

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	28
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	2.797	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	169.545	26.830	29.308	56.138	15.583	16.571	32.154	21.055	23.077	44132	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)

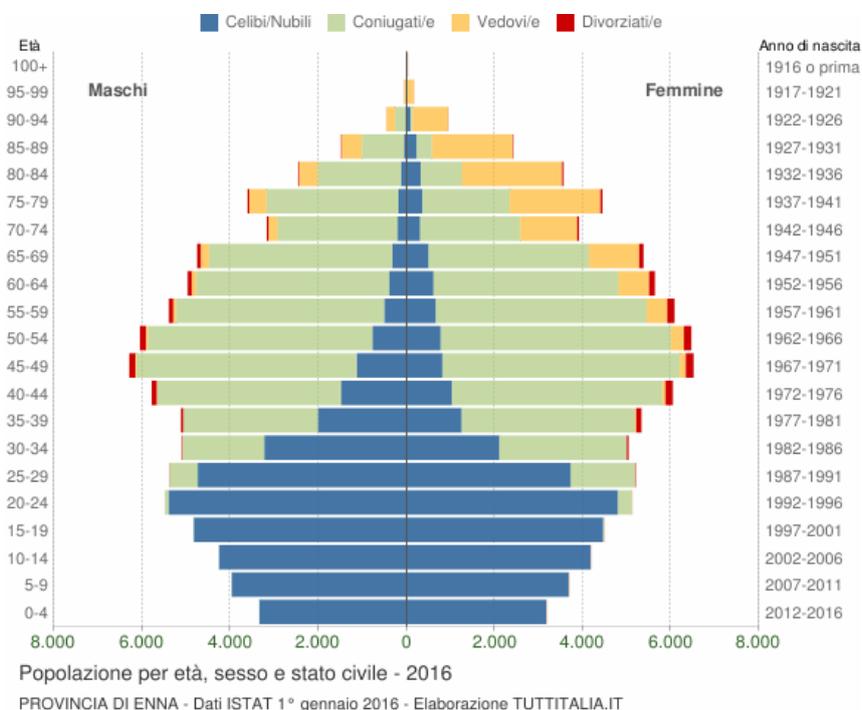
Provincia di Enna			Comune di Capizzi	
Estensione territoriale	2.562 Km ²		Estensione territoriale	70,17 Km ²
Territorio	montagna	22,8%	Popolazione residente (1 gennaio 2016)	3176 ab.
	collina	73,5%	Popolazione straniera residente	10 ab.
	pianura	3,7%	Densità abitativa (abitanti/Km ²)	45,26
Numero comuni	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/Km ²)	66,2 ab/Km ²		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.



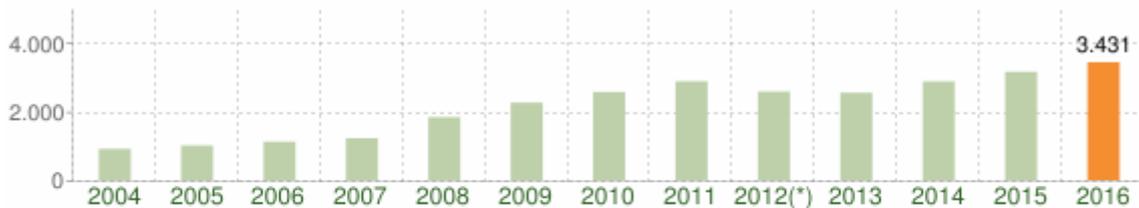
Struttura per età della popolazione

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	110,6	55,3	86,6	84,9	26,5	9,9	10,2
2003	114,1	55,6	84,4	86,7	26,1	9,4	10,5
2004	118,4	56,0	79,5	87,9	26,1	9,2	10,0
2005	124,4	56,0	76,3	90,7	25,8	9,5	10,3
2006	127,2	56,1	73,2	92,2	25,9	9,4	9,4
2007	130,4	55,9	75,3	94,8	25,8	9,1	10,3
2008	131,0	55,4	79,5	96,6	26,4	9,2	10,3
2009	131,6	54,1	85,9	98,6	26,2	9,0	10,4
2010	133,7	53,7	92,9	101,5	26,0	8,6	10,8
2011	133,8	52,5	98,9	104,5	25,6	8,5	10,8
2012	140,9	53,0	105,7	107,9	25,3	7,7	10,9
2013	145,0	53,1	108,3	110,5	24,9	7,3	10,5
2014	150,4	53,5	109,5	112,4	24,6	7,4	11,4
2015	157,1	53,8	111,0	113,9	24,7	7,5	11,6
2016	163,3	53,9	113,9	115,9	24,7	-	-

Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente in provincia di Enna.

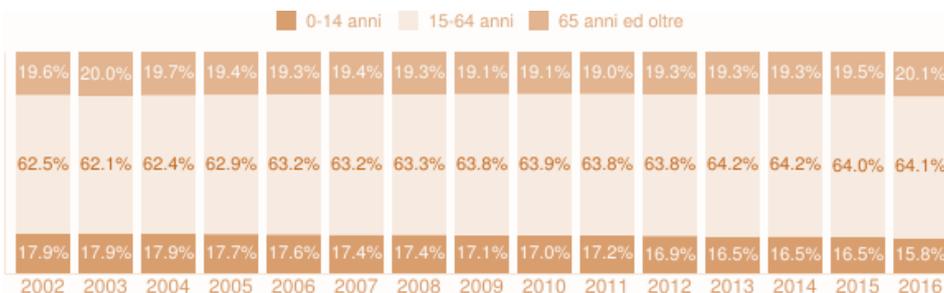


Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2016

PROVINCIA DI ENNA - Dati ISTAT 1° gennaio 2016 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

Popolazione straniera residente nel **libero consorzio comunale di Enna** al 1° gennaio 2016. Gli stranieri residenti nel libero consorzio comunale di Enna al 1° gennaio 2016 sono **3.431** e rappresentano il 2,0% della popolazione residente. Sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia



Struttura per età della popolazione

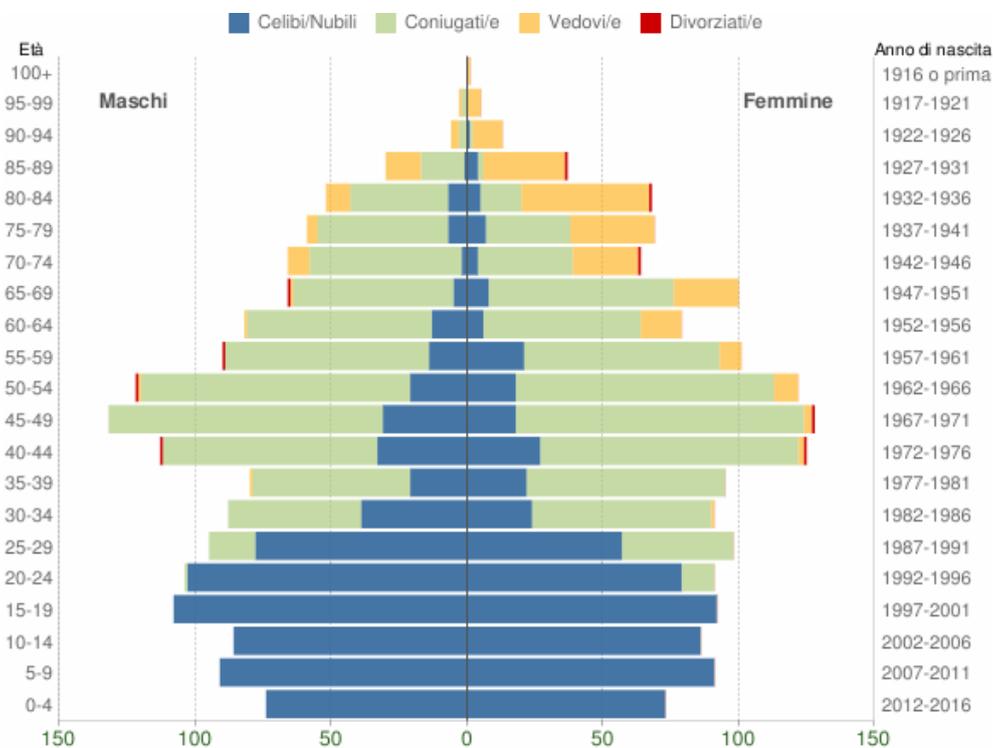
COMUNE DI CAPIZZI (ME) - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Struttura della popolazione dal 2002 al 2016 – Comune di Capizzi

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	-	-

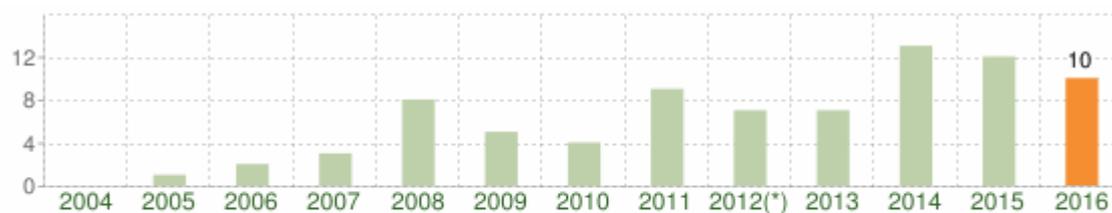
Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente nel comune di Capizzi.

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

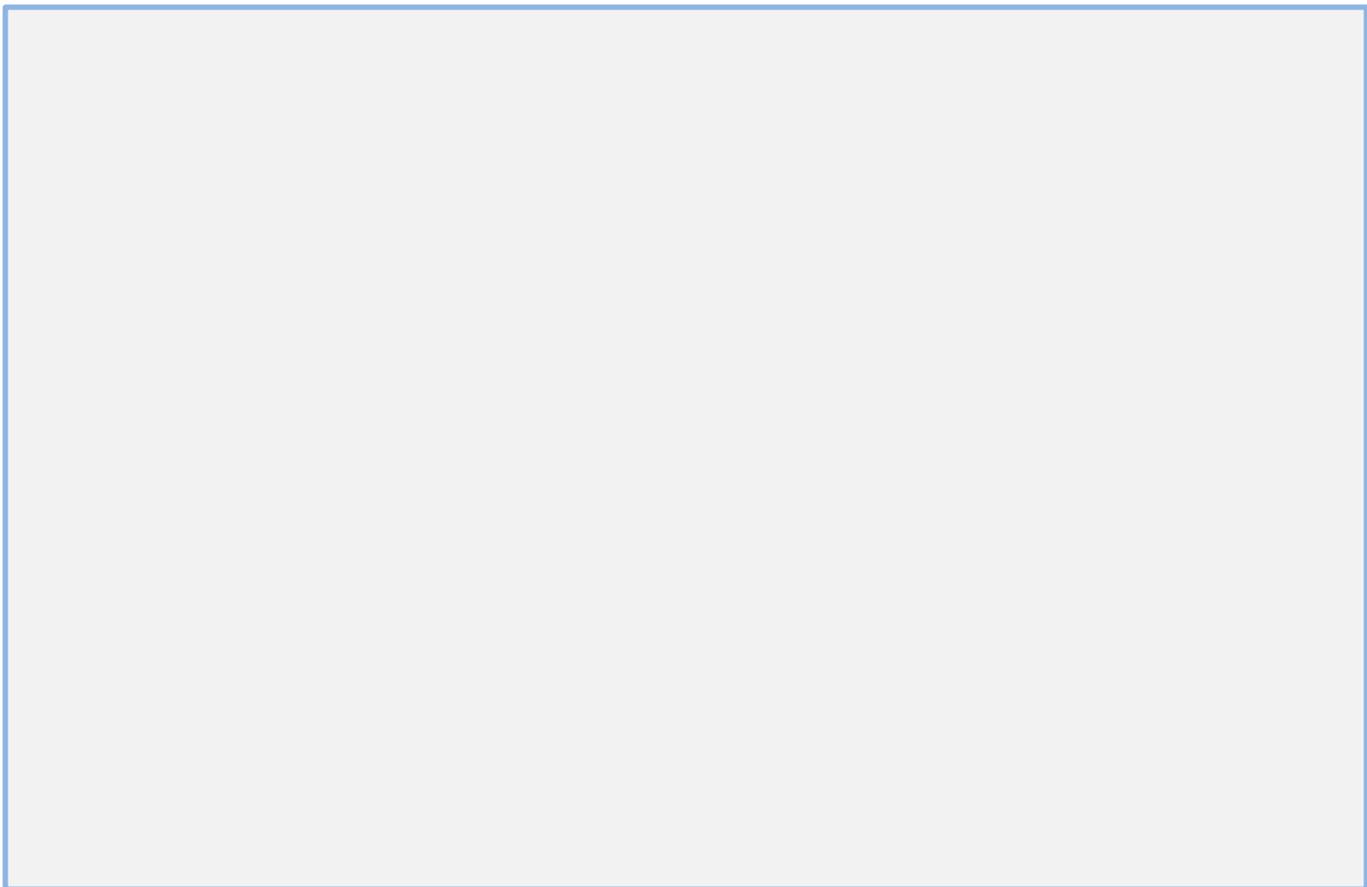


Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2016

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.



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 .

**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 Trasmfusionale	U.O.C.	Centro Trasmfusionale	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 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	34	5	4									
Struttura residenziale									2			
Struttura semi-residenziale					1						1	
Altro tipo di struttura				9	19	3						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									
Struttura residenziale				2					1		1	
Struttura semi-residenziale												
Altro tipo di struttura												

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 **Pediatrati 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)

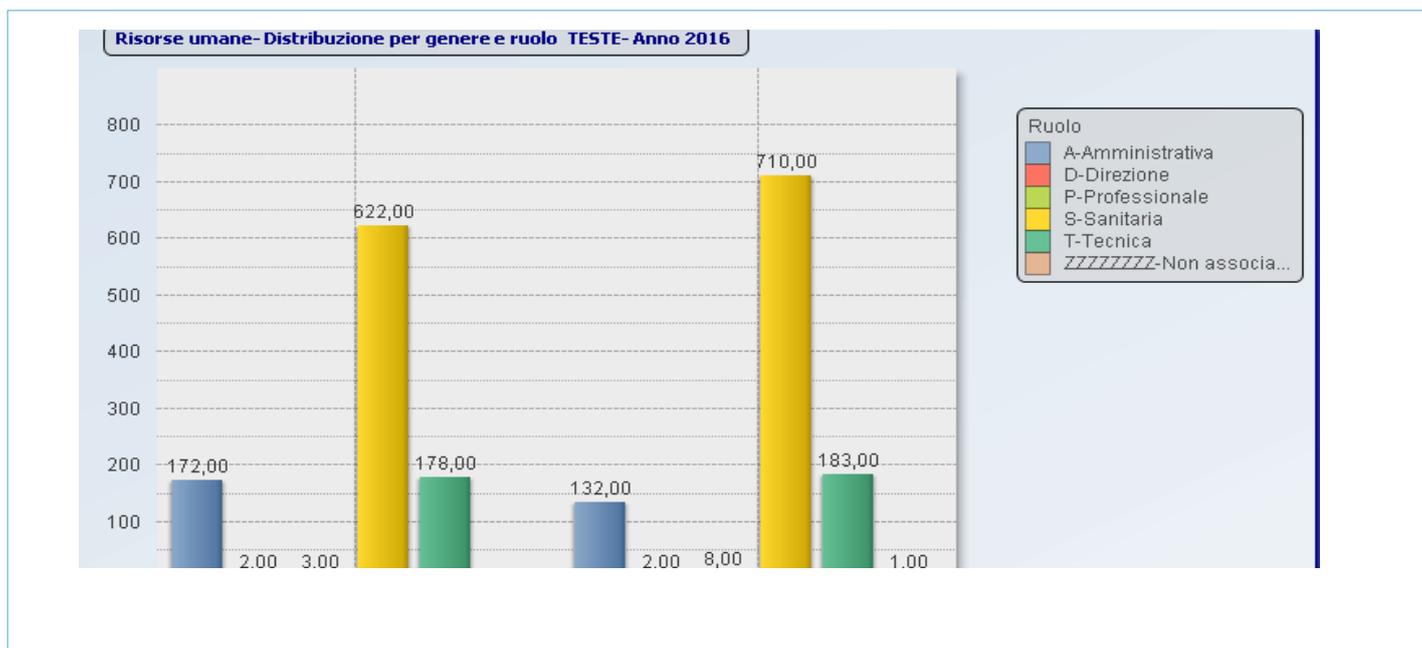


Fig. 2.1 Risorse umane – Distribuzione per genere e ruolo (teste pesate)

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-Dirigenti 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	
	PCCIPC08-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	
	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-Ausiliario specializzato		121,00	89,00	210,00	
	TCCMTA04-Collaboratore tecnico	-		6,00	6,00	
	TCCMTA05-Operatore tecnico		12,00	53,00	65,00	
	TCCMTS01-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	
	TDDLDT03-Sociologo		2,00		1,00	3,00
	Totale		178,00		183,00	361,00
ZZZZZZZ-Non associabile-Non ...		-		1,00	1,00	
Totale				1,00	1,00	
Totale		977,00		1.036,00	2.013,00	

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

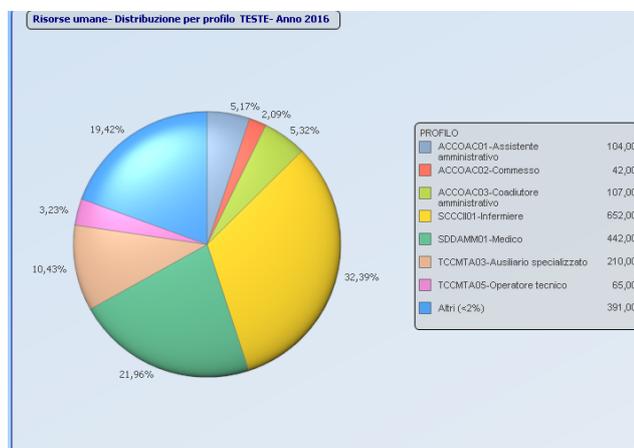


Fig. 2.2 Risorse umane – Distribuzione per profilo (teste pesate)

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)

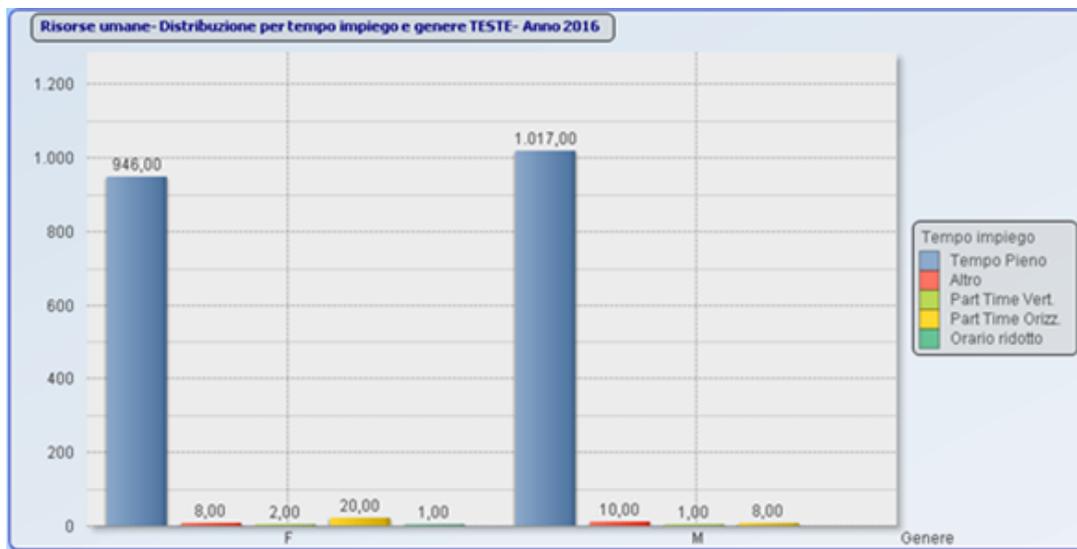


Fig. 2.3 Risorse umane – Distribuzione per tempo di impiego e genere (teste pesate)

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
ZZZZZZZZ-Non associabile-Non as...	99-Altro non dipendente	-	1,00	1,00
	Totale	-	1,00	1,00
Totale		977,00	1.036,00	2.013,00

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

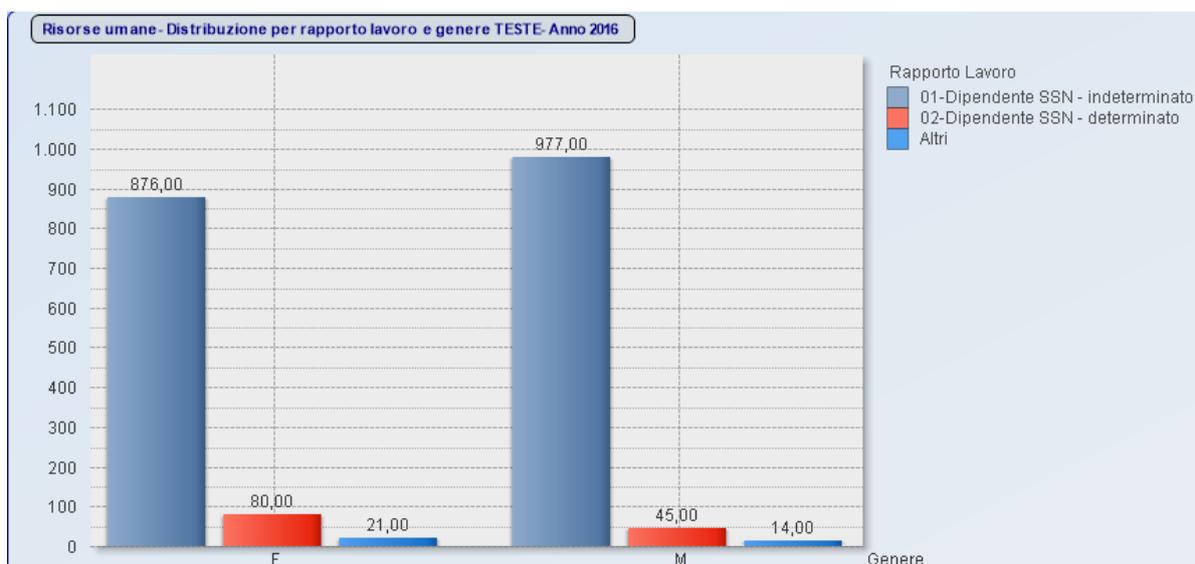


Fig. 2.4 Risorse umane – Personale per rapporto di lavoro e genere (teste pesate)

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	Diff	Consuntivo 2015	Diff
AA0010	A.1) Contributi in c/ esercizio	318.954	313.129	5.825	317.293	1.661
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/ esercizio per destinazione ad investimenti	- 1.858	- 803	- 1.055	- 3.531	- 1.673
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	2.163	1.443	720	2.729	- 566
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	36.053	34.502	1.551	34.444	1.609
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	3.572	2.222	1.350	3.025	547
AA0940	A.6) Compartecipazione alle spese per prestazioni sanitarie (Ticket)	1.670	1.825	- 155	1.719	- 49
AA0980	A.7) Quota contributi c/ capitale imputata all'esercizio	4.149	5.137	- 988	5.276	- 1.127
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-	-	-
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	226	268	- 42	292	- 66
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	364.929	357.723	7.206	361.247	3.682
BA0010	B.1) Acquisti di beni	26.554	27.389	- 835	27.504	- 950
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	197.455	190.676	6.779	190.480	6.975
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinario esternalizzata)	3.892	3.713	179	4.358	- 466
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	1.472	2.192	- 720	1.969	- 497
BA2080	Totale Costo del personale	110.522	112.120	- 1.598	112.007	- 1.485
BA2500	B.9) Oneri 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
BA2690	B.16) Accantonamenti dell'esercizio	6.982	4.370	2.612	6.366	616
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	355.064	347.918	7.146	350.228	4.836
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	- 1.137	- 1.237	100	- 2.178	1.041
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	-	-	-	-
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	- 364	-	- 364	4	- 360
YZ9999	Totale imposte e tasse	8.267	8.568	- 301	8.363	- 96
ZZ9999	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	66	24,24%	
P.O. CHIELLO		14	67	20,90%	
P.O. BASILOTTA		62	87	71,26%	
TOTALE ASP	> 40%	92	220	41,82%	100%

Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto a partire da un valore minimo del 40% definibile come valore zero della scala di misura. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (40%), 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 cesarei					
Stabilimento Ospedaliero	VALORE MINIMO DI PARTENZA	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2015			VALORE TARGET AL 31/12/2015
		n. parti cesarei primari	n. parti con nessun pregresso cesareo	% di parti con taglio cesareo primario	
P.O. UMBERTO I		183	894	20,47%	
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 alla media regionale dell'anno precedente (28,90% oppure 22,77%) e il target nazionale (valore obiettivo) ≤20%, definibile come valore zero della scala di misura. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima; se il valore dell'indicatore è superiore al valore di partenza (28%), 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.C.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	-	
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 alla media dell'anno precedente (74,20%) 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 2.4: 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 e 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 attestabile al 50 e il 100%. 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.

Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente al valore medio regionale attestabile al 50 e il 100%. 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				
VALORE MINIMO DI PARTENZA	Monitoraggio al 31/12/2016			VALORE TARGET AL 31/12/2017
	Interventi effettuati entro 2 giorni dal ricovero	numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	proporzionalità di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro un intervallo temporale di 0-2 giorni	
	36	70	51%	
	8	29	28%	
	50	52	96%	
> 60%	94	151	62%	≥ 90%

Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto a partire da un valore minimo del 60% definibile come valore zero della scala di misura. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%), 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 cesarei				
VALORE MINIMO DI PARTENZA	Monitoraggio al 31/12/2016			VALORE TARGET AL 31/12/2017
	n. di parti cesarei primari	n. totale di parti con nessun pregresso cesareo	% di parti con taglio cesareo primario	
	252	874	29%	
	51	195	26%	
≤ 28%	303	1.069	28%	≤ 20%

Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente alla media regionale dell'anno precedente (29%) e il target nazionale (valore obiettivo) ≤20%, definibile come valore zero della scala di misura. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima; se il valore dell'indicatore è superiore al valore di partenza (29%), 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.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI				
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	%	
	26	27	96%	
			-	
	10	10	100%	
	0	1	0%	
≥ 78%	36	38	95%	≥ 91%

Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza, corrispondente alla media dell'anno precedente (78%) 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				
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	%	
	23	24	96%	
	21	21	100%	
	9	76	12%	
	9	13	69%	
≥ 70%	62	134	46%	≥ 97%

** 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 attestabile al 70%. 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.

Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente al valore medio regionale attestabile al 70%. 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% 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

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 (P.A.C.)

9. Piano Attuativo Aziendale (P.A.A.)

Obiettivo specifico "migliorare la qualità dei servizi offerti dai reparti di Pronto Soccorso (sospeso, in attesa della rimodulazione del Progetto da parte dell'Assessorato della Salute)

B. Obiettivi generali a valenza triennale

1. Equilibrio di bilancio

2. Fondi Europei

3. Contenimento Spesa

4. Flussi Informativi

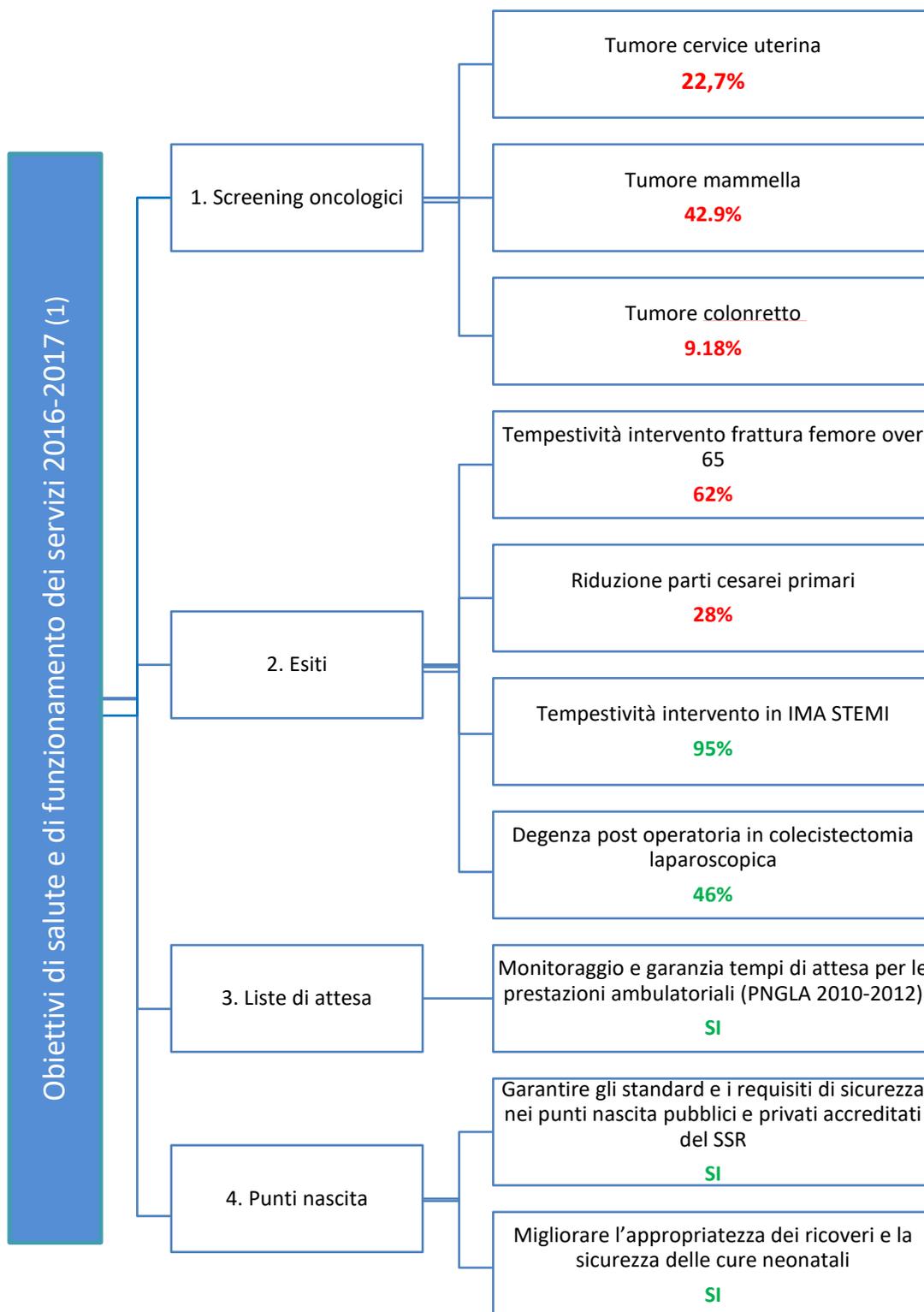
5. Disposizioni regionali ALPI

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

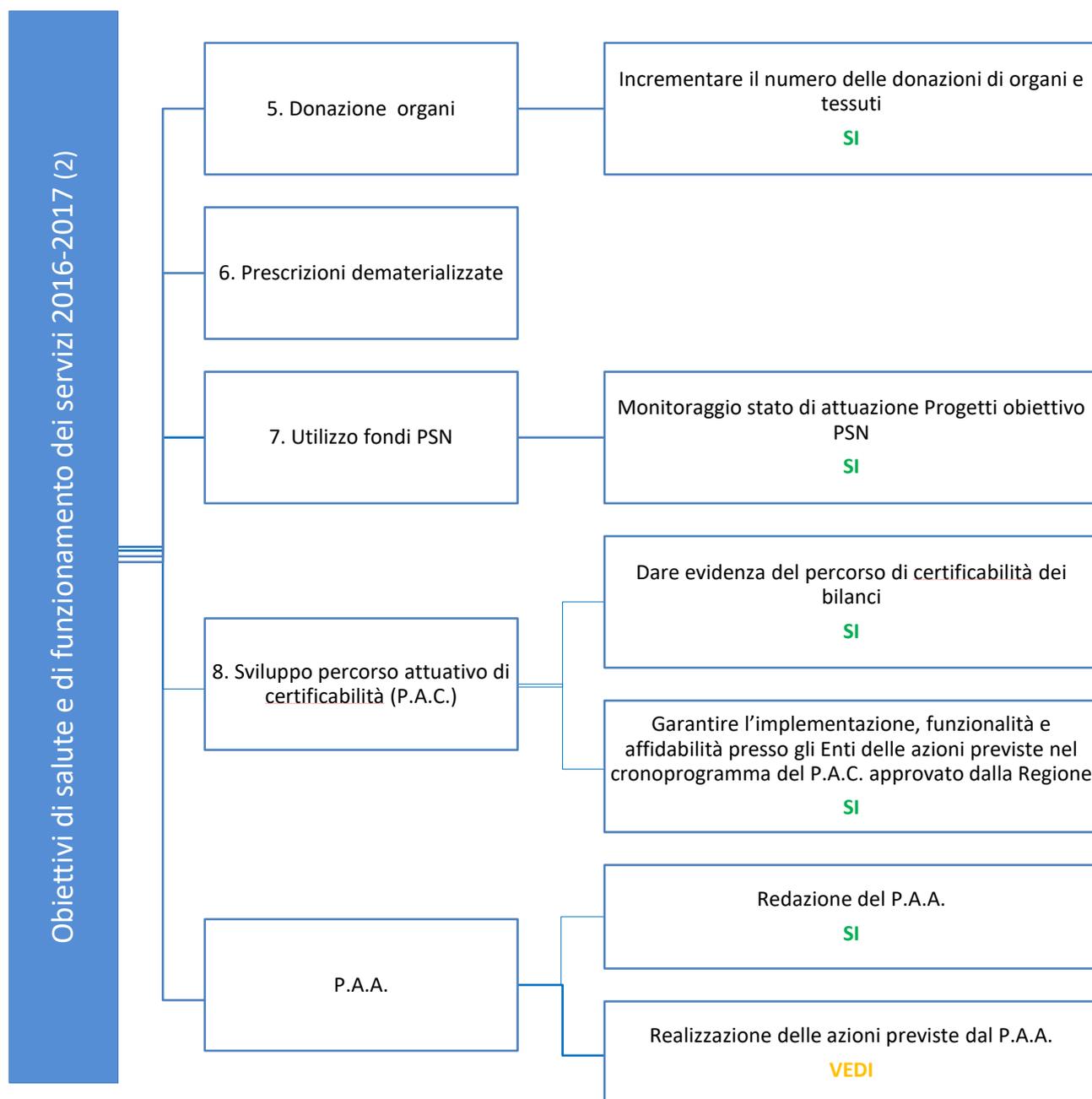
1. Miglioramento dell'accesso del cittadino alle informazioni previste in tema di trasparenza (D. Lgs n. 97/2016)

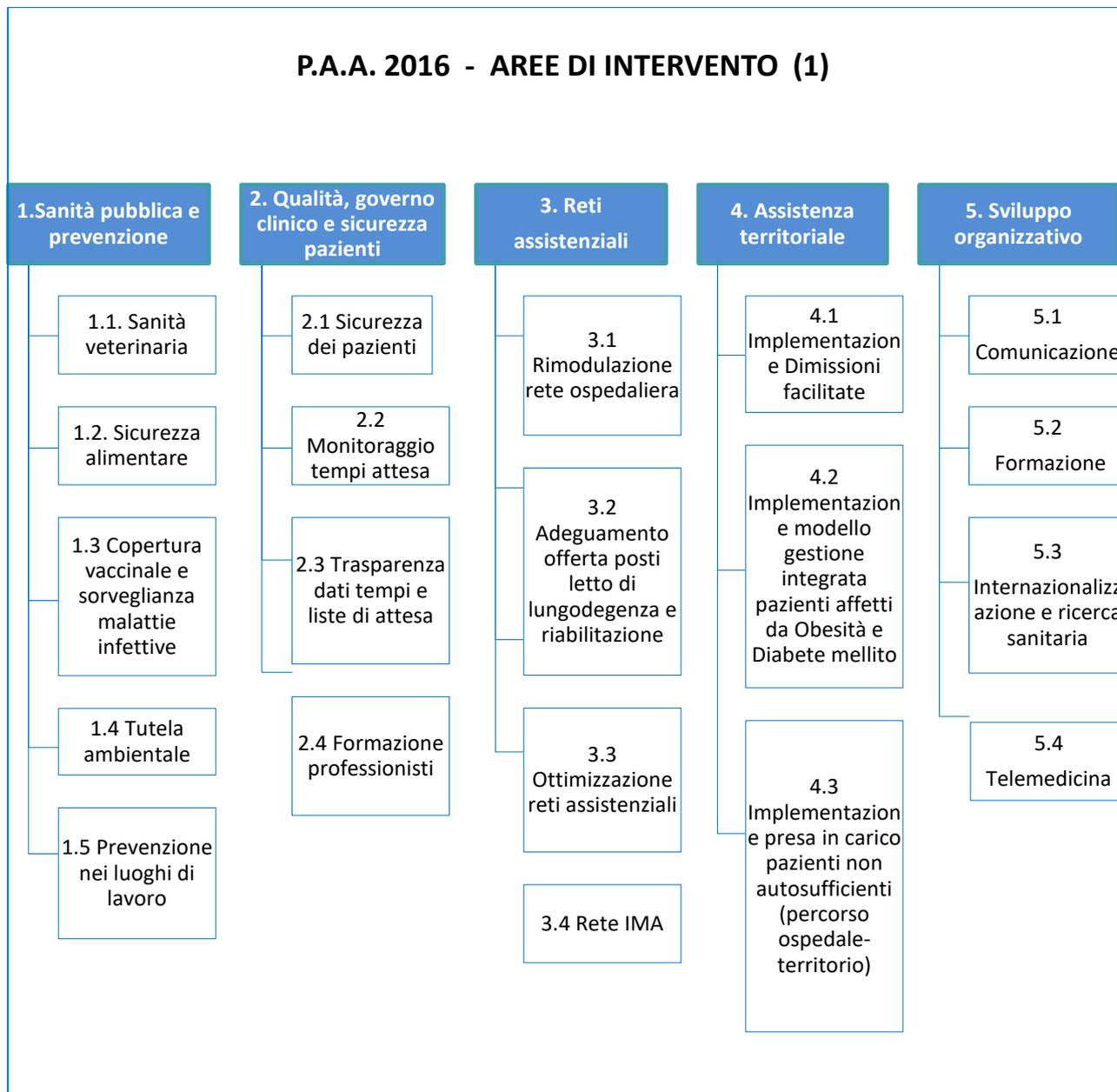
2. Consolidamento dei processi e cultura aziendale per la piena attuazione delle misure previste nel PTPC

Albero della performance – Obiettivo strategico A e obiettivi operativi

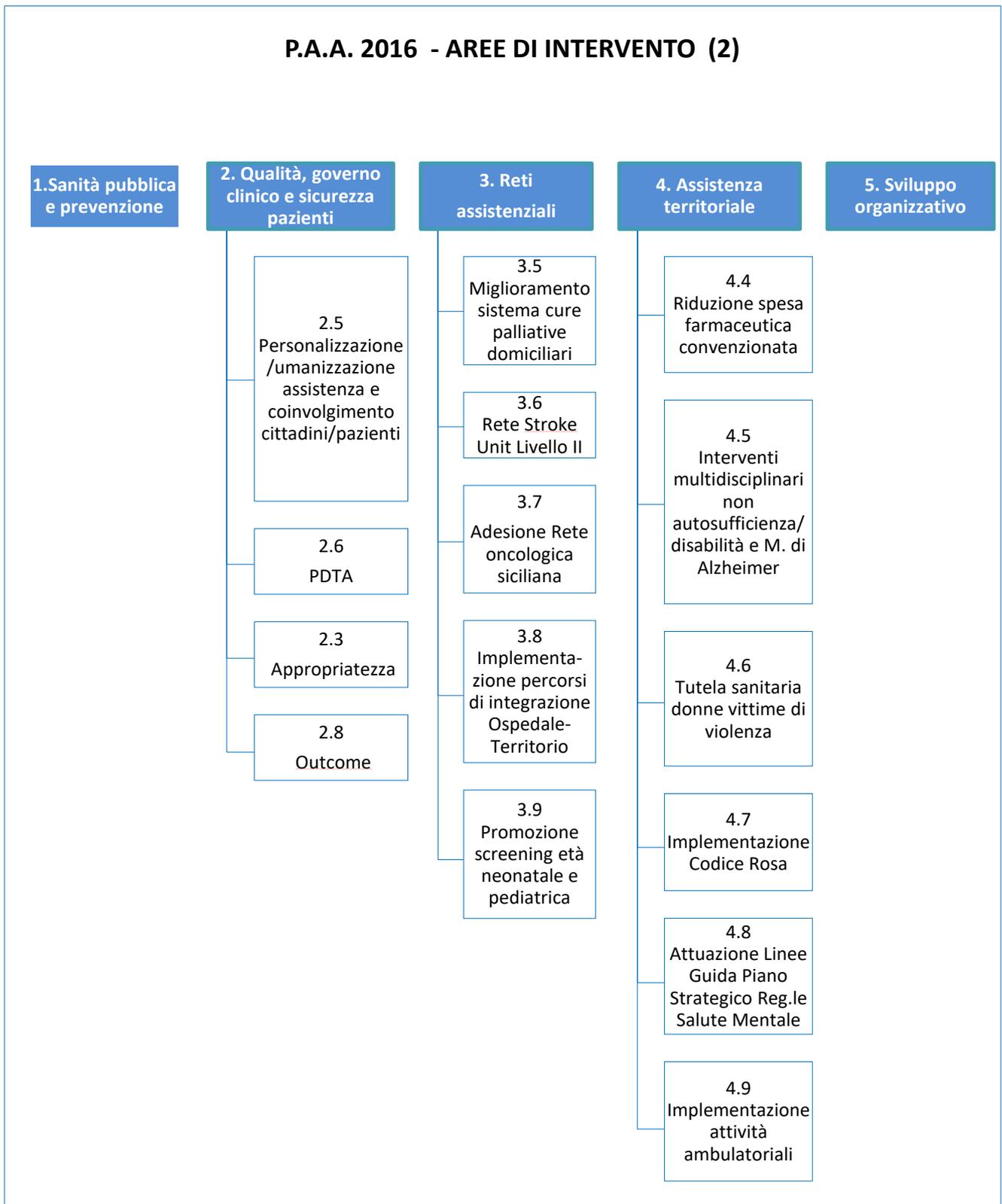


Albero della performance – Obiettivo strategico A e obiettivi operativi





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



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%

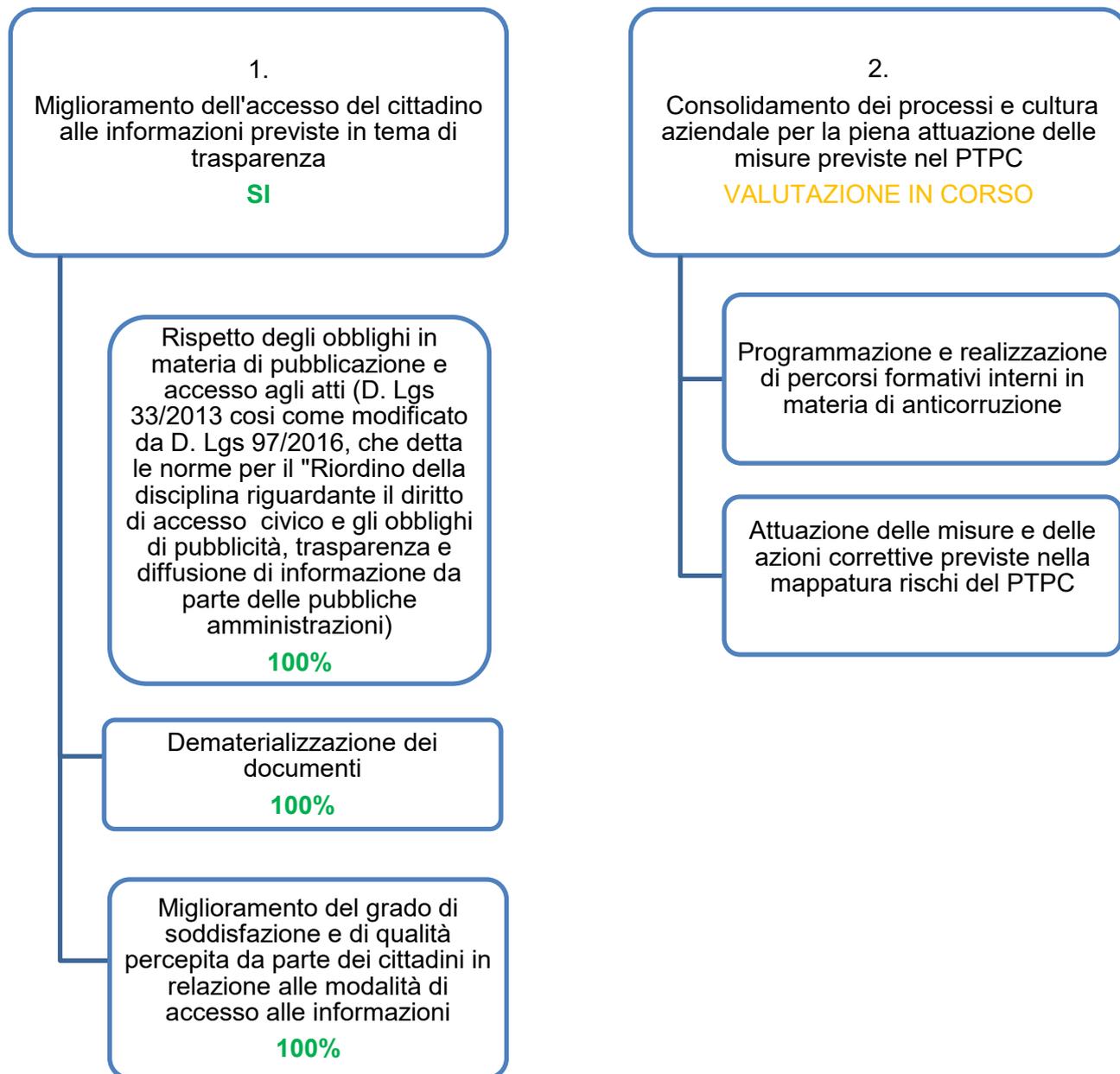
4. Rispetto direttiva "Flussi
informativi" (Decreto
interdipartimentale n. 1174/08 e
Circ. Ass. n. 217 /15)

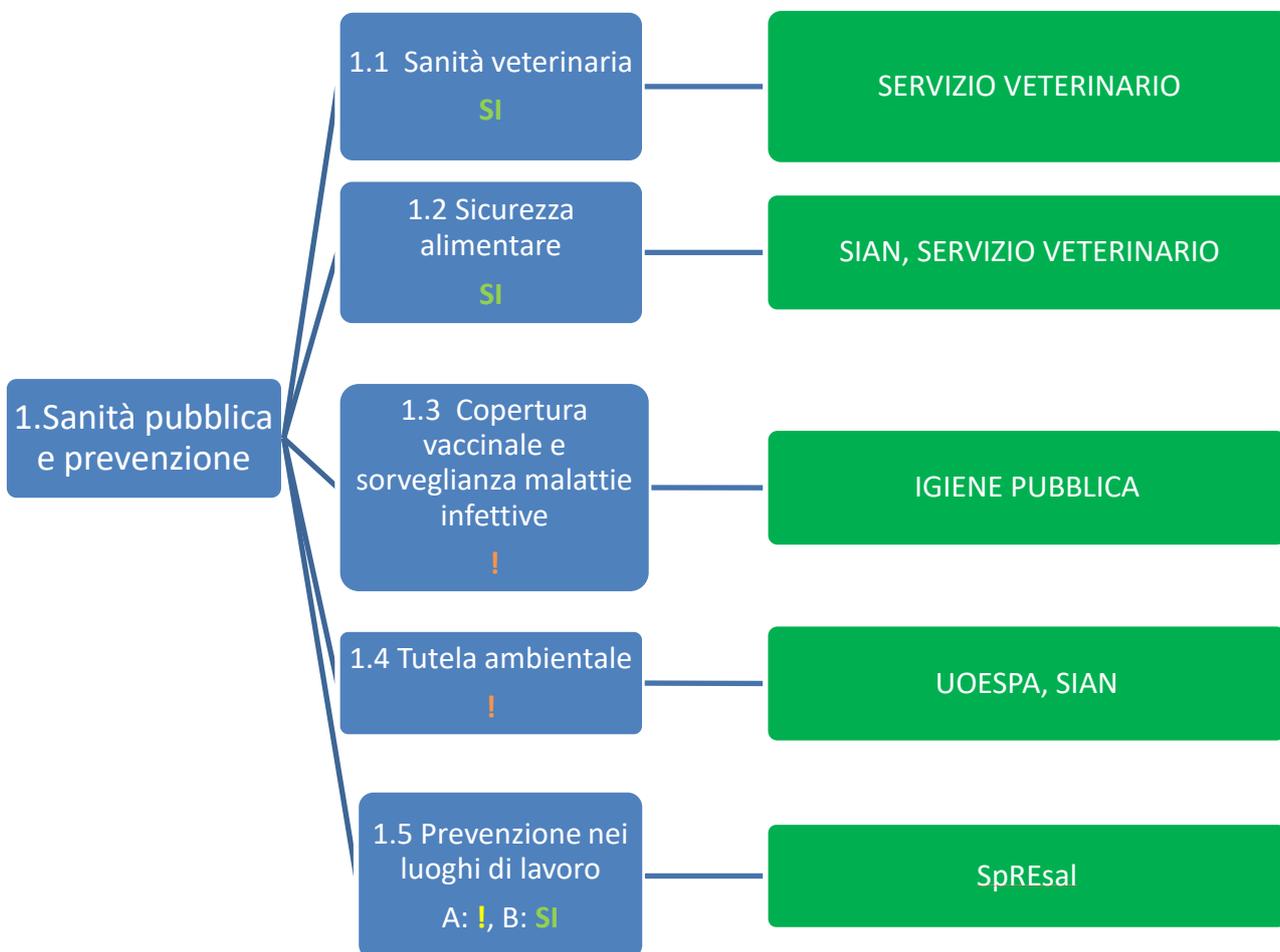
SI

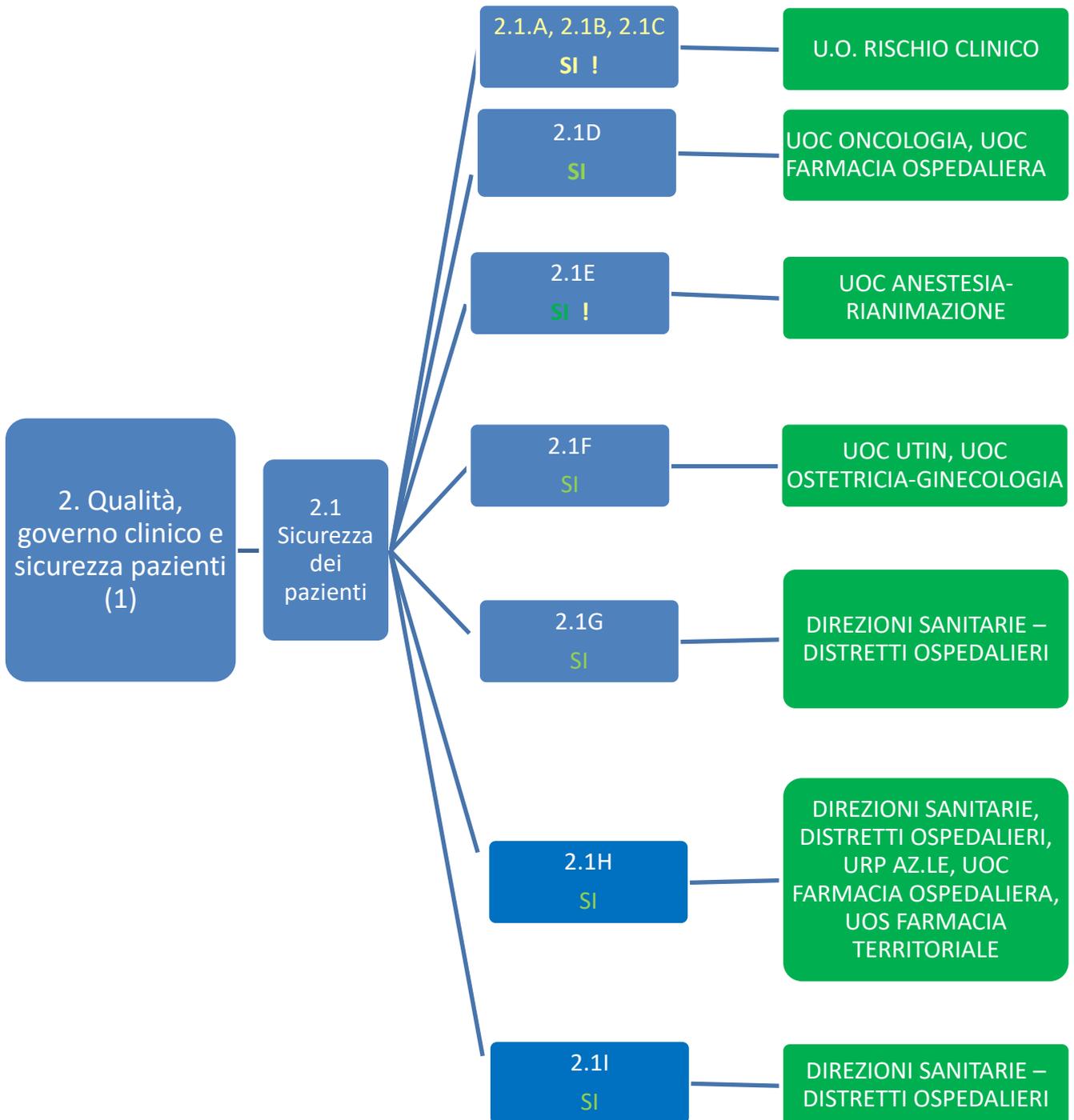
5. Osservanza disposizioni regionali
ALPI (L. 120/2007)

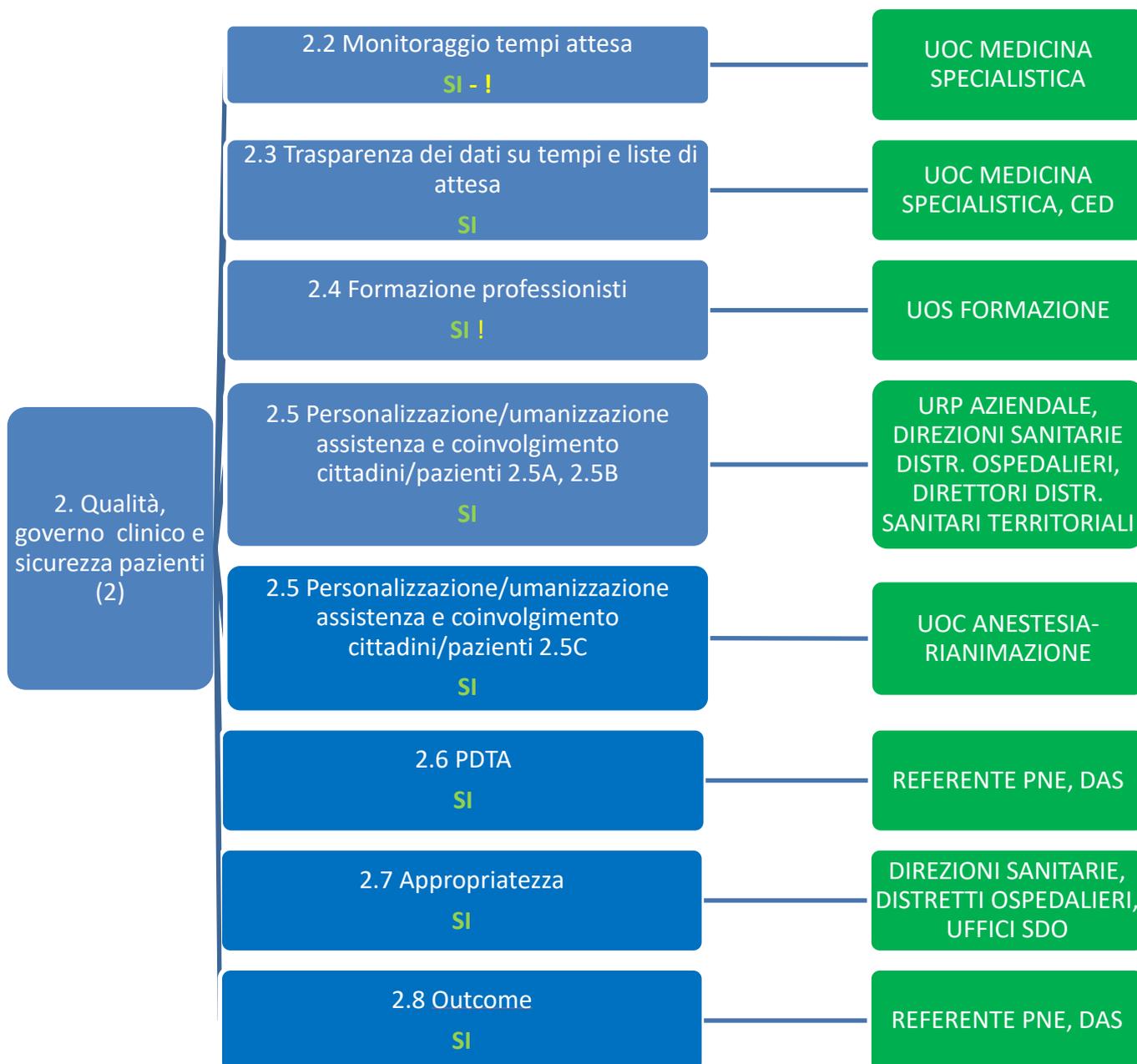
SI

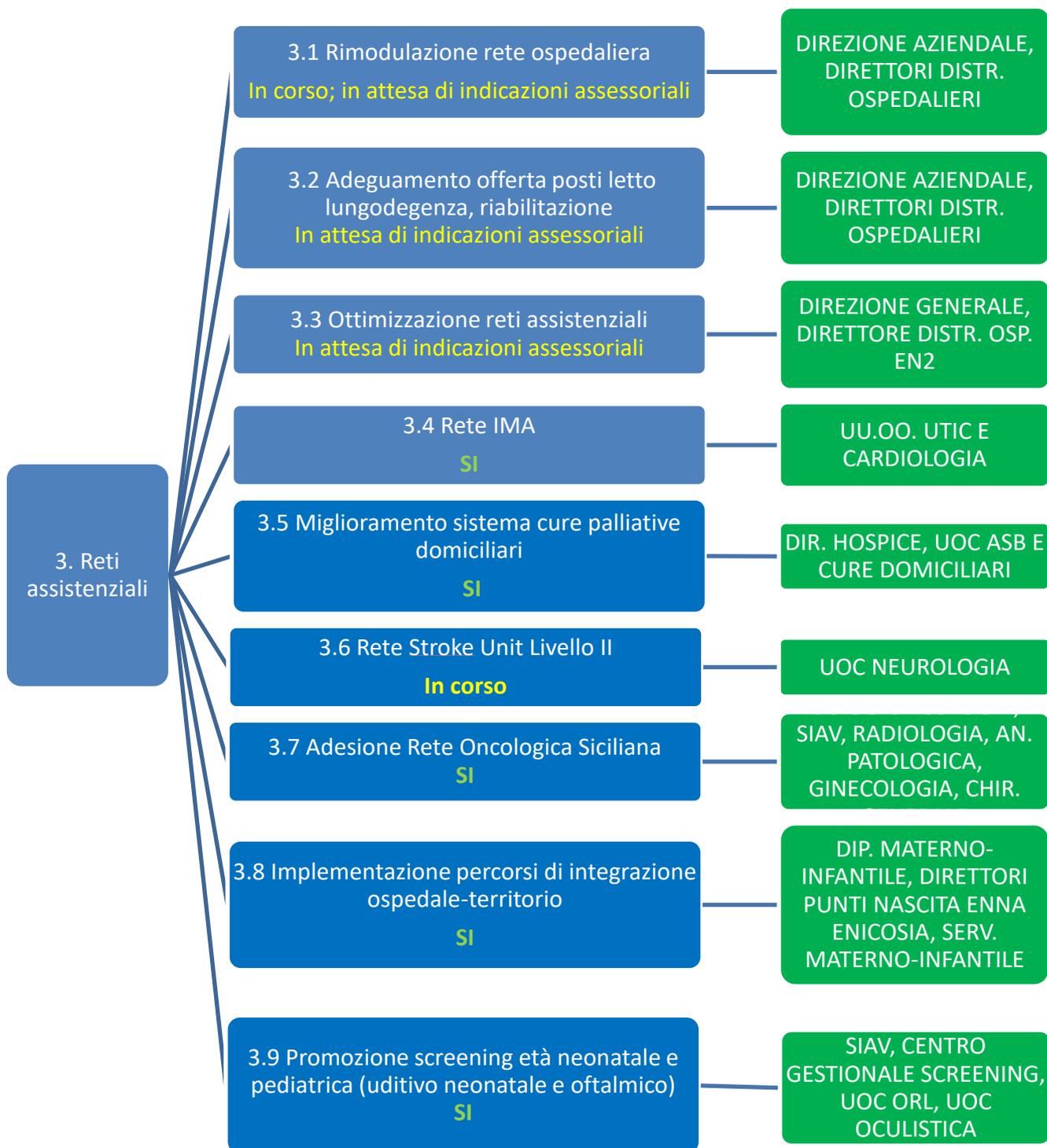
C Obiettivi di integrazione con il Programma di trasparenza e integrità e il Piano prevenzione della corruzione.

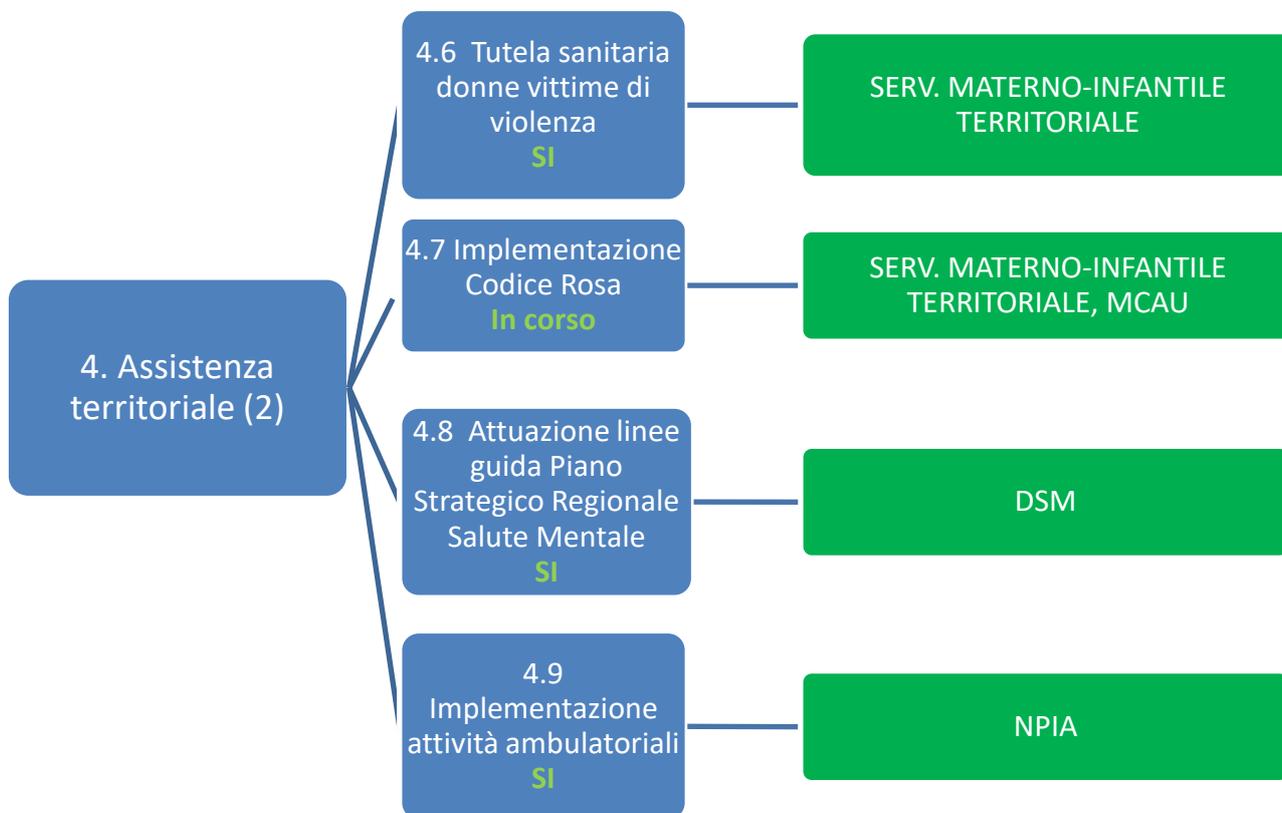


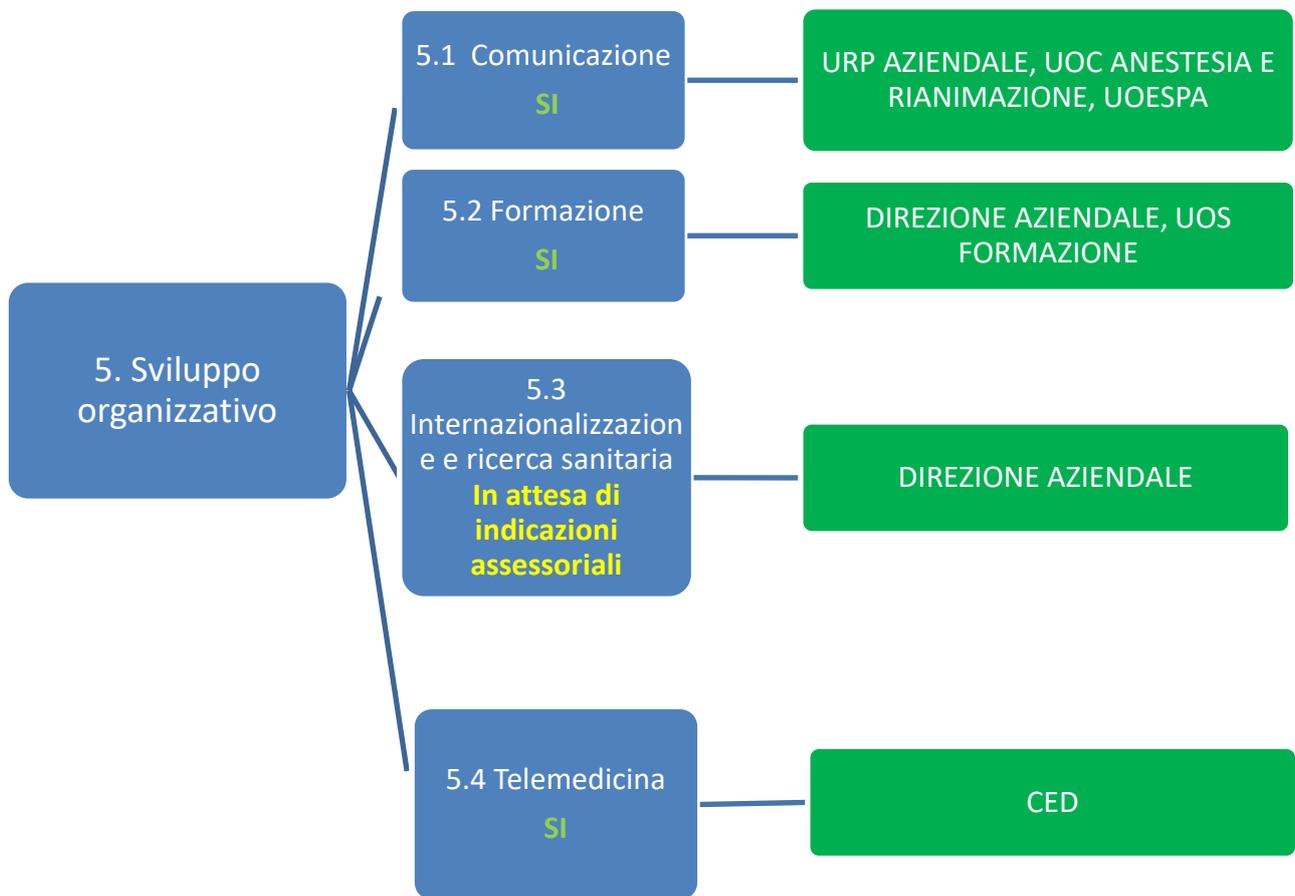












3.2 Obiettivi strategici

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 interdepartimentale 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 30/7/2011 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 1 +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;

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

n. testati 2.229

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 = $\frac{\text{-----}}{(\text{Pop. inv. - inesitati})} \times 100 = \frac{2.114}{(5.046-113)} \times 100 = 42,85\%$

(Pop. inv. - inesitati) (5.046-113)

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 = $\frac{\text{-----}}{(\text{Pop. inv. - inesitati})} \times 100 = \frac{751}{(8.283-103)} \times 100 = 9,18\%$

(Pop. inv. - inesitati) (8.283-103)

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/totale parti (donne non pre-cesarizzate)'; **valore**

obiettivo : $\leq 20\%$, 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 colecistectomia 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

<ol style="list-style-type: none"> 1. Rete IMA 2. Rete Stroke 3. Rete politrauma 	}	Reti tempo dipendenti
---	---	-----------------------
- 4) Rete oncologica

<ol style="list-style-type: none"> 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 ovicaprina 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:

- Linea di intervento 1: controlli sulla commercializzazione dei prodotti fitosanitari presso rivendite, depositi di stoccaggio e titolari delle autorizzazioni;
- Linea di intervento 2: controlli ispettivi sugli utilizzatori dei prodotti fitosanitari (aziende agricole, centri di raccolta e lavorazione ortofrutta), per la verifica del corretto impiego dei prodotti fitosanitari anche attraverso i controlli documentali e di identità e controlli materiali;
- Linea di intervento 3: controlli sui residui di prodotti fitosanitari sugli alimenti ai sensi del DM 23 dicembre 1992, al fine di verificare il rispetto delle quantità massime di residui delle sostanze attive dei presidi sanitari negli alimenti;
- Linea di intervento 4: controllo dei residui di fitosanitari negli alimenti di cui al Reg. (UE) n. 595/2015 (Piano Coordinato Comunitario – PCC)

Per quanto riguarda l'area “**Copertura vaccinale e Sorveglianza delle malattie infettive**”, si riportano di seguito alcuni dati relativi alle campagne vaccinali condotte nel 2016, rinviando all'allegata tabella D per i dati relativi agli ulteriori obiettivi operativi individuati e perseguiti all'interno dell'area; si, fa presente che i risultati risentono delle campagne mediatiche che hanno alimentato una perdita di fiducia e timori dei genitori sulle vaccinazioni:

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% 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%

- Copertura vaccinale con vaccino esavalente (anti DTP –Polio- EP.B-Hemofilus) coorte 2014: vaccinati 1.267 soggetti su una coorte di 1.236 (98% della popolazione target)
- Copertura vaccinale con vaccino anti pneumococcico 13 valente coorte 2014: vaccinati 1.267 soggetti su una coorte di 1.236 (98% della popolazione target)
- Copertura vaccinale con vaccino antimeningococco c coorte 2014: vaccinati 972 soggetti su una coorte di 1236 (79% della popolazione target)

- Copertura vaccinale con vaccino antimeningococco c/acwy coorte 2003: sono stati vaccinati 663 soggetti su una coorte di 1692 (39% della popolazione target; è in corso una rilevante attività vaccinale che sta interessando le coorti da 11-18 anni e le coorti da 19 fino a 30 anni di età).
- Copertura vaccinale con vaccino anti morbillo rosolia e parotite nel bambino a 24 mesi: vaccinati 1150 soggetti su una coorte di riferimento nati 2014 pari a 1267 (copertura vaccinale del 90%); per la 2° dose coorte 2009 vaccinati 1427 su 1587 (copertura del 90%); per le coorti 2000 e 1998 la copertura vaccinale riguardo la 1° dose è superiore al 95% e la 2° dose è superiore al 90%.
- Copertura vaccinale varicella nel bambino a 24 mesi: sono state eseguite n.1143 prestazioni su una coorte 2014 di riferimento di 1267 (copertura del 90%); per la 2° dose coorte 2009 sono stati vaccinati 1425 soggetti su 1587 (copertura del 90%); per le coorti 2000 e 1998 la copertura vaccinale riguardo la 1° dose è superiore al 90% e la 2° dose è superiore al 50%.
- Copertura vaccinale con vaccino HPV: nelle dodicenni coorte 2002 totale vaccinati 564 su 867 (65%), nella coorte 2003 vaccinati 504 soggetti su 808 (62%)
- Copertura vaccinale con vaccino antinfluenzale nei soggetti di età pari o superiore a 65 anni: 59,24%
- E' stata introdotta la vaccinazione antimeningococcica B e la vaccinazione anti HPV negli adolescenti di sesso maschile.

In sintesi: nonostante alcune criticità, fra cui i timori dei genitori relativi i possibili effetti dannosi delle vaccinazioni, nel 2016 si è registrato un incremento delle coperture rispetto al 2015, e l'Azienda ha, comunque, ottenuto tra le migliori performance regionali per la copertura vaccinali relativa alla coorte nati 2014 a 24 mesi, con il 98 % di copertura per i vaccini obbligatori e il 90 % rispettivamente per le vaccinazioni anti morbillo - rosolia - parotite e varicella, avendo superato le coperture medie regionali.

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

Riguardo gli obiettivi dell'area **Tutela ambientale** “Evidenza e avvio di interventi di promozione della salute sul corretto uso di cellulari e sull'eccessiva esposizione ai raggi UV” e “Delibera costituzione *focal point*” (Direttiva 32187 dell'8/4/2016, è stato individuato il referente e il relativo gruppo di lavoro con atto deliberativo.

In merito alle attività nell'area **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 i ex esposti ad agenti cancerogeni (Tabella D)

Nell'ambito degli interventi della macroarea **Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti** sono state attuate una serie di azioni finalizzate a migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e di garantire la sicurezza del paziente: monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento, implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella, 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, ... Maggiori dettagli e dati quantitativi sono sintetizzati nella Tabella D allegata alla Relazione

In merito all'area di intervento 3 - **Reti assistenziali** (punteggio 1), 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, nelle more che venga implementata la rete regionale Stroke Unit attraverso la realizzazione di PDTA con le strutture sanitarie del bacino centrale sanitario (UOC Neurologia)
- è stato attivato un ambulatorio di cardio-oncologia per l'individuazione dei pazienti a rischio di sviluppare cardio-tossicità in corso di trattamenti chemioterapici, ed è stato realizzato il programma FARMASAFE che, tramite un software comune alla Farmacia e all'Unità operativa di Oncologia, ha permesso la creazione di un archivio di protocolli di chemioterapia internazionalmente validati e in uso corrente
- 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.

Per una descrizione più dettagliata e per i dati relativi a ciascun obiettivo operativo individuato si rimanda alla tabella D.

Per quanto riguarda l'area di intervento 4 **Assistenza territoriale (punteggio 6)** nel 2016 l'Azienda ha migliorato il processo interno inerente le modalità di dimissione dai presidi ospedalieri dei pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 e scompenso, al fine di garantire la continuità assistenziale con la rete territoriale di assistenza di riferimento (MMG, PLS, PTA e specialistica ambulatoriale).

Presso il P.O. Umberto I è stato attivato un ambulatorio per la cura dell'obesità infantile (aperto il lunedì pomeriggio); in attuazione delle linee guida del Piano Strategico Regionale per la Salute Mentale è stato implementato il numero dei Progetti terapeutici individuali (PTI) condivisi fra operatori del CSM e altre figure professionali qualificate fornite da cooperative inserite nell'Albo aziendale PAL, utenti, familiari, nell'ottica della presa in carico integrata; sono stati attivati dei percorsi terapeutici per bambini e adolescenti con "Disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta"; è stato attivato un Nucleo Operativo Intraaziendale che funge da raccordo tra i servizi sanitari e le altre istituzioni impegnate nella prevenzione e nel contrasto della violenza di genere; è stata globalmente ridotta la spesa farmaceutica convenzionata per le classi di farmaci previste, ai sensi del D.A. 552/2016. Ulteriori dati nella Tabella D.

Per quanto riguarda l'area 5 **Sviluppo organizzativo (punteggio 4)** 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)

Altri Obiettivi Aziendali

Come indicato nel Piano della Performance 2016-2018, l'Azienda ha curato e attenzionato anche direttive aziendali di **efficienza organizzativa** ed **appropriatezza clinica** (incremento del Day Service in regime di appropriatezza, riduzione degenza media in regime ordinario, aumento indice di occupazione in regime ordinario, riduzione degenza media in regime ordinario, aumento indice di occupazione in regime ordinario), come di seguito descritto.

Il dato complessivo aziendale per l'anno 2016, relativo al tasso di occupazione dei posti letto medi effettivi (modello HSP 22 bis), ha riportato un dato complessivo pari al 67,00%; rispetto al 2015 si evidenziano

variazioni significative nel regime di DH che presenta una ulteriore diminuzione, riconducibile al maggiore utilizzo del regime del Day Service.

Per il regime ordinario il tasso di occupazione presenta una lieve crescita che si attesta intorno al 2%

Quanto sopra è rappresentato nel seguente prospetto riepilogativo:

Tasso di occupazione anno 2015							
struttura	gg ord	Accessi DH	P.L. ordinari (HPS22 bis)	P.L. DH (HPS22 bis)	T.O. Ord.	T.O. DH	T.O. Tot.
P.O. UMBERTO I	61.810	2.827	217	33	78%	16%	67%
P.O. CHIELLO	14.365	1.294	59	17	67%	14%	51%
P.O. BASILOTTA	18.339	910	59	10	85%	17%	71%
P.O. FBC	13.270	8	43	5	84%	0%	71%
TOTALE ASP	107.784	5.039	378	65	78,02%	14,46%	65,22%

Tasso di occupazione anno 2016							
struttura	gg ord	Accessi DH	P.L. ordinari (HPS22 bis)	P.L. DH (HPS22 bis)	T.O. Ord.	T.O. DH	T.O. Tot.
P.O. UMBERTO I	62.038	1.768	212	31	80%	11%	68%
P.O. CHIELLO	13.765	1.182	53	15	71%	15%	54%
P.O. BASILOTTA	17.553	783	59	8	82%	18%	71%
P.O. FBC	11.676	5	35	4	91%	0%	78%
TOTALE ASP	105.032	3.738	359	58	80,16%	11,93%	67,00%

I dati evidenziano, in generale, una contrazione dell'attività ospedaliera, con riduzione dei PL sia ordinari sia in DH; lievemente aumentato il tasso di occupazione (T.O.) dei posti letto ordinari. Il fenomeno trova spiegazione, in generale, nella politica regionale di riduzione dell'ospedalizzazione e dei relativi costi per assistenza sanitaria che può essere assicurata con più appropriati livelli di assistenza.

Maggiore evidenza della suddetta politica si riscontra nella riduzione dell'attività ospedaliera in regime di DH a favore di un maggiore incremento dell'attività di Day Service (DS) (D.A. 954/213 e s.m.i), spostando di fatto una consistente parte di attività ospedaliera per acuti ad un regime di "Prestazione ambulatoriale complessa", come si rileva con maggiore evidenza dal seguente prospetto, relativo ai ricoveri in R.O., D.H., DSAO

Struttura	anno 2015			anno 2016		
	Ricoveri R.O.	Ricoveri D.H.	Ricoveri DSAO	Ricoveri R.O.	Ricoveri D.H.	Ricoveri DSAO
P.O. UMBERTO I	7.503	1.252	3.197	7.495	974	3.736
P.O. CHIELLO	1.937	609	414	1.781	530	482
P.O. BASILOTTA	2.576	317	1.027	2.672	311	833
P.O. FBC	1.314	8	433	1.068	5	205
TOTALE ASP	13.330	2.186	5.071	13.014	1.820	5.256
		20.587		20.090		

Sul fronte dell'erogazione delle giornate di degenza ospedaliera si registra una lieve riduzione dell'indice di degenza media ordinaria, una lieve riduzione degli accessi medi in D.H., un incremento degli accessi medi in D.S.:

Struttura	anno 2015			anno 2016		
	degenza media ordinaria	accessi medi DH	accessi medi Day Service	degenza media ordinaria	accessi medi DH	accessi medi Day Service
P.O. UMBERTO I	8,24	2,26	2,62	8,28	1,82	2,53
P.O. CHIELLO	7,42	2,12	2,03	7,73	2,23	1,69
P.O. BASILOTTA	7,12	2,87	2,20	6,57	2,52	1,79
P.O. FBC	10,10	1,00	2,71	10,95	1,00	3,92
TOTALE ASP	8,30	2,43	1,93	8,07	2,05	2,39

Ai fini del miglioramento organizzativo, la Regione Siciliana ha aderito al progetto del Ministero della Salute/Agenas *Ricerca corrente "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino"*, avente l'obiettivo di realizzare la valutazione partecipata al grado di umanizzazione delle strutture di ricovero della regione con una metodologia omogenea, già sperimentata e validata con successo. Nel corso del 2016 è continuata l'attività riconducibile a tale progetto, di cui sintetizziamo i passaggi più rilevanti:

- Nell'anno 2014, è stata realizzata la valutazione di tutte le strutture di ricovero secondo la check list e la metodologia prevista nel progetto;
- Nell'anno 2015, il Sub-Obiettivo 3.2, assegnato dall'Assessorato alla Salute alla Direzione Strategica Aziendale, ha previsto la predisposizione dei piani di miglioramento sugli item non soddisfatti in base alla valutazione delle strutture
- Nell'anno 2016, in seguito a richiesta del DASOE, Servizio 5°, Qualità Governo Clinico e Sicurezza dei pazienti, si è provveduto a rendicontare, tramite la digitazione su apposite schede informatizzate predisposte nella piattaforma qualitasiciliassr.it, le azioni da implementare per la realizzazione dei piani di miglioramento ed è stato caricato il documento ufficiale contenente il Piano di Miglioramento.

Sono state caricate **138** azioni di miglioramento avviate nei quattro presidi ospedalieri per il superamento delle criticità individuate nelle aree indagate:

- 1) Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona;
- 2) accessibilità fisica, vivibilità e confort dei luoghi di cura;
- 3) accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza
- 4) cura della relazione con il paziente/cittadino.

Nel mese di dicembre 2016, l'equipe mista (operatori e componente civica) è tornata a verificare le azioni di miglioramento realizzate nei presidi ospedalieri, constatando quali di esse sono state già ultimate e quante sono ancora in itinere.

3.4 Obiettivi individuali

Il processo di adeguamento del sistema di misurazione e valutazione della performance di cui al D.Lgs 150/2009 e al D.A. 1821/2011 è ancora in corso. Il Regolamento del Sistema di misurazione e valutazione della performance predisposto dall'Azienda troverà applicazione a partire dal 2017 (verbale di delegazione trattante del 20.10.2015); esso esplicita i criteri di misurazione e valutazione della performance anche con riferimento agli obiettivi individuali. Gli obiettivi individuali sono stati assegnati ai dirigenti responsabili dei centri di negoziazione, che, in sede di negoziazione degli obiettivi di budget, hanno assunto la responsabilità individuale del raggiungimento degli obiettivi stessi. Si è proceduto, quindi, all'assegnazione degli obiettivi, da parte dei Dirigenti responsabili, a tutti i dipendenti; l'assegnazione è stata formalizzata attraverso la sottoscrizione da parte di ciascun operatore di un *verbale di notifica al personale della UOC degli obiettivi assegnati - anno 2016*. L'attuale sistema di valutazione e misurazione per l'attribuzione della retribuzione di risultato/ produttività lega la valutazione individuale di tutti gli operatori alla performance organizzativa della U.O. Per tutti i dipendenti viene redatta, a cura del superiore gerarchico, una scheda di valutazione che misura il contributo individuale apportato al raggiungimento degli obiettivi. Per tutti i dirigenti l'Azienda adempie anche all'obbligo della valutazione professionale e comportamentale e per i soli dirigenti assegnatari di budget anche alla valutazione gestionale, che tiene conto dei risultati raggiunti dall'U.O. in relazione agli obiettivi assegnati.

L'Azienda ha pubblicato sul sito istituzionale, ai sensi del D.Lgs 150/09, art. 8 lett. c e d, l'ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati e l'ammontare dei premi effettivamente distribuiti per l'anno 2015 e un prospetto con i dati relativi alla differenziazione nell'utilizzo della premialità, sia per i dirigenti, sia per il comparto. La valutazione della performance organizzativa e la valutazione permanente dei dirigenti per l'anno 2016 sono in corso.

Nell'Allegato 3 sono riportati i dati sintetici sulla valutazione individuale effettuata nell'anno 2015, stante che i dati del 2016 non sono ad oggi completi.

4 Risorse, efficienza ed economicità

Secondo quanto previsto dall'art. 5, c. 1 e dall'art. 10, c. 1 lett. a del D. lgs 150/2009 la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della Performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio. Tale allineamento è di fondamentale importanza, in quanto un sistema di obiettivi è sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi stessi.

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.

L'Azienda ha posto in essere le azioni per il governo della spesa sanitaria compatibilmente con la salvaguardia dei livelli essenziali di assistenza che costituisce obiettivo prioritario ed inderogabile del sistema sanitario regionale.

Altro obiettivo del SSR e delle singole aziende è l'equilibrio di bilancio il cui perseguimento ha reso necessario l'adozione di misure in grado di produrre economie che hanno portato alla chiusura del bilancio con un utile di € 97.000,00.

Si rappresentano di seguito i dati più significativi riportati nel CE, che evidenziano le risorse finanziarie assegnate ed il loro utilizzo nel corso dell'anno, con un raffronto con l'anno precedente:

CODICE	VOCE NUOVO MODELLO CE	Consuntivo 2016	Preventivo 2016	Diff	Consuntivo 2015	Diff
AA0010	A.1) Contributi in c/ esercizio	318.954	313.129	5.825	317.293	1.661
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/ esercizio per destinazione ad investimenti	1.858	803	1.055	3.531	1.673
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	2.163	1.443	720	2.729	566
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	36.053	34.502	1.551	34.444	1.609
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	3.572	2.222	1.350	3.025	547
AA0940	A.6) Compartecipazione alle spese per prestazioni sanitarie (Ticket)	1.670	1.825	155	1.719	49
AA0980	A.7) Quote contributi c/ capitale imputate all'esercizio	4.149	5.137	988	5.276	1.127
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-	-	-
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	226	268	42	292	66
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	364.929	357.723	7.206	361.247	3.682
BA0010	B.1) Acquisti di beni	26.554	27.389	835	27.504	950
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	197.455	190.676	6.779	190.480	6.975
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	3.892	3.713	179	4.358	466
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	1.472	2.192	720	1.969	497
BA2080	Totale Costo del personale	110.522	112.120	1.598	112.007	1.485
BA2500	B.9) Oneri 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
BA2690	B.16) Accantonamenti dell'esercizio	6.982	4.370	2.612	6.366	616
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	355.064	347.918	7.146	350.228	4.836
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	1.137	1.237	100	2.178	1.041
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	-	-	-	-
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	364	-	364	4	360
YZ9999	Totale imposte e tasse	8.267	8.568	301	8.363	96
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	97	-	97	474	377

Spesa del personale: il dato relativo alla massa finanziaria consolidata al 31/12/2016 è di € 95.259.000 a fronte di un massimo negoziato di € 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%.

Spesa farmaceutica: il contenimento dei costi della spesa farmaceutica convenzionata posto in essere mostra un dato a consuntivo pari a euro 23.609.000,00, con uno scostamento positivo rispetto al budget assegnato dall'Assessorato pari ad euro 25.876.000,000.

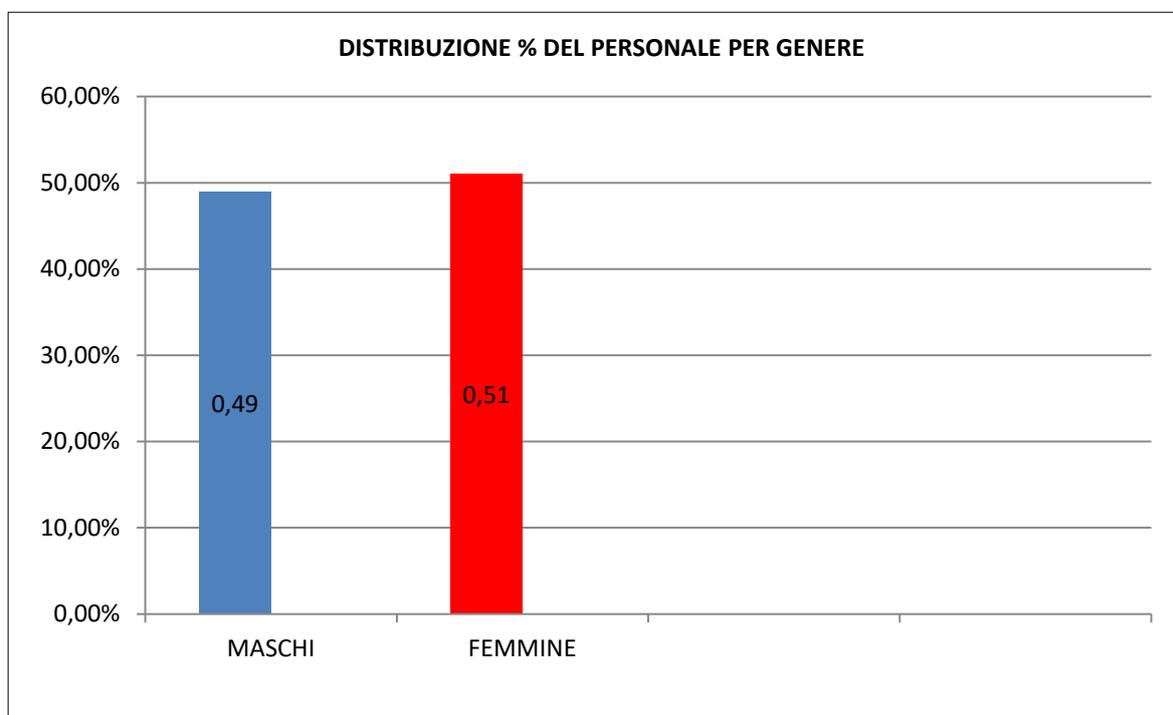
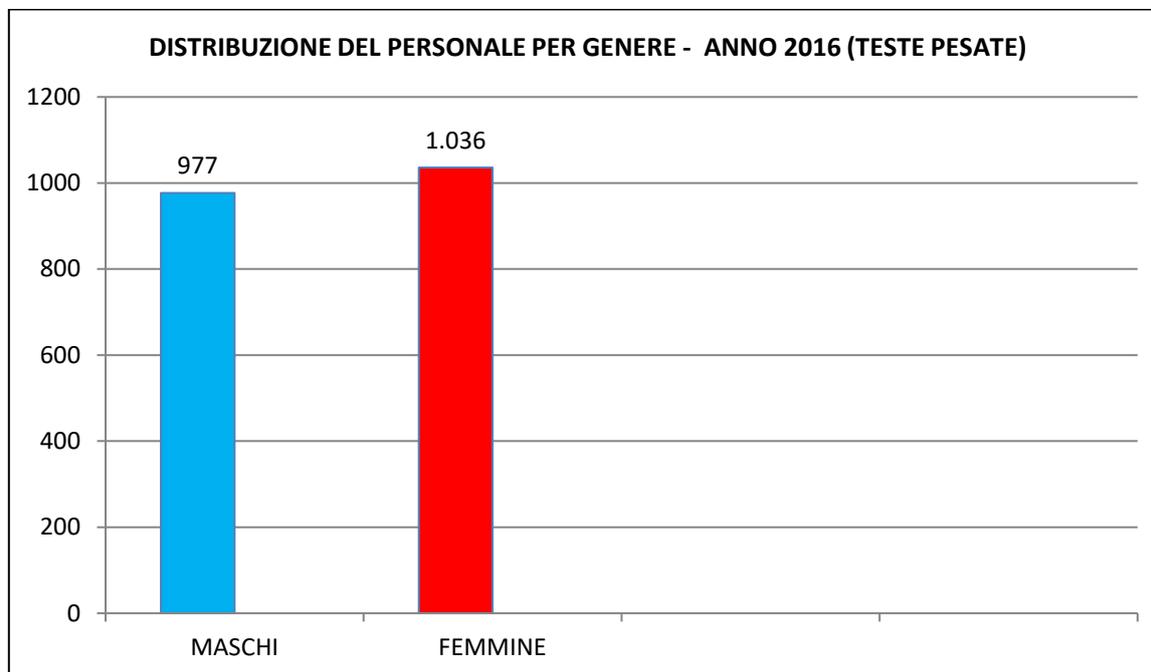
Non sono state registrate economie di funzionamento inerenti a processi di ristrutturazione, in quanto tali processi sono fortemente limitati dall'attuale revisione della rete ospedaliera di interesse regionale, a seguito della quale l'Assessorato ha congelato, con apposite circolari, lo status quo.

Inoltre la riduzione dei costi rilevati a bilancio è per la maggior parte riconducibile alle seguenti voci:

- Blocco del turn over
- Riduzione ai sensi di legge dei Fondi del Personale
- Riduzione del budget per assistenza ambulatoriale e farmaceutica
- Minori costi di Assistenza Ospedaliera per effetto del maggior ricorso al Day Service.
- Quanto sopra ha determinato un equilibrio di bilancio con un utile di esercizio pari a 97.000,00 euro.

5 Pari opportunità e bilancio di genere

Si riporta di seguito, in grafici, la distribuzione per genere del personale dipendente, rimandando al paragrafo 2.2 per ulteriori specificazioni



Con delibera n 335 del 9/5/2016 l'Azienda ha istituito il "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni", ai sensi del D.Lgs 165/2001 e successive modifiche e integrazioni (L. n. 183 del 04.11.2010, direttiva del Dipartimento della Funzione Pubblica di concerto con il Dipartimento per le Pari opportunità del 04.03.2011, con allegate linee guida), che ha avviato la propria attività programmatica.

6 Il processo di redazione della relazione sulla performance

La presente relazione è stata elaborata dalla Struttura Tecnico Permanente afferente alla UOC Coordinamento degli Staff Aziendali.

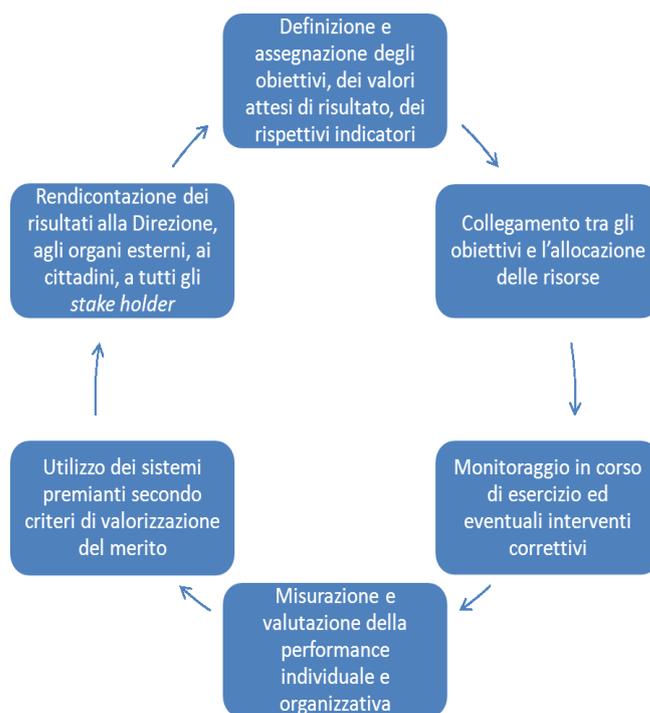
6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità

Premesso che la STP già a partire dal mese di gennaio 2017 ha messo in atto azioni finalizzate alla rendicontazione dei risultati relativi al ciclo della *performance*, in collegamento con le articolazioni aziendali di seguito specificate, si presenta più nel dettaglio il percorso seguito, ai fini della trasparenza e del riconoscimento delle responsabilità:

- Controllo di Gestione: ha fornito i dati quali-quantitativi relativi ai servizi resi e agli aspetti economici
- Settore Economico Finanziario: ha fornito i dati di bilancio per l'anno 2016
- Direzione Sanitaria Aziendale: attraverso il raccordo costante con la Direzione Sanitaria è stato possibile seguire nelle varie fasi di evoluzione il processo di aggiornamento del P.A.A. (che come è stato sopra precisato si costituisce in logica *rolling*) sulla base delle verifiche effettuate anche come risultato dell'attività dei monitoraggio dell'AGENAS
- Responsabile URP e Trasparenza: riunioni di lavoro per il monitoraggio dei dati relativi all'attività di informazione/comunicazione interna ed esterna

6.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo della performance

Il ciclo della performance è il percorso a supporto di una gestione efficace ed efficiente delle PP.AA., finalizzato al miglioramento dei servizi. Si rappresenta schematicamente il ciclo della performance come delineato nel D.L. 150/09 e nel D.A. 1821/11:



Punti di forza e punti di debolezza

L'Azienda ha seguito il percorso del ciclo della performance come definito nel D. Lgs 150/09 e nel D.A. 1821/ 2011 nelle sue varie fasi, dalla definizione e assegnazione degli obiettivi, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori fino alla rendicontazione finale dei risultati agli organi competenti e agli stakeholder.

L'avvio del processo di negoziazione degli obiettivi a partire dall'aprile 2016 (data in cui sono stati assegnati dall'Assessorato gli Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi), ha costituito un punto di debolezza del ciclo, in quanto ha spostato in avanti i tempi della negoziazione stessa e del suo completamento; di conseguenza sia il monitoraggio delle azioni poste in essere ai fini del raggiungimento dei risultati prefissati che l'individuazione e l'attuazione di misure correttive, laddove necessario, non sempre sono risultati efficaci. La validità dei suddetti obiettivi ricondotta al 31.12.2017 rappresenterà verosimilmente un punto di forza del ciclo della performance per l'anno 2017.

Nel corso del 2016 il puntuale monitoraggio in corso di esercizio attuato dagli organi di programmazione e controllo aziendali ha costituito un punto di forza del sistema, con la possibilità – nonostante le criticità sopra riportate – di porre in atto interventi correttivi funzionali al raggiungimento degli obiettivi (vedi per esempio misure relative ai tempi di attesa).

Per quanto riguarda la fase della misurazione e valutazione della performance l'Azienda, attraverso i suoi organi di monitoraggio e controllo, in continuità e coerenza rispetto al monitoraggio periodico a cura dell'AGENAS, ha proceduto ad una autovalutazione al 31.12.2016 dei risultati degli obiettivi del PAA, come riportato nella Tabella D - PAA; è in attesa della valutazione finale dell'Assessorato Regionale della Salute.

Il monitoraggio periodico dell'AGENAS degli obiettivi del PAA ha supportato e in alcuni casi reindirizzato la programmazione, fornendo all'Azienda l'opportunità di ridefinire i propri obiettivi in logica *rolling*, in aderenza a cambiamenti di contesto, necessità emergenti, criticità rilevate.

Nel corso del 2016 è stata completata la valutazione della performance organizzativa delle unità operative per l'anno 2015 e il processo si è completato con la distribuzione delle somme finali dei sistemi premianti, secondo i criteri di valorizzazione del merito previsti dall'Accordo Aziendale vigente.

Il ciclo della performance si è integrato con gli strumenti e i processi relativi alla trasparenza, all'integrità, alla prevenzione della corruzione: il Piano della Performance e gli aggiornamenti ad esso sono stati pubblicati sul sito aziendale, così come il programma triennale per la trasparenza e l'integrità e il 16.06.2016 si è svolta la Giornata della Trasparenza, con la finalità di illustrare alla collettività e agli stakeholder le attività dell'Azienda.

Quanto sopra riportato testimonia della padronanza dell'Azienda dei meccanismi del ciclo della performance e della sua tensione ad un loro utilizzo sempre più consapevole e completo, ai fini del miglioramento continuo della qualità dei servizi.

La disamina, nelle sezioni precedenti, delle diverse fasi ed aspetti del ciclo della performance ha messo in luce come la carenza di personale abbia comportato il parziale /mancato raggiungimento di alcuni obiettivi. Tale dato rimanda a quanto specificato nell'art. 5 del D. Lgs 150/09 in merito alle caratteristiche degli obiettivi, i quali devono essere "correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili". Il collegamento fra gli obiettivi e l'allocatione delle risorse rappresenta un elemento centrale dell'intero ciclo, sia nella fase di definizione e assegnazione degli obiettivi, sia in quella di monitoraggio in corso di esercizio, laddove le criticità rilevate devono orientare alla ricerca di interventi correttivi ed eventualmente alla rinegoziazione degli obiettivi stessi.

Nell'anno 2016 il meccanismo di assegnazione degli obiettivi individuali è stato meglio definito rispetto al passato e si è avvalso della formalizzazione di un *verbale di notifica al personale della UOC degli obiettivi assegnati*; tale azione rientra nell'obiettivo di implementare, nel tempo, il coinvolgimento di tutto il personale alla realizzazione degli obiettivi, e quindi della mission aziendale.

Allegati:

Allegato 1: Tabelle Obiettivi Strategici e Obiettivi Operativi

Tabella A - Obiettivi di Salute e di Funzionamento dei Servizi - Anno 2016/17 (Anno 2016)

Tabella B - Obiettivi Generali a Valenza Triennale

**Tabella C - Obiettivi di Integrazione con Il Programma di Trasparenza e Integrità e il Piano di
Prevenzione della Corruzione - Anno 2016**

Tabella D - P.A.A. 2016

Allegato 2: Tabella documenti del ciclo di gestione della performance

Allegato 3: Tabella Valutazione Individuale