



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
ENNA

DELIBERA N. 531
DEL 29 GIU 2017

OGGETTO: Relazione sulla Performance ASP Enna - anno 2016

U.O. PROPONENTE : U.O.C. Coordinamento STAFF AZIENDALI

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE N. 185465
DEL 27/06/2017

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
Dr Maria Concetta Alloro

Maria Concetta Alloro

IL DIRIGENTE DELL'U.O.C. PROPONENTE
Dr Libera E. Carta

Libera E. Carta

S.E.F.P.

Si attesta la copertura finanziaria e la compatibilità con il bilancio di previsione vigente.

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

Autorizzazione n. _____ del _____ C.E. / C.P. _____

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

IL DIRETTORE DEL S.E.F.P.

NUMERO PROTOCOLLO DI RICEZIONE DELLA PROPOSTA PRESSO U.O.C. STAFF _____

DATA RICEZIONE DELLA PROPOSTA PRESSO U.O.C. STAFF 27/06/2017

IL DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'U.O.C. COORDINAMENTO STAFF AZIENDALI

PREMESSO

Che il D. lgs 150/2009 "Attuazione della legge 4 Marzo 2009, n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" recante disposizioni in tema di misurazione, valutazione e trasparenza della performance, all'art. 10, comma 1 lett. a) e lett b) fa obbligo alle aziende sanitarie di redigere annualmente:

- entro il 31 Gennaio il documento programmatico triennale denominato "Piano della performance";
- entro il 30 Giugno la "Relazione sulla performance" che a consuntivo evidenzia i risultati organizzativi e individuali raggiunti riferiti all'anno precedente.

Che con delibera n. 38 del 28/01/2016 è stato adottato il Piano della Performance ASP Enna triennio 2016-2018 in osservanza al succitato art. 10 c.1 lett.a) del D. Lgs n. 150/2009 ;

Che la Struttura Tecnica Permanente (S.T.P.), afferente all' U.O.C. Coordinamento STAFF Aziendali ha predisposto la Relazione sulla Performance che a consuntivo evidenzia i risultati organizzativi e individuali raggiunti nell'anno 2016 rispetto ai singoli obiettivi programmati, ai sensi dell' art. 10 del D. Lgs. 150/2009;

CONSIDERATO

Che la suddetta relazione, allegata al presente atto quale parte integrante e sostanziale, è stata redatta in osservanza dell' art.10 del D.Lgs. 150/1009 e alla delibera n. 5 /2012 con la quale la CIVIT ha emanato le linee guida sulle modalità di redazione della relazione;

Che occorre approvare la " Relazione sulla Performance anno 2016" nel rispetto dei termini previsti dalla normativa citata in premessa, dandone evidenza sul sito Istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente".

VISTO IL SEGUENTE ALLEGATO ALLA PRESENTE DELIBERAZIONE

- A. Relazione sulla Performance ASP Enna anno 2016;

Assumendo la responsabilità, veridicità e legittimità della presente proposta e della sua correttezza formale e sostanziale

PROPONE

1. **Di** approvare la "Relazione sulla Performance relativa anno 2016" redatta in osservanza dell' art.10 del D.Lgs. 150/1009, allegata al presente atto quale parte integrante e sostanziale.
2. **Di** trasmettere copia del presente provvedimento all'OIV ai fini della validazione ed al Responsabile della Trasparenza per la pubblicazione sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente".
3. **Di** dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo al fine del rispetto dei termini previsti dalla normativa in materia.

Il Dirigente Responsabile U.O.C. Coordinamento STAFF AZIENDALI

Dr Libera F. Carta



L'anno duemiladiciassette il giorno Venerdì del mese di Giugno nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
IN SOSTITUZIONE

IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Giovanna Fidefio nominato con D.P. n.08/Serv.1/S.G. del 19/01/2015 coadiuvato dal Direttore Amministrativo Dott. Maurizio Lanza e dal Direttore Sanitario, Dott. Emanuele Cassarà e con l'assistenza del Segretario Verbalizzante _____

VISTI

- ✓ La superiore proposta;
- ✓ La Legge Regionale 5 /2009 e s.m.i. ;
- ✓ L'Atto Aziendale adottato con delibera n.429 del 01/06/2017;
- ✓ Il Regolamento di organizzazione e funzionamento adottato con delibera n. 2448/2011;
- ✓ Il Regolamento di organizzazione e funzionamento Area Amministrativa adottato con delibera n. 829 del 24/10/2016
- ✓ D.lgs 150/2009 e successivo D. lgs 141/2011;
- ✓ il D.A. 1821 del 26/09/2011

Con il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo

DELIBERA

1. Di approvare la proposta di deliberazione che precede, parte integrante del presente atto, facendola propria e pertanto:
2. Di approvare la "Relazione sulla Performance relativa anno 2016" redatta in osservanza dell' art.10 del D.Lgs. 150/1009, allegata al presente atto quale parte integrante e sostanziale.
3. Di trasmettere copia del presente provvedimento all' OIV ai fini della validazione ed al Responsabile della Trasparenza per la pubblicazione sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente".
4. Di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo al fine del rispetto dei termini previsti dalla normativa in materia.

IL DIRETTORE SANITARIO
Dr. Emanuele Cassarà



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dr. Maurizio Lanza




IL DIRETTORE GENERALE
- D.ssa Giovanna Fidefio -



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
IN SOSTITUZIONE
DEL DIRETTORE GENERALE
(Giusta delibera n. 30 del 25/02/2015)

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE

Giuseppa Tornabene



PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, su conforme relazione dell'addetto, è stata pubblicata in copia all'albo della ASP di Enna, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n° 30/93 s.m.i., dal 02 LUG 2017 al 16 LUG 2017

L'incaricato

PER DELEGA DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
IL Dirigente Amm/vo U.O.C. COORD. STAFF AZIENDALI
(Dr.ssa Libera F. Carta)

Notificata al Collegio Sindacale il con nota prot. n°

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

dell'Assessorato Regionale Sanità ex L.R. n° 5/09 trasmessa in data _____ prot. n° _____

SI ATTESTA

che l'Assessorato Regionale Sanità:

- ha pronunciato l'**approvazione** con provvedimento n° _____ del _____
- ha pronunciato l'**annullamento** con provvedimento n° _____ del _____

come da allegato.

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

DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

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

- immediatamente esecutiva dal 29 GIU. 2017

Enna li,

IL FUNZIONARIO INCARICATO

REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

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

Enna li,

IL FUNZIONARIO INCARICATO

Delibera n. 531 del 29 GIU. 2017

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
ENNA



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2016

Presentazione

Attraverso la Relazione sulla Performance l'Azienda illustra ai cittadini e a tutti gli *stakeholder*, interni ed esterni, i risultati ottenuti a conclusione del ciclo di gestione della performance nel corso dell'anno precedente (D. Lgs 150/2009, art. 10, c. 1, lettera b).

Nella presente Relazione sono illustrati i risultati relativi agli obiettivi programmati per l'anno 2016, che l'Azienda ha reso noti attraverso il Piano della Performance 2016-2018 e il suo Aggiornamento, successivo alla definizione, da parte dell'Assessorato Regionale della Salute, del Sistema di Valutazione degli Obiettivi di Salute e Funzionamento dei Servizi per gli anni 2016 e 2017. Gli obiettivi assessoriali sono stati oggetto di una serie di rimodulazioni, come descritto nell'Aggiornamento al Piano.

La Relazione è redatta sulla base delle indicazioni contenute nella delibera CIVIT n. 5/2012, secondo criteri di trasparenza, intelligibilità, veridicità, verificabilità dei contenuti, così da assolvere alla sua finalità primaria di strumento di comunicazione (D. Lgs 150/09, art. 11, c. 6 e c. 8); contiene una descrizione quanto più possibile snella e comprensibile dei risultati raggiunti, con riferimento ai singoli obiettivi programmati e declinati nel Piano della Performance 2016-2018 e nell' Aggiornamento, ed è corredata da una serie allegati in cui i dati dell'attività dell'Azienda a consuntivo sono riportati più nel dettaglio.

Indice

Presentazione.....	2
Indice	3
2 Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni.....	4
2.1 Il contesto esterno di riferimento.....	4
2.2 L' Amministrazione	11
2.3 I risultati raggiunti.....	21
2.4 Le criticità e le opportunità	25
3 Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti.....	27
3.1 Albero della performance	27
3.2 Obiettivi strategici	42
3.3 Obiettivi e piani operativi.....	45
3.4 Obiettivi individuali	55
4 Risorse, efficienza ed economicità.....	55
5 Pari opportunità e bilancio di genere.....	57
6 Il processo di redazione della relazione sulla performance	58
6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità.....	58
6.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo della performance	58
Allegati:	60
Allegato 1: Tabelle Obiettivi Strategici e Obiettivi Operativi	60
Tabella A - Obiettivi di Salute e di Funzionamento dei Servizi - Anno 2016/17 (Anno 2016)	60
Tabella B - Obiettivi Generali a Valenza Triennale	60
Tabella C - Obiettivi di Integrazione con Il Programma di Trasparenza e Integrità e il Piano di Prevenzione della Corruzione - Anno 2016	60
Tabella D - P.A.A. 2016	60
Allegato 2: Tabella documenti del ciclo di gestione della performance	60
Allegato 3: Tabella Valutazione Individuale	60

2 Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni

2.1 Il contesto esterno di riferimento

L'ASP di Enna opera su tutto il territorio della provincia di Enna e comprende, inoltre, il Comune di Capizzi (ME), per un'estensione territoriale complessiva di 2.632,17 Km² e una popolazione residente al 31.12.2016 di 171.189 abitanti (provincia di Enna: 168.052 abitanti; comune di Capizzi: 3.137 abitanti) (Dati ISTAT).

I comuni che fanno parte della provincia di Enna sono: Enna, Calascibetta, Catenanuova, Centuripe, Valguarnera, Villarosa, Piazza Armerina, Aidone, Barrafranca, Pietraperzia, Nicosia, Cerami, Gagliano Castelferrato, Sperlinga, Troina, Agira, Assoro, Leonforte, Nissoria, Regalbuto.

Territorialmente l'ASP di Enna è organizzata in quattro distretti sanitari: Distretto Sanitario di Agira, Distretto Sanitario di Enna, Distretto Sanitario di Nicosia, Distretto Sanitario di Piazza Armerina.



La popolazione degli assistiti al 01/01/2017 è come di seguito distribuita:

Mod. FLS11 aggiornato 1/1/2017	TOTALE ASP			DISTRETTO ENNA			DISTRETTO NICOSIA			DISTRETTO P. ARMERINA			DISTRETTO AGIRA		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
POPOLAZIONE 0-13 ANNI	11.740	11.152	22.892	4.101	3.837	7.938	1.955	1.827	3.782	2.761	2.691	5.452	2.923	1.797	5.720
POPOLAZIONE 14-64 ANNI	53.514	55.385	108.899	17.231	18.284	35.515	10.237	10.468	20.705	14.145	14.621	28.766	11.901	12.012	23.913
POPOLAZIONE 65-74 ANNI	8.125	9.526	17.651	2.761	3.196	5.957	1.536	1.904	3.440	2.039	2.562	4.601	1.789	1.864	3.653
POPOLAZIONE 75 E OLTRE	8.270	11.933	20.103	2.737	3.991	6.728	1.855	2.372	4.227	2.110	3.203	5.313	1.568	2.267	3.835
TOTALE	81.649	87996	169.645	26.830	29.308	56.138	15.583	16.571	32.154	21.055	23.077	44.132	18.181	18.940	37.121

Assistiti al 01.01.2017. Fonte Anagrafe Regionale Assistiti

Nelle seguenti tabelle si riportano alcuni dati sul territorio, aggiornati al 01/01/2016 (ISTAT)

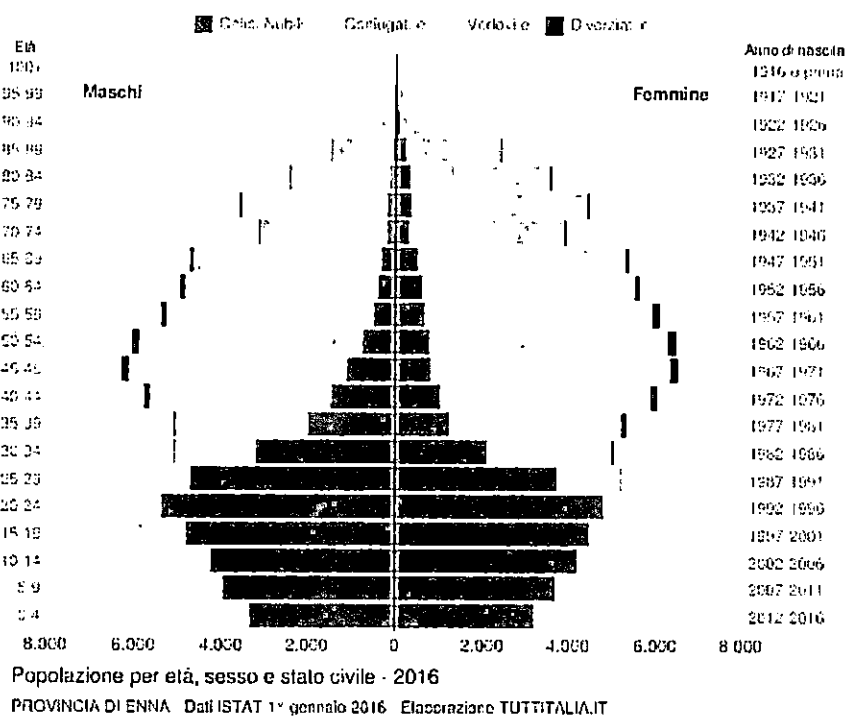
Provincia di Enna			Comune di Capizzi	
Estensione territoriale	2.562 Km ^q		Estensione territoriale	70,17 Km ^q
Territorio	montagna	22,8%	Popolazione residente (1 gennaio 2016)	3176 ab.
	collina	73,5%	Popolazione straniera residente	10 ab.
	planura	3,7%	Densità abitativa (abitanti/Kmq)	45,26
Numero comuni	20		Tasso di natalità (x 1000 ab.)	6,8
Popolazione residente (01.01.2016)	169.782 ab.		Tasso di mortalità (x 1000 ab.)	13,03
Popolazione straniera residente	3.431 ab.	2,02 %	Indice di dipendenza	53,08
Densità abitativa (abitanti/Kmq)	66,2 ab/Kmq		Indice di vecchiaia	111,1
Tasso di natalità (x 1000 ab)	7,5			
Tasso di mortalità (x 1000 ab)	11,6			
Indice di dipendenza	51,07			
Indice di vecchiaia	154,02			

Tab. 1 – Provincia di Enna e Comune di Capizzi: il territorio (dati ISTAT 01.01.2016)

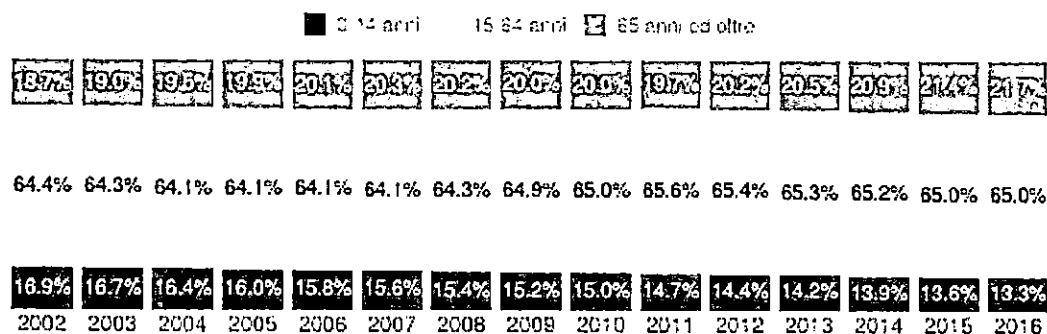
Età	Celibi/ Nubili	Coniugati/ e	Vedovi /e	Divorziati /e	Maschi		Femmine		Totale	
						%		%		%
0-4	6.513	0	0	0	3.342	51,3%	3.171	48,7%	6.513	3,8
5-9	7.649	0	0	0	3.969	51,9%	3.680	48,1%	7.649	4,5
10-14	8.433	0	0	0	4.258	50,5%	4.175	49,5%	8.433	5,0
15-19	9.295	14	0	0	4.831	51,9%	4.478	48,1%	9.309	5,5
20-24	10.195	403	2	3	5.489	51,8%	5.114	48,2%	10.603	6,2
25-29	8.469	2.097	1	16	5.384	50,9%	5.199	49,1%	10.583	6,2
30-34	5.337	4.726	12	57	5.098	50,3%	5.034	49,7%	10.132	6,0
35-39	3.262	6.984	35	172	5.125	49,0%	5.328	51,0%	10.453	6,2
40-44	2.517	8.939	87	281	5.786	48,9%	6.038	51,1%	11.824	7,0
45-49	1.947	10.379	164	313	6.295	49,2%	6.508	50,8%	12.803	7,5
50-54	1.548	10.317	343	303	6.048	48,3%	6.463	51,7%	12.511	7,4
55-59	1.169	9.513	528	267	5.398	47,0%	6.079	53,0%	11.477	6,8
60-64	1.007	8.574	792	227	4.968	46,9%	5.632	53,1%	10.600	6,2
65-69	815	7.809	1.324	183	4.752	46,9%	5.379	53,1%	10.131	6,0
70-74	514	4.992	1.496	80	3.172	44,8%	3.910	55,2%	7.082	4,2
75-79	539	4.975	2.460	86	3.615	44,9%	4.445	55,1%	8.060	4,7
80-84	447	2.831	2.697	52	2.466	40,9%	3.561	59,1%	6.027	3,5
85-89	286	1.302	2.306	28	1.494	38,1%	2.428	61,9%	3.922	2,3
90-94	117	272	1.008	8	458	32,6%	947	67,4%	1.405	0,8
95-99	17	25	193	1	64	27,1%	172	72,9%	236	0,1
100+	3	1	25	0	9	31,0%	20	69,0%	29	0,0
Totale	70.079	84.153	13.473	2.077	82.021	48,3%	87.761	51,7%	169.782	100

Distribuzione della popolazione 2016 – libero consorzio comunale di Enna (ISTAT)

Piramide delle Età – Provincia di Enna



Il grafico (Piramide delle Età) rappresenta la distribuzione della popolazione residente in provincia di Enna per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2016. La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). I diversi colori evidenziano la distribuzione della popolazione per stato civile: celibi e nubili, coniugati, vedovi e divorziati.



Struttura per età della popolazione

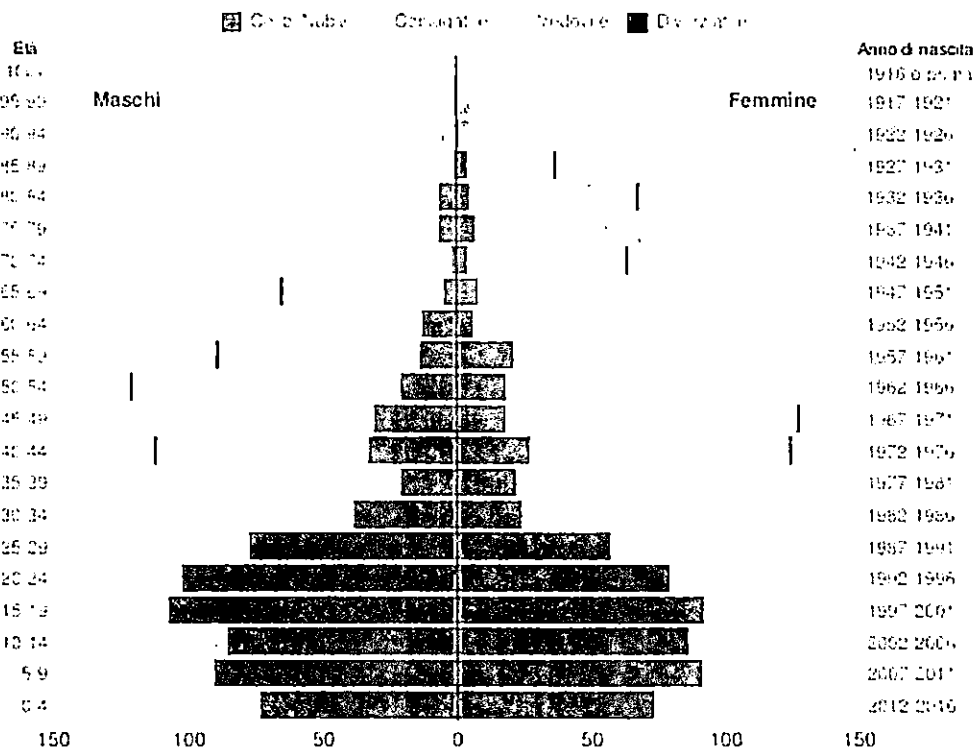
PROVINCIA DI ENNA - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Struttura della popolazione dal 2002 al 2016 – Provincia di Enna. L'analisi della struttura per età di una popolazione considera tre fasce di età: **giovani** 0-14 anni, **adulti** 15-64 anni e **anziani** 65 anni ed oltre. In base alle diverse proporzioni fra tali fasce di età, la struttura di una popolazione viene definita di tipo *progressiva*, *stazionaria* o *regressiva* a seconda che la popolazione giovane sia maggiore, equivalente o minore di quella anziana. Lo studio di tali rapporti è importante per valutare alcuni impatti sul sistema sociale, ad esempio sul sistema lavorativo o su quello sanitario.

Anno	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di ricambio della popolazione attiva	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico di figli per donna feconda	Indice di natalità (x 1.000 ab.)	Indice di mortalità (x 1.000 ab.)
	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1 gen-31 dic	1 gen-31 dic
2002	109,4	59,9	75,1	68,8	24,7	10,2	9,6
2003	111,4	61,1	70,8	70,6	25,1	12,6	12,6
2004	110,3	60,2	71,6	73,8	23,9	10,4	13,0
2005	110,0	59,0	67,3	78,1	25,1	10,7	11,3
2006	109,9	58,3	66,8	79,3	25,8	11,1	10,5
2007	111,6	58,2	66,5	81,5	25,9	11,0	11,9
2008	110,8	58,0	62,2	84,9	26,3	13,1	11,3
2009	112,0	56,7	62,1	87,8	27,2	12,6	12,0
2010	111,9	56,5	71,0	92,8	26,5	11,8	10,3
2011	110,5	56,8	80,8	97,6	26,0	7,1	8,0
2012	114,4	56,7	83,3	102,2	25,9	10,2	9,0
2013	117,1	55,7	88,0	105,5	26,6	10,6	14,3
2014	116,6	55,8	91,3	110,8	25,5	11,7	12,9
2015	118,7	56,2	89,0	114,7	25,8	6,9	13,1
2016	127,5	56,0	80,5	116,1	27,8	-	-

Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente nel comune di Capizzi.

Piramide delle Età – Comune di Capizzi



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2016

COMUNE DI CAPIZZI (ME) - Dati ISTAT 1° gennaio 2016 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

12

8

4

0

2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012(*) 2013 2014 2015 2016

10



Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2016

COMUNE DI CAPIZZI (ME) Dati ISTAT 1° gennaio 2016 Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post censimento

Popolazione straniera residente nel comune di Capizzi al 1° gennaio 2016. Gli stranieri residenti nel comune di Capizzi al 1° gennaio 2016 sono 10 e rappresentano lo 0,3% della popolazione residente.

LEGENDA

Indice di vecchiaia: rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrassessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. *Ad esempio, nel 2015 l'indice di vecchiaia per la provincia di Enna dice che ci sono 157,1 anziani ogni 100 giovani.*

Indice di dipendenza strutturale: rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni). *Ad esempio, teoricamente, in provincia di Enna nel 2015 ci sono 53,8 individui a carico, ogni 100 che lavorano.*

Indice di ricambio della popolazione attiva: rappresenta il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (55-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-24 anni). La popolazione attiva è tanto più giovane quanto più l'indicatore è minore di 100. *Ad esempio, in provincia di Enna nel 2015 l'indice di ricambio è 111,0 e significa che la popolazione in età lavorativa è abbastanza anziana.*

Indice di struttura della popolazione attiva: rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa. È il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni).

Carico di figli per donna feconda: rapporto percentuale tra il numero dei bambini fino a 4 anni ed il numero di donne in età feconda (15-49 anni). Stima il carico dei figli in età prescolare per le mamme lavoratrici.

Indice di natalità: numero medio di nascite in un anno ogni mille abitanti.

Indice di mortalità: numero medio di decessi in un anno ogni mille abitanti.

I dati riportati illustrano l'andamento dei principali indici demografici del contesto socio-ambientale in cui l'Azienda ha operato e opera e confermano la presenza di fasce di popolazione fragile (anziani, stranieri residenti), che ha indirizzato l'Azienda verso azioni finalizzate ad implementare servizi a sostegno di tali fasce, come verrà di seguito evidenziato.

Nell'Aggiornamento al Piano della Performance 2016-2018 sono stati riportati gli Obiettivi di Salute e di Funzionamento dei Servizi assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute alla Direzione Aziendale nell'Aprile 2016 e successivamente oggetto di rimodulazioni. L'Assessorato ha esteso la validità dei suddetti obiettivi al 31.12.2017. Gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi sono organizzati in macro-obiettivi, ciascuno dei quali è articolato in sub-obiettivi, di cui sono stati definiti peso, indicatori, valori attesi

di risultato. Completata la fase di assegnazione degli obiettivi da parte dell'Assessorato Regionale, la Direzione Aziendale li ha riversati sulle proprie strutture organizzative, in relazione con la specificità e i compiti istituzionali di ciascuna, e ha anticipato ai Dirigenti responsabili di U.O.C., in sede di negoziazione, la loro validità fino al 31.12.2017, definendo i valori attesi di risultato al 31.12.2016 e al 31.12.2017.

In linea con le indicazioni del Sistema di valutazione degli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi 2016-2017, sono stati, inoltre, definiti gli obiettivi e i programmi di attività all'interno del Piano Attuativo Aziendale 2016, periodicamente verificati e aggiornati, in logica *rolling*, sulla base audit effettuati dall'Assessorato.

I macro-obiettivi del sistema obiettivi 2016-2017 sono integrati da un obiettivo specifico, assegnato dall'Assessore a tutte le Aziende: 'Riorganizzazione del Pronto Soccorso'. Ai fini della riorganizzazione del Pronto Soccorso in integrazione con i CUP e Accettazione Unica per i Presidi Ospedalieri e Aziende Ospedaliere, a livello regionale è stato costituito un Gruppo di lavoro, di cui fanno parte i Direttori generali, sotto il coordinamento dell'AGENAS, che svilupperà le tre macroaree organizzazione, strutture e tecnologie al fine di garantire logiche e priorità comuni a livello regionale nel percorso che sarà poi attuato da ciascuna singola Azienda nella riorganizzazione dei propri P.S.

Gli Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, come riportati nell'Aggiornamento al Piano della Performance, si affiancano agli Obiettivi generali a valenza triennale (contenimento della spesa, equilibrio di bilancio, pieno utilizzo dei finanziamenti europei, rispetto degli obblighi relativi alla gestione dei flussi informativi, rispetto delle disposizioni regionali in merito all'attività libero professionale) già declinati nel Piano della Performance 2016-18 (Obiettivo strategico B) e agli Obiettivi di integrazione con il programma di trasparenza e integrità e il Piano di prevenzione della corruzione (Obiettivo strategico C).

Nell'albero della Performance riportato al par. 3.3. del Piano della Performance 2016-18 - e successivo Aggiornamento - sono stati rappresentati gli obiettivi strategici sopra citati, evidenziando la connessione con la *mission* aziendale, da un lato e con gli obiettivi e programmi di attività in cui sono stati declinati, dall'altro.

2.2 L' Amministrazione

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, giusta L.R. 5/2009 e s.m.i. contenute nella L.R. 5/2014, è organizzata secondo un modello dipartimentale suddiviso per area territoriale ed area ospedaliera.

In particolare per l'area territoriale sono stati istituiti tre dipartimenti strutturali:

- Dipartimento di Salute Mentale;
- Dipartimento di Prevenzione per la Salute;
- Dipartimento di Prevenzione Veterinario.

L'assistenza sanitaria territoriale è effettuata tramite quattro Distretti Sanitari a cui afferiscono territorialmente i comuni come di seguito specificato:

Distretto di Enna	Distretto di Agira	Distretto di Nicosia	Distretto di Piazza Armerina
ENNA	AGIRA	NICOSIA	P.ARMERINA
CALASCIBETTA	ASSORO	CAPIZZI	AIDONE
CATENANUOVA	LEONFORTE	CERAMI	BARRAFRANCA
CENTURIFE	NISSORIA	GAGLIANO C.TO	PIETRAPERZIA
VALGUARNERA	REGALBUTO	SPERLINGA	
VILLAROSA		TROINA	

L'assistenza ospedaliera è erogata mediante l'attività di quattro stabilimenti ospedalieri a gestione diretta organizzati in due Distretti come di seguito descritto:

- Distretto ospedaliero Enna 1 a cui afferiscono:
 - S.O. Umberto I di Enna - HSP 190319
 - S.O. Chiello di Piazza Armerina - HSP 190320
- Distretto ospedaliero Enna 2 a cui afferiscono:
 - S.O. Ferro-Branciforte-Capra di Leonforte – HSP 190321
 - S.O. Basilotta di Nicosia – HSP 190322.

Si riportano di seguito, in tabelle, le UOC dell'area ospedaliera e dell'area territoriale, come ridefinite dall'Atto Aziendale, adottato con delibera n. 223 del 31.03.2016, facendo presente che, all'atto della stesura della presente Relazione, è in corso un ulteriore processo di rimodulazione della rete ospedaliera della Regione Sicilia ai fini dell'adeguamento agli standard del D.M. 70/2015. L'Azienda, recependo il D.A. 629 del 31/3/2017, ha proposto l'adeguamento del suddetto Atto Aziendale che è stato approvato con D.A. n.1079 del 29/5/2017. Conseguenzialmente è stata revisionata la dotazione organica, in corso di approvazione regionale .

Azienda Sanitaria Provinciale Enna

Distretto Ospedaliero Enna 1
Stabilimenti Enna - Piazza Armerina

Dipartimento di Chirurgia			
S.O. Umberto I° Enna		S.O. M. Chiello P. Armerina	
Chirurgia Generale	U.O.C.	Chirurgia Generale	U.O.S.
Oculistica	U.O.C.		
Ortopedia e Traumatologia	U.O.C.	Ortopedia e Traumatologia	U.O.S.
<i>Riabilitazione e Recupero</i>	U.O.S.		
Ostetricia e Ginecologia	U.O.C.		
Otorinolaringoiatria	U.O.C.		
Urologia	U.O.C.		
Dipartimento di Medicina			
Cardiologia -UTIC	U.O.C.		
<i>Emodinamica</i>	U.O.S.		
Dermatologia	U.O.C.		
Geriatria	U.O.C.		
Malattie Infettive	U.O.C.		
Medicina Generale	U.O.C.	Medicina Generale	U.O.C.
Nefrologia Emodialisi	U.O.C.	Nefrologia Emodialisi	U.O.C.
Neonatologia-UTIN-Pediatria	U.O.C.	Pediatria	U.O.S.
Neurologia	U.O.C.		
Oncologia Medica	U.O.C.		
Pneumologia	U.O.C.		
Riabilitazione	U.O.C.		
Dipartimento dei Servizi			
Anatomia Patologica	U.O.C.		
<i>Terapia del dolore</i>	U.O.S.		
Medicina Nucleare	U.O.C.		
Medicina Trasfusionale	U.O.C.	Centro Trasfusionale	U.O.S.
Patologia Clinica	U.O.C.	Patologia Clinica	U.O.S.
<i>Coordinamento Biologi</i>	U.O.S.		
Radiologia	U.O.C.	Radiologia	U.O.S.
<i>Diagnostica ad Alta Tecnologia</i>	U.O.S.		
<i>Ecografia</i>	U.O.S.		
Terapia Intensiva e Rianimazione - Anestesia	U.O.C.	Anestesia	U.O.S.
M.CAU	U.O.C.	Pronto Soccorso	U.O.S.
<i>Pronto Soccorso</i>	U.O.S.		
Farmacia Ospedaliera	U.O.C.		
Gestione Acquisti	U.O.S.		
Direzione Medica di Presidio	U.O.C.	Direz. Medica di Presidio	U.O.S.
		UOS Dipart. di Odontoiatria	U.O.S.
Direzione Amministrativa dei Presidi Osp. Riuniti Enna/P. Armerina			U.O.C.

Distretto Ospedaliero Enna 2 Stabilimenti Nicosia - Leonforte			
Dipartimento di Chirurgia			
S.O. Basilotta Nicosia		S.O. F.B.C. Leonforte	
Chirurgia Generale	U.O.C.	Chirurgia Generale	U.O.C.
Ortopedia e Traumatologia	U.O.C.		
Oculistica	U.O.S.		
Ostetricia e Ginecologia	U.O.C.		
Dipartimento di Medicina			
Cardiologia	U.O.C.	Medicina Generale	U.O.S.
Medicina Generale	U.O.C.		
Lungodegenza	U.O.S.	Lungodegenza	U.O.S.
Emodialisi	U.O.S.		
Pediatria	U.O.C.		
Riabilitazione e Recupero	U.O.S.	Riabilitazione e Recupero	U.O.C.
Dipartimento dei Servizi			
Ter. Intensiva e Rianimazione -Anestesia	U.O.C.	Anestesia	U.O.S.
Centro Trasfusionale	U.O.S.		
Patologia Clinica	U.O.C.	Patologia Clinica	U.O.S.
Radiologia	U.O.C.	Radiologia	U.O.S.
Direzione Medica di Presidio	U.O.C.	Direzione Medica di Presidio	U.O.S.
Pronto Soccorso	U.O.S.	Pronto Soccorso	U.O.S.
Farmacia Ospedaliera D.O. EN2			U.O.S.
Direzione Amministrativa PP.OO. Riuniti Nicosia/Leonforte			U.O.C.

Area Territoriale			
Dipartimento di Prevenzione per la salute			
Servizio Igiene degli Ambienti di Vita	U.O.C.	Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	U.O.C.
Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione	U.O.C.	Servizio Impiantistica ed Antinfortunistica	U.O.C.
Laboratorio di Sanità Pubblica	U.O.C.		

Dipartimento di Prevenzione Veterinario			
Servizio Sanità Animale	U.O.C.	Servizio Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	U.O.C.
Serv. Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e dei relativi sottoprodotti	U.O.C.		
Dipartimento della Salute Mentale			
Salute Mentale	U.O.C.	Dipendenze Patologiche	U.O.C.
U.O.C. Dipartimentale Neuropsichiatria Infantile	U.O.C.		
Assistenza Distrettuale e dell'Integrazione Socio-Sanitaria			
Distretto Sanitario di Enna	U.O.C.	Distretto Sanitario di Agira	U.O.C.
Distretto Sanitario di Nicosia	U.O.C.	Distretto Sanitario di Piazza Armerina	U.O.C.
Servizio Assistenza sanitaria di base, anziani e cure domiciliari	U.O.C.	Servizio Assistenza specialistica, riabilitativa e protesica e CUP	U.O.C.
Medicina Legale fiscale e necroscopica	U.O.C.		

Si

riportano di seguito alcuni dati di attività relativi all'assistenza ospedaliera:

I Presidi ospedalieri erogano attività a ciclo continuo e diurno per acuti, lungodegenza e riabilitazione post-acuzie. Nel corso del 2016 i servizi sono stati erogati come di seguito schematizzato:

Distribuzione di posti letto anno 2016					
Regime	Struttura	PL strutturali Mod. HSP 12		PL Operativi Mod. HSP22bis	
		PL ordinari	PL DH	PL ordinari	PL DH
Acuti	S.O. Umberto I	224	33	205	29
	S.O. Chiello	53	16	53	16
	S.O. Basilotta	56	10	56	10
	S.O. F.B.C.	28	4	23	4
Totale Posti letto per acuti		361	63	337	59
Lungodegenza	S.O. Basilotta	4		4	
Riabilitazione post acuzie	S.O. F.B.C.	12		12	
Totale posti letto effettivi		377	63	353	59

Assistenza territoriale:

L'Azienda ha operato mediante 73 presidi a gestione diretta e 30 strutture convenzionate come di seguito specificato:

Distribuzione per livello di assistenza delle strutture a gestione diretta (alcune strutture espletano più tipologie di assistenza)	
TIPO STRUTTURA	
	Attività clinica
	Diagnostica strumentale e per
	Attività di laboratorio
	Attività consultorio familiare
	Assistenza psichiatrica
	Assistenza per tossicodipendenti
	Assistenza AIDS
	Assistenza idrotermale
	Assistenza agli anziani
	Assistenza ai disabili fisici
	Assistenza ai disabili psichici
	Assistenza ai malati terminali
Ambulatorio/ Laboratorio	34
	5
	4
	9
	19
	3
	2
	1
	1
	1

Distribuzione per livello di assistenza delle strutture convenzionate (alcune strutture espletano più tipologie di assistenza)	
TIPO STRUTTURA	
	Attività clinica
	Diagnostica strumentale e per immagini
	Attività di laboratorio
	Attività consultorio familiare
	Assistenza psichiatrica
	Assistenza per tossicodipendenti
	Assistenza AIDS
	Assistenza idrotermale
	Assistenza agli anziani
	Assistenza ai disabili fisici
	Assistenza ai disabili psichici
	Assistenza ai malati terminali
Ambulatorio/ Laboratorio	6
	9
	13
	2
	1
	1

Relativamente all' Assistenza sanitaria di base, l'Azienda opera mediante 144 Medici di medicina generale, che assistono complessivamente una popolazione pari a 148.851 unità, e 25 Pediatri di libera scelta, che assistono complessivamente una popolazione pari a 17.159 unità (dato al 31.12.2016).

Si riportano di seguito, in tabelle e grafici, alcuni dati relativi al personale dipendente; le unità di personale vengono quantificate in termini di FTE (Full Time Equivalent), così da ricomprendere oltre che il personale di ruolo a tempo indeterminato anche i rapporti a tempo determinato:

Risorse umane- Distribuzione per genere e ruolo TESTE-...				
Ruolo	Genere	F	M	Totale
A-Amministrativa		172,00	132,00	304,00
D-Direzione		2,00	2,00	4,00
P-Professionale		3,00	8,00	11,00
S-Sanitaria		622,00	710,00	1.332,00
T-Tecnica		178,00	183,00	361,00
????????-Non as...		-	1,00	1,00
Totale		977,00	1.036,00	2.013,00

Tab. 2. 1 Risorse umane – Distribuzione per genere e ruolo (teste pesate)

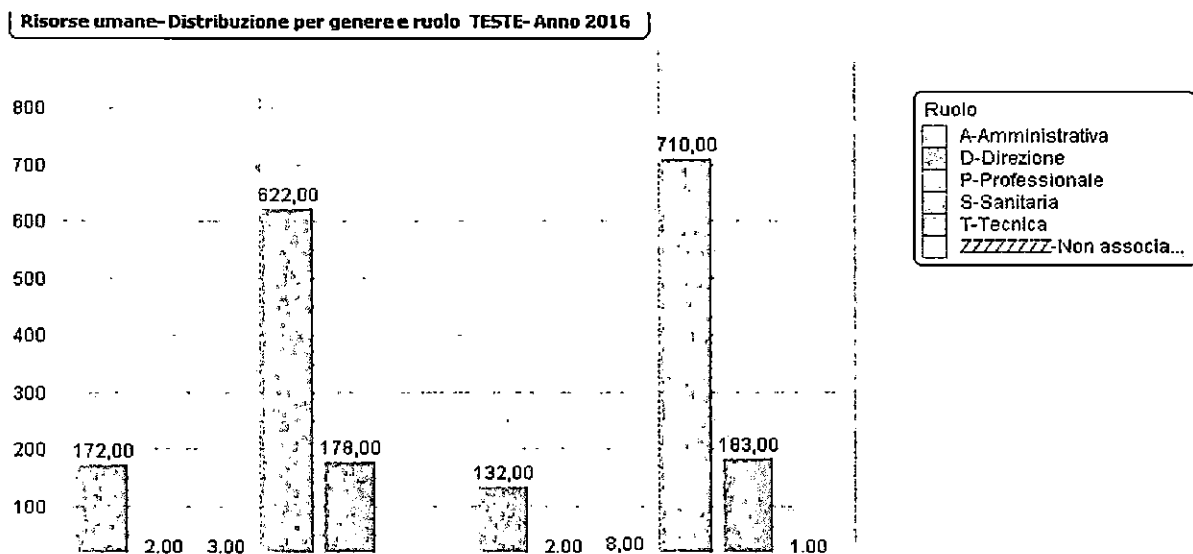


Fig. 2.1 Risorse umane – Distribuzione per genere e ruolo (teste pesate)

Risorse umane- Distribuzione per profilo TESTE- Anno 2016					
MACROAREA	PROFILO	G: F	M	Totale	
A- Amministrativa	ACCOAC01-Assistente amministrativo		67,00	37,00	104,00
	ACCOAC02-Commesso		19,00	23,00	42,00
	ACCOAC03-Coadiutore amministrativo		59,00	48,00	107,00
	ACCOAC04-Collaboratore amministrativo		19,00	17,00	36,00
	ADDNAD01-Direnti amministrativi		8,00	7,00	15,00
	Totale		172,00	132,00	304,00
D-Direzione	DODSDA02-Direttore Amministrativo			1,00	1,00
	DODSDG01-Direttore Generale		1,00		1,00
	DODSDR05-Sindaci e Revisori		1,00		1,00
	DODSDS03-Direttore Sanitario			1,00	1,00
	Totale		2,00	2,00	4,00
P- Professionale	PCCIPC01-Assistente religioso			4,00	4,00
	PCCIPC03-Personale religioso in convenzione		2,00		2,00
	PDDHPD01-Avvocato		1,00		1,00
	PDDHPD02-Ingegnere			4,00	4,00
	Totale		3,00	8,00	11,00
S-Sanitaria	SCCCIA01-Assistente sanitario		1,00	1,00	2,00
	SCCCIA05-Ostetrica		24,00	7,00	31,00
	SCCCII01-Infermiere		335,00	317,00	652,00
	SCCCII03-Infermiere generico		7,00	7,00	14,00
	SCCCII04-Infermiere pediatrico		1,00		1,00
	SCCDRR01-Educatore professionale		1,00	1,00	2,00
	SCCDRR03-Fisioterapista		9,00	14,00	23,00
	SCCDRR04-Logopedista		1,00		1,00
	SCCDRR07-Ortottista assistente di oftalmologia		1,00	1,00	2,00
	SCCDRR08-Tecnico audiometrista			1,00	1,00
	SCCEAT04-Puericultrice		5,00		5,00
	SCCETD01-Tecnico sanitario di laboratorio biomedico		18,00	17,00	35,00
	SCCETD02-Tecnico sanitario di radiologia medica		12,00	22,00	34,00
	SCCFTP01-Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi ...		3,00	14,00	17,00
	SDDAMA02-Veterinario		1,00	24,00	25,00
	SDDAMM01-Medico		174,00	268,00	442,00
	SDDBAA01-Psicologo		8,00	6,00	14,00
	SDDBAA02-Biologo		5,00	4,00	9,00
	SDDBAA03-Chimico			1,00	1,00
SDDBAA05-Pedagogista		5,00	2,00	7,00	
SDDBAF01-Farmacista		11,00	3,00	14,00	
	Totale	622,00	710,00	1.332,00	
T-Tecnica	TCCMTA01-Assistente tecnico		1,00	7,00	8,00
	TCCMTA03-Auxiliario specializzato		121,00	89,00	210,00
	TCCMTA04-Collaboratore tecnico			6,00	6,00
	TCCMTA05-Operatore tecnico		12,00	53,00	65,00
	TCCMTO1-Assistente sociale		29,00	4,00	33,00
	TCCMTT01-Operatore socio sanitario		7,00	17,00	24,00
	TCCMTT02-Operatore tecnico addetto all'assistenza		6,00	5,00	11,00
	TDDLDT01-Analista			1,00	1,00
	Totale	178,00	183,00	361,00	
Non associabile-Non ...	Non associabile-Non associabile-Non associabile-Non ...			1,00	1,00
Totale	Totale		977,00	1.036,00	2.013,00

Tab. 2.2 Risorse umane – Distribuzione per profilo (teste pesate)

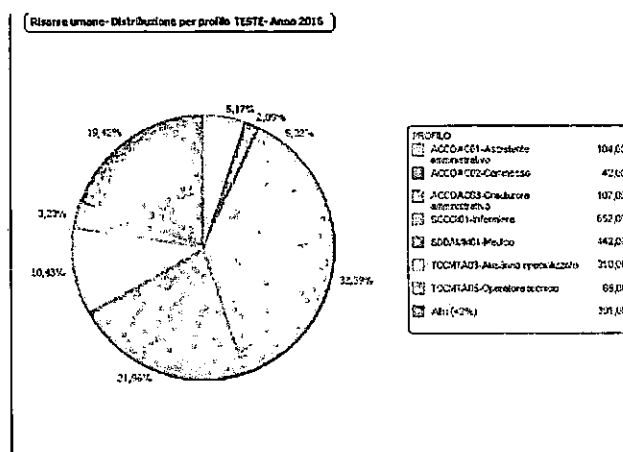


Fig. 2.2 Risorse umane – Distribuzione per profilo (teste pesate)

Risorse umane- Distribuzione per tempo impiego e g...				
Tempo impiego	Genere	F	M	Totale
Tempo Pieno		946,00	1.017,00	1.963,00
Altro		8,00	10,00	18,00
Part Time Vert.		2,00	1,00	3,00
Part Time Orizz.		20,00	8,00	28,00
Orario ridotto		1,00	-	1,00
Totale		977,00	1.036,00	2.013,00

Tab. 2.3 Risorse umane – Distribuzione per tempo di impiego e genere (teste pesate)

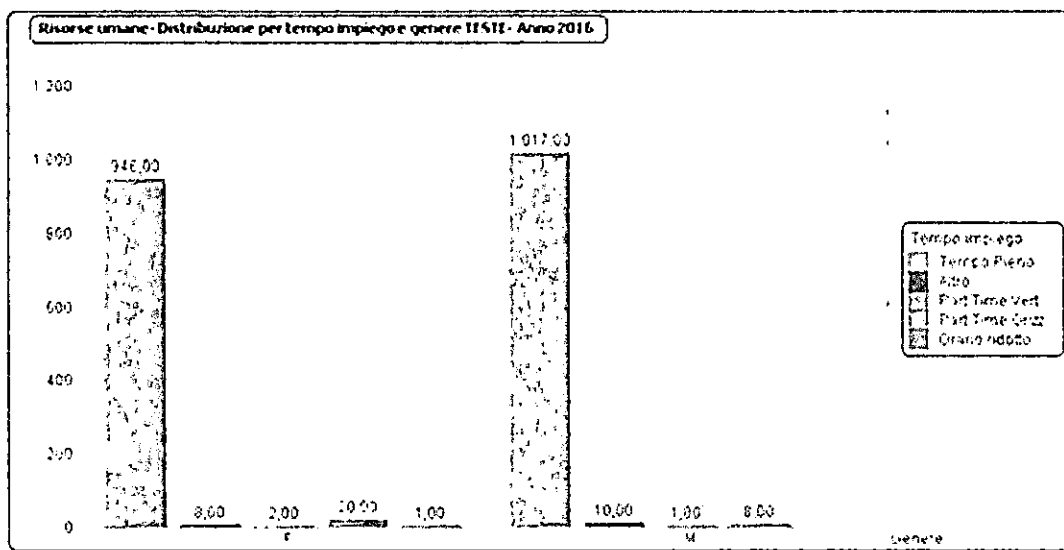


Fig. 2.3 Risorse umane – Distribuzione per tempo di impiego e genere (teste pesate)

TESTE-Personale per rapporto di lavoro e genere					
Ruolo	Rapporto Lavoro	G	F	M	Totale
A-Amministrativa	01-Dipendente SSN - indeterminato		145,00	117,00	262,00
	02-Dipendente SSN - determinato		27,00	12,00	39,00
	06-LSU			2,00	2,00
	22-Contrattisti ex LSU T.D.			1,00	1,00
	Totale		172,00	132,00	304,00
D-Direzione	99-Altro non dipendente		2,00	2,00	4,00
	Totale		2,00	2,00	4,00
P-Professionale	01-Dipendente SSN - indeterminato		1,00	5,00	6,00
	99-Altro non dipendente		2,00	3,00	5,00
	Totale		3,00	8,00	11,00
S-Sanitaria	01-Dipendente SSN - indeterminato		553,00	672,00	1.225,00
	02-Dipendente SSN - determinato		53,00	33,00	86,00
	04-Borsisti tirocinanti, specializ., ass...		6,00	1,00	7,00
	07-Contratti di collaborazione			1,00	1,00
	10-Comando IN		3,00	1,00	4,00
	12-Incarichi di sostituzione a T.D.		7,00	2,00	9,00
Totale		622,00	710,00	1.332,00	
T-Tecnica	01-Dipendente SSN - indeterminato		177,00	183,00	360,00
	10-Comando IN		1,00		1,00
	Totale		178,00	183,00	361,00
????????-Non associabile-Non as...	99-Altro non dipendente			1,00	1,00
Totale	Totale		977,00	1.036,00	2.013,00

Tab. 2.4 Risorse umane – Personale per rapporto di lavoro e genere (teste pesate)

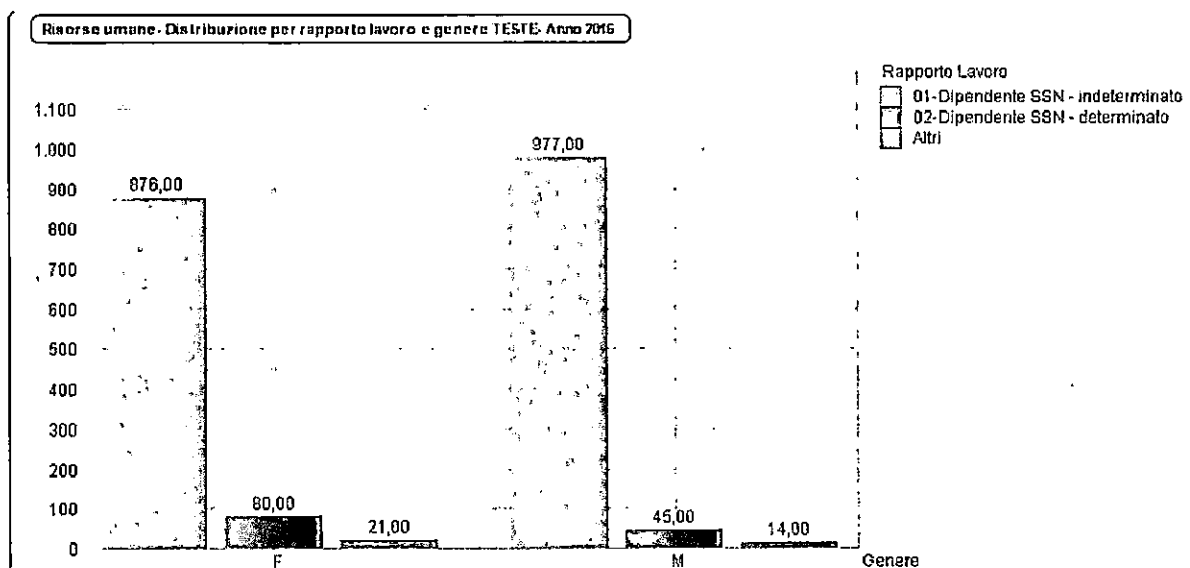


Fig. 2.4 Risorse umane – Personale per rapporto di lavoro e genere (teste pesate)

Risorse finanziarie

Le risorse finanziarie ed economiche per l'anno 2016 derivano, principalmente, dalle assegnazioni effettuate dal Fondo Sanitario Regionale (Assessorato Regionale per la Salute), sulla base della cosiddetta "quota capitaria", oltre che dalla quota del Fondo Sanitario Nazionale.

CODICE	VOCE NUOVO MODELLO CE	Consuntivo 2016	Preventivo 2016	DIF	Consuntivo 2015	DIF
AA0210	A.1) Contributi in c/ esercizio	318.954	313.129	5.825	317.293	1.661
AA0240	A.2) Retrib. contrib. c/ esercizio per destinazione ad investimenti	1.858	803	1.055	3.531	1.673
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote anzilate contrib. vinc. tab. di esercizi precedenti	2.163	1.443	720	2.729	566
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	36.053	34.502	1.551	34.444	1.609
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e emborsi	3.572	2.222	1.350	3.025	547
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	1.670	1.825	155	1.719	49
AA0980	A.7) Quota contrib. c/ capitale imputata all'esercizio	4.149	5.137	988	5.276	1.127
AA1050	A.8) Incremento delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-	-	-
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	226	268	42	292	66
AZ0999	Totale valore della produzione (A)	164.929	157.723	7.206	161.247	3.682
BA0010	B.1) Acquisizione di beni	26.554	27.389	835	27.504	950
BA0300	B.2) Acquisizione di servizi	197.485	190.676	6.779	190.480	6.975
BA1010	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinata esternalizzata)	3.892	3.713	179	4.358	466
BA1090	B.4) Godimento di beni di terzi	1.472	2.192	720	1.959	497
BA2080	Totale Costo del personale	110.522	112.120	1.598	112.007	1.485
BA2500	B.6) Altri diversi di gestione	2.418	2.020	398	2.059	359
BA2560	Totale Ammortamenti	5.841	5.438	403	5.927	86
BA2630	B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-	-	-	-
BA2660	B.15) Variazione delle rimanenze	72	-	72	442	370
BA2890	B.16) Accantonamento dell'esercizio	6.982	4.370	2.612	6.166	616
BZ0999	Totale costi della produzione (B)	355.064	347.918	7.146	350.228	4.836
CZ0999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	1.137	1.237	100	2.178	1.041
DZ0999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	-	-	-	-
EZ0999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	364	-	364	4	360
YZ0999	Totale imposte e tasse	8.267	8.568	301	8.363	96
ZZ0999	RISULTATO DI ESERCIZIO	97	-	97	474	377

Compatibilmente con la salvaguardia dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) - che costituisce obiettivo prioritario ed inderogabile del sistema sanitario regionale - al fine del raggiungimento dell'equilibrio di bilancio l'Azienda ha messo in atto una politica volta alla razionalizzazione e contenimento dei costi, che ha consentito la chiusura del bilancio con un utile di € 97.000,00

Benessere organizzativo

L'art. 8 del DPR n. 105/2016 ha abrogato l'art. 14 c. 5 del D. Lgs 150, che attribuiva all'OIV competenze in merito alla realizzazione delle indagini sul benessere organizzativo.

L'Azienda ha costituito, con delibera n. 959 del 30.11.2017, in attuazione del DDG n. 472 del 23 marzo 2016 - Regione Sicilia - Assessorato della Salute -, il Gruppo di Valutazione Aziendale sullo Stress Lavoro Correlato. Il Gruppo, in continuità con le attività sviluppate negli anni precedenti ai sensi del D. Lgs n. 81/2008, ha individuato gli strumenti di analisi, ed ha avviato una serie di azioni finalizzate alla realizzazione delle indagini sul benessere organizzativo e sullo stress lavoro correlato. In particolare (nel corso del 2017) è stata diffusa a tutto il personale aziendale l'informazione relativa alla costituzione del Gruppo di Lavoro e alle sue finalità, attraverso la piattaforma informatica aziendale (sezione Punto di Ascolto Stress Lavoro Correlato, all'interno del Portale Dipendente)

Con delibera n. 335 del 9 maggio 2016, inoltre, L'Azienda ha istituito il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni", che ha avviato la propria attività programmatica.

2.3 I risultati raggiunti

Nel corso del 2016 l'Azienda, attraverso le articolazioni organizzative descritte nel paragrafo 2.2, ha svolto i propri compiti istituzionali e perseguito gli obiettivi strategici assegnati dall'Assessorato alla Direzione e declinati in obiettivi operativi, quali riportati nel Piano della Performance 2016-18 e relativo Aggiornamento.

L'assegnazione degli obiettivi di salute da parte dell'Assessorato nell'Aprile 2016 e la rimodulazione della rete ospedaliera, ancora in corso, hanno rappresentato elemento di criticità, che, tuttavia, non ha impedito il raggiungimento di importanti risultati.

In particolare, nel corso del 2016 l'Azienda ha portato a termine le azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi generali a valenza triennale assegnati dall'Assessorato alla Direzione Aziendale e riversati a cascata sulle UU.OO. aziendali (cap.3)

Come già riportato, le misure che l'Azienda ha messo in atto - perseguendo comunque, prioritariamente, l'obiettivo di salvaguardare i L.E.A. - hanno portato alla chiusura del bilancio con un utile di € 97.000,00.

Dati più dettagliati sulla gestione economica finanziaria dell'Azienda saranno forniti nelle sezioni 3.2 e 4 della presente Relazione.

Per quanto riguarda gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi correlati al sistema di incentivazione per gli anni 2016 e 2017 l'Azienda ha messo in atto una serie di azioni che hanno consentito il raggiungimento di alcuni risultati di rilievo.

In particolare, è stata garantita la tempestività dell'effettuazione della P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI, intervento cruciale ai fini della sopravvivenza dei pazienti, e si è registrato un trend in miglioramento anche per gli altri obiettivi dell'area Esiti, come evidenziato nelle seguenti tabelle:

SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI 2014-2015					
SUB-OBIETTIVO 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti over 65 anni					
Stabilimento Ospedaliero	VALORE MINIMO DI PARTENZA	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2015			VALORE TARGET AL 31/12/2015
		n. casi operati entro 48h	n. casi totali	% casi operati entro 48h	
P.O. UMBERTO I		16	68	24,14%	
P.O. CHIELLO		14	57	24,56%	
P.O. BASILOTTA		62	87	71,26%	
TOTALE ASP	> 60%	92	220	41,82%	100%

Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente al valore medio regionale e il valore obiettivo (70%) e il target nazionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto, se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.

SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI 2016-2017					
SUB-OBIETTIVO 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti over 65 anni					
Stabilimento Ospedaliero	VALORE MINIMO DI PARTENZA	Monitoraggio al 31/12/2016			VALORE TARGET AL 31/12/2017
		n. casi operati entro 48h	n. casi totali	% casi operati entro 48h	
P.O. UMBERTO I		38	70	51%	
P.O. CHIELLO		8	29	28%	
P.O. BASILOTTA		50	52	96%	
TOTALE ASP	> 60%	94	151	62%	≥ 90%

Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente al valore medio regionale e il valore obiettivo (70%) e il target nazionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto, se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.

SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI 2014-2015					
SUB-OBIETTIVO 2.2: Riduzione incidenza parti cesaree					
Stabilimento Ospedaliero	VALORE MINIMO DI PARTENZA	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2015			VALORE TARGET AL 31/12/2015
		n. parti cesaree primarie	n. parti con nessun progresso cesareo	% di parti con taglio cesareo primario	
P.O. UMBERTO I		183	854	21,43%	
P.O. BASILOTTA		32	157	20,38%	
TOTALE ASP	28,9% 22,77%	215	1.051	20,46%	≤ 20%

Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente al valore medio regionale e il valore obiettivo (20%) e il target nazionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto, se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.

SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI 2016-2017					
SUB-OBIETTIVO 2.2: Riduzione incidenza parti cesaree					
Stabilimento Ospedaliero	VALORE MINIMO DI PARTENZA	Monitoraggio al 31/12/2016			VALORE TARGET AL 31/12/2017
		n. di parti cesaree primarie	n. totale di parti con nessun progresso cesareo	% di parti con taglio cesareo primario	
P.O. UMBERTO I		252	874	29%	
P.O. BASILOTTA		51	195	26%	
TOTALE ASP	≤ 28%	303	1.069	28%	≤ 20%

Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente al valore medio regionale e il valore obiettivo (20%) e il target nazionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto, se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.

SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI 2014-2015					
SUB-OBIETTIVO 2.3: Tempestività nell'effettuazione P.T.G.A. nei casi di I.M.A. STEMI					
Stabilimento Ospedaliero	VALORE MINIMO DI PARTENZA	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2015			VALORE TARGET AL 31/12/2015
		n. episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro un intervallo temporale di 0-1 g	n. episodi di I.M.A. STEMI	%	
P.O. UMBERTO I		34	35	97,14%	
P.O. CHIELLO		0	3	0%	
P.O. BASILOTTA		14	15	93,33%	
P.O. FBC		0	1	0,00%	
TOTALE ASP	≥ 74,20%	48	54	88,89%	100%

Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente al valore medio regionale e il valore obiettivo (75%) e il target nazionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto, se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.

SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI 2016-2017					
SUB-OBIETTIVO 2.3: Tempestività nell'effettuazione P.T.G.A. nei casi di I.M.A. STEMI					
Stabilimento Ospedaliero	VALORE MINIMO DI PARTENZA	Monitoraggio al 31/12/2016			VALORE TARGET AL 31/12/2017
		n. episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro un intervallo temporale di 0-1 g	n. episodi di STEMI	%	
P.O. UMBERTO I		26	27	96%	
P.O. CHIELLO		0	0	0%	
P.O. BASILOTTA		10	10	100%	
P.O. FBC		0	1	0%	
TOTALE ASP	≥ 78%	36	38	95%	≥ 91%

Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente al valore medio regionale e il valore obiettivo (75%) e il target nazionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto, se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.

SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI 2014-2015					
SUB-OBIETTIVO 2.4: Proporzionalità di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 0-3 giorni (< 3 gg)					
Stabilimento Ospedaliero	VALORE MINIMO DI PARTENZA	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2015			VALORE TARGET AL 31/12/2015
		n. colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 3 giorni	n. totale colecistectomie laparoscopiche	%	
P.O. UMBERTO I		9	35	25,71%	
P.O. CHIELLO		10	21	47,62%	
P.O. BASILOTTA		4	38	10,53%	
P.O. FBC		5	16	31,25%	
TOTALE ASP	50%	28	110	25,45%	100%

Intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni. La differenza in giorni è calcolata come (data di dimissione - data di intervento).

Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente al valore medio regionale e il valore obiettivo (50%) e il target nazionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto, se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.

SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI 2016-2017					
SUB-OBIETTIVO 2.4: Proporzionalità di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni					
Stabilimento Ospedaliero	VALORE MINIMO DI PARTENZA	Monitoraggio al 31/12/2016			VALORE TARGET AL 31/12/2017
		n. ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	n. totale ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	%	
P.O. UMBERTO I		23	24	96%	
P.O. CHIELLO		21	21	100%	
P.O. BASILOTTA		9	76	12%	
P.O. FBC		9	13	69%	
TOTALE ASP	100%	62	134	46%	100%

Intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni. La differenza in giorni è calcolata come (data di dimissione - data di intervento).

Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente al valore medio regionale e il valore obiettivo (50%) e il target nazionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto, se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.

Altri importanti risultati: sono stati garantiti gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita aziendali, è cresciuta la sensibilità della popolazione verso la problematica della donazione di organi e tessuti, come dimostrato dal numero di dichiarazioni di volontà raccolte, che sfiora le duemila unità, è aumentato, rispetto al 2015, il numero di medici dipendenti abilitati alla prescrizione in **modalità dematerializzata**, nell'ambito del processo di semplificazione delle procedure di prescrizione di farmaci e prestazioni specialistiche, sono stati raggiunti gli obiettivi relativi all'utilizzo fondi PSN e PAC, come verrà esplicitato nella sezione 3 della Relazione.

Il Sistema obiettivi 2016-2017 ha indicato le aree di intervento prioritarie all'interno delle quali individuare gli obiettivi del Piano Attuativo Aziendale, come di seguito sintetizzato:

- 1) Sanità pubblica e prevenzione
 1. Sanità veterinaria
 2. Igiene degli alimenti
 3. Vaccinazioni
 4. Tutela ambientale
 5. Prevenzione luoghi di lavoro
- 2) Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti
 1. Sicurezza dei pazienti
 2. Formazione dei professionisti
 3. Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza
 4. PDTA
 5. Appropriatelyzza
 6. Outcome
- 3) Reti assistenziali

<ol style="list-style-type: none"> 1. Rete IMA 2. Rete Stroke 3. Rete politrauma 	}	Reti tempo dipendenti
<ol style="list-style-type: none"> 4. Rete oncologica 5. Percorso nascita 	}	Reti cliniche integrate
- 4) Assistenza territoriale
 1. Cronicità
 2. Disabilità e non autosufficienza
 3. Riabilitazione
 4. Salute mentale
 5. Violenza su donne e minori
- 5) Sviluppo organizzativo
 1. Comunicazione
 2. Formazione
 3. Internazionalizzazione e Ricerca sanitaria
 4. Telemedicina

Nell'ambito della macroarea **Sanità Pubblica e Prevenzione - area sanità veterinaria** - è stata data continuità alle azioni di controllo delle principali zoonosi riscontrabili negli allevamenti zootecnici (controllo sanitario degli insediamenti produttivi e delle specie sensibili in essi presenti e controllo anagrafico dei capi bovini e ovi-caprini), registrandosi una riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina e della tubercolosi bovina rispetto al dato del 2015 e una riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina e nei focolai di tubercolosi bovina. Nell'ambito della **sicurezza alimentare**, fra l'altro, è stata data attuazione alle direttive del Piano Regionale di Controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari - 2016.

Per quanto riguarda l'area **vaccinazioni**, nonostante una serie di criticità, che saranno riportate nel paragrafo seguente, nel 2016 si è registrato un incremento delle coperture vaccinali rispetto al 2015, e l'Azienda ha ottenuto tra le migliori performance regionali per la copertura relativa alla coorte nati 2014 a 24 mesi, con il 98 % di copertura per i vaccini obbligatori e il 90 % per le vaccinazioni anti morbillo - rosolia - parotite e varicella. Dal punto di vista clinico epidemiologico nessun caso di morbillo e di meningite meningococcica è stato registrato.

In merito alle attività di **prevenzione nei luoghi di lavoro** è stata attivata la sorveglianza sanitaria secondo il protocollo del Coordinamento interregionale e di cui alla L.R. 10/2014 per gli ex esposti ad agenti cancerogeni.

Sono state attuate una serie di azioni finalizzate a migliorare la **qualità** delle prestazioni sanitarie e di garantire la sicurezza del paziente: formazione degli operatori, misurazione della qualità dell'assistenza percepita e valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino, implementazione delle linee guida cliniche sia in ambito territoriale che ospedaliero (frattura femore), monitoraggio dei tempi di attesa e periodico aggiornamento delle liste di attesa sul sito web istituzionale, azioni di contrasto all'antibiotico-resistenza, sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, riduzione delle batteriemie correlate all'uso di cateteri venosi, monitoraggio degli eventi sentinella, gestione appropriata e sicura della terapia antitumorale, corretta applicazione della check list di sala operatoria, sviluppo organizzativo del percorso Nascita, etc. stc.

Nell'area di intervento "**Reti assistenziali**", tra l'altro

- è stato garantito il rispetto dei tempi previsti dalle linee guida per l'esecuzione dell'angioplastica in caso di IMA STEMI (UOC Cardiologia)
- sono stati acquisiti un ecografo-ecocolordoppler di ultima generazione per neurosonologia epiaortica e intracranica e due monitor da posto letto e trasporto per il monitoraggio dei parametri vitali in situ e in remoto
- è stata elaborata una procedura interna per la gestione del paziente con ictus cerebrale
- è stato attivato un ambulatorio di cardio-oncologia per l'individuazione dei pazienti a rischio di sviluppare cardio-tossicità in corso di trattamenti chemioterapici
- è stata incrementata l'attività riabilitativa integrata per le pazienti sottoposte ad intervento chirurgico per tumore mammario (Adesione alla Rete Oncologica Siciliana)
- tutti i neonati sono stati sottoposti a screening uditivo prima della dimissione e presso i punti nascita del P.O. Umberto I e del P.O. Basilotta è attivo dal giugno 2016 un servizio per lo screening neonatale per la prevenzione della cataratta congenita e delle altre patologie visive
- è stato, inoltre, raggiunto l'obiettivo di migliorare l'utilizzo dei DH e del DSAO, e nello specifico una riduzione dei ricoveri in D.H. ed un incremento del Day Service Ambulatoriale Ospedaliero:
 - Casi DSAO – n. 5256
 - Totale casi (Ord+Dh+DSAO) – n. 20.090
 - Percentuale DSAO/tot. Ricoveri 26,16%

Per quanto riguarda l'area di intervento "**Assistenza territoriale**" nel 2016 sono stati realizzati importanti obiettivi a tutela di alcune fasce fragili della popolazione; vengono citati a titolo puramente esemplificativo alcuni risultati di rilievo, rinviando ai successivi paragrafi della presente relazione e soprattutto all'Allegato D – PAA per maggiori dettagli:

- Presa in carico in setting dedicati dei pazienti affetti da obesità, diabete mellito (ob. 4.2), minori con disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi (ob. 4.9)

- Tutela sanitaria delle donne vittime di violenza (ob. 4.6)
- Potenziamento delle dimissioni protette (ob. 4.3) e delle dimissioni facilitate (ob. 4.1)
- Miglioramento del sistema delle cure palliative domiciliari (ob. 3.5)

Per quanto riguarda l'area dello "Sviluppo organizzativo" sono stati realizzati, fra l'altro, importanti interventi nelle aree della comunicazione (giornate di sensibilizzazione sulla donazione degli organi e la raccolta delle dichiarazioni di volontà alla donazione, in collaborazione con l'AIDO)

2.4 Le criticità e le opportunità

Nel presente paragrafo sono indicate sia le principali criticità, ovvero i risultati programmati nel Piano 2016 che non sono stati raggiunti, sia le opportunità, in termini di risultati maggiormente sfidanti e rilevanti per la collettività.

Criticità

Come già riportato nel precedente paragrafo, molti degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi sono stati raggiunti, e fra di essi, di particolare rilievo, la garanzia dei tempi di effettuazione della PTCA nei casi di IMA STEMI, intervento cruciale ai fini della sopravvivenza dei pazienti. Parimenti, è stata lievemente superata la soglia minima attesa per quanto riguarda la tempestività dell'intervento per frattura del femore in pazienti over 65, obiettivo anch'esso rilevante ai fini di ridurre il rischio di mortalità e di disabilità del paziente. Al fine di migliorare la gestione dei pazienti nei presidi ospedalieri aziendali in cui insistono le unità operative di Ortopedia sono stati costituiti dei team con il compito di razionalizzare il Percorso Diagnostico Terapeutico dei soggetti target. In maniera analoga, a fronte del risultato al di sotto della soglia minima attesa per quanto riguarda l'obiettivo "Degenza post-operatoria in colecistectomia laparoscopica < 3 giorni", sono stati effettuati degli audit con i Responsabili delle unità operative di Chirurgia, al fine di affrontare le criticità; sono stati individuati dei percorsi privilegiati che dovrebbero garantire un miglioramento del dato. Neanche l'obiettivo di ridurre i parti cesarei primari è stato raggiunto, attestandosi il valore a consuntivo al 28% a fronte di un valore atteso di risultato \leq al 20%. Si fa presente che, però, il dato risente del fatto che l'Unità Operativa di Ostetricia del P.O. Umberto di Enna è stata individuata quale Punto Nascita di II livello e quale riferimento del bacino AG-CL-EN come STAM; di conseguenza ad essa afferiscono donne con gravidanza a rischio che vengono sottoposte a T.C.

Per quanto riguarda gli obiettivi della macro-area screening oncologici, l'Azienda ha attuato una serie di azioni finalizzate ad ampliare l'estensione degli screening per i tumori della cervice uterina, della mammella, del colonretto, con lo scopo di implementare la diagnosi precoce delle suddette patologie. Gli obiettivi di risultato prefissati al 31.12.2016 non sono stati raggiunti, nonostante le azioni messe in atto e descritte attraverso i seguenti indicatori di processo: istituzione delle UU.OO. di screening, coinvolgimento e collaborazione dei MMG, riduzione degli inviti inesitati. Elemento di criticità è stato rappresentato dalla carenza di personale dedicato, che ha determinato l'inadeguatezza delle agende rispetto alla popolazione target annuale da invitare. Al fine di contrastare la criticità è stato indetto, in esecuzione alla Delibera n. 872 del 09/11/2016, avviso pubblico per titoli e colloquio tecnico per il conferimento di incarichi libero professionali della durata di 12 mesi per le figure di seguito indicate:

- n. 2 Medici di radiodiagnostica;
- n. 1 Medico gastroenterologo endoscopista;
- n. 2 Tecnico sanitario di radiologia medica;

- n. 2 Biologo;
- n. 1 Tecnico di laboratorio biomedico

Anche nell'area della Prevenzione nei luoghi di lavoro, per quanto riguarda l'attività di controllo nei cantieri edili e nelle aziende agricole si è registrata una grave criticità, anch'essa in relazione con la carenza di personale e il blocco delle assunzioni,

Si riportano di seguito, in tabella, i dati relativi alle campagne vaccinali condotte nel 2016

Descrizione obiettivo specifico	Valore atteso	Risultato raggiunto
Copertura vaccinale con vaccino esavalente (anti DTP-POLIO-EP.B.-HAEMOPHILUS) coorte 2014	95%	98%
Copertura vaccinale con vaccino antipneumococco 13 valente coorte 2014	95%	98%
Copertura vaccinale con vaccino antimeningococco C nei nuovi nati coorte 2014	95%	79%
Copertura vaccinale con vaccino antimeningococco C:ACWY 1° dose range 11 - 18 anni (Coorte 2003)	95%	39%
Copertura vaccinale con vaccino anti MPR 1° DOSE >=95% entro due anni di vita (coorte 2014) 2° DOSE >=95% bambini 5 - 6 anni Adolescenti 11 - 18 (coorte 2000 e 1998)	1° dose 95% 2° dose 95% 2° dose 95%	90% 1°dose 90% 2°dose 50%
Copertura vaccinale con vaccino anti Varicella 1° dose >=95% entro i due anni di vita (coorte 2014) 2° dose >=95% nei bambini 5-6 anni adolescenti coorte 2000 e 1998	1° dose 95% 2° dose 95% adolescenti	90% 90% 1°dose >95% 2°dose >90%
Copertura vaccinale con vaccino anti HPV 3 dose 80% nelle dodicenni coorte 2002 HPV >=95% nelle dodicenni coorte 2003	80% 95%	c. 2002: 65% c. 2003: 62%
Copertura vaccinale con vaccino antinfluenzale nei soggetti di età uguale o superiore a 64 anni		59,24%

Nonostante alcune criticità, fra cui i timori dei genitori riguardo i possibili effetti dannosi delle vaccinazioni, nel 2016 si è registrato un incremento delle coperture rispetto al 2015. Con lo scopo di migliorare l'adesione, nell'ambito del Programma di comunicazione per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini dell'adesione consapevole, si è proceduto, a cura dell'UOC Igiene degli Ambienti di Vita e Sanità Pubblica, ad una verifica dei soggetti non vaccinati, provvedendo a contattare telefonicamente i genitori o a mezzo lettera informativa, che illustrava l'utilità della vaccinazione. Si sottolinea che per quanto riguarda la coorte nati 2014 a 24 mesi, con il 98 % di copertura per le vaccinazioni obbligatorie e il 90 % per le vaccinazioni anti morbillo - rosolia - parotite e varicella, sono state superate le medie regionali.

Dal punto di vista clinico epidemiologico nessun caso di morbillo e di meningite meningococcica è stato registrato anche per il 2016.

Opportunità

Fra i risultati di particolare rilievo che si vogliono segnalare in questa sede:

- sono stati acquisiti un ecografo-ecocolordoppler di ultima generazione per neurosonologia epiaortica e intracranica e due monitor da posto letto e trasporto per il monitoraggio dei parametri vitali in situ e in remoto (P.A.A. ob. 3.6)
- è stata elaborata una procedura interna per la gestione del paziente con ictus cerebrale
- è stato attivato un ambulatorio di cardio-oncologia per l'individuazione dei pazienti a rischio di sviluppare cardio-tossicità in corso di trattamenti chemioterapici
- è stata incrementata l'attività riabilitativa integrata per le pazienti sottoposte ad intervento chirurgico per tumore mammario (Adesione alla Rete Oncologica Siciliana) (P.A.A. ob. 3.7)
- tutti i neonati sono stati sottoposti a screening uditivo prima della dimissione e presso i punti nascita del P.O. Umberto I e del P.O. Basilotta è attivo dal giugno 2016 un servizio per lo screening neonatale per la prevenzione della cataratta congenita e delle altre patologie visive (P.A.A. ob. 3.9).
- è stata garantita la presa in carico, in setting dedicati, dei pazienti affetti da obesità, diabete mellito (ob. 4.2), minori con disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi (ob. 4.9)
- il Nucleo Operativo Intraaziendale per la prevenzione della violenza di genere ha curato la progettazione di corsi di formazione per operatori, la redazione di procedure nei casi di presentazione della donna che ha subito violenza ad uno dei servizi sanitari, il monitoraggio del fenomeno a livello provinciale. Nel 2016 sono pervenuti al Consultorio Familiare 40 casi di violenza di cui 30 sono stati presi in carico, 5 sono stati inviati ad altri servizi sanitari, 7 sono stati segnalati al centro antiviolenza e 10 all'Autorità Giudiziaria.
- nell'ambito delle azioni di contrasto all'Antibiotico-resistenza è stata avviata la campagna volta ad aumentare l'uso consapevole degli antibiotici (PAA ob. 2.1)
- sono state effettuate le interviste programmate, così come richiesto dalla normativa, al fine di ottenere informazioni utili sui servizi di cura da parte dell'utenza, con lo scopo di monitorare e di migliorare i servizi stessi (ob 2.5).

3 Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti

Vengono presentati i risultati di performance conseguiti dall'ASP di Enna nel corso del 2016, secondo una logica a cascata. La sezione si articola nei seguenti paragrafi:

albero della performance
obiettivi strategici
obiettivi e piani operativi
obiettivi individuali

3.1 Albero della performance

L'albero della performance è la mappa logica che rappresenta i legami tra *mission* aziendale, aree strategiche d'intervento, obiettivi strategici ed obiettivi operativi, risultati raggiunti. Nel presente paragrafo è proposto l'

albero sviluppato nel Piano della Performance 2016-2018, per quanto riguarda gli obiettivi strategici B (Obiettivi generali a valenza triennale) e C (Obiettivi di integrazione con il programma di trasparenza e integrità e il Piano di prevenzione della corruzione) e relativi sub-obiettivi, ai fini di una lettura immediata e chiara dei dati complessivi rappresentativi della Performance aziendale; per quanto riguarda, invece, gli Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi (Obiettivo strategico A) è ripresa la mappa rappresentata nell'Aggiornamento al Piano.

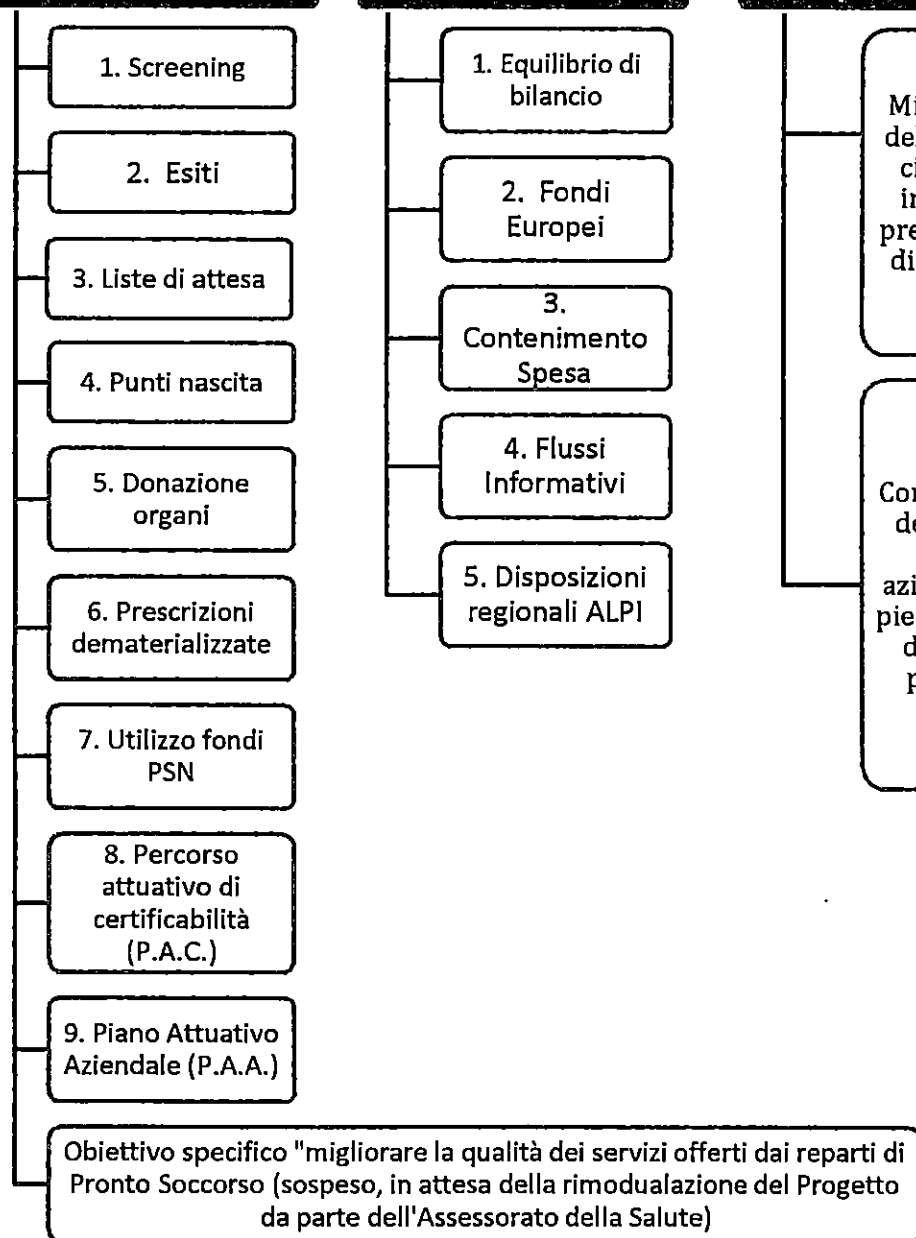
L'albero riporta, oltre alle aree/obiettivi strategici e agli obiettivi operativi, anche l'indicazione delle unità operative coinvolte per ciascun obiettivo e del risultato raggiunto al 31.12.2016; ai fini della leggibilità e immediatezza dell'informazione sono stati utilizzati dei colori standard per rappresentare i dati di rilievo, come di seguito indicato: in verde il dato relativo al raggiungimento dell'obiettivo, in rosso il mancato raggiungimento, in giallo la presenza di criticità. Gli obiettivi operativi che non sono descritti per esteso a vantaggio dell'immediatezza espositiva sono riportati con maggiore dettaglio nell'Allegato 1 alla presente Relazione.

Albero della performance

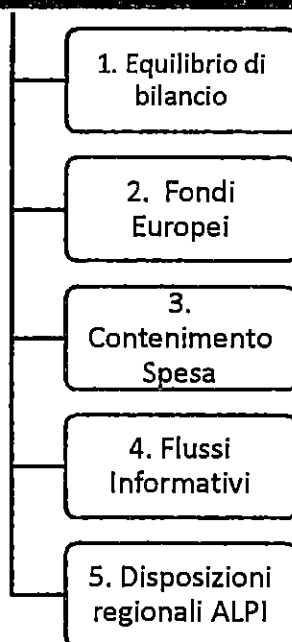
MISSION

La missione istituzionale dell'ASP di Enna è quella di tutelare la salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente nel proprio ambito territoriale, per consentire alla stessa la migliore qualità di vita possibile e assicurare i livelli uniformi di assistenza indicati nel Piano Sanitario Nazionale e nel Piano Sanitario Regionale

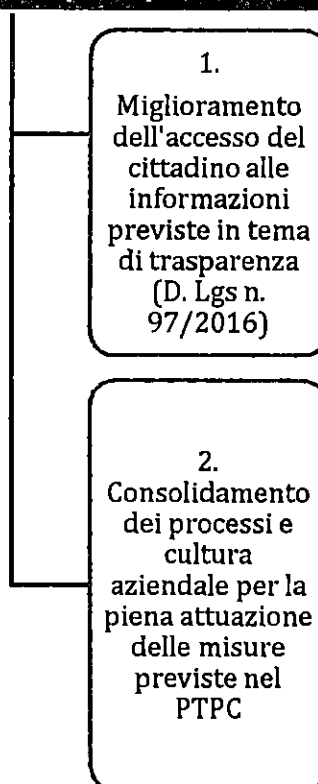
A. Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi



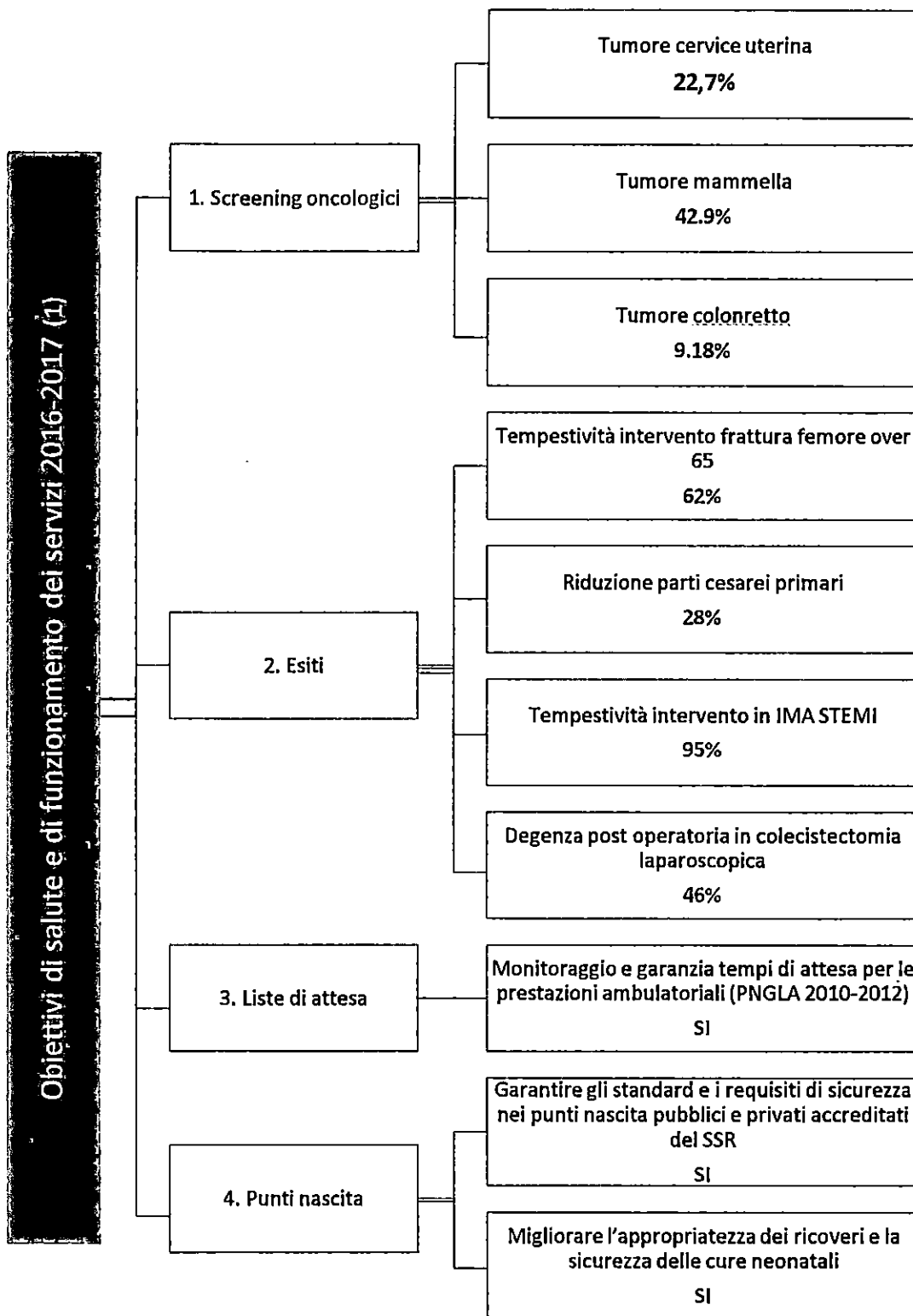
B. Obiettivi generali a valenza triennale



C. Obiettivi di integrazione con il Programma Trasparenza e integrità e Piano prevenzione della corruzione

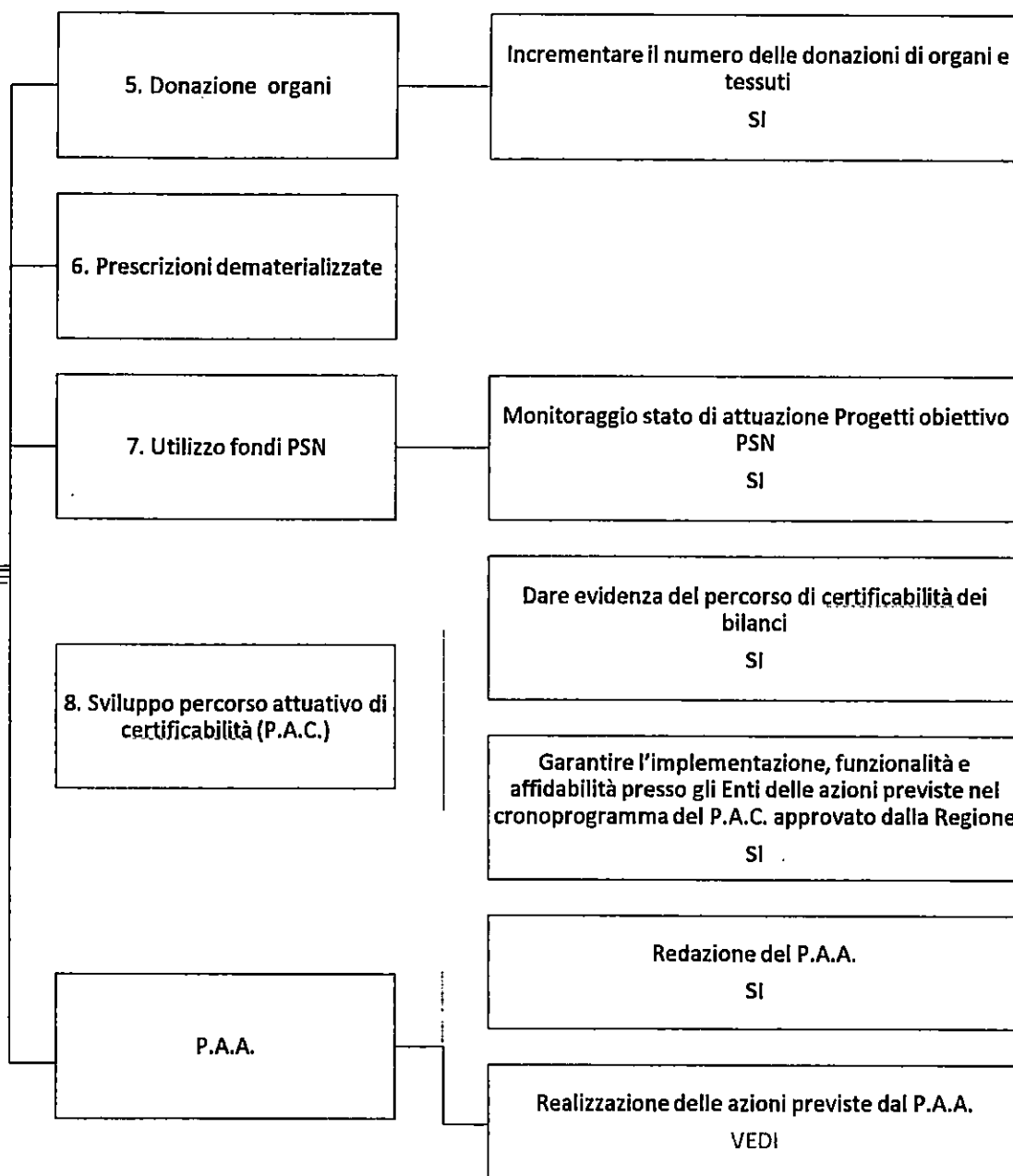


Albero della performance – Obiettivo strategico A e obiettivi operativi



Albero della performance – Obiettivo strategico A e obiettivi operativi

Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi 2016-2017 (2)



P.A.A. 2016 (1)

P.A.A. 2016 - AREE DI INTERVENTO (1)

1. Sanità pubblica e prevenzione	2. Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti	3. Reti assistenziali	4. Assistenza territoriale	5. Sviluppo organizzativo
<p>1.1. Sanità veterinaria</p> <p>1.2. Sicurezza alimentare</p> <p>1.3. Copertura vaccinale e sorveglianza malattie infettive</p> <p>1.4. Tutela ambientale</p> <p>1.5. Prevenzione nei luoghi di lavoro</p>	<p>2.1. Sicurezza dei pazienti</p> <p>2.2. Monitoraggio tempi attesa</p> <p>2.3. Trasparenza dati tempi e liste di attesa</p> <p>2.4. Formazione professionisti</p>	<p>3.1. Rimodulazione rete ospedaliera</p> <p>3.2. Adeguamento offerta posti letto di lungodegenza e riabilitazione</p> <p>3.3. Ottimizzazione reti assistenziali</p> <p>3.4. Rete IMA</p>	<p>4.1. Implementazioni e Dimissioni facilitate</p> <p>4.2. Implementazioni e modello gestione integrata pazienti affetti da Obesità e Diabete mellito</p> <p>4.3. Implementazioni e presa in carico pazienti non autosufficienti (percorso ospedale-territorio)</p>	<p>5.1. Comunicazione</p> <p>5.2. Formazione</p> <p>5.3. Internazionalizzazione e ricerca sanitaria</p> <p>5.4. Telemedicina</p>

P.A.A. 2016 (1)

P.A.A. 2016 - AREE DI INTERVENTO (2)

1. Sanità pubblica e prevenzione	2. Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti	3. Reti assistenziali	4. Assistenza territoriale	5. Sviluppo organizzativo
	2.5 Personalizzazione /umanizzazione assistenza e coinvolgimento cittadini/pazienti	3.5 Miglioramento sistema cure palliative domiciliari	4.4 Riduzione spesa farmaceutica convenzionata	
	2.6 PDTA	3.6 Rete Stroke Unit Livello II	4.5 Interventi multidisciplinari non autosufficienza/ disabilità e M. di Alzheimer	
	2.3 Appropriatezza	3.7 Adesione Rete oncologica siciliana	4.6 Tutela sanitaria donne vittime di violenza	
	2.8 Outcome	3.8 Implementazione percorsi di integrazione Ospedale-Territorio	4.7 Implementazione Codice Rosa	
		3.9 Promozione screening età neonatale e pediatrica	4.8 Attuazione Linee Guida Piano Strategico Reg.le Salute Mentale	
			4.9 Implementazione attività ambulatoriali	

B. Obiettivi generali a valenza triennale

1. Equilibrio di bilancio
100%

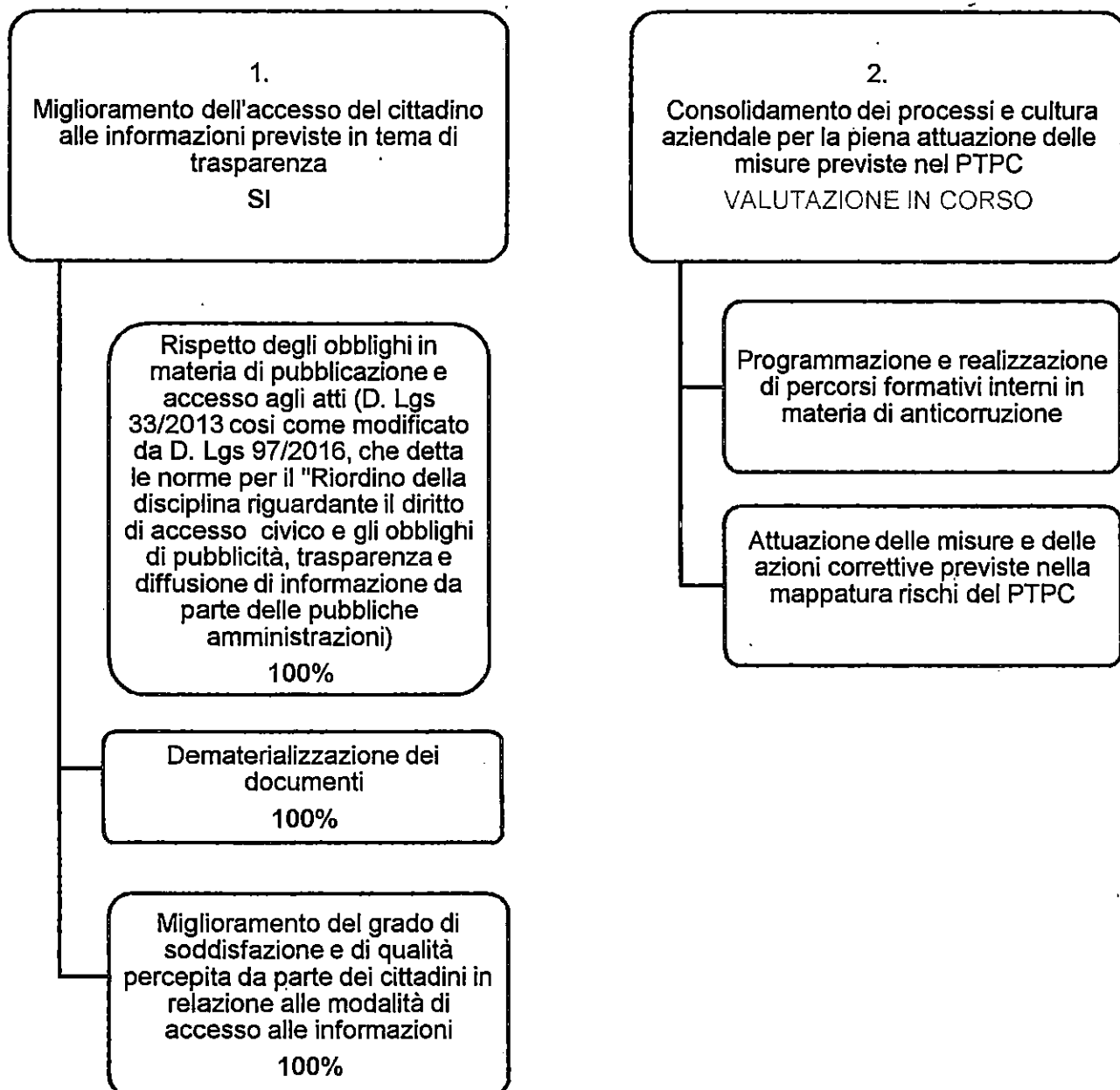
2. Utilizzo risorse derivanti dai
Fondi Europei (PO - FESR)
100%

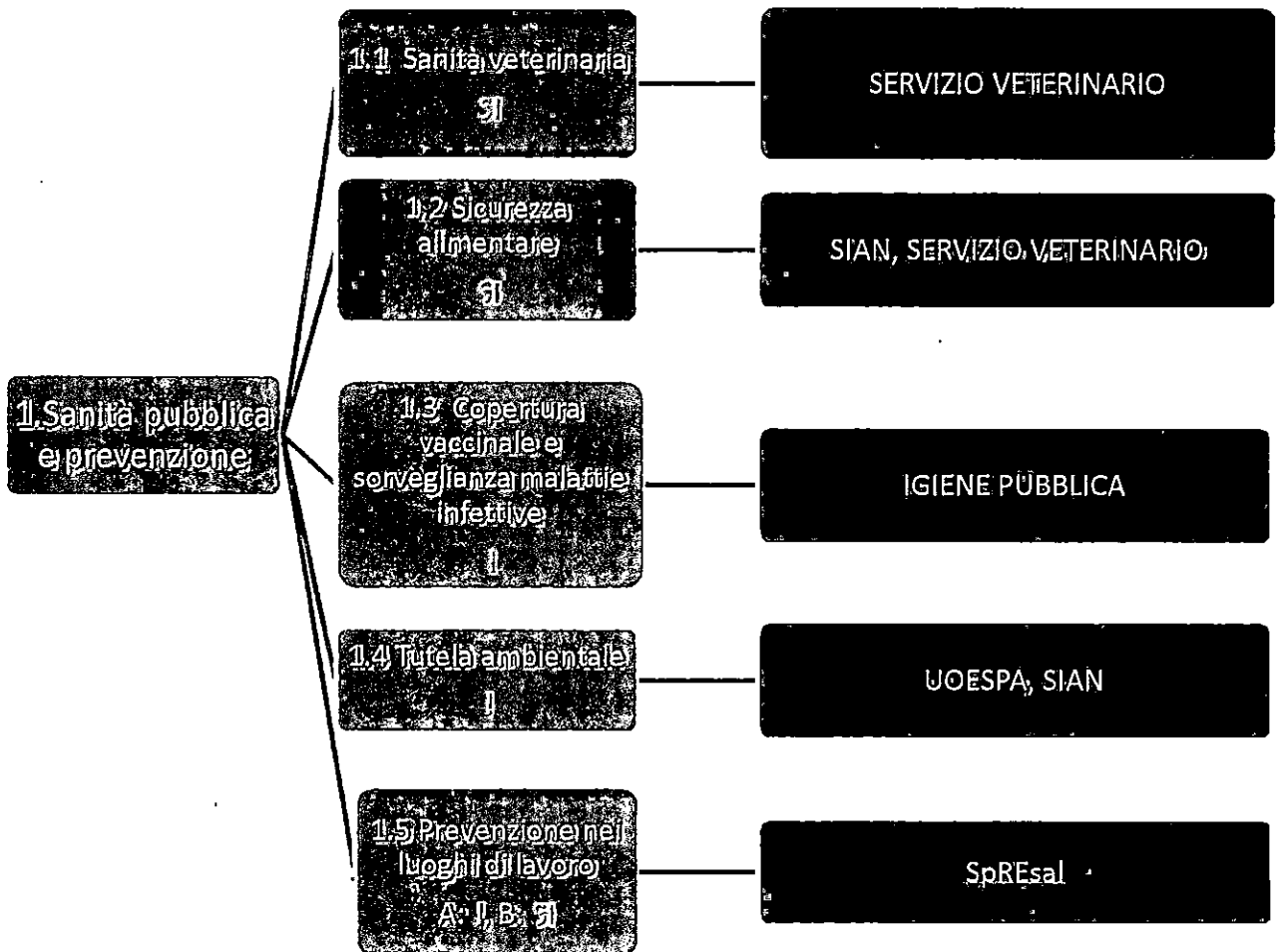
3. Contenimento Spesa riferita a
personale, farmaceutica, beni e
servizi
100%

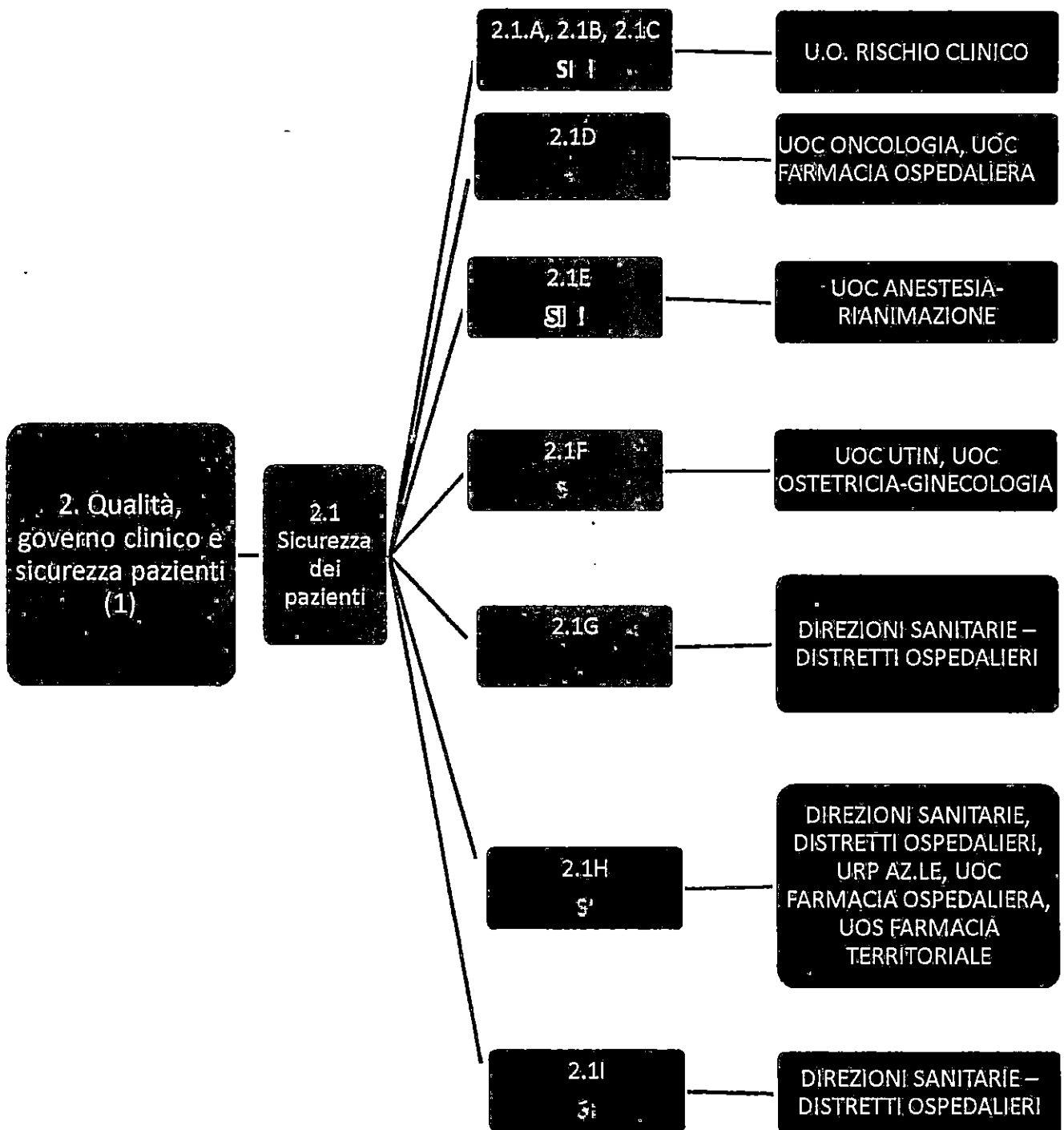
4. Rispetto direttiva "Flussi
informativi" (Decreto
interdipartimentale n. 1174/08 e
Circ. Ass. n. 217 /15)
SI

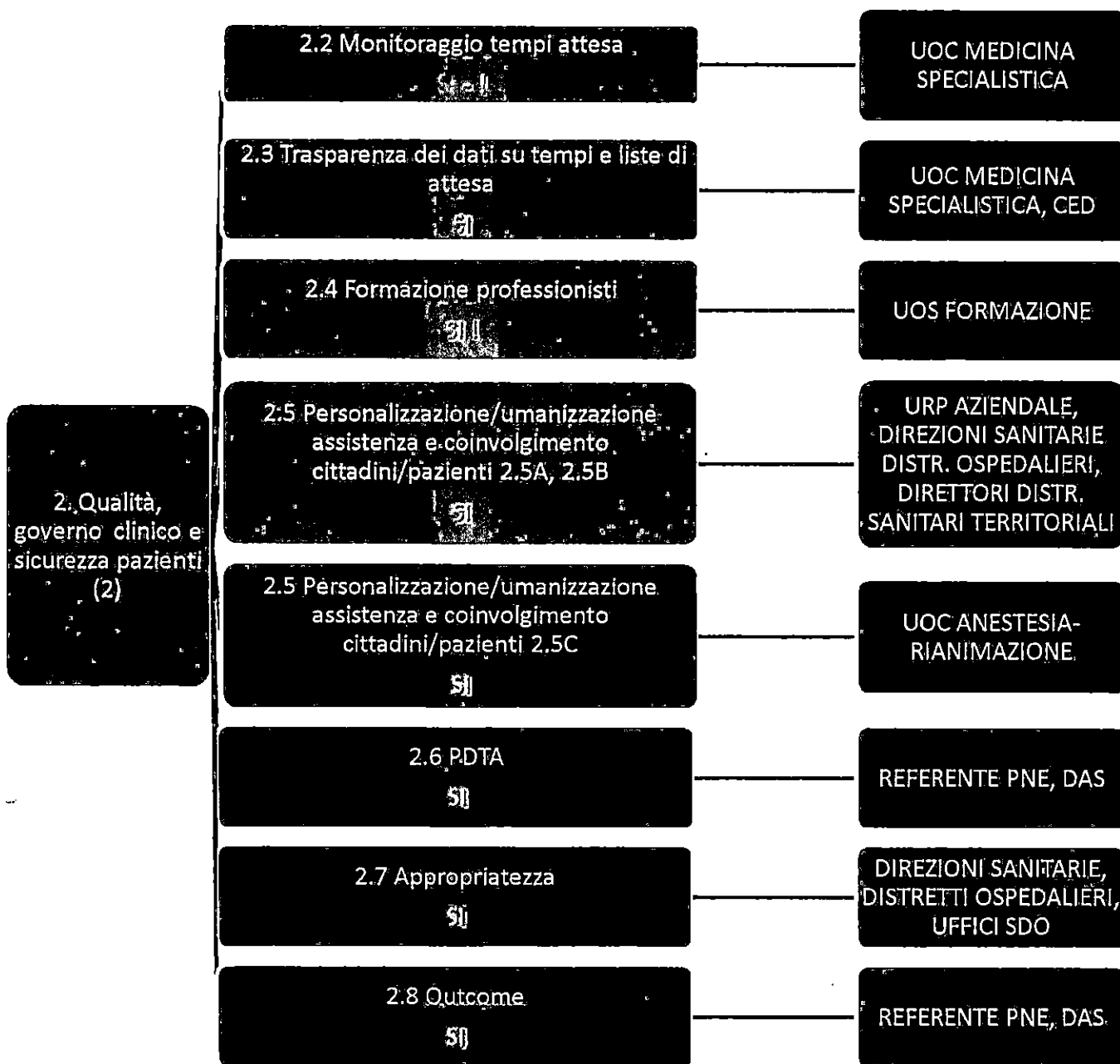
5. Osservanza disposizioni regionali
ALPI (L. 120/2007)
SI

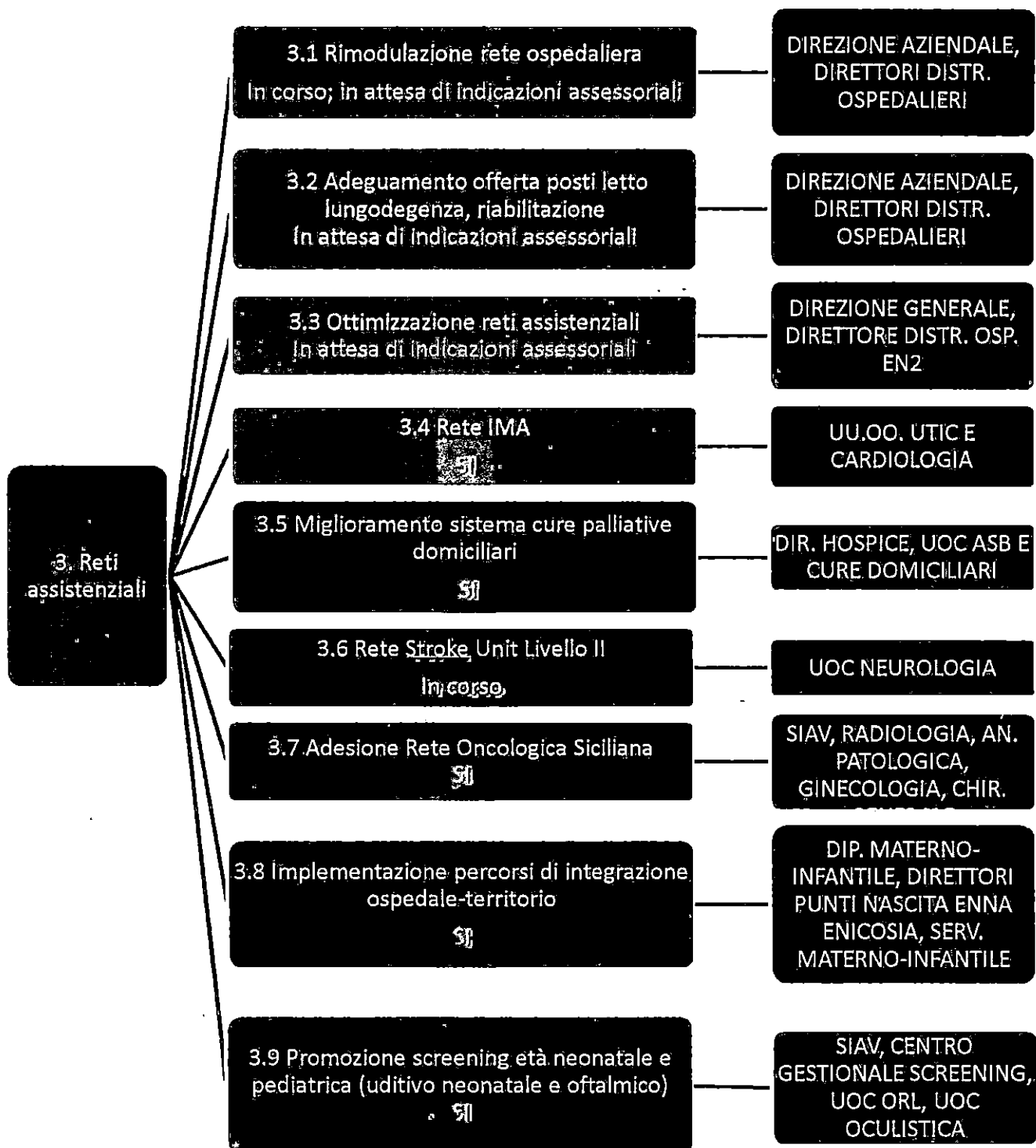
C Obiettivi di integrazione con il Programma di trasparenza e integrità e il Piano prevenzione della corruzione.

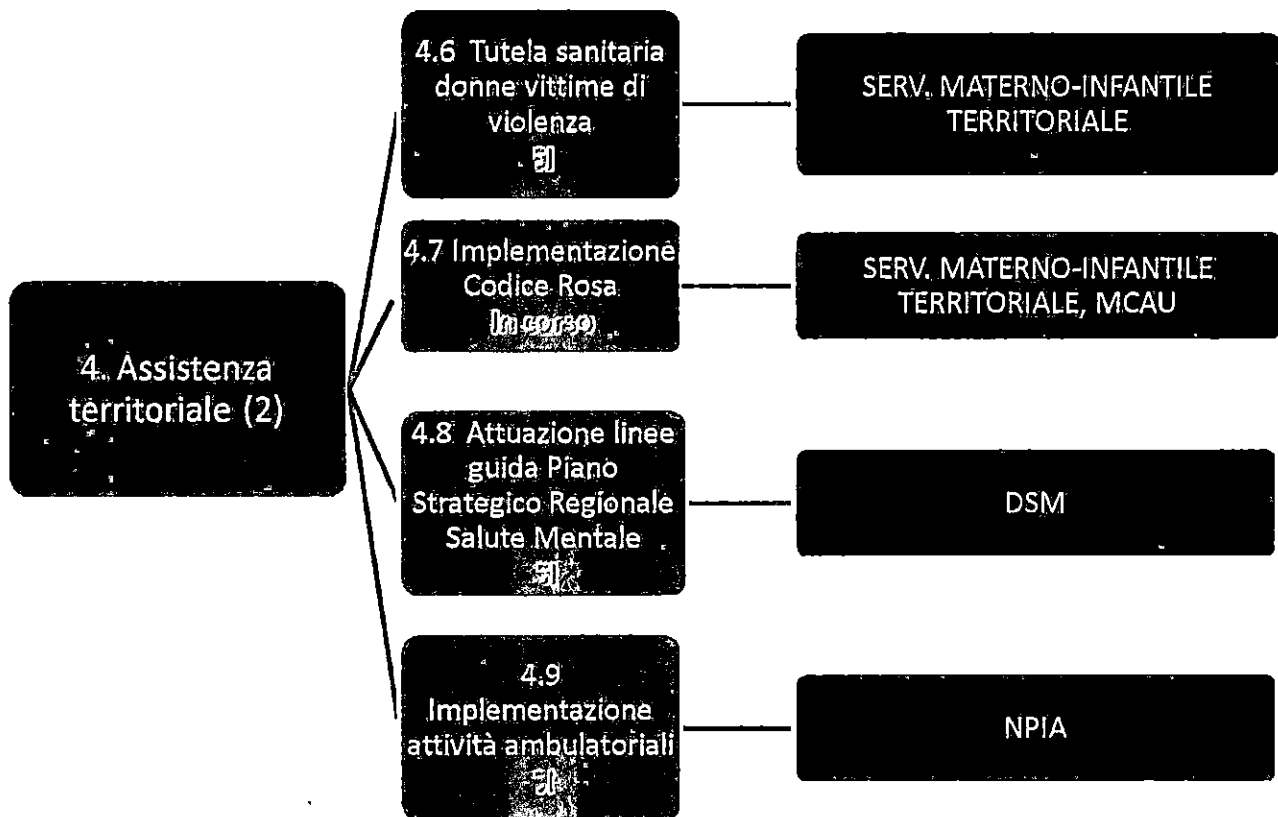


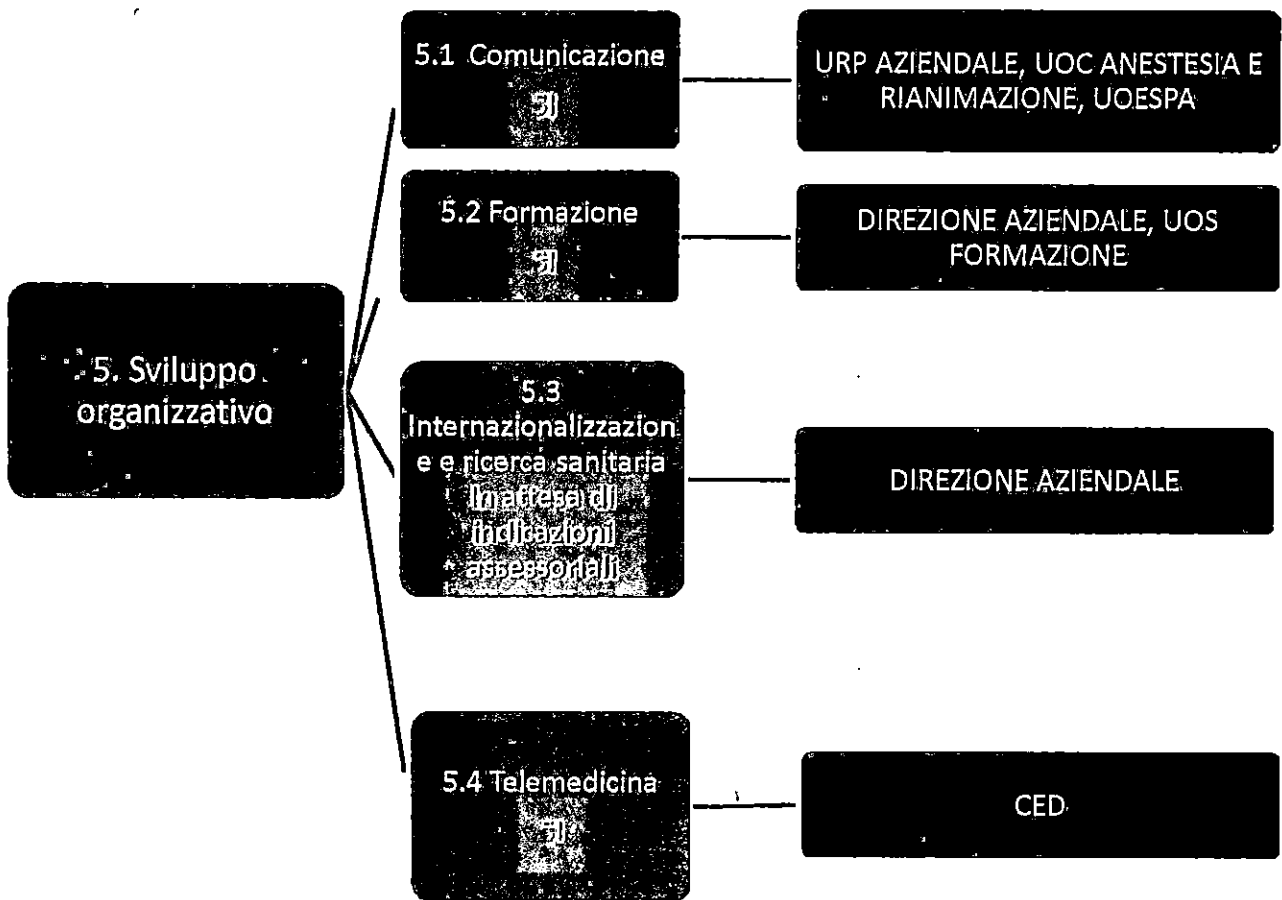












3.2 Obiettivi strategici

Come già detto, nel corso del 2016 l'Azienda messo in atto tutte le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi generali a valenza triennale assegnati dall'Assessorato alla Direzione Aziendale:

- 1.1.1.1. Equilibrio di bilancio
- 1.1.1.2. Utilizzo delle risorse derivanti dai Fondi europei
- 1.1.1.3. Contenimento della spesa riferita a
 - 1.1.1.3.1. Personale
 - 1.1.1.3.2. Farmaceutica
 - 1.1.1.3.3. Beni e servizi
- 1.1.1.4. Rispetto della direttiva "Flussi informativi" (decreto interdipartimentale n. 1174 e Circolare assessoriale n. 217/2015)
- 1.1.1.5. Osservanza delle disposizioni regionali ALPI (L. 120/2007)

Equilibrio di bilancio: le misure che l'Azienda ha messo in atto - perseguendo comunque, prioritariamente, l'obiettivo di salvaguardare i L.E.A. - hanno portato alla chiusura del bilancio con un utile di € 97.000,00.

Utilizzo delle risorse derivanti dai Fondi Europei (PO-FESR) nella misura dei target di spesa assegnati annualmente: nel 2016 l'Azienda non ha avuto procedure in corso con finanziamenti PO FESR; tutti gli adempimenti inerenti le linee progettuali finanziate con PO FESR sono stati completati nel 2015.

Contenimento della spesa riferita al personale, alla farmaceutica e a beni e servizi:

- Per la voce del personale:
 - il dato relativo alla massa finanziaria consolidata al 31/12/2016 è di euro 95.259.000, a fronte di un massimo negoziato di euro 102.450.000 ; la massa finanziaria è definita dal Decreto Assessoriale 1380/2015. Il costo complessivo, al netto dell'Irap, è € 110.522.000; rispetto al dato del 2015, che si era attestato a € 112.007.000, si registra un decremento di € 1.485.000,00 pari al 13,26%.
 - Per quanto riguarda la spesa annuale del personale a tempo determinato il divieto di procedere ad assunzioni tempo indeterminato ha comportato un maggiore ricorso ad assunzione di personale (Medico e Sanitario) a tempo determinato, al fine di garantire le prestazioni LEA; per dati più dettagliati vedi tabella B.
- Si sintetizzano di seguito le principali attività che l'Azienda ha posto in essere al fine di monitorare e contenere la spesa farmaceutica esterna:
 - in attuazione del Decreto Assessoriale 08/1/2014 (distribuzione per conto dei farmaci del PHT) sono stati distribuiti farmaci in DPC per € 3.319.149,16 tramite i quattro grossisti aderenti alla DPC; le ricette spedite in DPC nell'anno 2016 sono state 68.315.
 - in attuazione del D.A. 552/16 è stato effettuato il controllo e monitoraggio della spesa farmaceutica per le sette classi di farmaci previste (A02BC/C09/A07/J01/M05/M01/G04); in termini economici il budget assegnato con il precitato D.A. 552/16 per l'anno 2016 era di € 12.368.328; la spesa effettivamente sostenuta nel periodo Gennaio/Dicembre 2016 è stata di € 11.538.601, con un maggior risparmio di € 829.727.
 - La spesa farmaceutica esterna nel corso del 2016 si è attestata ad € 23.567.040 contro gli € 24.624.020, con una riduzione di spesa di € 1.056.980.
 - Il numero di ricette SSN è passato da 1.964.846 del 2015 a 1.871.250 del 2016.
 - Le farmacie distrettuali hanno garantito la distribuzione diretta di tutti i prodotti (Farmaci H e H/OSP 2, presidi, medicazioni, integratori, microinfusori, materiali di consumo, farmaci della Fibrosi Cistica e delle Malattie Rare etc) che sono soggetti a dispensazione diretta da parte delle ASP.
- Per la voce farmaceutica il negoziato definisce i seguenti tetti di spesa:

- Spesa annuale complessiva euro 42.040.000,00, di cui per prodotti farmaceutici e emoderivati euro 16.164.000,00 e per acquisto servizi sanitari per farmaceutica da convenzione euro 25.876.000,00 (tabella B)
- A consuntivo il bilancio ha rilevato i seguenti costi:
 - Spesa annuale complessiva euro 38.600.000,00, di cui per prodotti farmaceutici e emoderivati euro 14.946.000,00 e per servizi sanitari per farmaceutica da convenzione euro 23.609.000,00 (tabella B)

Rispetto della direttiva “Flussi informativi” (Decreto interdipartimentale n. 1174/08 e Circ. Ass. n. 217/15): i flussi informativi previsti dal DM 1174/08 sono trasmessi con puntualità ai competenti enti eterni (Ministero e Regione).

Osservanza delle disposizioni regionali in merito alla Libera Professione Intramuraria: in linea con la normativa in materia (L. 120/2007 e s.m.i.) e con il Regolamento aziendale che disciplina tale attività, le verifiche effettuate hanno evidenziato il rispetto dei volumi di attività complessivi in ALPI; in rapporto all’attività istituzionale.

Nell’Aprile 2016 l’Assessorato Regionale della Salute ha assegnato alle Direzioni Aziendali gli Obiettivi di salute e di funzionamento dei Servizi, riportati nell’aggiornamento al Piano della Performance 2016-18, individuando le seguenti macro-aree di intervento, con validità degli obiettivi estesa al 31/12/2017:

1. Screening
2. Esiti
3. Liste di attesa
4. Punti nascita
5. Donazione organi
6. Prescrizioni dematerializzate
7. Utilizzo Fondi PSN
8. Percorso attuativo di certificabilità
9. Piano Attuativo Aziendale

Si sintetizzano di seguito i risultati relativi a ciascun ambito strategico, indicando il valore totale dell’indicatore di riferimento. Si rimanda alle tabelle allegate (tab. A) per i dettagli relativi ad indicatori, target, peso ripartito per obiettivo operativo, valore a consuntivo, percentuale di raggiungimento.

Per quanto riguarda la macro-area **screening** (punteggio totale indicatore 9), l’Azienda attuato una serie di azioni finalizzate ad ampliare l’estensione degli **screening** per alcune patologie target (paragrafo 3.3 della presente Relazione) e l’adesione della popolazione invitata, con lo scopo di implementare la diagnosi precoce delle suddette patologie. Tali screening oncologici sono posti fra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), cioè fra gli interventi che devono essere garantiti a tutta la popolazione, poiché efficaci nel ridurre la mortalità. Nonostante le azioni messe in atto (istituzione delle Unità operative di screening, coinvolgimento dei medici di medicina generale) e nonostante la riduzione degli inviti inesitati al di sotto della soglia individuata quale indicatore di processo, gli obiettivi di risultato prefissati al 31.12.2016 non sono stati raggiunti.

Anche per il 2016 l’Assessorato Regionale ha assegnato alle Aziende sanitarie degli obiettivi operativi (si rimanda al par. 3.3) misurabili attraverso gli indicatori di esito previsti dal **Programma Nazionale Esiti (PNE)** (punteggio totale indicatore 20); l’Azienda ha pienamente raggiunto l’Obiettivo relativo alla tempestività dell’esecuzione della PTCA nei casi di IMA STEMI e mostra un trend in miglioramento, rispetto ai dati dell’anno 2015, per quanto riguarda l’obiettivo tempestività dell’intervento per frattura di femore (superato il valore minimo di partenza del 60%); i risultati raggiunti e gli scostamenti saranno meglio dettagliati nella sezione 3.3. e nella **tabella A**.

L'abbattimento dei tempi di attesa (punteggio totale indicatore 15) per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi sanitari prioritari del SSN e l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA. Il monitoraggio dei tempi di attesa per le 48 prestazioni previste dal PRGTA (D.A. 1220 del 307672011 e s.m.) e la messa in atto di una serie di azioni, fra cui la revisione dell'offerta specialistica, con l'ampliamento dell'offerta di prestazioni nelle discipline in cui si è rilevata la maggiore richiesta, hanno consentito all'ASP di Enna, nel corso del 2016, di raggiungere risultati soddisfacenti (vedi tabella A).

Al fine di incrementare gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita (punteggio totale indicatore 10) pubblici e privati accreditati del SSR è stata predisposta (Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010 e D.A. 2536 del 2/12/2011) un checklist per la verifica degli standard per la riorganizzazione della rete dei punti nascita: tutti i requisiti previsti dalla checklist sono stati rispettati. Il monitoraggio - attraverso indicatori dedicati - del livello di sicurezza e delle modalità organizzative delle prestazioni erogate dai Punti Nascita di 1° e 2° livello (senza UTIN e con UTIN) ha evidenziato il pieno raggiungimento degli obiettivi prefissati (vedi tabella A).

Sono state portate a termine tutte le azioni programmate al fine di incrementare il numero delle donazioni degli organi (punteggio totale indicatore 3) e tessuti. La L. 91/1999 ha istituito, a livello nazionale, il Sistema Informativo Trapianti per accogliere le dichiarazioni di volontà sottoscritte dai cittadini in merito alla donazione degli organi e dei tessuti, al fine di inserirle in una banca dati centrale che possa essere utilizzata in caso di necessità sull'intero territorio italiano. La sensibilità per la donazione è gradualmente cresciuta anche nel territorio dell'ASP di Enna, dove le dichiarazioni di volontà raccolte sfiorano le duemila unità.

Ai fini della semplificazione delle procedure di prescrizione (punteggio totale indicatore 5) di farmaci e prestazioni specialistiche, in attuazione alle disposizioni contenute nei decreti di riferimento (D.A. 12/8/2010 e D.A. 2234/2015), l'Azienda ha raggiunto l'obiettivo di aumentare, rispetto al 2015, il numero di medici dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata (>20% nel 2016). Per quanto riguarda il numero delle prescrizioni dematerializzate mensili effettuate nel periodo maggio-dicembre non si dispone del dato a consuntivo (tabella A Ob. 6 - note)

Nell'ambito del monitoraggio dello stato di attuazione dei progetti obiettivo di PSN (punteggio totale indicatore 6) l'Azienda ha puntualmente trasmesso i report trimestrali relativi alle attività svolte e rispettato le tempistiche per la chiusura degli stessi.

Il decreto dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze del 17/9/2012 e il successivo decreto attuativo dell'1/3/2013 hanno avviato il Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei Bilanci delle aziende sanitarie, che sono tenute a strutturare processi amministrativo-contabili interni secondo un programma di attività definito dalle singole Regioni. L'Assessorato Regionale della Salute con D.A. n. 2128 del 12/11/2013 ha adottato i "Percorsi attuativi di certificabilità per gli Enti del Servizio Sanitario Regionale, per la GSA e il bilancio consolidato per la Regione Sicilia" e con successivi provvedimenti (D.A. n. 402/2015 e D.A. n. 1559/2016) ha individuato le aree di intervento, gli obiettivi, le priorità e tempistiche massime per il completamento del percorso, per singola area.

L'ASP di Enna ha assolto agli impegni assunti con l'Assessorato per il percorso di certificabilità (punteggio totale indicatore 6) del proprio bilancio, individuando le azioni da realizzare e dandone attuazione secondo il cronoprogramma. Sono stati individuati i dirigenti competenti a garantire l'attuazione delle diverse azioni, così come i dirigenti per l'espletamento della funzione di Internal Audit e attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale (sezione Amministrazione Trasparente/Bilanci) è stata data evidenza dello stato di avanzamento del processo al 30/11/2016.

Il PAA (punteggio totale indicatore I +25) è il documento di sintesi dei programmi annuali di attività, degli interventi da attuare e delle relative responsabilità. Il Sistema obiettivi 2016-2017 ha indicato le aree di intervento prioritarie all'interno delle quali individuare gli obiettivi del Piano Attuativo Aziendale:

1. Sanità pubblica e prevenzione (punteggio 5)
2. Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti (punteggio 9)
3. Reti assistenziali (punteggio 1)
4. Assistenza territoriale (punteggio 6)
5. Sviluppo organizzativo (punteggio 4)

L'Azienda ha definito, all'interno di ciascuna area, i propri obiettivi, che l'Assessorato ha validato, attribuendo a ciascuno un peso.

La tabella di cui all'Allegato D riassume i valori a consuntivo e il grado di raggiungimento degli obiettivi.

Gli obiettivi di integrazione con il Programma di Trasparenza e Integrità e il Piano di Prevenzione della Corruzione

- miglioramento dell'accesso del cittadino alle informazioni previste in tema di trasparenza
- consolidamento dei processi e cultura aziendale per la piena attuazione delle misure previste nel PTPC

sono stati declinati in obiettivi operativi (Tab. C) e successivamente riversati alle UU.OO. interessate quali obiettivi di budget. Per la descrizione dei suddetti obiettivi operativi, degli indicatori, dei valori attesi di risultato e dei valori a consuntivo si rimanda alla tabella C e alle schede di budget allegata alla presente Relazione.

Si sottolinea, come già riportato nel Piano della Performance, che le misure anticorruzione incidono sull'efficienza dell'organizzazione, e che, pertanto l'Azienda si è adoperata al fine di coordinare e integrare gli ambiti relativi alla performance, alla qualità, alla trasparenza, all'integrità e prevenzione della corruzione

3.3 Obiettivi e piani operativi

Nel presente paragrafo sono sviluppati gli obiettivi operativi ai quali si è fatto brevemente riferimento nel paragrafo 2.3 e rappresentati nell'albero della performance. Sono descritti i singoli obiettivi, i relativi indicatori e valori target, i risultati raggiunti. Ai fini della leggibilità del documento gli obiettivi del P.A.A. sono trattati in forma sintetica; per una descrizione più dettagliata si rimanda alla tabella D allegata. Le Unità operative coinvolte per ciascun obiettivo/azione sono già state indicate nell'albero della performance.

Gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi correlati al sistema di incentivazione per gli anni 2016 e 2017 sono articolati nelle seguenti macro aree:

1. Screening
2. Esiti
3. Liste di attesa
4. Punti nascita
5. Donazione organi
6. Prescrizioni dematerializzate
7. Utilizzo fondi PSN
8. Percorso attuativo di certificabilità
9. Piano Attuativo Aziendale

Nell'ambito di ciascuna macro area, come già detto, sono stati individuati obiettivi operativi, indicatori, valori attesi di risultato al 31.12.2016 (tabella A).

Screening (punteggio totale 9): l'Azienda attuato una serie di azioni finalizzate ad ampliare l'estensione degli screening per alcune patologie target - tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colonretto - e l'adesione della popolazione invitata, con lo scopo di implementare la diagnosi precoce delle suddette patologie. Nonostante le azioni messe in atto e nonostante la riduzione degli inviti inesitati al di sotto della soglia individuata quale indicatore di processo, gli obiettivi di risultato prefissati al 31.12.2016 non sono stati raggiunti.

Obiettivo	Indicatore	Valore atteso	Risultato raggiunto
Screening cervice - carcinoma	n. di soggetti invitati / popolazione target	100%	59,22%
	n. di soggetti testati / popolazione invitati - inviti inesitati	50%	22,65%
Screening tumore mammella	A) n. di soggetti invitati / popolazione target	100%	37,50%
	B) n. di soggetti testati / popolazione invitati - inviti inesitati	60%	42,85%
Screening tumore colon retto	A) n. di soggetti invitati / popolazione target	100%	32,77%
	B) n. di soggetti testati / popolazione invitati - inesitati	50%	9,18%

I risultati sopra sintetizzati - di cui viene di seguito fornito un maggiore dettaglio - sono attribuibili alla carenza di personale dedicato, che ha determinato l'inadeguatezza delle agende rispetto alla popolazione target annuale da invitare. Al fine di contrastare la criticità è stato indetto, in esecuzione alla Delibera n. 872 del 09/11/2016, avviso pubblico per titoli e colloquio tecnico per il conferimento di incarichi libero professionali della durata di 12 mesi per le figure di seguito indicate :

- n. 2 Medici di radiodiagnostica;
- n. 1 Medico gastroenterologo endoscopista;
- n. 2 Tecnico sanitario di radiologia medica;
- n. 2 Biologo;
- n. 1 Tecnico di laboratorio biomedico

Screening del cervico carcinoma

Popolazione target 17.530; inviti totali spediti 14.731
 Primi inviti 10.383; inesitati 541; sollecitati 526
 Esami totali eseguiti 3.313; aderenti 1° invito 2.229; spontanei 653
Obiettivi assessoriali: estensione = 100%; adesione 50% come da obiettivi AGENAS 2016

Risultati raggiunti:

Estensione = $10.383 / 17.530 \times 100 = 59,22\%$

Adesione = $\frac{\text{n. testati}}{(\text{Pop. inv.} - \text{inesitati})} \times 100 = \frac{2.229}{(10.383-541)} \times 100 = 22,65\%$

Screening del K mammella

Popolazione target 13.454; inviti totali spediti 6.200

Primi inviti 5046; inesitati 113; solleciti 0
 Esami totali eseguiti 2.674; aderenti 1° invito 2.114; spontanee 454
Obiettivi assessoriali: estensione 100%; adesione 60% come da AGENAS 2016

Risultati raggiunti:

Estensione = $(5.046/13.454) \times 100 = 37,50\%$

n. testati 2.114

Adesione = $\frac{\text{Pop. inv. - inesitati}}{(5.046-113)} \times 100 = 42,85\%$

Screening del K colon retto

Popolazione target 25.275; inviti totali spediti 8.397
 Primi inviti 8.283; inesitati 103; solleciti 0
 Esami totali eseguiti 867; aderenti 1° invito 751; spontanei 0
Obiettivi assessoriali: estensione 100%; adesione 50% come da AGENAS 2016

Risultati raggiunti:

Estensione = $(8.283/25.275) \times 100 = 32,77\%$

n. testati 751

Adesione = $\frac{\text{(Pop. inv. - inesitati)}}{(8.283-103)} \times 100 = 9,18\%$

Esiti (punteggio totale 20):

Anche per il 2016 l'Assessorato Regionale ha assegnato alle Aziende sanitarie degli obiettivi operativi misurabili attraverso gli indicatori di esito previsti dal Programma Nazionale Esiti (PNE):

1. Tempestività intervento per frattura del femore (over 65) (Punteggio: 5/20)

Le linee guida internazionali raccomandano la tempestività dell'intervento chirurgico per frattura del collo del femore, al fine di ridurre il rischio di mortalità e di disabilità del paziente. Il raggiungimento dell'obiettivo viene misurato attraverso l'

indicatore: 'Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero/numero totale di casi';

valore obiettivo: 90%, a partire da un minimo del 60%; **risultato raggiunto** al 31.12.2016: 62%

2. Riduzione incidenza parti cesarei su donne non pre-cesarizzate (Peso obiettivo: 5/20)

La procedura di Taglio cesareo va effettuato solo in presenza di indicazioni specifiche; al fine di migliorare l'appropriatezza nella clinica dell'assistenza al parto

indicatore: 'parti cesarei di donne non pre-cesarizzate/numero totale parti (donne non pre-cesarizzate)'; **valore obiettivo :** ≤ 20%, a partire da un valore minimo do partenza pari al 28.%; **risultato raggiunto** al 31.12.2016: 28%

2.3 Tempestività esecuzione PTCA nei casi di IMA STEMI (Peso obiettivo: 5/20)

La tempestività nell'attuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di IMA STEMI è cruciale per la sopravvivenza del paziente e pertanto deve essere fatta oggetto di monitoraggio;

indicatore: 'PTCA entro 0-1 giorno dalla data di ricovero/numero totale di IMA STEMI diagnosticati (pazienti residenti della provincia);

valore obiettivo: 91%, a partire da un minimo pari al 78%; **risultato raggiunto** al 31.12.2016: 95%

2.4 Colectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni (Peso obiettivo: 5/20)

La colecistomia laparoscopica è oggi considerata il gold standard nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati, comportando una convalescenza più breve rispetto all'intervento a cielo aperto:

indicatore: 'n. ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni/n. totale ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica';

valore obiettivo: 97%, a partire da un minimo pari al 70%; *risultato raggiunto* al 31.12.2016: 46%

Liste di attesa (punteggio totale 15)

L'abbattimento dei **tempi di attesa** per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi sanitari prioritari del SSN e l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA. Il monitoraggio dei tempi di attesa per le 48 prestazioni previste dal PRGTA (D.A. 1220 del 307672011 e s.m.) è stato effettuato sulla base degli indicatori ex ante ed ex post descritti nel dettaglio nell'allegata Tabella A; la messa in atto di una serie di azioni, fra cui la revisione dell'offerta specialistica, con l'ampliamento dell'offerta di prestazioni nelle discipline in cui si è rilevata la maggiore richiesta, ha consentito all'ASP di Enna di raggiungere per le prestazioni oggetto di monitoraggio l'obiettivo ex post al 100%.

Punti nascita (punteggio totale 10)

Al fine di incrementare gli standard e i requisiti di sicurezza nei **punti nascita** pubblici e privati accreditati del SSR è stata predisposta (Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010 e D.A. 2536 del 2/12/2011) un checklist per la verifica degli standard per la riorganizzazione della rete dei punti nascita: tutti i requisiti previsti dalla checklist sono stati rispettati. Il monitoraggio - attraverso indicatori dedicati - del livello di sicurezza e delle modalità organizzative delle prestazioni erogate dai Punti Nascita di 1° e 2° livello (senza UTIN e con UTIN) ha evidenziato il pieno raggiungimento degli obiettivi prefissati (vedi tabella A).

Donazione organi (punteggio totale 3)

L'Azienda ha messo in atto tutte le azioni necessarie al fine di incrementare il numero delle **donazioni di organi** e tessuti, con pieno raggiungimento dell'obiettivo (Tabella A)

Prescrizioni dematerializzate (punteggio totale 5)

Ai fini della semplificazione delle procedure di **prescrizione** di farmaci e prestazioni specialistiche, in attuazione alle disposizioni contenute nei decreti di riferimento (D.A. 12/8/2010 e D.A. 2234/2015), l'Azienda ha raggiunto l'obiettivo di aumentare, rispetto al 2015, il numero di medici dipendenti abilitati alla prescrizione in **modalità dematerializzata** (>20% nel 2016); come già detto, non si dispone del dato relativo al numero medio di prescrizioni mensili nel periodo maggio-dicembre 2016 (vedi tab. A)

Utilizzo Fondi PSN (punteggio 6)

Nell'ambito del monitoraggio dello stato di attuazione dei **progetti obiettivo di PSN** l'Azienda ha puntualmente trasmesso i report trimestrali relativi alle attività svolte e rispettato le tempistiche per la chiusura degli stessi.

Percorso attuativo di certificabilità (punteggio totale 6)

L'ASP di Enna ha assolto agli impegni assunti con l'Assessorato per il percorso di certificabilità del proprio bilancio, individuando le azioni da realizzare e dandone attuazione secondo il cronoprogramma. Sono stati individuati i dirigenti competenti a garantire l'attuazione delle diverse azioni, così come i dirigenti per l'espletamento della funzione di Internal Audit e attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale (sezione Amministrazione Trasparente/Bilanci) è stata data evidenza dello stato di avanzamento del processo al 30/11/2016. Con apposite delibere sono state adottate le procedure ed i regolamenti previsti dagli obiettivi

PAC; tutte le delibere con relativi allegati sono state pubblicate sul sito istituzionale nella Sez. “ Amministrazione Trasparente/ Bilanci/ PAC”

Come già detto nel precedente paragrafo, il Sistema obiettivi 2016-2017 ha indicato le aree di intervento prioritarie all'interno delle quali individuare gli obiettivi del **Piano Attuativo Aziendale**, che l'ASP di Enna ha declinato nelle aree di seguito riportate:

- 1) Sanità pubblica e prevenzione
 1. Sanità veterinaria
 2. Igiene degli alimenti
 3. Vaccinazioni
 4. Tutela ambientale
 5. Prevenzione luoghi di lavoro
- 2) Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti
 1. Sicurezza dei pazienti
 2. Formazione dei professionisti
 3. Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza
 4. PDTA
 5. Appropriatelyzza
 6. Outcome
- 3) Reti assistenziali
 1. Rete IMA
 2. Rete Stroke
 3. Rete politrauma

} Reti tempo dipendenti
- 4) Rete oncologica
 1. Percorso nascita

} Reti cliniche integrate
- 5) Assistenza territoriale
 1. Cronicità
 2. Disabilità e non autosufficienza
 3. Riabilitazione
 4. Salute mentale
 5. Violenza su donne e minori
- 6) Sviluppo organizzativo
 1. Comunicazione
 2. Formazione
 3. Internazionalizzazione e Ricerca sanitaria
 4. Telemedicina

Si descrivono in sintesi i risultati raggiunti e si rimanda alla tabella D allegata e all' Albero della Performance (par. 3.1) per maggiori dettagli. Nell'ambito della macro area **Sanità Pubblica e Prevenzione**, specificamente per quanto riguarda l'area della **Sanità Veterinaria**, nel 2016 è stata data continuità alle azioni di controllo delle principali zoonosi riscontrabili negli allevamenti zootecnici (controllo sanitario degli insediamenti produttivi e delle specie sensibili in essi presenti e controllo anagrafico dei capi bovini e ovi-caprini) , registrandosi una riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina e della tubercolosi bovina rispetto al dato del 2015 e una riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina e nei focolai di tubercolosi bovina. Nell'ambito della **Sicurezza Alimentare**, fra l'altro, è stata data attuazione alle direttive del Piano Regionale di Controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari – 2016, declinate nelle seguenti quattro linee di intervento:

Allegato 1: TABELLA A - OBIETTIVI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI ANNO 2016-2017

ANNO 2016

Denominazione obiettivo	Descrizione	Indicatore	Fonte dati	Peso	2016		Note/criticità	
					Target	Valore a consuntivo		% raggiungimento
1. SCREENING ONCOLOGICI	Screening tumore cervice uterina	n test eseguiti/ popolazione target (donne residenti 25-64 anni)		3	50%	22,7%	45%	Avviso pubblico per la selezione di personale esterno bandito con del. n. 872 del 9/11/2016
	Screening tumore mammella	n test eseguiti/ popolazione target (donne residenti 50-69 anni)		3	60%	42,9%	71%	
	Screening tumore colon retto	n test eseguiti/ popolazione target (popolazione residente 50-69 anni)		3	50%	9,18%	18%	
		Obiettivi di processo: 1. Istituzione delle UU.OO. di screening 2. Coinvolgimento e collaborazione MMG 3. Riduzione inviti inesitati			1. 100% 2. 30% 3. ≤3%	si	100%	
2. ESITI	2.1 tempestività intervento per frattura femore in pazienti over 65	Interventi Effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero/numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	SDO	5	≥ 90% (da valore soglia 60% pari a 0 applicando una funzione lineare)	62%	6,67%	Istituito team aziendali nei PP.OO. ove insiste l'U.O. di Ortopedia, al fine di razionalizzare il PDT dei soggetti target

Denominazione obiettivo	Descrizione	Indicatore	Fonte dati	Peso	Target	Valore a consuntivo	% raggiungimento	Note/criticità
	2.2 Riduzione parti cesarei primari	Parti cesarei di donne non pre-cesarizzate cesarei primari)/ totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	SDO	5	≤ 20% (miglioramento a partire da soglia minima 28% applicando una funzione lineare)	28%	0%	L'individuazione dell' U.O. di Ostetricia dell'Umberto I di Enna quale punto nascita di II livello e quale riferimento del bacino AG-CL-EN come STAM comporta l'attrazione di donne con gravidanza a rischio, che vengono sottoposte a T.C.
	2.3 Tempestività intervento in IMA STEMI	2.3.1.PTCA entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero* (vd note) con diagnosi certa di IMA STEMI/ numero totale di IMA STEMI ** diagnosticati	RAD	5	≥ 91% (miglioramento tra soglia minima 78% e valore target 91%)	95%	100%	Sebbene non di disponga dell'U.O. di emodinamica è stato assicurato il trasporto del paziente entro l'intervallo temporale previsto.
		2.3.2proporzione di IMA STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea (PTCA) entro 90' (differenza tra il tempo in cui è stato effettuato l'intervento e quello in cui è avvenuto il ricovero calcolato in minuti)						La mancanza dell'UO di emodinamica non consente il rispetto dell'obiettivo 2.3.2, pertanto il peso viene ridistribuito all'obiettivo 2.3.1
	2.4 degenza post-operatoria in colecistectomia laparoscopica	N ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-	SDO	5	≥ 97% (miglioramento tra soglia minima 70% e valore target 97%)	46,00%	0,00%	Effettuati audit con i Responsabili delle UU.OO. di Chirurgia per affrontare le criticità. Individuati percorsi privilegiati per migliorare il dato

Denominazione obiettivo	Descrizione	Indicatore	Fonte dati	Peso	Target	Valore a consuntivo	% raggiungimento	Note/criticità
	<3 giorni	operatoria < 3 giorni/n totale ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica						
3. LISTE DI ATTESA	Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali (PNGLA 2010-2012)	Ex ante Σn prestazioni richieste (da 1 a 43)*%% di garanzia in classe B/totale prestazioni prenotate in classe B	Dati CUP	7,5	Da 75 a 100	Classe B 78,97%	Classe B 75%	
		Ex ante Σn prestazioni richieste (da 1 a 43)*%% di garanzia in classe D/totale prestazioni prenotate in classe D				Classe D 80,03%	Classe D 75%	
	Ex post n prestazioni garantite entro i tempi, della classe di priorità B/totale prestazioni classe B	Flusso C, M e XML ex art. 50	7,5	Da 75 a 100	Classe B 100%	Classe B 100%	La performance raggiunta è il risultato di una serie di azioni messe in atto: revisione dell'offerta specialistica, ampliamento dell'offerta di prestazioni nelle discipline in cui ha luogo la maggiore richiesta, anche in relazione con l'attivazione dei percorsi per la cronicità, con acquisizione di ulteriori apparecchiature e di specialisti ambulatoriali, attivazione de l'web CUP con pieno coinvolgimento delle strutture private accreditate, soprattutto nella	
		Ex post n prestazioni						

Denominazione obiettivo	Descrizione	Indicatore	Fonte dati	Peso	Target	Valore a consuntivo	% raggiungimento	Note/criticità
		garantite entro i tempi, della classe di priorità D/totale prestazioni classe D per le seguenti otto prestazioni: visita oculistica, mammografia, TAC torace senza e con mdc, ecocolordoppler tronchi sovraortici, RNM colonna vertebrale, ecografia ostetrica - ginecologica, visita ortopedica, visita cardiologica (indicatore calcolato per ciascuna prestazione)				Classe D 100%	Classe D 100%	branca di radiologia
4. PUNTI NASCITA	4.1 Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR	n requisiti garantiti/totale requisiti previsti dalla Checklist (accordo Stato-Regioni 16/12/2010 e DA 2536 del 2/12/2011)	Dati inseriti sulla piattaforma qualitasicilia.ssr	5	SI/NO		100%	

Denominazione obiettivo	Descrizione	Indicatore	Fonte dati	Peso	Target	Valore a consuntivo	% raggiungimento	Note/criticità
	4.2 Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali	4.2.1.1: n nati con età gestazionale <34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata per più di 24 ore (1 giorno)	SDO e CEDAP		0	0	100%	
	4.2.1 PN senza UTIN	4.2.1.2: % neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita/totale neonati ricoverati	SDO		<8%	0%	100%	
	4.2 Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali	4.2.2.3: report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio	Controlli NOC (controllo analitico su 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73)		SI	SI	100%	
	4.2.2 PN con TIN (Terapia Intensiva Neonatale)	4.2.2.4: n neonati dimessi direttamente da TIN (cod. 73) (modalità di dimissione ordinaria al domicilio del paziente-)/totale neonati ricoverati in TIN al netto	SDO		<10%	5,00%	100%	

Denominazione obiettivo	Descrizione	Indicatore	Fonte dati	Peso	Target	Valore a consuntivo	% raggiungimento	Note/criticità
-------------------------	-------------	------------	------------	------	--------	---------------------	------------------	----------------

		dei deceduti (modalità di dimissione codice 1)						
5. DONAZIONE ORGANI	Incrementare il numero delle donazioni di organi e tessuti	5.1 Organizzazione Ufficio di Coordinamento locale per i prelievi e trapianti di organi e tessuti		0,75	SI/NO	SI	100%	
		5.2 n accertamenti di morte con metodo neurologico non inferiore al 30% dei decessi per grave neurolesione registrati in Azienda	SDO	1,20	100% del valore individuato in base ai dati rilevati dalle SDO e secondo la metodologia individuata nel Sistema obiettivi 2016-17)	4/10	100%	
		5.3 n donatori procurati	SDO	0,60	100% se il numero dei donatori sarà pari o superiore al 100% del valore previsto	1/2	100%	
		5.4 n cornee prelevate	SDO	0,30	100% se il numero delle cornee prelevate sarà pari o superiore al 100% del valore previsto	1/10	100%	

Denominazione obiettivo	Descrizione	Indicatore	Fonte dati	Peso	Target	Valore a consuntivo	% raggiungimento	Note/criticità
-------------------------	-------------	------------	------------	------	--------	---------------------	------------------	----------------

		5.5 organizzazione evento formativo aziendale		0,15	SI/NO	SI	100%	
6. PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	Prescrizioni dematerializzate	1) % medici dipendenti e SUMAISTI abilitati alla prescrizione dematerializzata 2) numero medio di prescrizioni mensili nel periodo maggio-dicembre 2016	SOGEI – SISTEMA TS	5	1) >20% 2) 5 nel 2016	1) 21% 2) dato non disponibile	1) 100% 2) 0%	
7. UTILIZZO FONDI PSN	Monitoraggio stato attuazione Progetti obiettivo di PSN	1) puntuale trasmissione dei report trimestrali 2) rispetto delle tempistiche dichiarate per la chiusura dei progetti (non oltre il 30.04.2017)		6	1) 100% 2) 100%		2) 100% 2) 100%	
8. SVILIPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (PAC)	Dare evidenza del percorso di certificabilità dei bilanci	<u>Al 30/9/2016</u> (Punti 1) Dare evidenza, attraverso i siti web istituzionali, dello stato di avanzamento del PAC della Regione presso l'Ente; indicare: -specifica fase del processo -livello di						

Denominazione obiettivo	Descrizione	Indicatore	Fonte dati	Peso	Target	Valore a consuntivo	% raggiungimento	Note/criticità
		implementazione Al 31/12/2016 (Punti 4) -istituzione di una funzione di <i>internal audit</i> (punti 1) -implementazione di sistemi informatici integrati idonei alla realizzazione del PAC (punti 2) -conseguimento e implementazione degli obiettivi PAC (aree Generale, Rimanenze, Immobilizzazione, Patrimonio) (punti 1)		5	SI/NO	SI	100%%	
9. P.A.A.	Piano Attuativo Aziendale	1)Redazione e approvazione del P.A.A. (peso 1) 2)Realizzazione delle azioni previste dal P.A.A. (perso 25)		26	% di sviluppo delle azioni previste e relativi pesi, come indicato nel P.A.A.		90%	

Allegato 1: TABELLA B - OBIETTIVI GENERALI A VALENZA TRIENNALE

2015/2016

	Descrizione obiettivo	Indicatore	Fonte dati	Target	Valore a consuntivo	Grado di raggiungimento obiettivo	Note/criticità
1.	Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio	Equilibrio di bilancio sulla base del rispetto delle risorse negoziate	Modello CE IV trimestre 2016	Equilibrio di bilancio sulla base del rispetto delle risorse negoziate	€ 97,00	100%	
2.	Utilizzo risorse derivanti dai Fondi Europei (PO FESR 2007-2013)	Fatture quietanzate entro il 31.12.2015	Relazione RUP Sistema Caronte	100% delle fatture	100%	100%	Nel 2015 sono stati completati tutti gli adempimenti inerenti le linee progettuali finanziate con PO FESR. Nel 2016 l'ASP non ha avuto procedure in corso con finanziamenti PO FESR
3.	Contenimento della spesa annuale del Personale	Rispetto tetto di spesa nuova dotazione organica	Tabella D1.2	Rispetto tetto di spesa nuova dotazione organica (D.A. 1380 del 5/8/2015) € 102.450.000,00	€ 95.259.000,00	100%	
	Programma triennale di riduzione della spesa annuale del personale a tempo determinato	Adozione Atti Programmatici Dati da Tabella D1.2	Tabella D1.2	Limite max (50% costo annuo 2009) ex art. 9 c. 28 D.L. 78/2010 pari a € 4.581.000,00	€ 7.239.000,00 Incidenza 2016 su 2009 (%) 79,01%	Scostamento pari a € 2.658.000,00	Il divieto di procedere ad assunzioni a tempo indeterminato ha comportato un maggiore ricorso alle assunzioni di personale (medico e sanitario) a tempo determinato, al fine di garantire le prestazioni LEA.
	CONTENIMENTO SPESA RIFERITA A PERSONALE, FARMACEUTICA, BENI E SERVIZI	Acquisto Beni e servizi nel rispetto della normativa vigente e del regolamento aziendale in materia	Relazione al 31 Dicembre 2016 attestante il rispetto delle norme	Attestazioni e Relazione del Direttore Servizio - Prov. to	Rispetto delle norme e regolamenti in materia di acquisiti	SI	100%

Descrizione obiettivo	Indicatore	Fonte dati	Target	Valore a consuntivo	Grado di raggiungimento obiettivo	Note/criticità
-----------------------	------------	------------	--------	---------------------	-----------------------------------	----------------

	di acquisti in economia			Riduzione della spesa	Beni: - 950.000,00 Servizi: + 6.975.000,00	SI per i Beni NO per i Servizi	L'aumento registrato negli acquisti di servizi è stato determinato dalla mobilità passiva che ha generato maggiori costi per farmaci e servizi ambulatoriali e socio-sanitari
	Rispetto del tetto annuale per la spesa farmaceutica	Costo totale	Bilancio a consuntivo	€ 42.040.000,00	€ 38.600.000,0 0	100%	
Di cui prodotti farmaceutici ed emoderivati (BA0030)		Bilancio a consuntivo	€ 16.164.000,00	€14.946.000,0 0	100%		
Di cui Servizi sanitari per farmaceutica da Convenzione (BA0500)		Bilancio a consuntivo	€ 25.876.000,00	23.609.000,00 €	100%		
	Assistenza farmaceutica territoriale/ospedaliera	Relazione al 31/12/2015 attestante il rispetto dei tetti di spesa negoziati per l'assistenza farmaceutica territoriale/ospedaliera	Attestazione Direttore Servizio Farmaceutico	Rispetto del tetto di spesa	SI	100%	
4. FLUSSI	Rispetto direttiva "Flussi informativi" (Decreto interdepartimentale n. 1174/08 e Circ. Ass. n. 217/15)	Rispetto tempistiche, qualità, congruità	Attestazione e Relazione del Dirigente Resp.le del SIL	1) Tempi di trasmissione 2) Congruità 3) Qualità	SI	100%	

	Descrizione obiettivo	Indicatore	Fonte dati	Target	Valore a consuntivo	Grado di raggiungimento obiettivo	Note/criticità
5. ALPI	Osservanza disposizioni regionali ALPI (L. 120/2007)	Rispetto normativa nazionale e regionale	Attestazione e Relazione dei Dirigenti responsabili	Rapporto attività ordinaria/attività libero professionale	SI	100%	Le verifiche effettuate hanno evidenziato il rispetto dei volumi di attività complessivi in ALPI in rapporto all'attività istituzionale; in corso attività di aggiornamento della procedura al fine di disporre di dati per singolo professionista

Allegato 1: TABELLA C - OBIETTIVI DI INTEGRAZIONE CON IL PROGRAMMA DI TRASPARENZA E INTEGRITA' E IL PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

ANNO 2016

Denominazione obiettivo	Descrizione	Indicatore	Fonte dati	Peso	2016			Note/criticità
					Target	Valore a consuntivo	% raggiungimento	
1. Miglioramento dell'accesso del cittadino alle informazioni previste in tema di trasparenza	Rispetto degli obblighi in materia di pubblicazione e accesso agli atti (D. Lgs 33/29013, D.Lgs 97/2016)	Aggiornamento pubblicazione dati ai sensi del D.Lgs 33/2013	Sito web istituzionale Amministrazione trasparente		100 %	100 %		
	Dematerializzazione dei documenti	Pieno utilizzo protocollo informatico	Sistema E_Working		100 %		100 %	
	Miglioramento del grado di soddisfazione e di qualità percepita da parte dei cittadini in relazione alle modalità di accesso alle informazioni	Introdotta nel 2016 il questionario relativo alla percezione qualità	qualitasiciliassr.it	UU.OO. Ricoveri Ambulatori			100 %	
2. Consolidamento dei processi e cultura aziendale per la piena attuazione delle misure previste nel PTPC	Programmazione e realizzazione di percorsi formativi interni in materia di anticorruzione	Attuazione misure correttive nei processi come individuate nel P.T.P.C. Aziendale	Sito web istituzionale Amministrazione trasparente		100 %		Valutazione in corso	



PIANO ATTUATIVO AZIENDALE

2016-2017

AREA DI INTERVENTO 1		Sanità Pubblica e Prevenzione			
Punteggio 5		Referenti aziendali: Dott. I. Sferrazza – Dott. G. Stella – Dott. S. Madonia			
interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Aggiornamento risultati al 31/12/2016
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
1 – Sanità veterinaria Servizio Veterinario	20%	<p>1.1.A - Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)</p> <p>1.1.B – Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina</p> <p>1.1.C - Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina</p> <p>1.1.D - Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovi-caprine sulla base di criteri riportati, rispettivamente dai Regolamenti (Ce) n. 1082/2003 e n. 1505/2006.</p> <p>1.1.E - Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015</p>	<p>1.1.A - n. Aziende bovine e ovi caprine controllate/n. Aziende bovine e ovi caprine controllabili</p> <p>1.1.B – numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi</p> <p>1.1.C – numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi</p> <p>1.1.D - n. Aziende bovine e ovi-caprine controllate anagraficamente /n. Aziende bovine e ovi-caprine controllabili</p> <p>1.1.E - Percentuale di riduzione della prevalenza</p>	<p>1.1.A - 100%</p> <p>1.1.B – 21-28 giorni ≤ 28 gg 100% ≤ 30 gg 75% ≤ 32 gg 50% > 32 gg 0%</p> <p>1.1.C – 42-63 giorni ≤ 63 gg 100% ≤ 68 gg 75% > 68 gg 0%</p> <p>1.1.D – 5% Aziende bovine 3% Aziende ovi-caprine</p> <p>1.1.E – 15%</p>	<p>1.1.A – bovine 1312/1312 = 100% - Ovi caprine 1157/1157 = 100%</p> <p>1.1.B – 25 giorni</p> <p>1.1.C – 47 giorni</p> <p>1.1.D – 84/1312= 6,4% Aziende bovine 78/1157=6,74% Aziende ovi-caprine</p> <p>1.1.E > BR BOV anno 2015=1,87 anno 2016=1,37 =<15%</p> <p>BR Ov-CP anno 2015 2,75 anno 2016= 1,82 = <15%</p>

Allegato 1: TABELLA D - P.A.A. 2016

<p>1.2 – Sicurezza alimentare</p> <p>S.I.A.N.</p> <p>Servizio Veterinario</p>	<p>20%</p>	<p>1.2.A Attuazione Piano regionale di controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari 2016 ai sensi del DDG n. 324/marzo 2016</p> <p>1.2.B Definizione di una procedura che garantisca il rispetto dei tempi per il rilascio del provvedimento di riconoscimento definitivo agli stabilimenti che trattano alimenti di origine animale con riconoscimento condizionato.</p>	<p>1.2.A - Rispetto Flusso informativo</p> <p>1.2.B -Invio entro il 31.10.2016 del provvedimento di approvazione della procedura di programmazione e della procedura di monitoraggio e verifica</p>	<p>1.2.A – SI/NO</p> <p>1.2.B – SI/NO</p>	<p>1.2.A – SI i Flussi vengono inviati e caricati regolarmente</p> <p>1.2.B – stesura, approvazione ed invio del provvedimento effettuata a cura della Direzione Sanitaria</p>
<p>1.3 – Copertura Vaccinale e Sorveglianza Malattie Infettive</p> <p>Igiene Pubblica</p>	<p>20%</p>	<p>1.3.A - Implementazione della copertura vaccinale (D.A. N. 38/2015)</p> <p>1.3.B - Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla evidence per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole (D.A. N. 38/2015)</p> <p>1.3.C - Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscotto regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale negli anni 2012 – 2015 (PRP 2014/2018)</p>	<p>1.3.A – n. soggetti vaccinati/popolazione target residente</p> <p>1.3.B - Relazione sulle attività svolte</p> <p>1.3.C - Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate negli anni 2012- 2016</p>	<p>1.3.A Morbillo Parotite Rosolia 1a dose – 95% Coorte 2014 2a dose- 95% Coorti 2000 e 1998 Varicella 1a dose-95% Coorte 2014 2a dose – 95% Coorti 2000 e 1998</p> <p>1.3.B - SI/NO</p> <p>1.3.C – SI/NO</p>	<p>1.3.A Morbillo Parotite Rosolia 1a dose =98% Coorte 2014 2a dose- =98 % Coorti 2000 e 1998 Varicella 1a dose=90% Coorte 2014 2a dose = 90% Coorti 2000 e 1998</p> <p>1.3.B – SI</p> <p>1.3.C - SI</p>

Allegato 1: TABELLA D - P.A.A. 2016

		<p>1.3.D - Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio</p> <p>1.3.E - Genotipizzazione virale</p> <p>1.3.F- Notifica delle malattie infettive</p>	<p>1.3.D – Casi di morbillo, rosolia e rosolia congenita con isolamento virale</p> <p>1.3.E - Individuazione dei focolai di morbillo, rosolia e rosolia congenita mediante l'identificazione del genotipo virale isolato</p> <p>1.3.F - notifiche delle malattie infettive su numero di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)</p>	<p>1.3.D - > dell'80 %</p> <p>1.3.E -100%</p> <p>1.3.F – 70%</p>	<p>1.3.D - > nessun caso registrato</p> <p>1.3.E – nessun focolaio registrato</p> <p>1.3.F – dato disponibile a feb 17 dopo analisi SDO</p>
<p>1.4 – Tutela ambientale</p> <p>UOESPA - SIAV</p>	<p>20%</p>	<p>1.4.A - Evidenza di avvio interventi di promozione della salute sul corretto uso di cellulari e sulla eccessiva esposizione ai raggi UV (Direttiva 32187 dell'8.4.2016)</p> <p>1.4.B - Delibera costituzione "focalpoint" ((Direttiva 32187 dell'8.4.2016)</p>	<p>1.4.A - Report: invio entro il 31/10/2016</p> <p>1.4.B – Invio delibera entro il 31 ottobre 2016</p>	<p>1.4.A – SI/NO</p> <p>1.4.B – SI/NO</p>	<p>E' stato individuato il referente ed il relativo gruppo di lavoro con atto deliberativo</p>

Allegato 1: TABELLA D - P.A.A. 2016

<p>1.5 – Prevenzione nei luoghi di lavoro</p> <p>S.Pre.S.A.L.</p>	<p>20%</p>	<p>1.5.A Attuazione direttive del Gruppo di Lavoro “Edilizia” nazionale e regionale e Gruppo di Lavoro “Agricoltura” nazionale e regionale</p> <p>1.5.B Attuazione direttive del GdL “Agenti cancerogeni” nazionale e regionale</p>	<p>1.5.A - Attività di controllo nei cantieri edili e nelle aziende agricole, attività di informazione e formazione, con le modalità e secondo gli indicatori previsti dal PRP</p> <p>1.5.B - Sorveglianza Sanitaria degli ex esposti secondo il protocollo del Coordinamento interregionale e di cui alla L.R. 10/2014, attività di controllo di aziende per rischio agenti cancerogeni, con le modalità e secondo gli indicatori previsti dal PRP.</p>	<p>1.5.A – Effettuati 13 sopralluoghi (11 edilizia e 2 agricoltura). Formazione 9 corsi effettuati (6 edilizia e 3 agri.)</p> <p>1.5.B – SI/NO</p>	<p>1.5 A Criticità: carenza di personale e blocco assunzioni. In atto in organico due TdP.(avviate le procedure per l’indizione di un bando per incarichi libero professionali). Si presume un netto incremento entro il 31.12 16. e un adeguamento a regime nel corso del 2017</p> <p>1.5.B – SI - attivata sorveglianza sanitaria ex esposti. Effettuata la sorveglianza come da elenchi INAIL con n.5 adesioni ex-esposti. Il servizio ha partecipato al gruppo di lavoro regionale per le l’attuazione delle direttive sulle Attività di controllo di aziende per rischio agenti cancerogeni</p>
--	------------	---	--	--	--

Area di intervento 2 Punteggio 9	<p align="center">Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti</p> <p align="center">Referenti aziendali: Dott. E. Leanza – Dott. F. La Tona – Sig. S. Giampiccolo</p>				
Interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Aggiornamento risultati al 31/12/2016
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
2.1 Sicurezza dei Pazienti	20%	2.1 A - Monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento <p align="center">Rischio Clinico</p>	2.1 A 1) la segnalazione della totalità degli eventi sentinella rispetto a quelli conosciuti (SIMES) 2.1 A 2) la coerenza rispetto al protocollo nazionale (SIMES) 2.1 A 3) il monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive (Report su piattaforma Qualitasicilia SSR)	SI SI SI	Si incorso come da cronoprogramma interno
		2.1 B - Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella <p align="center">Rischio Clinico</p>	2.1 B valutazione e produzione di report annuale secondo la metodologia Agenas	SI	SI

Allegato 1: TABELLA D - P.A.A. 2016

	<p>2.1 C - Programma regionale Global Trigger Tool: valutare l'1% delle cartelle cliniche dei dimessi in ricovero ordinario (con degenza superiore a un giorno) dalle UU. OO. delle seguenti discipline: area medicina, area chirurgica, area ostetrica, area pediatrica, area rianimazione (qualora mancasse una disciplina garantire comunque l'1% dei dimessi)</p> <p style="text-align: center;">Rischio Clinico</p>	<p>2.1 C Numero di casi inseriti nella piattaforma regionale GTT in modo completo e coerente secondo il protocollo di rilevazione regionale</p>	<p>1% dei dimessi in ricovero ordinario con degenza superiore a 1 giorno</p>	<p>Fatto gruppo di lavoro che ha partecipato al convegno regionale fatto a Catania individuati referenti per singolo presidio</p>
	<p>2.1 D - Programma di implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica in coerenza al D.A. 1914/13 s.m.i. di approvazione del programma regionale per la sicurezza, appropriatezza e gestione complessiva della terapia antitumorale</p> <p style="text-align: center;">UOC Oncologia-UOC Farmacia Ospedaliera</p>	<p>2.1 D Monitoraggio annuale e produzione report</p>	<p>100% delle azioni programmate</p>	<p>Avviato programma informatico con la farmacia e l'oncologia per il controllo e la tracciabilità delle prescrizioni (come da cronoprogramma)</p>
	<p>2.1 E - Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali</p> <p style="text-align: center;">UOC Anestesia e Rianimazione</p>	<p>2.1 E 1) Report secondo schema disponibile su piattaforma Qualitasicilia SSR</p> <p>2.1 E 2) svolgimento di almeno 20 osservazioni dirette per azienda sanitaria</p>	<p>2.1 E 1) SI</p> <p>2.1 E 2) 100%</p>	<p>2.1 E 1) autovalutazione sulla piattaforma qualitasiciliassr.it</p> <p>2.1 E 2) Si sta procedendo alla nomina dei nuovi osservatori checklist</p>
	<p>2.1 F - Sviluppo organizzativo del Percorso Nascita. Autovalutazione dei Punti Nascita (pubblici e privati) sulla base della checklist predisposta dai professionisti.</p> <p style="text-align: center;">UOC UTIN-UOC Ostetricie e Ginecologia</p>	<p>2.1 F Realizzazione autovalutazione su piattaforma Qualitasicilia SSR</p>	<p>SI</p>	<p>SI</p>

Allegato 1: TABELLA D - P.A.A. 2016

	<p>2.1 G - Aderenza al Programma regionale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza</p> <p>Direzioni sanitarie Distretti Ospedalieri</p>	<p>2.1 G - Aderenza alle indicazioni regionali</p>	<p>SI</p>	<p>Adesione fatta, rinnovati CIO e Gruppi operativi</p>
	<p>2.1 H - Azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza:</p> <p>2.1 H 1) Azioni di contrasto all' Antibioticoresistenza</p> <p>2.1 H 2) Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale</p> <p>2.1 H 3) AntimicrobialStewardship</p> <p>2.1 H 4) Realizzazione di una campagna di comunicazione basata sull'evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale</p> <p>Direzioni sanitarie Distretti Ospedalieri - URP Aziendale - UOC Farmacia Ospedaliera - UOS Farmacia Territoriale</p>	<p>2.1 H 1) Aderenza alle indicazioni regionali</p> <p>2.1 H 2) Report relativo al consumo di antibiotici</p> <p>2.1 H 3) Aderenza al Protocollo regionale</p> <p>2.1 H 4a) Report sulla realizzazione delle campagne di comunicazione</p> <p>2.1 H 4B) Report di monitoraggio sulla valutazione di impatto (pre e post intervento) delle campagne di comunicazione.</p>	<p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p>	<p>SI</p> <p>CIO e Gruppi operativi già operativi con la pianificazione di quanto previsto</p> <p>Campagna di comunicazione già in avanzata fase di realizzazione. Previsti due incontri ECM con MMG e PLS e Medici Ospedalieri nel II° semestre 17</p>
	<p>2.1 I -Programma di riduzione delle batteriemie/sepsi correlate all'utilizzo di cateteri vascolari - targeting zero:</p> <p>2.1 I 1) Adesione studi periodici di prevalenza ICA - ECDC</p> <p>2.1 I 2) Diffusione e formazione sull'utilizzo dei Bundle</p> <p>2.1 I 3) Individuazione team dedicato</p>	<p>Aderenza alle indicazioni regionali:</p> <p>2.1 I 1) Adesione studi e relativo Report</p> <p>2.1 I 2) Brochure ed eventi formativi</p> <p>2.1 I 3) Delibera aziendale</p> <p>2.1 I 4) Schede dei privileges e Report della relativa valutazione</p>	<p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p>	<p>In fase di predisposizione il team aziendale</p> <p>Già avviate sia la predisposizione delle schede che gli audit</p>

Allegato 1: TABELLA D - P.A.A. 2016

		<p>2.1 I 4) Procedura di conferimento dei privilegés e valutazione dell'effettiva applicazione</p> <p>2.1 I 5) Scheda di gestione CVC</p> <p>f2.1 6) Conduzione di audit periodici su almeno 100 procedure eseguite</p> <p>Direzioni sanitarie Distretti Ospedalieri</p>	<p>2.1 I 5) Compilazione della scheda di gestione sulla piattaforma informatica sulla totalità dei pazienti trattati</p> <p>f2.1 6) Report aziendale su audit svolti</p>	<p>SI</p> <p>SI</p>	
<p>2.2</p> <p>Monitoraggio dei Tempi di Attesa</p> <p>UOC Medicina Specialistica</p> <p><u>Allegati PAA 2016\Area di Intervento 2\relazione PAA Medicina specialistica.pdf</u></p>	<p>10%</p>	<p>2.2 A - Attività e funzionamento del Gruppo Interaziendale per il governo delle liste di attesa dell'art 2 del D.A. 439 – 2015:</p> <p>2.2 A 1) Monitoraggio e analisi dei dati derivanti dai flussi informativi dei tempi di attesa delle strutture erogatrici pubbliche e private accreditate ricadenti nell'area metropolitana e/o provinciale di competenza;</p> <p>2.2 A 2) Analisi delle cause profonde dei fattori favorenti le criticità locali;</p> <p>2.2 A 3) Individuazione e pianificazione di soluzioni condivise, anche attraverso la formalizzazione di accordi interaziendali e/o interprovinciali;</p> <p>2.2 A 4) Pianificazione e realizzazione dei programmi formativi aziendali per il governo delle liste di attesa in coerenza alle indicazioni della Cabina di Regia Regionale di cui all'art. 3 ;</p>	<p>2.2 A Report Annuale sui punti a,b,c,d di cui all'art. 2 D.A. 439 – 2015 da pubblicare su web aziendale.</p>	<p>SI</p>	<p>Partecipazione ai lavori della Cabina di Regia Regionale per il Governo delle liste di attesa istituita come da D.A. Non essendoci altre Aziende erogatrici nell'ambito del territorio ASP, si è comunque proceduto alla costituzione di un gruppo di lavoro intraziendale con il compito di analizzare l'offerta, le liste di attesa e di proporre, ove del caso, interventi correttivi (rimodulare dell'offerta, attivazione di nuovi punti di erogazione ecc....)</p>

Allegato 1: TABELLA D - P.A.A. 2016

	<p>2.2 B - Analisi campi flusso SDO: report semestrale che analizzi tutti i campi del flusso SDO e livelli di garanzia.</p> <p><i>NOTA: Si procederà all'esame dei dati così come indicato nelle Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa (dicembre 2010.)</i></p>	<p>2.2 B 1) n. campi compilati (data prenotazione, classe di priorità) / n. campi da compilare</p> <p>2.2 B 2) Monitoraggio</p>	<p>>= 90%</p>	<p>Relativamente alle prestazioni ambulatoriali (Flusso C ed M) tutti i campi sono regolarmente implementati ed è garantita la partecipazione ai monitoraggi semestrali regionali. Pertanto è possibile il monitoraggio sia <i>ex-ante</i> che <i>ex-post</i></p>
	<p>2.2 C - Applicazione del modello delle priorità cliniche condivise (RAO) per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in ambito aziendale.</p>	<p>2.2 C - Aderenza alle indicazioni regionali/Agenas</p>	<p>SI</p>	<p>Effettuata regolarmente</p>
	<p>2.2 D - Modalità di prenotazione informatizzata condivisa tra gli erogatori pubblico/privato in ambito di area metropolitana/provincia almeno nelle 43 prestazioni critiche – coordinamento/ da parte delle ASP</p>	<p>2.2 D - Realizzazione di una modalità di prenotazione condivisa</p>	<p>SI</p>	<p>SI – Le strutture private accreditate insistenti nel territorio dell'ASP sono state acquisite al CUP aziendale in modalità web per le 43 prestazioni critiche</p>

		<p>2.2 E - Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni:</p> <p>2.2 E 1) Il monitoraggio deve essere effettuato come da Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa (dicembre 2010).</p> <p>2.2 E 2) Sulla base delle criticità correlate alla sospensione delle prestazioni devono essere predisposti i relativi interventi correttivi.</p> <p>2.2 E 3) Pubblicazione dei report semestrali e degli interventi correttivi su web</p> <p><i>NOTA: Viene richiesto l'effettivo monitoraggio (comprovato da idonea documentazione) da parte dell'Azienda sugli interventi messi in atto dalle strutture sanitarie per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni.</i></p> <p><i>Inoltre si chiede se l'Azienda sia venuta a conoscenza dell'eventuale sospensione dell'attività di prenotazione e quali interventi abbia intrapreso.</i></p>	<p>2.2 E 1) report semestrale</p> <p>2.2 E 2) Report con interventi correttivi</p> <p>2.2 E 3) Pubblicazione su sito web aziendale</p>	<p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p>	<p>Vengono trasmessi regolarmente il monitoraggio delle sospensioni delle erogazioni delle prestazioni</p>
<p>2.3</p> <p>Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa</p> <p>UOC Medicina Specialistica</p> <p>CED</p>	<p>10%</p>	<p>2.3 A - Pubblicare e puntualmente aggiornare, sui siti web delle Aziende erogatrici, la sezione "Liste attesa/tempi attesa".</p>	<p>2.3 A Evidenza di Pubblicazione e aggiornamento sul web</p>	<p>SI</p>	<p>Le liste di attesa vengono, con cadenza periodica, pubblicata sull'apposita sezione del sito web aziendale</p>

Allegato 1: TABELLA D - P.A.A. 2016

<p>2.4</p> <p>Formazione dei professionisti</p> <p>UOS</p> <p>Formazione</p>	<p>10%</p>	<p>2.4 A - Partecipazione ai programmi formativi promossi dall'Assessorato per lo sviluppo delle competenze a partire dai privileges in ambito materno-infantile</p>	<p>2.3 A 1) Svolgimento delle corsi formativi previsti secondo le indicazioni regionali</p> <p>2.3 A 2) Report secondo schema disponibile su piattaforma Qualitasicilia SSR</p>	<p>SI</p> <p>SI</p>	<p>2.3 A 1) formazione in corso di programmazione da parte del CEFPAS, in attuazione DA2109/2016</p> <p>2.3 A 2) segnalati 2 Anestesisti P.O. Basilotta Nicosia per corso su "Anestesia e Analgesia nel Parto" tenutosi il 13 e 14 Dic2016</p>
<p>2.5</p> <p>Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini / pazienti</p>	<p>10%</p>	<p>2.5 A - Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale</p> <p>URP Aziendale - Direzioni sanitarie Distretti Ospedalieri - Direttori Distretti sanitari Territoriali</p>	<p>2.5 A - Attuazione delle direttive regionali sulla misurazione della qualità percepita</p>	<p>SI</p>	<p>Le direttive vengono applicate regolarmente sui report ricevuti quadrimestralmente</p>
		<p>2.5 B - La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas</p> <p>URP Aziendale - Direzioni sanitarie Distretti Ospedalieri - Direttori Distretti sanitari Territoriali</p>	<p>2.5 B - Attuazione delle direttive regionali</p>	<p>SI</p>	<p>Le direttive vengono applicate regolarmente</p>
		<p>2.5 C - Valutazione e gestione del dolore cronico: realizzazione di tre cicli di Audit sul tema della gestione del dolore cronico in coerenza al cronoprogramma previsto dal DG 2488 del 27/12/2013</p>	<p>2.5 C - Report annuale su piattaforma Osservatorio dolore</p>	<p>SI</p>	<p>I Referenti aziendali hanno partecipato agli Audit</p>

		UOC Anestesia e Rianimazione			
2.6 PDTA	10%	<p>2.6 A - Implementazione delle Linee guida cliniche attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) sia in ambito ospedaliero che territoriale secondo direttive regionali:</p> <p>2.6 A1) PDTA Frattura femore (2016, 2017) 2.6 A2) PDTA in pazienti con Fibrillazione Atriale (2017) 2.6 A3) PDTA Scopenso cardiaco (2017) 2.6 A4) PDTA Carcinoma colon retto (2017) 2.6 A5) PDTA Carcinoma polmone (2017) 2.6 A6) PDTA in Pronto Soccorso del paziente con dolore toracico (2017)</p> <p>Referente PNE - DSA</p>	2.6 A Report sulla base degli indicatori di implementazione specifici previsti dai singoli PDTA	SI	SI con atto deliberativo 651 del 31/08/2016
2.7 Appropriatezza	10%	<p>2.7 A - Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)</p> <p>Direzioni sanitarie Distretti Ospedalieri Uffici SDO</p>	2.7 A - Rispetto degli adempimenti previsti	SI	SI
2.8 Outcome	10%	<p>2.8 A - Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE</p> <p>Referente PNE - DSA</p>	2.8 A Report secondo modalità indicate dalla Regione	SI	SI

Area di intervento 3 Punteggio 1		Reti Assistenziali Referente Aziendale Dott. R. Cunsolo			
Interventi Previsti	—	Descrizione e Articolazione dell'Intervento	Risultati Attesi dall'Intervento		Aggiornamento risultati al 31/12/2016
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo	
3.1 Rimodulazione rete ospedaliera Direzione Aziendale - Direttori Distretti Osp.	5%	3.1 A Piano di rimodulazione della rete ospedaliera provinciale 3.1 B Attivazione dei posti letto per post acuti programmati 3.1 C Revisione dei percorsi assistenziali per lungodegenza e riabilitazione già realizzati 3.1 D Incremento utilizzo dei posti letto per post acuti	3.1 A Presentazione del piano di rimodulazione 3.1 B N. posti letto per post acuti attivati/N. posti letto previsti 3.1 C Revisione percorsi 3.1 D Percentuale di utilizzo dei posti letto per post acuti	Si/No	Già avviato quanto previsto dall'Atto Aziendale In attesa di indicazioni assessoriali sull'applicazione del nuovo DA rete ospedaliera e nuova pianta organica
3.2 Adeguamento offerta di posti letto di lungodegenza, riabilitazione Direzione Aziendale Direttori Distretti Osp.	5%	3.2 A Attivazione di tutti posti letto assegnati per la riabilitazione e la lungodegenza entro il 2017	3.2 A Numero posti letto attivi di riabilitazione e lungo degenza	Aderenza DA	In attesa di indicazioni assessoriali sull'applicazione del nuovo DA rete ospedaliera e nuova pianta organica
				SI entro 2017	In attesa di indicazioni assessoriali sull'applicazione del nuovo DA rete ospedaliera e nuova pianta organica

Allegato 1: TABELLA D - P.A.A. 2016

3.3 Ottimizzazione delle reti assistenziali Direzione Generale- Dir Distretto Osp.EN2	5%	3.3 A Implementazione SUAP	3.3 A Completa attivazione dei 10 pl previsti SUAP		
3.4 Rete IMA UU.OO. UTIC e Cardiologia	20%	3.4 A Osservanza dei tempi per l'esecuzione dell'angioplastica in caso di IMA STEMI	3.4 A 1) Timing da PCM a PCI 3.4 A 2) Timing da trombolisi inefficace a PCI rescue 3.4 A 3) Timing da trombolisi efficace a coronarografia	Rispetto dei tempi previsti dalle linee guida	Tutte le procedure rispettano i tempi previsti dalle linee guida
3.5 Miglioramento sistema delle Cure palliative domiciliari Dir. Hospice UOC ASB e Cure Dom.	5%	3.5 A - Monitoraggio grado di percezione dei cittadini del servizio cure palliative domiciliari ai sensi del D.A. 21/08/2014 avviato con le Onlus accreditate	3.5 A - Realizzazione e somministrazione questionari per la valutazione della soddisfazione del servizio	SI/NO	SI Questionario realizzato
3.6 Rete regionale dello Stroke Unit Livello II UOC Neurologia	20%	3.6 A -Implementazione della rete regionale Stroke Unit attraverso la realizzazione di PDTA con centri del bacino centrale siciliano	3.6 A - Realizzazione PDTA	SI/NO	Arrivati i monitor per l'avvio delle attività c/o Neurologia Enna. PDTA aziendali predisposti

Allegato 1: TABELLA D - P.A.A. 2016

<p>3.7</p> <p>Adesione alla Re.O.S.</p> <p>UU.OO. Oncologia, SIAV, Radiologia, Anatomia Patologica, Ginecologia, Chirurgia Gen.</p>	<p>20%</p>	<p>3.7 A - Completa adesione alla Rete Oncologica Siciliana come da D.A. 1902/14</p> <p>3.7 B - Progettazione da parte del team multidisciplinare di data base clinici</p> <p>3.7 C – Incremento attività riabilitativa integrata per le pazienti sottoposte ad intervento chirurgico per tumore mammario</p>	<p>3.7 A -Completa attuazione delle Linee Guida regionali</p> <p>3.7 B - applicazione progetto</p> <p>3.7 C -100%</p>	<p>SI/NO</p> <p>SI/NO</p> <p>100%</p>	<p>Si</p>
<p>3.8</p> <p>Implementazione percorsi di integrazione Ospedale Territorio</p> <p>Dipartimento Materno Infantile - Direttori Punti Nascita Enna e Nicosia, Servizio Materno-Infantile</p>	<p>10%</p>	<p>3.8 A -Promozione del percorso nascita nei consultori</p>	<p>3.8 A -N° di gravide prese in carico dai consultori / N° parti</p>	<p>>30%</p>	<p>192 gravidanze prese in carico/ 554 parti nei comuni dove insiste il consultorio = 35%</p>
<p>3.9</p> <p>Promozione degli screening in età neonatale e pediatrica</p> <p>SIAV, Centro Gestionale Screening, UOC Otorino, UOC Oculistica</p>	<p>10%</p>	<p>3.9 A -Promozione screening uditivo neonatale</p> <p>3.9 B -Promozione screening oftalmico</p>	<p>N° soggetti testati / N° neonati</p>	<p>95%</p>	<p>3.9 A - tutti i neonati vengono sottoposti a screening prima della dimissione; il secondo screening, ad un mese dalle dimissioni, è legato al luogo di residenza (preferenza per strutture più prossime al luogo di residenza, anche in altre province)</p> <p>3.9 B - il servizio è ufficialmente attivo da Giugno 2016. P.O. Umberto I° : 180 soggetti testati (riflesso rosso e studio della retina); P.O. Basilotta: 50 soggetti testati</p>

Area di intervento 4 Punteggio 6		Assistenza Territoriale Referente Aziendale Dott.ssa M. La Malfa			
Interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Aggiornamento risultati al 31/12/2016
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo	
<p>4.1</p> <p>Implementazione delle "Dimissioni facilitate" da parte dei quattro PP.OO aziendali nella gestione dei soggetti a rischio afferenti ai due target prioritari: "Diabete Mellito di tipo 2" e "Scompenso". Studio e sviluppo della rete per gli ambulatori specialistici ospedalieri/territoriali per pazienti cronici target</p> <p>Direttori di Presidio Ospedaliero; Direttori di Distretto; Direttori UOC ASB e Cure Domiciliari, UOS Formazione e Assistenza Specialistica (relativamente alla revisione delle procedure ed incontri formativi)</p>	10%	<p>4.1 A- Standardizzazione delle procedure</p> <p>4.1 B - Pianificare l'entrata a regime delle procedure relative alle dimissioni facilitate</p>	<p>4.1 A- N. incontri formativi/informativi tra specialisti ospedalieri/ Distretti Territoriali</p> <p>4.1 B n. di dimissioni facilitate nel 2016 > n. dimissioni facilitate 2015</p>	<p>4.1 A- 2 incontri per Distretto ospedaliero</p> <p>4.1 B - > 20%</p>	<p>4.1 A – un incontro è avvenuto il 27/10/2016 e 16/11/2016. 1e 2 dic evento formativo sulle dimissioni facilitate</p> <p>4.1 B – Dato non disponibile</p>

Allegato 1: TABELLA D - P.A.A. 2016

<p>4.2</p> <p>Implementazione di un modello di Gestione integrata dei soggetti a rischio e dei pazienti affetti dalle condizioni target: Obesità e Diabete mellito con il Centro Regionale di Riferimento di CL</p> <p>Ref. Ambulatorio Obesità e Diabete</p>	<p>10%</p>	<p>4.2 A - Implementazione attività ambulatoriali attivate Obesità e Diabete mellito</p>	<p>4.1 A 1) - N. di soggetti presi in carico</p> <p>4.1 A 2) - N. di pazienti con Diabete di I° e II° livello presi in carico inviati al Centro di riferimento di CL</p>	<p>4.1 A - 30% > rispetto al 2015 (197 pz 2015)</p> <p>4.1 A - 100%</p>	<p>4.1 A – si visite nel 2016 339. è in conclusiva progetto d’intesa con le associazioni che gestiscono le piscine comunali per i soggetti presi in carico</p> <p>4.1 B – tutti i pz con Diabete diagnosticato vengono inviati al centro di riferimento regionale di CL (Dott. A. La Loggia)</p>
<p>4.3</p> <p>Implementazione presa in carico pazienti non autosufficienti nel percorso ospedale-territorio</p> <p>Direttori di Presidio Ospedaliero; Direttori di Distretto</p>	<p>10%</p>	<p>4.3 A - Incremento del numero delle dimissione protetta con presa in carico Uffici Territoriali</p>	<p>4.3 A - n. di dimissioni protette nel 2016 > n. dimissioni protette 2015</p>	<p>> 20%</p>	<p>Dato non disponibile</p>
<p>4.4</p> <p>Riduzione della Spesa Farmaceutica Convenzionata</p> <p>Servizio Farmaceutico Territoriale</p>	<p>20%</p>	<p>4.4 A - Realizzazione delle azioni previste dal DA 552/16 per il raggiungimento degli obiettivi previsti nello stesso.</p> <p>4.4 B - Implementazione e monitoraggio della distribuzione Per Conto dei medicinali inclusi nel PHT (d.p.c.)</p> <p>4.4 C - Monitoraggio mensile sullo stato dell’arte relativo al sub obiettivo per appropriatezza prescrittiva con eventi formativi</p>	<p>4.4 A - Individuazione degli obiettivi per i MMG attraverso incontri dedicati con le figure previste del DA.</p> <p>4.4 B - Aumento numero di ricette in DPC</p> <p>4.4 C - Report distrettuali Mensili su appropriatezza e almeno due eventi formativi</p>	<p>* a fondo pag. report di farmanalisi su contrazione spesa farmaceutica come da DA</p>	<p>SI</p>

Allegato 1: TABELLA D - P.A.A. 2016

<p>4.5</p> <p>Realizzazione di interventi multidisciplinari negli ambiti della non autosufficienza/disabilità e M. di Alzheimer</p> <p>Ref. Aziendale Alzheimer</p>	<p>10%</p>	<p>4.5 A - Potenziamento delle attività del CDA di Piazza Armerina sia nella componente di diagnosi (valutazione neuropsicologica) che nella componente della cura e riabilitazione cognitiva e psico-motoria</p>	<p>4.5 A - Adeguamento risorse umane come da progetto di PSN 13</p>	<p>SI/NO</p>	<p>La nomina dei componenti della Commissione esaminatrice è stata effettuata in data 14.10.2016 e la stessa si è insediata giorno 21.10.2016. il 18/11/2016 sono stati effettuate le prove orali dei candidati. È in corso la stesura dell'atto deliberativo per la pubblicazione della graduatoria definitiva.</p>
<p>4.6</p> <p>Tutela sanitaria delle donne vittime di violenza</p> <p>Servizio Materno-Infantile Territoriale</p>	<p>10%</p>	<p>4.6 A - Attività di Monitoraggio</p> <p>4.6 B - Implementazione attività del Nucleo Aziendale</p>	<p>4.6 A - Distribuzione e valutazione schede di Monitoraggio</p> <p>4.6 B - Numero riunioni del Nucleo Aziendale</p>	<p>4.6 A - SI/NO</p> <p>4.6 B - Almeno 3 incontri (Verbali)</p>	<p>4.6 A – SI distribuita e in valutazione i 17 casi presi in carico al 30/6</p> <p>4.6 B - 3 incontri effettuati</p>
<p>4.7</p> <p>Implementazione Codice Rosa</p> <p>Servizio Materno-Infantile Territoriale - MCAU</p>	<p>10%</p>	<p>4.7 A - Redazione ed applicazione PDTA con i P.S.</p>	<p>4.7 A 1) - Redazione PDTA</p> <p>4.7 A 2) – Diffusione ed applicazione PDTA</p> <p>4.7 A 3)-Partecipazione Progetto Implementazione Codice Rosa(In collaborazione con AO Papardo)</p>	<p>SI/NO</p>	<p>In corso redazione PDTA aziendali. Si stanno identificando i locali da adeguare ai fini progettuali. Il 08/11/16 si è tenuto un incontro presso il centro di riferimento regionale A.O. Papardo di ME con l'approvazione della Procedura per il percorso "Codice Rosa"</p>
<p>4.8</p> <p>Attuazione linee guida piano Strategico Regionale per la Salute Mentale</p> <p>DSM</p>	<p>15%</p>	<p>4.8 A - Implementazione del Piano di Azione locale nell'ambito del piano strategico regionale per la salute mentale</p>	<p>4.8 A 1) - Approvazione nuovi PTI (Progetti Terapeutici Individuali) e aumento Albo Aziendale delle imprese del privato-sociale, imprenditoriale, delle Ass. Volontariato che posseggano i</p>	<p>4.8 A 1) - SI/NO</p> <p>4.8 A 1) - SI/NO</p>	<p>4.8 A 1) – SI Delibera n. 898 del 15/11/16</p>

Allegato 1: TABELLA D - P.A.A. 2016

			<p>requisiti per l'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari</p> <p>4.8 A 2) - Condivisione budget di Salute con tutti membri del PAL</p> <p>4.8 A 3) - Almeno 20 pz seguiti con il PAL</p>	<p>4.8 A 1) - >20</p>	<p>4.8 A 1) – SI 14 comuni hanno aderito</p> <p>4.8 A 1) SI 38</p>
<p>4.9</p> <p>Definizione di modelli di assistenza ai bambini ed adolescenti con “disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta”</p> <p>NPIA</p>	<p>5%</p>	<p>4.9 A - Implementazione attività di specifiche per l'abilitazione dei Disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta</p>	<p>4.9 A – Formazione comune degli operatori della UOC NPIA con approfondimento delle tecniche riabilitative cognitivo-comportamentali.</p> <p>4.9 B – attivazioni percorsi terapeutici, Parent training, Teacher training e Child training</p> <p>4.9 C – n° di trattamenti con percorsi riabilitativi di tipo cognitivo comportamentale specifici effettuati su minori.</p>	<p>4.9 A – attivazione di almeno 1 percorso.</p> <p>4.9 B – attivazioni di almeno 1 percorso per distretto</p> <p>4.9 C – almeno 30 trattamenti per Distretto</p>	<p>4.9 A – attivati 4 percorsi ciascuno specifici per fascia d'età .</p> <p>4.9 B – attivati 19 percorsi</p> <p>4.9 C – avviati. 30 trattamenti per Distretto</p>

AREA DI INTERVENTO 5 Punteggio 4	Sviluppo organizzativo Dott.ssa A. Santarelli				
	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Aggiornamento risultati al 31/12/2016
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
5.1 Comunicazione URP Aziendale UOC Anestesia e Rianimazione UOESPA	25%	5.1 A – Campagna di comunicazione in materia screening e donazione organi	Relazione sull'attività svolta	SI/NO	Sono state realizzate 4 giornate per la sensibilizzazione sulla donazione degli organi e la raccolta delle dichiarazioni di volontà alla donazione, in collaborazione con l'AIDO. È previsto un altro banche il 15 novembre Ad oggi non si è registrato nessun caso di morte cerebrale. È stato effettuato un espianto di cornee a domicilio per un pz deceduto per morte cardiaca. Un secondo espianto multiorgano nelle sale operatorie Umberto I° ad ott 16
5.2 Formazione Direzione Aziendale UOS Formazione	25%	5.2 A - Assegnazione risorse alla struttura formazione aziendale (art. 6,7 D.A. 1771/2012)	5.2 A 1) risorse umane attribuite/risorse umane previste 5.2 A 2) budget assegnato/ budget previsto	5.2 A 1) $\geq 80\%$ 5.2 A 2) $\geq 50\%$	5.2 A 1) 5/6 Budget concordato e concesso €105.000 come da disposizioni assessoriali

Allegato 2: TABELLA DOCUMENTI DEL CICLO DI GESTIONE DELLA *PERFORMANCE*

DOCUMENTO	DATA DI APPROVAZIONE	DATA DI PUBBLICAZIONE	DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO	LINK DOCUMENTO
Sistema di misurazione e valutazione della <i>performance</i>	Accordo Aziendale. Nuovo sistema: applicazione a partire dal 2017 (revisione in corso)			http://www.asp.enna.it/portale/index.php?option=com_content&view=article&id=853:dati-relativi-ai-premi&catid=136:performance&Itemid=274
Piano della <i>performance</i>	Delibera n. 38 del 28/01/2016	29/01/2016	23/11/2016	http://www.asp.enna.it/portale/attachments/article/856/Delibera_Performance_2016.pdf
Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	Delibera n 37/2016	01/02/2017		http://www.asp.enna.it/portale/index.php?option=com_content&view=article&id=2236:piano-triennale-prevenzione-corrruzione-e-trasparenza-2016-2018&catid=157:prevenzione-corrruzione&Itemid=299
Standard di qualità dei servizi	08/02/13	22/05/13		http://www.asp.enna.it/portale/index.php?option=com_content&view=article&id=285:piano-qualita-erischio-clinico&catid=121:qualita-e-rischio-clinico&Itemid=247

Allegato 3: TABELLA VALUTAZIONE INDIVIDUALE - ANNO 2015

Performance individuale					
	Personale in servizio	Personale a cui sono stati assegnati obiettivi	Classe di punteggio 100% - 90%	Classe di punteggio 89% - 60%	Classe di punteggio Inferiore al 60%
Dirigente di I fascia o assimilati	77	77	57	17	3
Dirigente di II fascia o assimilati	410	410	379	25	6
Non dirigente	1348	1348	1292	49	7

I parametri di valutazione individuale vengono definiti dal valutatore (Dirigente sovraordinato) e resi noti ai Dipendenti nel corso di un incontro durante il quale vengono illustrati gli obiettivi negoziati con la Direzione e le modalità di effettuazione.

La valutazione finale del Dipendente viene espressa all'interno di un *range* tra 0.5 e 1.5, secondo quanto definito nell'Accordo Aziendale vigente per la produttività e la retribuzione di risultato.