SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO
*Tel. 0922 407111 Fax 0922 401229*
P.IVA e C.F. 02570930848

# *PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE*

# *2012 – 2014*

## Indice

**1 – Il piano della performance**

1. Finalità
2. Contenuti
3. Principi generali
4. Gli obiettivi derivanti dalla L.R. 5/2009
5. Gli obiettivi derivanti dal Piano della Salute 2011-2013
6. Gli obiettivi del Direttore Generale
7. La Fusione delle Aziende e la gestione delle risorse umane
8. La misurazione delle performance e gli adempimenti in tema di trasparenza
9. L'amministrazione in cifre
10. Chi siamo, cosa facciamo come operiamo

**2 – L'analisi del contesto interno ed esterno**

1. Punti di forza e debolezza interni, opportunità e minacce interne

**3 – Analisi quali-quantitativa delle risorse umane**

1. Analisi caratteri quali-quantitativi
2. Analisi benessere organizzativo
3. Analisi di genere

**4 – Gli obiettivi individuati e gli indicatori**

1. Il contenuto
2. La comunicazione del piano all'interno ed all'esterno

**5 – Il processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo della performance**

1. Il gruppo di lavoro
2. Le azioni di miglioramento previste

**6 - Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione della performance**

1. Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione della performance

# 1 – Il piano della performance

## 1. Finalità

Con il presente Piano questa Direzione prosegue nella sua attività di implementazione di un sistema ispirato al ciclo di gestione della *performance* introdotto dall'articolo 4 del d.lgs. 150/09 e che ha trovato nella redazione del piano della performance 2011 – 2013 la sua prima formalizzazione.

Lo stesso piano, redatto lo scorso anno, sarà oggetto entro la data prevista dal d.lgs. 150/09 di attento esame da parte dell'organismo indipendente di valutazione e costituirà dunque, in linea con le disposizioni normative nazionali e regionali, il presupposto per la predisposizione della relazione annuale sulla performance.

Sono confermate, nella stesura del presente documento, le finalità già introdotte con il piano performance 2011-2013 e in particolare:

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

Alle finalità sopra evidenziate, tuttavia, in relazione alle disposizioni nazionali e assessoriali recentemente pervenute se ne aggiungono di nuove, stante la necessità di prevedere un sistema dinamico di progressivo miglioramento del sistema nel suo complesso. Ci si riferisce in particolare:

- implementazione sistema sulla performance ai sensi del d.lgs. 150/09 e il cui contenuto minimale è previsto dalla delibera 104/2010 che descriva analiticamente ed esaustivamente il processo e la modalità con cui si perviene alla formulazione degli obiettivi dell'amministrazione, nonché l'articolazione complessiva degli stessi. Tale descrizione è infatti ad oggi contenuta in diversi atti regolamentari aziendali e appare dunque auspicabile che la stessa venga accorpata in un'ottica di trasparenza del sistema nel suo complesso permettendo al regolamento e al relativo piano di poter essere considerati alla stregua di un

testo unico all'interno del quale reperire tutte le informazioni necessarie al governo aziendale e alla valutazione delle performance;

- introduzione di una logica di miglioramento continuo del sistema che segua pedissequamente le indicazioni fornite dalla CIVIT; si vedano a tal proposito le delibere CIVIT 1/2012, 2/2012 e 3/2012;
- coinvolgimento dell'Organismo Indipendente di Valutazione nella verifica sul funzionamento del sistema nel suo complesso e nell'individuazione delle modifiche da apportare allo stesso.

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

a) rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;

b) specifici e misurabili in termini concreti e chiari;

c) 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.

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

Con riferimento alla seconda finalità, inerente la comprensibilità della rappresentazione della *performance*, nel Piano è esplicitato il "legame" che sussiste tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità politiche, le strategie, gli obiettivi e gli indicatori dell'amministrazione.

Questo rende esplicita e comprensibile la *performance* attesa, ossia il contributo che l'amministrazione (nel suo complesso nonché nelle unità organizzative e negli individui di cui si compone) intende apportare attraverso la propria azione alla soddisfazione dei bisogni della collettività. A tal fine la redazione del documento è stata ispirata anche quest'anno alla necessità ed alla conseguente volontà di consentire una facile lettura e comprensione dei suoi contenuti, prestando particolare attenzione al linguaggio, il tutto nella consapevolezza che tale scelta si presta anche a garantire la massima trasparenza in ogni fase del Ciclo di gestione della *performance* prevista ai sensi dell'art. 11 del D.Lgs 150/09.

La terza finalità è quella di assicurare l'attendibilità della rappresentazione della *performance*. Essa è attendibile solo se è verificabile *ex post* la correttezza metodologica del processo di pianificazione (principi, fasi, tempi, soggetti) e delle sue risultanze (obiettivi, indicatori, *target*). Ai fini di garantire la correttezza del sistema nel suo complesso , questa azienda si prefigge di garantire le attese dei portatori di interesse (*stakeholder*), anche attraverso appositi meccanismi di comunicazione interna ed esterna.

Le nuove finalità sopra evidenziate permettono inoltre di migliorare il sistema nel suo complesso, fornendo un quadro chiaro della metodologia di redazione e prevedendo esplicitamente un diretto coinvolgimento dell'O.I.V. quale soggetto terzo, indipendente ed in possesso di specifiche competenze in materia di valutazione.

## 2. Contenuti

Secondo quanto previsto il Piano individua:

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

Tali contenuti, esplicitamente richiamati dall'articolo 10, comma 1 del d. Lgs. 150/09 sono integrati di una serie di informazioni che questa Amministrazione ha inteso fornire per meglio chiarire il contesto di riferimento. A tal fine saranno approfondite le tematiche inerenti:

- la descrizione della "identità" dell'amministrazione e, cioè, di quegli elementi che consentono di identificare il mandato istituzionale, la missione da realizzare quale ente che sta rivedendo la propria offerta assistenziale in funzione di indicazioni assessoriali che comportano delle profonde innovazioni all'attuale organizzazione;
- la declinazione della missione e del mandato di cui sopra in aree strategiche, obiettivi strategici ed operativi;
- la rappresentazione delle performance legate ai due punti di sopra, anche ai fini di garantire la già citata trasparenza;
- la metodologia seguita per garantire il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance di cui il presente piano costituisce soltanto il primo passaggio formale.

## 3. Principi generali

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

Principio n.1: Trasparenza

Il piano sarà pubblicato ai sensi dell'art.11, comma 8 del d.Lgs 150/09 sul sito istituzionale aziendale nell'apposita sezione denominata «Trasparenza, valutazione e merito» ai sensi di quanto previsto. Inoltre, ai sensi dell'articolo 10, comma 2, dello stesso decreto, il presente Piano sarà trasmesso alla Commissione ed al Ministero dell'Economia e delle finanze.

Il presente piano rappresenta il documento cardine che ispirerà l'attività dell'Azienda ma, sempre al fine di garantire la massima trasparenza per tutti gli *stakeholder* ai quali tale documento si rivolge, gli strumenti di trasparenza di cui sopra saranno estesi a tutte le eventuali modifiche che si renderanno necessarie o semplicemente opportune. Le stesse modifiche, del resto, appaiono del tutto probabili per le motivazioni che saranno approfondite con riferimento alla descrizione del contesto interno ed esterno in cui questa Azienda si trova ad operare. Tali considerazioni si basano sulle prescrizioni di cui all'art. 11 che contengono indicazioni sulla presentazione delle attività, sulla chiarezza delle stesse, sulle forme di pubblicità da utilizzare affinché tutti gli *stakeholder* di cui sopra possano risultare degli strumenti di trasparenza e coinvolgimento utilizzati.

Principio n. 2: Immediata intelligibilità

Il Piano risulta di dimensioni contenute e facilmente comprensibile anche agli *stakeholder* esterni (utenti, fornitori, cittadinanza, associazioni di categoria, ecc.).

A tal fine, sono inseriti gli approfondimenti tecnici ritenuti idonei a consentire una più puntuale verificabilità da parte di soggetti interni e di soggetti esterni qualificati.

Principio n. 3: Veridicità e verificabilità

I contenuti del Piano corrispondono alla realtà e per ogni indicatore è indicata la fonte di provenienza dei dati. Su espressa disposizione Assessoriale, peraltro, sarà fornita una guida sulla batteria di indicatori utilizzati in modo da renderli comprensibili anche ai non addetti ai lavori. I dati che alimentano gli indicatori sono tracciabili. Ai fini di garantire la verificabilità del processo seguito, anche sulla base di quanto previsto dal Decreto 890/2002 in tema di accreditamento istituzionale delle Strutture sanitarie e S.m.i. sono definite le fasi, i tempi e le modalità del processo per la predisposizione del Piano e per tutti gli adempimenti.

Principio n. 4: Partecipazione

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

Principio n. 5: Coerenza interna ed esterna

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

Principio n. 6: Orizzonte pluriennale

L'arco temporale di riferimento del Piano è il triennio, anche in relazione a quanto previsto dalla programmazione sanitaria regionale con scomposizione in obiettivi annuali, secondo una logica di scorrimento. Nella definizione del Piano si è inoltre tenuto conto del collegamento e dell'integrazione con il processo ed i documenti di programmazione economico-finanziaria e di bilancio, stanti anche le raccomandazioni in tal senso pervenute dalla CIVIT in tema di collegamento tra piano della performance e predisposizione di documenti di programmazione finanziaria. Appare infatti necessario tenere conto di quanto previsto ai sensi della delibera 112/2010 della CIVIT la quale ammetteva espressamente, per la prima annualità di predisposizione del Piano, un processo semplificato. Tale disposizione derivava dalla predisposizione di linee guida tardive rispetto al processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio, circostanza che rendeva impossibile la revisione di documenti economici già predisposti e formalizzati per adeguarne forma e contenuti alle prescrizioni.

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

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

## 4. Gli obiettivi derivanti dalla L.R. 5/2009

La L.R. 5/2009 ha profondamente innovato il sistema regionale sulla base di molteplici aspetti significativi ai fine del presente piano. Non vi è infatti dubbio che tanto il mandato della legge quanto l'innumerevole serie di adempimenti dalla stesse previsti secondo una tempistica pluriennale influisca sulla redazione del presente piano per due ordini di motivi, che appare opportuno approfondire separatamente:

- Rilevanza delle novità introdotte in termini di obiettivi, principi e strumenti;
- Esistenza di procedure in itinere per l'adeguamento del personale in servizio in relazione alla pianta organica deliberata.

Sotto il primo profilo la L.R. 5/2009 ha in primo luogo novato i rapporti giuridici intercorrenti tra le vecchie aziende oggetto di fusione, determinando dunque in primo luogo un incremento in termini di complessità dei sistemi di responsabilizzazione; l'attività di pianificazione e di programmazione non può essere semplicisticamente considerata come la somma algebrica delle precedenti attività ed è di conseguenza ancora in corso una profonda revisione volta ad individuate nuove forme organizzative.
L'ampiezza dell'oggetto di tali variazioni va valutata significativamente per meglio comprendere le difficoltà contingenti, sicuramente aggravate dalla rimodulazione del sistema di responsabilizzazione degli operatori ispirato al ciclo della performance di recente introduzione.
Per far fronte a tutte le innovazioni introdotte, la stessa L.r. n.5/09 ha individuato gli strumenti di lavoro delle aziende in:

- controllo della gestione;
- verifiche su appropriatezza, qualità efficacia ed efficienza delle prestazioni;
- criteri tecnico scientifici di verifica;
- informatizzazione capillare;
- piano sanitario regionale;
- relazione annuale sullo stato del Servizio Sanitario regionale;
- bacini e relativi programmi;
- istituzione di un Comitato formato dai Direttori Generali delle aziende e coordinato dall'Assessore Regionale per la Sanità.

L'individuazione dei due bacini, quello relativo alla Sicilia Occidentale alla quale l'azienda afferisce e quello relativo alla Sicilia orientale, meritano un breve approfondimento. La programmazione aziendale, infatti, deve tenere conto del contributo atteso e da garantire anche nell'ambito di tale contesto, generando ulteriori difficoltà. L'auspicio di questa Amministrazione, consapevole del proprio ruolo, è quello dell'implementazione di un sistema interaziendale in cui i diversi soggetti attori collaborano proficuamente ed onorano gli impegni assunti.
Sotto il secondo punto di vista, quello inerente l'attuale mancato completamento delle procedure, si evidenzia come siano ancora in itinere una serie di adempimenti relativi alla definizione della strutturazione aziendale e delle risorse umane. Sotto il primo profilo, appare evidente come la certezza dell'organizzazione assuma i connotati di un presupposto imprescindibile e che il decreto assessoriale n. 2514 di approvazione dell'atto aziendale della ASP di Agrigento, sulla base del quale lo stesso Atto

Aziendale, adottato con delibera n. 1088 del 18/11/2010 ha fatto si che gli atti di programmazione e l'individuazione dei conseguenti obiettivi operativi abbiano potuto essere definiti solo in un secondo momento. L'approvazione di tale importante documento, infatti, ha costituito il presupposto per l'attivazione delle strutture, ma il transito dalla vecchia organizzazione alla nuova deve ancora essere perfezionato. Appare fisiologico ipotizzare, in un contesto di questo tipo con incarichi non ancora del tutto formalizzati e con le procedure concorsuali in itinere, una completa partecipazione del personale dirigente nella definizione della programmazione aziendale. Questa Direzione, consapevole delle criticità qui rappresentate, intende tuttavia uniformarsi a quanto previsto per il piano della performance e, piuttosto che individuare nelle criticità sopra esposte un alibi per posticipare la definizione della programmazione aziendale si è prefissata lo scopo di dare concreta applicazione al sistema di responsabilizzazione degli operatori, individuando una batteria di obiettivi ed indicatori che saranno di seguito approfonditi. Il processo di responsabilizzazione già avviato in questa azienda, del resto, è stato concepito nell'ottica di permettere modifiche ed integrazioni che si dovessero rendere necessarie o anche solo opportune e sulle quali sarà sempre garantita massima trasparenza. Tutti gli adempimenti ancora in itinere, di cui si dirà diffusamente nelle due sezioni dal titolo "la fusione tra aziende" e "la gestione delle risorse umane", hanno reso ancor più difficile il processo di individuazione dei sentieri di programmazione lungo i quali muoversi.

## 5. Gli obiettivi derivanti dal Piano della Salute 2011 2013 della Regione Siciliana

Per la redazione del piano della performance 2012-2014 sono state inserite, al fine di soddisfare una coerente logica programmatoria organizzativa e gestionale, le linee di intervento previste nel "Piano della Salute 2011-2013" della Regione Siciliana.

Tale piano infatti, susseguente alla L.R. 5/2009, recepisce oltre che i principi ispiratori del servizio sanitario nazionale(universalità, equità, rispetto della libertà di scelta ecc.) anche il concetto di *appropriatezza* intesa sia in senso strettamente clinico che nell'accezione di erogazione della prestazione più efficace al minor consumo di risorse. Il "Piano della Salute 2011-2013"della Regione Siciliana fa propri altresì il programma Operativo Regionale 2010-2012 per la prosecuzione del Piano di Rientro nonché i contenuti del nuovo Patto per la Salute a garanzia dei LEA e per il conseguimento di maggiori livelli di appropriatezza nell'erogazione e organizzazione dei servizi e

nella gestione delle risorse. In tale ottica, la sede primaria dell'assistenza del governo e dei percorsi sanitari è il territorio attraverso una implementazione della prevenzione, una attenta gestione delle cronicità e delle patologie a lungo decorso, nonché la riqualificazione dell'assistenza ospedaliera attraverso un miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri nella fase di acuzie, riabilitazione e lungodegenza. Recepire quanto sopra e tradurre tali obiettivi in un set di indicatori che rendicontino tutte le attività assistenziali rese (accountability), rappresenta uno *step* imprescindibile per l'Amministrazione. Né si può prescindere, in tale ottica dalla necessità di soddisfare gli obiettivi aziendali 2011 assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute e non raggiunti per come evidenziato dalla valutazione a consuntivo dell'Agenas. Sembra inoltre promuovere per tyriennio di riferimento importanti strumenti di valutazione quali l'Audit Civico che costituiscono indispensabili elementi di confronto finalizzati a migliorare l'assistenza sanitaria.

## 6. Gli obiettivi del Direttore Generale

Questa Direzione è chiamata a gestire la ASP di Agrigento in un momento estremamente delicato.
Come già evidenziato nella redazione del piano della Performance 2011 – 2013 la Regione Siciliana ha inoltre colto l'opportunità di avvalersi di un Programma Operativo per gli anni 2010-2012 con cui intende completare il processo di contenimento e riqualificazione intrapreso con il precedente Piano di Rientro secondo una serie di interventi e azioni specificamente individuate. Sotto questo profilo, l'attività di completamento da realizzare attiene all'individuazione degli interventi non ancora realizzati ed al loro inserimento nell'ambito della programmazione. La ASP di Agrigento è dunque chiamata a fornire il proprio contributo sul raggiungimento di quegli obiettivi che alla data della verifica, sulla base di quanto risulta dal Programma Operativo 2010-2012 per la prosecuzione del piano di contenimento e riqualificazione del S.S.R. 2007-2009, risultano da completare, da sviluppare ex novo, o semplicemente da rendere più efficienti.
Le linee di indirizzo contenute nel programma operativo 2010-2012 continuano dunque a risultare una base solida per il piano della performance, dal momento che sono individuati:

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

- Indicatori volti alla misurazione dei diversi risultati attesi.

L'orientamento al rientro economico ha inoltre consigliato la formulazione di ipotesi sull'impatto economico delle scelte adottate e degli interventi posti in essere, le quali ispirano gli obiettivi sotto evidenziati.

## 7. La fusione tra le Aziende e la gestione delle risorse umane

Il processo di riforma avviato dalla legge regionale n. 5 del 2009 ha il suo fulcro nella rimodulazione della rete ospedaliera che ha comportato la fusione di più Aziende in un unico, nuovo, soggetto giuridico. Nello specifico l'ASP di Agrigento nasce dalla fusione di tre realtà ben distinte: la ex Azienda Sanitaria locale n.1, l'Azienda Ospedaliera S. Giovanni di Dio e l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Sciacca.

La nuova realtà sorge con una vocazione all'assistenza sanitaria sul territorio ma con una importante componente di tipo ospedaliero ereditata dalle ultime due Aziende citate che ha comportato una serie di adempimenti giuridici che necessitano di ulteriore perfezionamento per il rqaggiungim,ento di una compiuta strutturazione aziendale

La gestione delle dotazione organica, offre lo spunto per una serie di opportune riflessioni in ordine alle risorse umane sia dal punto di vista giuridico che economico.

Anche se in presenza di un CCNL che disciplina in maniera univoca il rapporto di lavoro del pubblico dipendente, ogni Azienda è chiamata, in contrattazione integrativa, a regolamentare una serie di istituti contrattuali in funzione delle proprie esigenze e soprattutto della propria organizzazione.

Quanto descritto ha comportato nel dettaglio che l'ASP ha gestito, nella sua fase iniziale, gli effetti di istituti giuridico-contrattuali diversamente applicati o, ancor di più, verificare l'applicazione di un istituto in una ex Azienda con la contemporanea non applicazione in un'altra ex Azienda. Si pensi ad esempio alla graduazione delle funzioni cui si era dato seguito presso la ex USL n.1 e presso l'Azienda Ospedaliera S. Giovanni di Dio, e che invece non aveva trovato applicazione presso l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Sciacca.

È pensabile operare le stesse riflessioni per ciò che concerne le metodologie adottate in tema di valutazione permanente, sistemi premianti, affidamento incarichi, progressione orizzontali, orario di lavoro, disciplina dello straordinario e ogni altro elemento che possa incidere nella vita lavorativa del dipendente.

È ovvio che gestioni differenti provochino effetti differenti con la conseguenza di diversità di trattamenti che con la fusione delle tre Aziende sono state immediatamente riscontrate dai dipendenti e dalla parti sociali. La creazione di una disciplina unica cui fare riferimento per una corretta gestione delle risorse umane aziendali, con conseguenti effetti positivi sulla produttività delle stesse, ha costituito nel corso dell'anno 2011, un obiettivo fondamentale.

In tale contesto, un contributo significativo è pervenuto da normative assessoriali in tema di gestione giuridica del personale la quale ha fornito indicazioni perentorie sulla scadenze per realizzare diversi adempimenti, contribuendo altresì a dirimere questioni interpretative e fornendo dunque un quadro sufficientemente chiaro delle attività da realizzare.

In tal senso, attraverso l'adozione degli atti deliberativi N°1355del 16 12 2011 e N°1649 del 16 12 2011, l'Amministrazione ha inteso regolamentare sia l'attribuzione degli incarichi dirigenziali che la pesatura degli stessi ai fini di una equa valorizzazione economica.

## 8. La misurazione della performance e gli adempimenti in tema di trasparenza

Il D.Lgs. 150/09 aveva già introdotto una serie di novità nella gestione delle risorse umane in ambito pubblico, individuando in meritocrazia, selettività e trasparenza dei principi ispiratori cui adeguare la gestione delle risorse umane. In realtà, tali principi non costituiscono una novità assoluta per l'ordinamento giuridico essendo stati già previsti, disciplinati e, sia pure in casi sporadici, concretamente applicati. La vera novità è costituita dall'organicità della normativa, che prevede una serie di adempimenti ben cadenzati nel tempo e la possibilità di individuare il o i soggetti incaricati di realizzarli.

Il "ciclo della performance" - di cui anche il piano triennale costituisce una parte fondamentale - è la procedura attraverso cui la ASP di Agrigento persegue anche le finalità di misurare e valutare le performances a livello di struttura e di singoli operatori nell'ottica di dare concreta attuazione al sistema di incentivazione selettivo e incentrato su criteri realmente meritocratici che coinvolgono tutto il personale.

Il sistema di valutazione e verifica, tuttavia, non si esaurisce in una efficace programmazione ma contempla anzi una serie di adempimenti da realizzare prima e durante il processo, tutti fondamentali per il buon funzionamento del sistema per come appresso meglio specificato..

Nel corso dell'anno 2011 sono già stati realizzati una serie di adempimenti volti a migliorare la comunicazione e la trasparenza. Ad integrazione di quanto già introdotto, ad inizio anno 2012 è stata pubblicata la delibera CIVIT n. 3/2012 la quale amplia la portata delle innovazioni già introdotte dalla delibera CIVIT 88/2010 in tema di trasparenza identificando una serie di adempimenti da realizzare. I principali aspetti riguardano:

- una maggiore attenzione al processo di definizione e gestione degli standard di qualità dei servizi, con particolare riferimento, tra l'altro, ai soggetti coinvolti;
- l'inserimento di indicazioni in merito alla definizione dell'elenco dei servizi, accentuandone l'impostazione dinamica;
- individuazione di dimensioni aggiuntive della qualità in relazione alle specificità dei servizi erogati;
- riferimenti più espliciti al collegamento fra standard di qualità e ciclo di gestione della performance;
- previsione di maggiori informazioni relativamente alle modalità di coinvolgimento degli *stakeholder* e alla conduzione di indagini sulla soddisfazione degli utenti;
- ulteriori precisazioni relative alla gestione dei reclami e dei meccanismi di indennizzo automatico.

Sarà inoltre definito e reso pubblico, mediante l'inserimento nella Carta dei servizi e la pubblicazione sul proprio sito istituzionale, nella sezione "Trasparenza, valutazione e merito", categoria "Dati sui servizi erogati", l'elenco dei servizi così come disciplinato dalla sopra citata delibera CIVIT 3/2012.

## 9. L'amministrazione in cifre

Il piano della performance non costituisce una mera individuazione di obiettivi strategici ed operativi da realizzare ma prevede una stretta relazione con le risorse a disposizione per il raggiungimento degli stessi. Il D.Lgs. 150/09, infatti, non introduce tale logica ma conferma quanto già disciplinato in termini di responsabilizzazione, dal momento che qualunque contrattazione realizzata, a qualunque livello gerarchico avvenga, deve essere legata alla quantità e qualità di risorse messe a disposizione

per la stessa. A tale principio non sfugge la programmazione all'interno del Sistema Sanità, in cui anzi è stato dimostrato come spesso la domanda abbia preso il sopravvento sulla pianificazione inducendo l'offerta o semplicemente determinando una distribuzione difforme tra i diversi tipi di assistenza rispetto a quanto ipotizzato al momento della distribuzione delle risorse. Tale circostanza, in un contesto di risorse limitate, ha determinato:

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

Per quanto sopra menzionato si è reso obbligatorio, anche per le aziende sanitarie, porre in essere stretti collegamenti tra programmazione sanitaria e documenti di bilancio, preventivi e consuntivi. A tal fine si prevede che, a regime, possano essere dettate discipline specifiche anche per uniformare la redazione dei documenti allegati al bilancio alla nota integrativa. Tali modifiche, tuttavia, appaiono possibili solo a regime; ad oggi occorre sicuramente tener conto delle indicazioni fornite dalla CIVIT e contenute all'interno delle delibere 1/2012 e 2/2012 sul sempre più stretto legame che deve intercorrere tra programmazione e stesura dei documenti di programmazione. Il bilancio preventivo, infatti, ancorché non siano stati ancora individuati i legami tra le poste di bilancio e le singole strutture, costituisce il punto di partenza dell'individuazione delle risorse a disposizione.

Il governo economico delle risorse umane, di rilevante importanza vista l'incidenza del costo del personale sul bilancio di tutte le Aziende Sanitarie, segue invece una logica di verifica diversa e per certi versi sicuramente più ampia di quella legata al calcolo del relativo costo. E' infatti individuata in sede di contrattazione del budget l'entità di risorse umane a disposizione del responsabile di struttura complessa, nella consapevolezza che l'attribuzione di tali risorse non può essere più ampia dell'ammontare determinato sulla base della consistenza della massa finanziaria riconosciuta a questa azienda.

## 10. Chi siamo, cosa facciamo come operiamo

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

Nello specifico:

- **Chi siamo**: questa Amministrazione garantisce il perseguimento degli obiettivi prefissati nell'ottica del miglioramento e sulla base di un sistema di responsabilizzazione degli operatori ai quali ci si è prefissato l'obiettivo di fornire indicazioni precise sul ruolo e sul mandato loro affidato. A tal fine si auspica un miglioramento continuo anche sul versante della capacità di stimare il fabbisogno espresso dal cittadino e di tradurlo in azioni che garantiscano la miglior risposta assistenziale in relazione alle risorse disponibili.
- **Cosa facciamo**: questa Amministrazione individua annualmente il complesso delle attività sanitarie e socio assistenziale da garantire in relazione al fabbisogno sanitario espresso e pone in essere tutti gli adempimenti idonei alla realizzazione degli obiettivi prefissati nell'ottica del miglioramento continuo della qualità e nel perseguimento dell'appropriatezza ed efficacia delle prestazioni rese.
- **Come operiamo**: questa Amministrazione, consapevole della propria *mission*, individua nella rete territoriale *Hub e Spoke,* nonché nella continuità assistenziale ospedale-territorio, il percorso virtuoso finalizzato a soddisfare il bisogno di salute dell'utenza della provincia di Agrigento. Quanto sopra allo scopo di perseguire il soddisfacimento dei LEA nonché la riduzione della mobilità passiva innalzando il livello di protezione. Questo Piano della performance intende fornire, anche ai fini della trasparenza, un quadro chiaro e degli obiettivi prefissati, dei soggetti delegati delle diverse fasi e delle metodologie di verifica poste in essere a garanzia della correttezza del percorso.

## 2 – L'analisi del contesto interno ed esterno

### 1. Punti di forza e debolezza interni, opportunità e minacce interne

Questa sezione vuole fornire indicazioni specifiche in tema di analisi SWOT, una metodologia pensata per affrontare i problemi basandosi su una matrice divisa in quattro campi dedicati rispettivamente a punti di forza e debolezza, alle opportunità e alle minacce.

Tale tecnica di lavoro impone una strategia di approccio ai problemi che deve necessariamente tenere conto di tutti i quattro fattori, impedendo di concentrarsi – anche inconsapevolmente – su un'unica prospettiva.

Sotto questo punto di vista, il Gruppo di Lavoro ha analizzato il contesto sanitario di riferimento approfondendo le tematiche inerenti le quattro prospettive di osservazione della griglia, calandoli sul caso concreto della ASP di Agrigento dal momento che anche la programmazione regionale è stata concepita con la stessa metodologia, così come si desume dall'individuazione di una serie di miglioramenti da apportare per rimuove carenze strutturali. Nello specifico, sono stati sinteticamente individuati i seguenti fattori:

- **Punti di forza:**
  - Miglioramento del sistema sanitario regionale in grado, grazie alle modifiche apportate, di migliorare la tempistica nell'individuazione delle programmazioni aziendali e di garantire una distribuzione delle risorse più congrua in relazione alle attività rese;
  - Implementazione di sistemi interaziendali di programmazione in grado di agevolare la rimozione delle sistematiche duplicazioni nell'offerta assistenziale e di garantire programmi integrati (es. programma di Bacino);
  - Disponibilità in Azienda di professionalità da valorizzare e opportunità di riscrivere tutte le regole aziendali in termini meritocratici;
  - Disponibilità di procedure interne unificate derivanti dall'accorpamento ed in gran parte già realizzate rispetto allo scorso anno;
- **Punti di debolezza:**
  - Carenze strutturali per rimuovere le quali non sono sufficienti interventi di ordinaria amministrazione bensì profonde innovazioni del sistema sanitario;
  - Mancato completamento delle procedure di ricollocazione che rischiano di protrarre situazioni di carenze in termini di risorse umane senza responsabilità dirette delle amministrazioni.
- **Opportunità:**
  - Possibilità di interagire con altre strutture in un'ottica di proficua collaborazione nell'ottica di migliorare il servizio;
  - Possibilità di percorrere sentieri di gestione del ciclo della performance realmente idonei a valorizzare le professionalità migliori con possibili ricadute positive sul clima in Azienda e, conseguentemente, sull'efficacia
  - Possibilità di avere accesso a distribuzione di risorse congrue rispetto alle necessità

- **Minacce:**
  - Possibilità che il mancato rispetto degli impegni a livello di bacino assunti da altre amministrazioni si traduca in uno scadimento quali-quantitiativo dell'offerta assistenziale per l'utenza della provincia di Agrigento;
  - Possibilità che i processi non riescano a tenere conto del momento storico e si traducano in un danno per gli operatori per i quali si profila il rischio di non potere procedere all'erogazione del salario di risultato senza responsabilità dirette loro o dell'amministrazione di appartenenza.

# 3 – Analisi quali-quantitativa delle risorse umane

## 1. Analisi caratteri quali-quantitativi

| Indicatori | Valore |
|---|---|
| Età media del personale (anni) | 51,62 |
| Età media dei dirigenti (anni) | 53,92 |
| Tasso di crescita unità di personale negli anni | 2,41% |
| % di dipendenti in possesso di laurea | 28,22 % sul totale |
| % di dirigenti in possesso di laurea | 25,22% |
| Ore di formazione (media per dipendente) | 101,43 |
| *Turnover* del personale | 70% |
| Costi di formazione/spese del personale | 0,75% |

## 2. Analisi benessere organizzativo

| Indicatori | Valore | |
|---|---|---|
| Tasso di assenze | 12,47 | |
| Tasso di dimissioni premature | | |
| Tasso di richieste di trasferimento | 2% | |
| Tasso di infortuni | 2,6% | |
| Stipendio medio percepito dai dipendenti | Comparto: | Dirigenza: |
| | 2.173,08 | 5.592,89 |
| % di personale assunto a tempo indeterminato | 1,83% | |

## 3. Analisi di genere

| Indicatori | Valore | | |
|---|---|---|---|
| % di dirigenti donne | Comparto: 50,69% | Dirigenza: 29,74% | |
| % di donne rispetto al totale del personale | 45,17% | | |
| Stipendio medio percepito dal personale donna (distinto per personale dirigente e non) | Comparto: | Dirigenza: | |
| | 2.106,84 | 5.139,88 | |
| % di personale donna assunto a tempo indeterminato | 66,07% | | |
| Età media del personale femminile (distinto per personale dirigente e non) | Comparto: | Dirigenza: | Totale |
| | 50 | 51 | 44,91 |
| % di personale donna laureato rispetto al totale personale femminile | 20,36% | | |
| Ore di femminile formazione (media per dipendente di sesso femminile) | 36,58 h | | |

# 4 – Gli obiettivi individuati e gli indicatori

## 1. Il contenuto

Gli obiettivi operativi per l'anno 2012, la cui tecnica di individuazione e delega è stata in parte descritta e sarà in parte oggetto di illustrazione nell'ambito del sistema di gestione della performance, costituiscono la prosecuzione logica di quanto già avviato nell'anno 2011. L'individuazione intende perseguire la fattiva collaborazione del personale dirigente inquadrato all'interno delle diverse strutture aziendali tanto sanitarie quanto amministrative, sia all'interno delle strutture ospedaliere sia nell'ambito dell'area territoriale. A tal fine, gli obiettivi della Direzione derivanti dal mandato istituzionale e dalle indicazioni espressamente fornite in sede assessoriale sono oggetto di espressa evidenziazione a tutti i dirigenti apicali e costituisce il presupposto per le successive fasi di delega a tutto il personale dirigente e dipendente.

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

Per l'anno 2012, per la stesura e la presentazioni dei piani operativi, si farà riferimento al piano di realizzazione della performance, all'interno del quale sono evidenziati i seguenti passaggi logici fondamentali:

- I Direttori delle UU.OO.C.C., sia dell'Area Ospedaliera (PP.OO.) che dell'Area Territoriale (Distretti Sanitari di Base, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimenti di Prevenzione, Area Gestione del Farmaco, Area Assistenza Sanitaria di Base, Area Amministrativa), con riferimento agli obiettivi sopra individuati, sia generali che specifici attinenti la propria area, coinvolgeranno, tanto nella fase di elaborazione degli obiettivi che in quella di attuazione, tutti i responsabili delle unità operative semplici afferenti alla stessa struttura complessa nonché tutto il personale in servizio sia della dirigenza che del comparto.
- I responsabili delle restanti articolazioni più complesse (Direttori delle Aree Amministrative, Direttori di Distretto Sanitario, Responsabile dell'Area Assistenza Sanitaria di Base, Responsabile Gestione Area del farmaco e Responsabile dello Staff del Centro Direzionale nonché i direttori delle aree amministrative) predisporranno i rispettivi Piani Operativi, secondo gli obietti generali e

specifici di propria competenza. Inoltre, ci si riserva di apportare ulteriori variazioni in esito agli assegnandi obiettivi annuali dell'Assessorato Regionale alla Salute.

- I piani di lavoro da presentare possono prevedere, oltre gli obiettivi individuati con la presente, anche obiettivi propri aggiuntivi che ciascuna unità operativa intende realizzare nel corso dell'anno 2012 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 devono anche essere esplicitate le iniziative che si intendono avviare per il raggiungimento degli obiettivi specifici di ciascuna unità operativa nel rispetto dei programmi e degli obiettivi generali dell'Azienda, nonché tenuto conto di quanto stabilito dal regolamento aziendale sul sistema premiante.
  I Piani Operativi, sia in forma cartacea che per posta elettronica, dovranno pervenire alla Direzione Aziendale tramite la U.O. Pianificazione Programmazione Controllo Strategico e Controllo di Gestione.
- La Direzione Generale, esaminati i piani di lavoro e predisposte le schede di budget, negozierà obiettivi, indicatori e relativi valori nonché il peso % assegnato a ciascun indicatore (in funzione della rilevanza strategica degli obiettivi medesimi e tenuto conto anche delle risorse disponibili).
- A ciascun responsabile di U.O.C. compete la responsabilità di porre le basi per la verifica sul grado di partecipazione dei dipendenti, afferenti alla medesima U.O. sia della dirigenza che del comparto, al conseguimento degli obiettivi negoziati, ponendo in essere tutti gli adempimenti propedeutici all'applicazione dei sistemi di valutazione e verifica, anche ai fini del salario di risultato;
- A consuntivo la Direzione Generale, attraverso gli organi a tale procedura delegati, procederà alla verifica dei risultati raggiunti sia per la valutazione che per l'erogazione della retribuzione di risultato. Tale verifica si baserà sulla regolamentazione interna di vari istituti contrattuali per la quale è prevista la rimodulazione in corso d'anno anche in ossequio a quanto disposto dalla L.R. 5 del 2009;
- La valutazione della performance, sulla base di espressa disposizione assessoriale, avrà ad oggetto sia i risultati rilevati con riferimento alla struttura di appartenenza dei singoli operatori (performance organizzativa) sia il contributo reso dai singoli operatori.

La delibera 112 della CIVIT individuava, per ciascun obiettivo, l'obbligo di prevederne una descrizione, la formula dell'indicatore, il valore storico, il valore di benchmark, il target per l'anno in corso e quello per i due successivi anni.

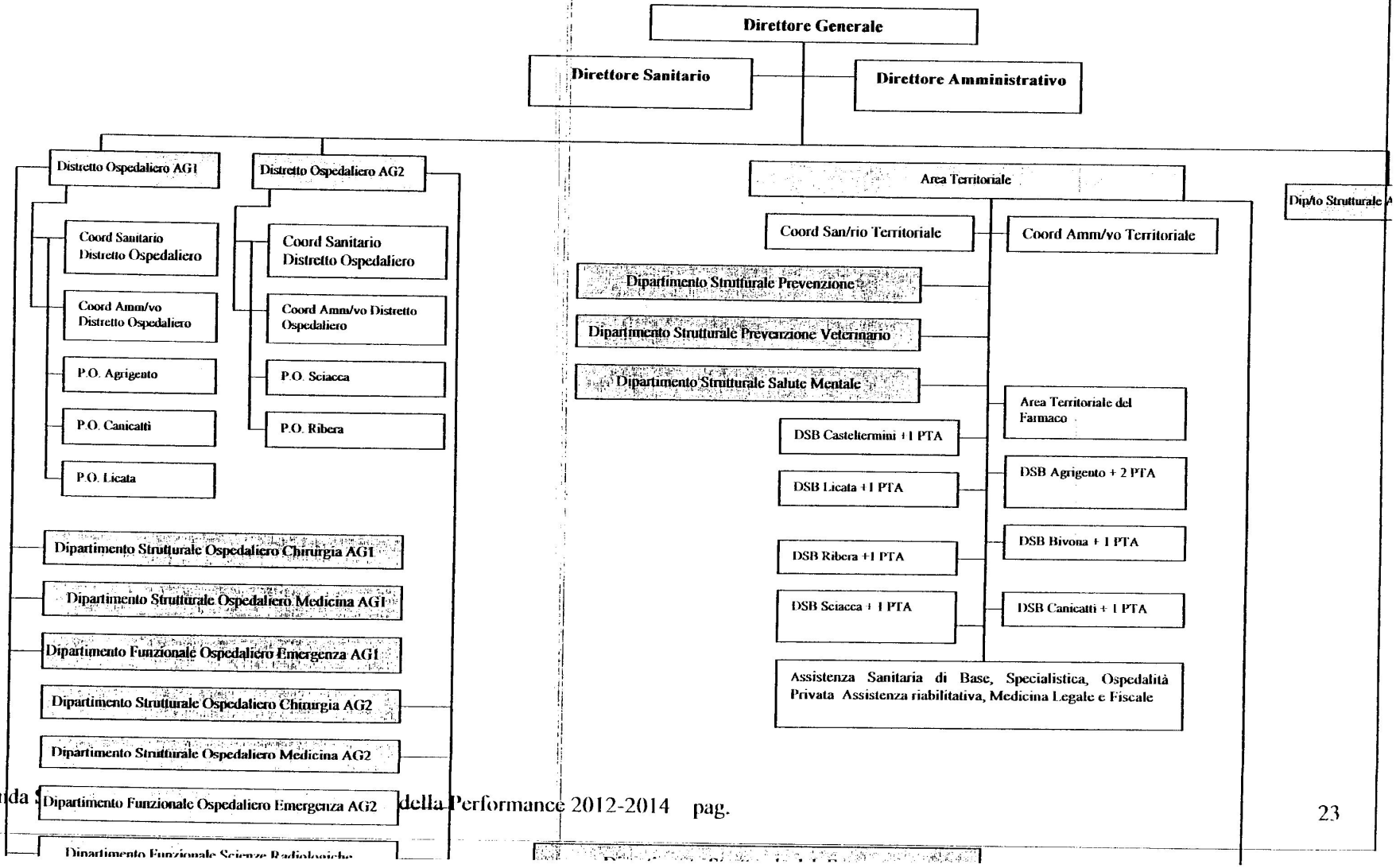
Tali obiettivi di chiarezza e trasparenza sono stati oggetto di ulteriore integrazione sulla base di espressa disciplina assessoriale che impone di evidenziare la tipologia di indicatori da utilizzare per le verifiche, corredando tale indicazione delle necessarie formule di calcolo.

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

- Nell'individuazione degli obiettivi si fa riferimento all'articolazione aziendale così come derivante dall'atto aziendale approvato con deliberazione 1088 del 18/11/2010. La strutturazione è dunque la seguente:



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO**
*Tel. 0922 407111 Fax 0922 401229*
P.IVA e C.F. 02570930848



## 2. Gli obiettivi assegnati al personale dirigente

Nella presente sezione sono evidenziati gli obiettivi del personale dirigente. Nella stesura dei prospetti che seguono si individuano dapprima gli obiettivi comuni, con espressa indicazione dei macro insiemi di operatori interessati e poi quelli analiticamente riferibili alle diverse articolazioni aziendali.

**Tutti gli obiettivi contribuiscono al perseguimento della performance organizzativa e caratterizzano quella individualmente rilevata costituendo per questo motivo un prerequisito per l'accesso alla distribuzione del salario di risultato.**

**La corretta applicazione delle norme regolamentari aziendali per la valutazione delle performances costituisce** per i dirigenti di struttura complessa **un imprescindibile obiettivo** finalizzato a **misurare il grado di partecipazione individuale alla casistica dei singoli servizi** al fine di suddividere l'organico nelle fasce di merito previste dal D.A. n° 91821/11 del 26.09.2011. A tal fine dovrà essere garantita l'informazione preventiva, concomitante e susseguenti di tutti gli operatori. Conseguentemente le SS,.LL. sono tenute a presentare a questa direzione per il tramite dell'U.O. Programmazione e controllo0 di Gestione detta gklia ta relazione in ordine asgli adempimenti posti in essere e di cui questa direzione terrà conto in sde edi verifica dek'i

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO
*Tel. 0922 407111 Fax 0922 401229*
P.IVA e C.F. 02570930848

# AREA SANITARIA

## Obiettivi comuni
## per tutti i centri di responsabilità di tipo sanitario

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Costante e completa disponibilità dei dati e dei flussi e riduzione della spesa farmaceutica indotta | Regolare **puntuale** e completa trasmissione dei dati e dei flussi alla Direzione Generale, al SIL, alla Regione e/o ad altri enti, nonché alle UU.OO del dip. amministrativo entro i tempi di scadenza previsti per ciascun flusso o dato | 100% | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 20 |
| | Uso obbligatorio del ricettario SSN nell'ambito dell'attività ambulatoriale ospedaliera e territoriale con divieto assoluto della prescrizione con ricettario bianco. | | | |
| Miglioramento nell'applicazione delle procedure sul rischio clinico | Mappatura del rischio clinico in area ospedaliera. (secondo standard Joint Commission e altri standard regionali di riferimento) | N° 2 audit | 31.12.2012 | 10 |
| | Mappatura del rischio clinico in area territoriale(Guardie Mediche PTE PTA PPI ove presenti) secondo standard Joint Commission e/o altri standard di riferimento | N° 2 audit | | |
| Valorizzazione magazzino materiali di consumo sanitari e non sanitari | Inventario di magazzino semestrale con valorizzazione quantitativa ed economica del materiale sanitario e non sanitario di consumo esistente | n.2 inventari mat. Sanitario e n.2 inventari mat. non Sanitario | 30.06.2012<br>31.12.2012 | 10 |

NB Il valore di alcuni indicatori e obiettivi, stante le specificità caso per caso,sarà oggetto di analisi in sede di negoziazione al fine di individuare valori congrui per la misurazione

# Obiettivi per singoli centri di responsabilità

## AREA OSPEDALIERA

### Coordinatore Sanitario AG 1

### Coordinatore Sanitario AG 2

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Miglioramento della performance organizzativa | Avvio procedure per l'attivazione posti letto per acuti, lungodegenza e riabilitazione secondo normativa | N° 1 atto propositivo | 30.04.2012 | 15 |
| | Attivazione CUP unificato secondo direttive regionali | Attivazione del servizio | 31.12.2012 | |
| | Realizzazione "area posti letto indistinti" | Attivazione | 30.06.2012 | |
| Miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri e riduzione della mobilità passiva | Riqualificazione dell'attività ambulatoriale attraverso il Day service per ridurre i ricoveri programmati con finalità diagnostico-terapeutica | N° 1 progetto<br>N° 1 report | 31.03.2012<br>31.12.2012 | |
| | Monitoraggio flussi di mobilità attiva e passiva per ogni ricovero | N° 1 progetto<br>N° 6 report | 29.02.2011<br>30.04.2012<br>30.06.2012<br>31.08.2012<br>31.10.2012<br>31.12.2012 | 15 |
| Implementazione dell'assistenza secondo il modello *Hub e Spoke* | Messa a regime di tutte le reti assistenziali secondo quanto indicato nel PSR 2011-2013 e costante monitoraggio delle stesse | Attivazione di tutte le reti e n° 4 report di attività | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 15 |
| | Monitoraggio ed implementazione reti "virtuali"(Telemedicina e teleconsulto") | | | |
| Attività di vigilanza, controllo e verifica | Monitoraggio liste di attesa e contenimento dei tempi di attesa entro i limiti previsti dalla normativa | N. 4 report | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 15 |
| | Controllo e verifica sulle infezioni ospedaliere | N. 4 riunioni<br>+<br>N° 4 verbali | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | |
| | Controllo e verifica sul vitto e sui servizi di pulizia. | N. 4 riunioni<br>+<br>N° 4 verbali | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | |

## Direzioni Sanitarie di Presidio (Agrigento - Sciacca - Canicatti-Licata-Ribera)

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri e riduzione della mobilità passiva | Riqualificazione dell'attività ambulatoriale attraverso il Day service per ridurre i ricoveri programmati con finalità diagnostico-terapeutica | N° 1 progetto<br>N° 1 report | 31.03.2012<br>31.12.2012 | 15 |
| | Costante monitoraggio flussi di mobilità attiva e passiva per ogni ricovero | N° 1 progetto<br>N° 1 report | 31.03.2012<br>31.12.2012 | |
| | Verifica dell'appropriatezza del regime di ricovero secondo metodo RS-PVA NOC Aziendale | Report secondo normativa | 30.03.2012 (DASOE e CoGE) | |
| Miglioramento della performance organizzativa | Predisposizione applicazione e revisione di atti di indirizzo organizzativo secondo standard *Joint Commission* e altri standard regionali di riferimento | N° 4 atti<br>100% | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 15 |
| Implementazione dell'assistenza secondo il modello *Hub e Spoke* | Verifica della adesione delle UUOO di pertinenza alle reti assistenziali previste secondo PSR 2011-2013 e costante monitoraggio delle stesse. | N° 2 report di attività | 30.06.2012<br>31.12.2012 | 15 |
| Attività di vigilanza, controllo e verifica | Monitoraggio liste di attesa e contenimento dei tempi di attesa entro i limiti previsti dalla normativa | N. 4 report | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 15 |
| | Controllo e verifica sulle infezioni ospedaliere | N. 4 riunioni<br>+<br>N° 4 verbali | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | |
| | Controllo e verifica sul vitto e sui servizi di pulizia. | N. 4 riunioni<br>+<br>N° 4 verbali | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | |

## AREA DEI SERVIZI OSPEDALIERI

### Radiologia

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Implementazione dei Progetti TELETAC* SETT (ove attivati) | Sviluppo delle rete virtuale attraverso il consulto in first opinion(Telemedicina) | Registro d'area | 30.06.2012<br>31.12.2012 | 10 |
| Monitoraggio dell'andamento temporale dei volumi di prestazioni | Quantificazione puntuale dei volumi di prestazione | Report trimestrale | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 20 |
| Allineamento dei tempi di attesa agli standard di riferimento | Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per prestazione secondo normativa | Report trimestrale | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 20 |
| Monitoraggio temporale del costo per prestazione (ribaltamento dei costi) | Quantificazione e Qualificazione puntuale del costo medio per prestazione(Ribaltamento dei costi) | Report trimestrale | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 5 |
| Miglioramento della performance organizzativa | Predisposizione applicazione e revisione di atti di indirizzo organizzativo secondo standard Joint Commission e altri standard regionali di riferimento | N° 4 atti<br>100% | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 5 |

## Patologia Clinica

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Potenziamento dell'offerta | Ottimizzazione dei tempi di esecuzione degli esami. Potenziamento della offerta, rispetto al 2011, per gli utenti **esterni** nella misura del 5% | Incremento prestazione per esterni: 5% in più rispetto al 2011 | 30.06.2012<br>31.12.2012 | 20 |
| Miglioramento dei percorsi assistenziali nell'ambito del progetto *Emergency Departiment* | N° di azioni di miglioramento attivate con risultati documentabili relativamente a piani di controllo assistenza E/U ospedaliera e sicurezza in sala operatoria | 100% | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 10 |
| Andamento temporale di volumi di prestazioni | Quantificazione puntuale dei volumi di prestazione | Report trimestrale | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 10 |
| Allineamento dei tempi di attesa agli standard di riferimento | Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per prestazione | Report trimestrale | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 5 |
| Monitoraggio temporale del costo per prestazione(Ribaltamento dei costi) | Quantificazione e Qualificazione puntuale del costo per prestazione(Ribaltamento dei costi) | Report trimestrale | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 5 |
| Miglioramento della performance organizzativa | Predisposizione applicazione e revisione di atti di indirizzo organizzativo secondo standard Joint Commission e altri standard regionali di riferimento | N° 4 atti<br>+ 1 Corso BLS<br>100% | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 10 |

## Medicina Trasfusionale

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Andamento temporale di volumi di prestazioni | Quantificazione puntuale dei volumi di prestazione | Report trimestrale | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 5 |
| Allineamento dei tempi di attesa agli standard di riferimento | Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per prestazione | Report trimestrale | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 5 |
| Monitoraggio temporale del costo per prestazione | Quantificazione e Qualificazione puntuale del costo per prestazione | Report trimestrale | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 5 |
| Miglioramento dei percorsi assistenziali nell'ambito del progetto *Emergency Departiment* | N° di azioni di miglioramento attivate con risultati documentabili relativamente a piani di controllo assistenza E/U ospedaliera e sicurezza in sala operatoria | 100% | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 10 |
| Miglioramento della performance organizzativa | Predisposizione applicazione e revisione di atti di indirizzo organizzativo secondo standard Joint Commission e altri standard regionali di riferimento | N° 4 atti 100% | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 10 |
| Disponibilità di sangue ed emoderivati | Allineamento delle procedure aziendali al CQB, piano regionale sangue e plasma ed alla rete regionale delle emoglobinopatie e della talassemia | N° 4Report –N° 3Procedure attivate<br>N° 12 Audit mensili di attività | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 15 |
| | Effettuazione di attività di promozione | N° 2 eventi organizzati | 31.12.2012 | |
| Informatizzazione e<br>Buon uso del sangue | Vigilanza e verifica sul rispetto delle linee guida aziendali sul consumo appropriato di emocomponenti e prodotti plasma derivati | N. 2 report | 30.06.2012<br>31.12.2012 | 10 |

## Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza (P.S.)

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Andamento temporale dei volumi di prestazioni | Quantificazione puntuale dei volumi di prestazione | Report trimestrale | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 5 |
| Allineamento dei tempi di attesa agli standard di riferimento | Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per singolo codice di accesso(Triage) | Report trimestrale | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 15 |
| Miglioramento della performance organizzativa | Allineamento dei percorsi assistenziali in Pronto Soccorso alle linee guida redatte nel 2011 ed alle procedure Joint Commission | N° 4 audit 100% | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 20 |
| Miglioramento dei percorsi assistenziali nell'ambito del progetto *Emergency Departiment* | N° di azioni di miglioramento attivate con risultati documentabili relativamente a piani di controllo assistenza E/U ospedaliera e sicurezza in sala operatoria | 100% | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 20 |
| Ottimale occupazione posti letto. Riduzione ricoveri inappropriati | Piena utilizzazione dei posti letto tecnici (di astanteria e OBI) finalizzata alla riduzione dei ricoveri inappropriati; | Tasso di occupazione posti letto tecnici 90% | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | |

## Medicina Nucleare

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Ottimizzazione dell'offerta | Ottimizzazione tempi di esecuzione degli esami finalizzato al potenziamento della offerta implementando l'integrazione dipartimentale. | Incremento prestazione 10% | 30.06.2012<br>31.12.2012 | 20 |
| Andamento temporale di volumi di prestazioni | Quantificazione puntuale dei volumi di prestazione | Report trimestrale | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 10 |
| Allineamento dei tempi di attesa agli standard di riferimento | Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per prestazione | Report trimestrale | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 10 |
| Monitoraggio temporale del costo per prestazione | Quantificazione e Qualificazione puntuale del costo per prestazione | Report trimestrale | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 10 |
| Miglioramento della performance organizzativa | Predisposizione applicazione e revisione di atti di indirizzo organizzativo secondo standard Joint Commission e altri standard regionali di riferimento | N° 4 atti 100% | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 10 |

## Anestesia e Rianimazione

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Promozione della donazione organi (Rete Donazione) | Sensibilizzare l'opinione pubblica alla cultura della donazione e facilitare il consenso alla donazione organi nei casi di morte cerebrale accertata. | N° 2 eventi di sensibilizzazione | 31.05.2012<br>30.09.2012 | 5 |
| | | N° casi di morte cerebrale accertata | 31. 12. 2012 | |
| Rete terapia del dolore | Implementazione del percorso di attivazione delle terapie del dolore e del parto senza dolore. Adesione al programma regionale Ospedale territorio senza dolore ed attivazione di percorsi specifici delle terapie del dolore garantendo il supporto professionale al centro HUB ospedaliero | Presenza h12 e PD notturna N° 2 anestesisti per centro Hub + 1 per l'ambulatorio + 20 h ambulatorio Spoke | 30.06 2012<br>31. 12. 2012 | 15 |
| Rete punti nascita | Implementazione del percorso di attivazione della rete punti nascita attraverso la messa in sicurezza degli stessi e la promozione della qualità dell'assistenza al parto e al neonato secondo cronoprogramma progettuale PON 2011 linea 8 | Disponibilità Assistenza anestesiologica al parto anche con PD notturna e festiva | 30.06 2012<br>31. 12. 2012 | 15 |
| IVG | Miglioramento della qualità e dell'assistenza all'IVG | <Tempi attesa Miglioramento del percorso | 30.06 2012<br>31.12. 2012 | 5 |
| Miglioramento dei percorsi assistenziali nell'ambito del progetto *Emergency Departiment* | N° di azioni di miglioramento attivate con risultati documentabili relativamente a piani di controllo assistenza E/U ospedaliera e sicurezza in sala operatoria | 100% | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 10 |
| Razionale utilizzo delle risorse | Mantenimento ambulatorio anestesiologico; | Mantenimento 2 Report | 30.06 2012<br>31. 12. 2012 | 10 |
| | Ottimizzare le modalità e la tempistica delle visite anestesiologiche preoperatorie e ciò allo scopo di concorrere a rendere più efficiente la produzione del complesso operatorio ed il rispetto della tempistica delle sedute operatorie | Ottimizzazione 2 Report | 30.06 2012<br>31. 12. 2012 | |
| | Assicurare una adeguata turnazione del personale medico che possa consentire la copertura di tutte le sedute operatorie programmate nonché di quelle in urgenza | % sedute operatorie programmate garantite ≥ 95 | 30.06 2012<br>31. 12. 2012 | |

**Emodinamica e Cardiologia interventistica**

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Effettuazione PTCA su pazienti ricoverati per IMA (Stemi) | Trattare con PTCA gli episodi di STEMI entro il giorno successivo alla data del ricovero | Valore soglia 70% PTCA rese su/ N°Totale IMA paz. residenti | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 20 |
| Andamento temporale di volumi di prestazioni | Quantificazione puntuale dei volumi di prestazione | Report trimestrale | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 5 |
| Allineamento dei tempi di attesa agli standard di riferimento | Quantificazione e Qualificazione puntuale dei tempi di attesa per prestazione in sinergia con la UOC di Cardiologia | Report trimestrale | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 20 |
| Monitoraggio temporale del costo per prestazione | Quantificazione e Qualificazione puntuale del costo per prestazione | Report trimestrale | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 5 |
| Miglioramento della performance organizzativa | Predisposizione applicazione e revisione di atti di indirizzo organizzativo secondo standard Joint Commission e altri standard regionali di riferimento | N° 4 atti 100% | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 10 |

## AREA MEDICA

### Dipartimento Riabilitazione e Cure intermedie

### Medicina Riabilitativa- Hospice Neurologia- Lungodegenza postacuzie

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Attivazione dei PL per lungodegenza riabilitazione e neurologia e completamento. Definizione dei percorsi operativi ed integrazione ospedale territorio | Attivazione secondo cronoprogramma Piano Attuativo Aziendale(PAA) | Secondo cronoprogramma PAA | 31.12.2012 | 10 |
| Incremento delle prestazioni ambulatoriali ai valori resi nel 2011 | Potenziamento ambulatori (ove attivati) | >5% 2011 | 30.06.2012<br>31.12.2012 | 5 |
| Rete per la prevenzione della diagnosi cura e riabilitazione dell'osteoporosi | Centro di riferimento ambulatoriale per la prevenzione della diagnosi cura e riabilitazione dell'osteoporosi | N° 1 progetto di attivazione<br>N° 1 report di attività | 30.06.2012<br>31.12.2012 | 10 |
| Ottimale occupazione posti letto in DH | Mantenimento indice occupazionale al 150% (+ o meno - 20% a seguito attivazione PL) | 150% | 30.06.2012<br>31.12.2012 | 5 |
| Rete cure palliative e terapia del dolore (Hub e Spoke) | Assicurare un programma di cura individuale del paziente oncologico attraverso la presa in carico globale secondo le crono programmi progettuali PON 2011 4.1 e 4.2 | 100%<br>N° 4 report di attività | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 10 |
| Promozione di modelli organizzativo assistenziali del paz, in SV o SMC | Attivazione posti letto SUAP secondo cronoprogramma progettuale PON 2011 3.1 | 100%<br>N° 4 report di attività | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 10 |
| Garantire l'appropriatezza dei ricoveri (DRG-LEA) | Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri L'indice di inapproriatezza si dovrà mantenere, per specifica fattispecie entro la soglia del 5% | 5% | 31.12.2012 | 5 |
| Miglioramento performance | Partecipazione alla rete dell'emergenza neurologica. Attivazione percorsi diagnostico-terapeutici ictus | N° 1 progetto di attivazione | 31.12.2012 | 5 |
| | Peso medio DRG secondo quanto stabilito nel piano di rientro (ove PL presenti) | Valori piano di rientro | 31.12.2012 | |
| | Potenziamento del 35 % della prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico | 35% | | |
| | OUTCOME ESITI: Riospedalizzazione in seguito ad un trattamento per ictus | 5% | | |
| | N° ricoveri ADI | 50% | | |
| | N° pazienti trattati in ambulatorio Spoke(Hospice) | 50% | | |

**Cardiologia UTIC – Medicina - Nefrologia e Dialisi – Pediatria – Oncologia**

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Ottimale occupazione posti letto Integrazione H-T attraverso lo sviluppo di percorsi diagnostici terapeutici. Riabilitazione oncologica* | Raggiungere un indice occupazionale dei posti letto non inferiore all'75% per i ricoveri ordinari e del 150% per quelli in DH e DS (relazionati questi ultimi anche ai Day Service e alle prestazioni ambulatoriali attivati) Attivazione di percorsi riabilitativi dedicati in oncologia secondo PAA. | 75% | 31.12.2012 | 10 |
| | | 150% (DS (relazionati anche ai Day Service e alle prestazioni ambulatoriali attivati) | 31.12.2012 | |
| Riduzione della percentuale di ricoveri inappropriati (DRG-LEA) | Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri con spostamento al D.H./ D.S. o al Day Service, ovvero a prestazioni ambulatoriali, di quelli a bassa complessità assistenziale, nonché garantire la riduzione dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 giorni per lo stesso paziente e per la medesima MDC , la riduzione dei ricoveri ordinari di un solo giorno e la riduzione dei ricoveri inappropriati di cui ai 43 drg (allegato 2c). L'indice di inappropriatezza si dovrà mantenere, per specifica fattispecie sopra richiamata, entro la soglia del 5% | 5% | 31.12.2012 | 10 |
| Tutela della maternità e promozione del percorso nascita *(Pediatria) | Assicurare un programma di cura individuale del paziente oncologico attraverso la presa in carico globale secondo crono programma progettuale PON 2011 8.2 (UUOO Pediatria) | Secondo cronoprogramma | 31.03.2012 30.06.2012 30.09.2012 31.12.2012 | 10 |
| Potenziamento dell'offerta | Incremento dell'attività ambulatoriale per utenti esterni | Incremento dal 5 al 10% rispetto all'anno 2011 | 31.12.2012 | 10 |
| Miglioramento performance | Peso medio DRG secondo quanto stabilito nel piano di rientro | Valori piano di rientro | 31.12.2012 | 20 |
| | Potenziamento della prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico | 100% | | |
| | OUTCOME ESITI: Mortalità in ospedale per IMA Ospedalizzazione per SCC Complicazioni neurologiche secondarie a PTCA Ospedalizzazione per diabete scompensato Ospedalizzazione per pazienti con BPCO | 0-5% | | |

**UTIN**

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Ottimale occupazione posti letto | Raggiungere un indice occupazionale dei posti letto non inferiore all'75% per i ricoveri ordinari e del 150% per quelli in DH e DS (relazionati questi ultimi anche ai Day Service e alle prestazioni ambulatoriali attivati) | 75% | 31.12.2012 | 10 |
| | | 150% (DS (relazionati anche ai Day Service e alle prestazioni ambulatoriali attivati) | 31.12.2012 | |
| Prevenzione della mortalità neonatale | Messa in sicurezza dei punti nascita e miglioramento della qualità dell'assistenza al neonato<br>Riduzione mortalità per SIDIS | 0-5% | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 10 |
| Riduzione della percentuale di ricoveri inappropriati (DRG-LEA) | Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri con spostamento al D.H./ D.S. o al Day Service, nonché garantire la riduzione dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 giorni per lo stesso paziente e per la medesima MDC , la riduzione dei ricoveri ordinari di un solo giorno e la riduzione dei ricoveri inappropriati di cui ai 43 drg (allegato 2c).<br>L'indice di inappropriatezza si dovrà mantenere, per specifica fattispecie sopra richiamata, entro la soglia del 5% | 5% | 31.12.2012 | 10 |
| Tutela della maternità e promozione del percorso nascita Attivazione e messa a regime del modello organizzativo STEN | Integrazione funzionale con i punti nascita e con la rete territoriale dell'emergenza secondo cronoprogramma progettuale PON 2011 8.1 | 100% | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 20 |
| Miglioramento performance | Peso medio DRG secondo quanto stabilito nel piano di rientro | Valori piano di rientro | 31.12.2012 | 10 |
| | Prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico | 100% | | |

# AREA CHIRURGICA

## Chirurgia Generale - Chirurgia Vascolare -Urologia – Ortopedia – Ostetricia e Ginecologia- Oculistica

| .OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Ottimale occupazione posti letto | Raggiungere un Indice occupazionale dei posti letto non inferiore all'80% per i ricoveri ordinari e del 150% per quelli in DH e DS (relazionati questi ultimi anche ai Day Service e alle prestazioni ambulatoriali attivati) | 80%<br>150%<br>(relazionati anche ai D.Serv. e alle prestazioni ambulatoriali attivati) | 30.06.2012<br>31.12.2012 | 10 |
| Riduzione della percentuale di ricoveri inappropriati (DRG-LEA) | Garantire la costante appropriatezza dei ricoveri con spostamento al D.H./ D.S. o al D.Service, ovvero a prestazioni ambulatoriali, di quelli a bassa complessità assistenziale,<br>Garantire la riduzione dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 giorni per lo stesso paziente e per la medesima MDC .<br>Garantire la riduzione dei ricoveri ordinari di un solo giorno e la riduzione dei ricoveri inappropriati di cui ai 43 drg (allegato 2c).<br>L'indice di inappropriatezza si dovrà mantenere per specifica fattispecie sopra richiamata, entro la soglia del 5% | 0-5% | 30.06.2012<br>31.12.2012 | 10 |
| Potenziamento dell'offerta | Incremento dell'attività ambulatoriale per utenti esterni | Incremento dal 5 al 10% rispetto all'anno 2011 | 30.06.2012<br>31.12.2012 | 5 |
| Tutela della maternità e promozione del percorso nascita | Assicurare un programma di cura individuale del paziente oncologico attraverso la presa in carico globale secondo cronoprogramma progettuale PON 2011 8.1 | Secondo cronoprogramma | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 15 |
| IVG*<br>(Ostetricia e Ginecologia) | Miglioramento della qualità e dell'assistenza all'IVG | <Tempi attesa<br>Miglioramento del percorso | 30.06 2012<br>31.12. 2012 | 5 |
| Miglioramento della performance | Peso medio DRG secondo quanto stabilito nel piano di rientro | Valori piano di rientro | 30 06 2012<br>31.12.2012 | 15 |
| | Parti cesari eseguiti in misura inferiore al 20% del totale dei parti delle non cesarizzate **(da non considerare per le altre UU.OO. CH)** | 20% | 31 03 2012<br>30 06 2012<br>30 09 2012<br>31.12.2012 | |
| | Prescrizione relativa alla dispensazione diretta primo ciclo terapeutico | 100% | 31 03 2012<br>30 06 2012<br>30 09 2012<br>31 12 2012 | |
| | **Out come /esiti** :Analisi di mortalità post operatoria entro 10 gg dall'intervento. Prevenzione delle complicanze legate alle fratture del femore over 65 anni( intervento entro 48 h dal ricovero) | 60% ortopedia | 31 03 2012<br>30 06 2012<br>30 09 2012<br>31 12 2012 | |

## DIPARTIMENTO DEL FARMACO

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Contenimento della spesa farmaceutica Ospedaliera UUOOCC Ag.1/ AG2 | Monitoraggio **spesa farmaceutica ospedaliera** (farmaci e dispositivi) tramite reporting da trasmettere trimestralmente ai responsabili dei centri di costo nonché alla Direzione Aziendale (U.O. Programmazione e Controllo di Gestione) | N. 4 report | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 15 |
| | Verifiche ispettive presso le UUOO ospedaliere finalizzate a valutare le giacenze, le condizioni di conservazione e le scadenze dei farmaci/dispositivi negli armadi di reparto. | N° verifiche non < 50% delle UU.OO. ospedaliere N° 4 report | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | |
| | Potenziamento della dispensazione diretta *"primo ciclo terapeutico"* a non meno del 35% dei dimessi(esclusi alcuni reparti) alla data del 31.12.2011 con utilizzo della modulistica aziendale | 35% | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | |
| | Monitoraggio della prescrizione "primo ciclo terapeutico" delle aree chirurgiche e aree mediche | **100% delle prescrizioni** | 30.06.2012<br>31.12.2012 | |
| Appropriatezza prescrittiva | Contenimento della spesa farmaceutica secondo D.A.3107/2010 e relative strategie operative(Attività ispettiva intra-extraospedaliera) | N. 4 report | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 15 |
| Contenimento della spesa farmaceutica Territoriale UOC Area Gestione Farmaco | Apertura al pubblico delle farmacie territoriali | Orario pomeridiano e sabato mattina | 30.06.2012<br>31.12.2012 | 30 |
| | Riduzioni interessi moratori<br>Puntuale liquidazione delle farmacie convenzionate | Assenza di decreti ingiuntivi | 31.12.2012 | |
| | Monitoraggio della **spesa farmaceutica interna** (farmaci e dispositivi) tramite reporting da trasmettere trimestralmente ai responsabili dei centri di costo nonché alla Direzione Aziendale (U.O. Programmazione e Controllo di Gestione) | N. 4 report | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | |
| | Monitoraggio della **spesa farmaceutica esterna** (farmacie convenzionate) attraverso reporting mensile per distretto e per medico di base da trasmettere ai Direttori dei nonché alla Direzione Aziendale (U.O. P. C. Interno di Gestione) | N. 12 report e recupero percentuale secondo indicatore regionale | **mensile** | |
| | Costante monitoraggio della **spesa farmaceutica pro capite** in rapporto ai valori medi di riferimento ed attuazione delle relative misure di contenimento. | N. 6 report di attività | **bimestrale** | |

# AREA TERRITORIALE

**Coordinatore Sanitario Area Territoriale**

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL. ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Attuazione delle linee progettuali PON 2011 | Piena attuazione delle Linee Progettuali PON 2011 N° 1, 2,10,12 e13. Supporto alla Direzione Sanitaria per il coordinamento dei referenti progettuali | N° 4 atti di redazione per supervisione ai fini del tracking | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 10 |
| Razionalizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale e continuità assistenziale H-T | Predisposizione di procedure intra-aziendali finalizzate perseguire l'appropriatezza clinica e la continuità assistenziale territoriale | N° 8 riunioni operative<br>N° 4 procedure operative | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 10 |
| Attivazione CUP unificato secondo direttive regionali | Attività di raccordo con il dipartimento amministrativo e con i direttori di distretto AG 1 e AG 2 | Attivazione del servizio | 31.12.2012 | 10 |
| Appropriatezza prescrittiva | Contenimento della spesa farmaceutica secondo D.A.3107/2010 e relative strategie operative(Commissione Appropriatezza) | N. 4 report | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 10 |
| Attivazione e messa a regime di PTA PTE PPI (MMG-Pls) AGI Ambulatori infermieristici ADI RSA (over 64) | Attività di supervisione e raccordo al fine di adempiere computamente alle direttive aziendali | N° 4 report | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 20 |

## DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL. ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| Controllo e Verifica Alimenti | Registrazioni DIA (dichiarazione inizio attività)<br>Effettuazione di AUDIT secondo la tipologia delle attività delle strutture | Registrazioni entro 30 gg. dalla ricezione dell'istanza | 30.06.2012<br>31 12 2012 | 10 |
| | | N° 10 Audit | 30.06.2012<br>31 12 2012 | |
| Vigilanza/controllo sui luoghi di lavoro | Incrementare le attività di vigilanza e di prevenzione individuale e collettiva nei settori dell'edilizia e dell'agricoltura secondo i parametri regionali previsti nel piano regionale straordinario 2010-2012 per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro D.A. 29.04.2010 effettuando per il 2012 n° 298 ispezioni in edilizia e n° 105 ispezioni in agricoltura e provvedendo alla informatizzazione dell'archivio per le verifiche degli impianti di sollevamento e verificando il 70% delle denunce e segnalazioni di malattie professionali attraverso il sistema informatico.<br>Iniziative di formazione/informazione sulla sicurezza e salute nei luoghi di lavoro. Implementazione e supporto REAC Verifiche periodiche apparecchi di sollevamento ed apparecchiature a pressione. | 298 ispezioni in edilizia (valore soglia) | 30.06.2012<br>31.12.2012 | 15 |
| | | 105 ispezioni in agricoltura(valore soglia) | 30.06.2012<br>31 12 2012 | |
| | | Informatizzazione archivio SIA(valore soglia) | 30.06.2012<br>31 12 2012 | |
| | | Inserimento informatico del 70% | 30.06.2012<br>31 12 2012 | |
| | | denunce/segnalazioni pervenute | | |
| | | Organizzazione di n° 5 eventi | 30.06.2012<br>31 12 2012 | |
| Accreditamento | Implementare le procedure previste da accreditare all'interno del LSP | Accreditare le procedure di tutti i parametri previsti per l'acqua potabile | 30.06.2012<br>31.12.2012 | 5 |
| Attività di prevenzione "Vaccini" | Implementare il grado di copertura per vaccino antinfluenzale,MRP,HPV | =>64%<br>= >90 %<br>=70% | 30.06.2012<br>31.12.2012 | 10 |
| Attività di prevenzione Screening | Effettuare l'attività di screening prevista secondo gli standard regionali Programmazione da trasmettere ai distretti. | Mammella 50.69 anni 15% inviti (avvio) | 30.06.2012<br>31.12.2012 | 20 |
| | | K uterino 18 % inviti età 25-64 anni | | |
| | | Kcolon-retto 5% inviti (avvio) 50 69 anni | | |

## DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL. ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Controllo e verifica aziende infette brucellosi | Rispetto tempi di ricontrollo nelle aziende infette da brucellosi Il rientro può essere differito solo per motivi di salute degli allevatori o per mancata collaborazione denucni8ata all'0autorità giudiziaria | Tempo massimo di rientro in aziende 50 giorni dl precedente prelievo | 31 12 2012 Con report | 10 |
| Attuazione del piano straordinario per la lotta al randagismo | Effettuare tutte le sterilizzazioni richieste da enti o comuni nel limite massimo del numero delle sterilizzazioni effettuate nel 2011. | Soddisfacimento di tutte le richieste pevenute | 31 12 2012 Con report | 20 |
| Vigilanza e controllo su aziende di produzione del ramo alimentare | Attività ispettive e di controllo delle aziende da produzione bovine ed ovicaprine per l'eradicazione della brucellosi e della leucomi bovina enzootica. | 100 % delle aziende controllabili; | 31.12.2012 | 10 |
| | Indicatore: % aziende controllabili | | | |
| Controllo e Verifica Alimenti di origine animale | Registrazioni DIA( dichiaraz.inizio attività) Effettuazione di AUDIT secondo la tipologia delle attività delle strutture | Registrazioni entro 30 gg. dalla ricezione dell'istanza | 31 12 2012 | 10 |
| | | N° 30 Audit | 31 12 2012 | 10 |

# DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Adesione al Piano Strategico Regionale per la Salute Mentale. | Attivare tutte le procedure previste | Attivazione | 30.06.2012 | 10 |
| Psicogeriatria | Linea progettuale 12.1 PON 2011 Attivazione centri territoriali di psicogeriatria afferenti al DSM | Attivazione | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31 12 2012 | 10 |
| UVA | Potenziamento UVA nelle ASP. Linea progettuale 2.4 PON 2011 | Proseguimento | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31 12 2012 | 10 |
| Migliorare l'offerta sanitaria riducendo i TSO | Compiuta integrazione tra le varie articolazioni funzionali del dipartimento: riduzione dei ricoveri in SPDC (utenti ASP 1) ed incremento degli interventi dei CC.DD. e dei CC.SS.MM. avviando una riduzione del 10% dei ricoveri in SPDC | TSO.2012/ TSO.2011=>7 | 30.06.2012<br>31 12 2012 | 10 |
| Miglioramento Qualità dei servizi SERT | Implementazione dell'integrazione di servizi rivolti ai soggetti tossico e/o alcool dipendenti al fine di migliorarne la qualità di vita | N° 1 Evento convegnistico<br>Redazione LLG | 31 12 2012 | 5 |
| Procedure di intervento sulla tutela minori | Attuazione LLG regionali in tema di sull'abuso e maltrattamento minori Completamento linea progettuale PON 2010 n° 12.2 | Report | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31 12 2012 | 5 |
| Implementazione RETE Disabili scolarizzati | Stilare piano educativo individualizzato agli alunni disabili scolarizzati | N° 1 Atto<br>N° 1 Report 100% casi diagnosticati | 30.06.2012<br>31 12 2012 | 10 |

**UOC ASSISTENZA SANITARIA DI BASE, OSPEDALITA' PRIVATA,SPECIALISTICA MEDICINA LEGALE E FISCALE ED ASSISTENZA INTEGRATIVA SOCIO SANITARIA**

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Cure domiciliari | Adeguamento alle LLGG del QSN e delle direttive assessoriali con trasmissione ai distretti del piano aziendale 2012 | 3,5 % della popolazione >65 = a 3065 | 31.12.2012 | 20 |
| Realizzazione del progetto RSA ASP Agrigento anno 2012 | Attivazione 16 Posti RSA pubblici presso locali dove attualmente sono ubicati i servizi di Neurops. E serv vaccinazioni previo adeguamento locali ed individuazione del personale dediciato ( a condizione V. | Attivazione 31/03/2012 | 31.12 2012 | 15 |
| | Attivazione n° 36 Posti RSA a convenzione previo accreditamento di una struttura | Attivazione entro 31/12/2012 | | |
| | Attivazione di N° 40 posti RSA presso la struttura sanitaria di Bivona previo adeguamento locali ed individuazione del personale dedicato | Attivazione entro 31/12/2012 | | |
| Valutazione delle prestazioni specialistiche | N° prestazioni per singolo specialistica /ora e ove necessario calcolare la media ponderata. Controlli specialistica convenzionata ambulatoriale interna in ordine a: accessi, prestazioni rendicontate e quelle effettuate, rispetto dell'orario etc. | N"2 report | 30 06 2012<br>31 12 2012 | 10 |
| | N° prestazioni per singolo specialistica /volumi economici | N"2 report | 30 06 2012<br>31 12 2012 | |
| | Verifica e controllo delle situazioni di incompatibilità dei medici che svolgono attività in regime di convenzione con l'Azienda (MMG,PLS,Specialisti ambulatoriali interni, Medici di continuità assistenziale) | Relazione relativa alle procedure di verifica effettuate e risultati ottenuti | 31.12.2012 | |
| Monitoraggio delle liste di attesa per branca dell'area territoriale | Verifica puntuale delle liste d'attesa per branca | N"2 report | 30 06 2012<br>31 12 2012 | 5 |
| Implementazione ambulatori a gestione integrata | Attivazione di n° due ambulatori (Licata e Sciacca) e mantenimento/monitoraggio di quelli esistenti subordinati ai finanziamenti regionali richiesti con modello CE preventivo anno 2012 per € 901 000,00 | N"2 report | 30 06 2012<br>31 12 2012 | 10 |

## DISTRETTI SANITARI DI BASE

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Cure primarie | Potenziamento rete informativa assistenza territoriale Piena operatività PTA PPI ambulatori infermieristici PUA Potenziamento AGI Potenziamento assistenza pediatrica nei territori. Integrazione ospedale territorio | secondo cronoprogramma | 31.03.2012 30.06.2012 30.09.2012 31.12.2012 | 20 |
| Aggiornamento Anagrafe Assistiti | Costante aggiornamento della trasmissione dati assistiti con specificato esenzione e medico associato | Aggiornamento anagrafe in tempo reale | 30.06.2012 | 5 |
| Controllo, vigilanza e verifica | Monitoraggio mensile costi e rispetto budget strutture specialistiche e di ricovero accreditate esterne, attraverso anche verifiche e controlli da effettuare periodicamente presso le richiamate strutture | Report trimestrale sulle verifiche e sui provvedimenti adottati | 31.03.2012 30.06.2012 30.09.2012 31.12.2012 | 5 |
| Cure Domiciliari | Realizzazione cure domiciliari secondo programmazione Aziendale, rinforzo della rete dell'assistenza; incremento prestazioni per gli ultra sessantacinquenni secondo progetto aziendale Promozione modelli assistenziali domiciliari per soggetti in SD o SMC | Secondo progetto aziendale | 31.12.2012 | 10 |
| Attività di prevenzione | Prevenzione primaria ( lotta a: fumo, alcool,malattie sessualmente trasmissibili) e secondaria ( screening mirati per patologie croniche non tumorali) secondo programma Aziendale | Aumentare la popolazione target coinvolta rispetto al 2011 (20% in più anno 2011) | 31.12.2012 | 5 |
| Appropriatezza prescrittiva | Contenimento della spesa farmaceutica.D.A.3107/2010. Prosecuzione attività avviate anno 2011 | Contenimento spesa farmaceutica | 31.12.2012 | 10 |
| Rimodulazione assistenza ambulatoriale interna Monitoraggio delle liste di attesa | Rimodulazione assistenza specialistica nelle strutture aziendali Poliambulatoriali, al fine di ridurre sensibilmente i tempi di attesa, specie per le prestazioni critiche | Riduzione tempi di attesa 60% in meno rispetto al 2010 delle prestazioni critiche erogate oltre i tempi stabiliti | 31.12.2011 | 5 |

# STAFF DIREZIONALE

(Direzioni Generale, Amministrativa e Sanitaria)

| STRUTTURA | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Psicologia | Realizzazione progetto "Riabilitazione psicologica nelle aree critiche" secondo crono programma PON 2011 linea progettuale 11.3. Redazione progetto di riorganizzazione rete aziendale "Continuità-Ospedale-Territorio) | Progetti + N° 4 report | 31.03.2012 30.06.2012 30.09.2012 31.12.2012 | 5 |
| Gestione del rischio Clinico | Predisposizione documentale ( anche Joint Commissione) di tutte le procedure. Audt. | Procedure Report Audit | 31.03.2012 30.06.2012 30.09.2012 31.12.2012 | 10 |
| Politiche del Personale | Realizzazione piano formativo anno 2012 e Redazione piano formativo anno 2013. Attivazione biblioteca telematica Archivio ECM ed archivio scientifico. Stesura LLG e procedure per comitato scientifico e pubblicazione abstract | Report Stesura piano 2013 Progetti Abbonamento Banca Dati Riviste scientifiche | 31.03.2012 30.06.2012 30.09.2012 31.12.2012 | 10 |
| Educazione alla salute | Programmazione interventi di educazione alla salute da realizzare nell'anno 2012 secondo piano operativo della direzione sanitaria | Programmazione aziendale | 31.03.2012 30.06.2012 30.09.2012 31.12.2012 | 5 |
| Sorveglianza sanitaria | Aggiornamento archivio informatizzato aziendale sorveglianza sanitaria sul personale. | Report trimestrale aggiornamento | 31.03.2012 30.06.2012 30.09.2012 31.12.2012 | 5 |
| Gestione e coordinamento attività di valutazione e controllo DRG e SDO | Acquisizione dati NOC Peso medio DRG Verifica appropriatezza Report mensile mobilità Verifica outcome /esito | Report mensile | Mensile | 10 |
| Comunicazione Istituzionale ed Interna | Aggiornamento sito web Redazione bollettino on line Sportello virtuale"Lo specialista risponde" Report trimestrale URP | Report | 31.03.2012 30.06.2012 30.09.2012 31.12.2012 | 5 |
| Servizio Prevenzione e Protezione | Monitoraggio di tutte strutture della ASP con aggiornamento ed implementazione della necessaria documentazione in materia di sicurezza | Report trimestrale aggiornamento | 31.03.2012 30.06.2012 30.09.2012 31.12.2012 | 10 |
| Pianificazione Programmazione Controllo strategico e controllo di Gestione | Definizione del ***piano dei centri di responsabilità e dei centri di costo*** (di concentro con il SEF) Monitoraggio centri di responsabilità Aziendali, con trasmissione periodica agli stessi degli eventuali scostamenti agli obiettivi assegnati. Supporto DSA per attività di coordinamento | Redazione Piano Report trimestrale | 31.03.2012 30.06.2012 30.09.2012 31.12.2012 | 10 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | PON 2011 e PAA | | | |
| SIL SIS | Regolare e costante acquisizione dei dati e dei flussi. Rispetto dei tempi della loro trasmissione alla Regione e al Ministero | 100% | Rispetto tempi previsti di trasmissione alla Regione e al Ministero | 10 |
| Legale e contenzioso | Razionalizzazione delle procedure di conciliazione nelle controversie legali. Ricognizione informatica contenzioso esistente e noto alla data del 31.11.2011 valutazione economica ai fini costituzione fondo rischi. | Regolamento | 31.03.2012 | 5 |
| | | Riduzione 10% esternalizzazione cause | 31.12.2012 | |
| Qualità Aziendale | Implementazione e revisione piano Aziendale della Qualità –MCQ Customer satisfaction | N° 3 piani<br>N° 6 rilevazioni | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 5 |
| Privacy ALPI | Gestione delle problematiche inerenti l'applicazione del D.lgs 196/03 in Azienda | Redazione DPS | 31.03.2011 | 5 |
| | | Revisione disciplina aziendale | 31.12.2011 | |
| Segreteria Direzionale | Informatizzazione degli atti e della documentazione delle direzioni Generale, Sanitaria ed Amministrativa | nformatizzazione | 31.12.2011 | 5 |

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO
*Tel. 0922 407111 Fax 0922 401229*
P.IVA e C.F. 02570930848

# AREA AMMINISTRATIVA

## Obiettivi comuni per tutti i centri di responsabilità di tipo amministrativo

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Costante e completa disponibilità dei dati e dei flussi | Regolare e completa trasmissione dei dati e dei flussi alla Direzione Generale, al SIL, alla Regione e/o ad altri enti entro i tempi di scadenza previsti per ciascun flusso o dato | 100% | 30.06.2012<br>31.12.2012 | 20 |
| Valorizzazione magazzino materiali di consumo non sanitari | Inventario di magazzino quadrimestrale con valorizzazione quantitativa ed economica del materiale di consumo non sanitario esistente | n.2 inventari | 30.06.2012<br>31.12.2012 | 5 |

# Dipartimento Amministrativo

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Unificazione procedure amministrative | Aggiornamento delle linee guida per l'unificazione delle procedure amministrative | Numero Tre linee guida | 30.06.2012 | 10 |
| Regolamenti per acquisizione beni e servizi | Revisione dei regolamenti adottati | Report di revisione | 31.03.2012 | 20 |
| Attivazione CUP aziendale | Attivazione CUP secondo direttive regionali | Attivazione del Servizio | 31.12.2012 | 30 |
| Implementazione albo pretorio on line | Dematerializzazione documentale, conforme alle disposizioni legislative in materia, attraverso la redazione di un regolamento per la gestione e sperimentazione delle specifiche procedure | Regolamento | 31.03.2012 | 15 |
| | | Completa fruibilità on line del 10% degli atti deliberativi 2012 | 31.12.2012 | |

## UOC SERVIZIO AFFARI GENERALI, SVILUPPO ORGANIZZATIVO E RISORSE UMANE

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Razionalizzazione risorse Umane | Revisione dotazione organica | Proposta di atto deliberativo | 30.09.2012 | 10 |
| Razionalizzazione risorse Umane | Individuazione delle Risorse Umane assegnate a ciascuna U.O. e calendarizzazione della copertura per i posti vacanti. | Documento report da trasmette al controllo di gestione | 30.06.2012 | 5 |
| Razionalizzazione Risorse Umane | Adozione atti regolamentari per tutte le fattispecie necessarie di essere disciplinate | Almeno n. 2 regolamenti | Entro gg. 15 dalle disposizioni della Direzione | 5 |
| | Attivazione ed affidamenti incarichi dirigenziali stipula dei contratti e relativa pesatura delle strutture | Proposta di atto | 30.06.2012 | 10 |
| | Costituzione dei collegi Tecnici per la valutazione della dirigenza. | Proposta di atto | 30.06.2012 | 10 |
| Revisione contrattazione integrativa aziendale | Gestione delle procedure relative a contrattazione e concertazione in relazione agli istituti contrattuali afferenti:<br>- la composizione delle fasce di valutazione del personale D.Lgs 150/09;<br>- coordinamenti e posizioni organizzative. | Avvio contrattazione | 30.03.2012 | 5 |
| Copertura posti vacanti dotazione organica | Piano delle assunzioni copertura posti vacanti 2011-2014 | Predisposizione piano delle assunzioni | 30.06.2012 | 10 |
| Monitoraggio flussi economici e finanziari | Ricognizione della consistenza del contenzioso aziendale, valutazione economica ai fini costituzione fondo rischi. | Report/Relazione con indicazione consistenza/valore al SEF | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2011<br>31.12.2012 | 10 |
| Recupero somme | Avvio procedure per recupero somme da sentenze favorevoli alla data del 30.11.2011 | 100% delle richieste alla controparte del 100% delle sentenze favorevoli | 31.12.2012 | 10 |

## UOC SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL. ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Razionalizzazione delle risorse economiche | Redazione di un regolamento di contabilità | Regolamento | 31.03.2012 | 10 |
| | Predisposizione di un piano dei centri di costo ( di concerto con il CoGe) | Predisposizione atto | 31.12.2012 | 10 |
| | Revisione del regolamento ALPI (di concerto con Gestione ALPI e Privacy) con attivazione di nuovi punti di fatturazione attiva | Predisposizione atto | 30.06.2012 | 10 |
| | | Attivazione punti | 31.12.2012 | |
| | Rispetto scadenze dei tempi di inoltro dei modelli telematici e o flussi di competenza | 100% Report trimestrale | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 30 |
| Inventario beni immobili e mobili | Aggiornamento continuo e valorizzazione patrimonio aziendale | N° 2 inventari | 30.06.2012<br>31.12.2012 | 15 |

## UOC SERVIZIO PROVVEDITORATO

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Contenimento dei costi | Piano degli acquisti centralizzati per beni e servizi | Redazione Piano | 30.03.2012 | 10 |
| | Verifica periodica costi economali attraverso reports bimestrali | Predisposizione Report | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 10 |
| | Procedure centralizzate di acquisto farmaci e vaccini e di altre categorie merceologiche | Adeguamento alle procedure di gara regionale | Relazione trimestrale sulle gare e sulle delibere | 20 |
| Redazione piano acquisti e relativa gestione nei tempi previsti | Presa in carico e rinnovo delle procedure di gare scadute attualmente in regime di proroga. | Indizione del 70% delle gare scadute<br>N° 4 Report di esito | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 35 |

## UOC SERVIZIO TECNICO

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL. ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Contenimento dei costi | Ridurre i costi di gestione delle manutenzioni relative al nosocomio di Sciacca | -10% rispetto dato 2011 | 30.06.2012<br>31.12.2012 | 15 |
| | Monitoraggio dei costi HELP DESK | Report | 30.06.2012<br>31.12.2012 | |
| Redazione piano delle attività e relativa gestione nei tempi previsti | Predisposizione documentale | Redazione piano in tempo per il bilancio | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 20 |
| Redazione piano di adeguamento ai requisiti strutturali ed impiantistici ai fini dell'accreditamento delle strutture sanitarie | Redazione piano e realizzazione di tutti gli adempimenti previsti in relazione alle diverse normative di riferimento, secondo crono programma. | Redazione piano Esito delle verifiche | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 20 |
| Utilizzazione assegnazioni finanziarie per edilizia e piano degli investimenti | Attuazione delle procedure per l'utilizzazione delle risorse finanziarie per l'edilizia sanitaria | Attuazione del 100% delle procedure per l'utilizzo delle risorse finanziarie assegnate | 31.12.2012 | 20 |

## UOC SERVIZIO FACILITY MANAGEMENT

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Attivazione foresteria Sciacca | Avvio e monitoraggio delle attività | Attivazione Report | 30.06.2012<br>31.12.2012 | 10 |
| Implementazione della toponomastica sanitaria | Valorizzazione dei percorsi di accoglienza per gli assistiti attraverso la istituzione di totem identificativi e mappe ricognitive e di facilitazione per i soggetti diversamente abili. | N° 1 report ricognitivo N° 1 piano di miglioramento N° 4 report | 30.06.2012<br>31.12.2012 | 10 |
| Valutazione della qualità percepita | Indagini periodiche di *customer satisfaction* e mcq | N° 2 report di attività | 30.06.2012<br>31.12.2012 | 20 |
| Valorizzazione dei contratti | Valutazione dei servizi relativi al comfort alberghiero e spazi esterni | Avvio procedure di monitoraggio Redazione strumenti di verifica | 30.06.2012<br>31.12.2012 | 35 |

## Coordinatori Amministrativi dei distretti ospedalieri AG 1 e AG 2

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Monitoraggio ed esecuzione degli obiettivi aziendali del distretto di competenza | Valutare l'aderenza, di concerto con il coordinatore sanitario, agli obiettivi di distretto assegnati dalla direzione generale. Razionalizzazione delle risorse umane e strutturali assegnate | Report di attività | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 25 |
| Gestione del budget economico | Gestione delle somme destinate alla messa in atto di interventi manutentivi | Report di attività | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 20 |
| Rendere efficaci ed efficienti le procedure amministrative di erogazione dei servizi all'utenza, compresi, l'accesso agli atti. | Mappatura del complesso delle procedure amministrative . Redazione di regolamenti interni e sviluppo di procedure. | Report N° 3 regolamenti | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 20 |
| Promuovere il contenimento delle spese | Definire il complesso delle economie conseguibili attraverso una reingegnerizzazione dei processi | Report | 31.03.2012 | 10 |

## Coordinatore Amministrativo Area Territoriale

| OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | VAL.ATTESO INDICATORE | VERIFICA RISULTATI | PESO % |
|---|---|---|---|---|
| Monitoraggio ed esecuzione degli obiettivi aziendali della area territoriale di competenza | Valutare l'aderenza, di concerto con il coordinatore sanitario, agli obiettivi di distretto assegnati dalla direzione generale. Razionalizzazione delle risorse umane e strutturali assegnate | Report di attività | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 25 |
| Gestione del budget economico | Gestione delle somme destinate alla messa in atto di interventi manutentivi | Report | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 20 |
| Rendere omogenee efficaci ed efficienti le procedure amministrative di erogazione dei servizi all'utenza, compresi, l'accesso agli atti. | Mappatura del complesso delle procedure amministrative Redazione di regolamenti interni e sviluppo di procedure | Report N° 3 regolamenti | 31.03.2012<br>30.06.2012<br>30.09.2012<br>31.12.2012 | 20 |
| Promuovere il contenimento delle spese | Definire il complesso delle economie conseguibili attraverso una reingegnerizzazione dei processi | Report | 31 03 2012 | 10 |

## 3. La comunicazione del piano all'interno ed all'esterno

Questa amministrazione intende garantire la massima diffusione di tutta la programmazione ipotizzata, dalla fase della definizione alla successiva traduzione in obbiettivi per le singole strutture e per i singoli operatori.

In tal senso la disciplina interna prevede fisiologicamente una conoscenza da parte degli "attori" individuati di tutti i passaggi, anche se tale conoscenza, per la frequenza con in passato ha costituito l'eccezione e non la regola in molte aziende del S.S.R., costituisce un fattore determinante sul quale la ASP di Agrigento intende investire.

# 5 – Il processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo della performance

## 1. Il gruppo di lavoro

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

| Nominativo Componente | Ruolo assunto nel processo | Competenze | Posizione nella struttura | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Interno | Esterno |
| Salvatore Messina | Commissario Straordinario | Individuazione strategia | X | |
| Alfredo Zambuto | Direttore Sanitario | Responsabile area sanitaria Validazione sanitaria piano performance | X | |
| Eugenio Bonanno | Direttore Amministrativo | Responsabile area amministrativa Validazione amministrativa piano performance | X | |
| Beatrice Salvago | Direttore dipartimento amministrativo | Supporto per redazione piano della performance | X | |
| Calogero Mistretta | Responsabile UOC Servizio Affari Generali, sviluppo organizzativo e risorse umane | Coordinamento per gestione e verifica piano della performance | | |
| Giuseppe Amico | Coordinatore Staff Direzionale | Supervisione redazione piano della performance | X | |
| Patrizia Tornabene | Dirigente referente UOS Pianificazione,Programmazione Controllo Strategico e Controllo di Gestione | Predisposizione obiettivi del piano della Performance | X | |
| Alfonso Scichilone | Struttura Tecnica permanente per la misurazione della perfomance | Supporto metodologico ed informativo per tutte le fasi di stesura e verifica del piano della performance | X | |

## 2. Le azioni di miglioramento previste

Le azioni per il miglioramento previste sono connaturate al processo stesso, dal momento che la profonda revisione del sistema di responsabilizzazione degli operatori porrà una serie di problematiche che saranno progressivamente affrontate individuando soluzioni pratiche e fornendo utili spunti di riflessione oltre che una crescita professionale connaturata allo strumento del "*learning by doing*". A tale scopo questa Azienda si prefigge lo scopo di proceduralizzare il ciclo della performance collegando allo stesso tutte le altre procedure aziendali, porre le basi per un sistema di miglioramento continuo della procedura, ampliando sempre più le competenze e gli operatori del gruppo di lavoro individuato nella sezione precedente. Il principio ispiratore di tutte le migliorie da apportare può tuttavia già essere individuato nella trasparenza che deve permeare ogni modifica da apportare al sistema, tanto che ci si riferisca alla programmazione da seguire, quanto che il riferimento sia alle procedure da utilizzare per garantire la prima. Alcuni spunti di riflessione nascono infatti dalle criticità rilevata nel corso della stesura del Piano. In particolare alcune esigenze sono state evidenziate all'interno della sezione dedicata all'illustrazione degli obiettivi ed ai correlativi indicatori in merito alla confrontabilità nel tempo e nello spazio e che costituiscono il primo intervento da apportare al ciclo della performance aziendale.

Ulteriori modifiche ed integrazioni deriveranno dalla individuazione delle risorse da porre in essere, nell'attivazione delle strutture cadenzate nel piano degli obiettivi e nella possibilità di disporre di risorse umane aggiuntive una volta poste in essere le procedure concorsuali. Essendo tale sezione finalizzata alla descrizione delle procedure da rimodulare in itinere affinché la procedura del ciclo della performance possa migliorare la sua significatività e la sua attitudine a svolgere il ruolo di strumento di governo, di trasparenza e responsabilizzazione, si individuano le seguenti linee di attività da porre in essere per il miglioramento in oggetto:

- Ulteriore verifica su tutti i regolamenti posti in essere per verificarne la congruenza rispetto ai principi introdotti dal D.Lgs. 150/09, anche attraverso il coinvolgimento dell'O.I.V.
- Potenziamento delle strutture di valutazione e verifica in una misura idonea a garantire il legame tra ciclo di gestione della performance e processo di budget, anche tenendo conto delle indicazioni che perverranno a livello regionale su nomina di O.I.V. e strumenti di valutazione e come linee di indirizzo basate sulla sperimentazione già realizzata.