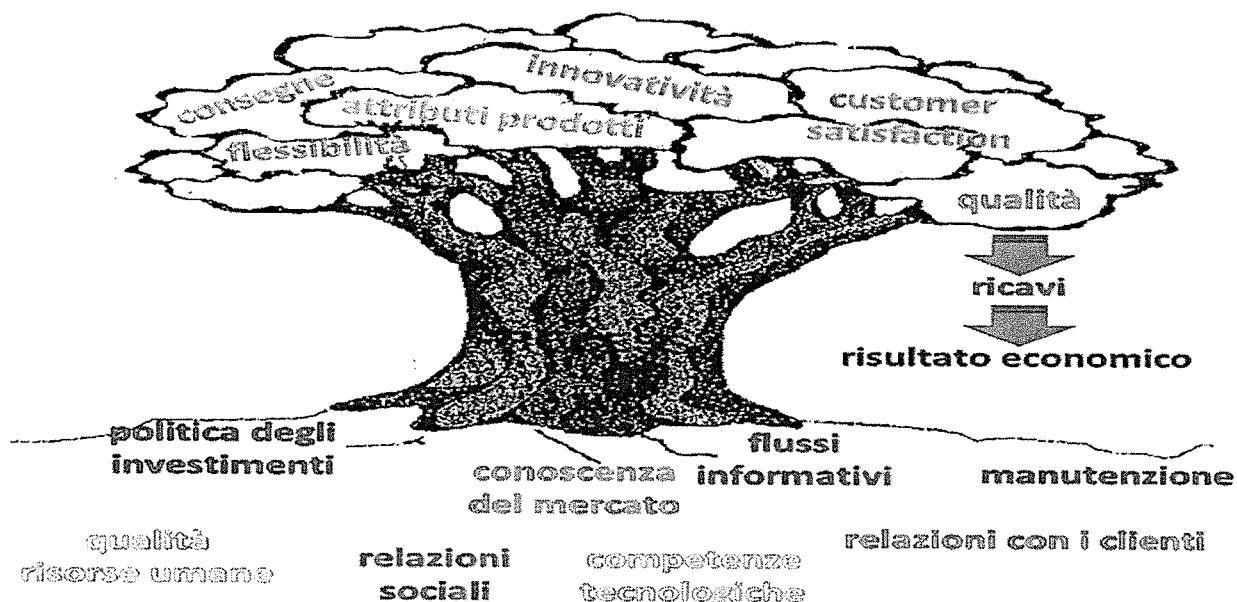
Nella considerazione della complessità del quadro pandemico l'Azienda, atteso che le attività Aziendali inevitabilmente sono state concentrate, già a partire dal 2020, nel contrasto della pandemia da “coronavirus”, che ha indubbiamente determinato inevitabili refluenze operative gestionali anche sul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

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

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



## - L'ALBERO DELLA PERFORMANCE -



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

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

## - IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

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

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

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

Fasi	Attività	Soggetti coinvolti
fase a	Definizione e assegnazione obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, previa negoziazione anche delle risorse umane, tecniche e finanziarie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direzione strategica aziendale</li> <li>- Programmazione e controllo di gestione</li> <li>- Politiche del personale</li> </ul>
fase b	Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programmazione e Controllo di Gestione</li> </ul>
fase c	1) Monitoraggio in corso di esercizio 2) Attivazione di eventuali interventi correttivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Programmazione e controllo di gestione</li> <li>2) Direzione strategica aziendale</li> </ul>
fase d	Misurazione e valutazione annuale della performance individuale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il dirigente di struttura immediatamente sovraordinata, in prima istanza;</li> <li>- L' O.I.V. in seconda istanza</li> </ul>
fase e	Misurazione e valutazione annuale delle unità organizzative	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> </ul>
fase f	Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito	Settore personale
fase g	Rendicontazione dei risultati ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Settore personale/U.O. politiche del personale</li> <li>- Comunicazione istituzionale - sito web</li> <li>- Struttura tecnica permanente</li> </ul>

**- L'ORGANISMO INDEPENDENTE DI VALUTAZIONE -**

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



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

L'organismo indipendente di valutazione svolge le funzioni e le attività di cui all'articolo 14 del decreto legislativo n. 150 del 2009 con l'obiettivo di supportare l'amministrazione sul piano metodologico e verificare la correttezza dei processi di misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della performance organizzativa e individuale. Verifica, inoltre, che l'amministrazione realizzi nell'ambito del ciclo della performance un'integrazione sostanziale tra programmazione economico-finanziaria e pianificazione strategico-gestionale. Ai fini della valutazione della performance organizzativa, promuove l'utilizzo da parte dell'amministrazione dei risultati derivanti dalle attività di valutazione esterna delle amministrazioni e dei relativi impatti.

In particolare:

- a) monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso ((, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi));
- b) comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché' alla Corte dei conti ((e al Dipartimento della funzione pubblica));
- c) valida la Relazione sulla performance, a condizione che la stessa sia redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione;
- d) garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione (con particolare riferimento alla significativa differenziazione dei giudizi di cui all'articolo 9, comma 1, lettera d) nonché' dell'utilizzo dei premi di cui al Titolo III, secondo quanto previsto dal presente decreto, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- e) propone, sulla base del sistema di cui all'articolo 7, all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi di cui al Titolo III;



- f) è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti ((dal Dipartimento della funzione pubblica sulla base del decreto adottato ai sensi dell'articolo 19, comma 10, del decreto legge n. 90 del 2014));
- g) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
- h) verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

#### **- I REGOLAMENTI AZIENDALI PER LA VALUTAZIONE -**

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

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

#### **- LO SVILUPPO DEL PIANO DELLA PERFORMANCE 2022 - 2024 -**



Nello sviluppo del Piano della Performance 2022 - 2024 l’Azienda, ispirandosi al sistema di gestione della *performance secondo a quanto previsto dal d.lgs. 150/09* e dal D.A. 1821 del 26.09.2011, ha tenuto conto dell’impianto degli obiettivi assegnati nell’anno 2021 alle Direzioni Generali nell’ambito contrattuale.

Il Piano della Performance è stato adottato con **Deliberazione del Commissario Straordinario n. 118 del 26/01/2022**; esso costituisce il presupposto per la predisposizione della presente relazione annuale sulla performance anche se per l’assegnazione degli obiettivi alle articolazioni aziendali ci si è riferiti al modello di performance ispirato ai nuovi obiettivi contrattuali e di salute e funzionamento assegnati dall’Azienda nell’anno 2021.

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

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

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

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

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



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

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

Per ogni area di intervento nel piano sono state individuati:

- gli obiettivi strategici ed operativi 2022/2024;
- il valore atteso con gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Inoltre, come detto in premessa anche l'anno 2022 è stato caratterizzato da contingenti situazioni emergenziali che hanno di fatto determinato un rimaneggiamento delle attività organizzative di questa Azienda Sanitaria.

I contenuti e le disposizioni dei vari DPCM relativi all'emergenza sanitaria hanno indotto la Direzione Strategica a considerare la necessità di procedere all'aggiornamento degli obiettivi del ciclo della performance 2022 in continuità con gli obiettivi del 2021.

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



## - GLI OBIETTIVI STRATEGICI ORGANIZZATIVI -

Per soddisfare gli obiettivi strategici aziendali assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute, questa ASP ha tradotto gli stessi in un set di indicatori trasposti anche nel Piano della Performance 2022-2024, che sintetizzano il portafoglio dell'offerta sanitaria dell'ASP, ciò ha rappresentato uno *step imprescindibile* per l'Amministrazione.

Le linee di indirizzo regionali hanno comunque costituito una base solida per il piano della performance 2022- 2024, dal momento che sono state individuate le suddette aree di intervento:

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

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

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

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

## - GLI OBIETTIVI OPERATIVI -

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



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

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

Anche per l'anno 2022, per la stesura e la presentazione dei piani operativi, si è fatto riferimento al piano di realizzazione della performance, all'interno del quale sono stati previsti i seguenti passaggi logici fondamentali:

- I Direttori delle UU.OO.CC., sia dell'Area Ospedaliera (PP.OO.) che dell'Area Territoriale (Distretti Sanitari di Base, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimenti di Prevenzione, Area Gestione del Farmaco, Area Amministrativa), con riferimento agli obiettivi, sia generali che specifici attinenti la propria area, hanno coinvolto, tanto nella fase di elaborazione degli obiettivi che in quella di attuazione, tutti i responsabili delle unità operative semplici afferenti alla stessa struttura complessa nonché tutto il personale in servizio sia della dirigenza che del comparto.
- I responsabili delle restanti articolazioni più complesse (Direttori delle Aree Amministrative, Direttori di Distretto Sanitario, Responsabile Gestione Area del farmaco e Responsabile dello Staff del Centro Direzionale nonché i direttori delle aree amministrative) hanno predisposto i rispettivi Piani Operativi, secondo gli 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 e ciò, comunque, dopo aver verificato la loro compatibilità con gli obiettivi generali dell'Azienda, con i vincoli di bilancio nonché le risorse umane e strumentali disponibili. Nei medesimi piani di lavoro dovevano anche essere esplicitate le iniziative che si intendevano avviare per il raggiungimento degli obiettivi specifici di ciascuna unità operativa nel rispetto dei programmi e degli obiettivi generali dell'Azienda, nonché tenuto conto di quanto stabilito dal regolamento aziendale sul sistema premiante.
- La Direzione Generale, avvalendosi della U.O.C. Controllo di Gestione, ha predisposto le schede di budget del 2022, ha disposto l'assegnazione di obiettivi di performance



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

- Ciascun responsabile di U.O.C. ha avuto la competenza e la responsabilità di porre le basi per la verifica sul grado di partecipazione dei dipendenti, afferenti alla medesima U.O. sia della dirigenza che del comparto, al conseguimento degli obiettivi negoziati, ponendo in essere tutti gli adempimenti propedeutici all'applicazione dei sistemi di valutazione e verifica, anche ai fini del indennità di risultato;
- I Piani Operativi, sia in forma cartacea che per posta elettronica, sono pervenuti alla Direzione Aziendale tramite la U.O.C. Controllo di Gestione.

#### **- LA RENDICONTAZIONE DEGLI OBIETTIVI OPERATIVI -**

In considerazione della situazione pandemica con la nota prot. n. 7701 del 13/01/2023 sono state emanate le indicazioni operative alle varie articolazioni aziendali per la relativa rendicontazione dei risultati della performance organizzativa delle strutture e quella individuale del personale afferente.

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

Conseguentemente per l'anno 2022 la UOC Controllo di Gestione, nell'ambito dei compiti d'istituto previsti e per le attività di competenza, ha svolto l'istruttoria per la misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi previsti dai diversi piani operativi, in aderenza ai regolamenti aziendali vigenti, determinando il Valore Verificato di ogni struttura contrattante, per la successiva valutazione da parte dell' OIV e definitiva validazione del ciclo della performance per l'anno 2022.



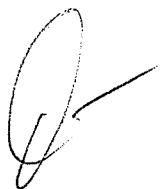
**ASP AGRIGENTO**  
**PIANO PERFORMANCE OBIETTIVI 2022**

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

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2022	Grado di raggiungimento obiettivo nell'ambito delle attività di verifica del CdG	Note
1.1 Presa in carico della cronicità	Contenimento ospedalizzazione per le patologie target e attivazione percorsi	Incremento dei pazienti affetti da diabete e scompenso cardiaco arrovolati attivamente diabetici a media complessità HbA1c 8 Emoglobina glicata) >= 6,5. Progetto IGEA; scompensati cardiaci a media complessità classificati in II classe NYHA.	n. pz Diabetici e scompensati con cardiaci arrovolati attivamente / n. pz a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico X 100 >90%	Obiettivo verificato Tale obiettivo è in carico ai DD.SS.BB. dell'Azienda	Al CdG è affidato il compito di provvedere al processo di <u>misurazione</u> degli obiettivi assegnati alle UU.OO. dell'Azienda
		Applicazione Percorso BPCO ai sensi del II Decreto 22 Novembre 2016 di approvazione del documento di indirizzo regionale prevede il percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da BPCO	SI	Obiettivo verificato	



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



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



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		Obiettivo verificato	
1.4 Liste di Attesa	PRGLA per il triennio 2020- 2022	Linee di intervento per il governo dell'offerta (codificati come IGO)	Rispetto tempistica checklist per la verifica delle linee di intervento del PRGLA 2019-2022 da IGO 1 ad IGO 27	Obiettivo verificato	Dati pubblicati su portale ssr salute
		Linee di Intervento per il governo della domanda (codificati come IGD).	Rispetto tempistica checklist per la verifica delle linee di intervento del PRGLA 2019-2021-2022 da -IGD 1 ad IGD 04	Obiettivo verificato	Dati pubblicati su portale ssr salute
1.5 Screening	Screening oncologici (obiettivi di salute e funzionamento )	n. test eseguiti per tumore cervice uterina/popolazione target	>=50%- scala obiettivi agenас	Obiettivo non verificato	
		n. test eseguiti per tumore colon retto/popolazione target	>=50%- scala obiettivi Agenas	Obiettivo non verificato	



		n. test eseguiti per tumore mammella/popolazione target	>=60% - scala obiettivi Agenas	Obiettivo non verificato	
		Rispetto del valore previsto dal ministero della salute delle estensioni su tutti gli screening	secondo direttive ministeriali	Obiettivo non verificato	
		N. Soggetti vaccinati /popolazione target residente	92-95% a 24 mesi, per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	Nell'anno 2022 i centri vaccinali sono stati sempre aperti all'utenza nel rispetto delle normative vigenti. Rispetto alle coperture hanno subito una leggera flessione a causa della mancata adesione dell'utenza stessa	
1.6 Copertura vaccinale e sorveglianza malattie infettive	implementazione copertura vaccinale	Predisposizione di un programma comunicazione basato sulle evidence per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole ( PNPV 2017-2019 e DA n. 11965/2017- nota prot. n.76451 del 16.10.2018- disposizioni operative vaccini.	Relazione sulle attività svolte	In atto in fase di verifica per l'anno 2022	



	Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul cruscotto regionale per la gestione dell'anagrafe vaccinale	Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul cruscotto regionale	Obiettivo verificato	
	Offerta attiva delle vaccinazioni ai soggetti extracomunitari sbarcati sulle coste siciliane (direttiva-nota prot.n.71734 del 28.09.2018)	Relazione sulle modalità di offerta dei vaccini, in conformità al calendario vaccinale, ai soggetti extracomunitari momentaneamente residenti sul territorio regionale con relativa rendicontazione	Obiettivo verificato	
	Notifica delle malattie infettive rispetto al numero totale di casi rilevati con SDO	70%	Obiettivo verificato	

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

## 2. Appropriatezza organizzativa e Sicurezza

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

			<p>Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;</p> <p>Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento;</p> <p>Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori;</p>		
2.2 Efficacia Punti Nascita	Miglioramento Sicurezza Punti nascita	PN senza UTIN: partoriscono età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore	secondo direttiva regionale ultima disponibile	Obiettivo verificato	
		PN senza UTIN: percentuale dei neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita	<8% secondo direttiva regionale ultima disponibile	Obiettivo verificato	

		PN con UTIN: numero neonati dimessi direttamente da TIN/totale pazienti ricoverati nella TIN	<5%	Obiettivo verificato	
		Elaborazione di un report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio	trimestrale	Obiettivo verificato	
		Numero requisiti check list rispettati/totale requisiti da rispettare	100%	Obiettivo verificato	
2.3 Sicurezza dei pazienti	Monitoraggio degli eventi sentinella e dei relativi piani di miglioramento	Percentuale di completezza scheda A e scheda B. in coerenza al protocollo nazionale SIMES  Monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive	100%  SI	In atto in fase di verifica	



	Direttiva regionale CRE-Sorveglianza delle batteriemie da enterobatteri resistenti ai carbopenem 8CRE-PNCAR e Circolare del Ministero della Salute prot. 1479 del 17/01/2020	Pieno utilizzo della Piattaforma Regionale CRE	100% degli inserimenti	Obiettivo verificato	
	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano nazionale di Contrasto dell'Antibiotico Resistenza (PNCAR) 2018- 2022" ai sensi del D.A. 1162 del 27.06.2018	aderenza alle indicazioni regionali	100%	In atto in fase di verifica	
2.4 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	Obiettivo verificato anno 2022	



	Rispetto della previsione di raccolta delle EC Incremento della quantità di plasma destinato all'emoderivazione (cat.A-B)		Secondo PAA 2019- 2020- per l'anno 2022	Obiettivo verificato	
2.5 Appropriatezza	Adempimenti regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	Rispetto degli adempimenti previsti NOC	100% dei controlli previsti dell'anno 2021	Pienamente raggiunto per i controlli di pertinenza dell'anno 2021 (controlli effettuati nell'anno 2022)	
	Aderenza al PNE	Svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE	Report	Obiettivo verificato	
	Implementazione linee guida secondo direttive regionali	Report sulla base dei degli indicatori previsti nei rispettivi PDTA	SI	Obiettivo verificato	
2.6 Sicurezza nei luoghi di lavoro	Attuazione/aggiornamento piano emergenza	n. prove di evacuazione effettuate sui presidi aziendali/num. prove da effettuare	>=per punto fisico	Obiettivo verificato	

### 3. Obiettivi di salute e funzionamento

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2022	Grado di raggiungimento obiettivo	Note commento
3.1 Ottimizzazione casistica	Complessità casistica	Ottimizzazione del Peso Medio area medica (RO+DH)	anno 2022	Obiettivo verificato	
		Ottimizzazione del Peso Medio area chirurgica	anno 2022	Obiettivo verificato	
		Ottimizzazione dell' indice attività chirurgica	anno 2022	Obiettivo verificato	
3.2 Efficacia area ortopedica	tempestività presa in carico paziente con frattura di femore ove r 65 anni	numero di fratture femore per over 65 operate entro le 48 h	60% a 94,3%	Obiettivo verificato	
		% pazienti con verticalizzazione entro le 48H	>30%	In atto in fase di verifica	
		%pazienti con mobilizzazione precoce entro le 48h	>20%	In atto in fase di verifica	
		%accesso in riabilitazione cod. 56 a 30 gg dalla dimissione pz >= 65 anni	>10% rispetto al 2020	In atto in fase di verifica	
		%accesso in riabilitazione cod. 56- 60 a 30 gg dalla dimissione pz>=65 anni	>10% rispetto al 2020	In atto in fase di verifica	



		%accesso in riabilitazione cod. 60 a 30 gg dalla dimissione pz >=65 anni	>rispetto al 2019	In atto in fase di verifica	
3.3 Efficacia area ostetrica	Riduzione ricorso taglio cesareo	parti cesarei su parti donne non precesarizzate (cesarei primari)/parti di donne con nessun pregresso cesareo	PN 1° Livello <15% PN 2° livello <25%	Obiettivo verificato	
3.4 Efficacia area cardiologica	tempestività presa in carico paziente IMA STEMI	P.T.C.A. entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI (differenza tra la data di intervento e quello di ingresso in PS)/numero totali di IMA sterni	>91,8%	Obiettivo verificato	
	Riduzione Mortalità	Mortalità a trenta giorni dal primo accesso per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA) tasso grezzo	Secondo direttiva PNE agenas		
		Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (tasso grezzo)	Secondo direttiva PNE agenas	In atto in fase di verifica	Obiettivo è valutabile da reportistica regionale per cui se presente difformità viene richiesto di attivare audit correttivi
3.5 Efficacia area chirurgica	Miglioramento Appropriatezza organizzativa e fluidità processo	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza postoperatoria inferiore a 3 gg/numero totale di ricoveri	>95,3%	Obiettivo verificato	



		Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2020- 2022)	SI	Obiettivo verificato	
3.6 Donazioni organi	Incremento dell'attività di donazioni organi	Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2022 non inferiore del 20% rispetto all'anno 2021.	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 20% rispetto all'anno precedente di riferimento	Obiettivo verificato	Il numero delle procedure eseguite deve essere considerato anche in relazione al fatto che l'Asp non è sede di U.O.C. neurochirurgia
		Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38%	Valore obiettivo 100% se non superiore del 38% rispetto all'anno precedente di riferimento	Obiettivo verificato	
		Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore battente) non inferiore al 30%	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 30% rispetto all'anno precedente di riferimento	Obiettivo verificato	
		Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione.	SI	Obiettivo verificato	

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

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2022	Grado di raggiungimento obiettivo	Note
4.1 Rispetto dei vincoli di bilancio e tetti di spesa	Rispetto tetti di spesa	Monitoraggio equilibrio di bilancio assegnato (Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio )	controllo costante e monitoraggio del rispetto delle risorse negoziate	Obiettivo verificato	E' stato approvato il bilancio consuntivo 2021 Sono stati redatti i 4 CE trimestrali ed è in corso di definizione il bilancio consuntivo 2022
		Rispetto del tetto di spesa annuale del personale dipendente	rispetto budget negoziato	Obiettivo in fase di verifica	
		Rispetto tetto spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera	rispetto delle risorse negoziate annualmente	Obiettivo in fase di verifica	
4.2 Azioni per contenimento spesa	monitoraggio e contenimento spesa farmaceutica	Riduzione scorte di magazzino e monitoraggio spesa tramite procedura informatizzata	< 2 % rispetto all'anno precedente	Obiettivo in fase di verifica	
		Erogazione del primo ciclo di terapia	Rispetto erogazione popolazione target	Obiettivo verificato	



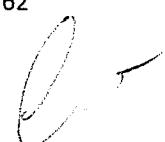
	Inventario beni mobili strumentali	Completamento della riconciliazione giustificata fra dati forniti da CdC responsabili e quanto risulta nel libro cespiti	a) Inventario e riconciliazione con libro cespiti del 90% dei beni mobili strumentali esistenti b) Report trimestrale	Obiettivo in fase di verifica	Sono state chieste le operazioni inventariali il 31.12.2022. (cespiti mobili)
	Monitoraggio locazioni passive	Mappatura locazioni passive con individuazione di proposte di recessione contratti in essere con eventuale utilizzo locali di proprietà	Report annuale mappatura locali guardie mediche	Obiettivo verificato	
	Riduzione Contenzioso	Mappatura contenzioso	Report di aggiornamento trimestrale	Obiettivo verificato Obiettivo verificato	
		Stima della percentuale di soccombenza e stima della quota di accantonamento trimestrale a Fondo Rischi	Relazione trimestrale a corredo CE 2022 di periodo	In atto in fase di verifica	
	Gestione dei sinistri e degli aspetti assicurativi a livello aziendale	n° pratiche sinistri valutati e definiti/ comunicazione sinistri pervenuti	>= 85%	In atto in fase di verifica	



		Aggiornamento Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTCT)	adozione aggiornamento ed integrazione del Piano nell'ambito del PIAO 2022	Obiettivo verificato	
4.6 Trasparenza Anticorruzione	Attuazione del Piano triennale e per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Pubblicazione dati/report sul sito aziendale nella sezione link "Amministrazione Trasparente" secondo quanto previsto dalle linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016"	pubblicazione del 100% dei dati nel rispetto della tempistica prevista normativa vigente - report semestrale	Obiettivo verificato	



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



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



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

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

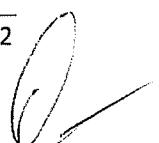
## 5. Contributo alla riorganizzazione aziendale

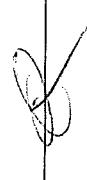
Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2022	Grado di raggiungimento obiettivo	Note
5.1 Flussi informativi	tempestività e qualità dei flussi informativi	Rispetto dei tempi di trasmissione su piattaforma NSIS	100%	Obiettivo verificato	
		Qualità dei flussi con %scarti>1% dei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



		Miglioramento del sistema di codifica delle SDO	100%	Obiettivo verificato	Tale attività è implementata per il tramite di reportistica on demand inviata alle UU.OO. al fine di correggere i difetti di codifica
		Completa e corretta compilazione modello LA	100%	Obiettivo verificato	
		Monitoraggio gestione flussi Personale convenzionale, personale dipendente, CRIL, Beni e servizi	100%	Obiettivo verificato	
5.2-Gestione Rifiuti Solidi Ospedalieri assimilabili ai rifiuti urbani	Appropriatezza nella differenziazione dei rifiuti assimilabili ai rifiuti urbani	Percentuale di corretta differenziazione sulla base delle schede di verifica scaturenti dall'attività di controllo	100%	In atto in fase di verifica	
5.3 informatizzazione	Aumentare le prescrizioni dematerializzate da parte dei medici prescrittori	Percentuale di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (come risulteranno censiti e abilitati sul sistema TS e che avranno effettuato almeno una prescrizione)	Valori secondo direttiva regionale per l'anno 2022	Obiettivo verificato	E' stato attestato il pieno raggiungimento dal competente servizio Assessoriale

		numero medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato e inviante nei periodi considerati come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS	Valori secondo direttiva regionale per l'anno 2022		
5.3.Formazione professionisti Ricerca	Programmazione e Monitoraggio degli interventi di formazione	Predisposizione piano formativo aziendale	SI	Obiettivo verificato	
		mantenimento proporzione risorse umane assegnate	si	Obiettivo verificato	
		Realizzazioni e monitoraggio azioni previste nel piano formativo aziendale 2022. budget speso/budget assegnato	>80%	Obiettivo verificato	
5.4 FSE	% dei consensi alla consultazione trasmessi al sistema FSE-INI rispetto al numero dei pazienti ricoverati	> 5% per il 2022 (salvo diversa determinazione regionale)		Obiettivo verificato	



	% delle strutture pubbliche invianti a regime referti di laboratorio in formato CDA2-HL7	≥90% dei laboratori		Obiettivo verificato	
	% delle strutture di Pronto Soccorso dove è possibile consultare in maniera celere il FSE del Paziente ed in particolare il Profilo Sanitario Sintetico	In almeno 1 PS dell'Azienda A regime almeno il 50% dei PS dell'Azienda	Mantenimento o aumento del dato dell'anno 2021 secondo direttive regionali	Obiettivo in fase di implementazione entro il 30_06_2023	
	Avvio del conferimento al FSE -INI di verbali di Pronto Soccorso, lettere di dimissione 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 2020 secondo direttive regionali	Obiettivo in fase di implementazione entro il 30_06_2023	
5.5 Percorsi e Audit	Formalizzazione percorsi diagnostico terapeutici	su indicazione regionale	si	Obiettivo verificato	
	Audit Clinico e PNE	Sviluppo di audit a partire dai dati del PNE	si	Gli audit di verifica sono effettuati su indicazione regionale in relazione agli esiti delle strutture oggetto di verifica	
5.6 Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini/pazienti	Sistema Provinciale Regionale Qualità percepita	monitoraggio periodico dei livelli di qualità percepita.	report annuale di monitoraggio dei livelli di qualità percepita		Con la nota prot. n.34650 del 04.08.2022 il DASOE/ servizio 8 ha sancito la sospensione delle Attività di rilevazione della qualità percepita- customer satisfaction
	Programma aziendale di comunicazione	% di completamento delle azioni previste dal Piano di comunicazione	>90%	Obiettivo verificato	

	Valutazione e gestione del dolore cronico	n. operatori formati/n. operatori da formare	>= 80%	Obiettivo verificato	Attivato presso il P.O, il DH di terapia del dolore
	Sistema Regionale Qualità percepita PERSONALIZZAZIONE E UMANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA E COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI/ PAZIENTI	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas	Attuazione delle direttive regionali previste		Con la nota prot. n.34650 del 04.08.2022 il DASOE/ servizio 8 ha sancito la sospensione delle Attività di rilevazione della qualità percepita- customer satisfaction



## 6. Sanità pubblica e prevenzione

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2022	Grado di raggiungimento obiettivo	Note
6.1 Sicurezza Alimentare	Garantire la disponibilità di laboratori per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (Criticità POCS).	Secondo direttive regionali	valore assegnato	Obiettivo verificato	
	Attuazione dei piani di controllo ufficiale sugli alimenti (PRIC Sicilia) nonché -Piano nazionale residui -Piano di monitoraggio Molluschi bivalvi	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	Obiettivo verificato	
	Garantire la piena funzionalità (riversamento)	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	Obiettivo verificato	



	massivo ed aggiornamento costante) del sistema informativo regionale Demetra in sicurezza alimentare (Criticità PRP)				
6.2 Prevenzione in Sanità animale	Controllo di tutto il patrimonio bovino ed ovino-caprino controllabile	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	Obiettivo verificato	
	Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende 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	Obiettivo verificato	
	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi caprina	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	Obiettivo verificato	
	Riduzione dei tempi di	Secondo direttive	valore atteso secondo direttive	Obiettivo verificato	



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



	32187 del 8.4.2016)				
6.4 Prevenzione luoghi di lavoro	Sorveglianza lavoratori ex esposti	Invio report trimestrali, invitare il 100% dei soggetti ex esposti riconosciuti	valore atteso secondo direttive regionali	In atto in fase di verifica	
6.5 Prevenzione e controllo del randagismo	Prevenzione del randagismo: Controllo delle nascite	N. cani di età > 8 mesi ricoverati nei canili pubblici fino al 31 ottobre sterilizzati / totale di cani > 8 mesi ricoverati fino al 31 ottobre, sterilizzabili	90%	Obiettivo verificato	
		n. canili e allevamenti controllati / n. canili e allevamenti autorizzati	100%	Obiettivo verificato	
	Controllo della gestione dei canili e dei concentramenti	n. concentramenti di cani controllati / n. concentramenti programmati in base al rischio	100%	Obiettivo verificato	



## - GLI OBIETTIVI DEL PIANO ATTUATIVO AZIENDALE - 2019 2020 -

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

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

In dettaglio:

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

Infine, appare opportuno evidenziare che L'Assessorato Regionale della Salute attua, per il tramite della AGENAS (ai sensi dell'art. 16, comma 6, lett. d) della l.r. n. 5/2009), un procedimento di valutazione a consuntivo degli obiettivi di Salute e di funzionamento dei servizi, di tutte le aziende del SSR, fornendo elementi utili di benchmark tra le diverse realtà sanitarie presenti sul territorio regionale. Si riporta di seguito la tabella riassuntiva dei risultati attesi per l'anno 2022:

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



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI</li> </ul>	5	5
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colecistectomia laparoscopica</li> </ul>	5	5
3. Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa		10	10
4. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita		10	10
5. Pronto Soccorso – gestione del sovraffollamento		10	10
6. Donazione organi		3	9
7. Prescrizioni in modalità dematerializzata		5	7
8. Fascicolo Sanitario Elettronico		5	10
9. Percorso di Certificabilità		5	5
10. Piani di efficientamento e riqualificazione		-	5
11. Piani Attuativi Aziendali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Area Sanità pubblica e prevenzione</li> </ul>	5	-
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Area qualità', governo clinico e sicurezza dei pazienti</li> </ul>	9	9
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Area assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria</li> </ul>	9	2
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>		<b>100</b>	<b>100</b>



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

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

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

OBIETTIVO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO
cap.1.2 ESITI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frattura del Femore</li> <li>• Parti Cesarei</li> <li>• Tempestività PTCA nei casi di IMA STEMI</li> <li>• Colecistectomia Laparoscopica</li> </ul> <p><b>Fratture femore:</b> Il raggiungimento dell'obiettivo è riconosciuto a partire da un valore minimo del 60% definibile come valore zero della scala di misura.</p> <p>Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%), l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo (94,3%), il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare; il dato grezzo da reportistica aziendale è pari al 95,25% pertanto l'obiettivo è verificato.</p>

<b>PTCA:</b> Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza, corrispondente allo standard del DM 70 (60%) e il target nazionale (valore obiettivo 91,8%). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. il dato grezzo da reportistica
---



aziendale è pari al **89,22%** pertanto l'obiettivo è verificato.

**PARTI CESAREI:** IL raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente alla media regionale dell'anno precedente rispettivamente : (26% e 28%) per ciascuno dei due livelli/soglia individuati e il rispettivo valore obiettivo. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è superiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Il dato grezzo da reportistica aziendale è pari al **19,41%** pertanto l'obiettivo è verificato.

**Colecistectomia post laparoscopica:** Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente al valore medio regionale attestabile al 70%. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo (95,30), il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.

il dato grezzo da reportistica aziendale è pari al **96,23%** pertanto l'obiettivo è verificato

OBIETTIVO	
cap.1.3	Monitoraggio e garanzia tempi di attesa in coerenza con PRGLA e PNGLA 19-21

Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto al peso assegnato	Il PRGLA è stato declinato alle aziende successivamente alla promulgazione del D.A. n.631/2019. La CUR (Cabina Unica di Regia) Aziendale ha operato per il raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Siciliana e nel rispetto degli indicatori di performance contenuti nel Decreto Reginale di riferimento. Gli indicatori riportati sul sito aziendale e sul portale regionale attestano il raggiungimento degli obiettivi assegnati
100%	L'Obiettivo è verificato

OBIETTIVO	Grado di Raggiungimento
cap.1.4	Garantire gli standard ed i requisiti di sicurezza nei punti nascita

Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto al peso assegnato	<p>Al fine di monitorare le modalità organizzative predisposte per migliorare il livello di appropriatezza e di sicurezza delle prestazioni erogate dai Punti Nascita di 1° e di 2° livello (come previsto dal Accordo CSR 16/12/2010, recepito dal DA 2/12/2011 e s.m.i.) sono stati previsti indicatori di monitoraggio dedicati:</p> <p>a) nei PN senza UTIN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantire che venga data assistenza alla gravidanza e al parto esclusivamente a partire dall'età gestazionale <math>\geq</math> a 34 settimane compiute.</li> <li>- Se con età gestazione inferiore a 34 settimane ricovero inferiore a 24 ore (appropriatezza organizzativa)</li> <li>- Garantire la corretta selezione della tipologia e del livello assistenziale della casistica in ingresso e ridurre il tasso di trasferimento dei neonati dal punto nascita verso UTIN di riferimento</li> </ul> <p>b) nei PN con UTIN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Predisporre un modello organizzativo che contemperi appropriatezza clinica e corretto utilizzo delle risorse, attraverso il trasferimento dei neonati da Terapia Intensiva a Patologia Neonatale nel corso del ciclo di cura.</li> <li>- Definire i criteri di ricovero in TIN (cod. 73) e Patologia Neonatale (62) e gli indicatori per il monitoraggio dell'effettiva attuazione.</li> </ul>
---	--



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

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

Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto al peso assegnato	<p>E' stato approntato un cruscotto direzionale per la gestione dell'indice di efficienza operativa del pronto soccorso della azienda.</p> <p>E' stato adottato il Piano Aziendale per la gestione del sovraffollamento</p> <p>E' stata redatta la delibera per la definizione dei lavori nei PPSS dell'Azienda</p> <p>Il periodo di pandemia anche per l'anno 2022 ha determinato una notevole contrazione degli accessi nei PP.SS. dell'Azienda. I protocolli per il controllo della pandemia hanno determinato la non attendibilità degli indici di sovraffollamento</p>
100%	L'Obiettivo è verificato

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



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

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

	OBIETTIVO	PESO ASSEGNATO
cap.1.7	<p>Prescrizione Dematerializzate: Aumento del numero di medici dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata</p> <p>Aumento significativa del numero di prescrizioni dagli stessi effettuate</p>	<p>1. % di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici</p> <p>2. numero medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette DEM prescritte / medici abilitati)</p> <p>1. ASP: &gt;35% nel 2022</p> <p>2. &gt;120 nel 2022</p>

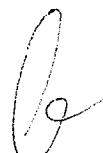
Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto al peso assegnato	<p>L'obiettivo è stato raggiunto per il sub ob. 1 con la percentuale di 36,09% di medici accreditati sulla piattaforma nel 2022</p> <p>Per il sub 2 si è superato il n. di 230,23 di media di prescrizioni dematerializzate per medico nell'anno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



	OBIETTIVO	Grado di Raggiungimento
cap.1.8	Fascicolo Sanitario Elettronico:	<p>1. % di consensi alla consultazione trasmessi al sistema FSE_INI rispetto al numero dei pazienti ricoverati nel 2021</p> <p>2. % delle strutture pubbliche invianti a regime referti di laboratorio in formato CDA2-HL7</p> <p>3. % delle strutture di PS dove è possibile consultare in modo celere FSE del PZ ed in particolare il profilo Sanitario Sintetico</p> <p>4. avvio del conferimento al FSEINI di verbali di PS lettere di dimissioni ospedaliera e referti di specialistica anche informato pdf</p>

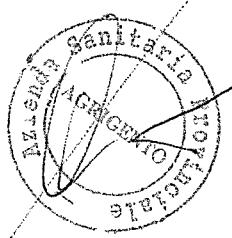
Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto al peso assegnato	
100%	L'Obiettivo verificato. Tale obiettivo è stato rinviato al 30/06/2023

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



Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto al peso assegnato	<p>Le azioni contenute nelle tre aree sono state raggiunte per la quasi totalità delle azioni previste sia per l'anno 2019 che per il 2020 nella considerazione che il Piano Attuativo Aziendale è biennale 2019-2020.</p> <p>Per l'anno 2022 sono stati perseguiti gli obiettivi assegnati in continuità con il PAA 2019 – 2020, che rappresenta l'ultimo documento emanato dall'Assessorato Regionale della Sanità.</p>	
100%	L'Obiettivo è verificato	

IL DIRETTORE  
 UOC Controllo di Gestione  
 Dr. Filadelfio Adriano Cracò  

## PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, a cura dell'incaricato, è stata pubblicata in forma digitale all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**L'Incaricato**

**Il Funzionario Delegato  
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le  
Sig.ra Sabrina Terrasi**

Notificata al Collegio Sindacale il \_\_\_\_\_ con nota prot. n. \_\_\_\_\_

## DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_

### SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato l'**approvazione** con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Ha pronunciato l'**annullamento** con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n. 5/09

dal \_\_\_\_\_

## DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo,  
dal \_\_\_\_\_

Immediatamente esecutiva dal 13 GIU. 2023

Agrigento, li 13 GIU. 2023

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

Sig. DOMENICO ALAIMO  
Coadiutore Amministrativo

## REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

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

Agrigento, li

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