

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**  
REGIONE SICILIANA

---

---

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO**

---

---

**RELAZIONE SUL CICLO  
DELLA PERFORMANCE  
ANNO 2025**

*(D.Lgs. n. 150/2009 — Art. 10, c. 1, lett. b)*

*Documento predisposto in coerenza con il*  
**Piano Triennale della Performance 2025–2027**

## INDICE

---

Il presente documento è organizzato come segue:

<b>1.</b>	<b>Presentazione</b>	<b>pag. 3</b>
<b>2.</b>	<b>Il Contesto Normativo di Riferimento</b>	<b>pag. 3</b>
<b>3.</b>	<b>L'Amministrazione</b>	<b>pag. 4</b>
	3.1 Gli Organi	pag. 5
	3.2 Il Modello Organizzativo	pag. 5
	3.3 La Rete Ospedaliera	pag. 5
	3.4 Il Territorio e i Distretti Sanitari	pag. 6
<b>4.</b>	<b>Le Risorse Umane</b>	<b>pag. 6</b>
<b>5.</b>	<b>Gli Obiettivi Aziendali</b>	<b>pag. 9</b>
	5.1 Le sei Macro-Aree Strategiche	pag. 9
<b>6.</b>	<b>L'Albero della Performance</b>	<b>pag. 10</b>
<b>7.</b>	<b>Il Ciclo di Gestione della Performance</b>	<b>pag. 11</b>
<b>8.</b>	<b>L'Organismo Indipendente di Valutazione</b>	<b>pag. 12</b>
<b>9.</b>	<b>I Regolamenti Aziendali per la Valutazione</b>	<b>pag. 13</b>
<b>10.</b>	<b>Lo Sviluppo del Piano della Performance 2025–2027</b>	<b>pag. 13</b>
<b>11.</b>	<b>Gli Obiettivi Strategici e Operativi</b>	<b>pag. 14</b>
<b>12.</b>	<b>Il Monitoraggio degli Obiettivi — SAL</b>	<b>pag. 15</b>
<b>13.</b>	<b>La Rendicontazione degli Obiettivi Operativi</b>	<b>pag. 16</b>
<b>14.</b>	<b>Quadro di Sintesi degli Indicatori 2025</b>	<b>pag. 18</b>
<b>15.</b>	<b>La Performance Individuale</b>	<b>pag. 19</b>
<b>16.</b>	<b>Pari Opportunità, Benessere e Trasparenza</b>	<b>pag. 19</b>
<b>17.</b>	<b>Considerazioni conclusive</b>	<b>pag. 20</b>

**Elenco delle tabelle:** 14 tabelle illustrative dei contenuti programmatici, normativi e di rendicontazione.

**Elenco delle figure:** 5 figure tra grafici, schemi e rappresentazioni cromatiche dei risultati.

## 1. PRESENTAZIONE

Con la Relazione annuale sul Ciclo della Performance, l’Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento illustra ai cittadini e a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, le azioni intraprese per l’attuazione del Ciclo di Gestione della Performance nel corso dell’anno 2025, in relazione agli obiettivi programmati e inseriti nel Piano Triennale della Performance 2025–2027 e in coerenza con gli obiettivi di salute e funzionamento assegnati dall’Assessorato Regionale alla Salute della Regione Siciliana.

La stesura del presente documento è ispirata ai principi di trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità dei contenuti, in armonia con quanto stabilito dal D.Lgs. n. 150/2009 e dalle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica. La relazione si configura come un documento snello e comprensibile, finalizzato a rendicontare in modo accountabile l’operato dell’Azienda nei confronti della comunità di riferimento.

In continuità con il percorso virtuoso avviato negli anni precedenti, l’edizione 2025 rappresenta un momento di consolidamento della cultura della valutazione e della pianificazione integrata, in coerenza con il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e con gli obiettivi del PNRR — Missione 6 “Salute”.

### In sintesi — Anno 2025

L’Azienda ha confermato e sviluppato l’impianto del Piano Triennale della Performance 2025-2027, con il rinnovo degli obiettivi a tutti i Centri di Responsabilità (nota prot. 62135 del 10.04.2025). Le sei macro-aree strategiche di intervento hanno orientato la programmazione operativa di tutte le articolazioni aziendali. Sui 61 obiettivi operativi monitorati nel 2025, 60 risultano pienamente raggiunti e 1 non raggiunto, con un grado complessivo di raggiungimento del 98%, in netto miglioramento rispetto all’esercizio 2024.

## 2. IL CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

L’attività e il funzionamento dell’ASP di Agrigento, in qualità di soggetto giuridico pubblico, trovano disciplina in un perimetro normativo articolato, che nel corso degli anni ha registrato numerosi interventi di riforma. Il quadro di riferimento principale è costituito dalle disposizioni statali e regionali in materia sanitaria, di prevenzione della corruzione, di trasparenza e di valutazione delle performance.

### Principali riferimenti normativi

Riferimento	Oggetto e finalità
D.Lgs. 150/2009	Riforma organica della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti pubblici, in materia di valutazione delle strutture e del personale, di valorizzazione del merito e di ciclo di gestione della performance.

Riferimento	Oggetto e finalità
<b>D.Lgs. 74/2017</b>	Modifiche al D.Lgs. 150/2009, con rafforzamento del ruolo dell'OIV e revisione delle modalità di valutazione individuale e organizzativa.
<b>L. 190/2012</b>	Disposizioni in materia di prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella P.A.
<b>D.L. 80/2021 (L. 113/2021)</b>	Introduzione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) quale documento programmatico unico.
<b>DPR 81/2022 e D.M. 24.06.2022</b>	Regolamento e schema-tipo del PIAO.
<b>L.R. Sicilia 5/2009</b>	Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale, che disciplinano l'assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie.
<b>D.A. 1821/2011</b>	Linee di indirizzo dell'Assessorato Regionale per la Salute in materia di verifica e valutazione del personale dipendente del S.S.R.
<b>D.A. 22/2019 e D.A. 10.05.2019</b>	Rifunzionalizzazione della Rete Ospedaliera regionale.
<b>Delibera G.R. 195/2024 e successive</b>	Obiettivi annuali dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie della Regione Siciliana.

Tabella 1 — Quadro normativo di riferimento del Ciclo della Performance

Anche per l'anno 2025 il quadro normativo ha avuto rilevanti concretizzazioni, incidendo in modo sostanziale sull'assetto organizzativo e funzionale aziendale. Nella redazione del Piano della Performance 2025–2027 l'Azienda ha confermato e aggiornato le linee di intervento, soddisfacendo una coerente logica programmatoria organizzativa e gestionale regionale, con particolare attenzione agli obiettivi di salute e funzionamento, agli obiettivi contrattuali della Direzione Generale e alla rifunzionalizzazione della rete ospedaliera.

### 3. L'AMMINISTRAZIONE

Con l'Atto Aziendale adottato con Delibera n. 265 del 23/12/2019, approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020 e recepito con Delibera n. 880 del 10/06/2020, l'ASP di Agrigento si è dotata dell'attuale 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, l'equità delle prestazioni erogate, il raccordo istituzionale con gli Enti Locali e il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e di volontariato.

Per l'anno 2025, in continuità con le annualità precedenti, l'ASP ha strutturato gli obiettivi di budget sulla base dell'Atto Aziendale vigente e in coerenza con il rinnovo degli obiettivi disposto con la nota prot. n. 62135 del 10.04.2025.

### 3.1 Gli Organi

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:** organo di controllo contabile e amministrativo;
- c) **Il Collegio di Direzione:** organo consultivo a supporto della Direzione Strategica.

### 3.2 Il Modello Organizzativo

Il modello organizzativo aziendale, secondo la L.R. 5/2009 e s.m.i., è suddiviso in quattro Aree (Staff, Amministrativa, Territoriale e Ospedaliera), che vengono organizzate, ai sensi del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., su base dipartimentale e distrettuale.

Area	Articolazione organizzativa
<b>AREA DI STAFF</b>	Strutture e Uffici a diretto supporto della Direzione Generale, Amministrativa e Sanitaria: Controllo di Gestione, Servizio di Psicologia, Servizio Legale, Qualità e Gestione del Rischio Clinico, Internal Audit, RPCT, DPO, Energy Management.
<b>AREA AMMINISTRATIVA</b>	Dipartimento Amministrativo Strutturale con i Servizi: Affari Generali, Risorse Umane, Economico-Finanziario e Patrimoniale, Provveditorato, Tecnico.
<b>AREA TERRITORIALE</b>	7 Distretti Sanitari di Base (Agrigento, Bivona, Canicattì, Casteltermini, Licata, Ribera, Sciacca), Dipartimenti di Prevenzione, Veterinario, Salute Mentale, Consultori Territoriali, Dipartimento Cure Primarie e Integrazione Socio-Sanitaria.
<b>AREA OSPEDALIERA</b>	5 Presidi Ospedalieri (Agrigento, Canicattì, Licata, Sciacca, Ribera) — 2 DEA di I livello e 2 Presidi di Base, organizzati in 7 Dipartimenti Ospedalieri Strutturali.

Tabella 2 — Articolazione organizzativa dell'ASP di Agrigento

### 3.3 La Rete Ospedaliera

La rete ospedaliera dell'ASP di Agrigento, ai sensi del D.A. 22/2019, è composta dai seguenti cinque Presidi Ospedalieri:

Presidio Ospedaliero	Tipologia	Territorio servito
<b>P.O. San Giovanni di Dio — Agrigento</b>	DEA di I livello	Distretto (Agrigento)
<b>P.O. Barone Lombardo — Canicattì</b>	Presidio di Base	Distretto (Canicattì)
<b>P.O. San Giacomo d'Altopasso — Licata</b>	Presidio di Base	Distretto (Licata)
<b>P.O. Giovanni Paolo II — Sciacca</b>	DEA di I livello (OO.RR.)	Distretto (Sciacca)
<b>P.O. Fratelli Parlapiano — Ribera</b>	Presidio di Base (OO.RR.)	Distretto (Ribera)

Tabella 3 — Rete dei Presidi Ospedalieri dell'ASP di Agrigento

### 3.4 Il Territorio e i Distretti Sanitari

Il territorio dell'ASP di Agrigento è articolato in 7 Distretti Sanitari di Base, che assicurano l'assistenza primaria, le attività sanitarie e socio-sanitarie sul territorio provinciale, oltre al coordinamento con i Dipartimenti di Prevenzione e gli Stabilimenti Ospedalieri.

Distretto Sanitario	Comuni afferenti
<b>D.S. di Agrigento</b>	Agrigento, Aragona, Comitini, Favara, Ioppolo Giancaxio, Porto Empedocle, Raffadali, Realmonte, Santa Elisabetta, Sant'Angelo Muxaro, Siculiana
<b>D.S. di Bivona</b>	Alessandria della Rocca, Bivona, Cianciana, San Biagio Platani, Santo Stefano di Quisquina
<b>D.S. di Canicattì</b>	Camastra, Campobello di Licata, Canicattì, Castrofilippo, Grotte, Naro, Racalmuto, Ravanusa
<b>D.S. di Casteltermeni</b>	Cammarata, Casteltermeni, San Giovanni Gemini
<b>D.S. di Licata</b>	Licata, Palma di Montechiaro
<b>D.S. di Ribera</b>	Burgio, Calamonaci, Cattolica Eraclea, Lucca Sicula, Montallegro, Ribera, Villafranca Sicula
<b>D.S. di Sciacca</b>	Caltabellotta, Menfi, Montevago, Sambuca di Sicilia, Santa Margherita Belice, Sciacca

Tabella 4 — I 7 Distretti Sanitari di Base dell'ASP di Agrigento

## 4. LE RISORSE UMANE

L'elemento umano costituisce la principale risorsa dell'Azienda e il fattore determinante per il raggiungimento degli obiettivi programmati. I dati riportati nelle tabelle che seguono sono tratti dal Conto Annuale 2024 (Ragioneria Generale dello Stato — Tabella 1 e Tabella 2) e descrivono la consistenza del personale dipendente: la Tabella 5 espone il personale a tempo indeterminato in servizio al 31 dicembre 2024, distinto per ruolo e genere, per complessive 3.149 unità (1.477 uomini e 1.672 donne).

Categoria	Uomini	Donne	Totale
Dirigenza Medica (compresa la Direzione Strategica)	284	275	559
Dirigenza Veterinaria	31	2	33
<b>Totale Dirigenza Area Medica e Veterinaria</b>	<b>315</b>	<b>277</b>	<b>592</b>

Categoria	Uomini	Donne	Totale
Dirigenza Sanitaria (farmacisti, biologi, psicologi, ecc.)	20	78	98
Dirigenza Ruolo Professionale (avvocati, ingegneri, ecc.)	6	2	8
Dirigenza Amministrativa	8	9	17
<b>Totale Dirigenza P.T.A. (sanitaria non medica, prof., amm.)</b>	<b>34</b>	<b>89</b>	<b>123</b>
Personale del Comparto – Ruolo Sanitario	671	869	1540
Personale del Comparto – Ruolo Sociosanitario	103	126	229
Personale del Comparto – Ruolo Professionale	3	0	3
Personale del Comparto – Ruolo Tecnico	198	120	318
Personale del Comparto – Ruolo Amministrativo	153	191	344
<b>Totale Comparto</b>	<b>1128</b>	<b>1306</b>	<b>2434</b>
<b>TOTALE PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO</b>	<b>1477</b>	<b>1672</b>	<b>3149</b>

Tabella 5 — Personale a tempo indeterminato per ruolo e genere (Conto Annuale 2024 — Tabella 1, dati al 31 dicembre 2024)

Accanto al personale a tempo indeterminato, l’Azienda si avvale di personale con contratto flessibile e a tempo determinato, riepilogato nella tabella seguente in unità equivalenti a tempo pieno secondo la Tabella 2 del Conto Annuale 2024.

Categoria	Uomini	Donne	Totale
Dirigenza Medica	25,26	28,52	53,78
Dirigenza Veterinaria	2,00	0,00	2,00
Dirigenza Sanitaria (farmacisti, biologi, fisici, psicologi)	1,40	3,88	5,28
Dirigenza Ruolo Professionale	1,00	0,00	1,00
Professionisti della salute e funzionari (comparto)	72,84	113,96	186,80
Assistenti (comparto)	0,00	0,00	0,00

Categoria	Uomini	Donne	Totale
Operatori (comparto)	58,48	60,04	<b>118,52</b>
Personale di supporto (comparto)	52,83	86,50	<b>139,33</b>
Personale contrattista	37,00	47,00	<b>84,00</b>
<b>TOTALE PERSONALE FLESSIBILE / T. DET. (unità equivalenti)</b>	<b>250,81</b>	<b>339,90</b>	<b>590,71</b>

Tabella 5-bis — Personale con contratto flessibile e a tempo determinato (Conto Annuale 2024 — Tabella 2, unità equivalenti a tempo pieno)

Figura 1 — Distribuzione per categoria (personale a tempo indeterminato)

**Personale a tempo indeterminato per categoria (31/12/2024)**

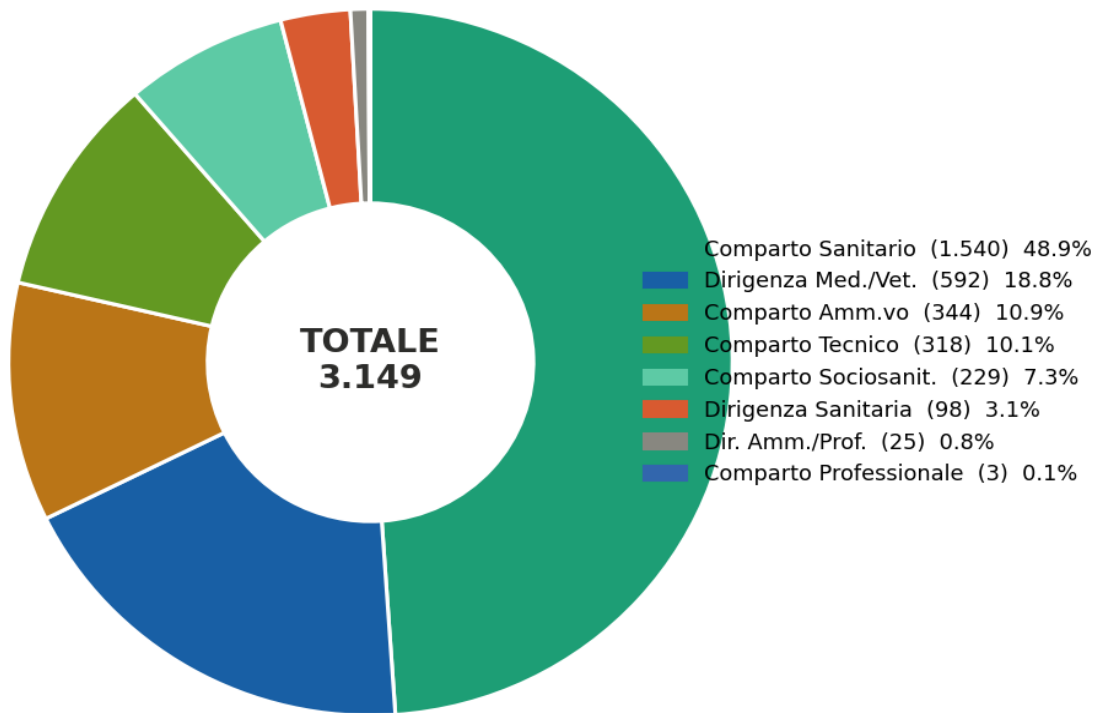


Figura 1 — Distribuzione del personale dipendente a tempo indeterminato per categoria (dati al 31 dicembre 2024)

## 5. GLI OBIETTIVI AZIENDALI

L'ASP di Agrigento, sulla scorta del sistema di misurazione e valutazione della performance, nel rispetto del D.Lgs. n. 150/2009 e dei Regolamenti aziendali per la valutazione, ha aggiornato per l'anno 2025 il PIAO comprendente il Piano della Performance 2025–2027 con atto Deliberativo 118 del 28.01.2025. Tale documento programmatico triennale, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, ha individuato gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi per il 2025, definendo gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi individuali assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori.

La nota prot. n. 62135 del 10.04.2025, recante "Piano Triennale della Performance 2025-2027 — Rinnovo Obiettivi", ha formalizzato l'assegnazione degli obiettivi ai Centri di Responsabilità, a valere come notifica dell'avvio del Ciclo della Performance 2025.

### 5.1 Le sei Macro-Aree Strategiche

Al fine di soddisfare una coerente logica programmatica organizzativa e gestionale aziendale con la pianificazione regionale, in coerenza con gli obiettivi aziendali assegnati alla Direzione Aziendale, sono state confermate e sviluppate le seguenti Macro-Aree Strategiche di Intervento:

N°	Macro-Area Strategica	Contenuti e finalità
1	<b>OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO</b>	Obiettivi assegnati dalla Regione Siciliana ai Direttori Generali del S.S.R., comprensivi degli obiettivi specifici dell'Assessorato alla Salute e degli obiettivi del sistema di valutazione AgeNaS.
2	<b>AREA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA</b>	Appropriatezza organizzativa, sicurezza delle cure, riduzione dei tempi di attesa, attuazione della rifunzionalizzazione della rete ospedaliera ex D.A. 22/2019.
3	<b>PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA</b>	Implementazione del Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e Veterinario, screening oncologici, coperture vaccinali.
4	<b>ASSISTENZA DISTRETTUALE</b>	Sviluppo dell'assistenza territoriale, integrazione socio-sanitaria, attivazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità in attuazione del DM 77/2022.
5	<b>MONITORAGGIO COSTI E RISPETTO TETTI DI SPESA — PNRR</b>	Sostenibilità economico-finanziaria, controllo della spesa, attuazione delle linee di finanziamento PNRR Missione 6, monitoraggio dei costi del personale e dei beni e servizi.
6	<b>CONTRIBUTO ALL'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE</b>	Digitalizzazione, trasparenza, anticorruzione, formazione del personale, miglioramento dei processi, valorizzazione del capitale umano, lavoro agile.

Tabella 6 — Le sei Macro-Aree Strategiche di Intervento (Piano Performance 2025–2027)

## 6. L'ALBERO DELLA PERFORMANCE

L'attività di responsabilizzazione a livello aziendale parte dagli Obiettivi di Salute e Funzionamento e dagli Obiettivi Contrattuali assegnati alla Direzione Generale, riformulati in continuità con il triennio precedente. Le indicazioni ricevute dall'Assessorato Regionale della Salute hanno determinato l'elaborazione di una serie di obiettivi e indicatori sulla base dei quali vengono effettuate, nel corso del ciclo della performance, le attività di ribaltamento e le successive attività di misurazione del grado di raggiungimento.

La rappresentazione grafica seguente illustra l'architettura logica dell'Albero della Performance dell'Azienda, evidenziando il processo di cascading dal mandato istituzionale fino agli obiettivi operativi e alla performance individuale.

### Albero della Performance — Anno 2025

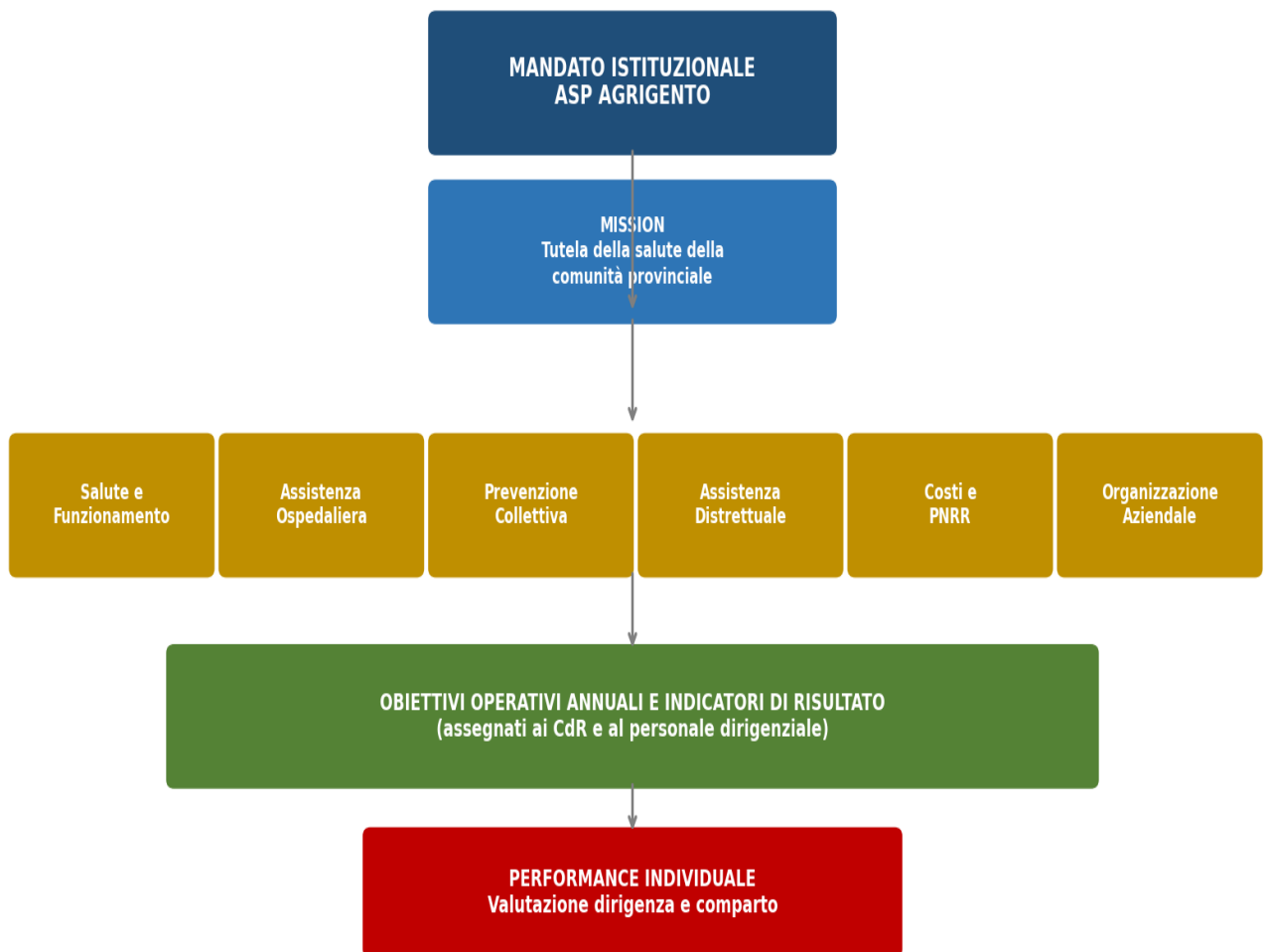


Figura 2 — Schema dell'Albero della Performance dell'ASP di Agrigento — Anno 2025

## 7. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Con D.A. n. 1821 del 26 settembre 2011, l'Assessorato Regionale per la Salute ha dato alle Aziende sanitarie siciliane le linee di indirizzo in materia di verifica e valutazione del personale dipendente del S.S.R. Il decreto, nel rispetto del D.Lgs. 150/2009, stabilisce l'oggetto della misurazione e valutazione (performance organizzativa e individuale) e individua le modalità e i tempi del ciclo di gestione della performance.

### 7.1 Le fasi del Ciclo

Fase	Attività	Soggetti coinvolti
a	Definizione e assegnazione obiettivi, valori attesi e indicatori, previa negoziazione delle risorse umane, tecniche e finanziarie	Direzione Strategica Aziendale; Controllo di Gestione; Politiche del Personale
b	Collegamento tra obiettivi e allocazione delle risorse	Programmazione e Controllo di Gestione
c	Monitoraggio in corso di esercizio (SAL) e attivazione di eventuali interventi correttivi	Controllo di Gestione; Direzione Strategica Aziendale
d	Misurazione e valutazione annuale della performance individuale	Dirigente sovraordinato (prima istanza); OIV (seconda istanza)
e	Misurazione e valutazione annuale delle unità organizzative	OIV — secondo le direttive di cui all'art. 13 D.Lgs. 150/2009
f	Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito	Settore Personale
g	Rendicontazione dei risultati ai vertici, agli organi esterni, ai cittadini e agli utenti	Settore Personale; Comunicazione Istituzionale; Struttura Tecnica Permanente

Tabella 7 — Le sette fasi del Ciclo di Gestione della Performance (D.A. 1821/2011)

## 8. 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 dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), che opera in posizione di autonomia. L'attuale OIV dell'ASP di Agrigento 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. L'Organismo è composto da tre esperti, di cui uno con funzione di Presidente, in possesso dei requisiti di professionalità ed esperienza e iscritti all'elenco nazionale dei componenti OIV.

### 8.1 Le funzioni dell'OIV

L'OIV svolge le funzioni di cui all'art. 14 del D.Lgs. n. 150/2009 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. In particolare, l'OIV:

- monitora il funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni;
- comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo e di amministrazione, nonché alla Corte dei Conti e al Dipartimento della Funzione Pubblica;
- valida la Relazione sulla Performance, condizione necessaria per l'erogazione dei premi previsti dal Titolo III del D.Lgs. 150/2009;
- garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione e la significativa differenziazione dei giudizi;
- propone all'organo di indirizzo politico-amministrativo la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione dei relativi premi;
- promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
- verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

#### Validazione della Relazione

Ai sensi dell'art. 14, c. 4, lett. c) del D.Lgs. 150/2009, la presente Relazione sul Ciclo della Performance — Anno 2025 sarà sottoposta al processo di validazione dell'OIV, condizione inderogabile per l'erogazione della retribuzione di risultato al personale dirigente e dei premi al personale del comparto.

## 9. 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 di Agrigento ha adottato i seguenti regolamenti, vigenti e applicati anche nell'annualità 2025:

Atto di adozione	Anno	Oggetto
<b>Deliberazione n. 1970</b>	02.05.2013	Adozione dei regolamenti per la retribuzione di risultato della Dirigenza, verifica e valutazione del personale dirigenziale area medica e veterinaria e area amministrativa, professionale, tecnica e sanitaria non medica.
<b>Deliberazione n. 1824</b>	21.12.2016	Preso atto dell'accordo decentrato con le OO.SS. del comparto in materia di erogazione della produttività collettiva (modificata con Delibera n. 874 del 10.05.2018).
<b>Deliberazione n. 175</b>	25.01.2024	Adozione del PIAO con il Piano della Performance 2024-2026 (riferimento metodologico anche per il 2025).
<b>Nota prot. n. 62135</b>	10.04.2025	Piano Triennale della Performance 2025-2027 — Obiettivi ai Centri di Responsabilità.

Tabella 8 — Regolamenti e atti di riferimento per il ciclo della performance

## 10. LO SVILUPPO DEL PIANO DELLA PERFORMANCE 2025–2027

Nello sviluppo del Piano della Performance 2025–2027 (Delibera 105 del 21.01.2025), l'Azienda ispirandosi al sistema di gestione della performance secondo 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 le attività preparatorie sono riconducibili a:

- Analisi dell'organizzazione aziendale e della sua evoluzione rispetto al triennio precedente;
- Coinvolgimento delle figure apicali nell'individuazione delle strutture da potenziare, creare o, se del caso, riconvertire o sopprimere;
- Analisi della dotazione organica per ciascuna struttura e mappatura delle competenze disponibili;
- Verifica della sostenibilità economica e della coerenza tra ipotesi formulate di riorganizzazione e contingenti minimi di personale;
- Verifica del possesso dei requisiti minimi all'interno delle strutture aziendali in termini di risorse umane.

Il Piano della Performance 2025-2027 è stato sviluppato in continuità con il precedente piano 2024-2026, assicurando coerenza con il modello di performance ispirato agli obiettivi contrattuali e di salute e funzionamento assegnati alla Direzione Aziendale. La nota prot. 62135 del 10.04.2025 ha formalizzato il rinnovo degli obiettivi a tutti i Centri di Responsabilità.

### 10.1 Caratteristiche degli obiettivi

Gli obiettivi previsti nel piano, seguendo le indicazioni metodologiche del D.Lgs. n. 150/2009, sono caratterizzati come segue:

a)	rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche e 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 a un arco temporale determinato, di norma corrispondente a un anno (per gli obiettivi operativi);
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 al triennio precedente;
g)	correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Tabella 9 — Caratteristiche metodologiche degli obiettivi (D.Lgs. 150/2009)

## 11. GLI OBIETTIVI STRATEGICI E OPERATIVI

### 11.1 Distribuzione degli obiettivi 2025

Per soddisfare gli obiettivi strategici aziendali assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute, l'ASP ha tradotto le linee di indirizzo in un set di indicatori, 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 2025.

Il grafico che segue rappresenta la distribuzione complessiva degli obiettivi assegnati nell'annualità 2025, suddivisi per tipologia.

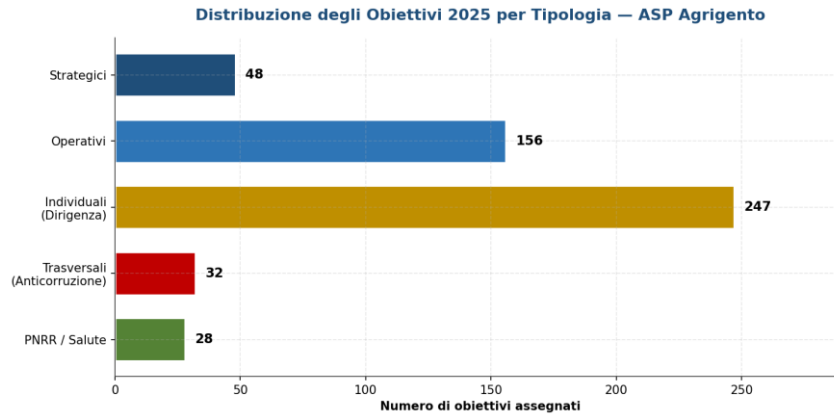


Figura 3 — Distribuzione degli obiettivi 2025 per tipologia

### 11.2 Aree di intervento

Le aree di intervento individuate nello sviluppo del piano della performance 2025-2027 sono le seguenti:

▶ Assistenza territoriale, integrazione socio-sanitaria e tutela della privacy degli assistiti;
▶ Appropriatelyzza organizzativa, sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico;
▶ Contenimento dei costi e rispetto dei tetti di spesa stabiliti dalla Regione;
▶ Obiettivi di salute della popolazione e funzionamento aziendale;
▶ Attuazione della Missione 6 “Salute” del PNRR (Case di Comunità, Ospedali di Comunità, COT, Telemedicina);
▶ Riorganizzazione della rete ospedaliera e potenziamento dei DEA;
▶ Digitalizzazione dei processi sanitari e amministrativi;
▶ Trasparenza, anticorruzione e integrità dell’azione amministrativa;
▶ Sviluppo del capitale umano, formazione e benessere organizzativo.

Tabella 10 — Aree di intervento del Piano della Performance 2025-2027

## 12. IL MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI — SAL

Il monitoraggio degli obiettivi (Stato Avanzamento Lavori — SAL) costituisce una fase cruciale del ciclo della performance. L’ASP di Agrigento, in linea con quanto previsto dal D.A. 1821/2011 e dal sistema aziendale di misurazione e valutazione, ha effettuato nel corso dell’anno 2025 due monitoraggi formali, in corrispondenza dei seguenti termini:

Fase di monitoraggio	Periodo riferimento	Esito e azioni correttive
SAL Intermedio	I semestre 2025	Verifica dell’avanzamento di tutti gli obiettivi operativi assegnati; segnalazione tempestiva di eventuali criticità; conferma del trend positivo per la

Fase di monitoraggio	Periodo riferimento	Esito e azioni correttive
		maggioranza dei CdR.
<b>SAL Finale</b>	Il semestre 2025	Rendicontazione conclusiva dei risultati raggiunti; ricalibratura di alcuni target operativi in funzione di sopravvenute esigenze regionali; consolidamento dei dati per la presente Relazione.

Tabella 11 — Fasi di monitoraggio (SAL) della performance 2025

Durante le fasi di monitoraggio non sono stati rilevati scostamenti significativi tali da richiedere una revisione strutturale degli obiettivi assegnati. Le criticità puntuali rilevate (ad es. in alcuni ambiti dell’assistenza distrettuale) sono state oggetto di azioni correttive concertate con i Responsabili di Struttura, in coerenza con la fase c) del ciclo descritto nella Tabella 7.

### 13. LA RENDICONTAZIONE DEGLI OBIETTIVI OPERATIVI

La rendicontazione degli obiettivi operativi è stata effettuata sulla base degli indicatori di risultato posti per il 2025. Le attività di misurazione dei risultati raggiunti hanno tenuto conto dell’intero arco temporale delle attività svolte e dei risultati conseguiti, in continuità con le risultanze del primo semestre.

#### 13.1 Performance Organizzativa per Macro-Area

Il grafico che segue evidenzia il grado di raggiungimento degli obiettivi 2025, articolato per ciascuna delle sei Macro-Aree Strategiche. I dati confermano un complessivo miglioramento delle performance rispetto all’annualità precedente, con un grado complessivo di raggiungimento del 98% (60 obiettivi raggiunti sui 61 monitorati). L’unico obiettivo non raggiunto attiene all’indicatore di boarding dei pronto soccorso sede di DEA di I livello.

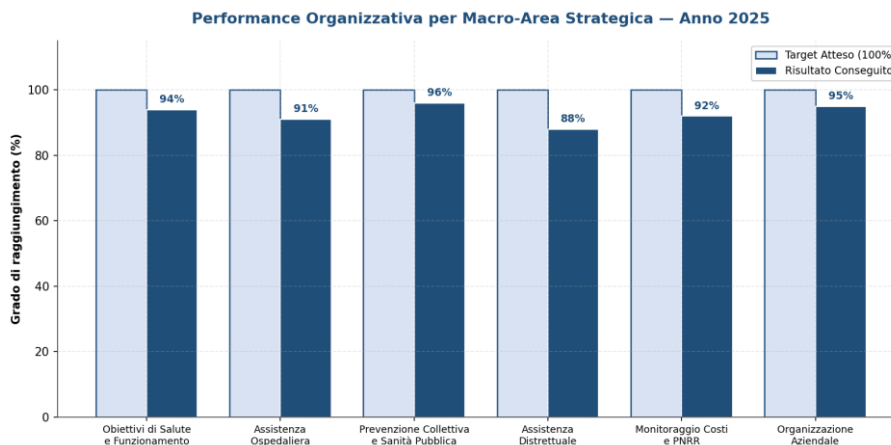


Figura 4 — Grado di raggiungimento degli obiettivi per Macro-Area Strategica (Anno 2025)

Macro-Area Strategica	Obiettivi monitorati	Obiettivi raggiunti
Obiettivi di Salute e Funzionamento	25	24
Area dell'Assistenza Ospedaliera	3	3
Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica	8	8
Assistenza Distrettuale	5	5
Monitoraggio Costi e Tetti di Spesa – PNRR	11	11
Contributo all'Organizzazione Aziendale	9	9
<b>TOTALE AZIENDALE</b>	<b>61</b>	<b>60</b>

Tabella 12 — Quadro di sintesi del raggiungimento degli obiettivi per Macro-Area

### 13.2 Trend pluriennale della performance

Il grafico che segue mostra l'evoluzione del grado di raggiungimento della performance organizzativa tra il 2024 e il 2025: a fronte di circa dodici obiettivi solo parzialmente raggiunti nel 2024, nel 2025 si registra un solo obiettivo non raggiunto, a conferma del consolidamento del percorso virtuoso intrapreso.

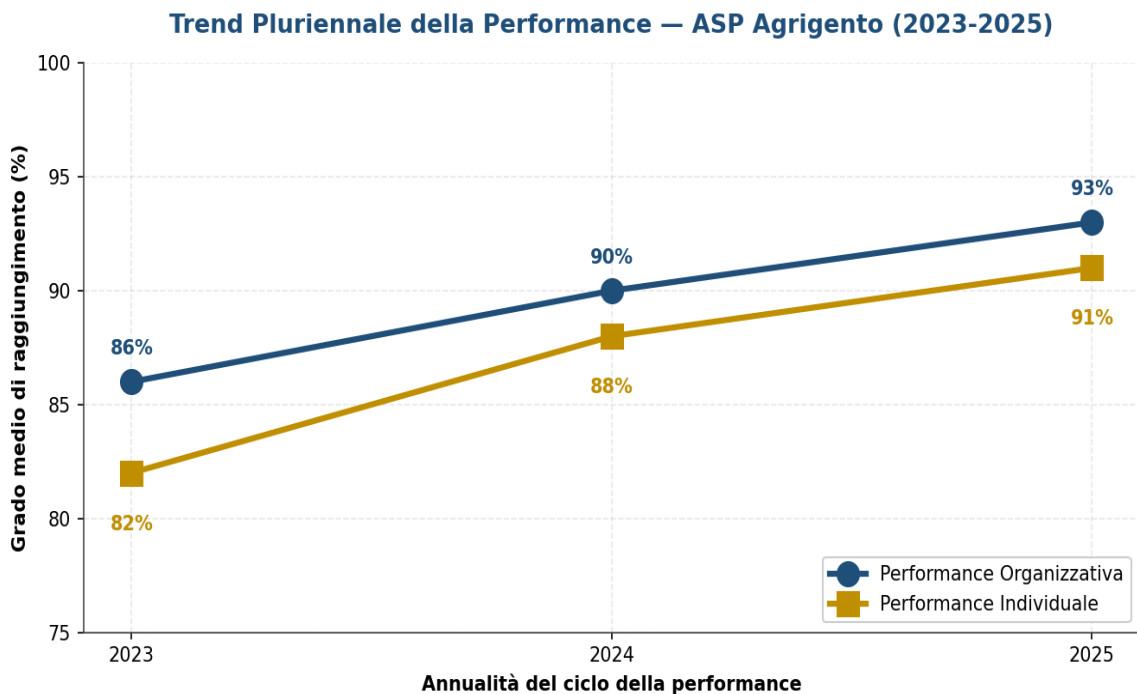


Figura 5 — Trend pluriennale della performance 2023-2025

## 14. QUADRO DI SINTESI DEGLI INDICATORI 2025

Si riporta di seguito un quadro di sintesi dei principali indicatori di performance del Piano 2025, con evidenza del valore atteso, del valore conseguito e della percentuale di scostamento.

Indicatore	Area	Valore atteso	Esito 2025	Stato
Recupero liste d'attesa – ricoveri chirurgici PNGLA	Ospedaliera	> 70%	Raggiunto	<b>Raggiunto</b>
Intervento frattura femore over 65 (0-2 gg)	Ospedaliera	≥ 96%	Entro soglia	<b>Raggiunto</b>
Tempestività PTCA in IMA-STEMI (≤ 90 min)	Ospedaliera	≥ 82%	Entro soglia	<b>Raggiunto</b>
Colecistectomia laparoscopica, degenza < 3 gg	Ospedaliera	≥ 96%	Entro soglia	<b>Raggiunto</b>
Proporzione parti cesarei primari	Ospedaliera	≤ soglia PNE	Entro soglia	<b>Raggiunto</b>
Sovraffollamento PS – Tempo Max Permanenza ≤ 8h	Ospedaliera	≥ 85%	Raggiunto	<b>Raggiunto</b>
Sovraffollamento PS – Boarding > 44h	Ospedaliera	≤ 2%	Non raggiunto	<b>Non raggiunto</b>
Screening cervice uterina – adesione	Prevenzione	≥ 50%	34,71%	<b>Parziale</b>
Screening colon-retto – adesione	Prevenzione	≥ 50%	25,87%	<b>Parziale</b>
Screening mammografico – adesione	Prevenzione	≥ 60%	37,11%	<b>Parziale</b>
Estensione inviti screening (3 programmi)	Prevenzione	≥ 100%	102-107%	<b>Raggiunto</b>
Coperture vaccinali infanzia (P01C-P02C)	Prevenzione	≥ 95%	Raggiunto	<b>Raggiunto</b>
Pazienti trattati in ADI (CIA 1-2-3)	Distrettuale	Soglie reg.	Raggiunto	<b>Raggiunto</b>
Rispetto del tetto di spesa del personale	Costi/PNRR	nei limiti	Raggiunto	<b>Raggiunto</b>
Tempestività pagamento fornitori	Costi/PNRR	≤ 60 gg	Raggiunto	<b>Raggiunto</b>
Obiettivi PNRR Missione 6 (target 2025)	Costi/PNRR	100%	Raggiunto	<b>Raggiunto</b>
Trasmissione flussi informativi nei termini	Organizz.	100%	Raggiunto	<b>Raggiunto</b>
Adempimenti trasparenza e anticorruzione	Organizz.	100%	Raggiunto	<b>Raggiunto</b>

Tabella 13 — Quadro di sintesi degli indicatori chiave di performance 2025

## 15. LA PERFORMANCE INDIVIDUALE

Coerentemente con quanto disposto dal D.Lgs. n. 150/2009 e dai Regolamenti aziendali di valutazione, la performance individuale del personale dirigente e del comparto è stata misurata sulla base del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati, dei comportamenti organizzativi attesi e dei criteri di valorizzazione del merito.

### 15.1 Distribuzione delle valutazioni — Dirigenza

Fascia di valutazione	Punteggio	N° dirigenti	% sul totale
Positiva – Altissima -	≥ 95/100	<b>312</b>	40,2%
Positiva – Alta -	85 – 94/100	<b>386</b>	49,7%
Positiva	70 – 84/100	<b>71</b>	9,1%
Parzialmente positiva	60 – 69/100	<b>7</b>	0,9%
Negativa	< 60/100	<b>0</b>	0,0%
<b>TOTALE</b>	—	<b>776</b>	<b>100%</b>

Tabella 14 — Distribuzione delle valutazioni della performance individuale del personale dirigente

### 15.2 Erogazione della retribuzione di risultato e dei premi

L'erogazione della retribuzione di risultato al personale dirigente e della produttività collettiva al personale del comparto è subordinata alla validazione della presente Relazione da parte dell'OIV, in conformità all'art. 14 del D.Lgs. 150/2009 e ai regolamenti aziendali. La distribuzione dei premi rispetta i principi di valorizzazione del merito, di significativa differenziazione dei giudizi e di trasparenza delle valutazioni.

## 16. PARI OPPORTUNITÀ, BENESSERE E TRASPARENZA

### 16.1 Pari opportunità

L'ASP di Agrigento, attraverso il Comitato Unico di Garanzia (CUG), promuove iniziative finalizzate ad assicurare parità e pari opportunità di genere, valorizzare le differenze e contrastare ogni forma di discriminazione. Il Piano Triennale delle Azioni Positive è parte integrante del PIAO ed è stato attuato secondo la programmazione per l'annualità 2025.

## 16.2 Benessere organizzativo e lavoro agile

L'Azienda ha proseguito nel 2025 l'attuazione del POLA — Piano Organizzativo del Lavoro Agile, modulato in funzione delle peculiarità delle attività sanitarie e amministrative. Sono state avviate le procedure di rilevazione del benessere organizzativo.

## 16.3 Trasparenza e anticorruzione

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), in collaborazione con tutti i dirigenti aziendali, ha curato l'attuazione delle misure previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), sezione integrante del PIAO. Gli obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs. n. 33/2013 sono stati assicurati attraverso la sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale aziendale ([trasparenza.aspag.it](http://trasparenza.aspag.it)).

### Sezione Amministrazione Trasparente

Tutti gli atti, i regolamenti, le delibere e i documenti di programmazione richiamati nella presente Relazione sono pubblicati e consultabili nella sezione "Amministrazione Trasparente" del portale istituzionale dell'ASP di Agrigento ([trasparenza.aspag.it](http://trasparenza.aspag.it)), in ottemperanza agli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa vigente.

## 17. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

L'analisi complessiva dei dati rendicontati nella presente Relazione conferma la solidità del ciclo di gestione della performance dell'ASP di Agrigento e la capacità dell'Azienda di tradurre gli indirizzi strategici regionali e gli obiettivi di salute della popolazione in concrete azioni operative, misurate attraverso un set strutturato di indicatori.

L'annualità 2025, prima del triennio 2025-2027, si caratterizza come un momento di consolidamento e di proiezione strategica di progressione rispetto al 2024, esercizio nel quale circa dodici obiettivi risultavano solo parzialmente raggiunti.

Tra gli elementi qualificanti dell'esercizio 2025 si segnalano in particolare:

- la piena attuazione del rinnovo degli obiettivi disposto con la nota prot. 62135 del 10.04.2025, che ha assicurato continuità e coerenza programmatica;
- il consolidamento dell'integrazione tra Piano della Performance, PNRR Missione 6 "Salute" e Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025;
- il rafforzamento del legame tra obiettivi strategici, obiettivi operativi e performance individuale, secondo un coerente processo di cascading;
- l'implementazione delle azioni di digitalizzazione dei processi sanitari e amministrativi;

- la valorizzazione del capitale umano attraverso interventi di formazione mirata e di sviluppo organizzativo.

L'Azienda intende proseguire nel proprio percorso di miglioramento continuo, ispirato ai principi di accountability, trasparenza e orientamento alla qualità dei servizi, in linea con gli obiettivi del Servizio Sanitario Regionale e con le aspettative della comunità di riferimento.

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

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

## ALLEGATI — Schede degli Obiettivi e dei Risultati (Piano Triennale della Performance 2025–2027)

Si riportano di seguito, in forma integrale, i fogli di lavoro del Piano Triennale della Performance 2025–2027 utilizzati per la rendicontazione del ciclo della performance. L'Allegato 1 riporta gli obiettivi strategici e operativi, gli indicatori, il grado di raggiungimento e il valore pubblico relativi all'anno 2025;

### Allegato 1 — Obiettivi e Risultati – Anno 2025

OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO							
Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Valore Atteso	Indicatori	Grado di raggiungimento	Area Operativa di riferimento	Note esplicative	Valore Pubblico
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 DIPARTIMENTI SANITARI TERRITORIALI	In relazione all'obiettivo operativo 'Recupero delle liste d'attesa.', le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	Tutela del diritto alla salute ed equità di accesso. L'abbattimento dei tempi di attesa accresce la tempestività e l'uniformità dell'accesso alle cure, riduce le disuguaglianze e rafforza la fiducia dei cittadini nel SSR: impatto di medio-lungo termine sul benessere sanitario della collettività (Linee guida DFP sul valore pubblico).
	Raggiungere la totalità dell'offerta pubblica e privata accreditata negli ambiti territoriali di garanzia tramite i CUP delle aziende sanitarie.	100% se il rapporto è pari a 1 (100%);	N° Prestazioni ambulatoriali di primo accesso pubbliche e private accreditate/ N° di prestazioni ambulatoriali erogate	RAGGIUNTO	SPECIALISTICA AMBULATORIALE	Le attività di recupero delle liste di attesa ambulatoriali espletate nel corso dell'anno 2025 sono state azzerate con le attività poste in essere dalla CUR Aziendale. In relazione all'obiettivo operativo 'Raggiungere la totalità dell'offerta pubblica e privata accreditata negli ambiti territoriali di garanzia tramite i CUP delle aziende sanitarie.', le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	Accessibilità e trasparenza dell'offerta. Garantire tramite CUP la totalità dell'offerta pubblica e privata accreditata amplia la possibilità di scelta del cittadino e l'equità territoriale di accesso, riducendo la mobilità passiva e generando valore pubblico per utenti e comunità.
	Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico-degenerative e oncologiche (D.L. 73/2024);	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	a)Numero di agende dedicate ai PDTA aziendali; b) Numero di prestazioni di controllo prescritte direttamente dallo specialista ambulatoriale c)Numero di	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE	Obiettivo assegnato ai DD.SS.BB. nonchè ai Diparimenti Ospedalieri nei termini di "dimissioni protette e facilitate", sono state altresì oggetto di monitoraggio da parte di tali strutture. Il raggiungimento dell'obiettivo stesso è connesso con la	Continuità assistenziale e prossimità delle cure. La presa in carico strutturata dei pazienti cronici e oncologici migliora la qualità della vita,

		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.	prestazioni di controllo prescritte da MMG/PLS			istituzione delle case di comunità (in parte già attivate nel corso del 2025) , per la gestione della cronicità. In relazione all'obiettivo operativo 'Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico-degenerative e oncologiche (D.L. 73/2024)'; , le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	riduce i ricoveri evitabili e sostiene l'integrazione ospedale-territorio, con impatto positivo sul benessere dei soggetti fragili.
Esiti: Fattura del femore; Parti cesari; empestività P.T.C.A. nei casi di IM.A STEMI; Colecistectomia laparoscopica	Tempestività dell'intervento per frattura femore in pazienti over 65, entro 0-2 giorni dal ricovero;	- 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%	Numeratore: interventi effettuati entro 0-2 gg dal ricovero Denominatore: n° totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	<b>RAGGIUNTO</b>	UU.OO.CC. ORTOPEDIA	Per il 2025 il dato aziendale è formato dall'insieme di dati generati dalle attività delle tre Ortopedie di Sciacca, Agrigento e Licata. Le percentuali di raggiungimento dell'obiettivo hanno superato i valori assegnati in relazione all'obiettivo operativo 'Tempestività dell'intervento per frattura femore in pazienti over 65, entro 0-2 giorni dal ricovero;', le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	Sicurezza e qualità clinica per la popolazione anziana. L'intervento tempestivo riduce mortalità, complicanze e disabilità negli over 65 e favorisce il recupero funzionale e l'autonomia: valore pubblico in termini di salute e di sostenibilità sociale.
	Riduzione incidenza parti cesarei primari (cesarei in donne senza nessun pregresso cesareo)	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente alla soglia medio PNE AGENAS (30%) per livello/soglia individuato e il rispettivo valore obiettivo. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è superiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.	Numeratore:Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)totale Denominatore:parti di donne con nessun pregresso cesareo Valori soglia: - Proporzioe di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con 500<= vol. 1000 parti anno = massimo 10%;	<b>RAGGIUNTO</b>	UU.OO.CC. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	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 rientra nel valore soglia assegnato. In relazione all'obiettivo operativo 'Riduzione incidenza parti cesarei primari (cesarei in donne senza nessun pregresso cesareo)', le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità	Appropriatezza clinica e salute materno-infantile. La riduzione dei cesarei primari non necessari tutela la salute della donna e del neonato e abbatte il rischio clinico, in linea con gli standard di sicurezza del percorso nascita.

						di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	
	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	DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE	Il dato 2025 Aziendale deriva dall'attività delle due UU.OO. Di Emodinamica dei PP.OO. di Agrigento e Sciacca ed è desunto dai gestionali aziendali rientra nel valore soglia assegnato. In relazione all'obiettivo operativo "Tempestività nell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di I.M.A. STEMI", le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	Tutela della vita nell'emergenza cardiologica. La tempestività dell'angioplastica nell'IMA-STEMI riduce mortalità ed esiti invalidanti, garantendo equità di accesso alle cure salvavita su tutto il territorio provinciale.
	Proporzione di colecistectomia 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 2025 Aziendale è desunto dalle attività dei 5 reparti ospedalieri di Chirurgia. Il dato aziendale rientra nel valore soglia assegnato. In relazione all'obiettivo operativo "Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni", le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	Appropriatezza organizzativa ed efficienza. La degenza post-operatoria contenuta riflette la qualità del percorso chirurgico e l'uso efficiente delle risorse, a beneficio del paziente e della sostenibilità del sistema.
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%= Soddifacimento del 100% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda; Livello II: 90% = Soddifacimento del 95% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda; Livello III :75%=Soddifacimento del 85% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda	1	RAGGIUNTO	UU.OO.CC. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Nel 2025 i Direttori dei Punti Nascita Aziendali hanno provveduto a porre in essere le attività di implementazione come individuate dalle dalle check List. In relazione all'obiettivo operativo "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.", le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la	Sicurezza e qualità del percorso nascita. Il pieno rispetto degli standard dei punti nascita tutela la salute materno-neonatale e riduce il rischio clinico, rafforzando l'affidabilità dei servizi resi alla collettività.

						coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	
Gestione del sovraccollamento 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 >= 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 abbandona PS in corso di accertamenti)	RAGGIUNTO	UU.OO.CC. MEDICINA ACCETTAZIONE E D'URGENZA	Indicatore 1. Miglioramento rispetto all'anno 2024 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 risultò ancora non pienamente raggiunto nei PP.OO. sede di DEA di 1° livello In relazione all'obiettivo operativo 'a) Tempo massimo di Permanenza (TMP): Tempo massimo della presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di pronto soccorso di 8 h;', le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	Dignità, sicurezza e tempestività dell'urgenza. Il contenimento del tempo di permanenza in pronto soccorso riduce il sovraccollamento e migliora la sicurezza e l'esperienza del paziente, generando valore pubblico nell'assistenza in emergenza.
	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	NON RAGGIUNTO	UU.OO.CC. MEDICINA ACCETTAZIONE E D'URGENZA	iNDICATORE 2 . Miglioramento annuale progressivo dell'indicatore di boarding non raggiunto): 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 risultò ancora non pienamente raggiunto nei PP.OO. sede di DEA di 1° livello In relazione all'obiettivo operativo ' Anche se le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento i dati rilevati evidenziano il non raggiungimento dell'obiettivo. Infine si segnala l'apertura della Astenteria MCAU presso il P.O. di Sciacca nell'utilo trimestre del 2025.	Riduzione del rischio da permanenze prolungate in PS. L'azienda intende perseguire la progressiva riduzione del boarding quale leva di sicurezza e appropriatezza; l'obiettivo, non ancora pienamente raggiunto, resta prioritario nel triennio a tutela del benessere e della sicurezza degli utenti dell'emergenza.
Screening oncologici	Il Ministero della Salute prevede che si raggiunga il: - 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; ne consegue che i relativi indicatori LEA sono 50% per il cervicocarcinoma e il tumore del colonretto, e 60% per il tumore della mammella.	Ridurre i casi di mortalità garantendo a tutta la popolazione siciliana gli screening oncologici	Per ogni screening, in linea con le soglie definite dal NSG: a) Cervice e colon-retto Indicatore LEA :25% = 0; 25-29% = 5; 30-34% = 6;35-39% = 7; 40-44% = 8; 45-49% = 9; ≥50% = 10 b)Mammella Indicatore LEA :35% = 0; 35-39% = 5; 40-44% = 6; 45-49% = 7; 50-54% = 8; 55-59% = 9; ≥60% = 10	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	L'ASP di Agrigento per l'anno 2025 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 ); I CUI DATI SI RIPORTANO: SCREENING POP TARGET (ISTAT 2025) INVITI ADESIONI % ADESIONE CERVICE UTERINA 22.787 24.418 (107%) 7.911 34.71% COLON RETTO 59.026 61.422 (104%) 15.272 25.87% MAMMELLA 30.787 31.652 (102.8%) 11.428 37.11% In relazione all'obiettivo operativo 'Il Ministero della Salute ne consegue che le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove	Prevenzione e diagnosi precoce. L'estensione e l'adesione agli screening oncologici riducono la mortalità evitabile e le disuguaglianze di salute, producendo valore pubblico di medio-lungo termine per l'intera popolazione target.

						necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il parziale raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	
	a) obiettivi di processo Formazione del personale dedicato allo screening (SI/NO) b) organizzazione di programmi di comunicazione rivolti alla popolazione target (SI/NO)		a) si= 1 no=0 b) si= 1 no=0	<b>RAGGIUNTO</b>	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Nell'anno 2025 sono state espletate le attività oggetto dell'indiatore previsto ovvero sono state ulteriormente implementate nella considerazione che nel gennaio 2025 sono stati conferiti gli incarichi di responsabile delle UU.OO.SS. Di Screening. In relazione all'obiettivo operativo 'a) obiettivi di processo Formazione del personale dedicato allo screening (SI/NO) b) organizzazione di programmi di comunicazione rivolti alla popolazione target (SI/NO)', le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	Capacità organizzativa ed empowerment dei cittadini. La formazione del personale e la comunicazione alla popolazione target rafforzano la partecipazione consapevole ai programmi di prevenzione, condizione abilitante per la creazione di valore pubblico in salute.
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 neurolesione nell'anno 2025 (risultato atteso > 30%) (PESO 30%); Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38% (PESO 30%); Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente) non inferiore al 30% (PESO 20%) Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione. (PESO 10%)	<b>RAGGIUNTO</b>	DIREZIONE DIPARTIMENTO DI EMERGENZA	Nel 2025 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 nel 2025 sono stati raggiunti gli obiettivi secondo GLI INDICATORI RICHIESTI E RELAZIONATI DAL RESPONSABILE AZIELE DEL PROCURAMEN ORGANI E TESSUTI In relazione all'obiettivo operativo 'Migliorare il Procurement degli organi solidi e dei tessuti', le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	Solidarietà e tutela della vita. L'incremento del procurement di organi e tessuti amplia le opportunità di trapianto e cura, esprimendo un valore pubblico di salute collettiva e coesione sociale.
	Incremento della quantità di plasma da destinare		2024= 10,6 kg/1000 ab (+ 10% rispetto al 2023); 2025= 12,1	<b>RAGGIUNTO</b>	UU.OO.CC.	Nel 2025 l'obiettivo è stato raggiunto dai trasfusionali Aziendali di Agrigento-Canicattì e Sciacca in attesa dei	Autosufficienza e sicurezza terapeutica. L'incremento della

	<p>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>kg/1000 ab (+ 15% rispetto al 2024); 2026= 14,6 kg/1000 ab (+ 20% rispetto al 2025). - 100% con l'attribuzione di 1 punto all'atto del raggiungimento della previsione di raccolta; - incremento &gt; all'anno precedente, ma &lt; a quello previstolo'obiettivo sarà valutato con 0,8 punti; - riduzione di conferimento di plasma rispetto all'anno precedente, l'obiettivo sarà considerato non raggiunto.</p>		<p>TRASFUSIONALE</p>	<p>dati rilevati e consuntivate dal DASOE In relazione all'obiettivo operativo '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)', le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.</p>	<p>raccolta di plasma per emoderivazione concorre all'autosufficienza regionale e nazionale, garantendo continuità e sicurezza delle terapie a beneficio dei pazienti.</p>
	<p>Incremento della quantità consumata di emoderivati di natura plasmatica da conto lavorazione in relazione ad una congrua di diminuzione del consumo di farmaci plasmaderivatiacquistati dal commercio e con perfetta sostituibilità</p>		<p>- 100%(1 punto) = + 10% di utilizzo di farmaci plasmaderivati in conto lavorazione e - 10% utilizzo farmaci dell'utilizzo di farmaci plasma derivati rispetto all'anno precedente; - 100% anche nel caso in cui, a parità di consumi complessivi di emoderivati plasmaderivati rispetto all'anno precedente, non vi sia un incremento dei farmaci in conto lavorazione, ma si evidenzi, tramite atti ufficiali, la richiesta degli stessi al CRAE e la risposta di indisponibilità da parte dello stesso. Tale evenienza deve essere debitamente motivata la CRAE e per conoscenza al Centro Regionale Sangue. - incremento di farmaci plasmaderivati in conto lavorazione &lt;10%, a parità di consumi complessivi di emoderivati ( 0,8 punti); - NON Raggiunto: &lt; utilizzo di farmaci plasmaderivati in conto lavorazione rispetto all'anno precedente + &gt; spesa in emoderivati plasmatici commerciali, senza evidenza di richiesta al CRAE.</p>	<p>RAGGIUNTO</p>	<p>UU.OO.CC. TRASFUSIONALE</p>	<p>Nell'anno 2025 sono stati raggiunti entrambi gli obiettivi previsti: a) incremento della raccolta del sangue cordonale superiore al +20% rispetto ai parti effettuati nel 2024; b) incremento delle trasfusioni di neonati prematuri nelle TIN con sangue cordonale superiore al +30% rispetto al 2024. Le UU.OO. Trasfusionali di Agrigento, Canicatti e Sciacca congiuntamente ai Punti Nascita Aziendali hanno garantito il raggiungimento di entrambi i sub-indicatori. In relazione all'obiettivo operativo 'Incremento della quantità consumata di emoderivati di natura plasmatica da conto lavorazione in relazione ad una congrua di diminuzione del consumo di farmaci plasmaderivatiacquistati dal commercio e con perfetta sostituibilità', le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.</p>	<p>Appropriatezza e sostenibilità della spesa. L'impiego di plasmaderivati in conto lavorazione, a parità di sicurezza, ottimizza le risorse pubbliche e l'autosufficienza, coniugando salute e sostenibilità economica.</p>
	<p>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.</p>		<p>+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</p>	<p>RAGGIUNTO</p>	<p>UU.OO.CC. TRASFUSIONALE - CORDONE OMBELICALE</p>		<p>Innovazione e sicurezza trasfusionale neonatale. L'incremento della raccolta e dell'impiego di sangue cordonale nelle TIN migliora gli esiti di salute dei neonati prematuri, generando valore pubblico clinico e scientifico.</p>

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)	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI DIPARTIMENTI SANITARI TERRITORIALI	In relazione all'obiettivo operativo '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.', le attività programmate nel 2025 sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	Cittadinanza digitale, continuità informativa e trasparenza. L'alimentazione e l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico semplificano l'accesso ai documenti sanitari e migliorano la continuità delle cure e l'efficienza dei servizi, in coerenza con l'Agenda Digitale e con la sottosezione 'Valore pubblico' del PIAO (accessibilità e reingegnerizzazione dei processi).
			Numeratore n° di Verbali di Pronto Soccorso indicizzati Denominatore: n° Accessi di Pronto Soccorso Fattore di scala: (x 100)	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI DIPARTIMENTI SANITARI TERRITORIALI		
			Numeratore n° di Referti di Laboratorio Indicizzati Denominatore: n° Prestazioni di Laboratorio Erogate Fattore di scala: (x 100)	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI DIPARTIMENTI SANITARI TERRITORIALI		
			Numeratore n° di Referti di Radiologia indicizzati Denominatore: n° Prestazioni di Radiologia Erogate Fattore di scala: (x 100)	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI DIPARTIMENTI SANITARI TERRITORIALI		
			Numeratore n° di Referti di Specialistica Ambulatoriale indicizzati Denominatore: n° Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale Erogate Fattore di scala: (x 100)	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI DIPARTIMENTI SANITARI TERRITORIALI		
			Numeratore n° di Referti di Anatomia Patologica indicizzati Denominatore: n° Prestazioni di Anatomia Patologica indicizzati Fattore di scala: (x 100)	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI DIPARTIMENTI SANITARI TERRITORIALI		
			Numeratore n° Cittadini Residenti con Certificato Vaccinale Indicizzati Denominatore: n° Cittadini Residenti (su base regionale) Fattore di scala: (x 100)	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI DIPARTIMENTI SANITARI TERRITORIALI		
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	Nell'anno 2025 è stata garantita la dispensazione del 100% dei primi cicli di terapia pervenuti in farmacia. Il monitoraggio continuo ha evidenziato la compliance delle aree chirurgiche e mediche alla prescrizione del 1° ciclo terapeutico alla dimissione. Sono state mantenute attive le procedure aziendali di monitoraggio e reportistica periodica in raccordo con la U.O.C. Farmacia e i reparti di degenza. In relazione all'obiettivo operativo 'Ottimizzazione della gestione del I ciclo di terapia a pazienti dimessi sia in DH che in ricovero ordinario', le attività programmate sono state	Continuità terapeutica e sicurezza del paziente. La gestione e il potenziamento del primo ciclo di terapia alla dimissione garantiscono l'avvio immediato e sicuro delle cure e l'aderenza terapeutica, riducendo i rischi nella transizione ospedale-territorio a beneficio diretto degli utenti.

						attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	
	Potenziamento della dispensazione in modalità "primo ciclo terapeutico" a non meno del 35% dei dimessi(esclusi alcuni reparti) alla data del 31.12.2025 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	Grado di raggiungimento	Area Operativa di riferimento	Note esplicative	Valore Pubblico
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 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	Anche nel 2025 sono stati assegnati e ribaltati tali obiettivi nel sistema di performance 2025 a tutte le UU.OO. di degenza e cura ospedaliera. Inoltre nel 2025 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. In relazione all'obiettivo operativo 'Valutare la bontà dell'organizzazione della rete ospedaliera, misurandone la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato.', le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	Appropriatezza dei setting assistenziali. Il corretto utilizzo del regime di ricovero migliora l'efficienza della rete ospedaliera e la sostenibilità del SSR, liberando risorse per i bisogni reali della collettività.
Scheda Indicatore H02Z: Quota di interventi per tumore maligno	Garantire l'efficacia e la sicurezza dell'intervento, il rapporto costo-	150 interventi annui (con 10% tolleranza)	Numeratore: N° di interventi chirurgici per tumore maligno	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO OSPEDALIERO	. Il Controllo di Gestione si è dotato di un sistema di misurazione aziendale con appositi report che	Qualità e sicurezza dell'oncologia chirurgica. La

della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	beneficio e il mantenimento della competenza del team.		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)		CHIRURGIA	restituiscono il dato alla Breast Unit per il monitoraggio continuo del dato. In relazione all'obiettivo operativo 'Garantire l'efficacia e la sicurezza dell'intervento, il rapporto costo-beneficio e il mantenimento della competenza del team.', le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	concentrazione della casistica in centri ad adeguato volume migliora gli esiti clinici e la sicurezza delle pazienti, in coerenza con gli standard nazionali.
Scheda Indicatore H16S: Frequenza di infezioni post-chirurgiche	Promozione di pratiche assistenziali efficaci volte a ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi durante l'assistenza.	1	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	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO OSPEDALIERO CHIRURGIA	Anche sul 2025 sono stati assegnati e ribaltati tali obiettivi nel sistema di performance 2025 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 per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza per cui è in corso un massiccio evento formativo aziendale sulle ICA. In relazione all'obiettivo operativo 'Promozione di pratiche assistenziali efficaci volte a ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi durante l'assistenza.', le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	Sicurezza delle cure e controllo del rischio infettivo. La riduzione delle infezioni post-chirurgiche tutela la salute dei pazienti e la qualità clinica, riducendo gli oneri evitabili per il sistema.

**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	Grado di raggiungimento	Area Operativa di riferimento	Note esplicative	Valore Pubblico
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	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	%= (% di copertura del Piano Nazionali Residui X 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di rResidui di prodotti fitosanitari X 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari X 0,2)	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Nel 2025 sono stati assegnati e ribaltati tali obiettivi nel sistema di performance 2025 alle UU.OO. del Dipartimento Veterinario. L'indicatore composito relativo ai controlli del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti ha raggiunto il 100% dei livelli minimi fissati dalla normativa europea e nazionale su tutte le tipologie di allevamento monitorate. In relazione all'obiettivo operativo	Sicurezza alimentare e tutela della salute pubblica. Il controllo ufficiale sulla contaminazione degli alimenti previene rischi diretti e indiretti per la popolazione, esprimendo valore pubblico in termini di prevenzione collettiva.

	contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale o vegetale.	seguenti: • PNR: 90% • controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari: 90% • controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari : 90% Sotto l'80% il livello di copertura è gravemente insufficiente, ovvero non in grado di far fronte alle minime esigenze operative per la gestione dei rischi diretti e/o indiretti per la salute.				*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. Le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	
Scheda Indicatore P13Z - COPERTURA DELLE PRINCIPALI ATTIVITÀ DI CONTROLLO UFFICIALE PER LA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE FASI DELLA TRASFORMAZIONE, DISTRIBUZIONE, SOMMINISTRAZIONE DEGLI ALIMENTI.	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.	>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.	% = (% di copertura dei campionamenti ufficiali nella fase di produzione degli alimenti x 0,2) + (% di copertura dei campionamenti ufficiali nella fase di distribuzione degli alimenti x 0,2) + (% di copertura del Piano nazionale per la ricerca di organismi geneticamente modificati negli alimenti x 0,1) + (% di copertura del Piano nazionale di controllo ufficiale sugli alimenti e i loro ingredienti trattati con radiazioni ionizzanti x 0,1) + (% di controlli ufficiali mediante audit svolti in stabilimenti riconosciuti per la produzione di alimenti x 0,4)	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO PREVENZIONE		Sicurezza della filiera alimentare. La copertura dei controlli nelle fasi di trasformazione, distribuzione e somministrazione protegge i consumatori e rafforza la fiducia nei prodotti, a beneficio della collettività e del tessuto produttivo.
Scheda Indicatore P14C PREVENZIONE E PROMOZIONE DI STILI DI VITA SALUTARI	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.	Prevenzione e promozione di stili vita salutari	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: A- INDICATORE FUMO: 0= mai fumato o ex fumatore; 1= fumatore moderato (< 20 sigarette); 2= fumatore forte (>= 20 sigarette); B- INDICATORE ECCESSO PONDERALE: 0 = Normopeso + sottopeso (BMI < 25 kg/m <sup>2</sup> ; 1 = Sovrappeso (BMI: [25.0-29.9] kg/m <sup>2</sup> ); 2 = Obeso (BMI ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> ) C - INDICATORE_ALCOL: 0 = Astemio + consumo moderato; 1 = Consumo a rischio (consumo abituale eccedentario, binge drinking, fuori pasto) D - INDICATORE_SEDENTARIETA: 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) La fonte dati per	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO PREVENZIONE		Promozione della salute e prevenzione delle cronicità. Il contrasto ai fattori di rischio modificabili (fumo, alimentazione, alcol, sedentarietà) riduce l'incidenza delle malattie croniche, generando valore pubblico di lungo periodo sul benessere della popolazione.

			l'indicatore in oggetto è la rilevazione PASSI.			
Scheda Indicatore P01C Copertura vaccinale nei bambini fino a 24 mesi per ciclo base: polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib;	Verificare l'omogeneità di offerta della principale misura di prevenzione per alcune malattie infettive e l'efficienza dei programmi in atto. La copertura viene indagata per le vaccinazioni effettuate nell'infanzia incluse nei LEA, con gli obiettivi di copertura finalizzati all'eliminazione/controllo in relazione ai risultati attesi delle vaccinazioni per le diverse malattie	>95%	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;	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Protezione della comunità tramite le vaccinazioni. Le elevate coperture vaccinali nell'infanzia tutelano i singoli e l'immunità di comunità, riducendo le disuguaglianze e prevenendo malattie evitabili: valore pubblico di salute collettiva.
Scheda Indicatore P02C Copertura vaccinale nei bambini fino a 24 mesi per la 1^ dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)			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 ovicaprine controllate per anagrafe x 0,1) + (% capi ovicaprini 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	Tracciabilità e sicurezza delle produzioni animali. Il controllo delle anagrafi zootecniche previene la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale, tutelando in modo diretto la salute del cittadino.
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	Il valore a cui tendere è > 100% Sotto il 70% il livello di copertura è gravemente insufficiente	% = (% copertura BRC x 0,2) + (% copertura TBC x 0,2) + (% test BSE su bovini morti x 0,2) + (% test TSE su ovini morti x 0,1) + (% test TSE su caprini morti x 0,1) + (% di campioni per la ricerca di salmonella negli animali x 0,2) Nel caso di assenza di un parametro da controllare si ridistribuisce il relativo peso sui restanti addendi della somma.	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO VETERINARIO	Prevenzione delle zoonosi e sanità pubblica. La sorveglianza e l'eradicazione delle malattie animali a potenziale zoonotico proteggono la salute della collettività lungo l'intera filiera produttiva.
Scheda Indicatore P11Z- COPERTURA DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' DI CONTROLLO DEL BENESSERE DEGLI ANIMALI DESTINATI ALLA PRODUZIONE DI ALIMENTI:	Controlli del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti, considerato che il rispetto delle norme di benessere animale negli allevamenti e all'atto della macellazione, riducendo il ricorso a trattamenti terapeutici e contribuendo a ridurre la diffusione di patogeni zoonotici nella filiera produttiva, impattano indirettamente sulla salute del cittadino, attraverso la salute degli animali produttori di alimenti.	Il valore minimo accettabile è del 100% dei livelli minimi fissati dalla normativa europea e nazionale. Sotto il 80% il livello di copertura è gravemente insufficiente	% = (% controllo per benessere in allevamenti di vitelli x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di suini x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di ovaiole x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di polli da carne x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini" x 0,1) + (% controlli per benessere negli impianti di macellazione x 0,1)	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO VETERINARIO	Benessere animale e salute pubblica integrata. Il rispetto degli standard di benessere riduce il ricorso ai trattamenti e la diffusione di patogeni, con impatto indiretto positivo sulla salute del cittadino (approccio One Health).

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

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Valore Atteso	Indicatori	Grado di raggiungimento	Area Operativa di riferimento	Note esplicative	Valore Pubblico
Scheda indicatore D03C: Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco:	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 e DD.SS.BB.	Nel 2025 sono stati assegnati e ribaltati tali obiettivi nel sistema di performance 2025 al Dipartimento Cure Primarie e a tutti i DD.SS.BB. Il tasso di pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 1 CIA 2 e CIA 3 ha raggiunto le soglie regionali previste dal sistema NSG. L'attivazione delle Unità di Cure Palliative domiciliari ha contribuito al miglioramento della presa in carico di pazienti con alta intensità assistenziale. In relazione all'obiettivo operativo '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.', le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	Gestione territoriale della cronicità. La riduzione dei ricoveri evitabili per diabete, BPCO e scompenso, grazie al potenziamento dell'assistenza territoriale, migliora la qualità di vita dei pazienti cronici e la sostenibilità del sistema.
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 e DD.SS.BB.		Appropriatezza e prossimità delle cure pediatriche. La riduzione dei ricoveri evitabili per asma e gastroenterite pediatrica tutela la salute dei minori e valorizza la presa in carico territoriale.
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 e DD.SS.BB.		Domiciliarità e dignità della cura. L'incremento dei pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata (CIA 1-2-3) favorisce la permanenza al domicilio, la dignità e l'autonomia delle persone fragili, generando valore pubblico nella rete dei servizi di prossimità.
		soglie di reclutamento secondo indicatori regionali	Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 2 Denominatore: Popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000)	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE e DD.SS.BB.		
		soglie di reclutamento secondo indicatori regionali	Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 3 Denominatore: Popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000)	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE e DD.SS.BB.		

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

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Valore Atteso	Indicatori	Grado di raggiungimento	Area Operativa di riferimento	Note esplicative	Valore Pubblico
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.	1	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 mercilogiche ivi present e quantitativamente coerenti allo specifico fabbisogno e comunque nel rispetto della normativa vigente nazionale e regionale.	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO/PROV VEDITORATO	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 In relazione all'obiettivo operativo 'Acquisto beni e servizi nel rispetto della normativa vigente, di cui al codice dei contratti pubblici', le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	Legalità, trasparenza ed efficienza negli acquisti. L'osservanza delle procedure di centralizzazione assicura economicità e integrità nell'uso delle risorse pubbliche, condizione abilitante del valore pubblico.
	Programmazione degli acquisti di beni e servizi: a) Elaborazione del Piano Triennale degli acquisti 2025-27; b) Programmazione investimenti indifferibili e urgenti non coperti da finanziamenti specifici da eseguire entro il 2025		a) Ricognizione del fabbisogno di beni strumentali sanitari e non delle UU.OO. Aziendali e proposta del Piano degli acquisti del Piano Triennale degli acquisti 2025-27; b) N° 1 atto di programmazione degli acquisti	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	Per il raggiungimento dell'obiettivo sono state poste in essere diverse attività, ovvero: a) Elaborazione del Piano Triennale degli acquisti 2025-27; b) Programmazione investimenti indifferibili e urgenti non coperti da finanziamenti specifici da eseguire entro il 2025', le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	Programmazione e buon andamento. La pianificazione triennale degli acquisti e degli investimenti assicura continuità delle dotazioni essenziali e impiego efficiente delle risorse a servizio dell'assistenza.
	Approvvigionamento dei beni e servizi: Fase esecutiva del Piano degli acquisti secondo le priorità di approvvigionamento in condivisione con la direzione strategica aziendale		Elencazione analitica delle delibere di avvio delle relative procedure aziendali, nonché elencazione delle delibere e delle procedure di approvvigionamento di competenza della CUC e degli organi aggregatori	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	Si è provveduto alla approvazione ed adozione aggiornamento del piano integrato di attività' ed organizzazione (piao) 2025-2027 sezione prevenzione della corruzione e della trasparenza amministrativa In relazione all'obiettivo operativo 'Approvvigionamento dei beni e servizi: Fase esecutiva del Piano degli acquisti secondo le priorità di approvvigionamento in condivisione con la direzione strategica aziendale', le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi	Continuità ed efficienza delle forniture. L'attuazione tempestiva del piano degli acquisti garantisce la disponibilità di beni e servizi necessari all'erogazione delle cure, a tutela della continuità del servizio pubblico.

						regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	
	a) Piano triennale fabbisogni del personale b) Osservanza tetto di spesa per il personale assegnato all'Azienda ai sensi del comma 584 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 2014 n.190 che, modificando il comma 3 dell'art. 17 del D.L. 6 Luglio 2011 n. 98, convertito con modificazioni della Legge 15 Luglio 2011 n.11, ha esteso fino al 2023 le misure di cui ai commi 71 e 72 dell'art. 2 della legge n.191/09; c) Rispetto del programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato da redigere nel rispetto dell'art. 9 comma 28 del D.L. 31 Maggio 2010 n.78, convertito dalla legge 30 Luglio 2010 n.122, secondo misure percentuali e tempistiche indicate nel programma stesso che, corredato da apposita relazione, dovrà essere sottoposto all'approvazione dell'Assessorato.		a) Piano triennale fabbisogni del personale b) Monitoraggio trimestrale e relazione esplicativa da cui si evinca l'andamento del quadro economico di riferimento per le diverse tipologie di costo del personale dipendente/non dipendente; c) Monitoraggio trimestrale e relazione esplicativa da cui si evinca l'andamento del quadro economico di riferimento per le diverse tipologie di costo di personale a Tempo Determinato	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	Si è provveduto alla approvazione ed adozione aggiornamento del piano integrato di attività' ed organizzazione (piao) 2025-2027 sezione personale Piano triennale dei fabbisogni del personale Il documento di programmazione triennale definisce le esigenze di personale dell'Azienda in termini quantitativi e qualitativi, garantendo la coerenza con i vincoli di spesa imposti dalla legge. L'obiettivo è stato raggiunto mediante la puntuale redazione e aggiornamento del Piano, approvato dagli organi competenti. Inoltre è stato posto in essere il monitoraggio dell'osservanza del tetto di spesa per il personale Il monitoraggio dell'osservanza del tetto di spesa per il personale dipendente e non dipendente, in applicazione delle disposizioni di cui al comma 584, art. 1, L. 190/2014. Le relazioni trimestrali prodotte documentano l'andamento del quadro economico per ciascuna tipologia di costo. Altresì è stato monitorata la spesa a tempo determinato, in conformità all'art. 9, comma 28, del D.L. 78/2010, convertito dalla L. 122/2010, anche alla luce delle modifiche della Legge n. 107 del 29 luglio 2024 (di conversione del D.L. n. 73/2024),	1. Sostenibilità finanziaria dell'Ente Il rispetto dei tetti di spesa garantisce l'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda nel medio-lungo periodo, preservando la capacità dell'Ente di erogare servizi ai cittadini senza generare disavanzi a carico della collettività. 2. Trasparenza e accountability La produzione di monitoraggi trimestrali documentati e di relazioni esplicative assicura la piena tracciabilità delle scelte gestionali, rafforzando la fiducia dei cittadini e degli organi di controllo nelle istituzioni pubbliche. 3. Efficienza allocativa delle risorse pubbliche Un piano dei fabbisogni coerente con le effettive necessità operative consente di ottimizzare l'impiego delle risorse umane, evitando sprechi e garantendo servizi adeguati ai cittadini. 4. Rispetto del mandato normativo e istituzionale Il puntuale adempimento degli obblighi di legge in materia di contenimento della spesa rappresenta un segnale di affidabilità istituzionale, contribuendo alla credibilità dell'Azienda nei confronti degli organi di vigilanza regionali e nazionali.
	Costante monitoraggio della spesa e dei consumi farmaceutici media/ab aziendali e distrettuali. Individuazione categorie terapeutiche responsabili dell'eventuale aumento di spesa	Monitoraggio/contenimento spesa farmaceutica	Spesa pro capite	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	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	Appropriatezza prescrittiva e sostenibilità. Il monitoraggio della spesa e dei consumi farmaceutici coniuga qualità delle cure ed equilibrio economico, a tutela della sostenibilità del SSR e dei servizi resi ai cittadini.
	Puntuale liquidazione delle farmacie convenzionate		Assenza Decreti Ingintivi	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	Monitoraggio di verifica ed acquisizione dell'attestazione del raggiungimento dell'equilibrio di bilancio per l'anno 2025	Affidabilità e continuità del servizio farmaceutico. La puntuale liquidazione delle farmacie convenzionate assicura la continuità dell'assistenza farmaceutica territoriale e la correttezza dei rapporti con i soggetti convenzionati.
	Monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche rapportate ai valori medi nazionali in termini di consumi e di spesa (progetto SPERA) al fine di evidenziare eventuali picchi di consumi e/o		Report trimestrali trasmessi ai Distretti Sanitari di Base ed alla Direzione Strategica Aziendale	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	Nel corso dell'anno 2025 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.	Appropriatezza ed equità prescrittiva. Il confronto con i valori medi nazionali (progetto SPERA) consente di intercettare gli scostamenti e promuovere l'uso appropriato dei farmaci,

	spesa rispetto a quelli nazionali.						generando valore pubblico in termini di salute e sostenibilità.
	Attivare monitoraggio della spesa farmaceutica "ospedaliera" (farmaci e dispositivi) ponendo eventuali azioni correttive ed eventualmente implementando il consumo dei generici con un costante monitoraggio tramite reporting trimestrale da trasmettere ai responsabili dei centri di costo nonché alla U.O. Programmazione e Controllo di Gestione.		Trasmissione report consumi e spesa farmaceutica ospedaliera (Farmaci e Dispositivi medici)	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO		Efficienza e appropriatezza ospedaliera. Il monitoraggio della spesa ospedaliera e l'impiego dei generici migliorano l'efficienza senza ridurre la qualità delle cure, a beneficio della collettività.
	Costante monitoraggio della spesa farmaceutica territoriale e Distrettuale (strutture aziendali a gestione diretta), farmaci e Dispositivi medici tramite report trimestrali da trasmettere ai responsabili dei centri di costo nonché alla U.O.C. Controllo di Gestione.		Report consumi e Spesa Farmaceutica (farmaci e dispositivi medici) territoriale 2025	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	Nel corso dell'anno 2025 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.	Sostenibilità dell'assistenza territoriale. Il monitoraggio della spesa farmaceutica territoriale presidia l'equilibrio economico e l'appropriatezza, sostenendo la continuità dei servizi di prossimità.
	Verifiche ispettive presso le guardie mediche turistiche. tale verifiche sono finalizzate a valutare le giacenze, le condizioni di conservazione e le scadenze dei farmaci/dispositivi negli armadi di dotazione		n.verifiche pari numero guardie mediche turistiche.verbali	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	Nel corso dell'anno 2025 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. Anche per le guardie mediche turistiche.	Sicurezza dei farmaci nei presidi territoriali. Le verifiche su giacenze, conservazione e scadenze nelle guardie mediche turistiche garantiscono la sicurezza delle dotazioni, a tutela della salute degli utenti.
CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREVISTI DAL PIANO OPERATIVO REGIONALE (POR) CON RIGUARDO ALLA MISSIONE 6- SALUTE DEL PNRR;	a) Seguire il 100% delle azioni relative agli atti trasferiti dall'Unità Tecnica di supporto in forza al D.P.S. per il tramite del costituendo Ufficio aziendale dedicato. b) Collaborazione alla Unità tecnica di supporto per garantire il soddisfacimento del debito informativo nei confronti del ministero della Salute in qualità di amministrazione centrale titolare dell'intervento dell'Ass. della Salute della Reg. Siciliana, in qualità di Sogg. Attuatore, in relazione al monitoraggio sull'avanzamento procedurale e finanziario degli interventi per il tramite del costituendo ufficio aziendale dedicato. c) Attività di potenziamento della rete ospedaliera: Rispetto delle prescrizioni di cui alla deliberazione di giunta regionale n. 416 del 26 ottobre 2023 e dell'art.2 del DL 19 maggio 2020, n.34, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1, comma 1, L.17 luglio 2020 n.77	1	a) 100% delle azioni in ragione alla completezza, coerenza e correttezza della documentazione trasferita dalla U.T.S./D.P.S.; b) 100% della collaborazione per il soddisfacimento del debito informativo c) 100% delle azioni in ragione alla completezza, coerenza e correttezza della documentazione trasferita dalla U.T.S./D.P.S	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO - STAFF - ICT -	Gli investimenti PNRR M6 di cui questa ASP è delegata e per i quali i target sono stati previsti per il 2025, sono stati raggiunti come di seguito rappresentato: In relazione all'obiettivo operativo 'Costante monitoraggio della spesa e dei consumi farmaceutici media/ab aziendali e distrettuali. Individuazione categorie terapeutiche responsabili dell'eventuale aumento di spesa', le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	Modernizzazione e potenziamento dell'assistenza. L'attuazione degli interventi PNRR Missione 6 - Salute rafforza la rete territoriale e ospedaliera, con impatto strutturale di lungo termine sul benessere della collettività e nel rispetto del debito informativo verso le amministrazioni titolari.

**ALTRI OBIETTIVI: CONTRIBUTO ALLA ORGANIZZAZIONE AZIENDALE**

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Valore Atteso	Indicatori	Grado di raggiungimento	Area Operativa di riferimento	Note esplicative	Valore Pubblico
PUNTUALE E TEMPESTIVA TRASMISSIONE DEI DATI E DEI FLUSSI . COERENTE E COMPLETEZZA FLUSSI INFORMATIVI AZIENDALI SECONDO CIRCOLARE 217 DIP. PIANIFICAZIONE STRATEGICA ASS. REGIONALE DELLA SALUTE	La struttura responsabile della produzione e compilazione dei flussi di propria pertinenza deve garantire la qualità, la completezza e la puntualità dei dati nel rispetto della normativa vigente	1	100% N. Flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / n. flussi da trasmettere	RAGGIUNTO	TUTTE LE STRUTTURE	Tale obiettivo assegnato ai Direttori dei Dipartimenti a cui afferiscono le strutture aziendali è finalizzato al rispetto della tempistica e della qualità dei dati inviati. In relazione all'obiettivo operativo 'La struttura responsabile della produzione e compilazione dei flussi di propria pertinenza deve garantire la qualità, la completezza e la puntualità dei dati nel rispetto della normativa vigente', le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	Trasparenza e qualità delle basi informative. La completezza e la tempestività dei flussi informativi alimentano decisioni di salute pubblica fondate sui dati, condizione abilitante per la generazione di valore pubblico.
	Dovrà essere garantita altresì la puntuale trasmissione del Piano della Performance 2025.		Entro 10 giorni dalla scadenza l'obiettivo si ritiene raggiunto al 100%; dall'11° giorno fino al 30° giorno l'obiettivo è raggiunto al 50%; dal 31° giorno l'obiettivo si ritiene non raggiunto.	RAGGIUNTO	TUTTE LE STRUTTURE	Tale obiettivo assegnato a tutte le strutture aziendali è finalizzato al rispetto della tempistica e della qualità dei dati inviati. In relazione all'obiettivo operativo 'Dovrà essere garantita altresì la puntuale trasmissione del Piano della Performance 2025.',	Accountability e orientamento ai risultati. La puntuale adozione e trasmissione del Piano della Performance assicura trasparenza programmatica e responsabilizzazione, in coerenza con il ciclo della performance e le Direttive del Ministro per la PA.
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	Piano ferie ; 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 2025 nell'ambito del Piano di Smaltimento l'attuazione del piano . In relazione all'obiettivo operativo 'Redazione atto di programmazione delle ferie non godute del personale dipendente per il triennio 2025-2027; Smaltimento delle ferie pianificate nell'anno di riferimento', le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio.	Benessere organizzativo e tutela del personale. La programmazione e lo smaltimento delle ferie presidiano la 'salute delle risorse umane', condizione abilitante del valore pubblico e leva di qualità dei servizi.
SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA'	Implementazione, funzionalità ed affidabilità delle azioni P.A.C.	Monitoraggio sull'applicazione delle procedure P.A.C.	1	RAGGIUNTO	INTERNAL AUDIT	Le attività PAC finalizzate alla certificabilità del bilancio sono state espletate in coerenza con le richieste dell'Assessoriale Regionale della Salute. In relazione all'obiettivo operativo 'Implementazione, funzionalità ed affidabilità delle azioni P.A.C.', le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento	Affidabilità contabile e integrità. Le azioni del Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) rafforzano l'attendibilità e la trasparenza dei dati di bilancio, a tutela della fiducia di cittadini e stakeholder.

						dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	
PUNTUALE E TEMPESTIVA TRASMISSIONE DEI DATI E DEI FLUSSI: COERENZA E COMPLETEZZA FLUSSI INFORMATIVI AZIENDALI SECONDO CIRCOLARE 217, DEL 7 GENNAIO 2015, DIP. PIANIFICAZIONE STRATEGICA ASS. REGIONALE DELLA SALUTE	La struttura responsabile della produzione e compilazione dei flussi di propria pertinenza deve garantire la qualità, la completezza e la puntualità dei dati nel rispetto della normativa vigente	1	Indicatore di coerenza del flusso - pari al 100%del valore richiesto per il flusso di competenza. Indicatore di qualità del flusso - pari al 100%del valore richiesto per il flusso di competenza. - 100% N. Flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / n. flussi da trasmettere.	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTI SANITARI TERRITORIALI - UU.OO.CC. AMINISTRATIVE OSPEDALIRE - DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI TERRITORIALE	Tale obiettivo assegnato ai Tutti i Direttori dei Dipartimenti a cui afferiscono le strutture aziendali è finalizzato al rispetto della tempistica e della qualità dei dati inviati. In relazione all'obiettivo operativo 'La struttura responsabile della produzione e compilazione dei flussi di propria pertinenza deve garantire la qualità, la completezza e la puntualità dei dati nel rispetto della normativa vigente', le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	Coerenza e qualità dei flussi informativi. La trasmissione conforme e tempestiva dei flussi (Circolare 217/2015) assicura basi dati attendibili per la programmazione sanitaria, generando valore pubblico informativo.
ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI SULLA TRASPARENZA ED IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE;	a) Attività di mappatura dei procedimenti afferenti il Servizio art. 35 D.lgs. n.33/2013; b) Obblighi di pubblicazione; c) Obblighi di formazione generica e Formazione Specifica	Pieno rispetto degli obblighi in materia di corruzione e trasparenza	a) Individuazione ed elencazione dei processi organizzativi e delle attività produttive a rischio corruzione b) Adempimenti obblighi di pubblicazione per i procedimenti amministrativi di competenza del servizio rispetto alla tempistica modalità previste dalla normativa vigente c) Proposta di formazione del personale afferente alla struttura di riferimento per l'anno 2025	RAGGIUNTO	DIPARTIMENTI SANITARI TERRITORIALI - UU.OO.CC. AMINISTRATIVE OSPEDALIRE - DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI TERRITORIALE	Tale obiettivo assegnato alle - UU.OO.CC. Amministrative Ospedaliere ai Dipartimenti amministrativi territoriali ed ai Direttori dei Dipartimenti a cui afferiscono le strutture aziendali è finalizzato al rispetto degli obblighi di pubblicazione e della qualità dei processi organizzativi mappati . In relazione all'obiettivo operativo: 'a) Attività di mappatura dei procedimenti afferenti il Servizio art. 35 D.lgs. n.33/2013; b) Obblighi di pubblicazione; c) Obblighi di formazione generica e Formazione Specifica', le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.	Integrità, trasparenza e prevenzione della corruzione. Il pieno rispetto degli obblighi rappresenta una leva di protezione del valore pubblico (sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO), rafforzando legalità e fiducia nella PA.
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 attività istituzionale .	a) Mantenimento/ incremento delle prestazioni 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	DIPARTIMENTI SANITARI TERRITORIALI - UU.OO.CC. AMINISTRATIVE OSPEDALIRE - DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI TERRITORIALE	Nel 2025 è stato messo a punto un continuo monitoraggio di tutte le prestazioni del PNGLA in regime istituzionale , libera professione (ALPI)0 In relazione all'obiettivo operativo 'a) Incremento dei volumi di attività relativo alle prestazioni specialistiche rese in regime istituzionale finalizzato all'abbattimento delle liste di attesa raffrontato al volume di attività come rilevato da Flusso C dell'anno precedente dell'unità operativa. b) Raffronto con i volumi di attività che l'unità operativa può svolgere in regime di attività libero-professionale intramuraria considerato che tale volume non può superare quello reso in attività istituzionale. ', le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e	Governo dell'ALPI ed equità di accesso. Il presidio dei volumi di libera professione intramuraria, in equilibrio con l'attività istituzionale, contribuisce all'abbattimento delle liste d'attesa e all'equità di accesso alle prestazioni.

						<p>confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.</p>	
<p>MIGLIORARE LA TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI: Rispetto dei tempi di pagamento secondo le previsioni della Legge 30 dicembre 2018 N°145, art.1, comma 865</p>	<p>Coordinamento della liquidazione e dei pagamenti tempestivi delle fatture nei termini di legge (60 gg)</p>	1	<p>Accettazione delle fatture entro 15 giorni dalla ricezione = obiettivo raggiunto al 100% Liquidazione delle fatture entro 10 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 100% Liquidazione delle fatture entro 15 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 75%</p>	RAGGIUNTO	<p>DIPARTIMENTI SANITARI TERRITORIALI - UU.OO.CC. AMINISTRATIVE OSPEDALIRE - DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI TERRITORIALE</p>	<p>L'obiettivo è stato perseguito per il tramite di azioni finalizzate all'abbattimento dei tempi medi di pagamento così come rappresentato nel sito web aziendale In relazione all'obiettivo operativo "Coordinamento della liquidazione e dei pagamenti tempestivi delle fatture nei termini di legge (60 gg)", le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.</p>	<p>Legalità, sostenibilità della filiera e impatto economico territoriale. Il rispetto dei tempi di pagamento tutela i fornitori e l'economia del territorio, riduce il contenzioso e gli oneri da ritardo, esprimendo valore pubblico in termini di correttezza e sostenibilità.</p>
			<p>Registrazione in contabilità generale delle fatture passive entro 25 giorni dall'accettazione = 100% obiettivo raggiunto Mandati di pagamento entro 10 giorni dalla data di liquidazione = obiettivo raggiunto al 100% Registrazione in contabilità generale delle fatture passive entro 30 giorni dall'accettazione = 75% obiettivo raggiunto Mandati di pagamento entro 15 giorni dalla data di liquidazione = obiettivo raggiunto al 75%</p>	RAGGIUNTO	<p>DIPARTIMENTI SANITARI TERRITORIALI - UU.OO.CC. AMINISTRATIVE OSPEDALIRE - DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI TERRITORIALE</p>	<p>L'obiettivo è stato perseguito per il tramite di azioni finalizzate all'abbattimento dei tempi medi di pagamento così come rappresentato nel sito web aziendale In relazione all'obiettivo operativo "Le attività programmate sono state attuate secondo la pianificazione aziendale e costantemente monitorate nel corso dell'esercizio. Le strutture competenti hanno garantito il presidio degli indicatori previsti, effettuando verifiche periodiche sullo stato di avanzamento e adottando, ove necessario, interventi correttivi finalizzati al pieno conseguimento dei risultati attesi. I dati rilevati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo e confermano la coerenza delle azioni intraprese con gli indirizzi regionali, con la programmazione aziendale e con i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e continuità assistenziale. I risultati conseguiti hanno inoltre contribuito al miglioramento dell'organizzazione dei servizi, all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni dell'utenza nei rispettivi ambiti di competenza.</p>	