



Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

---

# PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE

**2025 - 2027**

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

### **Finalità**

Con il presente aggiornamento al Piano triennale della performance, quale sezione del PIAO 2025-2027, La Direzione Aziendale prosegue l'attività di gestione ispirata al sistema di responsabilizzazione degli operatori mediante il ciclo di gestione della performance introdotto dall'articolo 4 del d.lgs. 150/09 e che ha trovato nella redazione dei piani della performance degli anni precedenti le applicazioni e le esperienze di verifica della performance da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (da ora in poi per semplicità denominato O.I.V.).

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

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

- **Esplicitazione** degli obiettivi, degli indicatori e dei target da raggiungere in coerenza con le risorse assegnate;
- **Definizione** degli elementi fondamentali che costituiranno la base per la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance (obiettivi, indicatori e target);
- **Evidenziazione** di tutti i passaggi logici idonei a garantire “la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance” ;
- **Descrizione** analitica ed esaustiva del processo e delle modalità con cui si perviene alla formulazione degli obiettivi dell'amministrazione, alla verifica sugli stessi, ed alla eventuale gestione delle eventuali verifiche di seconda istanza. La descrizione delle procedure di cui all'ultimo punto è estrapolata da diversi atti regolamentari aziendali ed è stato inserito tra gli obiettivi dell'anno l'accorpamento di tutte le norme attinenti alla problematica della valutazione in un unico documento che funga da testo unico cui far riferimento, in un'ottica di trasparenza e proceduralizzazione delle attività propedeutiche ad esprimere una valutazione;

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

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

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

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

Il sistema di responsabilizzazione seguirà quello della negoziazione di budget, tenuto conto che gli obiettivi attribuiti possono essere soggetti ad una rivisitazione per integrare o rivedere

quanto assegnato se perverranno indicazioni in materia da parte di organi regionali sovraordinati nonché prevedere la revisione degli obiettivi operativi negoziati (pesi ed indicatori) che si dovesse rendere necessaria per sopravvenute esigenze aziendali.

## **Contenuti**

Secondo quanto previsto il Piano individua:

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

Tali contenuti, sono integrati da una serie di informazioni che questa Amministrazione ha inteso fornire per meglio chiarire il contesto di riferimento. A tal fine saranno approfondite le tematiche inerenti la descrizione della “identità” dell’amministrazione e, cioè, di quegli elementi che consentono di identificare il mandato istituzionale, il “Valore Pubblico” da realizzare quale ente che sta rivedendo la propria offerta assistenziale in funzione di indicazioni assessoriali che comportano delle profonde innovazioni all’attuale organizzazione.

## **Principi generali**

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

### **Principio n.1: Trasparenza**

Il piano sarà pubblicato, sul sito istituzionale aziendale nell’apposita sezione denominata «Amministrazione Trasparente». Il presente piano rappresenta il documento cardine che ispirerà l’attività dell’Azienda ma, sempre al fine di garantire la massima trasparenza per tutti gli stakeholder ai quali tale documento si rivolge, gli strumenti di trasparenza di cui sopra saranno estesi a tutte le eventuali modifiche che si renderanno necessarie o semplicemente opportune.

Le stesse modifiche, del resto, appaiono del tutto probabili per le motivazioni che saranno approfondite con riferimento alla descrizione del contesto interno ed esterno in cui questa Azienda si trova ad operare. Tali considerazioni si basano sulle prescrizioni di cui al D.lgs. 165 marzo 2013, 33 modificato dal D.lgs. n. 97/2016 che contengono indicazioni sulla presentazione delle attività, sulla chiarezza delle stesse, sulle forme di pubblicità da utilizzare

affinché tutti gli stakeholder di cui sopra possano risultare degli strumenti di trasparenza e coinvolgimento utilizzati.

#### **Principio n. 2: Immediata intelligibilità**

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

#### **Principio n. 3: Veridicità e verificabilità**

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

#### **Principio n. 4: Partecipazione**

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

#### **Principio n. 5: Coerenza interna ed esterna**

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

#### **Principio n. 6: Orizzonte pluriennale**

L'arco temporale di riferimento del Piano è il triennio, anche in relazione a quanto previsto dalla programmazione sanitaria regionale con scomposizione in obiettivi annuali, secondo una logica di 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, nonché stanti anche le raccomandazioni in tal senso pervenute dall'ANAC in tema di collegamento tra piano della performance Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. A tal proposito già a partire dagli anni precedenti nel Piano sono stati inseriti tra gli obiettivi le misure di attuazione delle disposizioni del PTPCT.

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

L'amministrazione si 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.

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

## ***CHI SIAMO, COSA FACCIAMO COME OPERIAMO***

In questa sezione sono illustrate le informazioni salienti sul mandato aziendale e sulle caratteristiche organizzativo/ gestionali al fine di rendere l'attività più trasparente per i suoi fruitori.

### **Chi siamo**

L'Azienda Sanitaria di Agrigento è stata Istituita con la Legge regionale 14 aprile 2009 N. 5, è divenuta operativa a partire dal 1° settembre 2009. L'organizzazione ed il funzionamento dell'azienda, disciplinati con atto aziendale di diritto privato, mirano ad assicurare l'erogazione delle prestazioni essenziali ed appropriate, lo sviluppo dei sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi dei cittadini, l'equità delle prestazioni erogate, il raccordo istituzionale

con gli Enti Locali, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e di volontariato, nonché l'ottimizzazione e l'integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali.

Gli Organi dell'ASP di Agrigento sono:

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

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

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

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

## **Il Dipartimento**

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

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

**Area Amministrativa:**

- Dipartimento Amministrativo.
- 

**Area Territoriale:**

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

## Area Ospedaliera:

- Dipartimenti Ospedalieri Strutturali:
  - Dipartimento di Medicina – Ospedali Riuniti Sciacca Ribera;
  - Dipartimento di Chirurgia – Ospedali Riuniti Sciacca Ribera;
  - Dipartimento di Medicina – Presidi Ospedalieri di Agrigento, Canicattì e Licata;
  - Dipartimento di Chirurgia – Presidi Ospedalieri di Agrigento, Canicattì e Licata;
  - Dipartimento Emergenza;
  - Dipartimento Cardiovascolare.
  
- Dipartimenti Transmurali nel cui ambito rientrano strutture ospedaliere e territoriali:
  - Dipartimento del Farmaco (strutturale);
  - Dipartimento dei Servizi (strutturale);
  - Dipartimento delle Scienze Radiologiche (strutturale);
  - Dipartimento Materno Infantile (funzionale);
  - Dipartimento di Riabilitazione (funzionale);
  - Dipartimento Oncologico (funzionale);
  - Dipartimento di Cure Primarie e dell'integrazione Socio-sanitaria (funzionale).

## Il Distretto Sanitario

Il Distretto Sanitario è l'articolazione territoriale in cui si attiva il percorso assistenziale e si realizza l'integrazione tra attività sanitarie e socio-sanitarie. Assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei presidi ospedalieri. Il territorio dell'ASP di Agrigento è articolato in 7 ambiti:

### Distretto Sanitario di Agrigento:

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

### Distretto Sanitario di Bivona:

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

### Distretto Sanitario di Canicattì:

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

### Distretto Sanitario di Casteltermeni:

*Cammarata, Casteltermeni, San Giovanni Gemini.*

Distretto Sanitario di Licata:

Licata, Palma di Montechiaro.

Distretto Sanitario di Ribera:

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

Distretto Sanitario di Sciacca:

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

## Cosa facciamo

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

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

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

## Come operiamo

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

Costituiscono elementi cardine della mission Aziendale:

- la promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della popolazione di riferimento;

- il monitoraggio dei bisogni sanitari del territorio al fine di definire il livello qualitativo e quantitativo dei propri servizi e modellare la propria attività a criteri di appropriatezza sia clinica che organizzativa definendo responsabilità in modo chiaro e condiviso;
- la riorganizzazione della rete di assistenza ospedaliera;
- l'integrazione tra ospedale e territorio e, conseguentemente, l'integrazione tra le diverse professionalità che operano nella azienda;
- la qualificazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale territoriale;
- il potenziamento delle attività di prevenzione;
- la riduzione delle liste di attesa;
- la riduzione del rischio clinico attraverso interventi e programmi definiti;
- la gestione integrata delle attività socio-sanitarie attraverso la rete dei servizi socio-sanitari e di specifici percorsi aziendali per la presa in carico di patologie croniche.

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

## **La Vision aziendale: l'Albero della performance**

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

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

L'Azienda, inoltre, pone particolare attenzione alle risorse professionali disponibili, allo sviluppo del personale medesimo e al riorientamento delle professionalità verso contenuti

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

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

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

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

Al fine di soddisfare una coerente logica programmatoria organizzativa e gestionale aziendale con la pianificazione regionale, in coerenza con gli obiettivi Aziendali assegnati alla Direzione Aziendale, nello sviluppo del presente piano della performance sono state inserite nuove linee di intervento relativamente alle sotto indicate *Macro Aree strategiche*:

- *OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO AZIENDALE;*
- *AREA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA ;*
- *PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA ;*
- *ASSISTENZA DISTRETTUALE ;*
- *MONITORAGGIO DEI COSTI E RISPETTO TETTI DI SPESA - PNRR - ;*
- *CONTRIBUTO ALLA ORGANIZZAZIONE AZIENDALE .*

Nel rispetto dei vincoli derivanti dal rispetto degli obiettivi di finanza pubblica con riguardo al Piano del fabbisogno e delle dotazione organica D.A. n. 02/22 del 05/01/2022 nel rispetto della cornice finanziaria di cui all'art. 11 del D.L. 30.04.2019 n. 35, convertito con modificazioni dalla Legge 25.06.2019 n.60; e del raggiungimento/mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario aziendale.

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

Recepire quanto sopra e tradurre tali determinanti in obiettivi ed in un set di indicatori che rendicontino tutte le attività assistenziali rese (accountability), rappresenta uno *step* imprescindibile per l'Amministrazione. Né si può prescindere, in tale ottica, dalla necessità di inglobare nel contesto degli obiettivi da assegnare anche quelli attribuiti ai Direttori Generali che rientrano nel sistema di valutazione AgeNaS.. Inoltre la promozione di medio periodo di importanti strumenti di valutazione quali la Customer Satisfaction, il coinvolgimento del Comitato Consultivo Aziendale, costituiscono un indispensabile elemento di confronto finalizzato a migliorare in toto l'assistenza sanitaria.

## **DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI**

### **Le Macro Aree di Intervento e gli Obiettivi Strategici**

Per meglio definire gli obiettivi strategici questa Azienda nell'elaborazione del presente piano, sulla scorta degli obiettivi Aziendali assegnati alla Direzione Aziendale (insediatasi nel mese di giugno 2024), già a partire dal mese di luglio 2024 sono stati posti in essere una serie di adempimenti propedeutici sinteticamente riconducibili a:

- Analisi dell'organizzazione aziendale;
- Coinvolgimento delle figure apicali nell'individuazione delle strutture da potenziare, creare e, se del caso, riconvertire o sopprimere;
- Analisi sulla attuale dotazione per struttura;
- Verifica sulla sostenibilità economica e sulla coerenza tra ipotesi eventualmente formulate in termini di riorganizzazione e contingenti minimi di personale presenti o in corso di acquisizione;
- Verifica sul possesso dei requisiti minimi all'interno delle strutture aziendali attualmente esistenti in termini di risorse umane;

volti a disciplinare le **Macro Aree strategiche di Intervento**, sopra indicate, in una prospettiva temporale triennale, inoltre sono state individuante le strutture aziendali coinvolte nel raggiungimento degli obiettivi.

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

### **Gli Obiettivi Operativi Individuati e gli Indicatori**

Nel corso dei primi mesi del 2025 si procederà alla negoziazione/assegnazione degli obiettivi, fermo restando che per una buona parte costituiscono la prosecuzione logica di quanto già avviato negli anni precedenti. In questa fase si intende perseguire la fattiva collaborazione del personale dirigente inquadrato all'interno delle diverse strutture aziendali tanto sanitarie

quanto amministrative, sia all'interno delle strutture ospedaliere sia nell'ambito dell'area territoriale. A tal fine, gli obiettivi della Direzione derivanti dal mandato istituzionale e dalle indicazioni espressamente fornite in sede assessoriale, nonché quelli del sistema di valutazione dei Direttori Generali, sono oggetto di espressa evidenziazione a tutti i dirigenti apicali e costituiscono il presupposto per le successive fasi di delega a tutto il personale dirigente e comparto.

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

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

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

- illustrazione preventiva degli obiettivi ai dirigenti apicali, negoziazione ed assegnazione del budget definitivo. la programmazione annuale con le unità operative interne è operata mediante il processo di budget, strumento con cui le risorse umane, finanziarie e tecnologiche vengono allocate alle singole articolazioni, alle quali sono affidati gli obiettivi di attività da conseguire nel rispetto degli standard di qualità. Il valore di alcuni indicatori e obiettivi, stante le specificità caso per caso, sarà oggetto di analisi in sede di negoziazione del budget al fine di individuare valori congrui per la misurazione. la direzione generale, pertanto predisposte le schede di budget, 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).

- I Direttori delle UU.OO.C.C., sia dell'Area Ospedaliera (PP.OO.) che dell'Area Territoriale (Distretti Sanitari di Base, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimenti di Prevenzione, Area Gestione del Farmaco, Area Amministrativa), con riferimento agli obiettivi sopra individuati, sia generali che specifici attinenti la propria area, coinvolgeranno nella fase di attuazione degli obiettivi negoziati tutti i responsabili delle unità operative semplici afferenti alla struttura complessa nonché tutto il personale in servizio sia della dirigenza che del comparto. E' prevista a cura dei responsabili delle diverse articolazioni aziendali garantire gli adempimenti necessari ai fini della verifica concomitante e susseguente degli obiettivi assegnati, illustrando obiettivi e criteri di valutazione. Inoltre, trasmetteranno al Controllo di Gestione le informazioni necessarie per la conoscenza di tutte le variabili, nello specifico verbali di assegnazione di obiettivi e di individuazione dei criteri e schede di valutazione preventive, oltre a tutte le altre informazioni che si dovessero rendere necessarie in corso di opera per informare tempestivamente la Direzione sull'andamento della gestione;
- I responsabili delle Unità Operative Complesse predisporranno e trasmetteranno i rispettivi Piani Operativi Preventivi, secondo gli obiettivi generali e specifici di propria competenza sia in forma cartacea che per posta elettronica, alla Direzione Aziendale tramite la U.O.C. Controllo di Gestione, Sistemi Informativi e Statistici Aziendali.
- I piani di lavoro Operativi Preventivi da presentare possono prevedere, oltre gli obiettivi individuati con la presente, anche obiettivi propri aggiuntivi che ciascuna unità operativa intende realizzare nel corso dell'anno e ciò, comunque, dopo aver verificato la loro compatibilità con gli obiettivi generali dell'Azienda, con i vincoli di bilancio nonché le risorse umane e strumentali disponibili. Nei medesimi piani di lavoro operativi / preventivi devono anche essere esplicitate le iniziative che si intendono avviare per il raggiungimento degli obiettivi specifici di ciascuna unità operativa nel rispetto dei programmi e degli obiettivi generali dell'Azienda, nonché tenuto conto di quanto stabilito dal regolamento aziendale sul sistema premiante.
- A ciascun responsabile di U.O.C. compete la responsabilità di porre le basi per la verifica sul grado di partecipazione dei dipendenti, afferenti alla medesima U.O. sia della dirigenza che del comparto, al conseguimento degli obiettivi negoziati, ponendo in essere tutti gli

adempimenti propedeutici all'applicazione dei sistemi di valutazione e verifica, anche ai fini del salario di risultato;

- Monitoraggio degli Obiettivi: La U.O.C. Controllo di Gestione di concerto con l'Organismo Indipendente di Valutazione, predisporrà il controllo concomitante degli obiettivi assegnati anche attraverso la raccolta dei dati di attività trimestrali resi dalle unità operative complesse. Gli obiettivi verranno controllati periodicamente, le UU.OO.CC. trasmetteranno via mail i dati di attività corredati da report sintetico trimestrale attestante lo stato di attuazione degli obiettivi. Parallelamente verranno riprodotti, in modo sistematico, i dati sulle attività e sull'utilizzo delle risorse al fine di controllare la coerenza dell'andamento della gestione con gli obiettivi assegnati, ed adottare eventualmente azioni correttive. Il costante feedback operativo-gestionale prevedrà altresì anche specifiche convocazioni semestrali dei direttori di macrostruttura nel corso del 2025 (audit) al fine di valutare la congruenza tra gli obiettivi assegnati e il soddisfacimento degli stessi.
- A consuntivo la Direzione Generale, procederà alla verifica dei risultati raggiunti sia per la valutazione che per l'erogazione della retribuzione di risultato. Tale verifica si baserà sulla regolamentazione interna di vari istituti contrattuali per la quale è prevista la rimodulazione in corso d'anno anche in ossequio a quanto disposto dalla L.R. 5 del 2009;
- La valutazione della performance, sulla base di espressa disposizione assessoriale, avrà ad oggetto sia i risultati rilevati con riferimento alla struttura di appartenenza dei singoli operatori (performance organizzativa) sia il contributo reso dai singoli operatori (performance individuale).

Nella redazione del presente piano, si sono privilegiati obiettivi chiari, la cui formula di calcolo appaia facilmente comprensibile al pari delle unità di misura e la cui fonte sia facilmente individuabile. Il confronto con i dati storici e il valore di benchmark, tuttavia, risulta per alcune strutture di difficile individuazione per due ordini di motivi: per le modifiche in cantiere sull'assetto organizzativo aziendale scaturenti dal nuovo piano di rimodulazione della rete ospedaliera previsto dal D.A. n. 22 del 19.01.2019 per cui l'accorpamento/frazionamento in essere rischia di rendere la somma algebrica delle prestazioni rese in precedenza fuorviante. In tale ottica il presente piano costituisce la base di lavoro per le verifiche che sarà possibile

realizzare in futuro. In riferimento al valore di Benchmark, la specificità sanitaria fa sì che un valore di riferimento presso un'altra struttura possa, in relazione al contesto in cui la stessa è resa, risultare non omogenea rispetto alla stessa attività all'interno della ASP. Per questa motivazione, stante l'obbligo previsto dalla L.R. 5/2009 di uniformare l'offerta assistenziale si ritiene opportuno rinviare il confronto con altre strutture al momento in cui saranno a disposizione dei sistemi informativi uniformi e un quadro chiaro dell'offerta assistenziale regionale.

Nell'individuazione degli obiettivi si fa riferimento anche all'articolazione aziendale così come derivante dall'Atto Aziendale.

## **LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO PREVISTE PER IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE**

Le azioni per il miglioramento previste sono connaturate al processo stesso, dal momento che la profonda revisione del sistema di responsabilizzazione degli operatori porrà una serie di problematiche che saranno progressivamente affrontate individuando soluzioni pratiche e fornendo utili spunti di riflessione oltre che una crescita professionale connaturata allo strumento del "*learning by doing*". A tale scopo questa Azienda si è prefissa in questi ultimi anni lo scopo di proceduralizzare il ciclo della performance collegando allo stesso tutte le altre procedure aziendali, porre le basi per un sistema di miglioramento continuo, ampliando sempre più le competenze e gli operatori del gruppo di lavoro individuato nella sezione precedente.

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

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

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

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

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

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

# ASP AGRIGENTO

## PIANO PERFORMANCE OBIETTIVI 2025- 2027

OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO			
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	VALORE ATTESO	INDICATORI PER IL TRIENNIO 2025-2026-2027
Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste d'attesa, predisposto in attuazione del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa al fine del rispetto dei tempi ordinari di attesa (PNGLA)	Recupero delle liste d'attesa.	100% delle azioni richieste dalla direzione strategica.	Ricoveri chirurgici da PNGLA > 70% dei ricoveri rilevanti alla data di riferimento del piano o successivo aggiornamento.

	<p>Raggiungere la totalità dell'offerta pubblica e privata accreditata negli ambiti territoriali di garanzia tramite i CUP delle aziende sanitarie.</p>	<p>100% se il rapporto è pari a 1 (100%);</p>	<p>N° Prestazioni ambulatoriali di primo accesso pubbliche e private accreditate/ N° di prestazioni ambulatoriali erogate .</p>
	<p>Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico-degenerative e oncologiche (D.L. 73/2024);</p>	<p>a)obiettivo raggiunto al 100% se il numero di agende dedicate ai PDTA è &gt; n.10;  b) obiettivo raggiunto al 100% se il numero di prestazioni di controllo prescritte direttamente dallo specialista ambulatoriale è &gt; 10% rispetto al periodo di riferimento dell'anno precedente;  c) obiettivo raggiunto al 100% se il numero di prestazioni di controllo prescritte da MMG/PLS è &lt; 20% rispetto al periodo di riferimento dell'anno precedente.</p>	<p>a)Numero di agende dedicate ai PDTA aziendali;  b) Numero di prestazioni di controllo prescritte direttamente dallo specialista ambulatoriale  c)Numero di prestazioni di controllo prescritte da MMG/PLS</p>

<b>Esiti:</b> <b>Fattura del femore;</b> <b>Parti cesari;</b> <b>empestività P.T.C.A.</b> <b>nei casi di IM.A</b> <b>STEMI;</b> <b>Colecistectomia</b> <b>laparoscopica</b>	<b>Tempestività dell'intervento per frattura femore in pazienti over 65, entro 0-2 giorni dal ricovero;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% se il valore dell'indicatore è =&gt; del 96%;</li> <li>- Se il valore è compreso tra il valore di partenza (60%) ed il valore obiettivo (96%)%;</li> <li>- obiettivo non raggiunto se &lt;= a 60%</li> </ul>	<b>Numeratore: interventi effettuati entro 0-2 gg dal ricovero</b> <b>Denominatore: n° totale di casi di frattura femore su pazienti over 65</b>
	<b>Riduzione incidenza parti cesarei primari (cesarei in donne senza nessun pregresso cesareo)</b>	<b>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente alla soglia medio PNE AGENAS (30%) per livello/soglia individuato e il rispettivo valore obiettivo. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è superiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando</b>	<b>Numeratore: Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)totale</b>  <b>Denominatore: parti di donne con nessun pregresso cesareo</b> <b>Valori soglia:</b> <b>- Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con 500&lt;= vol. 1000 parti anno = massimo 10%;</b>

		una funzione lineare.	
	Tempestività nell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di I.M.A. STEMI	<p>82%</p> <p><i>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo al prodotto tra il valore minimo di partenza, corrispondente allo standard del DM 70 (60%) e il target nazionale (valore obiettivo).</i></p> <p><i>- Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto;</i></p> <p><i>- se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.</i></p>	PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 90 min dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI/ n. totali di IMA STEMI diagnosticati
	Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni	<p>-100% se il valore è =&gt; al 96%;</p> <p>-se compreso tra 70% e 96% il valore verrà calcolato secondo la funzione lineare;</p> <p>-0% se il valore è &lt; al 70%</p>	n° di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni/ N° di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.

<p><b>Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (ob. 3)</b></p>	<p><b>Incrementare la sicurezza e la qualità dei punti nascita della Regione Sicilia, rispettando gli standard per la riorganizzazione dei punti nascita di I livello, dei punti nascita in deroga e dei punti nascita di II livello, in coerenza all'Accordo Stato – Regioni del 16 dicembre 2010 e al Decreto Assessoriale 2536 del 2 dicembre 2011 “Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita” e ss. mm. e ii.</b></p>	<p><b>Raggiungimento di tutti i requisiti contemplati dalla Checklist</b>  <b>Livello I : 100%=</b>  <b>Soddisfacimento del 100% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda;</b>  <b>Livello II: 90% =</b>  <b>Soddisfacimento del 95% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda;</b>  <b>Livello III</b>  <b>:75%=Soddisfacimento del 85% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda</b></p>	<p><b>100%</b></p>
--	---	--	--------------------

<b>Gestione del sovraffollamento in PS;</b>	<b>a) Tempo massimo di Permanenza (TMP):</b> Tempo massimo della presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di pronto soccorso di 8 h;	<b>a) Indicatore TMP:</b> - obiettivo raggiunto al 100% se $\geq 85\%$ ; - obiettivo raggiunto al 50% se compreso tra 75% e $< 85\%$ ; - obiettivo NON raggiunto $<75\%$	<b>a) Indicatore TMP:</b> $\leq 8$ h <i>indicatore calcolato su pazienti su tutti gli esiti da flusso EMUR escluso esito 6 (abbandono PS prima della visita medica) e 7 (paziente abbandona PS in corso di accertamenti)</i>
	<b>b) Boarding (cattiva pratica" di tenere i pazienti da ricoverare sulle barelle nei corridoi del PS per mancanza posti letto):</b> percentuale di pazienti con permanenza pre ricovero di 44H	<b>b) Indicatore Boarding:</b> - obiettivo raggiunto al 100% se $\leq 2\%$ ; - obiettivo raggiunto al 50% se compreso tra 2% e 4%; - obiettivo NON raggiunto $>4\%$	<b>b)Indicatore Boarding:</b> $> 44$ h

Screening oncologici	<p><b>Il Ministero della Salute prevede che si raggiunga il:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% di estensione su tutti e 3 gli screening;</li> <li>- 50% di adesione per il cervicocarcinoma e il tumore del colon retto,</li> <li>- 60% per il tumore della mammella;</li> </ul> <p>ne consegue che i relativi indicatori LEA sono 50% per il cervicocarcinoma e il tumore del colon retto, e 60% per il tumore della mammella.</p>	<p>Ridurre i casi di mortalità garantendo a tutta la popolazione siciliana gli screening oncologici</p>	<p>Per ogni screening, in linea con le soglie definite dal NSG:</p> <p>a) Cervice e colon-retto  Indicatore LEA :25% = 0; 25-29% = 5; 30-34% = 6;35-39% = 7; 40-44% = 8; 45-49% = 9; ≥50% = 10</p> <p>b)Mammella  Indicatore LEA :35% = 0; 35-39% = 5; 40-44% = 6; 45-49% = 7; 50-54% = 8; 55-59% = 9; ≥60% = 10</p>
	<p>a) obiettivi di processo Formazione del personale dedicato allo screening (SI/NO)</p> <p>b) organizzazione di programmi di comunicazione rivolti alla popolazione target (SI/NO)</p>		<p>a) si= 1 no=0</p> <p>b) si= 1 no=0</p>

<p><b>Obiettivo 5- Organi e Tessuti</b></p>	<p><b>Migliorare il Procurement degli organi solidi e dei tessuti</b></p>	<p><b>Incrementare, migliorare o mantenere la donazione di sangue, plasma , organi e tessuti nel rispetto dei parametri nazionali e internazionali</b></p>	<p><b>Istituzione del Coordinamento locale Aziendale per il Procurement Organi e Tessuti con assegnazione dell'incarico di altissima specialità per il Coordinatore locale aziendale e l'individuazione di un infermiere dedicato al procurement (PESO 10%);</b>  <b>N° di accertamenti di morte con criterio neurologico/ n° decessi aziendali per grave neuro lesione nell'anno 2024 (risultato atteso &gt; 30%) (PESO 30%);</b>  <b>Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38% (PESO 30%);</b>  <b>Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente) non inferiore al 30% (PESO 20%)</b>  <b>Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione. (PESO 10%)</b></p>
---	---	--	--

**Incremento della quantità di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e Cat. B) presso ciascuna Azienda Sanitaria regionale rispetto all'anno precedente in funzione della rilevazione di autosufficienza (calcolata in 18 kg x 1000 abitanti Min. della Salute e alla media regionale pari a 14,5 kg)**

**2024= 10,6 kg/1000 ab (+ 10% rispetto al 2023);  
2025= 12,1 kg/1000 ab (+ 15% rispetto al 2024);  
2026= 14,6 kg/1000 ab (+ 20% rispetto al 2025).**

- 100% con l'attribuzione di 1 punto all'atto del raggiungimento della previsione di raccolta;**
- incremento > all'anno precedente, ma < a quello previsto l'obiettivo sarà valutato con 0,8 punti;**
- riduzione di conferimento di plasma rispetto all'anno precedente, l'obiettivo sarà considerato non raggiunto.**

**Incremento della quantità consumata di emoderivati di natura plasmatica da conto lavorazione in relazione ad una congrua di diminuzione del consumo di farmaci plasma derivati acquistati dal commercio e con perfetta sostituibilità**

- **100%(1 punto) = + 10% di utilizzo di farmaci plasma derivati in conto lavorazione e**
- 10% utilizzo farmaci dell'utilizzo di farmaci plasma derivati rispetto all'anno precedente;**
- **100% anche nel caso in cui, a parità di consumi complessivi di emoderivati plasma derivati rispetto all'anno precedente, non vi sia un incremento dei farmaci in conto lavorazione, ma si evidenzi, tramite atti ufficiali, la richiesta degli stessi al CRAE e la risposta di indisponibilità da parte dello stesso. Tale evenienza deve essere debitamente motivata la CRAE e per conoscenza al Centro Regionale Sangue.**
- **incremento di farmaci plasma derivati in conto lavorazione <10%, a parità di consumi complessivi di emoderivati ( 0,8 punti);**
- **NON Raggiunto: < utilizzo di farmaci plasma derivati in conto lavorazione rispetto all'anno precedente + > spesa in emoderivati plasmatici commerciali, senza evidenza di richiesta al CRAE.**

	<p><b>Incremento della donazione del sangue cordonale:</b>  <b>a) Incrementare la raccolta del sangue cordonale in assenza di criteri di esclusione;</b>  <b>b) Implementare la trasfusione dei neonati prematuri nelle terapie intensive neonatali utilizzando il sangue cordonale.</b></p>		<p><b>+10% dei parti effettuati nel 2024; +20% nel 2025; +30% nel 2026;</b>  <b>+20% dei neonati trasfusi per il 2024; +30% per il 2025; +40% per il 2026.</b>  <b>100%= se si raggiungono entrambi obiettivi a) e b);</b>  <b>50%= un solo obiettivo o a) o b);</b>  <b>NON RAGGIUNTO se non viene raggiunto nessun obiettivo</b></p>
<p><b>Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)</b></p>	<p><b>Adozione e utilizzo Fascicolo Sanitario Elettronico: mira ad estendere e uniformare a livello regionale i contenuti dei documenti digitali sanitari e a facilitarne l'alimentazione e la consultazione da parte dei professionisti della sanità.</b></p>	<p><b>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente (90% al 31/12/2025; 90% al 31/12/2026) ed il 100%.</b></p>	<p><b>Numeratore n° di Lettere di Dimissioni Ospedaliere</b>  <b>Denominatore: n° ricoveri</b>  <b>Fattore di scala: (x 100)</b></p> <hr/> <p><b>Numeratore n° di Verbali di Pronto Soccorso indicizzati</b>  <b>Denominatore: n° Accessi di Pronto Soccorso</b>  <b>Fattore di scala: (x 100)</b></p>

	<p><b>Numeratore n° di Referti di Laboratorio Indicizzati</b>  <b>Denominatore: n° Prestazioni di Laboratorio Erogate</b>  <b>Fattore di scala: (x 100)</b></p>
	<p><b>Numeratore n° di Referti di Radiologia indicizzati</b>  <b>Denominatore: n° Prestazioni di Radiologia Erogate</b>  <b>Fattore di scala: (x 100)</b></p>
	<p><b>Numeratore n° di Referti di Specialistica Ambulatoriale indicizzati</b>  <b>Denominatore: n° Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale Erogate</b>  <b>Fattore di scala: (x 100)</b></p>
	<p><b>Numeratore n° di Referti di Anatomia Patologica indicizzati</b>  <b>Denominatore: n° Prestazioni di Anatomia Patologica indicizzati</b>  <b>Fattore di scala: (x 100)</b></p>

			Numeratore n° Cittadini Residenti con Certificato Vaccinale Indicizzati Denominatore: n° Cittadini Residenti (su base regionale) Fattore di scala: (x 100)
<b>Incremento delle dimissioni protette per i pazienti di età superiore a 65 anni</b>	<b>Invio Proposta Dimissioni Protette al Distretto di pertinenza</b>	<b>=&gt;90% dei pazienti target</b>	<b>N° pazienti con dimissioni protette/ N° pazienti dimessi con età &gt; a 65 anni</b>
<b>Approvvigionamento farmaci e gestione I ciclo di terapia</b>	<b>Ottimizzazione della gestione del I ciclo di terapia a pazienti dimessi sia in DH che in ricovero ordinario</b>	<b>Migliorare la gestione del I ciclo di terapia</b>	<b>N° prestazioni I ciclo/ N dimessi sia in DH che in regime ordinario &gt;= 0,8</b>
	<b>Potenziamento della dispensazione in modalità “primo ciclo terapeutico” a non meno del 35% dei dimessi(esclusi alcuni reparti) alla data del 31.12.2024 con utilizzo della modulistica aziendale e costante monitoraggio della prescrizione “primo ciclo terapeutico” delle aree chirurgiche e aree mediche alla dimissione.</b>		<b>a) Dispensazione del 100% dei primi cicli di terapia che giungono in farmacia; b) Monitoraggio continuo ed evidenza di eventuali azioni necessarie all'implementazione del 1° ciclo di terapia</b>

**OBIETTIVI CORE PREVISTI DAL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA (NSG ): AREA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA**

<b>OBIETTIVO STRATEGICO</b>	<b>OBIETTIVO OPERATIVO</b>	<b>VALORE ATTESO</b>	<b>INDICATORI PER IL TRIENNIO 2025-2026-2027</b>
<p>Scheda Indicatore H04Z: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario</p>	<p>Valutare la bontà dell'organizzazione della rete ospedaliera, misurandone la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato.</p>	<p>100%</p>	<p>n° dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriata secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria per acuti con DRG "inappropriato"/n° dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriata in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato".</p>

<p>Scheda Indicatore H02Z: Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui</p>	<p>Garantire l'efficacia e la sicurezza dell'intervento, il rapporto costo-beneficio e il mantenimento della competenza del team.</p>	<p>150 interventi annui (con 10% tolleranza)</p>	<p>Numeratore: N° di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174, 198.81, 233.0) ed intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9-CM 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4.x) Denominatore: N° di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174, 198.81, 233.0) ed intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9-CM 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4.x). Fattore di scala: (x 100)</p>
--	---	--	---

<p>Scheda Indicatore H16S: Frequenza di infezioni post-chirurgiche</p>	<p>Promozione di pratiche assistenziali efficaci volte a ridurre il rischio di trasmissione di microorganismi durante l'assistenza.</p>	<p>100%</p>	<p>Numeratore: N° di dimissioni chirurgiche con codice ICD-9-CM per sepsi presente in un campo di diagnosi secondaria durante l'episodio chirurgico e in un qualsiasi campo di diagnosi durante una riammissione entro 30 giorni dall'episodio chirurgico (data dell'intervento chirurgico principale). Se la data dell'episodio chirurgico non è disponibile, entro 30 giorni dalla data di ricovero (per il primo episodio chirurgico). Denominatore: tutte le dimissioni chirurgiche di pazienti di età 15 anni e più</p>
--	---	-------------	--

**OBIETTIVI CORE PREVISTI DAL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA (NSG ): PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA**

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	VALORE ATTESO	INDICATORI PER IL TRIENNIO 2025-2026-2027
<p>Scheda Indicatore P12Z- COPERTURA DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' DI CONTROLLO PER LA CONTAMINAZIONE DEGLI ALIMENTI</p>	<p>Valutazione complessiva del livello basilare di attività di controllo ufficiale garantito dal SSR, volto a prevenire, eliminare o ridurre la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale o vegetale.</p>	<p>Il valore atteso deve essere del 100%                      Per ciascun addendo è stata fissata una soglia di inaccettabilità che comporta la decurtazione di 1 punto dal punteggio percentuale raggiunto per l'indicatore. Le soglie di inaccettabilità sono le seguenti:                      • PNR: 90%                      • controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari: 90%                      • controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari : 90%                      Sotto l'80% il livello di copertura è gravemente insufficiente, ovvero non in grado di far fronte alle minime esigenze operative per la gestione dei rischi diretti e/o indiretti per la salute.</p>	<p>%= (% di copertura del Piano Nazionali Residui X 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di (residui di prodotti fitosanitari 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari X 0,2)</p>

<p>Scheda Indicatore P13Z - <b>COPERTURA DELLE PRINCIPALI ATTIVITÀ DI CONTROLLO UFFICIALE PER LA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE FASI DELLA TRASFORMAZIONE, DISTRIBUZIONE, SOMMINISTRAZIONE DEGLI ALIMENTI.</b></p>	<p>Livello di copertura di base delle principali attività di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti, con particolare riferimento alle fasi della trasformazione, distribuzione, somministrazione degli alimenti.</p>	<p>&gt;90% <i>Sotto il 60% il livello di copertura è gravemente insufficiente, ovvero non in grado di far fronte alle minime esigenze operative per la gestione dei rischi diretti e/o indiretti per la salute.</i></p>	<p>% = (% di copertura dei campionamenti ufficiali nella fase di produzione degli alimenti x 0,2) + (% di copertura dei campionamenti ufficiali nella fase di distribuzione degli alimenti x 0,2) + (% di copertura del Piano nazionale per la ricerca di organismi geneticamente modificati negli alimenti x 0,1) + (% di copertura del Piano nazionale di controllo ufficiale sugli alimenti e i loro ingredienti trattati con radiazioni ionizzanti x 0,1) + (% di controlli ufficiali mediante audit svolti in stabilimenti riconosciuti per la produzione di alimenti x 0,4)</p>
--	---	---	---

<p>Scheda Indicatore P14C <b>PREVENZIONE E PROMOZIONE DI STILI DI VITA SALUTARI</b></p>	<p>Descrizione dei cambiamenti nel tempo in soggetti con particolari stili di vita responsabili di malattie croniche . I principali fattori di rischio modificabili sono fumo, alimentazione scorretta, inattività fisica, alcol e sono associati a insorgenza di tumori, malattie cerebro, cardiovascolari e respiratorie, sovrappeso e obesità. aumento della pressione arteriosa e livelli elevati di colesterolo.</p>	<p>Prevenzione e promozione di stili vita salutari</p>	<p><b>N. di soggetti che presentano un punteggio* <math>\geq 2</math> / residenti di età compresa tra 18/69 anni</b> * il punteggio è inteso come la somma dei punteggi relativi a 4 indicatori:  <b>A- INDICATORE FUMO:</b> 0= mai fumato o ex fumatore; 1= fumatore moderato (&lt; 20 sigarette); 2= fumatore forte (<math>\geq 20</math> sigarette)  <b>B- INDICATORE ECCESSO PONDERALE:</b> 0 = Normopeso + sottopeso (BMI &lt; 25 kg/m<sup>2</sup>; 1 = Sovrappeso (BMI: [25.0-29.9] kg/m<sup>2</sup>); 2 = Obeso (BMI <math>\geq 30</math> kg/m<sup>2</sup>)  <b>C - INDICATORE_ALCOL:</b> 0 = Astemio + consumo moderato; 1 = Consumo a rischio (consumo abituale eccedentario, binge drinking, fuori pasto)  <b>D - INDICATORE_SEDENTARIETA:</b> 0 = Parzialmente attivi (attività fisica nel tempo libero + attività lavorativa o domestica pesante); 1 = Sedentari (nessuna attività nel tempo libero + nessuna attività lavorativa o domestica pesante)  <u>La fonte dati per l'indicatore in oggetto è la rilevazione PASSI.</u></p>
---	---	--	--

<p>Scheda Indicatore P01C Copertura vaccinale nei bambini fino a 24 mesi per ciclo base: polio, differite, tetano, epatite B, pertosse, Hib;</p>			<p>a) N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con il ciclo completo di 3 dosi/ n. dei soggetti della rispettiva corte di nascita;</p>
<p>Scheda Indicatore P02C Copertura vaccinale nei bambini fino a 24 mesi per la 1^ dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)</p>	<p>Verificare l'omogeneità di offerta della principale misura di prevenzione per alcune malattie infettive e l'efficienza dei programmi in atto. La copertura viene indagata per le vaccinazioni effettuate nell'infanzia incluse nei LEA, con gli obiettivi di copertura finalizzati all'eliminazione/controllo in relazione ai risultati attesi delle vaccinazioni per le diverse malatti</p>	<p>&gt;95%</p>	<p>b) N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la prima dose/ n. dei soggetti della rispettiva corte di nascita</p>

<p>Scheda Indicatore P10Z- COPERTURA DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' DI CONTROLLO DELLE ANAGRAFICHE:</p>	<p>Valutazione complessiva del livello basilare di attività di controllo ufficiale volto a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino, attraverso: a) la tracciabilità delle produzioni animali a partire dall'allevamento;</p>	<p>&gt;90%</p> <p><i>Sotto il 70% il livello di copertura è gravemente insufficiente, ovvero non in grado di far fronte alle minime esigenze operative per la gestione dei rischi diretti e/o indiretti per la salute.</i></p>	<p>% = (% aziende bovine controllate per anagrafe x 0,2 + (% aziende ovi caprine controllate per anagrafe x 0,1) + (% capi ovi caprini controllati per anagrafe x 0,1) + (% aziende suine controllate per anagrafe x 0,2) + (% aziende equine controllate per anagrafe x 0,2) + (% allevamenti apistici controllati per anagrafe x 0,2)</p>
<p>Scheda Indicatore P09Z- COPERTURA DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' DI ERADICAZIONE, CONTROLLO E SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE ANIMALI NELLA FILIERA PRODUTTIVA AI FINI DELLE GARANZIE DI SANITA' PUBBLICA:</p>	<p>Valutazione complessiva del livello basilare di attività garantito dal SSR, riguardante la capacità di prevenire, eliminare o ridurre alcune malattie infettive degli animali che impattano sulla salute dei cittadini per il loro potenziale zoonotico</p>	<p>Il valore a cui tendere è <math>\geq</math> 100%</p> <p><i>Sotto il 70% il livello di copertura è gravemente insufficiente</i></p>	<p>% = (% copertura BRC x 0,2) + (% copertura TBC x 0,2) + (% test BSE su bovini morti x 0,2) + (% test TSE su ovini morti x 0,1) + (% test TSE su caprini morti x 0,1) + (% di campioni per la ricerca di salmonella negli animali x 0,2)</p> <p><i>Nel caso di assenza di un parametro da controllare si ridistribuisce il relativo peso sui restanti addendi della somma.</i></p>

**Scheda Indicatore  
P11Z- COPERTURA  
DELLE PRINCIPALI  
ATTIVITA' DI  
CONTROLLO DEL  
BENESSERE DEGLI  
ANIMALI DESTINATI  
ALLA PRODUZIONE  
DI ALIMENTI:**

**Controlli del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti, considerato che il rispetto delle norme di benessere animale negli allevamenti e all'atto della macellazione, riducendo il ricorso a trattamenti terapeutici e contribuendo a ridurre la diffusione di patogeni zoonotici nella filiera produttiva, impattano indirettamente sulla salute del cittadino, attraverso la salute degli animali produttori di alimenti.**

**Il valore minimo accettabile è del 100% dei livelli minimi fissati dalla normativa europea e nazionale. Sotto il 80% il livello di copertura è gravemente insufficiente**

**% = (% controllo per benessere in allevamenti di vitelli x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di suini x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di ovaiole x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di polli da carne x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini" x 0,1) + (% controlli per benessere negli impianti di macellazione x 0,1)**

**OBIETTIVI PREVISTI DAL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA (NSG ): ASSISTENZA DISTRETTUALE**

<b>OBIETTIVO STRATEGICO</b>	<b>OBIETTIVO OPERATIVO</b>	<b>VALORE ATTESO</b>	<b>INDICATORI PER IL TRIENNIO 2025-2026-2027</b>
<p>Scheda indicatore D03C: Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco:</p>	<p>Ridurre la frequenza del ricovero ordinario per affrontare le patologie croniche: complicanze a breve termine del diabete, complicanze a lungo termine tardive del diabete, scompenso cardiaco e BPCO.</p>	<p>. soglie di ricovero secondo indicatori regionali e nazionali da NSG</p>	<p>I riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'anno di riferimento Incremento di almeno il 10% delle ore di specialistica rispetto all'anno precedente</p>

<p><b>Scheda indicatore D04C: Ridurre la frequenza del ricovero ordinario per affrontare l'asma pediatrico e la gastroenterite pediatrica</b></p>	<p><b>Ridurre la frequenza del ricovero ordinario per affrontare l'asma pediatrico e la gastroenterite pediatrica</b></p>	<p><b>soglie di ricovero secondo indicatori regionali e nazionali da NSG</b></p>	<p><b>Incontri di sensibilizzazione e verifica sulle attività procedurali poste in essere dai pediatri</b></p>
<p><b>Schede indicatore D22Z: Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3);</b></p>	<p><b>L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate differenziate per i diversi livelli di intensità assistenziale (CIA 1, CIA 2, CIA 3)</b></p>	<p><b>soglie di reclutamento secondo indicatori regionali</b></p>	<p><b>Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 1 Denominatore: Popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000)</b></p>

		<p><b>soglie di reclutamento secondo indicatori regionali</b></p>	<p><b>Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 2</b>  <b>Denominatore: Popolazione residente</b>  <b>Fattore di scala: (x 1.000)</b></p>
		<p><b>soglie di reclutamento secondo indicatori regionali</b></p>	<p><b>Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 3</b>  <b>Denominatore: Popolazione residente</b>  <b>Fattore di scala: (x 1.000)</b></p>

**ALTRI OBIETTIVI: - MONITORAGGIO DEI COSTI E RISPETTO TETTI DI SPESA - PNRR -**

<b>OBIETTIVO STRATEGICO</b>	<b>OBIETTIVO OPERATIVO</b>	<b>VALORE ATTESO</b>	<b>INDICATORI PER IL TRIENNIO 2025-2026-2027</b>
<p>Osservanza delle politiche nazionali e regionali di contenimento della spesa.</p>	<p>Acquisto beni e servizi nel rispetto della normativa vigente, di cui al codice dei contratti pubblici.</p>	<p align="center">100%</p>	<p>Applicazione procedure Consip e Me.Pa ai sensi dell'art. 15, comma 13, lett. D) della Legge 7 agosto 2012 n.135 di conversione con modificazioni del decreto-legge 6 Luglio 2012 n. 95, per le categorie merceologiche ivi presente quantitativamente coerenti allo specifico fabbisogno e comunque nel rispetto della normativa vigente nazionale e regionale.</p>
	<p>Programmazione degli acquisti di beni e servizi:                      a) Elaborazione del Piano Triennale degli acquisti 2024-26;                      b) Programmazione investimenti indifferibili e urgenti non coperti da finanziamenti specifici da eseguire entro il 2025</p>		<p>a) Ricognizione del fabbisogno di beni strumentali sanitari e non delle UU.OO. Aziendali e proposta del Piano degli acquisti del Piano Triennale degli acquisti 2024-26;                      b) N° 1 atto di programmazione degli acquisti</p>

	<p><b>Approvvigionamento dei beni e servizi: Fase esecutiva del Piano degli acquisti secondo le priorità di approvvigionamento in condivisiopne con la direzione strategica aziendale</b></p>		<p><b>Elencazione analitica delle delibere di avvio delle relative procedure aziendali, nonché elencazione delle delibere e delle procedure di approvvigionamento di competenza della CUC e degli organi aggregatori</b></p>
	<p><b>a) Piano triennale fabbisogni del personale b) Osservanza tetto di spesa per il personale assegnato all'Azienda ai sensi del comma 584 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 2014 n.190 che, modificando il comma 3 dell'art. 17 del D.L. 6 Luglio 2011 n. 98, convertito con modificazioni della Legge 15 Luglio 2011 n.11, ha esteso fino al 2023 le misure di cui ai commi 71 e 72 dell'art. 2 della legge n.191/09; c) Rispetto del programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato da redigere nel rispetto dell'art. 9 comma 28 del D.L. 31 Maggio 2010 n.78, convertito dalla legge 30 Luglio 2010 n.122, secondo misure percentuali e tempistiche indicate nel programma stesso che, corredato da apposita relazione, dovrà essere sottoposto all'approvazione dell'Assessorato.</b></p>		<p><b>a) Piano triennale fabbisogni del personale b) Monitoraggio trimestrale e relazione esplicativa da cui si evinca l'andamento del quadro economico di riferimento per le diverse tipologie di costo del personale dipendente/non dipendente; c) Monitoraggio trimestrale e relazione esplicativa da cui si evinca l'andamento del quadro economico di riferimento per le diverse tipologie di costo di personale a Tempo Determinato</b></p>

	<p><b>Costante monitoraggio della spesa e dei consumi farmaceutici media/ab aziendali e distrettuali. Individuazione categorie terapeutiche responsabili dell'eventuale aumento di spesa</b></p>	<p><b>Monitoraggio/contenimento spesa farmaceutica</b></p>	<p><b>Spesa pro capite</b></p>
	<p><b>Puntuale liquidazione delle farmacie convenzionate</b></p>		<p><b>Assenza Decreti Ingiuntivi</b></p>

	<p><b>Monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche rapportate ai valori medi nazionali in termini di consumi e di spesa (progetto SPERA) al fine di evidenziare eventuali picchi di consumi e/o spesa rispetto a quelli nazionali.</b></p>		<p><b>Report trimestrali trasmessi ai Distretti Sanitari di Base ed alla Direzione Strategica Aziendale</b></p>
	<p><b>Attivare monitoraggio della spesa farmaceutica “ospedaliera” (farmaci e dispositivi) ponendo eventuali azioni correttive ed eventualmente implementando il consumo dei generici con un costante monitoraggio tramite reporting trimestrale da trasmettere ai responsabili dei centri di costo nonché alla U.O. Programmazione e Controllo di Gestione.</b></p>		<p><b>Trasmissione report consumi e spesa farmaceutica ospedaliera( Farmaci e Dispositivi medici)</b></p>
	<p><b>Costante monitoraggio della spesa farmaceutica territoriale e Distrettuale (strutture aziendali a gestione diretta) , farmaci e Dispositivi medici tramite report trimestrali da trasmettere ai responsabili dei centri di costo nonché alla U.O.C. Controllo di Gestione.</b></p>		<p><b>Report consumi e Spesa Farmaceutica ( farmaci e dispositivi medici) territoriale 2024</b></p>
	<p><b>Verifiche ispettive presso le guardie mediche turistiche.tale verifiche sono finalizzate a valutare le giacenze, le condizioni di conservazione e le scadenze dei farmaci/dispositivi negli armadi di dotazione</b></p>		<p><b>n. Verifiche pari numero guardie mediche turistiche. Verbali</b></p>

<p><b>CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREVISTI DAL PIANO OPERATIVO REGIONALE (POR) CON RIGUARDO ALLA MISSIONE 6-SALUTE DEL PNRR;</b></p>	<p>a) Seguire il 100% delle azioni relative agli atti trasferiti dall'Unità Tecnica di supporto in forza al D.P.S. per il tramite del costituendo Ufficio aziendale dedicato.</p> <p>b) Collaborazione alla Unità tecnica di supporto per garantire il soddisfacimento del debito informativo nei confronti del ministero della Salute in qualità di amministrazione centrale titolare dell'intervento e dell'Ass. della Salute della Reg. Siciliana, in qualità di Sogg. Attuatore, in relazione al monitoraggio sull'avanzamento procedurale e finanziario degli interventi per il tramite del costituendo ufficio aziendale dedicato.</p> <p>c)Attività di potenziamento della rete ospedaliera: Rispetto delle prescrizioni di cui alla deliberazione di giunta regionale n. 416 del 26 ottobre 2023 e dell'art.2 del DL 19 maggio 2020, n.34, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1, comma 1, L.17 luglio 2020 n.77</p>	<p>100%</p>	<p>a)100% delle azioni in ragione alla completezza, coerenza e correttezza della documentazione trasferita dalla U.T.S./D.P.S;</p> <p>b) 100% della collaborazione per il soddisfacimento del debito informativo</p> <p>c) 100% delle azioni in ragione alla completezza, coerenza e correttezza della documentazione trasferita dalla U.T.S./D.P.S</p>
--	--	-------------	---

## ALTRI OBIETTIVI: CONTRIBUTO ALLA ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	VALORE ATTESO	INDICATORI PER IL TRIENNIO 2025-2026-2027
<p><b>PUNTUALE E TEMPESTIVA TRASMISSIONE DEI DATI E DEI FLUSSI . COERENTE E COMPLETEZZA FLUSSI INFORMATIVI AZIENDALI SECONDO CIRCOLARE 217 DIP. PIANIFICAZIONE STRATEGICA ASS. REGIONALE DELLA SALUTE</b></p>	<p>La struttura responsabile della produzione e compilazione dei flussi di propria pertinenza deve garantire la qualità, la completezza e la puntualità dei dati nel rispetto della normativa vigente</p>	<p style="text-align: center;"><b>100%</b></p>	<p><b>100% N. Flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / n. flussi da trasmettere</b></p>

	Dovrà essere garantita altresì la puntuale trasmissione del Piano della Performance 2024.		Entro 10 giorni dalla scadenza l'obiettivo si ritiene raggiunto al 100%; dall'11° giorno fino al 30° giorno l'obiettivo è raggiunto al 50%; dal 31° giorno l'obiettivo si ritiene non raggiunto.
Programmazione e smaltimento delle ferie	Redazione atto di programmazione delle ferie non godute del personale dipendente per il triennio 2025-2027; Smaltimento delle ferie pianificate nell'anno di riferimento	100% delle azioni previste	Redazione del piano ferie entro il 31.12.2024; Smaltimento ferie come da piano elaborato entro il 31.12.2025
SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA'	Implementazione, funzionalità ed affidabilità delle azioni P.A.C.	Monitoraggio sull'applicazione delle procedure P.A.C.	100%

<p><b>PUNTUALE E TEMPESTIVA TRASMISSIONE DEI DATI E DEI FLUSSI: COERENZA E COMPLETEZZA FLUSSI INFORMATIVI AZIENDALI SECONDO CIRCOLARE 217, DEL 7 GENNAIO 2015, DIP. PIANIFICAZIONE STRATEGICA ASS. REGIONALE DELLA SALUTE</b></p>	<p>La struttura responsabile della produzione e compilazione dei flussi di propria pertinenza deve garantire la qualità, la completezza e la puntualità dei dati nel rispetto della normativa vigente</p>	<p>100%</p>	<p>Indicatore di coerenza del flusso - pari al 100%del valore richiesto per il flusso di competenza.</p> <p>Indicatore di qualità del flusso - pari al 100%del valore richiesto per il flusso di competenza.</p> <p>-100% N. Flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / n. flussi da trasmettere.</p>
<p><b>ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI SULLA TRASPARENZA ED IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE;</b></p>	<p>a) Attività di mappatura dei procedimenti afferenti il Servizio art. 35 D.lgs. n.33/2013; b) Obblighi di pubblicazione; c) Obblighi di formazione generica e Formazione Specifica</p>	<p>Pieno rispetto degli obblighi in materia di corruzione e trasparenza</p>	<p>a) Individuazione ed elencazione dei processi organizzativi e delle attività produttive a rischio corruzione b) Adempimenti obblighi di pubblicazione per i procedimenti amministrativi di competenza del servizio rispetto alla tempistica modalità previste dalla normativa vigente c) Proposta di formazione del personale afferente alla struttura di riferimento per l'anno 2024</p>

<p>Osservanza delle disposizioni impartite dalla regione in materia di libera professione intramuraria</p>	<p>a) Incremento dei volumi di attività relativo alle prestazioni specialistiche rese in regime istituzionale finalizzato all'abbattimento delle liste di attesa raffrontato al volume di attività come rilevato da Flusso C dell'anno precedente dell'unità operativa.  b) Raffronto con i volumi di attività che l'unità operativa può svolgere in regime di attività libero-professionale intramuraria considerato che tale volume non può superare quello reso in attività istituzionale .</p>	<p>a) Mantenimento/ incremento delle prestazione rese in regime istituzionale;  b) Osservanza e rispetto dei volumi di ALPI previsti dalla normativa vigente</p>	<p>a) <b>MONITORAGGIO ANNUALE DEI RAPPORTI E DEI VOLUMI DI ATTIVITA'</b>  b) Osservanza e rispetto dei volumi di ALPI rapporto 1/1 ALPI</p>
<p><b>MIGLIORARE LA TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI:</b> Rispetto dei tempi di pagamento secondo le previsioni della Legge 30 dicembre 2018 N°145, art.1, comma 865</p>	<p>Coordinamento della liquidazione e dei pagamenti tempestivi delle fatture nei termini di legge (60 gg)</p>	<p>100%</p>	<p>Accettazione delle fatture entro 15 giorni dalla ricezione = obiettivo raggiunto al 100%  Liquidazione delle fatture entro 10 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 100%  Liquidazione delle fatture entro 15 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 75%</p>

		<p><b>Registrazione in contabilità generale delle fatture passive entro 25 giorni dall'accettazione = 100% obiettivo raggiunto</b></p> <p><b>Mandati di pagamento entro 10 giorni dalla data di liquidazione = obiettivo raggiunto al 100%</b></p> <p><b>Registrazione in contabilità generale delle fatture passive entro 30 giorni dall'accettazione = 75% obiettivo raggiunto</b></p> <p><b>Mandati di pagamento entro 15 giorni dalla data di liquidazione = obiettivo raggiunto al 75%</b></p>
--	--	---

Il Responsabile della Struttura Tecnica Permanente  
per la Misurazione della Performance  
Dott. Alfonso Scichilone

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

