



Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 1241 DEL 19 GIU 2025

OGGETTO: Relazione sul Ciclo della Performance anno 2024.

STRUTTURA PROPONENTE:

U.O.C. Controllo di Gestione e sistemi informativi statistici aziendali
PROPOSTA N. 1321 DEL 14-06-2025

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dr. Alfonso Scichilone

IL DIRETTORE

UOC Controllo di Gestione
Dr. Filadelfo Adriano Craco

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:

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

() Autorizzazione n. _____ NON COMPORTA
ORDINE DI SPESA

C.E.

C.P.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

IL RESPONSABILE
DEL PROCEDIMENTO

IL DIRETTORE UOC SEF e P.

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA

17 GIU 2025

L'anno duemilaventicinque il giorno DI GIANNINOVE del mese di GIUGNO
nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodieci, nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n.310/Serv.1°/S.G. del 21/06/2024, acquisito il parere del Direttore Amministrativo, dott.ssa Ersilia Raggi, nominata con delibera n. 60 del 14/01/2025 e del Direttore Sanitario, dott. Raffaele Elia, nominato con delibera n. 415 del 02/09/2024, con l'assistenza del Segretario verbalizzante DOSSA TERESA CINQUE adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

PROPOSTA

Il Direttore della UOC Controllo di Gestione e Sistemi Informativi, Statistici Aziendali Dr. Filadelfio Adriano Cracò:

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

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

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

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

Vista la Deliberazione n. 175 del 25.01.2024, con la quale questa ASP ha aggiornato il PIAO - Piano Integrato di Attività ed Organizzazione, comprendente il Piano della Performance 2024 - 2026;

Vista la delibera n. 1734 del 27.09.2023, con la quale questa Azienda ha nominato i componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione, per la verifica della rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi aziendali.

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

PROPONE

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

1. **Approvare** l'allegata "**Relazione sul Ciclo della Performance anno 2024**" - (parte integrante e sostanziale del presente provvedimento), nella quale viene illustrato il *Ciclo di gestione della performance* posto in essere nel corso dell'anno 2024.
2. **Stabilire** che curerà l'esecuzione del presente provvedimento la Struttura Tecnica Permanente per la Misurazione della performance;
3. **Trasmettere** copia della Relazione sul Ciclo della Performance anno 2024 all'OIV della relazione che si approva, per la successiva validazione in conformità all'art. 10 del D.lgs. 150/2009.
4. **Stabilire** che la presente Deliberazione verrà pubblicata sul sito istituzionale di questa Azienda Sanitaria- sezione: "Amministrazione Trasparente" – sottosezione "Performance".

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

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

IL DIRETTORE

UOC Controllo di Gestione e Sistemi Informativi, Statistici Aziendali
Dr. Filadelfio Adriano Cracò

SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSI

Parere FAVOREVOLE
Data 18/06/2025

Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Ersilia Riggi

Parere Favorevole
Data 19/06/2025

Il Direttore Sanitario

Dott. Raffaele Elia

IL DIRETTORE GENERALE

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

Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;

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

DELIBERA

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

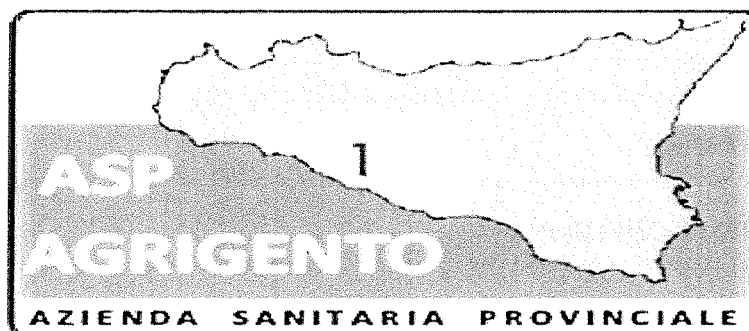
IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodice

Il Segretario verbalizzante

IL COLLABORATORE AMM.VO TPC
"Ufficio S. I. - Controllo di Gestione"
Dott.ssa Teresa Cinque





***RELAZIONE SUL CICLO DELLA
PERFORMANCE
ANNO 2024***

Indice

Presentazione	Pag. 3
Il contesto normativo di riferimento	Pag. 3
L'Amministrazione	Pag. 4
- Il Dipartimento	Pag. 7
- I Presidi Ospedalieri	Pag. 8
- Il Dipartimento Ospedaliero	Pag. 9
- Il Distretto Sanitario	Pag. 10
- Le Risorse Umane	Pag. 12
Obiettivi Aziendali	Pag. 13
Albero della Performance	Pag. 15
Il Ciclo di Gestione della Performance	Pag. 16
L'Organismo Indipendente di Valutazione	Pag. 18
I Regolamenti per la valutazione -	Pag. 18
Lo sviluppo del piano della performance 2024 - 2026 -	Pag. 19
Gli obiettivi strategici - organizzativi -	Pag. 21
Gli obiettivi operativi -	Pag. 22
Il Monitoraggio degli obiettivi - SAL -	Pag. 24
La Rendicontazione Degli Obiettivi Operativi -	Pag. 24
Quadro sintesi del piano della performance 2024 - obiettivi - indicatori - risultati -	Pag. 25



PRESENTAZIONE:

Con la Relazione Annuale sulla Performance, questa Azienda vuole illustrare, ai cittadini e a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, le azioni poste in essere, per l'attuazione del *Ciclo di Gestione della Performance* nel corso dell'anno 2024, rispetto agli obiettivi programmati e inseriti nel Piano della Performance 2024-2025 in aderenza con gli obiettivi di salute e funzionamento assegnati dall'Assessorato Regionale alla Salute .

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

- CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO -

L'attività ed il funzionamento dell'ASP di Agrigento, essendo soggetto giuridico pubblico, trova disciplina in un perimetro normativo, che nel corso degli anni ha registrato numerosi interventi. Già Il legislatore regionale con la L.R. 5/2009 aveva profondamente innovato il sistema "salute" regionale incidendo su molteplici aspetti significativi. Tale quadro normativo, anche nel corso del 2024, ha avuto una importante concretizzazione, che ha inciso in modo sostanziale sull'assetto organizzativo funzionale aziendale.

Inoltre, l'azienda, nella redazione del piano della performance 2024, al fine di soddisfare una coerente logica programmatica organizzativa e gestionale regionale, ha confermato le linee di intervento previste negli obiettivi assegnati Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie della regione, ed in particolare contenuti negli obiettivi di salute funzionamento, obiettivi contrattuali ed obiettivi specifici dell'Assessorato Regionale alla Salute in coerenza con la rifunionalizzazione della Rete Ospedaliera di cui al D.A. n.22/2019, al D.A. del 10 maggio 2019 nonché della deliberazione della Giunta Regionale Deliberazione n. 195 del 17 giugno 2024, in ordine agli obiettivi dei Direttori Generali del SSR.

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



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

- L'AMMINISTRAZIONE -

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

Corre l'obbligo sottolineare che per l'anno 2024, l'ASP ha strutturato gli obiettivi di budget sulla base dell'atto aziendale vigente.

Gli Organi dell'ASP di Agrigento sono così costituiti:

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

L'articolazione organizzativa dell'Azienda è improntata a criteri di massima flessibilità, volta ad assecondare il mutare dei programmi e garantire il perseguimento degli obiettivi.

Il modello organizzativo aziendale, secondo la L.R. 5/09 e s.m.i., è suddiviso in quattro Aree (Staff, Amministrativa, Territoriale ed Ospedaliera), le quali vengono organizzate ex D.Lgs.502/92 e s.m.i. su base dipartimentale e distrettuale ed articolate:



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

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

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

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

A. Dipartimento Amministrativo Strutturale

B. Strutture complesse, con all'interno le afferenti Strutture Semplici

- Servizio Affari Generali
- Servizio Risorse Umane
- Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
- Servizio Provveditorato
- Servizio Tecnico
-

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

A. Distretti Sanitari di Base, con le afferenti Strutture Semplici

- Distretto Sanitario di Agrigento
 - Distretto Sanitario di Bivona
 - Distretto Sanitario di Canicatti
 - Distretto Sanitario di Casteltermini
 - Distretto Sanitario di Licata
 - Distretto Sanitario di Ribera
 - Distretto Sanitario di Sciacca

B. Dipartimenti Territoriali Strutturali

- Dipartimento di Prevenzione, con le afferenti Strutture Complesse, Semplici e



Semplici Dipartimentali.

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

IV) AREA OSPEDALIERA, nel cui ambito rientrano:

A. Presidi Ospedalieri:

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

B. Dipartimenti Ospedalieri Strutturali

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



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

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

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

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

Il Dipartimento

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

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

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

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

- Dipartimenti Strutturali
- Dipartimenti Funzionali.

In particolare:

- i Dipartimenti strutturali rappresentano le strutture il cui obiettivo principale è l'uso efficiente/ottimale delle risorse, con autorità sovraordinata rispetto alle unità operative o servizi che la compongono;
- i Dipartimenti funzionali coinvolgono "orizzontalmente" le unità operative ed hanno

come finalità principale e diretta l'ottimizzazione delle procedure operative destinate al raggiungimento di un obiettivo ovvero delle pratiche assistenziali destinate a categorie di pazienti o a quadri clinici specifici ed altresì servono a massimizzare l'efficacia e la qualità della prestazione.

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

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

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

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

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

I Presidi Ospedalieri

1. Il Presidio Ospedaliero (P.O.) fornisce assistenza per tutte le patologie che richiedano prestazioni diagnostico-terapeutiche non erogabili con altrettanta efficacia ed efficienza a livello territoriale; può comprendere una o più strutture ospedaliere ed è da considerarsi quale struttura complessa dotata di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, soggetta a rendicontazione analitica, con contabilità separate all'interno del bilancio aziendale.

2. Contribuisce al progetto di salute della comunità attuando le politiche Aziendali attraverso un impiego efficace ed efficiente delle risorse assegnate al Presidio Ospedaliero medesimo, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi sanitari programmati perseguendo un'azione diagnostico terapeutica improntata alla continuità assistenziale ed all'approccio polispecialistico e multi professionale attuato attraverso l'integrazione delle attività, appropriate al caso, sia interne al Presidio Ospedaliero che esterne promuovendo e presidiando la qualità dei servizi ed erogazione delle prestazioni, nonché la loro appropriatezza valutata secondo i criteri della medicina basata sulle prove di efficacia.

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

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

Il Dipartimento Ospedaliero

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

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

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

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

Sono funzioni dei dipartimenti ospedalieri:

L'assistenza: attraverso l'individuazione ed il coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie nell'ambito di un approccio globale al paziente, per mezzo delle seguenti attività: pre-ospedalizzazione e attività ambulatoriale, day hospital/day surgery ricovero ordinario, riabilitazione, ospedalizzazione a domicilio, percorsi dei pazienti.

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

- » La ricerca: orientata al raggiungimento degli obiettivi propri dell'istituzione dipartimentale, attraverso il coordinamento delle iniziative più significative e l'attivazione dei necessari collegamenti con altre istituzioni.
- » La educazione ed informazione sanitaria: attraverso l'istituzione di una serie di iniziative indirizzate al singolo paziente ed in collaborazione con Enti ed Istituzioni diverse, riguardanti specifiche tematiche identificate come prioritarie rispetto agli obiettivi e mirate alla tipologia dei pazienti assistiti nell'ambito del dipartimento.

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

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

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

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

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

Il Distretto Sanitario

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

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

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

Sono compiti del Distretto:

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

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

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

<u>Distretto Sanitario di Agrigento:</u>	<i>Agrigento, Aragona, Comitini, Favara, Ioppolo Giancaxio, Porto Empedocle, Raffadali, Realmonte, Santa Elisabetta, Sant'Angelo Muxaro, Siculiana.</i>
--	---

<u>Distretto Sanitario di Bivona:</u>	Alessandria della Rocca, Bivona, Cianciana, San Biagio Platani, Santo Stefano di Quisquina.
<u>Distretto Sanitario di Canicattì:</u>	Camastra, Campobello di Licata, Canicattì, Castrofilippo, Grotte, Naro, Racalmuto, Ravanusa.
<u>Distretto Sanitario di Casteltermini:</u>	Cammarata, Casteltermini, San Giovanni Gemini.
<u>Distretto Sanitario di Licata:</u>	Licata, Palma di Montechiaro.
<u>Distretto Sanitario di Ribera:</u>	Burgio, Calamonaci, Cattolica Eraclea, Lucca Sicula, Montallegro, Ribera, Villafranca Sicula.
<u>Distretto Sanitario di Sciacca:</u>	Caltabellotta, Menfi, Montevago, Sambuca di Sicilia, Santa Margherita Belice, Sciacca.

LE RISORSE UMANE:

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

Il Personale dell'ASP di Agrigento anno 2024, in dettaglio:

<u>UNITA' DI PERSONALE ANNO 2024</u>	
PERSONALE DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO	
Dirigenti Medici	641
Dirigenti Veterinari	36
Totale Dirigenza Area IV	677

Dirigenti Sanitari	68
Dirigenti Professionali	4
Dirigenti Tecnici	3
Dirigenti Amministrativi	14
Totale Dirigenza Area III	89
Personale non dirigente Ruolo Sanitario	1490
Personale non dirigente Ruolo Professionale	3
Personale non dirigente Ruolo Tecnico	323
Personale non dirigente Ruolo Amministrativo	366
Totale Comparto	2182
TOTALE PERSONALE DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO	2948
Personale Dirigente a tempo determinato	103
Personale non Dirigente a tempo determinato	600
TOTALE PERSONALE A TEMPO DETERMINATO	703

- GLI OBIETTIVI AZIENDALI -

L'ASP di Agrigento sulla scorta del sistema di misurazione e valutazione della performance, nel rispetto del decreto legislativo n. 150/09 (cfr. paragrafo- I Regolamenti Aziendali per la Valutazione-), con atto deliberativo n. 175 del 25/01/2024 - ha aggiornato il PIAO - Piano Integrato di Attività ed Organizzazione, comprendente il Piano della Performance 2024 - 2026, ovvero di quel documento programmatico triennale, e in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio e in continuità con gli obiettivi del Piano della Performance anno 2023, nel quale sono stati individuati gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi 2024, definendo gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi individuali assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Inoltre, 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 nel mese di luglio, sono state inserite nuove linee di intervento relativamente alle sotto indicate **Macro Aree strategiche**:

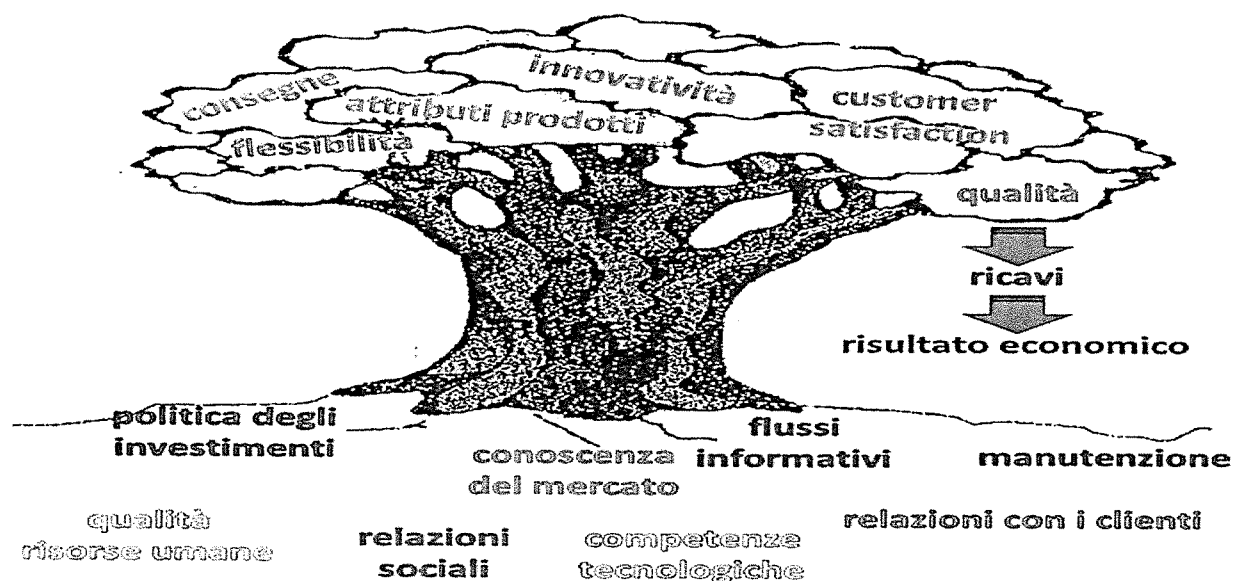
- *OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO AZIENDALE*;
- *AREA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA* ;
- *PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA*;
- *ASSISTENZA DISTRETTUALE*;
- *MONITORAGGIO DEI COSTI E RISPETTO TETTI DI SPESA - PNRR* ;
- *CONTRIBUTO ALLA ORGANIZZAZIONE AZIENDALE* .

Il piano 2024 è stato dunque uno strumento di governo aziendale delle risposte sanitarie coordinato 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.

Il recepimento di quanto sopra ovvero tradurre tali determinanti in obiettivi ed in un set di indicatori che rendicontino tutte le attività assistenziali rese (accountability), ha rappresentato uno step imprescindibile per l'Amministrazione. Inoltre, in tale ottica, sono stati inglobati nel contesto degli obiettivi da assegnare anche quelli attribuiti al Direttore Generale che rientrano nel sistema di valutazione AgeNaS.. Infine, la promozione di medio periodo di importanti strumenti di valutazione quali la Customer Satisfaction, il coinvolgimento del Comitato Consultivo Aziendale, hanno costituito un indispensabile elemento di confronto finalizzato a migliorare in toto l'assistenza sanitaria.

In conclusione appare opportuno rimarcare che gli obiettivi per l'anno 2024 sono stati assegnati ai CdR in continuità con gli obiettivi di performance 2023 ed in coerenza con i nuovi obiettivi strategici ricevuti dalla Direzione Generale; le Unità produttive hanno pertanto provveduto a rendicontare, in base agli indicatori di risultato posti per il 2024, le attività di misurazione dei risultati raggiunti hanno tenuto conto dell'intero arco temporale delle attività svolte e dei risultati conseguiti anche nel primo semestre 2024.

- L'ALBERO DELLA PERFORMANCE -



Come già evidenziato, l'attività di responsabilizzazione a livello aziendale parte sicuramente dagli Obiettivi di Salute e Funzionamento 2023 e dagli Obiettivi Contrattuali assegnati alla Direzione Generale, riformulati in continuità con il 2023 nell'anno 2024.

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

- IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

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

Il decreto in argomento, nel rispetto decreto legislativo n. 150/09, stabilisce l'oggetto della misurazione e valutazione, ovvero: sia misurazione e valutazione della performance organizzativa, sia la misurazione e la valutazione della performance individuale, inoltre, individua le modalità ed i tempi del ciclo di gestione della performance il quale si articola nelle seguenti fasi:

Fasi	Attività	Soggetti coinvolti
fase a	Definizione e assegnazione obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, previa negoziazione anche delle risorse umane, tecniche e finanziarie	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione strategica aziendale - Programmazione e controllo di gestione - Politiche del personale
fase b	Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse	- Programmazione e Controllo di Gestione
fase c	1) Monitoraggio in corso di esercizio 2) Attivazione di eventuali interventi correttivi	1) Programmazione e controllo di gestione 2) Direzione strategica aziendale
fase d	Misurazione e valutazione annuale della performance individuale	<ul style="list-style-type: none"> - Il dirigente di struttura immediatamente sovraordinata, in prima istanza; - L' O.I.V. in seconda istanza
fase e	Misurazione e valutazione annuale delle unità organizzative	- L'O.I.V. per la misurazione e valutazione della performance con riferimento alle strutture (dipartimenti/coordinamenti/strutture complesse) secondo modalità conformi alle direttive impartite dalla commissione di cui all'articolo 13 del decreto legislativo n. 150/09
fase f	Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito	Settore personale
fase g	Rendicontazione dei risultati ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai	<ul style="list-style-type: none"> - Settore personale/U.O. politiche del personale - Comunicazione istituzionale - sito web - Struttura tecnica permanente

	destinatari dei servizi	
--	-------------------------	--

- L'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE -

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

L'attuale Organismo Indipendente di Valutazione della performance dell'ASP di Agrigento di seguito OIV, è stato nominato con delibera n. 1734 del 27.09.2023, ai sensi del D. Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., della deliberazione Civit n. 12/2013, del DPR n. 105/2016 e del DPCM del 02/12/2016, il suddetto Organismo, composto da tre esperti, di cui uno con funzione di Presidente, in possesso di requisiti di professionalità ed esperienza, con competenze tecniche di valutazione e di controllo di gestione, comprovate dalla iscrizione all'elenco nazione dei componenti OIV di cui al Decreto 2 dicembre 2016, della Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento della Funzione Pubblica, successivamente sostituito dal Decreto Ministeriale del 6 agosto 2020.

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

In particolare:

- a) monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi;
- b) comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché' alla Corte dei conti e al Dipartimento della funzione pubblica;



c) valida la Relazione sulla performance, a condizione che la stessa sia redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione;

d) garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione (con particolare riferimento alla significativa differenziazione dei giudizi di cui all'articolo 9, comma 1, lettera d) nonché dell'utilizzo dei premi di cui al Titolo III, secondo quanto previsto dal presente decreto, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;

e) propone, sulla base del sistema di cui all'articolo 7, all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi di cui al Titolo III;

f) è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dal Dipartimento della funzione pubblica sulla base del decreto adottato ai sensi dell'articolo 19, comma 10, del decreto legge n. 90 del 2014;

g) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;

h) verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

- I REGOLAMENTI AZIENDALI PER LA VALUTAZIONE -

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

- Deliberazione n. 1970 del 02.05.2013 ad Oggetto " Adozione regolamenti retribuzione di risultato della dirigenza - Verifica e Valutazione del personale dirigenziale area medica e veterinaria - Verifica e valutazione del personale dirigenziale area amministrativa, professionale, tecnica e sanitaria non medica" , si è dotata di tre distinti regolamenti, ovvero:
 - Regolamento Retribuzione di risultato della Dirigenza;



- Regolamento Verifica e valutazione del personale dirigenziale area medica e veterinaria;
- Regolamento Verifica e valutazione del personale dirigenziale area amministrativa, professionale, tecnica e sanitaria non medica;
- Deliberazione n. 1824 del 21.12.2016 ad oggetto "Presa atto accordo decentrato con le OO.SS. del comparto, in materia di erogazione della produttività collettiva" (modificata con deliberazione n. 874 del 10.05.2018) con la quale l'azienda si è dotata del nuovo regolamento per l'erogazione della produttività collettiva del personale area comparto.

- LO SVILUPPO DEL PIANO DELLA PERFORMANCE 2024 - 2026 -

Nello sviluppo del Piano della Performance 2024 - 2026 l'Azienda, ispirandosi al sistema di gestione della *performance secondo a quanto previsto dal d.lgs. 150/09* e dal D.A. 1821 del 26.09.2011, ha posto in essere una serie di adempimenti propedeutici volti a disciplinare **le Macro Aree strategiche di Intervento**, sopra indicate, in una prospettiva temporale triennale, 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.

Il Piano della Performance è stato adottato con **Deliberazione n. 175 del 25.01.2024** esso costituisce il presupposto per la predisposizione della presente relazione annuale sulla performance anche se per l'assegnazione degli obiettivi alle articolazioni aziendali ci si è riferiti anche al modello di performance ispirato ai nuovi obiettivi contrattuali e di salute e funzionamento assegnati alla Direzione Aziendale (insediatasi nel mese di giugno 2024), già a partire dal mese di luglio 2024.

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



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

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

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

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

In sintesi il Piano ha esplicitato il “legame” che sussiste tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità, le strategie, gli obiettivi e gli indicatori dell’amministrazione. Ossia il contributo che l’amministrazione (nel suo complesso



nonché nelle unità organizzative e negli individui di cui si compone) ha apportato attraverso la propria azione alla soddisfazione dei bisogni della collettività.

Per ogni area di intervento nel piano sono state individuati:

- gli obiettivi strategici ed operativi 2024/2026;
- il valore atteso con gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Tale metodologia ha assunto maggior significato in relazione al fatto che gli Obiettivi Generali, di Salute e Funzionamento stabiliti con il Piano della performance 2024 -2026, che hanno costituito elemento portante del sistema di obiettivi assegnati alle UU.OO. produttive dell'Azienda, comprendono attività ripartite sia nell'anno 2024 che negli anni 2025 e 2026.

- GLI OBIETTIVI STRATEGICI ORGANIZZATIVI -

Per soddisfare gli obiettivi strategici aziendali assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute che sintetizzano il portafoglio dell'offerta sanitaria dell'Azienda, questa ASP ha tradotto gli stessi in un set di indicatori trasposti anche nel Piano della Performance 2024-2026, assegnati formalmente ai Direttori di Dipartimento e per il loro tramite ai Direttori di Struttura Complessa, nonché, a tutti i Direttori/Responsabili delle strutture destinatarie della negoziazione degli obiettivi di performance 2024, a valere come notifica dell'avvio del Ciclo della Performance 2024, ovvero di definizione degli obiettivi che l'Azienda intendeva raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, ciò ha rappresentato uno *step* imprescindibile per l'Amministrazione.

Nello sviluppo degli obiettivi strategici organizzativi 2024, oltre alle linee di indirizzo regionali 2023 2025 che hanno comunque costituito una base solida per il piano della performance 2024 , sono state associate le linee di indirizzo regionale del luglio 2024.

Conseguentemente sono state individuate le suddette aree di intervento:

- assistenza territoriale ed integrazione socio sanitaria e privacy;
- appropriatezza organizzativa e sicurezza;



- contenimento dei costi e rispetto tetti di spesa;
- obiettivi di salute e funzionamento aziendale;
- area dell'assistenza ospedaliera;
- prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- assistenza distrettuale;
- monitoraggio dei costi e rispetto tetti di spesa - PNRR .
- contributo alla organizzazione aziendale .

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

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

- GLI OBIETTIVI OPERATIVI -

Come detto gli obiettivi individuati per l'anno 2024 la cui tecnica di individuazione è stata descritta nel Piano della performance 2024 - 2026, hanno costituito la prosecuzione logica di quanto già avviato nel 2023 rivisti alla luce degli obiettivi fissati dalle nuove linee di intervento relativamente, sopra indicate, del luglio 2024.

A tal fine, gli obiettivi della Direzione Strategica derivanti dal mandato istituzionale e dalle indicazioni espressamente assegnati in sede assessoriale, sono stati selettivamente ribaltati a tutti i dirigenti apicali (con nota prot. 127649 del 20.08.2024), ed hanno costituito il presupposto per le successive fasi di delega a tutto il personale dirigente e dipendente.

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



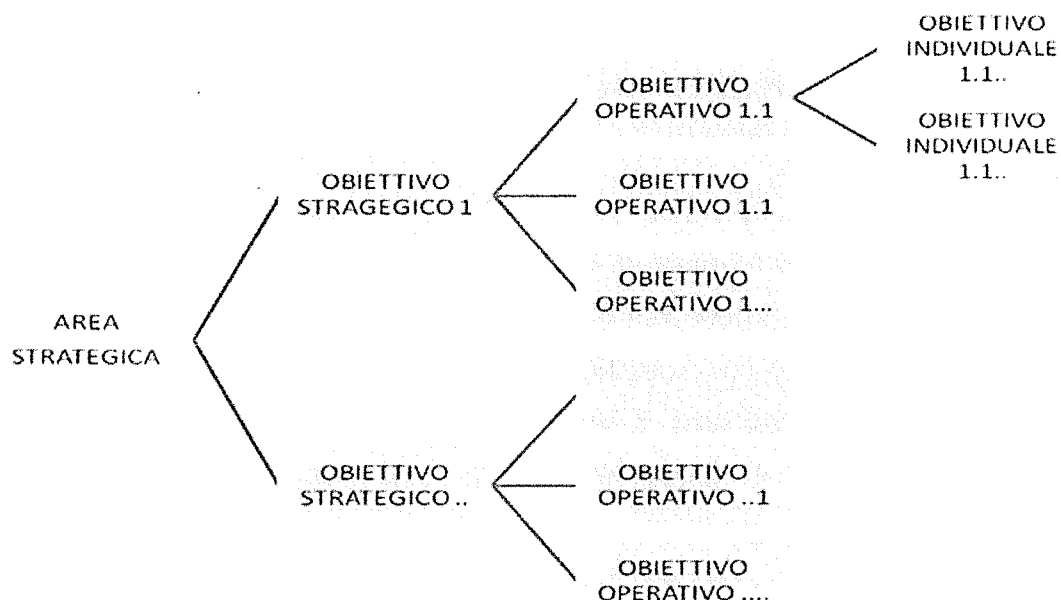
Anche per l'anno 2024, per la stesura e la elaborazione dei piani operativi, si è fatto riferimento al piano di realizzazione della performance, all'interno del quale sono stati previsti i seguenti passaggi logici fondamentali:

- I Direttori delle UU.OO.CC., sia dell'Area Ospedaliera (PP.OO.) che dell'Area Territoriale (Distretti Sanitari di Base, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimenti di Prevenzione, Area Gestione del Farmaco, Area Amministrativa), con riferimento agli obiettivi, sia generali che specifici attinenti la propria area, hanno coinvolto, tanto nella fase di elaborazione degli obiettivi che in quella di attuazione, tutti i responsabili delle unità operative semplici afferenti alla stessa struttura complessa nonché tutto il personale in servizio sia della dirigenza che del comparto.
- I responsabili delle restanti articolazioni più complesse (Direttori delle Aree Amministrative, Direttori di Distretto Sanitario, Responsabile Gestione Area del farmaco e Responsabile dello Staff del Centro Direzionale nonché i direttori delle aree amministrative) hanno predisposto i rispettivi Piani Operativi, secondo gli obiettivi generali e specifici di propria competenza.
- I piani di lavoro potevano prevedere, oltre gli obiettivi individuati, anche obiettivi propri aggiuntivi che ciascuna unità operativa intendeva realizzare nel corso dell'anno e ciò, comunque, dopo aver verificato la loro compatibilità con gli obiettivi generali dell'Azienda, con i vincoli di bilancio nonché le risorse umane e strumentali disponibili.

Nei medesimi piani di lavoro dovevano anche essere esplicitate le iniziative che si intendevano avviare per il raggiungimento degli obiettivi specifici di ciascuna unità operativa nel rispetto dei programmi e degli obiettivi generali dell'Azienda, nonché tenuto conto di quanto stabilito dal regolamento aziendale sul sistema premiante.

- La Direzione Generale, avvalendosi della U.O.C. Controllo di Gestione, ha predisposto le schede di budget del 2024, ha disposto l'assegnazione di obiettivi di performance mediante il rinnovo e la riproposizione degli obiettivi già conferiti nell'anno 2022 (già oggetto di negoziazione), con le seguenti specifiche:
- Ciascun responsabile di U.O.C. ha avuto la competenza e la responsabilità di porre le basi per la verifica sul grado di partecipazione dei dipendenti, afferenti alla medesima U.O. sia della dirigenza che del comparto, al conseguimento degli obiettivi negoziati, ponendo in essere tutti gli adempimenti propedeutici all'applicazione dei sistemi di valutazione e verifica, anche ai fini dell'indennità di risultato;
- I Piani Operativi, sia in forma cartacea che per posta elettronica, sono pervenuti alla Direzione Aziendale tramite la U.O.C. Controllo di Gestione.





- IL MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI – SAL -

L'attività di monitoraggio degli obiettivi è stata effettuata nel corso del 2024 dalla UOC Controllo di Gestione, attraverso appositi gestionali che hanno permesso anche lo sviluppo di appositi report in ordine alla attività posta in essere per il raggiungimento degli obiettivi di performance.

Nello specifico l'Azienda ha disposto un SAL rispetto agli obiettivi al 30.09.2024 al fine di disporre un feedback operativo complessivo sullo stato dell'arte degli obiettivi. In tal senso, ha formalizzato apposite indicazioni operative alle varie articolazioni aziendali per la relative rendicontazione dei risultati della performance organizzativa delle singole strutture riferite all'anno 2024 - .

- LA RENDICONTAZIONE DEGLI OBIETTIVI OPERATIVI -

Con la nota prot. n. 3529 del 08/01/2025, sono state emanate le indicazioni operative alle varie articolazioni aziendali per la relative rendicontazione dei risultati della performance organizzativa delle strutture e quella individuale del personale afferente.

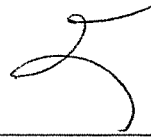
Conseguentemente per l'anno 2024 la UOC Controllo di Gestione, nell'ambito dei compiti d'istituto previsti e per le attività di competenza, ha svolto l'istruttoria per la misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi previsti dai diversi piani operativi, in aderenza ai regolamenti aziendali vigenti, determinando il “Valore Verificato” di ogni struttura contrattante, per la successiva valutazione da parte dell'OIV e definitiva validazione del ciclo della performance per l'anno 2024.



OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO						
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	VALORE ATTESO	INDICATORI PER L'ANNO 2024	Grado di raggiungimento o obiettivo nell'ambito delle attività di verifica del CdG	AREA OPERATIVA DI RIFERIMENTO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO E NOTE
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.	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI	Si è provveduto ad operare in ottemperanza agli indirizzi operativi regionali per l'attuazione per il recupero delle liste di attesa e pertanto si sono redatti i relativi piani operativi e gli aggiornamenti come la deliberazione n. 513 del 26 settembre 2024 “ adozione del piano attuativo aziendale per il recupero delle liste di attesa rev 01” si è provveduto all'azzeramento delle liste di attesa chirurgiche ed ambulatoriali per l'anno 2023 come riportato nel



<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>RAGGIUNTO</p>	<p>DIPARTIMENTI OSPEDALIERI SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA</p>	<p>Le attività di recupero delle liste di attesa ambulatoriali espletate nel corso dell'anno 2024 sono riferite alle liste di attesa 2023 che sono state azzerate con le attività poste in essere dalla CUR Aziendale</p>	<p>gestionale regionale GLIA.</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 > n.10; b) obiettivo raggiunto al 100% se il numero di prestazioni di controllo prescritte direttamente dallo specialista ambulatoriale è > 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 < 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>	<p>RAGGIUNTO</p>	<p>DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE</p>	<p>obiettivo assegnato ai DD.SS.BB. .E' monitorato da tali strutture . Il raggiungimento dell'obiettivo stesso è vincolato alla recente istituzione delle case di comunità configurate per la gestione della cronicità</p>	



<p>Esiti: Fattura del femore; Parti cesarei; tempestività P.T.C.A. nei casi di IM.A STEMI; Colecistectomia laparoscopica</p>	<p>Tempestività dell'intervento per frattura femore in pazienti over 65, entro 0-2 giorni dal ricovero;</p>	<p>- 100% se il valore dell'indicatore è => del 96%; - Se il valore è compreso tra il valore di partenza (60%) ed il valore obiettivo (96%); - obiettivo non raggiunto se <= a 60%</p>	<p>Numeratore: interventi effettuati entro 0-2 gg dal ricovero Denominatore: n° totale di casi di frattura femore su pazienti over 65</p>	<p>RAGGIUNTO</p>	<p>UU.OO.CC. ORTOPEDIA</p>	<p>il dato aziendale è formato dall'insieme di dati generati dalle attività delle tre Ortopedie di Sciacca, Agrigento e Licata. Nell'anno 2024 la UO di Ortopedia di Sciacca ha iniziato ad operare a pieno regime dall'ottobre 2024. le percentuali di raggiungimento dell'obiettivo presso il P.O. di Agrigento sono pari al 99,39% e presso il p.o. di Licata 94,81%</p>
	<p>Riduzione incidenza parti cesarei primari (cesarei in donne senza nessun pregresso cesareo)</p>	<p>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</p>	<p>Numeratore: Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)totale Denominatore: parti di donne con nessun pregresso cesareo Valori soglia: - Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con 500<= vol. 1000 parti anno = massimo 10%;</p>	<p>RAGGIUNTO</p>	<p>UU.OO.CC. OSTETRICIA E GINECOLOGIA</p>	<p>Il dato è determinato dai 4 Punti nascita Aziendali di cui uno ovvero quello del P.O. di Agrigento di 2° livello. Il dato aggregato aziendale come rilevato da gestionali interni è pari a 19,68%</p>

<p>il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.</p>									
<p>Tempestività nell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di I.M.A. STEMI</p>	<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>	<p>PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 90 min</p> <p>dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI/ n. totali di IMA STEMI diagnosticati</p>	<p>RAGGIUNTO</p>	<p>UU.OO..CC. CHIRURGICHE</p>	<p>Il dato Aziendale deriva dall'attività delle due UU.OO. Di Emodinamica dei PP.OO. di Agrigento e Sciacca ed è desunto dai gestionali aziendali ed è pari al 97,11%</p>				

**Tempestività
nell'effettuazione
dell'angioplastica
percutanea su
pazienti con
diagnosi di I.M.A.
STEMI**

82%

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).

- Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto;

- se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.

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

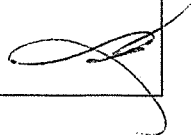
RAGGIUNTO

UU.OO..CC.
CHIRURGICHE


**Il dato Aziendale
deriva dall'attività delle
due UU.OO. Di
Emodinamica dei
PP.OO. di Agrigento e
Sciaca ed è desunto
dai gestionali aziendali
ed è pari al 97,11%**

	Proporzione di colecistectomia con laparoscopica con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni	-100% se il valore è => al 96%; -se compreso tra 70% e 96% il valore verrà calcolato secondo la funzione lineare; -0% se il valore è < al 70%	n° di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni/ N°di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	RAGGIUNTO	UU.OO.CC. CHIRURGICHE	Il dato Aziendale è desunto dalle attività dei 5 reparti ospedalieri di Chirurgia. Il dato aziendale è pari la 95,85%
Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (ob. 3)	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.	Raggiungimento di tutti i requisiti contemplati dalla Checklist Livello I : 100%= Soddisfacimento del 100% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda; Livello II: 90% = Soddisfacimento del 95% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda; Livello III :75%=Soddisfacimento del 85% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda	1	RAGGIUNTO	UU.OO.CC. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	I Direttori dei Punti Nascita Aziendali hanno provveduto alla redazione delle check List dei reparti da inserire successivamente nel portale qualità sicilia

Gestione del sovraffollamento in PS;	a) Tempo massimo di Permanenza (TMP): Tempo massimo della presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di pronto soccorso di 8 h;	a) Indicatore TMP: - obiettivo raggiunto al 100% se $\geq 85\%$; - obiettivo raggiunto al 50% se compreso tra 75% e $< 85\%$; - obiettivo NON raggiunto $< 75\%$	a) Indicatore TMP: ≤ 8 h indicatore calcolato su pazienti su tutti gli esiti da flusso EMUR escluso esito 6 (abbandono PS prima della visita medica) e 7 (paziente abbandonata PS in corso di accertamenti	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	UU.OO.CC. MEDICINA ACCETTAZIONE E D'URGENZA	Indicatore 1. Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa del Tempo Massimo di Presa in Carico (TMP): E' stato realizzato per l'ASP di Agrigento un apposito estrattore su applicativo OSLO B.I. ove viene rilevato che l'andamento di tale indicatore che è favorevole nei PP.SS. degli Ospedali di base mentre risulta ancora non pienamente raggiunto nei PP.OO. sede di DEA di 1° livello
--------------------------------------	---	---	---	------------------------	---	---




b) Boarding (cattiva pratica" di tenere i pazienti da ricoverare sulle barelle nei corridoi del PS per mancanza posti letto): percentuale di pazienti con permanenza pre ricovero di 44H	b) Indicatore Boarding: - obiettivo raggiunto al 100% se <= 2%; - obiettivo raggiunto al 50% se compreso tra 2% e 4%; - obiettivo NON raggiunto >4%	b)Indicatore Boarding: > 44h	PARZIALMEN TE RAGGIUNTO	UU.OO.CC. MEDICINA ACCETTAZION E E D'URGENZA	indicatore 2 . Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di boarding): E' stato realizzato per l'ASP di Agrigento un apposito estrattore su applicativo OSLO B.I. ove viene rilevato che l'andamento di tale indicatore è favorevole nei PP.SS. degli Ospedali di base mentre risulta ancora non pienamente raggiunto nei PP.OO. sede di DEA di 1° livello
---	--	---------------------------------	-------------------------------	--	--

<p>Screening oncologici</p> 	<p>Il Ministero della Salute prevede che si raggiunga il:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100% di estensione su tutti e 3 gli screening; - 50% di adesione per il cervicocarcinoma e il tumore del colonretto, - 60% per il tumore della mammella; <p>ne consegue che i relativi indicatori LEA sono 50% per il cervicocarcinoma e il tumore del colonretto, e 60% per il tumore della mammella.</p>	<p>Ridurre i casi di modalità 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</p> <p>Indicatore LEA</p> <p>:25% = 0; 25-29% = 5; 30-34% = 6; 35-39% = 7; 40-44% = 8; 45-49% = 9; ≥50% = 10</p> <p>b) Mammella</p> <p>Indicatore LEA</p> <p>:35% = 0; 35-39% = 5; 40-44% = 6; 45-49% = 7; 50-54% = 8; 55-59% = 9; ≥60% = 10</p>	<p>PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p>	<p>DIPARTIMENTO PREVENZIONE</p>	<p>L'ASP di Agrigento per l'anno 2024 ha adottato ogni misura necessaria al raggiungimento dell'obiettivo rispetto ai 3 screening oncologici (tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colon retto); Tumore cervice uterina: POP TARGET 36008 INVITI 39397 (109%) ADESIONI 6891 % ADESIONI 17,5 % -Tumore mammella POP TARGET 30506 INVITI 32302 (105%) ADESIONI 11562 %ADESIONI 35,8 % -Tumore del colon POP TARGET 58523 INVITI 58660 (100,2%) ADESIONI 15293 %ADESIONI 26,1 %</p>
	<p>a) obiettivi di processo Formazione del personale dedicato allo screening (SI/NO) b) organizzazione di programmi di comunicazione rivolti alla</p>		<p>a) si= 1 no=0 b) si= 1 no=0</p>	<p>RAGGIUNTO</p>	<p>DIPARTIMENTO PREVENZIONE</p>	<p>nell'anno 2024 sono state espletate le attività oggetto dell'indicatore previsto che saranno ulteriormente implementate nella considerazione che nel gennaio 2025 sono stati conferiti gli incarichi di</p>

	popolazione target (SI/NO)						responsabile delle UU.OO.SS. Di Screening
Obiettivo 5- Organi e Tessuti	Migliorare il Procurement degli organi solidi e dei tessuti	Incrementare, migliorare o mantenere la donazione di sangue, plasma , organi e tessuti nel rispetto dei parametri nazionali e internazionali	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%); N° di accertamenti di morte con criterio neurologico/ n° decessi aziendali per grave neuro lesione nell'anno 2024 (risultato atteso> 30%) (PESO 30%); Tasso di opposizione alla	RAGGIUNTO		DIREZIONE DIPARTIMENTO DI EMERGENZA	Si è provveduto alla istituzione dell'Ufficio di coordinamento locale aziendale per il procurement organi e tessuti con assegnazione di personale adeguatamente formato nel settore con delibera n. 563 del 26 settembre 2024 ED AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI SECONDO GLI INDICATORI RICHIESTI E RELAZIONATI DAL RESPONSABILE AZIELE DEL PROCURAMEN ORGANI E TESSUTI



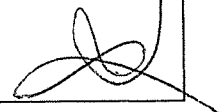
	<p>donazione non superiore al 38% (PESO 30%);</p> <p>Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente) non inferiore al 30% (PESO 20%)</p> <p>Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione. (PESO 10%)</p>		
<p>Incremento 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)</p>	<p>2024= 10,6 kg/1000 ab (+ 10% rispetto al 2023);</p> <p>2025= 12,1 kg/1000 ab (+ 15% rispetto al 2024);</p> <p>2026= 14,6 kg/1000 ab (+ 20% rispetto al 2025).</p> <p>· 100% con l'attribuzione di 1 punto all'atto del raggiungimento della previsione di raccolta;</p> <p>· incremento > all'anno precedente, ma < a quello previsto l'obiettivo sarà valutato con 0,8</p>	<p>RAGGIUNTO</p>	<p>UU.OO.CC. TRASFUSIONE LE</p> <p>L'obiettivo è stato raggiunto dai trasfusionali Aziendali di Agrigento-Canicatti e Sciacca in attesa dei dati rilevati e consuntivate dal DASOE</p>



			<p><i>punti;</i></p> <ul style="list-style-type: none">· <i>riduzione di conferimento di plasma rispetto all'anno precedente, l'obiettivo sarà considerato non raggiunto.</i>		
	<p>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</p>	<p>· 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;</p> <ul style="list-style-type: none">· 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 evidenzino, tramite atti ufficiali, la richiesta degli stessi al CRAE e la risposta di	<p>RAGGIUNTO</p>	<p>UU.OO.CC. TRASFUSIONALE</p>	<p>L'obiettivo è stato raggiunto dai trasfusionali Aziendali di Agrigento-Canicatti e Sciacca in attesa dei dati rilevati e consuntivate dal DASOE</p>

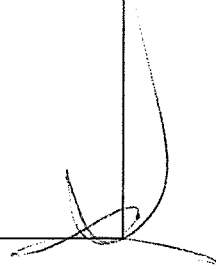
indisponibilità da parte dello stesso. Tale evenienza deve essere debitamente motivata la CRAE e per conoscenza al Centro Regionale Sangue.

- 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.



	Incremento della donazione del sangue cordonale: a) Incrementare la raccolta del sangue cordonale in assenza di criteri di esclusione; b) Implementare la trasfusione dei neonati prematuri nelle terapie intensive neonatali utilizzando il sangue cordonale.		+10% dei parti effettuati nel 2024; +20% nel 2025; +30% nel 2026; +20% dei neonati trasfusi per il 2024; +30% per il 2025; +40% per il 2026. 100%= se si raggiungono entrambi obiettivi a) e b); 50%= un solo obiettivo o a) o b); NON RAGGIUNTO se non viene raggiunto nessun obiettivo		UU.OO.CC. TRASFUSIONALE - CORDONE OMBELICALE		Il monitoraggio viene effettuato attraverso estrazioni periodiche dal cruscotto di monitoraggio SOGEI e trasmessi dalla RTI. Il Controllo di Gestione si è dotato di sistemi per il monitoraggio continuo del dato ponendo in essere provvedimenti per l'implementazione dei conferimenti dei documenti indicizzati
Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	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.	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%.	Numeratore n° di Lettere di Dimissioni Ospedaliere Denominatore: n° ricoveri Fattore di scala: (x 100)	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI DIPARTIMENTI SANITARI TERRITORIALI		

				Numeratore n° di Verbal di Pronto Soccorso indicizzati Denominatore: n° Accessi di Pronto Soccorso Fattore di scala: (x 100)	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI DIPARTIMENTI SANITARI TERRITORIALI
				Numeratore n° di Referti di Laboratorio indicizzati Denominatore: n° Prestazioni di Laboratorio erogate Fattore di scala: (x 100)	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI DIPARTIMENTI SANITARI TERRITORIALI
				Numeratore n° di Referti di Radiologia indicizzati Denominatore: n° Prestazioni di Radiologia erogate Fattore di scala: (x 100)	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI DIPARTIMENTI SANITARI TERRITORIALI



		N u m e r a t o r e n ° d i R e f e r t i d i S p e c i a l i s t i c a A m b u l a t o r i a l e i n d i c i z z a t i D e n o m i n a t o r e : n° P r e s t a z i o n i d i S p e c i a l i s t i c a A m b u l a t o r i a l e E r o g a t e F a t t o r e d i s c a l a: (x 100)	PARZIALMEN TE RAGGIUNTO	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI DIPARTIMENTI SANITARI TERRITORIALI	
			N u m e r a t o r e n ° d i R e f e r t i d i A n a t o m i a P a t o l o g i c a i n d i c i z z a t i D e n o m i n a t o r e : n° P r e s t a z i o n i d i A n a t o m i a P a t o l o g i c a i n d i c i z z a t i F a t t o r e d i s c a l a: (x 100)	PARZIALMEN TE RAGGIUNTO	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI DIPARTIMENTI SANITARI TERRITORIALI
			N u m e r a t o r e n ° C i t t a d i n i R e s i d e n t i c o n C e r t i f i c a t o V a c c i n a l e I n d i c i z z a t i D e n o m i n a t o r e : n° C i t t a d i n i R e s i d e n t i (s u b a s e r e g i o n a l e) F a t t o r e d i s c a l a: (x 100)	PARZIALMEN TE RAGGIUNTO	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI DIPARTIMENTI SANITARI TERRITORIALI

Incremento delle dimissioni protette per i pazienti di età superiore a 65 anni	Invio Proposta Dimissioni Protette al Distretto di pertinenza	=>90% dei pazienti target	N° pazienti con dimissioni protette/ N° pazienti dimessi con età > a 65 anni	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI DIPARTIMENTI SANITARI TERRITORIALI	Si è provveduto al ribaltamento di tale sub obiettivo alle articolazioni aziendali competenti per il raggiungimento dei risultati attesi oltre che provvedere all'assegnazione dell'obiettivo connesso al raggiungimento dell'80% di erogazione di 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi a carico dei reparti eroganti
Approvvigionamento farmaci e gestione I ciclo di terapia	Ottimizzazione della gestione del I ciclo di terapia a pazienti dimessi sia in DH che in ricovero ordinario	Migliorare la gestione del I ciclo di terapia	N° prestazioni I ciclo/ N dimessi sia in DH che in regime ordinario >= 0,8	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI DIPARTIMENTI SANITARI TERRITORIALI	



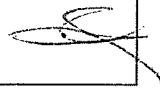
Potenziamento della dispensazione in modalità "primo ciclo terapeutico" a non meno del 35% dei dimessi(esclusi alcuni reparti) alla data del 31.12.2024 con utilizzo della modulistica aziendale e costante monitoraggio della prescrizione "primo ciclo terapeutico" delle aree chirurgiche e aree mediche alla dimissione.		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	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI DIPARTIMENTI SANITARI TERRITORIALI	
--	--	---	-----------	---	--

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

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	VALORE ATTESO	INDICATORI PER L'ANNO 2024	Grado di raggiungimento obiettivo nell'ambito delle attività di verifica del CdG	AREA OPERATIVA DI RIFERIMENTO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO O E NOTE
Scheda Indicatore H04Z: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Valutare la bontà dell'organizzazione e della rete ospedaliera, misurandone la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato.	1	n° dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza 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 inappropriatezza in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato".	RAGGIUNTO	AREA OSPEDALIERA	sono stati assegnati e ribaltati tali obiettivi nel sistema di performance 2024 a tutte le UU.OO. di degenza e cura ospedaliera. Il Controllo di Gestione si è dotato di un sistema di misurazione aziendale con appositi report che restituiscono il dato alle articolazioni aziendali per il monitoraggio continuo del dato.



<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>PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p>	<p>DIPARTIMENTO OSPEDALIERO CHIRURGIA</p>	<p>. Il Controllo di Gestione si è dotato di un sistema di misurazione aziendale con appositi report che restituiscono il dato alla Breast Unit per il monitoraggio continuo del dato.</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>1</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>	<p>RAGGIUNTO</p>	<p>DIPARTIMENTO OSPEDIALIERO CHIRURGIA</p>	<p>sono stati assegnati e ribaltati tali obiettivi nel sistema di performance 2024 a tutte le UU.OO. di degenza e cura ospedaliera. Il Controllo di Gestione si è dotato di un sistema di misurazione aziendale con appositi report che restituiscono il dato alle articolarzioni aziendali per il monitoraggio continuo del dato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza per cui è in corso un massiccio evento formativo aziendale sulle ICA.</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 L'ANNO 2024	Grado di raggiungimento obiettivo nell'ambito delle attività di verifica del CdG	AREA OPERATIVA DI RIFERIMENTO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO O E NOTE
Scheda Indicatore P12Z-COPERTURA DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' DI CONTROLLO PER LA CONTAMINAZIONE DEGLI ALIMENTI	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.	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	%= (% 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)	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	sono stati assegnati e ribaltati tali obiettivi nel sistema di performance 2024 a tutte le UU.OO. del Dipartimento di Prevenzione, ciascuno per le attività di pertinenza che hanno posto in essere le attività per il pieno raggiungimento degli indicatori prefissati dal sistema NSG

<p>Scheda Indicatore P13Z - COPERTURA DELLE PRINCIPALI ATTIVITÀ DI CONTROLLO UFFICIALE PER LA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE FASI DELLA TRASFORMAZIO NE, DISTRIBUZIONE, SOMMINISTRAZI ONE DEGLI</p>		<p>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>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>>90% 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.</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</p>	<p>RAGGIUNTO</p>	<p>DIPARTIMENTO PREVENZIONE</p>	

ALIMENTI.			trattati con radiazioni ionizzanti x 0,1) + (% di controlli ufficiali mediante audit svolti in stabilimenti riconosciuti per la produzione di alimenti x 0,4)		
Scheda Indicatore P14C PREVENZIONE E PROMOZIONE DI STILI DI VITA SALUTARI	<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>N. di soggetti che presentano un punteggio* >=2 / residenti di età compresa tra 18/69 anni * il punteggio è inteso come la somma dei punteggi relativi a 4 indicatori:</p> <p>A- INDICATORE FUMO: 0= mai fumato o ex fumatore; 1= fumatore moderato (< 20 sigarette); 2= fumatore forte (>= 20 sigarette)</p> <p>B- INDICATORE ECCESSO PONDERALE: 0 = Normopeso + sottopeso (BMI < 25 kg/m²; 1 = Sovrappeso (BMI: [25.0-29.9] kg/m²); 2 = Obeso (BMI ≥ 30 kg/m²)</p> <p>C - INDICATORE_ALCOL: 0 = Astemio + consumo moderato; 1 = Consumo a rischio (consumo abituale eccedentario, binge</p>	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	

<p>drinking, fuori pasto) D - INDICATORE_SEDENT ARIETA: 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>RAGGIUNTO</p>	<p>DIPARTIMENTO PREVENZIONE</p>	
<p>Scheda Indicatore P01C Copertura vaccinale nei bambini fino a 24 mesi per ciclo base: polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib;</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/co</p>	<p>>95%</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>			

Scheda Indicatore P02C Copertura vaccinale nei bambini fino a 24 mesi per la 1 ^a dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	ntrollo in relazione ai risultati attesi delle vaccinazioni per le diverse malattie		b) N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la prima dose/ n. dei soggetti della rispettiva corte di nascita	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO PREVENZIONE
Scheda Indicatore P10Z-COPERTURA DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' DI CONTROLLO DELLE ANAGRAFICHE:	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;	>90% 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.	% = (% 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)	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO VETERINARIO

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:	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>Il valore a cui tendere è $\geq 100\%$</p> <p>Sotto il 70% il livello di copertura è gravemente insufficiente</p>	<p>$\% = (\% \text{ copertura BRC } \times 0,2) + (\% \text{ copertura TBC } \times 0,2) + (\% \text{ test BSE su bovini morti } \times 0,2) + (\% \text{ test TSE su ovini morti } \times 0,1) + (\% \text{ test TSE su caprini morti } \times 0,1) + (\% \text{ di campioni per la ricerca di salmonella negli animali } \times 0,2)$</p> <p>Nel caso di assenza di un parametro da controllare si ridistribuisce il relativo peso sui restanti addendi della somma.</p>	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO VETERINARIO
---	---	---	---	-----------	--------------------------

<p>Scheda Indicatore P11Z-COPERTURA DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' DI CONTROLLO DEL BENESSERE DEGLI ANIMALI DESTINATI ALLA PRODUZIONE DI ALIMENTI:</p>	<p>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.</p>	<p>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</p>	<p>% = (% 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)</p>	<p>RAGGIUNTO</p>	<p>DIPARTIMENTO VETERINARIO</p>
--	--	--	---	------------------	---------------------------------

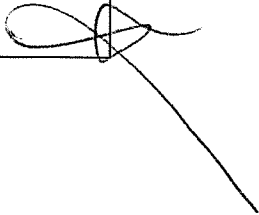
[Handwritten signature]

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

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	VALORE ATTESO	INDICATORI PER L'ANNO 2024	Grado di raggiungimento obiettivo nell'ambito delle attività di verifica del CdG	AREA OPERATIVA DI RIFERIMENTO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO O NOTE
Scheda indicatore D03C: Tasso di ospedalizzazione e standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco:	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.	. soglie di ricovero secondo indicatori regionali e nazionali da NSG	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	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE	sono stati assegnati e ribaltati tali obiettivi nel sistema di performance 2024 a tutti i DD.SS.BB, ciascuno per le attività di pertinenza che hanno posto in essere le attività per il pieno raggiungimento degli indicatori prefissati dal sistema NSG dedicato all'area territoriale per la gestione delle cronicità. talri

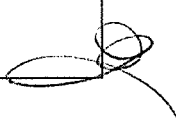
Scheda indicatore D04C: Ridurre la frequenza del ricovero ordinario per affrontare l'asma pediatrico e la gastroenterite pediatrica	Ridurre la frequenza del ricovero ordinario per affrontare l'asma pediatrico e la gastroenterite pediatrica	soglie di ricovero secondo indicatori regionali e nazionali da NSG	Incontri di sensibilizzazione e verifica sulle attività procedurali poste in essere dai pediatri	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE	obiettivi nel corso dell'anno 2025 con l'apertura delle case di comunità dedicate alle cronicità subiranno un notevole miglioramento nelle performance erogative
Schede indicatore D22Z: Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3);	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)	soglie di reclutamento secondo indicatori regionali	Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 1 Denominatore: Popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000)	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE	

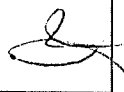
	soglie di reclutamento secondo indicatori regionali	<p>Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 2</p> <p>Denominatore: Popolazione residente</p> <p>Fattore di scala: (x 1.000)</p>	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE	
	soglie di reclutamento secondo indicatori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




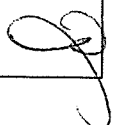
ALTRI OBIETTIVI: - MONITORAGGIO DEI COSTI E RISPETTO TETTI DI SPESA - PNRR -

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	VALORE ATTESO	INDICATORI PER L'ANNO 2024	Grado di raggiungimento obiettivo nell'ambito delle attività di verifica del CdG	AREA OPERATIVA DI RIFERIMENTO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO O E NOTE
Osservanza delle politiche nazionali e regionali di contenimento della spesa.	Acquisto beni e servizi nel rispetto della normativa vigente, di cui al codice dei contratti pubblici.	100%	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 e quantitativamente coerenti allo specifico fabbisogno e comunque nel rispetto della normativa vigente nazionale e regionale.	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO/PROVVEDITORATO	annualmente il servizio di riferimento viene monitorato in ordine all'osservanza dell'obiettivo dando corso ai vari approvvigionamenti in ossequio a quanto previsto dalla normativa vigente in materia anche in merito all'utilizzo della piattaforma consip

	<p>Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio</p>		<p>verifiche trimestrali</p>	<p>RAGGIUNTO</p>		<p>in corso di verifica ed acquisizione dell'attestazione del raggiungimento dell'equilibrio di bilancio per l'anno 2024</p>
	<p>Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione</p>	<p>attività inerenti al raggiungimento degli obiettivi</p>	<p>RAGGIUNTO</p>	<p>DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO</p>		<p>Si è provveduto alla approvazione ed adozione aggiornamento del piano integrato di attività ed organizzazione (PIAO) 2024-2026 sezione prevenzione della corruzione e della trasparenza amministrativa pubblicato il 29 gennaio 2024 dal settore Resp-anticorruzione Ultima modifica: 29 gennaio 2024</p>

	<p>Osservanza degli obblighi in materia di Flussi Informativi con particolare riferimento:</p>		<p>monitoraggio dei flussi</p>	<p>RAGGIUNTO</p>	<p>li. Nel corso dell'anno 2024 si è proceduto a perfezionare l'attività di monitoraggio dei flussi prodotti con particolare riguardo alla completezza, qualità e coerenza dei dati con altre fonti informative. Per l'anno 2024 sono stati regolarmente rispettati i tempi di trasmissione, la percentuale degli scarti per i flussi di nuova istituzione e per quelli dell'ex art.79 (CRIL, Beni e Servizi, Personale Dipendente e Convenzionato) non ha superato 1%. Tutti i flussi informativi, trasmessi e certificati ai sensi della Circolare Assessoriale N.217 del 07.01.2015, risultano corretti dal punto di vista logico-formale e regolarmente</p>
				<p>CONTROLLO DI GESTIONE</p>	

	<p>Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR):</p>	<p>100%</p>	<p>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 Soggetto Attuatore, in relazione al monitoraggio sull'avanzamento procedurale e finanziario degli interventi</p>	<p>RAGGIUNTO</p>	<p>DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO - DIP CURE PRIMARIE</p>	<p>Gli investimenti PNRR M6 di cui questa ASP è delegata e per i quali i target sono stati previsti per il 2024, sono stati raggiunti come di seguito rappresentato:</p>	<p>cifrati con i sistemi regionali di verifica (FlowLook).</p>
---	---	-------------	--	------------------	--	--	--

	<p>Rispettp DL 34</p>		<p>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>RAGGIUNTO</p>	<p>DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO</p>	<p>Il D.A. n. 614/2020, nel dare attuazione al D.L. 34/2020, ha approvato le tabelle redatte secondo apposito format predisposto dal Ministero della Salute, inerenti il piano di riorganizzazione dei posti letto e il piano dei costi degli interventi da realizzare - trasfuso successivamente nel D.A. 1014 del 06/10/2021 - prevedendo, complessivamente , per l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, la realizzazione di n. 38 posti letto di Terapia Intensiva e di n. 30 posti letto di Terapia Sub-Intensiva</p>
---	-----------------------	--	---	------------------	------------------------------------	--

ALTRI OBIETTIVI: CONTRIBUTO ALLA ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	VALORE ATTESO	INDICATORI PER L'ANNO 2024	Grado di raggiungimento obiettivo nell'ambito delle attività di verifica del CdG	AREA OPERATIVA DI RIFERIMENTO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO O E NOTE
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	RAGGIUNTO	TUTTE LE STRUTTURE	tale obiettivo assegnato ai Direttori dei Dipartimenti a cui afferiscono le strutture aziendali è finalizzato all'abbattimento delle ferie residue del personale. Per l'anno 2024 nell'ambito della contrattazione è stata richiesta la redazione dei piani ferie per la programmazione e pianificazione

SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILIT A'	Implementazione, funzionalità ed affidabilità delle azioni P.A.C.	Monitoraggio sull'applicazione delle procedure P.A.C.	100%	RAGGIUNTO	INTERNAL AUDIT	Le attività PAC finalizzate alla certificabilità del bilancio sono state espletate in coerenza con le richieste del Settore Assessoriale di riferimento.
Osservanza delle disposizioni impartite dalla regione in materia di libera professione intramuraria	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	a) Mantenimento/ incremento delle prestazione rese in regime istituzionale; b) Osservanza e rispetto dei volumi di ALPI previsti dalla normativa vigente	a) MONITORAGGIO ANNUALE DEI RAPPORTI E DEI VOLUMI DI ATTIVITA' b) Osservanza e rispetto dei volumi di ALPI rapporto 1/1 ALPI	RAGGIUNTO	AREA STAFF DIREZIONE GENERALE	Messo a punto un continuo monitoraggio di tutte le prestazioni del PNGLA in regime istituzionale , libera professione (ALPI)0

<p>Registrazione in contabilità generale delle fatture passive entro 25 giorni dall'accettazione = 100% obiettivo raggiunto</p> <p>Mandati di pagamento entro 10 giorni dalla data di liquidazione = obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>Registrazione in contabilità generale delle fatture passive entro 30 giorni dall'accettazione = 75% obiettivo raggiunto</p> <p>Mandati di pagamento entro 15 giorni dalla data di liquidazione = obiettivo raggiunto al 75%</p>	<p>RAGGIUNTO</p>	<p>DIPARTIMENTI SANITARI TERRITORIALI - UU.OO.CC. AMINISTRATIVE OSPEDALIRE - DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI TERRITORIALE</p>
---	------------------	---

Il Responsabile della Struttura Tecnica Permanente
per la Misurazione della Performance

Dott. Alfonso Scichilone



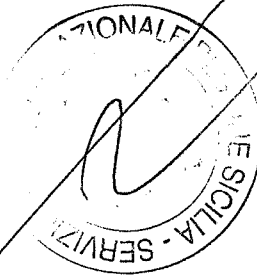
Il Direttore U.O.C. Controllo di Gestione e

Sistemi Informativi Statistici Aziendali

Dott. Filadelfo Adriano Cracò







PUBBLICAZIONE

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

L'Incaricato

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

Notificata al Collegio Sindacale il _____ con nota prot. n. _____

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

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

SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

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

come da allegato.

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

DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

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

✕ Immediatamente esecutiva dal 19 GIU 2025

Agrigento, li 19 GIU 2025

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

S. Terrasi

REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

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

Agrigento, li _____

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