



Azienda Sanitari Provinciale di Agrigento

PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE

2024 - 2026

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

Nella presente sezione del PIAO, al fine di migliorare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, nel rispetto del d.lgs. 150/2009 e della legge 190/2012, vengono definiti gli obiettivi strategici da assegnare/negoziare ai responsabili di struttura, i cui contenuti sono in linea con:

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

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

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

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

e) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;

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

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

Pertanto, all'interno del perimetro normativo sopra delineato e del presente PIAO attraverso la sezione Piano triennale della Performance

Le Macro Aree di Intervento e gli Obiettivi Strategici

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

- Analisi dell'organizzazione aziendale;
- Analisi del fabbisogno espresso dalla popolazione presente e/o residente;
- Coinvolgimento delle figure apicali nell'individuazione delle strutture da potenziare, creare e, se del caso, riconvertire o sopprimere;
- Analisi sulla attuale dotazione per struttura;
- Verifica sulla sostenibilità economica e sulla coerenza tra ipotesi eventualmente formulate in termini di riorganizzazione e contingenti minimi di personale presenti o in corso di acquisizione;
- Verifica sul possesso dei requisiti minimi all'interno delle strutture aziendali attualmente esistenti in termini di risorse umane per uniformarsi a parametri più restrittivi rispetto a quelli in essere al momento della fusione delle tre aziende;
- Individuazione di un nucleo di strutture e verifica sulle innovazioni da apportare, ex lege, sulla base di normative più recenti rispetto all'approvazione dell'atto aziendale ed eventuale nuova organizzazione derivante dalla rimodulazione della rete ospedaliera regionale.

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

Gli Obiettivi Operativi Individuati e gli Indicatori

Gli obiettivi operativi per l'anno 2024, indicati nel presente piano costituiscono la prosecuzione logica di quanto già avviato negli anni precedenti. Nel corso dei primi mesi del 2024 si procederà alla negoziazione/assegnazione degli obiettivi. In questa fase si intende perseguire la fattiva collaborazione del personale dirigente inquadrato all'interno delle diverse

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

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

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

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

- illustrazione preventiva degli obiettivi ai dirigenti apicali, negoziazione ed assegnazione del budget definitivo. la programmazione annuale con le unità operative interne è operata mediante il processo di budget, strumento con cui le risorse umane, finanziarie e tecnologiche vengono allocate alle singole articolazioni, alle quali sono affidati gli obiettivi di attività da conseguire nel rispetto degli standard di qualità. Il valore di alcuni indicatori e obiettivi, stante le specificità caso per caso, sarà oggetto di analisi in sede di negoziazione del budget al fine di individuare valori congrui per la misurazione. la direzione generale, pertanto predisposte le schede di budget, 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. Sarà cura dei responsabili delle diverse articolazioni aziendali garantire gli adempimenti necessari i fini della verifica concomitante e susseguente degli obiettivi assegnati, illustrando obiettivi e criteri di valutazione e trasmettendo alla Direzione le informazioni necessarie per la conoscenza di tutte le variabili, nello specifico verbali di assegnazione di obiettivi e di individuazione dei criteri e schede di valutazione preventive, oltre a tutte le altre informazioni che si dovessero rendere necessarie in corso di opera per informare tempestivamente la Direzione sull'andamento della gestione;
- I responsabili delle Unità Operative Complesse predisporranno e trasmetteranno i rispettivi Piani Operativi Preventivi, secondo gli obiettivi generali e specifici di propria competenza sia in forma cartacea che per posta elettronica, alla Direzione Aziendale tramite la U.O.C. Controllo di Gestione, Sistemi Informativi e Statistici Aziendali.
- I piani di lavoro Operativi Preventivi da presentare possono prevedere, oltre gli obiettivi individuati con la presente, anche obiettivi propri aggiuntivi che ciascuna unità operativa intende realizzare nel corso dell'anno e ciò, comunque, dopo aver verificato la loro compatibilità con gli obiettivi generali dell'Azienda, con i vincoli di bilancio nonché le risorse umane e strumentali disponibili. Nei medesimi piani di lavoro operativi / preventivi devono anche essere esplicitate le iniziative che si intendono avviare per il raggiungimento degli obiettivi specifici di ciascuna unità operativa nel rispetto dei programmi e degli obiettivi generali dell'Azienda, nonché tenuto conto di quanto stabilito dal regolamento aziendale sul sistema premiante.
- A ciascun responsabile di U.O.C. compete la responsabilità di porre le basi per la verifica sul grado di partecipazione dei dipendenti, afferenti alla medesima U.O. sia della dirigenza che del comparto, al conseguimento degli obiettivi negoziati, ponendo in essere tutti gli adempimenti propedeutici all'applicazione dei sistemi di valutazione e verifica, anche ai fini del salario di risultato;

- Monitoraggio degli Obiettivi: La U.O.C. Controllo di Gestione di concerto con l'Organismo Indipendente di Valutazione, predisporrà il controllo concomitante degli obiettivi assegnati anche attraverso la raccolta dei dati di attività trimestrali resi dalle unità operative complesse. Gli obiettivi verranno controllati periodicamente, le UU.OO.CC. trasmetteranno via mail i dati di attività corredati da report sintetico trimestrale attestante lo stato di attuazione degli obiettivi. Parallelamente verranno riprodotti, in modo sistematico, i dati sulle attività e sull'utilizzo delle risorse al fine di controllare la coerenza dell'andamento della gestione con gli obiettivi assegnati, ed adottare eventualmente azioni correttive. Il costante feedback operativo-gestionale prevedrà altresì anche specifiche convocazioni semestrali dei direttori di macrostruttura nel corso del 2024 (audit) al fine di valutare la congruenza tra gli obiettivi assegnati e il soddisfacimento degli stessi.
- A consuntivo la Direzione Generale, procederà alla verifica dei risultati raggiunti sia per la valutazione che per l'erogazione della retribuzione di risultato. Tale verifica si baserà sulla regolamentazione interna di vari istituti contrattuali per la quale è prevista la rimodulazione in corso d'anno anche in ossequio a quanto disposto dalla L.R. 5 del 2009;
- La valutazione della performance, sulla base di espressa disposizione assessoriale, avrà ad oggetto sia i risultati rilevati con riferimento alla struttura di appartenenza dei singoli operatori (performance organizzativa) sia il contributo reso dai singoli operatori (performance individuale).

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

motivazione, stante l'obbligo previsto dalla L.R. 5/2009 di uniformare l'offerta assistenziale si ritiene opportuno rinviare il confronto con altre strutture al momento in cui saranno a disposizione dei sistemi informativi uniformi e un quadro chiaro dell'offerta assistenziale regionale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ASP AGRIGENTO

PIANO PERFORMANCE OBIETTIVI 2024- 2026

1. Assistenza territoriale ed integrazione socio sanitaria e privacy

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2024	Indicatore 2025	Indicatore 2026
1.1 Presa in carico della cronicità	Contenimento ospedalizzazione per le patologie target e attivazione percorsi	Incremento dei pazienti affetti da diabete e scompenso cardiaco arruolati attivamente (diabetici a media complessità HbA1c 8 Emoglobina glicata) $\geq 6,5$. Progetto IGEA; scompensati cardiaci a media complessità classificati in II classe NYHA.	n. pz Diabetici e scompensati con cardiaci arruolati attivamente / n. pz a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico X 100 $\geq 90\%$	n. pz Diabetici e scompensati con cardiaci arruolati attivamente / n. pz a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico X 100 ≥ 90	n. pz Diabetici e scompensati con cardiaci arruolati attivamente / n. pz a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico X 100 ≥ 90
		Applicazione Percorso BPCO ai sensi del II Decreto 22 Novembre 2016 di approvazione del documento di indirizzo regionale prevede il percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da BPCO	100%	100%	100%
		Revisione delle attività assistenziali	si	si	si

		erogate in ADI e Cure Palliative-verifica documentale appropriatezza delle prestazioni			
		n. soggetti over 65-anni in cure domiciliari/popolazione over 65 anni	secondo direttive regionali	secondo direttive regionali	secondo direttive regionali
		Indice di soddisfazione ADI (questionario regionale)	rispetto cronoprogramma	rispetto cronoprogramma	rispetto cronoprogramma
	Innalzamento quali-quantitativo del livello di cure domiciliari integrate	Monitoraggio della spesa trimestrale cure domiciliari integrate da parte dei 7 DD.SS.BB. con attività di sovra controllo da parte del Dipartimento di Cure Primarie	n. 4 report annuali	n. 4 report annuali	n. 4 report annuali
	Organizzazione Hospice	Tasso occupazione Hospice	aumento	Aumento	Aumento
		Organizzazione attività e turni di lavoro dirigenza medica e comparto Hospice-gestione risorse umane	100%	100%	100%
		Elaborazione flussi ministeriali Hospice: supervisione e controllo di coerenza	100%	100%	100%
		Collegamento attività cure palliative territoriale/Hospice/reparti ospedalieri/MMG	100%	100%	100%

1.2 Potenziamento percorsi fragilità, disabilità e non auto sufficienza	DSM UOC MODULI DIPARTIMENTALI	Salute mentale di comunità. Implementazione e realizzazione di tutte le attività ed azioni previste nel sistema obiettivi di salute e funzionamento PAA	100%	100%	100%
		Coordinamento centri diurni autismo			
		Coordinamento comunità alloggio e gruppi appartamento			
	Malattie psichiatriche degenerative involutive	Adesione al piano strategico regionale per la salute mentale	Raccordo con i medici di MMG per presa in carico pz con demenza. N. 4 incontri con verbale	Raccordo con i medici di MMG per presa in carico pz con demenza. N. 4 incontri con verbale	Raccordo con i medici di MMG per presa in carico pz con demenza. N. 4 incontri con verbale
		Integrazione tra le diverse strutture sanitarie			
Integrazione tra le diverse UU.OO. afferenti al DSM		n. 12 incontri di gruppo	n. 12 incontri di gruppo	n. 12 incontri di gruppo	
Presa in carico ed attività di counseling dei care giver individuali e di gruppo. Consolidamento e realizzazione di tutte le attività previste per una compiuta erogazione delle prestazioni		100%	100%	100%	
	Implementazione ambulatorio parkinson	Numero visite EEG per pazienti con demenza Report annuale	Numero visite EEG per pazienti con demenza Report annuale	Numero visite EEG per pazienti con demenza Report annuale	

	Dipendenze patologiche	Focus: percorsi di cura disturbi gravi empowerment del cittadino- report di analisi quali quantitativa della tipologia di pazienti trattati	100%	100%	100%
		Utilizzo della cartella informatica su piattaforma GEDI	100%	100%	100%
1.3 Fragilità	Attuazione di quanto previsto nel piano regionale unitario per l'Autismo	1.3 A Completamento procedure di reclutamento del personale per i servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativo 1.3 B Implementazione RETE Centri Diurni e Centri Residenziali	Completamento procedure di reclutamento del personale per i servizi di diagnosi ed intervento intensivo precoce Attivazione di almeno un centro diurno pubblico	Consolidamento attività regionali	Consolidamento attività regionali
	Progettazione su tematiche speciali	Interventi neonati a rischio Promozione del benessere in età adolescenziale Ambulatorio autismo Ambulatorio epilessia Abuso e maltrattamenti minori Presa in carico minori stranieri non accompagnati (MSNA) Applicazione linee guida budget di salute Raggruppamento obiettivi previsti da PON/FSN	Secondo direttive aziendali	Secondo direttive aziendali	Secondo direttive aziendali
1.4 Governo delle Liste di Attesa	PRGLA per il triennio 2024-2026	Linee di intervento per il governo dell'offerta delle liste di attesa	Rispetto tempistica checklist per la verifica delle linee di intervento del	Rispetto tempistica checklist per la verifica delle linee di intervento del	Rispetto tempistica checklist per la verifica delle linee di intervento del

			PRGLA 2024-2026	PRGLA 2024-2026	PRGLA 2024-2026
		<p>Linee di Intervento per il governo della domanda (codificati come IGD).</p> <p>l'Assessorato Regionale della Salute ha istituito un piano operativo per il recupero delle liste di attesa riguardanti le prestazioni</p> <p>-visite ambulatoriali e di diagnostica strumentale</p> <p>-ricoveri chirurgici</p> <p>-Screening oncologici</p> <p>L'azienda ha predisposto un piano di recupero per le prestazioni chirurgiche non erogate negli anni 2020-2021.2022</p>	<p>Monitoraggio degli step (indicatori) previsti per la verifica delle linee di intervento del PRGLA 2024</p>	<p>Monitoraggio degli step (indicatori) previsti per la verifica delle linee di intervento del PRGLA 2025</p>	<p>Monitoraggio degli step (indicatori) previsti per la verifica delle linee di intervento del PRGLA 2025</p>
1.5 Screening oncologici	Screening oncologici obiettivi di salute e funzionamento	n. test eseguiti per tumore cervice uterina/popolazione target	>=50%- scala obiettivi aGENAS	>=50%- scala obiettivi aGENAS	>=50%- scala obiettivi aGENAS

		n. test eseguiti per tumore colon retto/popolazione target	>=50%- scala obiettivi agenas	>=50%- scala obiettivi agenas	>=50%- scala obiettivi agenas
		n. test eseguiti per tumore mammella/popolazione target	>=60% - scala obiettivi agenas	>=60% - scala obiettivi agenas	>=60% - scala obiettivi agenas
1.6 Copertura vaccinale e sorveglianza malattie infettive	implementazione copertura vaccinale	N. Soggetti vaccinati /popolazione target residente	92-95% a 24 mesi, per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	92-95% a 24 mesi, per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	92-95% a 24 mesi, per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco
		Predisposizione di un programma comunicazione basato sulle evidenze per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole secondo disposizioni operative vaccini.	Relazione sulle attività svolte	Relazione sulle attività svolte	Relazione sulle attività svolte
		Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul cruscotto regionale per la gestione dell'anagrafe vaccinale	Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul cruscotto regionale	Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul cruscotto regionale	Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul cruscotto regionale

<u>Copertura Vaccinale Covid 19</u>	Programmazione della campagna vaccinale	Implementazione Attività di reclutamento per popolazione target da vaccinare	100%	100%	100%
	Completamento della copertura vaccinale entro i tempi assegnati dalla Direzione Strategica	100% delle dosi somministrate alla popolazione target individuata	100%	100%	100%
		Notifica delle malattie infettive rispetto al numero totale di casi rilevati con SDO	2024 100%	2025 100%	2026 100%

2. Appropriatazza organizzativa e Sicurezza

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2024	Indicatore 2025	Indicatore 2026
2.1 utilizzo appropriato risorse produttive	Programma di monitoraggio sistematico dell'uso della checklist in Sala Operatoria	Corretto utilizzo della check list in sala operatoria e relativo monitoraggio	>100%	>100%	>100%
		Pieno utilizzo applicativo registro operatorio ORMAWEB	100%	100%	100%
	Fluidità percorsi ospedalieri	Degenza Media per ricoveri acuti chirurgici (RO)	Miglioramento delle performance di ricovero del 5% rispetto all'anno 2023	Miglioramento delle performance di ricovero del 10% rispetto all'anno 2024	Mantenimento
Riduzione della degenza Media per ricoveri acuti medici (RO) dei reparti di medicina con valori al		Miglioramento delle performance di ricovero del	Miglioramento delle performance di ricovero del 10% rispetto	Mantenimento	

		di sopra dei reparti benchmark aziendali	10% rispetto all'anno 2023	all'anno 2024	
		Valutazione appropriatezza dei ricoveri ospedalieri secondo la normativa vigente ed abbattimento dei DRG ad alto rischio di inappropriatazza	Monitoraggio dei ricoveri oltre soglia dell'anno precedente e riduzione nel 2023 del 50% dei ricoveri oltre soglia	Monitoraggio dei ricoveri oltre soglia dell'anno precedente e riduzione nel 2024 del 50% dei ricoveri oltre soglia	Monitoraggio dei ricoveri oltre soglia dell'anno precedente e riduzione nel 2025 del 50% dei ricoveri oltre soglia
	Corretto utilizzo dei gestionali	Chiusura informatica degli episodi di ricovero nel gestionale HERO ADT	100%	100%	100%
		Pieno utilizzo modulo di messa a letto in HERO ADT	100%	100%	100%
	Gestione del sovraffollamento del pronto Soccorso	<p>Indicatore 1: Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa(outcome)</p> <p>Indicatore 2: Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive (processo)</p>	<p>[valore di accettabilità ≤ 0,05 - come da Direttiva Assessoriale n. 9348/19</p> <p>Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ;</p> <p>Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento</p> <p>Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento</p> <p>Azione 4:</p>	<p>[valore di accettabilità ≤ 0,05 - come da Direttiva Assessoriale n. 9348/19</p> <p>Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ;</p> <p>Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;</p> <p>Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento</p> <p>Azione 4: Relazione</p>	<p>[valore di accettabilità ≤ 0,05 - come da Direttiva Assessoriale n. 9348/19</p> <p>Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018</p> <p>Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;</p> <p>Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento;</p> <p>Azione 4:</p>

			Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori;	relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori;	Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori;
	Effettiva tempestiva chiusura degli episodi di ricovero in Pronto Soccorso	Chiusura episodi di Pronto soccorso Chiusura episodi di fast track	100% episodi UU.OO di PS 100% episodi UU.OO. Ospedaliere	100% episodi UU.OO di PS 100% episodi UU.OO. Ospedaliere	100% episodi UU.OO di PS 100% episodi UU.OO. Ospedaliere
2.2 Efficacia Punti Nascita	Miglioramento Sicurezza Punti nascita	PN senza UTIN: parti con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (modica e vittoria)	secondo direttiva regionale ultima disponibile	secondo direttiva regionale ultima disponibile	secondo direttiva regionale ultima disponibile
		PN senza UTIN: percentuale dei neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita (modica e vittoria)	< 8% oppure secondo direttiva regionale ultima disponibile	< 8% oppure secondo direttiva regionale ultima disponibile	< 8% oppure secondo direttiva regionale ultima disponibile
		PN con UTIN: numero neonati dimessi direttamente da TIN/totale pazienti ricoverati nella TIN	<5 %	% secondo direttiva regionale ultima disponibile	% secondo direttiva regionale ultima disponibile
		Elaborazione di un report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio	trimestrale	trimestrale	trimestrale
		Numero requisiti check list rispettati/totale requisiti da rispettare	100%	100%	100%

2.3 Sicurezza dei pazienti	Monitoraggio degli eventi sentinella e dei relativi piani di miglioramento	Percentuale di completezza scheda A e scheda B. in coerenza al protocollo nazionale SIMES Monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive	90% SI	90% SI	90% SI
	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali o di organismi internazionali sulla qualità e sicurezza dei pazienti e relativa valutazione	check list di autovalutazione	Report monitoraggio su richiesta Agenas	Report monitoraggio su richiesta Agenas	Report monitoraggio su richiesta Agenas
	Direttiva Regionale CRE – Sorveglianza delle batteriemie da enterobatteri resistenti ai carbopenemi (CRE)- PNCAR e Circolare del Ministero della Salute prot. 1479 del 17/01/2020”	Pieno utilizzo della Piattaforma regionale CRE	100% degli inserimenti	100% degli inserimenti	100% degli inserimenti
	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del “Piano nazionale di Contrasto dell’Antibiotico Resistenza (PNCAR)	aderenza alle indicazioni regionali	100%	100%	100%
2.4 Consolidamento della raccolta delle emazie concentrate e del plasma	Rinnovo autorizzazione e Accredimento delle strutture trasfusionali della rete regionale.	Mantenimenti di quanto previsto dai decreti regionali autorizzativi e di accreditamento per SIMT e UDR fisse e mobili	Mantenimento accreditamento. Verifica con esito positivo	Mantenimento accreditamento. Verifica con esito positivo	Mantenimento accreditamento. Verifica con esito positivo
	Rispetto della previsione di raccolta delle EC Incremento della quantità di plasma	-----	Secondo PAA 2024	Secondo PAA 2025	Secondo PAA 2026

	destinato all'emoderivazione (cat A-B)				
2.5 Appropriatelyzza cartella clinica	Adempimenti regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	Rispetto degli adempimenti previsti ai sensi del D.A vigente in materia di controlli a cura dei NOC Aziendali	100% dei controlli previsti dell'anno 2023 da effettuare nell'anno 2024	100% dei controlli previsti dell'anno 2024 da effettuare nell'anno 2025	100% dei controlli previsti dell'anno 2026 da effettuare nell'anno 2027
		Attività di auditing a cure del coordinatore NOC con i Direttori delle UU.OO. per la correzione ed implementazione della appropriatezza qualitativa dei contenuti delle cartelle cliniche di ricovero	Attività di auditing	Attività di auditing	Attività di auditing

3. Obiettivi di Salute e Funzionamento delle Aziende

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2024	Indicatore 2025	Indicatore 2026
3.1 Efficacia area ortopedica	tempestività presa in carico paziente con frattura di femore over 65 anni	numero di fratture femore per over 65 operate entro le 48 h	94,3%	94,3%	94,3%
		Ottimizzare il tempo di permanenza in pronto soccorso, salvo procedure anticovid	< 4 ore	< 4 ore	< 4 ore
3.2 Efficacia area ostetrica	Riduzione ricorso taglio cesareo	parti cesarei su parti donne non pre-cesarizzate (cesarei primari)/parti di donne con nessun pregresso cesareo	PN 1° Livello ≤15% PN 2° livello ≤25%	secondo direttiva regionale	secondo direttiva regionale

3.3 Efficacia area cardiologica	tempestività presa in carico paziente IMA STEMI	P.T.C.A. entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI (differenza tra la data di intervento e quello di ingresso in PS)/numero totali di IMA Stemi	≥91,8%	≥91,8%	≥91,8%
	Riduzione Mortalità	Mortalità a trenta giorni dal primo accesso per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA) tasso grezzo	Secondo direttiva PNE agenas	Secondo direttiva PNE Agenas	Secondo direttiva PNE Agenas
		Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (tasso grezzo)	Secondo direttiva PNE Agenas	Secondo direttiva PNE Agenas	Secondo direttiva PNE Agenas
3.4 Efficacia area chirurgica	Miglioramento Appropriately organizzativa e fluidità processo	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg/numero totale di ricoveri con	≥95,3%	≥95,3%	≥95,3%
		incremento numero di colecistectomia laparoscopica	aumento	aumento	aumento
3.5 Efficacia area oncologica	PROPORZIONE DI INTERVENTI PER TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA ESEGUITI IN REPARTI CON VOLUME DI ATTIVITÀ SUPERIORE A 135 INTERVENTI ANNUI	Volumi di attività	Aumento del 30% della proporzione di interventi per tumore maligno della mammella : rispetto ai volumi di attività 2023 P.O. di Agrigento volume 43 interventi Proporzione 1,22%	Aumento del 20% della proporzione di interventi per tumore maligno della mammella : rispetto ai volumi di attività 2024 P.O. di Agrigento volume 43 interventi Proporzione 1,22%	Aumento del 10% della proporzione di interventi per tumore maligno della mammella : rispetto ai volumi di attività 2022 P.O. di Agrigento volume 43 interventi Proporzione 1,22%%
3.6 Donazioni organi	Incremento dell'attività di donazioni organi	Implementazione delle attività del Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni)	Relazione consuntiva delle attività richieste	Relazione consuntiva delle attività richieste	Relazione consuntiva delle attività richieste

		Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2024 % rispetto all'anno 2023.	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 20% rispetto all'anno precedente di riferimento	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 20% rispetto all'anno precedente di riferimento	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 20% rispetto all'anno precedente di riferimento
		Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38%	Valore obiettivo 100% se non superiore del 38% rispetto all'anno precedente di riferimento	Valore obiettivo 100% se non superiore del 38% rispetto all'anno precedente di riferimento	Valore obiettivo 100% se non superiore del 38% rispetto all'anno precedente di riferimento
		Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente) non inferiore al 30%	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 30% rispetto all'anno precedente di riferimento	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 30% rispetto all'anno precedente di riferimento	Valore obiettivo 100% se non inferiore del 30% rispetto all'anno precedente di riferimento
		Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione.	SI	SI	SI
3.7 contenimento mobilità passiva	Contenimento mobilità passiva area chirurgia generale	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga)	> rispetto anno benchmark (anno Base)	> rispetto anno benchmark (anno Base)	> rispetto anno benchmark (anno Base)
	Contenimento mobilità passiva per interventi ortopedici in elezione	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga	> rispetto anno benchmark (anno Base)	> rispetto anno benchmark (anno Base)	> rispetto anno benchmark (anno Base)
	Contenimento mobilità passiva per Radioterapia	Aumento delle prestazioni ad alto rischio di fuga	> rispetto anno base	> rispetto anno base	> rispetto anno base
	Contenimento mobilità passiva per Recupero e Riabilitazione Funzionale	Aumento ricoveri drg ad alto rischio di fuga	> rispetto anno benchmark (anno Base)	> rispetto anno benchmark (anno Base)	> rispetto anno benchmark (anno Base)

4. Contenimento dei Costi e Rispetto tetti di spesa

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2024	Indicatore 2025	Indicatore 2026
4.1 Rispetto dei vincoli di bilancio e tetti di spesa	Rispetto tetti di spesa	Monitoraggio equilibrio di bilancio assegnato, con produzione di report trimestrali a cura dei Servizi di riferimento	controllo costante e monitoraggio del rispetto delle risorse negoziate come attestato nei report trimestrali prodotti	controllo costante e monitoraggio del rispetto delle risorse negoziate come attestato nei report trimestrali prodotti	controllo costante e monitoraggio del rispetto delle risorse negoziate come attestato nei report trimestrali prodotti
		Rispetto del tetto di spesa annuale del personale dipendente	rispetto budget negoziato	rispetto budget negoziato	rispetto budget negoziato
		Rispetto tetto spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera	rispetto delle risorse negoziate annualmente	rispetto delle risorse negoziate annualmente	rispetto delle risorse negoziate annualmente
4.2 Azioni per contenimento spesa	monitoraggio e contenimento spesa farmaceutica	monitoraggio spesa tramite procedura informatizzata	Evidenza attività di monitoraggio	Evidenza attività di monitoraggio	Evidenza attività di monitoraggio
		Erogazione del primo ciclo di terapia	Rispetto erogazione popolazione target	Rispetto erogazione popolazione target	Rispetto erogazione popolazione target
	Inventario beni mobili strumentali	Completamento della riconciliazione giustificata fra dati forniti dai responsabili di UU.OO.CC e quanto risulta nel libro cespiti	a) Inventario e riconciliazione con libro cespiti del 90% dei beni mobili strumentali esistenti b) Report trimestrale	a) Inventario e riconciliazione con libro cespiti del 100% dei beni mobili strumentali esistenti b) Report trimestrale	a) Inventario e riconciliazione con libro cespiti del 100% dei beni mobili strumentali esistenti b) Report trimestrale
		Monitoraggio locazioni passive	Mappatura locazioni passive con individuazione di proposte di rescissione contratti in essere con eventuale utilizzo locali di proprietà	report trimestrale	report trimestrale

		Mappatura contenzioso	Report di aggiornamento trimestrale	Report di aggiornamento trimestrale	Report di aggiornamento trimestrale
	Riduzione Contenzioso	Stima della percentuale di soccombenza e stima della quota di accantonamento trimestrale a Fondo Rischi	Relazione trimestrale a corredo CE di periodo	Relazione trimestrale a corredo CE di periodo	Relazione trimestrale a corredo CE di periodo
	Gestione dei sinistri e degli aspetti assicurativi a livello aziendale	n° pratiche sinistri valutati e definiti/ comunicazione sinistri pervenuti	>= 90%	>= 95%	>= 100%
4.3 Fluidità processi amministrativi	Tempestività dei pagamenti. Ottemperanza disposizioni in materia di riduzione dei tempi di pagamento delle pubbliche amministrazioni. Attuazione articolo 4-bis del DL 24 febbraio 2023, n. 13, convertito, con modificazioni della legge 21 aprile 2023 n. 41	Rispetto tempistica liquidazione fatture	Accettazione delle fatture entro 15 giorni dalla ricezione = obiettivo raggiunto al 100%	Accettazione delle fatture entro 15 giorni dalla ricezione = obiettivo raggiunto al 100%	Accettazione delle fatture entro 15 giorni dalla ricezione = obiettivo raggiunto al 100%
		Rispetto tempistica pagamento fatture	Liquidazione delle fatture entro 15 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto range > al 80%	Liquidazione delle fatture entro 15 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto range > al 95%	Liquidazione delle fatture entro 15 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto range 100%
	Liquidazione delle fatture entro 10 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = 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 10 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 100%	
4.4 Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011	Azioni di monitoraggio dell'effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011	Analisi degli investimenti effettuati dalle Aziende, attraverso l'utilizzo del Fondo corrente (FSR) in conto esercizio, al fine di monitorare l'applicazione coerente dei nuovi coefficienti di ammortamento e l'applicazione del nuovo trattamento contabile	report trimestrale	report trimestrale	report trimestrale

		Monitoraggio sull'applicazione del trattamento contabile relativo alla rilevazione degli accantonamenti per quote inutilizzate dei contributi vincolati e sull'utilizzo coerente negli anni successivi dei fondi costituiti e la relativa rilevazione contabile	report trimestrale	report trimestrale	report trimestrale
4.5 Certificabilità del bilancio e contabilità analitica	Certificabilità del bilancio: Rispetto delle azioni previste dal PAC	Monitoraggio verifica attuazione azioni PAC	rispetto cronoprogramma Regionale	rispetto cronoprogramma Regionale	rispetto cronoprogramma Regionale
	Definizione puntuale della metodologia per i ribaltamenti di contabilità analitica necessari ad alimentare i modelli di rilevazione LA.	Grado di Implementazione linee guida LA	100%	mantenimento	mantenimento
4.6 Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	Attuazione della sezione prevenzione della corruzione e della trasparenza del PIAO	Aggiornamento Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTCT)	adozione aggiornamento ed integrazione del Piano entro i termini di legge	adozione aggiornamento ed integrazione del Piano entro i termini di legge	adozione aggiornamento ed integrazione del Piano entro i termini di legge
		Aggiornamento sul sito istituzionale dell'elenco degli obblighi di pubblicazione della sezione amministrazione trasparente	adozione aggiornamento ed integrazione del sito entro i termini di legge	adozione aggiornamento ed integrazione del sito entro i termini di legge	adozione aggiornamento ed integrazione del sito entro i termini di legge
		Pubblicazione dati sul sito aziendale nella sezione link "Amministrazione Trasparente" secondo quanto previsto dalle linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs.	pubblicazione del 100% dei dati nel rispetto della tempistica prevista normativa vigente -	pubblicazione del 100% dei dati nel rispetto della tempistica prevista normativa vigente -	pubblicazione del 100% dei dati nel rispetto della tempistica prevista normativa vigente -

	Codice di Comportamento	97/2016"e ss.mm.ii.			
		Formazione Generica: Tutto il personale dipendente. N personale formato /n. personale da formare	60%	70%	80%
		Formazione Specifica :RPCT, Referenti Dirigenti Aree a rischio	50%	60%	70%
		Rispetto adempimenti e della tempistica previsti nella sezione PIAO- prevenzione della corruzione e della trasparenza.	100%	mantenimento	mantenimento
		Aggiornamento ove necessario, qualora intervengano nuove disposizioni legislative inerenti il codice di comportamento, di cui deliberazione n. 2350 del 28.12.2023	Formalizzazione con atto deliberativo	Formalizzazione con atto deliberativo	Formalizzazione con atto deliberativo
	Consolidamento della Mappatura Processi	N° processi mappati/N° processi totali (Schede analitiche dei singoli processi)	>100%	>100%	>100%
	PIAO	Redazione del documento di programmazione unico	Deliberazione entro il 31 gennaio 2024	Deliberazione entro i termini	Deliberazione entro i termini
4.7 Relazione di genere	Prevenzione e contrasto della violenza di genere e delle discriminazione e promozione delle parità di genere	Diffondere la cultura della prevenzione e del contrasto alla violenza di genere e diffusione delle pari opportunità. Attività di formazione del personale	Redazione e formalizzazione del piano 2024 50% del personale	Aggiornamento e formalizzazione del piano 2025 70% del personale	Aggiornamento e formalizzazione del piano 2026 80% del personale
	Monitoraggio Piano degli Investimenti (che include il piano degli acquisti di beni	Predisposizione Piano Investimenti per anno successivo	Presentazione Piano 2024	Presentazione Piano 2025	Presentazione Piano 2026

4.8 Potenziamento attività di pianificazione e monitoraggio	durevoli e Programma triennale dei lavori pubblici, in ottemperanza all'art. 21 del d.lgs n.50/2016 e smi.)				
	BENI e SERVIZI	Rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento Aziendale sugli Acquisti in economia, predisposto in conformità schema regionale approvato con D.A. n. 1283/2013 modificato dal DA n. 2080/2013	Report trimestrale	Report trimestrale	Report trimestrale
		Rispetto flussi ex art. 79	Tempestività e coerenza dei flussi di competenza	Tempestività e coerenza dei flussi di competenza	Tempestività e coerenza dei flussi di competenza
		Flusso Servizi non sanitari delle Aziende del S.S.R.	Ottemperanza della puntuale trasmissione trimestrale	Ottemperanza della puntuale trasmissione trimestrale	Ottemperanza della puntuale trasmissione trimestrale
		Rispetto della criticità contrattuale al fine di evitare contratti in proroga: presentazione capitolati a cura del DEC: Numero capitolati presentati entro i termini/n. capitolati previsti da piano annuale gare	Presentazione capitolati a cura dei DEC (Direttore esecutivo contratto) almeno sei mesi prima dal termine di scadenza del contratto e individuazione contraente entro la data scadenza contrattuale >= 95%	Presentazione capitolati a cura dei DEC (Direttore esecutivo contratto) almeno sei mesi prima dal termine di scadenza del contratto e individuazione contraente entro la data scadenza contrattuale >= 95%	Presentazione capitolati a cura dei DEC (Direttore esecutivo contratto) almeno sei mesi prima dal termine di scadenza del contratto e individuazione contraente entro la data scadenza contrattuale >= 95%

		Monitoraggio e rispetto tempistica nella definizione delle procedure di gara aziendali (no UREGA): 60 gg acquisti MEPA, 90 gg gara sottosoglia e 180 gg gara sovrasoglia.	100%	100%	100%
	Monitoraggio e regolamentazioni ALPI	Monitoraggio costi e verifica remuneratività delle tariffe in attuazione del nuovo regolamento ALPI	Relazione entro il 29 Febbraio 2024 per l'anno 2023	Relazione entro il Febbraio 2025 per l'anno 2024	Relazione entro Febbraio 2026 Per l'anno 2025

5. Contributo alla riorganizzazione aziendale

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2024	Indicatore 2025	Indicatore 2026
5.1 Flussi informativi	tempestività e qualità dei flussi informativi	Rispetto dei tempi di trasmissione dei flussi consolidati e dei nuovi flussi e corretto inserimento su nuova piattaforma SI-ACT SDO EMUR PANFLU ARS HOSPICE SIAD/NEW- SDO/R Flusso SICOF FLUSSO SIAR	100%	100%	100%

		Qualità dei flussi con %scarti>1% dei record trasmessi	100%	100%	100%
		Miglioramento del sistema di codifica delle SDO: attivazione corsi di formazione	100%	100%	100%
		Tempestività della trasmissione e corretta gestione flussi: Personale convenzionato, personale dipendente, Beni e servizi	100%	100%	100%
5.2 Transizione al digitale	Piano Triennale AgID	n. 1 Azione	Consolidamento delle procedure di firma digitale remota, applicazione sul progetto FSE % di utilizzo secondo le direttive del cronoprogramma regionale	Consolidamento delle procedure di firma digitale remota, applicazione sul progetto FSE % di utilizzo secondo le direttive del cronoprogramma regionale	Consolidamento delle procedure di firma digitale remota, applicazione sul progetto FSE % di utilizzo secondo le direttive del cronoprogramma regionale
5.3 PNRR	Ammodernamento del parco tecnologico:	Digitalizzazione dei processi di natura sanitaria ed amministrativa Linee di intervento Missione 6 comp.2.1.1- Ammordamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (digitalizzazione DEA 1° Livello)	Tutte le azioni previste 100%	Tutte le azioni previste 100%	--
		Componente 2 1.2.1.2 Acquisizione grandi apparecchiature	Tutte le azioni previste 100%	Tutte le azioni previste 100%	
		Componente C.1.1 case della comunità e presa in carico della persona Componente C.1.2	Tutte le azioni previste 100%	Tutte le azioni previste 100%	

		COT Componente C.1.3 Ospedale di comunità Componente C2.1.2.1 Ospedali sicuri e sostenibili			
5.4 informatizzazione	Aumentare le prescrizioni dematerializzate da parte dei medici prescrittori	Percentuale di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (come risulteranno censiti e abilitati sul sistema TS e che avranno effettuato almeno una prescrizione)	Mantenimento dato anno 2023	Mantenimento	Mantenimento
		numero medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato e inviante nei periodi considerati come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS2016	Mantenimento dato anno 2023	Mantenimento	Mantenimento
5.5 Formazione professionisti e Ricerca	Programmazione e Monitoraggio degli interventi di formazione	Predisposizione piano formativo aziendale	SI	SI	SI
		mantenimento proporzione risorse umane assegnate	si	si	si
		Realizzazioni e monitoraggio azioni previste nel piano formativo aziendale 2024 budget speso/budget assegnato	>80%	>80%	>80%

5.6 Percorsi e Audit	Formalizzazione percorsi diagnostico terapeutici	su indicazione regionale	si	si	si
	Audit Clinico e PNE	Sviluppo di audit a partire dai dati del PNE	si	si	si
5.7 Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini/pazienti	Sistema Provinciale Regionale Qualità percepita	Riavvio del monitoraggio periodico dei livelli di qualità percepita Aziendale	report annuale di monitoraggio dei livelli di qualità percepita	report annuale di monitoraggio dei livelli di qualità percepita	report annuale di monitoraggio dei livelli di qualità percepita
	Redazione ed aggiornamento del piano della comunicazione Programma Aziendale di comunicazione	Adozione del piano ed invio al DASOE entro i termini di legge % di completamento delle azioni previste dal Piano di comunicazione	Aggiornamento annuale >90%	Aggiornamento annuale >90%	Aggiornamento annuale >90%
	Valutazione e gestione del dolore cronico	n. operatori formati/n. operatori da formare	>= 90%	>= 95%	100%
5.8 PRIVACY Adeguamento Regolamento UE 2016/679	Declinazione adempimenti nell'organizzazione aziendale	Formazione del Personale categoria C	>30%	>50%	>60%
		Collaborazione e supporto all'attività del DPO	100%	100%	100%
		Aggiornamento delle informazioni connesse alle attività di trattamento nuove o già censite nella precedente versione del registro dei trattamenti (art.30 GDPR)	100%	100%	100%
		Verifica dei ruoli e delle responsabilità dei soggetti interni alla azienda che effettuano il trattamento e adeguamento dei modelli già predisposti per la relativa designazione	100%	100%	100%

		Ricognizione dei responsabili esterni del trattamento dati(art.28 GPDR 2616/679)	100%	100%	100%
		Svolgimento DPIA valutazione d'impatto ex art.35 GPDR 2016/679	100%	100%	100%
		Implementazione e aggiornamento Portale Privacy	100%	100%	100%

6. Sanità pubblica e prevenzione

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	VALORE ATTESO	Indicatore 2024	Indicatore 2025	Indicatore 2026
6.1 Sicurezza Alimentare	Garantire la disponibilità di laboratori per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano. (Criticità POCS).	Secondo direttive regionali	valore assegnato	valore assegnato	valore assegnato
	Attuazione dei piani di controllo ufficiale sugli alimenti (PRIC Sicilia) nonché -Piano nazionale residui -Piano di monitoraggio Molluschi bivalvi	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	Garantire la piena funzionalità (riversamento massivo ed aggiornamento costante) del sistema informativo	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali

	regionale Demetra in sicurezza alimentare (Criticità PRP)				
6.2 Prevenzione in Sanità animale	Controllo di tutto il patrimonio bovino ed ovino-caprino controllabile	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovicaprine sulla base dei criteri riportati, rispettivamente dai regolamenti (Ce) n.1082/2013 e n. 1505/2006	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi caprina	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina ed ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015	Secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
6.3 Tutela ambientale	Sorveglianza malformazioni congenite		valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	PRP macro obiettivo 2.8 ambiente e salute		valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	Amianto	Registro mesoteliomi esecuzioni interviste su esposizione in tutti i casi segnalati	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali
	Evidenza avvio interventi di promozione della salute sul corretto uso di cellulari e sulla	Invio Report	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali	valore atteso secondo direttive regionali

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

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