



**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA**

# **RELAZIONE SULLA PERFORMANCE**

***ANNO 2025***



## Sommario

<b>1. Presentazione della Relazione .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e altri stakeholder esterni .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1 L'Organizzazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone".</b>	<b>4</b>
<b>2.2 Criticità riscontrate e principali risultati raggiunti.....</b>	<b>7</b>
<b>2.3 Criticità e opportunità del Ciclo di Gestione della Performance.....</b>	<b>11</b>
<b>2.4 Il P.I.A.O. 2025-2027.....</b>	<b>11</b>
<b>3. Obiettivi assegnati e misurazione dei risultati .....</b>	<b>13</b>
<b>3.1 L'albero della performance .....</b>	<b>13</b>
<b>3.2 Obiettivi strategici.....</b>	<b>13</b>
<b>3.3 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi .....</b>	<b>18</b>
<b>3.4 Obiettivi individuali .....</b>	<b>19</b>
<b>3.5 L'Organismo Indipendente di Valutazione .....</b>	<b>20</b>
<b>4. La produzione assistenziale .....</b>	<b>21</b>
<b>5. Valutazione Obiettivi Anno 2025 Dipartimenti.....</b>	<b>27</b>
<b>5.1 Obiettivo Liste d'attesa .....</b>	<b>32</b>
<b>5.2 Obiettivo Alimentazione Fascicolo Sanitario .....</b>	<b>34</b>
<b>5.3 Obiettivi Riduzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza.....</b>	<b>37</b>
<b>5.4 Obiettivi Di Ricerca E Didattica .....</b>	<b>38</b>
<b>LEGENDA SIGLE .....</b>	<b>40</b>

## **1. Presentazione della Relazione**

La presente relazione è predisposta, a conclusione del Ciclo di gestione della performance 2025, ai sensi del D. Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150, modificato dal D. Lgs. 74/2017, che prevede l'obbligo di redigere un documento che evidenzia, a consuntivo, i risultati raggiunti dai Responsabili delle singole unità operative dell' Azienda rispetto agli obiettivi programmati e assegnati nell'anno di riferimento.

Il ciclo di gestione della performance 2025, in ottemperanza alla Delibera n 377 del 30/03/2023 "Adozione del Regolamento del sistema di valutazione della performance", è stato avviato con l'Adozione del PIAO 2026-2028 approvato con Delibera n. 235/2026 del 06.03.2026.

La Relazione sulla Performance ha come obiettivo principale quello di fornire all'OIV gli elementi necessari per la validazione del processo di valutazione relativo al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alle singole unità operative dall' Azienda. Tale processo è finalizzato a garantire che il riconoscimento della premialità prevista dal contratto sia fondato sul principio della valorizzazione del merito.

Altra importante finalità che si propone il presente documento è quella di rappresentare uno strumento di comunicazione all'esterno dei risultati complessivi raggiunti dall'organizzazione aziendale in termini di produzione e qualità dei servizi erogati e di gestione delle risorse economiche disponibili.

La relazione è redatta in coerenza con "Linee guida per la Relazione annuale sulla performance" della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica - Ufficio per la valutazione della performance (Circolare n. 3 del 2018).

Sulla base delle linee di indirizzo regionali e aziendali sono state elaborate le schede di budget destinate alle strutture organizzative dipartimentali sanitarie ed alle aree amministrative; successivamente sono stati definiti e assegnati gli obiettivi collegati al sistema premiante.

Le risorse disponibili nei diversi fondi contrattuali saranno quindi distribuite in base al peso complessivo ottenuto, determinato dal livello di raggiungimento degli obiettivi organizzativi; successivamente, all'interno di ciascuna struttura, la ripartizione avverrà in funzione dei risultati della valutazione individuale. La Relazione sarà sottoposta per la validazione all'OIV, ai sensi dell'articolo 14, comma 4, lettera c) del d.lgs. 150/2009, condizione necessaria ai fini dell'erogazione della quota stipendiale legata al risultato.

## **2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e altri stakeholder esterni**

### **2.1 L'Organizzazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone"**

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Paolo Giaccone, istituita con la Legge Regionale n. 5 del 14 aprile 2009, è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia gestionale, in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente. Essa si configura come uno strumento volto alla realizzazione integrata delle finalità connesse alla tutela della salute della collettività, obiettivo istituzionale del Servizio Sanitario Nazionale — nonché delle attività di didattica, formazione e ricerca proprie dell'Università.

L'AOUP, sede di DEA (Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione) di secondo livello, costituisce per l'Università degli Studi di Palermo l'ente di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca e ne garantisce la reciproca integrazione.

È una struttura di riferimento per tutto il panorama della Sicilia centro-occidentale ed opera nell'area metropolitana di Palermo, il cui territorio coincide con quello della preesistente provincia, che si estende su una superficie di 5.009 km<sup>2</sup>, con una popolazione pari a 1.252.588 abitanti distribuiti su 82 comuni, con una densità di 250 ab/ km<sup>2</sup> (01.01.2019 - ISTAT).

L'AOUP offre al proprio bacino di utenza, proveniente dalla suddetta area metropolitana e da parte delle province di Agrigento, Trapani e Caltanissetta, tutte le prestazioni ospedaliere previste dall'Assessorato Regionale Salute e per alcune branche è centro di riferimento regionale.

L'AOUP concorre al perseguimento degli obiettivi istituzionali della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Palermo, assicurando processi di assistenza idonei allo sviluppo della didattica e della ricerca coerenti con la politica sanitaria regionale.

Persegue tale missione attraverso un'autonoma strategia gestionale finalizzata a realizzare la massima sinergia con l'Università ed a garantire l'equilibrio economico attraverso efficacia, efficienza e qualità; sviluppa così il vantaggio competitivo con cui assicura un contributo unico e imprescindibile alla realizzazione del circolo virtuoso in cui si integrano formazione, ricerca scientifica e attività assistenziale.

L'AOUP organizza e gestisce le attività assistenziali in condizioni di autonomia, erogando prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di ricovero ordinario in area medica e chirurgica, in elezione e da pronto soccorso, in day surgery e in day hospital ed eroga prestazioni ambulatoriali e di day service.

In quanto sede di riferimento per la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Palermo, garantisce l'integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca, favorendo il trasferimento delle conoscenze acquisite con la ricerca clinica e l'adozione di nuove tecnologie nell'attività assistenziale e concorre al raggiungimento delle finalità proprie dell'Università anche attraverso la valorizzazione del personale in formazione.

La dotazione di posti letto prevista dal D.A. n. 22/2019 è pari a 534, di cui 514 per acuti e 20 per post acuti:

DISCIPLINA	Posti previsti dalla Rete Ospedaliera	Nr. Posti letto Dicembre 2025
09 CHIRURGIA GENERALE	67	56
29 MEDICINA GENERALE	72	40
36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	16	14
51 ASTANTERIA	15	12
69 RADIOLOGIA	1	1
08 CARDIOLOGIA	12	13
32 NEUROLOGIA	19	7
34 OCULISTICA	4	8
37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	18	15
38 OTORINOLARINGOIATRIA	8	9
40 PSICHIATRIA	13	1
43 UROLOGIA	18	14
49 TERAPIA INTENSIVA	24	32
64 ONCOLOGIA	12	3
07 CARDIOCHIRURGIA	18	18
12 CHIRURGIA PLASTICA	18	19
13 CHIRURGIA TORACICA	8	0
14 CHIRURGIA VASCOLARE	10	14
30 NEUROCHIRURGIA	12	12
58 GASTROENTEROLOGIA	18	23
68 PNEUMOLOGIA	8	14
73 TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	8	4
05 ANGIOLOGIA	4	1
11 CHIRURGIA PEDIATRICA	11	4
18 EMATOLOGIA	12	8
19 MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO	14	6
21 GERIATRIA	14	14
24 MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	16	17
29 NEFROLOGIA	8	1
33 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1	1
35 ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	3	2
50 UNITA' CORONARICA	12	10
52 DERMATOLOGIA	3	2
62 NEONATOLOGIA	7	8
71 REUMATOLOGIA	3	2
82 TERAPIA DEL DOLORE	4	1
56 RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	12	3
60 LUNGODEGENZA	8	2

L'anno 2025 si è concluso facendo registrare una consistenza complessiva del personale in servizio pari a 2.332 unità distinte tra personale a tempo indeterminato e determinato nei seguenti profili professionali: (di cui 2077 dipendenti a tempo indeterminato, 255 dipendenti a tempo determinato) dei seguenti profili professionali:

PROFILI	Personale in servizio al 31/12/2025		
	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Totale
Dirigenza Medica univ.	199		199
dirigenza Med. SSN	362	36	398
Dirigenza San. Univ.	27	0	27
Dirigenza San. SSn	29	0	29
Dirigenza PTA Univ.	10		10
Dirigenza PTA ssn	19	3	22
<b>Totale Area Dirigenza</b>	<b>645</b>	<b>39</b>	<b>684</b>
Personale Infermieristico	723	152	875
Personale OSS	234	35	269
Personale Tecn. Sanitario	129	17	146
Peronale Amm.vo	161	5	166
Personale tecnico	115	7	122
Altro personale di comparto	70		70
<b>Totale personale Comparto</b>	<b>1432</b>	<b>216</b>	<b>1648</b>
<b>Tot. Dirigenza + Comparto</b>	<b>2077</b>	<b>255</b>	<b>2332</b>

L'Atto Aziendale dell'AOUP Giaccone prevede che l'attività assistenziale sia organizzata nei seguenti sette Dipartimenti ad attività integrata di natura strutturale, ai quali possono afferire funzionalmente strutture presenti in altri Dipartimenti:

1. DAI Chirurgico (con afferenze funzionali e un raggruppamento di strutture che confluirà nel Dipartimento ad attività integrata interaziendale funzionale Materno-Infantile)
2. DAI Diagnostica di Laboratorio
3. DAI Emergenza-Urgenza (con afferenze funzionali)
4. DAI Medico (con afferenze funzionali)
5. DAI Oncologia e Sanità Pubblica (con afferenze funzionali)
6. DAI Radiologia Diagnostica, Interventistica e Stroke (con afferenze funzionali)
7. DAI Riabilitazione, Fragilità e Continuità Assistenziale (con afferenze funzionali)

A supporto dell'attività assistenziale, sono presenti strutture in staff che costituiscono il supporto operativo della direzione aziendale per le azioni strategiche e per lo sviluppo delle esigenze di coordinamento e standardizzazione dei processi, nonché per il governo delle azioni comunicative e informative.

Oltre ai sette DAI, è presente un Dipartimento Amministrativo con funzioni di supporto al

Direttore Amministrativo nella formulazione delle strategie di competenza, articolato nelle seguenti cinque Aree:

1. Area Affari Generali
2. Area Economico-Finanziaria e Patrimoniale
3. Area Provveditorato
4. Area Risorse Umane
5. Area Tecnica

## **2.2 Criticità riscontrate e principali risultati raggiunti**

L'avvio dei lavori finanziati nell'ambito del PNRR, connessi in particolare agli interventi di adeguamento antisismico e all'implementazione delle misure antincendio presso il Policlinico "Paolo Giaccone", ha determinato significative criticità di natura logistica, organizzativa e assistenziale. Tali interventi hanno infatti reso necessario il temporaneo trasferimento di ambulatori, reparti e attività sanitarie, incidendo sulla disponibilità degli spazi interni, sulla rimodulazione delle aree di degenza e sulla capacità delle strutture aziendali di garantire pienamente i volumi di attività programmati. La stessa AOUP ha provveduto a dare comunicazione tempestiva del temporaneo spostamento di alcuni ambulatori e reparti, precisando al contempo l'impegno della Direzione Strategica a ridurre al minimo i disagi per pazienti e familiari.

In tale contesto, le difficoltà non hanno riguardato soltanto la gestione fisica degli spazi, ma anche la continuità assistenziale delle unità operative maggiormente coinvolte. In particolare, per gli interventi di miglioramento sismico dell'edificio 25, sede di attività di degenza di Medicina Interna e Geriatria, l'AOUP ha rilevato la necessità di delocalizzare temporaneamente tali attività, anche in ragione dell'impossibilità di ricollocarle integralmente presso altri siti aziendali o strutture pubbliche cittadine. Per contenere l'impatto sulla capacità ricettiva e limitare la rimodulazione dei posti letto, l'Azienda ha quindi fatto ricorso, ove possibile, a soluzioni convenzionali con strutture private accreditate, come nel caso della Casa di Cure Villa Serena S.p.A., individuata quale struttura idonea ad assicurare il fabbisogno di 31 posti letto destinati ai pazienti ricoverati o ricoverandi presso le UU.OO.CC. di Medicina Interna e Geriatria. La convenzione ha previsto, inoltre, specifici obblighi organizzativi a carico dell'AOUP, tra cui la presenza del personale medico, infermieristico e di supporto con copertura h24, la fornitura di farmaci e materiale sanitario e il trasporto dei pazienti da e verso la Casa di Cura, a conferma della finalità di garantire la continuità del servizio pubblico essenziale durante la fase di cantiere.

Nell'ambito della valutazione della performance 2025 è stato considerato un ulteriore fattore correttivo connesso al blocco temporaneo dei ricoveri programmati, ad eccezione dei ricoveri oncologici e dei ricoveri rientranti nella classe di priorità A.

Tale misura si è resa necessaria in relazione alle criticità organizzative e assistenziali determinate dal sovraffollamento del Pronto Soccorso, che ha comportato l'esigenza di garantire prioritariamente la presa in carico dei pazienti urgenti e non differibili, preservando la sicurezza dei percorsi clinico-assistenziali e la disponibilità di posti letto per le situazioni a maggiore complessità.

Il blocco dei ricoveri programmati ha tuttavia prodotto effetti sui volumi di attività delle strutture interessate, incidendo in particolare sulla possibilità di assicurare la piena realizzazione dell'attività programmata in regime ordinario e sul conseguimento degli obiettivi collegati allo smaltimento delle liste d'attesa per ricovero. La ridotta capacità di procedere alla chiamata dei pazienti già inseriti in lista ha infatti determinato un rallentamento dei percorsi programmati, pur in presenza di una domanda assistenziale già definita e di attività potenzialmente erogabile.

Questa criticità ha confermato la necessità di mantenere un costante monitoraggio dell'equilibrio tra attività urgente e attività programmata, rafforzando le azioni di governo dei posti letto, di gestione dei flussi in uscita dal Pronto Soccorso e di recupero dell'attività programmata non effettuata, con particolare attenzione alle liste d'attesa di ricovero ordinario.

Nel corso del 2025 l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo ha comunque cercato di proseguire il proprio percorso di consolidamento organizzativo, innovazione clinico-assistenziale e rafforzamento della missione integrata di cura, ricerca e formazione.

L'Azienda è stata orientata al miglioramento continuo della qualità dei servizi, alla valorizzazione delle competenze professionali e allo sviluppo di modelli assistenziali sempre più specialistici e multidisciplinari.

Un primo asse rilevante riguarda il potenziamento dell'offerta sanitaria.

Nel 2025 sono stati inaugurati **14 posti letto di terapia sub-intensiva di area medica e area critica**, destinati a rafforzare la capacità di risposta del Policlinico nei confronti dei pazienti complessi e dei bisogni assistenziali ad alta intensità. Tale intervento rappresenta un indicatore concreto di investimento nella sicurezza delle cure, nella continuità assistenziale e nella gestione dei percorsi clinici a maggiore complessità.

Particolare rilievo assume anche lo sviluppo di servizi specialistici e innovativi.

Nell'area pneumologica, il Policlinico ha annunciato *l'attivazione di due nuovi ambulatori dedicati alla BPCO*, uno per le terapie biologiche e uno per la valutazione del rischio cardiopolmonare, con l'obiettivo di rispondere in modo più mirato alle esigenze dei pazienti cronici e del territorio.

In ambito oncologico, l'Azienda ha inoltre confermato il proprio posizionamento di eccellenza, sia attraverso l'ingresso dell'UOC di Oncologia Medica nella rete scientifica ITA NET per i tumori neuroendocrini, sia con il rinnovo del riconoscimento ESMO come centro di oncologia integrata e cure palliative per il triennio 2026-2028.

Sul piano dell'innovazione e della medicina di precisione, il 2025 ha visto iniziative significative come il nuovo *Laboratorio di genetica oncologica*, presentato come strumento utile a ridurre i cosiddetti "viaggi della speranza" e a rafforzare i percorsi assistenziali dedicati ai pazienti oncologici.

A ciò si aggiungono riconoscimenti e progettualità nel campo dell'intelligenza artificiale applicata alla medicina, in particolare nella lotta ai tumori del fegato, che confermano la vocazione del Policlinico verso ricerca traslazionale, innovazione tecnologica e applicazione clinica delle nuove conoscenze.

Un ulteriore ambito di performance riguarda la formazione e lo sviluppo delle competenze. L'inaugurazione del Centro di Simulazione in Area Medica ad Alta Fedeltà SIM.TRA.C.C. (Simulation and Training Center in Critical Care) rappresenta un investimento strategico nella formazione di studenti, specializzandi e professionisti sanitari, consentendo l'apprendimento in ambienti realistici e sicuri prima dell'attività sul paziente reale. Questo intervento rafforza la funzione universitaria del Policlinico e contribuisce alla qualità complessiva dell'assistenza, perché collega formazione, sicurezza del paziente e aggiornamento professionale.

Dal punto di vista organizzativo, il 2025 è stato caratterizzato da azioni di rafforzamento del capitale umano. Il Policlinico ha avviato procedure di stabilizzazione per 145 figure professionali e ha dato evidenza anche alla firma di contratti per nove figure dirigenziali delle aree medica e tecnico-amministrativa. Tali interventi si collocano in una logica di consolidamento degli assetti organizzativi, continuità operativa e valorizzazione delle professionalità interne, elementi centrali per il raggiungimento degli obiettivi di performance aziendale.

Infine, l'Azienda ha sviluppato iniziative di collaborazione istituzionale e integrazione con il territorio. Tra queste si segnala il protocollo d'intesa con l'ASP di Palermo per rafforzare i

percorsi assistenziali dedicati a pazienti affetti da malattie rare, nonché l'accordo di collaborazione scientifica con ARPA Sicilia sui temi della tutela della salute e dell'ambiente. Queste iniziative evidenziano un approccio alla performance non limitato alla sola produzione sanitaria, ma esteso alla costruzione di reti, alla prevenzione, alla ricerca e alla presa in carico integrata.

Nel complesso, le evidenze pubblicate nel 2025 mostrano un Policlinico impegnato nel rafforzamento della propria capacità assistenziale, nella qualificazione dei percorsi clinici, nell'innovazione tecnologica e nella valorizzazione del personale e tali elementi possono essere letti come dimensioni qualificanti della performance aziendale: efficienza organizzativa, qualità delle cure, innovazione, integrazione ospedale-università-territorio e centralità del paziente.

Il ciclo della performance è stato avviato a Gennaio 2025 con gli incontri di negoziazione degli obiettivi svolti con i Direttori dei Dipartimenti assistenziali relativi a tutte le Unità Operative Complesse e le Unità Operative Semplici Dipartimentali.

I suddetti incontri hanno permesso il confronto tra gli attori della performance e la sintesi tra gli intenti del livello strategico (direzione strategica) e il livello operativo (centri di responsabilità) e la definizione dei valori attesi per ciascun obiettivo.

Di seguito i principali dati di attività dell'anno 2025 a confronto con quelli degli anni precedenti:

Indicatore	Anno 2025	Anno 2024	Anno 2023	Anno 2022	Anno 2021	Differenza assoluta 2025/2024	Differenza% 2025/2024
Numero ricoveri ordinari	15.489	15.889	15.186	13.588	12.269	-400	-2,52%
Peso medio DRG medici ricoveri ordinari	1,01	1,01	1,02	1,04	1,05	0	0,00%
Degenza media ricoveri ordinari	8,9	9,1	9,3	9,2	9,7	-0,2	-2,20%
Interventi chirurgici ordinari	9.996	10.061	9.497	8.317	7.400	-65	-0,65%
Degenza media preoperatoria	2,4	2,5	2,7	2,8	3	-0,1	-4,00%
Peso medio DRG chirurgici ricoveri ordinari	1,91	1,93	1,98	1,97	1,88	-0,02	-1,04%
<b>Totale rimborsi attività ricovero ordinario</b>	<b>€ 76.792.272</b>	<b>€ 77.856.681</b>	<b>€ 75.410.000</b>	<b>€ 68.178.792</b>	<b>€ 60.193.890</b>	<b>-€ 1.064.409</b>	<b>-1,37%</b>
Numero ricoveri diurni	4.479	4.485	4.831	4.101	3.528	-6	-0,13%
Peso medio DRG medici ricoveri diurni	0,76	0,72	0,74	1,04	0,84	0,04	5,56%
Interventi chirurgici diurni	2.759	2.802	3.110	2.742	2.243	-43	-1,53%
Peso medio DRG chirurgici ricoveri diurni	1,04	1	1,05	0,96	0,93	0,04	4,00%
<b>Totale rimborsi attività ricovero diurno</b>	<b>€ 5.383.607</b>	<b>€ 5.120.385</b>	<b>€ 5.311.499</b>	<b>€ 4.681.970</b>	<b>€ 3.719.457</b>	<b>€ 263.222</b>	<b>5,14%</b>
Numero ricoveri in day service	14.035	14.682	14.039	10.480	9.247	-647	-4,41%
Interventi in day service	10.963	10.597	9.941	6.684	6.370	366	3,45%
Peso medio PAC medici (DRG) in day service	0,78	0,70	0,74	0,8	0,76	0,08	11,43%
Peso medio PAC chirurgici in day service	0,8	0,75	0,77	0,75	0,76	0,05	6,67%
<b>Totale rimborsi attività in day service</b>	<b>€ 7.358.176</b>	<b>€ 7.029.130</b>	<b>€ 6.754.960</b>	<b>€ 4.922.744</b>	<b>€ 4.729.943</b>	<b>€ 329.046</b>	<b>4,68%</b>
Numero prestazioni ambulatoriali	455.515	492.285	459.290	380.977	292.506	-36.770	-7,47%
<b>Totale rimborsi attività ambulatoriale</b>	<b>€ 11.054.448</b>	<b>€ 10.723.903</b>	<b>€ 11.707.065</b>	<b>€ 10.110.145</b>	<b>€ 8.482.473</b>	<b>€ 330.545</b>	<b>3,08%</b>
Numero accessi al Pronto Soccorso	42.405	43.839	41.304	37.705	32.333	-1.434	-3,27%
<b>Totale rimborsi prestazioni in Pronto Soccorso</b>	<b>€ 3.507.216</b>	<b>€ 3.601.657</b>	<b>€ 3.310.996</b>	<b>€ 3.488.323</b>	<b>€ 3.855.471</b>	<b>-€ 94.441</b>	<b>-2,62%</b>

Come si evince dai dati sopra riportati nel corso 2025 si è registrato una lieve flessione dell'attività sia di ricovero ordinario, che di DH con una conseguente riduzione dei rimborsi rispetto all'anno 2024, ciò dovuto principalmente alla riduzione dei posti letto a causa dei lavori per il PNRR.

## 2.3 Criticità e opportunità del Ciclo di Gestione della Performance

Nel corso del 2025 sono state potenziate le azioni già intraprese nel 2024 dedicate alla riduzione delle liste d'attesa per i ricoveri in ambito chirurgico, in sinergia con i Direttori dei Dipartimenti, che hanno coordinato le unità operative, al fine di garantire la bonifica delle liste d'attesa, aggiornando le posizioni dei diversi assistiti.

Di seguito si riportano i valori registrati relativi agli obiettivi Esiti previsti dagli Obiettivi di Salute e Funzionamento dei Servizi e Assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute ai Direttori Generali:

- **Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI:** esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-1 giorno;
- **Parti cesarei:** riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate;
- **Frattura del femore:** tempestività dell'intervento per frattura femore over 65 anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-2 giorni;
- **Colecistectomia laparoscopica:** proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni.

Obiettivo Esiti	Target	Gennaio- Dicembre 2025	Gennaio- Dicembre 2024
		Valore raggiunto	Valore raggiunto
STEMI - P.T.C.A.	Minimo 60% Target 82%	82,2	91.5
Parti cesarei primari	atteso 20% max 30%	33	37.5
Frattura di femore	min 60% atteso 96%	79	64.5
Colecistectomia Laparoscopica (dimissione in III gg)	min 70% atteso 96%	82,5	82.7

Come si evince dai dati sopra riportati per quanto attiene gli obiettivi esiti, c'è stato un sostanziale miglioramento su alcuni obiettivi, quale quello relativo ai parti cesari e alle fratture di femore che erano gli obiettivi che erano risultati più critici nell'anno 2024.

## 2.4 Il P.I.A.O. 2025-2027

L'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n.113 ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino entro il 31 Gennaio di ogni anno, il PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (P.I.A.O.).

Il PIAO persegue un duplice obiettivo di integrazione di tutti gli atti di pianificazione perseguendo l'ottica dell'unitarietà e della semplificazione privilegiando una logica di valutazione tesa alla misurazione del valore pubblico generato espresso in termini sanitari, sociali, ambientali, economici,

pertanto un'ottica multidimensionale capace di restituire una valutazione sistemica dell'impatto dell'organizzazione sui portatori di interesse dell'organizzazione.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" ha adottato il PIAO 2025-2027 approvato con Delibera n. 90/2025 del 31.01.2025.

Il presente piano, che raccoglie e integra tutte le linee di indirizzo previste nei piani già approvati precedentemente, intende supportare i processi decisionali, favorendo la coerenza tra risorse e obiettivi, in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti e indiretti; migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'organizzazione, guidando i percorsi realizzativi e i comportamenti dei singoli; comunicare anche all'esterno ai propri portatori di interesse (stakeholder) priorità e risultati attesi.

Il Piano sviluppa quindi le linee di indirizzo strategiche e programmatiche dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" per il triennio 2026-2028 ed è stato aggiornato in coerenza con gli indirizzi di programmazione strategica regionale e con le modifiche del contesto di riferimento, nonché delle modalità interne di funzionamento dell'Azienda.

Il PIAO ha una durata triennale con aggiornamento annuale.

Quale strumento di accountability, attraverso il piano, l'azienda definisce i suoi obiettivi di performance; la sua strategia di organizzazione e gestione del capitale umano, gli strumenti di trasparenza e anticorruzione, le strategie di semplificazione e gli strumenti di monitoraggio degli obiettivi assegnati, in omaggio ai principi di coinvolgimento tale strumento favorisce la piena consapevolezza del contributo professionale del singolo operatore alla realizzazione della mission aziendale e migliora la qualità del servizio reso agli stakeholder .

Il Piano approvato è articolato in quattro sezioni:

- Scheda Anagrafica dell'Amministrazione;
- Valore pubblico, performance e anticorruzione;
- Organizzazione e capitale umano;
- Monitoraggio

Per cui visti i contenuti sopra citati il Piano ha assorbito:

- Il Piano della performance
- Piano per Razionalizzare l'utilizzo delle Dotazioni Strumentali (P.R.S.D.);
- Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.);
- Il Piano organizzativo del lavoro agile (P.O.L.A.);
- Il Piano triennale dei fabbisogni di personale (P.F.P);
- Il Piano Formativo aziendale (P.A.F.).

### 3. Obiettivi assegnati e misurazione dei risultati

#### 3.1 L'albero della performance

L'albero della performance, sviluppato nel PIAO 2025-2027 è una mappa logica che permette attraverso una rappresentazione grafica di evidenziare il collegamento tra mandato istituzionale, mission, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi.

Oltre ai vincoli ed ai limiti imposti dalle disposizioni nazionali e regionali di natura finanziaria, vanno considerate le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotte in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai dirigenti, cui viene correlato il sistema premiante di tutto il personale. A ciascun obiettivo operativo, opportunamente pesato, viene associato indicatore, target, responsabilità e articolazione temporale di realizzazione.



#### 3.2 Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici, di seguito riportati, rappresentano i macro-obiettivi che l'Azienda intende perseguire.

- Obiettivi Strategici di Performance Economica si focalizzano sul raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario, puntando sull'efficienza e l'economicità delle principali voci di spesa, quali ad es. personale, farmaceutica, servizi.
- Obiettivi Strategici di Governo Clinico puntano alla riqualificazione e alla valorizzazione dell'offerta assistenziale, per offrire servizi efficaci, efficienti e di qualità tenendo conto della necessità di garantire l'appropriatezza delle prestazioni nei setting assistenziali adeguati e il governo delle liste di attesa.
- Obiettivi Strategici di Innovazione e Sviluppo Organizzativo rappresentano la macroarea più ampia ed eterogenea in quanto attengono agli investimenti, complessivamente intesi, che

garantiscono al sistema l'orizzonte di sviluppo e l'apertura all'innovazione;

- Obiettivi Strategici di Legalità e Trasparenza mirano alla prevenzione del rischio corruttivo e al miglioramento della fruibilità all'esterno delle informazioni prodotte dal portale aziendale "Amministrazione Trasparente", attraverso un'ampia collaborazione con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) nell'attuazione del Piano.

Il decreto legislativo del 25 maggio 2017, n. 74, ha introdotto una nuova articolazione degli obiettivi prevedendo la definizione di obiettivi specifici, programmati dalle singole amministrazioni su base triennale. Gli obiettivi specifici sono definiti da ciascuna amministrazione nel proprio Piano, in base alle priorità politiche e al quadro di riferimento nel quale l'amministrazione è chiamata ad agire nel triennio e nell'annualità successiva. Gli obiettivi sono corredati da indicatori e target che ne garantiscono la misurabilità.

L'AOUP per il 2025 ha definito gli obiettivi specifici, con riferimento:

- Obiettivi di salute e di funzionamento e obiettivi generali dei Direttori Generali delle AO, AOUP e IRCCS Bonino Pulejo assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute ai Direttori Generali.
- agli obiettivi di ricerca e didattica assegnati dal Rettore al Direttore Generale.

Gli Obiettivi di Salute e Funzionamento dei Servizi fanno riferimento ai seguenti ambiti:

1. Screening:
  - tumore della cervice uterina
  - tumore della mammella
  - tumore del colon retto
2. Esiti:
  - Frattura del femore
  - Parti cesari
  - Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI
  - Colecistectomia laparoscopica
3. Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa
4. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita
5. Pronto Soccorso – gestione del sovraffollamento
6. Donazione organi
7. Prescrizione in modalità dematerializzata
8. Fascicolo Sanitario Elettronico
9. Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C)
10. Piani di efficientamento e riqualificazione (P.E.R.)
11. Piani Attuativi Aziendali (P.A.A.):
  - Area qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti

- Area assistenza territoriale e integrazione sociosanitaria

Oltre agli obiettivi sopra descritti vi sono i seguenti obiettivi generale che vengono assegnati ai Direttori Generali che sono legati al funzionamento dell'amministrazione nella gestione contabile, negli approvvigionamenti, nella gestione delle risorse umane:

- Equilibrio di bilancio
- Tempi di attesa
- Contenimento spesa beni e servizi
- Contenimento della spesa farmaceutica
- Flussi informativi
- Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

#### Obiettivo EQUILIBRIO DI BILANCIO

- Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate con l'Assessore Regionale per la Salute

#### Obiettivo TEMPI DI ATTESA

- Osservanza degli adempimenti prescritti espressamente dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), predisposto in attuazione dell'Intesa- Stato/Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010/2022 di cui all'art. 1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n. 266 (PNGLA), al fine del superamento delle criticità connesse ai lunghi tempi di attesa.

#### Obiettivo CONTENIMENTO SPESA BENI E SERVIZI

- Rispetto della normativa vigente, di cui al Codice dei Contratti, per l'acquisto di beni e servizi. In particolare, fatte salve le gare centralizzate programmate (CUC e/o di Bacino), dovrà farsi ricorso esclusivamente alle procedure Consip e Me.Pa, ai sensi dell'art. 15, comma 13, lett d) della Legge 7 agosto 2012, n. 135 di conversione con modificazioni del decreto-legge 6 luglio 2012, n.95, per le categorie merceologiche ivi presenti e quantitativamente coerenti allo specifico fabbisogno e, comunque, nel rispetto della normativa vigente nazionale e regionale e dei relativi atti regolamentari e/o attuativi nel caso in cui i prezzi siano competitivi rispetto a quelli forniti da altri operatori
- In ogni caso, è fatto divieto al ricorso a procedure negoziate e di urgenza — con esclusione dei casi di privativa industriale
- non giustificato e sistematico ed il rinnovo di contratti in difetto di programmazione.

## Obiettivo CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA

- Rispetto delle risorse definite in sede di negoziazione per l'assistenza farmaceutica ospedaliera

## Obiettivo FLUSSI INFORMATIVI

- Osservanza degli obblighi in materia di "Flussi informativi", sia di istituzione nazionale che regionale, con particolare riguardo al rispetto dei tempi di trasmissione, alla qualità del dato, anche, in termini di coerenza con altre fonti informative e, di completezza, avuto riguardo tanto alle strutture di competenza dell'Azienda che alla periodicità di ciascun file, secondo i criteri di valutazione che saranno specificati con separato atto dell'Assessorato.

## Obiettivo PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

- Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione con specifico riferimento ai rischi corruttivi in sanità
- Osservanza degli obblighi di trasparenza di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016 n. 97, al fine di rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per i cittadini, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico

Inoltre, tra gli obiettivi strategici che l'AOUP si prefigge di raggiungere e che sono declinati in obiettivi operativi delle diverse UUOO, in particolare dell'Area Tecnico Amministrativa vi sono la realizzazione a regime di tutte le linee di intervento finanziate (Ammodernamento del parco tecnologico, digitalizzazione, lavori per adeguamento sismico e sovracup) in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza (PNRR).

Gli impegni assunti con il PNRR coinvolgono direttamente le pubbliche amministrazioni, e questa AOUP, ed incidono in modo significativo sull'innovazione e l'organizzazione e riguardano, in modo peculiare, il settore dei contratti pubblici.

In particolare in relazione al Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) del 30/5/2022, concernente la realizzazione degli interventi finanziati nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 e del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC), l'AOUP è delegata, in qualità di "Soggetto attuatore esterno", a svolgere le attività relativamente ai 21 interventi di propria competenza territoriale inseriti nel POR e suddivisi nelle seguenti linee di intervento:

- Digitalizzazione DEA
- Grandi Apparecchiature
- Ospedali sicuri e sostenibili PNRR
- Ospedali sicuri e sostenibili PNC

In particolare, per quanto riguarda l'intervento relativo alla digitalizzazione si fa presente che l'attuale programmazione Regionale ed Aziendale degli interventi ricadenti in questo ambito ha avuto lo scopo, anche ricorrendo alle risorse messe a disposizione del PNRR, di consolidare ed innalzare il livello medio di digitalizzazione dei vari processi diagnostici, clinici, assistenziali ed amministrativi all'interno delle singole strutture aziendali.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" ha avviato infatti un articolato programma di investimenti finalizzato alla digitalizzazione dei principali processi aziendali.

Gli interventi si articolano in dieci progettualità, di cui otto afferenti alla linea di investimento M6.C2.1.1.1.1 "Digitalizzazione DEA I e II livello" e due alla linea M6.C2.1.3.1 "Adozione e Utilizzo FSE da parte delle Regioni/Province Autonome", per un valore contrattuale complessivo di circa 10,66 milioni di euro (IVA inclusa), secondo il dettaglio riportato nella tabella seguente.

Fonte di finanziamento	CUP	CIG	Titolo intervento	Importo contrattuale (IVA inclusa)
PNRR M6C2 - 1.1.1.1 "Digitalizzazione DEA I e II livello"	I71C22000010009	A008347631	CCE, attività clinica di P.S. e dei blocchi operatori, servizi di farmacia integrati col SIO	3.579.200,62 €
PNRR M6C2 - 1.1.1.1 "Digitalizzazione DEA I e II livello"	I71B22000740009	98027350D5	Funzioni di PM: SIO, CUP, portale, identity management, ADT, MPI, order entry	596.453,99 €
PNRR M6C2 - 1.1.1.1 "Digitalizzazione DEA I e II livello"	I71C22000000009	A02E95A636	Sistemi informativi sanitari, interoperabilità dati sanitari, CUP e servizi al cittadino	1.948.294,56 €
PNRR M6C2 - 1.1.1.1 "Digitalizzazione DEA I e II livello"	I71C22000000009	A052DCD6AF	Servizi al cittadino in ambito sanitario	437.815,15 €
PNRR M6C2 - 1.1.1.1 "Digitalizzazione DEA I e II livello"	I76G22000250009	983599148C	Servizio di controllo sul traffico di rete incoming e outgoing con segnalazione di eventuali anomalie (attacchi informatici, virus, ..)	357.905,81 €

Fonte di finanziamento	CUP	CIG	Titolo intervento	Importo contrattuale (IVA inclusa)
PNRR M6C2 - 1.1.1.1 "Digitalizzazione DEA I e II livello"	I76F2200000009	A00835C785	Dematerializzazione delle cartelle cliniche cartacee per renderle fruibili via web e gestione centralizzata dei consensi	2.047.816,36 €
PNRR M6C2 - 1.1.1.1 "Digitalizzazione DEA I e II livello"	I71C23000420006	A00871AE14	Service management, supporto specialistico e monitoraggio dei sistemi on premise e in cloud	610.001,22 €
PNRR M6C2 - 1.1.1.1 "Digitalizzazione DEA I e II livello"	I76G22000260009	98518514A2	Workstation grafiche a supporto delle attività di refertazione	141.709,05 €
PNRR M6C2 - 1.3.1 "Adozione e Utilizzo FSE da parte delle Regioni/Province Autonome"	I71C23000470006	99506819B9	Servizio di firma digitale con Hub centralizzato, servizio di firma grafometrica per la raccolta del consenso informato, servizio di conservazione dei consensi e relativa assistenza software	163.528,80 €
PNRR M6C2 - 1.3.1 "Adozione e Utilizzo FSE da parte delle Regioni/Province Autonome"	I71C23000470006	9920548730	Servizi sistemistici e applicativi per l'alimentazione del FSE	775.064,78 €

Nell'ambito del percorso di digitalizzazione dei processi aziendali, avviato in coerenza con gli interventi finanziati dal PNRR, sono emerse delle criticità connesse all'avvio operativo del software CUP NGH e alla sua integrazione con altri applicativi aziendali.

Le criticità hanno riguardato l'interoperabilità con il sistema di radiologia e con la cartella clinica informatizzata, determinando una non completa intercettazione, nei flussi e nelle estrazioni utilizzate per la valutazione, di una quota di attività ambulatoriale effettivamente erogata.

La criticità evidenziata deve essere letta come una problematica propria della fase transitoria di implementazione dei nuovi strumenti digitali. Pertanto, pur tenendo conto degli effetti prodotti nell'anno di riferimento, si ritiene necessario proseguire con decisione nel percorso di messa a regime del sistema, attraverso il completamento delle integrazioni applicative, il consolidamento delle procedure di alimentazione dei flussi, il rafforzamento dei controlli di qualità del dato e la definizione di verifiche periodiche tra le strutture competenti.

Il pieno funzionamento a regime dei sistemi digitali rappresenta infatti una condizione essenziale per assicurare una rilevazione completa, tempestiva e affidabile dell'attività sanitaria erogata, nonché per supportare in modo più efficace i processi di programmazione, monitoraggio e valutazione della performance aziendale.

### **3.3 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi**

La modalità di assegnazione degli obiettivi operativi a partire da quelli strategici è definita dal nuovo “Regolamento del Sistema di Misurazione e di Valutazione della Performance del Personale dell’AOUP P. Giaccone”, in cui sono allegate le schede adottate per l’assegnazione/valutazione degli obiettivi.

Attraverso il processo annuale di budget, ciascuna unità organizzativa viene coinvolta nel conseguimento degli obiettivi strategico-direzionali tradotti in obiettivi operativi specifici per ciascuna struttura, misurati attraverso indicatori e aventi uno specifico peso per soddisfare requisiti che si riferiscono a tipologia, volume di prestazioni e qualità dei servizi offerti.

Gli obiettivi sono negoziati annualmente tra la Direzione Strategica, supportata dal Gruppo Budget, e i responsabili di struttura e a cascata tra ciascun responsabile di struttura e i dirigenti e il personale del comparto alla stessa appartenenti.

Gli obiettivi gestionali provvisori sono stati monitorati in corso d'anno, per fornire un'indicazione sull'andamento gestionale, e a fine anno, per determinare la percentuale di raggiungimento degli stessi cui viene associata la corresponsione della retribuzione di risultato.

La Direzione Strategica sostiene il processo e procede all'eventuale revisione degli obiettivi, se opportuna, qualora quanto negoziato, alla luce dei risultati infra-annuali, non sia più effettivamente realizzabile.

A Gennaio 2026, ciascun Responsabile di Struttura ha redatto una relazione annuale nella quale sono stati illustrati eventuali fattori ostativi al raggiungimento degli obiettivi assegnati, indipendenti dalla propria capacità gestionale.

Tale relazione viene utilizzata dalla Direzione per riconsiderare eventualmente positivamente la percentuale di raggiungimento di un determinato obiettivo, previa approvazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione del criterio adottato.

### **3.4 Obiettivi individuali**

Alla scheda con gli obiettivi organizzativi assegnata alla struttura/centro di responsabilità viene collegata una scheda con gli obiettivi individuali attribuiti ai dirigenti apicali.

Tale scheda di valutazione individuale viene sottoscritta, unitamente al dirigente valutato, dal responsabile di struttura sovraordinato (il Direttore Sanitario valuta i Direttori di Dipartimento e questi valutano i Direttori/Responsabili di UOC/UOSD afferenti al Dipartimento; il Direttore Amministrativo valuta il Direttore del Dipartimento Amministrativo che, a sua volta, valuta i

Direttori delle Aree amministrative).

Analogamente, all'interno delle unità organizzative, i Direttori/Responsabili di UOC/UOSD/Area assegneranno obiettivi individuali e, a consuntivo, misureranno i risultati raggiunti dal proprio personale (sia dirigenza che comparto).

Alla definitiva valutazione del personale si perviene con la combinazione dei valori concernenti sia la performance individuale sia quella organizzativa, quest'ultima scaturente dal processo di misurazione dei risultati conseguiti dalla struttura/centro di responsabilità.

La valutazione annuale ha rilevanza, oltre che ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato, anche ai fini dell'affidamento o del rinnovo di incarichi e delle progressioni di carriera e per ogni altra finalità prevista dal D.Lgs. 150/2009 e smi.

### **3.5 L'Organismo Indipendente di Valutazione**

Secondo quanto previsto dal comma 4, art. 14 del D. Lgs.150/2009, della Legge n. 190/2012, del D.Lgs n. 33/2013, del DPR n.105/2016 e del D. Lgs n.74/2017, l'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) è il soggetto preposto a sovrintendere e monitorare, garantendo la correttezza dell'intero processo, il sistema di misurazione e valutazione annuale dei risultati.

I principali compiti dell'OIV riguardano il monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni e l'elaborazione della Relazione annuale sullo stato dello stesso, la misurazione e valutazione della performance delle strutture aziendali, la validazione della relazione sulla performance e l'assicurazione della visibilità attraverso la pubblicazione sul sito aziendale, la proposta annuale della valutazione dei dirigenti di vertice, la graduatoria delle valutazioni individuali del personale dirigenziale e non, la promozione e l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza e integrità.

Si avvale, per il suo funzionamento, di una Struttura Tecnica Permanente di supporto all'OIV appositamente istituita con deliberazione del Direttore Generale. Può inoltre avvalersi del supporto di strutture interne per ottenere necessari strumenti di analisi e reporting. L'OIV comunica tempestivamente alla Direzione Aziendale eventuali criticità riscontrate.

Il Supporto della Struttura Tecnica Permanente è pienamente operativa da quando è stata conferita la nomina di Responsabile della Struttura con Delibera Nr. 1515 del 23/11/2023.

#### 4. La produzione assistenziale

Di seguito si analizzeranno le caratteristiche della produzione assistenziale erogata nel 2025 a confronto con quelle degli anni precedenti.

##### 4.1 Attività di Degenza

###### A) Regime ordinario

**Tabella 1: Trend Ricoveri Ordinari e Utilizzo dei posti letto**

Indicatore	2025	2024	2023	2022	2021	Differenza percentuale 2025/2024
RO - Numero di ricoveri	15.518	15.889	15.186	13.588	12.218	-2,33%
RO - Indice di occupazione media posto letto (%)	93,60%	93,70%	92,00%	83,10%	81,30%	-0,11%
RO - Indice di turnover in regime ordinario	1,07	1,07	1,10	1,21	1,22	0,00%
RO - Provincia di Palermo	12.928	13.344	12.968	11.606	10.391	-3,12%
	93,3%	84,0%	85,4%	85,4%	85,0%	11,11%
RO - Altre province ed extraregione	2.590	2.566	2.218	1.982	1.827	0,94%
	16,7%	16,1%	14,6%	14,6%	15,0%	3,35%

Come si può evincere dalla tabella sopra esposta si è registrato nel 2025 una riduzione del numero di ricoveri ordinari pari a – 2,33% rispetto al 2024 ma complessivamente il dato rispetto alle annualità 2021\_2023 ha avuto un trend positivo.

Si osserva altresì, una leggera flessione dell'occupazione media del posto letto, che indica il rapporto percentuale tra le giornate di degenza effettivamente utilizzate dai pazienti e le giornate di degenza tecnicamente disponibili, pari al – 0,11 % rispetto al 2024.

L'indice di turnover che misura il tempo medio, espresso in giorni, tra la dimissione di un paziente e la successiva ammissione di un altro, cioè il tempo medio durante il quale un posto letto resta inutilizzato, è rimasto uguale rispetto all'anno 2025, valore che comunque denota una sempre migliore capacità della struttura di far fronte alla domanda dell'utenza.

**Tabella 2: Modalità di accesso dei pazienti**

Indicatori	2025	2024	2023	2022	2021	Differenza% 2025/2024
Programmato con pre-ospedalizzazione	4678 (23,40 %)	4.277 (26,87%)	3.872 (25,5%)	3.868 (28,5%)	3.227 (26%)	9,38%
Programmato non urgente	6364 (31,83 %)	2.198 (13,81%)	1.705 (11,2%)	969 (7,1%)	853 (7%)	189,54%
Urgente	8950 (44,77 %)	9.441 (59,32%)	9.606 (63,3%)	8.751 (64,4%)	8.138 (67%)	-5,20%
<b>Totale</b>	<b>19.992</b>	<b>15.916</b>	<b>15.183</b>	<b>13.588</b>	<b>12.218</b>	<b>25,61%</b>

Il 23,40 % dei pazienti nel 2025 è stato ricoverato tramite un accesso programmato con pre-ospedalizzazione; il 31,83 % è stato ricoverato con un accesso programmato non urgente con un incremento significativo rispetto al 2024 e solo il 44,77 % è stato ricoverato in urgenza (5,20 % in meno rispetto all'anno precedente).

**Tabella 3: Variazione numero di dimessi per Area e per Tipo di DRG in regime ordinario**

	Indicatore	2025		2024		2023		2022		2021		Differenza assoluta 2025/2024	Differenza % 2025/2024
Area Medica	Tipo M	6.043	89,33%	6.481	90,90%	6.343	91,19%	5.614	91,15%	5.135	88,20%	-438	-6,76%
	Tipo C	722	10,67%	649	9,10%	613	8,81%	545	8,85%	687	11,80%	73	11,25%
	<b>Totale dimessi</b>	<b>6.765</b>	<b>100,00%</b>	<b>7.130</b>	<b>100,00%</b>	<b>6.956</b>	<b>100,00%</b>	<b>6.159</b>	<b>100%</b>	<b>5.822</b>	<b>100%</b>	-365	-5,12%
Area Chirurgica	Tipo C	6.701	80,74%	6.491	79,78%	5.960	79,24%	5.350	77,74%	4.998	78,14%	210	3,24%
	Tipo M	1.598	19,26%	1.645	20,22%	1.561	20,76%	1.532	22,26%	1.398	21,86%	-47	-2,86%
	<b>Totale dimessi</b>	<b>8.299</b>	<b>100,00%</b>	<b>8.136</b>	<b>100,00%</b>	<b>7.521</b>	<b>100,00%</b>	<b>6.882</b>	<b>100%</b>	<b>6.396</b>	<b>100%</b>	163	2,00%

La tab. 3 mostra i volumi dei dimessi in regime ordinario divisi per area medica e chirurgica; all'interno di ciascuna area, sono stati suddivisi i DRG in medici e chirurgici.

Le UUOO sono classificate in chirurgiche o mediche in base al proprio compito istituzionale, tuttavia, è possibile rilevare DRG chirurgici in unità operative di tipo medico e viceversa.

Rispetto al 2024, si osserva una riduzione totale dei dimessi dell'Area Medica, coerentemente con la riduzione dei posti letto dovuta ai lavori del PNRR e solo parzialmente compensata dall'incremento dei dimessi dell'area Chirurgica rispettivamente pari a -5,12% per l'Area Medica e 2% per l'Area Chirurgica.

**Tabella 4: Rapporto tra durata media della degenza e complessità in termini di peso medio DRG**

Indicatore	2025	2024	2023	2022	2021	Differenza assoluta 2025/2024	Differenza % 2025/2024
RO - Degenza media	8,9	9,1	9,3	9,2	9,7	-0,20	-2,20%
RO - Peso medio dei DRG	1,46	1,44	1,47	1,47	1,43	0,02	1,39%
RO - Degenza media pre-operatoria	2,4	2,5	2,7	2,8	3	-0,10	-4,00%
RO - Rapporto D.M. / Peso Medio DRG	6,09	6,32	6,33	6,26	6,78	-0,23	-3,63%

Rispetto al 2024, la durata media della degenza si è ridotta leggermente e il peso medio dei DRG è invece aumentato.

Il rapporto tra la degenza media e la complessità, espressa dal peso medio DRG, è un importante indicatore che nel 2025 evidenzia un maggior grado di efficienza della struttura nel gestire pazienti con rilevante complessità in tempi di degenza ridotti.

**Tabella 5 - Rapporto tra degenza e peso medio suddiviso per Area**

	Indicatore	2025	2024	2023	2022	2021	Differenza assoluta 2025/2024	Differenza % 2025/2024
<b>Area Chirurgica</b>	Degenza media	7,02	7,5	7,6	7,5	8	-0,48	-6,4%
	Peso medio DRG	1,53	1,51	1,55	1,54	1,47	0,02	1,3%
	D.M. / Peso medio DRG	4,6	4,97	4,90	4,87	5,44	-0,37	-7,4%
<b>Area Medica</b>	Degenza media	10,7	10,5	10,5	10,4	11,6	0,23	2,2%
	Peso medio DRG	1,27	1,26	1,25	1,26	1,39	0,01	0,8%
	D.M. / Peso medio DRG	8,43	8,32	8,41	8,29	8,35	0,11	1,4%

*N.B. - Non sono considerate le unità di lungodegenza e terapia intensiva*

La tab. 5 analizza lo stesso indicatore della tab. 4 distinto per Area chirurgica e medica.

**Tabella 6: Caratteristiche della produzione chirurgica in regime ordinario**

Indicatore	2025	2024	2023	2022	2021	Differenza assoluta 2025/2024	Differenza % 2025/2024
RO - DRG chirurgici prodotti dalle chirurgie (N°)	6701	6.491	5.960	5.350	4.998	210,00	3,24%
RO - Peso medio DRG chirurgici solo chirurgie	1,74	1,73	1,79	1,79	1,71	0,01	0,58%
RO - Indice chirurgico medio delle chirurgie (%)	80,74%	79,8%	79,5%	78,0%	78,0%	0,01	1,20%
RO - DRG medici dimessi dalle chirurgie	1598	1645	1561	1532	1398	-47,00	-2,86%

L'indice di complessità delle UUOO chirurgiche registra nel 2025 un lieve aumento rispetto al 2024.

**Tabella 7: Distribuzione della produzione chirurgica per fasce di complessità in regime ordinario**

Complessità	2025		2024		2023		2022		2021		Differenza 2025/2024	Differenza % 2025/2024
Peso <= 1,000	3125	31,39%	2.296	30,29%	2.063	29,50%	1.936	30,98%	1.837	32,31%	829	36,11%
1,000 < Peso <= 1,5	1643	16,50%	1.326	17,49%	1.227	17,54%	1.136	18,18%	1.009	17,75%	317	23,91%
1,500 < Peso <= 2,5	2542	25,53%	2.213	29,20%	1.967	28,12%	1.620	25,92%	1.585	27,88%	329	14,87%
Peso > 2,500	2646	26,58%	1.745	23,02%	1.737	24,84%	1.558	24,93%	1.254	22,06%	901	51,63%
<b>Totale</b>	<b>9.956</b>	<b>100,00%</b>	<b>7.580</b>	<b>100,00%</b>	<b>6.994</b>	<b>100,00%</b>	<b>6.250</b>	<b>100,00%</b>	<b>5.685</b>	<b>100,00%</b>	<b>2.376</b>	<b>31,35%</b>

Nella tab.7 la produzione chirurgica è distribuita in quattro fasce di complessità, tarate sull'assorbimento prospettico delle risorse, vale a dire in base al "peso medio".

L'analisi dei dati mostra un aumento di tutte le fasce ma in particolare si registra un aumento totale pari al 23,87 % rispetto all'anno 2024 legato principalmente all'aumento del peso medio complessivo dei DRG Chirurgici trattati.

## B) Regime Diurno: DH e DSAO

**Tabella 8: Indicatori della produzione in regime diurno**

Indicatori	2025	2024	2023	2022	2021	Differenza % 2025/2024
DH - Numero ricoveri	4479	4.485	4.831	3.939	3.252	-0,13%
DH - Peso medio dei DRG	0,9	0,88	0,9	0,86	0,84	2,27%
DH - Numero dei DRG chirurgici	2237	2.231	2.253	2.225	1.743	0,27%
DH - Numero dei DRG medici	2227	1.633	2.087	1.643	1.391	36,37%
DH - DRG di un giorno (%)	18,6	16	18,6	16,8	16,6	16,25%
<b>DH - Totale rimborsi</b>	<b>5.383.607</b>	<b>5.120.385</b>	<b>5.311.499</b>	<b>4.681.970</b>	<b>3.757.613</b>	<b>5,14%</b>

**Tabella 9: Indicatori della produzione in regime di SDAO**

Indicatori	2025	2024	2023	2022	2021	Differenza % 2025/2024
DS - Numero di ricoveri in day service	14.035	14.682	14.069	10.496	9.168	-4,41%
DS - Totale rimborsi SDAO	7.357.376	7.029.130	6.754.960	4.896.756	4.775.039	4,67%
DS - Numero di SDAO medici	6.391	6.926	7.057	5.894	4.186	-7,72%
DS - Numero di SDAO chirurgici	6.240	5.811	5.928	3.712	4.262	7,38%

I dati relativi all'attività svolta in regime di Day hospital mostrano una riduzione del numero di ricoveri in DH rispetto al 2024 a cui corrisponde un aumento del peso medio dei DRG e contestuale aumento dei rimborsi stimati in + 5,14 %.

Il numero dei Day Service al contempo ha registrato una flessione di -4,41% rispetto allo scorso anno anche questo legato alla riduzione degli spazi assistenziali per effetto dei lavori del PNRR.

### C) Attività di Pronto Soccorso

Particolarmente rilevante è l'impegno dell'Azienda in favore dei cittadini che necessitano di prestazioni di emergenza e urgenza.

Tali prestazioni non comprendono soltanto l'attività del Pronto Soccorso ma richiedono l'intervento integrato di numerose altre unità operative mediche e chirurgiche e ovviamente l'indispensabile supporto dei servizi per la diagnostica di laboratorio e radiologica.

**Tabella 10: Trend degli accessi al Pronto Soccorso**

Indicatore	2025	2024	2023	2022	2021	Differenza assoluta 2025/2024	Differenza % 2025/2024
Numero accessi al Pronto Soccorso	42.405	43.839	41.304	37.711	32.333	-1.434	-3,3%
Numero prestazioni in Pronto Soccorso	506.578	525.719	529.698	480.143	390.779	-19.141	-3,6%
Totale rimborsi in Pronto Soccorso	3.507.216,00 €	3.601.657,00 €	3.310.996,28 €	3.488.323,00 €	3.855.471,00 €	-94.441	-2,6%

**Tabella 11: Distribuzione Dimissioni**

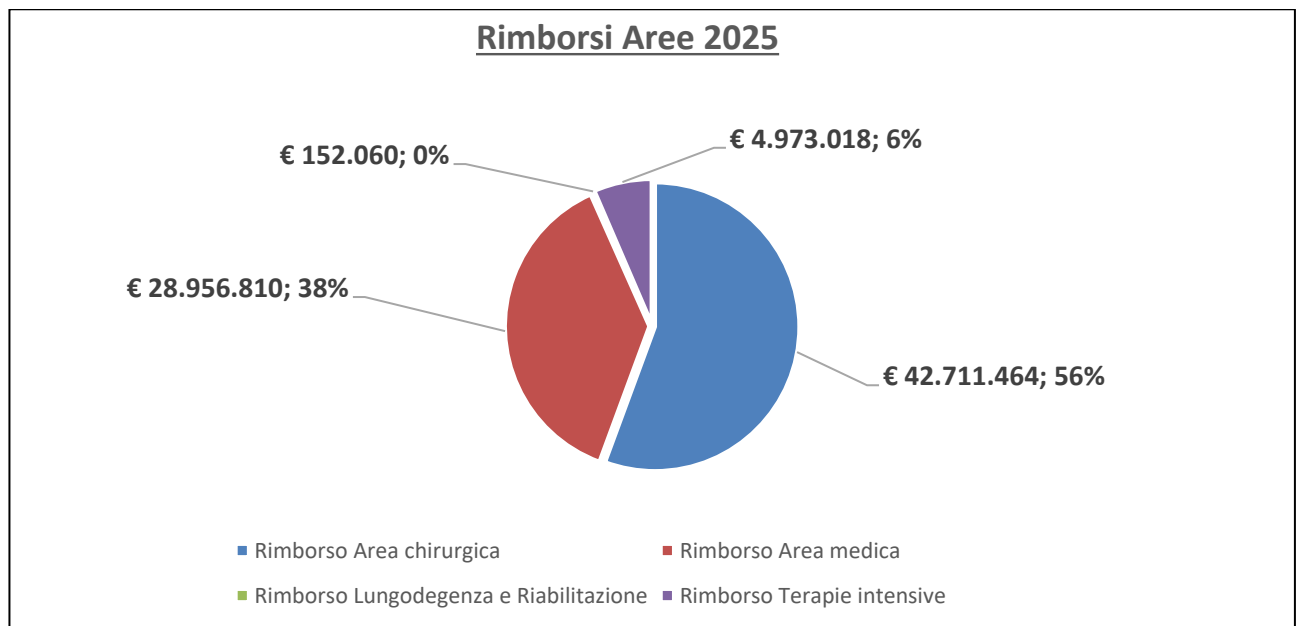
Esito dimissione	2025		2024		2023		2022		2021		Differenza % 2025/2024
Dimesso	18.730	44,17%	18.541	42,30%	18.882	45,72%	18.951	50,26%	17.163	45,52%	1,02%
Abbandono spontaneo	7.592	17,90%	8.727	19,91%	5.740	13,90%	4.193	11,12%	3.822	10,14%	-13,01%
Ricoverato	6.467	15,25%	6.718	15,33%	6.819	16,51%	5.780	15,33%	5.250	13,92%	-3,74%
Ambulatorio della struttura	7.751	18,28%	7.770	17,73%	7.582	18,36%	6.297	16,70%	3.949	10,47%	-0,24%
Rifiuto ricovero	1.623	3,83%	1.879	4,29%	2.118	5,13%	2.039	5,41%	1.840	4,88%	-13,62%
Trasferito altra struttura	198	0,47%	170	0,39%	128	0,31%	410	1,09%	271	0,72%	16,47%
Deceduto	37	0,09%	29	0,07%	26	0,06%	33	0,09%	30	0,08%	27,59%
Giunto cadavere	4	0,01%	2	0,00%	1	0,00%	2	0,01%	8	0,02%	100,00%
<b>Totale</b>	<b>42.402</b>	<b>100%</b>	<b>43.836</b>	<b>100%</b>	<b>41.296</b>	<b>100%</b>	<b>37.705</b>	<b>100%</b>	<b>32.333</b>	<b>86%</b>	<b>-3,27%</b>

## D) La valorizzazione economica dell'attività assistenziale

**Tabella 12: Valore economico della produzione in regime ordinario e partecipazione delle varie aree**

Indicatore	2025	2024	2003	2022	2021	Differenza assoluta 2025/2024	Differenza% 2025/2024
Rimborso Area chirurgica	€ 42.711.464	€ 41.726.475	€ 40.313.413	€ 36.742.259	€ 27.969.685	€ 984.989	2,4%
Rimborso Area medica	€ 28.956.810	€ 29.584.989	€ 28.400.900	€ 25.630.685	€ 22.746.184	-€ 628.179	-2,1%
Rimborso Lungodegenza e Riabilitazione	€ 152.060	€ 135.571	€ 100.254	€ 6.622	€ 22.792	€ 16.489	12,2%
Rimborso Terapie intensive	€ 4.973.018	€ 6.409.646	€ 6.607.877	€ 5.799.227	€ 4.938.263	-€ 1.436.628	-22,4%
<b>Rimborsi totali</b>	<b>€ 76.793.352</b>	<b>€ 77.856.681</b>	<b>€ 75.422.444</b>	<b>€ 68.178.793</b>	<b>€ 55.676.924</b>	<b>-€ 1.063.329</b>	<b>-1,4%</b>
Incidenza rimborso Area chirurgica su totale	55,6%	53,59%	53,45%	53,89%	50,24%	2,02%	3,8%
Incidenza rimborso Area medica su totale	37,7%	38,00%	37,66%	37,59%	40,85%	-0,29%	-0,8%

La scomposizione dei volumi di attività tra le varie Aree secondo tariffa dei DRG è illustrata nella tab. 12, alimentata dai dati di produzione estratti dal report "ICD9CM" (non tiene conto di abbattimenti per inappropriatezza).



Rispetto al 2024, si è osservato una riduzione complessiva della valorizzazione economica derivante dall'attività erogata in regime di ricovero ordinario pari ad € -1.063.329 (-1,4%).

L'Area chirurgica e quella medica partecipano rispettivamente per il 55,6% e per il 37,7% al conseguimento del risultato dell'Azienda.

## 5. Valutazione Obiettivi Anno 2025 Dipartimenti

OBIETTIVI ASSEGNATI DIPARTIMENTO 99.01.0 – DIPARTIMENTO AD ATTIVITA' INTEGRATA CHIRURGICO						
Nr.	Area di intervento	Obiettivo assegnato	Indicatore di risultato	Risultato atteso	Risultato raggiunto	% raggiungimento
1	Produzione assistenziale	Ottimizzazione produzione in ricovero ordinario	N° dimessi RO	6.825	7.067	100%
		Ottimizzazione produzione in day hospital	N° dimessi DH	1.560	1.848	100%
		Ottimizzazione produzione in day service	N° DS	3.665	2.825	77%
		Incremento complessità casistica trattata	Peso medio Drg	1,27	1,24	98%
		Riduzione della degenza media	Degenza media	6,70	6,30	100%
		Incremento occupazione posti letto	Tasso di occupazione	89,00	88,70	99,66%
2	Appropriatezza setting assistenziale	Miglioramento dell'appropriatezza del setting assistenziale	rapporto abbattimento tariffario	≤ 2024	92,10%	100%
3	Liste d'attesa	Abbattimento liste d'attesa ambulatoriali	nr. Prestazioni ambulatoriali eseguite pazienti in lista al 31/12/2024	>80%	99,96%	100%
		Abbattimento liste di ricovero	nr.di Ricoveri eseguiti pazienti in lista al 31/12/2024	>70%	72,55%	100%
4	Piano Nazionale Esiti	Colicistectomia laparoscopica con degenza post operatoria < 3 gg	% Ricoveri con intervento di Colectist. Laparosc. non degenza post-op. < 3 gg	min 70% atteso 96%	82,5	85,94%
		Tempestività Interventi Fratture femore entro 2 gg over 65 anni	% Interventi per fratt. femore in > 65 aa intervallo 0-2 gg	min 60% atteso 96%	79%	82,29%
		Riduzione parti cesari primari	% Parti cesarei primari sul totale parti	atteso 20% max 30%	33%	0,00%
5	Rischio clinico	Riduzione infezioni correlata all'assistenza	Nr. MDR (multi drug resistant) ESKAPE (E.coli, S.aures, S.pneumoniae, K. Pneumoniae, A. baumannii, P. aeruginosa, E. faecium, E. faecalis)	≤ 2024	Relazione Rischio Clinico	100%
6	Fascicolo Sanitario elettronico	Alimentazione Fascicolo Sanitario (relativamente ai documenti per i quali il supporto informatico lo consente e a far data dalla sottoscrizione degli obiettivi)	Nr.Documenti indicizzati/Totale prestazioni erogate (lettere di dimissioni, referti ambulatoriali) Risultato monitorato dal SIA	>=65%	84,94%	100%
7	Gestione I Ciclo terapia	Ottimizzazione nella gestione del I Ciclo Terapia a pazienti dimessi si in regime di Ricovero Ordinario	Nr prestazioni I Ciclo/N° dimessi in regime ordinario (eccetto che per i farmaci non presenti in farmacia e solo per le dimissioni effettuate durante gli orari di apertura della farmacia)	>= 80%	61,72%	77,15%
<b>Punteggio Medio Dipartimento</b>					96,26%	

OBIETTIVI ASSEGNATI DIPARTIMENTO 99.04.0 - DIPARTIMENTO AD ATTIVITA' INTEGRATA MEDICO						
Nr.	Area di intervento	Obiettivo assegnato	Indicatore di risultato	Risultato atteso	Risultato raggiunto	% raggiungimento
1	Produzione assistenziale	Ottimizzazione produzione in ricovero ordinario	N° dimessi RO	3.575	3.428	95,89%
		Ottimizzazione produzione in day hospital	1b. N° dimessi DH	465	442	95,05%
		Ottimizzazione produzione in day service	N° DS	2.315	2.162	93,39%
		Incremento complessità casistica trattata	Peso medio Drg	1,28	1,46	100,00%
		Riduzione della degenza media	Degenza media	11,80	11,60	100,00%
		Incremento occupazione posti letto	Tasso di occupazione	105,80	106,50	100,00%
2	Appropriatezza setting assistenziale	Miglioramento dell'appropriatezza del setting assistenziale	rapporto abbattimento tariffario	<2024	51,94%	100,00%
3	Liste d'attesa	Abbattimento liste d'attesa ambulatoriali	nr. Prestazioni ambulatoriali eseguite pazienti in lista al 31/12/2024	>80%	100,0%	100,00%
		Abbattimento liste di ricovero	nr.di Ricoveri eseguiti pazienti in lista al 31/12/2024	>70%	72,0%	100,00%
4	Fascicolo Sanitario elettronico	Alimentazione Fascicolo Sanitario (relativamente ai documenti per i quali il supporto informatico lo consente e a far data dalla sottoscrizione degli obiettivi)	Nr.Documenti indicizzati/Totale prestazioni erogate (lettere di dimissioni, referti ambulatoriali) Risultato monitorato dal SIA	>=65%	83,420%	100,000%
5	Gestione I Ciclo terapia	Ottimizzazione nella gestione del I Ciclo Terapia a pazienti dimessi si in regime di Ricovero Ordinario	Nr prestazioni I Ciclo/N° dimessi in regime ordinario (eccetto che per i farmaci non presenti in farmacia e solo per le dimissioni effettuate durante gli orari di apertura della farmacia)	>= 80%	37,680%	47,063%
<b>Punteggio Medio Dipartimento</b>					96,74%	

OBIETTIVI ASSEGNATI DIPARTIMENTO 99.02.0 - DAI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO						
Nr.	Area di intervento	Obiettivo assegnato	Indicatore di risultato	Risultato atteso	Risultato raggiunto	% raggiungimento
1	Produzione assistenziale Laboratori	Incremento Numero di esami eseguiti	Numero di esami eseguiti	335.961	307.362	100% ( SI VEDA RELAZIONE ALLEGATA E SI CONSIDERA INTERRUZIONE ATTIVITA' PER MANCANZA DI REAGENTI)
		Miglioramento delle procedure organizzative	Riduzione dei tempi di refertazione dei pazienti interni	entro 48 h per 80% utenza	entro 48 h per 80% utenza	100%
2	Produzione assistenziale Trasfusionale	Incremento delle prestazioni emocomponenti per pazienti interni	N° Prestazioni emocomponenti ceduti a pazienti interni	>5500	7304	100%
			N° Prestazioni emocomponenti prodotti	>7500	9019	100%
		Incremento numero di prestazioni di laboratorio per pazienti interni ed esterni	N° Prestazioni di laboratorio per pazienti interni ed esterni	>115.000	142209	100%
			Aumento delle prestazioni per enti esterni	N° Prestazioni emocomponenti per uso trasfusionale ed EUNT	>2.500	3848
3	Fascicolo Sanitario elettronico	Alimentazione Fascicolo Sanitario (relativamente ai documenti per i quali il supporto informatico lo consente e a far data dalla sottoscrizione degli obiettivi)	Nr.Documenti indicizzati/Totale prestazioni erogate (lettere di dimissioni, referti ambulatoriali) Risultato monitorato dal SIA	>=65%	100%	100%
<b>Punteggio Medio Dipartimento</b>					100,00%	

OBIETTIVI ASSEGNATI DIPARTIMENTO 99.03.0 - DAI EMERGENZA-URGENZA						
Nr.	Area di intervento	Obiettivo assegnato	Indicatore di risultato	Risultato atteso	Risultato raggiunto	% raggiungimento
1	Produzione assistenziale	Ottimizzazione produzione in ricovero ordinario	N° dimessi RO	2.752	2.852	100%
		Ottimizzazione produzione in day hospital	N° dimessi DH	199	363	100%
		Ottimizzazione produzione in day service	N° DS	222	196	88,29%
		Incremento complessità casistica trattata	Peso medio Drg	1,66	1,75	100%
		Riduzione della degenza media	Degenza media	12,10	12,40	98%
		Incremento occupazione posti letto	Tasso di occupazione	93,00%	93,10%	100%
		Ottimizzazione produzione ambulatoriale	nr. Prestazioni ambulatoriali	23.750	24.610	100%
		Incremento delle anestesie generali e delle procedure equivalenti	Anestesia generale e procedure equivalenti	≥ 5500	5746	100%
		Incremento delle anestesie loco-regionali e delle procedure equivalenti	Anestesia loco-regionale e procedure equivalenti	≥ 13.000	14345	100%
		Incremento flusso IN	Flusso out/Flusso IN	≥92%	93%	100%
		Incremento dell'occupazione media del posto letto in relazione ai posti letto attivi	% occupazione applicata alla terapia intensiva post-operatoria	≥ 85,2%	93,4	100%
2	Produzione Assistenziale Pronto Soccorso	Ottimizzazione della produzione assistenziale	OBI accessi totali	≥ 691	832	100%
			OBI % non ricoverati su totale accessi	≥2024 (506/1324 = 38,22%)	50,48%	100%
			Accessi totali al PS	≥ 41304	42405	100%
			Pazienti non ricoverati/ totale accessi al PS	≥ 2024 (37119/43840 = 84,67%)	84,94%	100%
		Riduzione del sovrappollamento	TMP: tempo massimo dalla presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di pronto soccorso ≤=8 h	min 75% atteso85%	84,67%	100%
	Boarding: Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero maggiore di 44 ore	min 2% atteso 4%	8,98%	0%		
3	Appropriatezza setting assistenziale	Miglioramento dell'appropriatezza del setting assistenziale	rapporto abbattimento tariffario	<2024	116,85%	83,00%
			N° Ricoveri 0-2 giorni da PS	< 2024 (714)	772	91,88%
4	Liste d'attesa	Abbattimento liste d'attesa ambulatoriali	nr. Prestazioni ambulatoriali eseguite pazienti in lista al 31/12/2024	>80%	99,99	100,00%
		Abbattimento liste di ricovero	nr.di Ricoveri eseguiti pazienti in lista al 31/12/2024	>70%	71,99	100,00%
5	Rischio clinico	Frequenza di infezioni post-chirurgiche - codice H16S	Numero di dimissioni chirurgiche dalla struttura con codice ICD-9-CM per sepsi presente in un campo di diagnosi secondaria/Totale pazienti chirurgici della struttura	≤ 2024	Anno 2025 1/440 vs Anno 2024 1/434	100%
6	Fascicolo Sanitario elettronico	Alimentazione Fascicolo Sanitario (relativamente ai documenti per i quali il supporto informatico lo consente e a far data dalla sottoscrizione degli obiettivi)	Nr. Documenti indicizzati/Totale prestazioni erogate (lettere di dimissioni, referti ambulatoriali) Risultato monitorato dal SIA	≥65%	76,90%	100%
7	Gestione I Ciclo terapia	Ottimizzazione nella gestione del I Ciclo Terapia a pazienti dimessi si in regime di Ricovero Ordinario	Nr prestazioni I Ciclo/N° dimessi in regime ordinario (eccetto che per i farmaci non presenti in farmacia e solo per le dimissioni effettuate durante gli orari di apertura della farmacia)	≥ 80%	44%	55%
8	Donazione sangue, plasma, organi e tessuti	Miglioramento del procurement degli organi solidi e dei tessuti	Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38%	Obiettivo raggiunto al 100%: tasso di opposizione < 38% Obiettivo raggiunto all' 80%: tasso di opposizione <41% nel 2024	0,25	100%
			Incremento procurement di comee in toto (da cadavere a cuore fermo) non inferiore al 30%	Obiettivo raggiunto al 100% se rispetto al 2023 incremento el numero di comee procurate ≤= 20% nel 2025. Obiettivo raggiunto all'80% se rispetto al 2023 incremento del numero di comee procurate ≤=15% del 2025	Nr. Prelevi 3 incremento rispetto al 2023	100%
			Numero di acceramenti di morte con criterio neuroogico su numero di decessi aziendali per grave neurolesione	Obiettivo raggiunto al 100% se rispetto al 2023 incremento del numero di accertamenti maggiore = 15%. Obiettivo raggiunto all'80% se incremento è minore del 15% nel 2025	La AOUN ha effettuato due accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2025 su 14 decessi entro 15 gg per grave neurolesione (14,4%) non è stato registrato nessun cambio percentuale rispetto agli anni precedenti	100%
<b>Punteggio Medio Dipartimento</b>						<b>97,12%</b>

OBIETTIVI ASSEGNATI DIPARTIMENTO 99.06.0 - DAI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA, INTERVENTISTICA E STROKE						
Nr.	Area di intervento	Obiettivo assegnato	Indicatore di risultato	Risultato atteso	Risultato raggiunto	% raggiungimento
1	Produzione assistenziale	Ottimizzazione produzione in ricovero ordinario	N° dimessi RO	>320	221	100% chiusura posti letto
		Ottimizzazione produzione in day hospital	N° dimessi DH	≥350	555	100%
		Ottimizzazione produzione in day service	N° DS	≥840	776	92,38%
		Incremento complessità casistica trattata	Peso medio Drg	1,11	1,08	99,09%
		Riduzione della degenza media	Degenza media	12,4	13,3	100%
		Ottimizzazione produzione ambulatoriale	nr. Prestazioni ambulatoriali	38.300	41.038	100%
2	Appropriatezza setting assistenziale	Miglioramento dell'appropriatezza del setting assistenziale	rapporto abbattimento tariffario	≤2024	76,69%	100,00%
3	Liste d'attesa	Abbattimento liste d'attesa ambulatoriali	nr. Prestazioni ambulatoriali eseguite pazienti in lista al 31/12/2024	>80%	100%	100%
4	Fascicolo Sanitario elettronico	Alimentazione Fascicolo Sanitario (relativamente ai documenti per i quali il supporto informatico lo consente e a far data dalla sottoscrizione degli obiettivi)	Nr.Documenti indicizzati/Totale prestazioni erogate (lettere di dimissioni, referti ambulatoriali) Risultato monitorato dal SIA	≥=65%	100%	100%
5	Gestione I Ciclo terapia	Ottimizzazione nella gestione del I Ciclo Terapia a pazienti dimessi si in regime di Ricovero Ordinario	Nr prestazioni I Ciclo/N° dimessi in regime ordinario (eccetto che per i farmaci non presenti in farmacia e solo per le dimissioni effettuate durante gli orari di apertura della farmacia)	≥= 80%	15%	19%
<b>Punteggio Medio Dipartimento</b>					<b>99,30%</b>	

OBIETTIVI ASSEGNATI DIPARTIMENTO 99.05.0 - DAI ONCOLOGIA E SANITA' PUBBLICA								
Nr.	Area di intervento	Obiettivo assegnato	Indicatore di risultato	Risultato atteso	Risultato raggiunto	% raggiungimento		
1	Produzione assistenziale	Ottimizzazione produzione in ricovero ordinario	N° dimessi RO	460	294	100% chiusura posti letto		
		Ottimizzazione produzione in day hospital	N° dimessi DH	65	65	100%		
		Ottimizzazione produzione in day service	N° DS	2.170	2.294	100,00%		
		incremento complessità casistica trattata	Peso medio Drg					
		Riduzione della degenza media	Degenza media					
		Incremento occupazione posti letto	Tasso di occupazione					
2	Attività sorveglianza epidemiologica	Ottimizzazione produzione ambulatoriale	nr. Prestazioni ambulatoriali	21.700	19.534	100% (relazione SIA)		
		Sorveglianza epidemiologica di patologie influenzale	N° Campioni biologici respiratori analizzati	>1.600	5400 campioni	100%		
		Attività vaccinale	N° Dosi di vaccino somministrate	>7000	7156 dosi di vaccino	100%		
		Sorveglianza epidemiologica di germi resistenti ad antibiotici	N° Campioni analizzati provenienti da UTIN	>1.000	1708 campioni	100%		
		Genotipizzazione dei ceppi di Micobacterium tuberculosis e valutazione della farmacoresistenza provenienti dai laboratori di micobatteriologia della Sicilia	N° Isolati batterici provenienti dai laboratori di microbiologia	>50	50	100%		
		Report sui dati epidemiologici relativi ai tumori trattati in Azienda per l'ultimo anno di registrazione disponibile	N° Nuovi casi inseriti	>7.000	8300	100%		
			N° Casi revisionati	>2.500	1000	100%		
		Coordinamento e gestione di programmi di formazione e aggiornamento del personale	N° Corsi aziendali organizzati	≥2	moduli b c infezioni ospedaliere	100%		
		3	Attività Diagnostica autoptica	Riscontri Diagnostici Necroscopici	Esecuzione del riscontro e valutazione istopatologica	>50	86	100%
					Tempistiche medie di refertazione	≤ 60 giorni	<60giorni	100%
4	Medicina del lavoro	Attività di sorveglianza sanitaria su studenti dei corsi di Laurea della Scuola di Medicina e Chirurgia	Rilascio giudizio idoneità sulla salute	>1200	1711	100%		
			Erogazioni di Prestazioni sanitarie (esami ematochimici e/o Strumentali) in favore di lavoratori di Aziende convenzionate con l'AOUP	Esecuzione delle prestazioni sanitarie previste dalle convenzioni	>500	2436	100%	
5	Anatomia Patologica	Incremento esami Esami macroscopici	Esame Macroscopico di pezzi chirurgici	>1200	8800	100%		
		Incremento esami diagnosi Istopatologiche	Diagnosi Istopatologiche eventualmente correlate da indagini immunostochimiche, morfometriche e di biologia molecolare	>10.000	11000	100%		
		Incremento esami diagnosi di citopatologia	Diagnosi di citopatologia (inclusa la citologia aspirativa con ago sottile)	>1850	2000	100%		
		Collaborazione con l'ASP per screening oncol. secondo Circolan n. 5/2016 e n. 18/2018	Partecipazione a PDTA e screening	>90 casi mammella e >160 casi colon	esaminati 2170 casi , 860 agobiopsia, 140 esami citologici	100%		
			Esecuzione prestazioni di approfondimento richieste da ASP: esami citologici su pap test e esami istologici su agobiopsie mammarie	>500 casi citologici, > 700 esami istologici	1600 casi complessivi	100%		
		Partecipazione ai controlli di qualità	Compilazione aggiornata di un registro per le non-conformità	Si (report trimestrale)	registro non conformità compilato e aggiornato	100%		
			Partecipazione a controlli di qualità nazionali	Si (report trimestrale)	Parte attiva nella costituzione del tavolo tecnico SIA/Pec	100%		
Ottimizzazione della performance	Adeguamento delle tempistiche medie di refertazione alle linee guida nazionali (SIAPEC) - Campioni Biotcici	< 11 giorni nel 90% dei casi	11,1	100%				
	Adeguamento delle tempistiche medie di refertazione alle linee guida nazionali (SIAPEC) - Resecati Chirurgici	< 20 giorni nel 90% dei casi	6,3	100%				
6	Medicina Legale	Incremento esami di laboratorio e diagnostica su richiesta anche per conto dell'attività giudiziale	N° Esami	>8000 (12.000 inclusa la tossicologia)	12025	100%		
		Attività clinica (attività necroscopiche, violenza sessuale comprensiva degli accertamenti tossicologici sulle vittime) contenziosi interni ed esterni	N° Esami (inclusa la nuova convenzione con il comune)	>2.000	2469	100%		
		Elaborazione memorie	N° Memorie predisposte/numero richieste interne mediazioni ricevute	> 95%	0,95	100%		
			N° Memorie predisposte/numero richieste in convenzione mediazioni ricevute	>95%	0,95	100%		
		Partecipazione allo sviluppo del sistema informativo di medicina legale con valorizzazione economica delle prestazioni	N° Attività svolte dal servizio/totale prestazioni erogate	1	si	100%		
		Ottimizzazione delle procedure	Applicazione procedura per prelievo di comea con l'Occlusiva e procedura donazione multiorgano con Anestesia/Rianimazione	Si	Si, organizzazione corso formativo e procedura	100%		
7	Appropriatezza setting assistenziale	Miglioramento dell'appropriatezza del setting assistenziale	rapporto abbattimento tariffario	≤ 2024	0%	100%		
8	Liste d'attesa	Abbattimento liste d'attesa ambulatoriali	nr. Prestazioni ambulatoriali eseguite pazienti in lista al 31/12/2024	>80%	100%	100%		
9	Fascicolo Sanitario elettronico	Alimentazione Fascicolo Sanitario (relativamente ai documenti per i quali il supporto informatico lo consente e a far data dalla sottoscrizione degli obiettivi)	Nr.Documenti indicizzati/Totale prestazioni erogate (lettere di dimissioni, referti ambulatoriali) Risultato monitorato dal SIA	>65%	50%	77%		
10	Gestione I Ciclo terapia	Ottimizzazione nella gestione del I Ciclo Terapia a pazienti dimessi in regime di Ricovero Ordinario	Nr prestazioni I Ciclo/N° dimessi in regime ordinario (eccetto che per i farmaci non presenti in farmacia e solo per le dimissioni effettuate durante gli orari di apertura della farmacia)	≥ 80%	47	59%		
<b>Punteggio Medio Dipartimento</b>					<b>98,98%</b>			

<b>OBIETTIVI ASSEGNATI DIPARTIMENTO 99.07.0 - DAI RIABILITAZIONE, FRAGILITA' E CONTINUITA' ASSISTENZIALE</b>						
<b>Nr.</b>	<b>Area di intervento</b>	<b>Obiettivo assegnato</b>	<b>Indicatore di risultato</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato raggiunto</b>	<b>% raggiungimento</b>
1	Produzione assistenziale	Ottimizzazione produzione in ricovero ordinario	N° dimessi RO	>670	835	100%
		Ottimizzazione produzione in day hospital	N° dimessi DH	>575	746	100%
		Ottimizzazione produzione in day service	N° DS	>3030	4.432	100%
		incremento complessità casistica trattata	Peso medio Drg	1,26	0,96	76,19%
		Riduzione della degenza media	Degenza media	6,60	7,50	86%
		Incremento occupazione posti letto	Tasso di occupazione	77,70	78,80	100%
		Ottimizzazione produzione ambulatoriale	nr. Prestazioni ambulatoriali	>40.800	78.304	100%
2	Appropriatezza setting assistenziale	Miglioramento dell'appropriatezza del setting assistenziale	rapporto abbattimento tariffario	≤ 2024	106,53%	83,47%
3	Liste d'attesa	Abbattimento liste d'attesa ambulatoriali	nr. Prestazioni ambulatoriali eseguite pazienti in lista al 31/12/2024	>80%	99,99%	100%
		Abbattimento liste di ricovero	nr.di Ricoveri eseguiti pazienti in lista al 31/12/2024	>70%	61,00%	100% Blocco ricoveri
4	Fascicolo Sanitario elettronico	Alimentazione Fascicolo Sanitario (relativamente ai documenti per i quali il supporto informatico lo consente e a far data dalla sottoscrizione degli obiettivi)	Nr.Documenti indicizzati/Totale prestazioni erogate (lettere di dimissioni, referti ambulatoriali) Risultato monitorato dal SIA	>=65%	96,88%	100%
5	Gestione I Ciclo terapia	Ottimizzazione nella gestione del I Ciclo Terapia a pazienti dimessi si in regime di Ricovero Ordinario	Nr prestazioni I Ciclo/N° dimessi in regime ordinario (eccetto che per i farmaci non presenti in farmacia e solo per le dimissioni effettuate durante gli orari di apertura della farmacia)	>= 80%	54,5	68%
<b>Punteggio Medio Dipartimento</b>				<b>99,17%</b>		

OBIETTIVI ASSEGNATI DIPARTIMENTO DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO -00.40.0				
Nr.	Area di intervento	Obiettivo assegnato	Indicatore di risultato	Risultato atteso
1	OBIETTIVI GENERALI STABILITI DALLA NORMA VIGENTE	OSSERVANZA DELLE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI DI CONTENIMENTO DELLA SPESA	RICAVI/ RISORSE ASSEGNATE	RICAVI >= RISORSE DEFINITE IN SEDE DI NEGOZIAZIONE
			COSTO PERSONALE/TETTO DI SPESA	Costo Personale <= Tetto di spesa
			COSTO PERSONALE A TEMPO DETERMINATO/COSTO PERSONALE A TEMPO DETERMINATO Anno 2009	Costo personale a tempo determinato <= 50% del costo del personale a tempo determinato dell'anno 2009 - PREDISPOSIZIONE DELLE PROCEDURE DI STABILIZZAZIONE
			NR. DI ADESIONI ALLE PROCEDURE DI ACQUISTO DI CONSIGLI E MEPA FATTE SALVE LE GARE CENTRALIZZATE (C.U.C. E/O DI BACINO)/NR. PROCEDURE DI ACQUISTO DI CONSIGLI E MEPA FATTE SALVE LE GARE CENTRALIZZATE (C.U.C. E/O DI BACINO) SU QUELLE STIPULATE	100%
2	EFFICIENTAMENTO PROCEDURE AMMINISTRATIVE	EFFICIENTAMENTO PROCEDURE CICLO PASSIVO DI COMPETENZA DELLA UOC	RISPETTO DEI TEMPI DI PAGAMENTO E GESTIONE DEL DEBITO	- ZERO E TRENTA GIORNI: RICONOSCIMENTO PIENO; - TRENTUNO E SESSANTA GIORNI: RICONOSCIMENTO DEL 50% DELL'INDENNITÀ DI RISULTATO DEL 30%; - UNDICI E TRENTA GIORNI: RICONOSCIMENTO DEL 75% DELL'INDENNITÀ DI RISULTATO DEL 30%; - UNO E DIECI GIORNI: RICONOSCIMENTO DEL 90% DELL'INDENNITÀ DI RISULTATO DEL 30%.
		RISCONTRO ALL'UFFICIO LEGALE	NUMERO DI RISCONTRI FORNITI COMPLETI/ NR. DI RISCONTRI DA FORNIRE RICHIESTI	100% (monitorato dall'Ufficio Legale)
		OBIETTIVI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI (PAC)	NR. ADEMPIMENTI EFFETTUATI PER CERTIFICAZIONE BILANCI AZIENDALI/ NR. ADEMPIMENTI RICHIESTI PER CERTIFICAZIONE BILANCI AZIENDALI	100%
		RISCONTRO ADEMPIMENTI AMMINISTRATIVI	NUMERO DI RISCONTRI ALLE RICHIESTE DEL COLLEGIO SINDACALE E AI QUESTIONARI DELLA CORTE DEI CONTI/ NUMERO DI RISCONTRI RICHIESTI	100%
		VERIFICA AUTOCERTIFICAZIONI	NUMERO DI AUTOCERTIFICAZIONI RICEVUTE E VERIFICATE/ NUMERO TOTALE AUTOCERTIFICAZIONI RICEVUTE	100%
		PREDISPOSIZIONE DELIBERE E DETERMINE	NUMERO DETERMINE E DELIBERE CONFERIMENTI INCARICHI PREDISPOSTE NEI TERMINI/ NUMERO DETERMINE E DELIBERE DA PREDISPORRE	100%
		EFFICIENTAMENTO ESECUZIONE PROCEDURE ACQUISTO	NR. PROCEDURE ADOTTATE DALL'AZIENDA SANITARIA/PROCEDURE AGGIUDICATE DALLA CUC	Obiettivo raggiunto al 100% >=95%
		PIANO DEGLI INVESTIMENTI : ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI PREVISTI	N AGGIUDICAZIONI/ N. TOTALE INVESTIMENTI PREVISTI	>80%
		PREDISPOSIZIONE DELIBERE E DETERMINE	NUMERO DETERMINE E DELIBERE PER ACQUISTO BENI E SERVIZI PREDISPOSTE NEI TERMINI/ NUMERO DETERMINE E DELIBERE DA PREDISPORRE	100%
		MONITORAGGIO TEMPORALE DELIBERE	NR. PROPOSTE DI CONVENZIONE EFFETTUATE/ NR. PROPOSTE CONVENZIONI DA FARE	100% entro 15 gg dall'acquisizione di tutta la documentazione
3	MISSIONE 6	GESTIONE SINISTRI COPERTI DA ASSICURAZIONE	N. PREDISPOSIZIONE PROPOSTE DI DELIBERE ED ATTI RELATIVI A GESTIONE SINISTRI COPERTI DA POLIZZA ASSICURATIVA EFFETTUATE	100% entro 15 gg dall'acquisizione di tutta la documentazione
		CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREVISTI NEL PIANO OPERATIVO REGIONALE RIGUARDO ALLA MISSIONE 6	N. AZIONI RAGGIUNTE DAL PIANO RISPETTO AL CRONOPROGRAMMA (M6.C2.1.2 - VERSO UN OSPEDALE SICURO E SOSTENIBILE)/ NR. AZIONI PREVISTE SODDISFACIMENTO DEL DEBITO INFORMATIVO NEI CONFRONTI DEL MINISTERO DELLA SALUTE, IN QUALITÀ DI AMMINISTRAZIONE CENTRALE TITOLARE DELL'INTERVENTO E SOGGETTO ATTUATORE (M6.C2.1.2 - VERSO UN OSPEDALE SICURO E SOSTENIBILE )	100% RISPETTO DELLE MILESTONE E DEI TARGET DA POR
3	GESTIONE FLUSSI AZIENDALI	MONITORAGGIO PERIODICO DELLA SPESA SANITARIA	PREDISPOSIZIONE MODELLO CE TRIMESTRALE	ADOZIONE ATTI ENTRO IL MESE SUCCESSIVO LA CHIUSURA DEL TRIMESTRE
		GESTIONE CASSE AZIENDALI	VERIFICA TRIMESTRALE CASSE TESORERIA, ECONOMO E TICKET	TRASMISSIONE VERBALE ENTRO IL MESE SUCCESSIVO ALLA CHIUSURA DEL TRIMESTRE
		INDICATORE DI TEMPESTIVITÀ DEI PAGAMENTI	PREDISPOSIZIONE DEI MODELLI E CALCOLO DELL'INDICE	TRASMISSIONE MODELLI ENTRO IL MESE SUCCESSIVO ALLA CHIUSURA DEL TRIMESTRE
		GESTIONE DELL PARTECIPAZIONI	PREDISPOSIZIONE DEI MODELLI DI VERIFICA DELLA PARTECIPAZIONI ED INSERIMENTO SUL PORTALE MEF	INSERIMENTO IN PIATTAFORMA ENTRO LA DATA STABILITA DAL MEF
		FLUSSO PERSONALE DIPENDENTE - RISPETTO DELLE SCADENZE E DELLE INFORMAZIONI SECONDO LE MODALITÀ INDICATE NEL D.A. DEL 29 FEBBRAIO 2012 EX ART. 79	ANALISI E VERIFICA FLUSSO	TEMPESTIVA REVISIONE DELLE INFORMAZIONI PRESENTI ENTRO 7 GIORNI DALLE RICHIESTE DELL'UFFICIO FLUSSI
		FLUSSO PERSONALE DIPENDENTE	PRODUZIONE DEL MONITORAGGIO TRIMESTRALE DELL'ANDAMENTO DEL PERSONALE (UNITA' E COSTI) MODELLO D.1.2 E COMPILAZIONE DI TUTTI I MODELLI DI QUADRATURA	COERENZA MONITORAGGIO TRIMESTRALE CON LE RISULTANZE DEL FLUSSO: 0% DELTA NON GIUSTIFICATO TRA U.I.TA' DI PERSONALE RILEVATE NELLA TABELLA D.1.2 E DAL FLUSSO PER OGNI TRIMESTRE -COMPILAZIONE DI TUTTI I MODELLI DI QUADRATURA
		EFFICIENTAMENTO PROCEDURE ALPI	MONITORAGGIO PRESTAZIONI EFFETTUATE IN ALPI/ TOTALE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	-DELLE PRESTAZIONI SSN
		FLUSSO RILEVAZIONE PRESTAZIONI ANNUALI SSN-ALPI - FLUSSO EX ANTE E FLUSSO EX POST	ANALISI E VERIFICA FLUSSO	TEMPESTIVA REVISIONE DELLE INFORMAZIONI PRESENTI ENTRO 7 GIORNI DALLE RICHIESTE DELL'UFFICIO FLUSSI
4	ATTUAZIONE PROCEDURE P.A.C. (PERCORSI ATTUATIVI DI CERTIFICABILITÀ)	ATTUAZIONE AZIONI P.A.C. D6.1 - F2.1 - F7.1 - D5.1 - I4.4	CORRETTA IDENTIFICAZIONE CONTABILE DEGLI INTERVENTI DI MANUTENZIONE STRAORDINARIA ("IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI IN CORSO E ACCONTI" E "MIGLIORIE SU BENI DI TERZI")	entro il 31/12 dell'esercizio
			CIRCOLARIZZAZIONE CREDITI/DEBITI E RICONCILIAZIONE PARTITE DEBITORIE/CREDITORIE	entro il 31/12 dell'esercizio
			RICONCILIAZIONE DEI CESPITI ACQUISTATI CON CONTRIBUTI C/CAPITALE CON IL SISTEMA GESTIONALE E CONTABILE	entro il 31/12 dell'esercizio
			RACCORDO CON LA UOS UFFICIO LEGALE AI FINI DELLA CORRETTA DETERMINAZIONE DELLA STIMA DEL FONDO RISCHI	entro il 31/12 dell'esercizio
5	OSSERVANZA OBBLIGHI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA TRASPARENZA	RISPETTO ADEMPIMENTI PREVISTI DAL PIANO	TRASMISSIONE DOCUMENTI COMUNICATI DAL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE E CORRUZIONE SECONDO LE TEMPORALITÀ INDICATE NEL "TEMPO DI PUBBLICAZIONE/AGGIORNAMENTO	entro i tempi previsti dal PTPCT
6	OSSERVANZA OBBLIGHI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	RISPETTO ADEMPIMENTI PREVISTI DAL PIANO	TRASMISSIONE DOCUMENTI COMUNICATI DAL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE E CORRUZIONE SECONDO LE TEMPORALITÀ INDICATE NEL "TEMPO DI PUBBLICAZIONE/AGGIORNAMENTO	entro i tempi previsti dal PTPCT

## **5.1 Obiettivo Liste d'attesa**

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico (AOUP) Paolo Giaccone ha recepito la direttiva dell'Assessorato per l'attuazione dell'aggiornamento del Piano Operativo Regionale di Recupero delle Liste di Attesa, come stabilito dalla Delibera di Giunta Regionale n. 317 del 27 luglio 2023. L'obiettivo è superare le criticità presenti negli Ambiti Territoriali di Garanzia (ATG) attraverso l'implementazione di azioni mirate al raggiungimento degli obiettivi del suddetto piano operativo.

In questo contesto, è stata costituita la Rete Aziendale per il Recupero delle Prestazioni (Rete ARP), come sancito dalla Delibera n. 1134 del 16 agosto 2023, in attesa della definizione del Piano Attuativo Interaziendale. Quest'ultimo mira a creare sinergie ed a coordinare le attività di gestione delle liste di attesa tra le diverse aziende ospedaliere e territoriali presenti nella provincia di Palermo.

Attraverso le azioni intraprese le liste d'attesa ambulatoriali relative al 2024 sono state smaltite oltre l'80% mentre per i ricoveri chirurgici l'obiettivo previsto di smaltimento del 70% non è stato raggiunto da tutte le UU.OO. per effetto dell'impatto derivante dalla temporanea chiusura di posti letto di alcuni reparti connessa alla realizzazione di interventi previsti nell'ambito del PNRR.

L'Inizio dei lavori relativi al PNRR ha determinato criticità complessive di natura logistica e organizzativa, con particolare riferimento alla disponibilità di spazi e alla rimodulazione delle aree assistenziali, le limitazioni strutturali e logistiche che ne sono derivate hanno inciso sulla capacità delle strutture di garantire pienamente i volumi di attività programmati, anche per quanto riguarda il raggiungimento degli obiettivi relativi ai regimi di Day Hospital e Day Surgery.

Un altro fattore che ha contribuito sull'obiettivo dello smaltimento della lista d'attesa dei ricoveri è stato il blocco dei ricoveri programmati ad eccezione dei ricoveri oncologici e di fascia A disposto in relazione alle criticità derivanti dal sovraffollamento del Pronto Soccorso.

A partire da luglio 2024, con la nomina della nuova Direttrice Generale, l'AOUP ha intrapreso una serie di azioni concrete mirate a ridurre le liste d'attesa. È stato elaborato un Programma Triennale per lo Smaltimento delle Liste d'Attesa, che dettaglia le strategie e le azioni pianificate per migliorare l'accesso alle prestazioni sanitarie, offrendo un servizio più efficiente ai cittadini. A supporto di queste iniziative è stata istituita una cabina di regia, coordinata dal Direttore Sanitario, con il compito di monitorare costantemente l'attuazione del piano e supportarne l'implementazione.

Già nella seconda metà del 2024, sono state avviate e monitorate le seguenti azioni per migliorare l'efficienza nella gestione delle liste d'attesa:

- Adozione del regolamento, definizione dei percorsi di tutela e attivazione dello sportello CORSA.
- Proposta di redistribuzione delle prestazioni ambulatoriali in ambito territoriale.
- Proposta di redistribuzione degli interventi chirurgici di bassa/media complessità.
- Proposta di rimodulazione dell'offerta a favore del territorio.
- Indicazioni operative per migliorare l'appropriatezza prescrittiva nella specialistica ambulatoriale.
- Proposta di riorganizzazione delle agende della UOC Diagnostica per Immagini e CUP Radiologico.
- Predisposizione per l'entrata in vigore del nuovo nomenclatore.
- Test per l'invio del nuovo flusso liste d'attesa all'Agenas.

### **Adozione regolamento e definizione percorsi di tutela**

Con l'approvazione del regolamento (delibera 1390 del 31/12/2024) per la gestione delle liste d'attesa, l'Azienda si prefigge l'obiettivo di garantire un accesso equo, trasparente ed efficiente alle prestazioni sanitarie. Tale regolamento si fonda sui principi di efficienza, efficacia e appropriatezza prescrittiva e mira a:

- Ottimizzare l'uso delle risorse aziendali.
- Ridurre i tempi di attesa per ricoveri programmati e prestazioni ambulatoriali.
- Uniformare i criteri di priorità clinica.

Tra gli obiettivi specifici rientrano il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, il monitoraggio continuo delle liste d'attesa e la programmazione strategica per incrementare la capacità produttiva aziendale.

Per monitorare l'attuazione e l'efficacia del regolamento, l'AOUP ha implementato un sistema informatizzato per la gestione delle prenotazioni e delle liste d'attesa. Questo sistema consente di tracciare le tempistiche e la priorità delle prestazioni. Inoltre, è stato istituito lo sportello CORSA, che svolge un ruolo cruciale nel garantire il rispetto dei tempi di attesa attraverso il "Percorso di tutela".

Il "Percorso di tutela" è rivolto ai cittadini muniti di una richiesta di visita o di esami specialistici, quando l'erogazione non può avvenire nei tempi indicati dalla priorità clinica specificata sulla prescrizione medica. Questo percorso ha lo scopo di ridurre i disagi per gli utenti e i tempi di attesa, ricorrendo a risorse aggiuntive o alternative, quali:

- Prestazioni in overbooking.

- Privati convenzionati.
- Attività intramuraria (ALPI), con eventuale pagamento di ticket a carico dell'utente.

Lo sportello CORSA, sotto la responsabilità del Direttore Sanitario, verifica preliminarmente:

1. La correttezza delle prescrizioni mediche, rispetto alle Linee Guida RAO.
2. L'impossibilità effettiva di rispettare i tempi di attesa previsti.
3. La coerenza delle prestazioni richieste con il livello di complessità del Policlinico.

In caso di necessità, il team CORSA esplora soluzioni alternative:

1. Overbooking nelle agende esistenti, senza compromettere l'organizzazione.
2. Disponibilità in altre strutture dell'area metropolitana tramite SOVRACUP.
3. Agende configurate per attività in ALPI convenzionata (a tariffe ridotte).
4. Ricorso a operatori privati convenzionati.

Una volta individuata la soluzione, il team programma l'appuntamento e comunica i dettagli al paziente tramite PEC.

Il monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa è affidato al Direttore Sanitario, ai Direttori di reparto e al Referente per le Liste d'Attesa (RELA), che collaborano per garantire trasparenza, uniformità e un utilizzo ottimale delle risorse. Il regolamento prevede verifiche periodiche delle condizioni dei pazienti in lista, il contatto proattivo attraverso recall per aggiornare le priorità cliniche, e un sistema di segnalazioni gestito dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP).

L'efficacia delle azioni intraprese è garantita attraverso il costante monitoraggio delle criticità e l'adozione tempestiva di interventi correttivi.

## **5.2 Obiettivo Alimentazione Fascicolo Sanitario**

In aggiunta gli obiettivi riepilogati nelle tabelle precedenti a tutti i dipartimenti assistenziali sono stati assegnati obiettivi riguardanti il Fascicolo Sanitario Elettronico.

Con riferimento all'oggetto si fa presente che con D.A. 502 del 26.5.2023 dell'Assessorato della Salute è stato assegnato all'AOU "P. Giaccone" il finanziamento di euro 938.769,60.

Con le deliberazioni indicate nella sotto riportata tabella è stato dato avvio a due attività fondamentali legate al Fascicolo Sanitario Elettronico: una legata alle firme digitali dei documenti informatici, alla firma grafometrica degli assistiti per quanto riguarda il consenso informato e alla conservazione sostitutiva e l'altra alla informatizzazione dei processi svolti in tutti i reparti ospedalieri, conditio sine qua non per la produzione di LDO (Lettere di Dimissione Ospedaliera), RSA (Referti Specialistici Ambulatoriali), VPS (Verbali di Pronto Soccorso), referti RIS (Radiology Information System),

referti LIS (Laboratory Information System) e referti PIS (Pathology Information System) da inviare in FSE.

Fonte di finanziamento	CUP	CIG	Titolo intervento	Deliberazione	Importo contrattuale (IVA inclusa)
PNRR M6C2 - 1.3.1 “Adozione e Utilizzo FSE da parte delle Regioni/Province Autonome”	I71C23000470006	99506819B9	Servizio di firma digitale con Hub centralizzato, servizio di firma grafometrica per la raccolta del consenso informato, servizio di Conservazione dei consensi e relativa assistenza software		163.528,80 €
PNRR M6C2 - 1.3.1 “Adozione FSE da parte delle Regioni”	I71C23000470006	9920548730	Servizi sistemistici e applicativi per l'alimentazione del FSE	Delibera n. 1033 del 21/07/2023	775.064,78 €

Risulta evidente che le attività di informatizzazione svolte per ogni singolo reparto e per ogni singolo ambulatorio sono state sviluppate nell’arco temporale che è iniziato nel mese di settembre 2023 e si è concluso nel mese di aprile 2025 per 51 reparti e 60 ambulatori.

Per avere una idea più precisa sulle attività di conferimento dei documenti trasferiti in FSE è stato necessario fissare un ben preciso arco temporale.

È opportuno fare presente che in questo contesto sono stati avviati tutti i reparti aziendali, la Cartella Clinica viene redatta solo elettronicamente (CCE), vengono redatti elettronicamente le LDO (Lettere di Dimissione Ospedaliera), i RSA (Referti Specialistici Ambulatoriali), i VPS (Verbali di Pronto Soccorso), i referti LIS (Laboratory Information System), RIS (Radiology Information System) e PIS (Pathology Information System)

Per completezza di informazioni, i documenti sanitari sottoscritti digitalmente dai professionisti AOUP e trasmessi in FSE sono i seguenti:

1. LDO 17.135 elementi
2. RSA 37.556 elementi
3. VPS 29.700 elementi
4. Referti LIS 213.920 elementi
5. Referti RIS 81.556 elementi
6. Referti PIS 8.892 elementi, di cui 865 conteggiati secondo lo standard previsto CDA2

Di seguito si fornisce il report inviato dall'Assessorato alla Salute della Regione Siciliana relativo allo stato dei conferimenti in FSE da parte dell'AOUP il giorno 1.1.2025:



Si fornisce inoltre l'ultimo report fornito dall'Assessorato alla Salute della Regione Siciliana nel corso dell'anno 2025 e precisamente quello del giorno 28.12.2025.



Dal confronto si evince che, in 362 giorni, l'AOUP ha inviato in FSE 425.996 documenti sanitari coerenti con lo standard CDA2 con una media di 1.176 documenti al giorno.

Si fa presente che l'AOUP è stata la prima realtà sanitaria in Sicilia e tra le prime in Italia ad inviare i referti PIS secondo lo standard CDA2 previsto.

Al 28.12.2025 è la situazione sui conferimenti in FSE è la seguente 1.002.088

### **5.3 Obiettivi Riduzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza**

In relazione all'obiettivo di ridurre le infezioni correlate all'assistenza rispetto all'anno 2024, mediante la valutazione degli stipiti MDR (Multidrug-resistance) riferiti ad uno specifico gruppo di microrganismi (ESKAPE) e per un selezionato numero di antibiotici come previsto dal Protocollo AR-ISS 2024 (versione del 7 febbraio 2024), sono state valutate le resistenze agli antibiotici dei ceppi appartenenti a 8 specie: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter species*,

Per la definizione degli stipiti MDR si è fatto riferimento al criterio AR-ISS, ovvero alla resistenza dei germi presi in considerazione nei confronti di molecole antibiotiche saggiate, appartenenti ad almeno 3 classi differenti di antibiotici. I dati di entrambi gli anni, messi a confronto, sono stati epurati dagli stipiti "uguali" ossia isolati dallo stesso paziente e stesso campione con il medesimo profilo di resistenza agli antibiotici nell'arco temporale di una settimana.

Dai confronti effettuati sui campioni isolati dagli stessi reparti e per lo stesso arco temporale dell'anno precedente si è registrato una diminuzione di stipiti multi resistenti (MDR).

#### **5.4 Obiettivi Di Ricerca E Didattica**

Di seguito si analizza lo stato di avanzamento degli obiettivi strategici nell'ambito della ricerca e didattica dell'AOUP "Paolo Giaccone", tracciando i traguardi raggiunti nel corso del 2025 e le linee d'azione programmate per il 2026.

##### **Obiettivo "Total Worker Health"**

L'obiettivo strategico per l'anno 2025 ha registrato un raggiungimento parziale.

In particolare, il raggiungimento dell'obiettivo del progetto Obiettivo PSN linea 4 “nr. 2 campagne di promozione e sicurezza della salute a carico del gruppo condiviso UNIPA/AOUP sulla sicurezza nei luoghi di lavoro (Promozione campagna su patologie tempo dipendenti)” è subordinato alla disponibilità dell'AOUP dei fondi assessoriali del “Progetto S.M.I.L.E. - Salute e Motivazione per un'Innovativa Leadership Efficace, all'insegna del Benessere Organizzativo”. Il Progetto S.M.I.L.E. si propone di promuovere la salute e il benessere nei luoghi di lavoro, migliorando la sicurezza, la motivazione e la leadership efficace all'insegna del benessere organizzativo.

Per il Progetto SMILE, il DASOE dell'Assessorato della Salute ha recentemente richiesto una rimodulazione al ribasso del budget iniziale (pari a 500.000 euro), ritenuto sovradimensionato per una progettualità a carattere annuale. Tale istanza ha comportato una temporanea sospensione dell'iter amministrativo. Pur considerando che la mancata erogazione dei fondi assessoriali non ha ancora consentito l'avvio formale del Progetto SMILE, l'area Total Worker Health è stata comunque attivamente sviluppata nel corso del 2025 In Azienda. Nello specifico, le attività si sono concretizzate attraverso l'adesione alla campagna vaccinale contro l'HPV 9, l'adeguamento al Piano di Vaccinazione della Regione Siciliana e l'attivazione dello Sportello di Ascolto dedicato ai lavoratori.

Nel frattempo, sul piano della programmazione sanitaria in questo ambito di attività, in collaborazione con Responsabile del Programma Complesso di Diabete e Prevenzione Cardiometabolica del Policlinico, sono stati definiti i criteri di inclusione per lo studio clinico. L'attività prevede articolazione in due steps:

- Prima campagna: focalizzata sull'obesità, trattata come patologia tempo-dipendente.
- Seconda campagna: incentrata sul Diabete Mellito di tipo 2.

L'avvio effettivo del progetto resta subordinato all'erogazione formale dei fondi da parte dell'Assessorato.

##### **Stato di Avanzamento degli altri Obiettivi Strategici di Ateneo**

Il bilancio delle attività di ricerca e didattica per l'anno 2025 si presenta complessivamente positivo, seppur con diversi gradi di avanzamento:

- **Clinical Trial Center**

L'obiettivo è stato pienamente conseguito. L'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" (AOUP), in collaborazione con i Dipartimenti di Area medica dell'Università degli Studi di Palermo, promuove e sostiene le attività del Clinical Trial Center (CTC) offrendo un portafoglio completo di servizi di ricerca clinica, in grado di coprire tutte le tipologie di studi interventistici e non interventistici, in linea con i più elevati standard di qualità nazionali e internazionali.

- **Valorizzazione delle Eccellenze UNIPA**

L'obiettivo ha registrato uno stato di avanzamento intermedio per l'anno 2025, con azioni ancora in corso di consolidamento. L'attività di supporto è trasversale e ha previsto l'attivazione di piattaforme web based per la gestione integrata in rete della cronicità (vedasi gestione del paziente con cirrosi epatica e ipertensione portale)

- **Joint Action**

Il traguardo per il 2025 è stato parzialmente tagliato, con l'integrazione e la valutazione multidisciplinare, per le rispettive competenze, contenute nell'ambito del dedicato PDTA aziendale.

- **Liver Unit**

Le attività sono pienamente raggiunte. La UOC di gastroenterologia ha consolidato il ruolo di HUB nella rete regionale per la gestione dell'epatocarcinoma avvalendosi di un PDTA aziendale certificato da Bureau Veritas e di un programma complesso aziendale, ruolo di coordinamento regionale nell'ambito della rete SINTESI, MASLD con avviate ed avanzate sperimentazioni cliniche in tutti gli ambiti riguardanti la patologia epatica.

## LEGENDA SIGLE

<b>Sigla</b>	<b>Significato</b>
<b>ADT</b>	Admission, Discharge and Transfer; sistema/funzione informatica per accettazione, dimissione e trasferimento dei pazienti
<b>ALPI</b>	Attività Libero-Professionale Intramuraria
<b>AO</b>	Azienda Ospedaliera
<b>AOUP</b>	Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico
<b>AR-ISS</b>	Antibiotico-Resistenza – Istituto Superiore di Sanità
<b>ARP</b>	Rete Aziendale per il Recupero delle Prestazioni
<b>ARPA</b>	Agenzia Regionale per la Protezione dell’Ambiente
<b>ASP</b>	Azienda Sanitaria Provinciale
<b>ATG</b>	Ambiti Territoriali di Garanzia
<b>BPCO</b>	Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva
<b>CCE</b>	Cartella Clinica Elettronica
<b>CDA2</b>	Clinical Document Architecture, Release 2
<b>CIG</b>	Codice Identificativo di Gara
<b>CIS</b>	Contratto Istituzionale di Sviluppo
<b>Consip</b>	Centrale nazionale per gli acquisti della Pubblica Amministrazione
<b>CUP</b>	Codice Unico di Progetto; in ambito sanitario può indicare anche il Centro Unico di Prenotazione
<b>CUC</b>	Centrale Unica di Committenza
<b>D.A.</b>	Decreto Assessoriale
<b>DAI</b>	Dipartimento ad Attività Integrata
<b>DASOE</b>	Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico
<b>DEA</b>	Dipartimento di Emergenza-Urgenza e Accettazione
<b>DH</b>	Day Hospital
<b>D.Lgs.</b>	Decreto Legislativo
<b>DPR</b>	Decreto del Presidente della Repubblica
<b>DRG</b>	Diagnosis Related Groups; raggruppamenti omogenei di diagnosi
<b>DSAO / SDAO</b>	Scheda di Dimissione Ospedaliera / flussi o dati di dimissione ospedaliera, ove richiamati nel documento
<b>ESKAPE</b>	Gruppo di microrganismi rilevanti per antibiotico-resistenza: Enterococcus faecium, Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa, Enterobacter spp.
<b>ESMO</b>	European Society for Medical Oncology
<b>FSE</b>	Fascicolo Sanitario Elettronico
<b>HPV</b>	Human Papilloma Virus; Papillomavirus umano
<b>ICD9CM</b>	International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification
<b>IMA</b>	Infarto Miocardico Acuto

<b>Sigla</b>	<b>Significato</b>
<b>IRCCS</b>	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
<b>ISS</b>	Istituto Superiore di Sanità
<b>ITA NET / ITA-NET</b>	Rete scientifica italiana dedicata ai tumori neuroendocrini
<b>IVA</b>	Imposta sul Valore Aggiunto
<b>LDO</b>	Lettera di Dimissione Ospedaliera
<b>LIS</b>	Laboratory Information System
<b>M6C2</b>	Missione 6, Componente 2 del PNRR
<b>MASLD</b>	Metabolic dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease
<b>MDR</b>	Multidrug Resistance; multiresistenza ai farmaci/antibiotici
<b>MePA</b>	Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione
<b>MPI</b>	Master Patient Index
<b>OIV</b>	Organismo Indipendente di Valutazione
<b>OSS</b>	Operatore Socio-Sanitario
<b>P.A.A.</b>	Piano Attuativo Aziendale
<b>P.A.C. / PAC</b>	Pacchetto Ambulatoriale Complesso
<b>P.A.F.</b>	Piano Formativo Aziendale
<b>P.E.R.</b>	Piano di Efficientamento e Riquilificazione
<b>P.F.P.</b>	Piano triennale dei Fabbisogni di Personale
<b>P.I.A.O. / PIAO</b>	Piano Integrato di Attività e Organizzazione
<b>P.O.L.A.</b>	Piano Organizzativo del Lavoro Agile
<b>P.R.S.D.</b>	Piano per Razionalizzare l'utilizzo delle Dotazioni Strumentali
<b>P.T.C.A. / PTCA</b>	Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty; angioplastica coronarica transluminale percutanea
<b>P.T.P.C.T.</b>	Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
<b>PAA</b>	Piano Attuativo Aziendale
<b>PAF</b>	Piano Formativo Aziendale
<b>PAC</b>	Pacchetto Ambulatoriale Complesso
<b>PDTA</b>	Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale
<b>PEC</b>	Posta Elettronica Certificata
<b>PER</b>	Piano di Efficientamento e Riquilificazione
<b>PFP</b>	Piano triennale dei Fabbisogni di Personale
<b>PIAO</b>	Piano Integrato di Attività e Organizzazione
<b>PIS</b>	Pathology Information System
<b>PM</b>	Project Management
<b>PNC</b>	Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari
<b>PNGLA</b>	Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa
<b>PNRR</b>	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
<b>POR</b>	Piano Operativo Regionale

<b>Sigla</b>	<b>Significato</b>
<b>PRGLA</b>	Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa
<b>PSN</b>	Piano Sanitario Nazionale / Progetto Obiettivo di Piano Sanitario Nazionale, secondo il contesto di utilizzo
<b>PTA</b>	Professionale, Tecnico e Amministrativo; riferito alla dirigenza PTA
<b>RAO</b>	Raggruppamenti di Attesa Omogenei
<b>RELA</b>	Referente per le Liste d'Attesa
<b>RIS</b>	Radiology Information System
<b>RO</b>	Ricovero Ordinario
<b>RPCT</b>	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
<b>RSA</b>	Referti Specialistici Ambulatoriali
<b>S.I.O. / SIO</b>	Sistema Informativo Ospedaliero
<b>SIM.TRA.C.C.</b>	Simulation and Training Center in Critical Care
<b>S.M.I.L.E. / SMILE</b>	Salute e Motivazione per un'Innovativa Leadership in Equilibrio
<b>SOVRACUP</b>	Sistema sovra-aziendale/centralizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie
<b>SSN</b>	Servizio Sanitario Nazionale
<b>STEMI</b>	ST-Elevation Myocardial Infarction; infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST
<b>UOC</b>	Unità Operativa Complessa
<b>UOSD</b>	Unità Operativa Semplice Dipartimentale
<b>UU.OO. / UOOO</b>	Unità Operative
<b>UNIPA</b>	Università degli Studi di Palermo
<b>URP</b>	Ufficio Relazioni con il Pubblico
<b>VPS</b>	Verbale di Pronto Soccorso