

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
ENNA



PIANO DELLA PERFORMANCE
2014/2016

INDICE

PREMESSA

Cap. I

SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE

- par.1 Chi siamo
- par.2 L ' Amministrazione in cifre

Cap. II

IL CICLO DELLA PERFORMANCE

- par.1 Sistema di misurazione e valutazione
- par.2 O.I.V.
- par.3 Il Piano della Performance

Cap.III

OBIETTIVI

- par.1 Normativa di riferimento
- par.2 Il Piano Sanitario Nazionale
- par. 3 Il Piano Sanitario Regionale
- par. 4 Il Piano Attuativo Aziendale
- par. 5 Obiettivi aziendali

Cap.IV

PROCESSO DI BUDGETING

- par.1 Negoziazione
- par.2 obiettivi strategici/obiettivi operativi

Cap.V

PROCESSO DI INTEGRAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

- par.1 Integrazione con il Piano della trasparenza e integrità 2014/2016
- par.2 Integrazione con il Piano Anticorruzione 2014/2016
- par.3 Integrazione con gli standard di qualità
- par.4 Benessere organizzativo
- par.3 I Collegi Tecnici
- par.4 Il Sistema di misurazione e valutazione della performance

CAP.VI

COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA FINANZIARIA DI BILANCIO

CAP.VII

PUBBLICITA ' DEL PIANO

- par.1 Miglioramento della fruibilità all'esterno delle informazione contenute nel Piano
- par.2 Relazione sulla performance

PREMESSA

Il legislatore con il d.lgs 150/2009, ha introdotto il concetto di "*performance*" al fine di garantire l'efficacia e l'efficienza dell'azione della P.A.

A tal fine ha reso obbligatorio l'adozione del **Piano della Performance** che ha per oggetto la definizione del sistema di valutazione, monitoraggio e misurazione delle attività/azioni volte al soddisfacimento dei bisogni pubblici con riferimento alla "mission" di ogni singolo ramo della P.A.

La "**performance**" è il contributo che un'azienda apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi prefissati nonché alla soddisfazione dei bisogni per i quali è stata costituita.

L'Azienda Sanitaria è un sistema ultra complesso i cui fattori di complessità vengono di seguito riassunti:

- l'interdipendenza dei processi che implica un forte bisogno di integrazione e di coordinamento in una visione unitaria;
- la diversità dei servizi che implica la coesistenza di professionalità, orientamenti e tempistiche differenti;
- la legittimazione sociale, che implica la necessità di contemperare le esigenze, le istanze, gli interessi, a volte anche conflittuali, presenti nel contesto di riferimento;
- l'esternalità che deriva dall'ampiezza dell'impatto che le attività poste in essere possono avere sull'ambiente ;
- la visibilità sociale, tipica delle aziende sanitarie, che nasce dal peso e dall'interesse prioritario riconosciuti al bene " salute";
- la congiunzione che deriva dal fatto che gli obiettivi di un'azienda spesso non sono perseguibili e controllabili da un'unica azienda, ma necessitano di azioni programmatiche e sinergiche, che coinvolgono più soggetti esterni operanti nel settore sanitario;
- la competizione tra gli operatori pubblici e privati;
- la personalizzazione che comporta spesso la impossibilità di ricondurre le prestazioni da erogare entro processi standardizzati, determinando un ulteriore elemento di variabilità;
- la complessità tecnologica che, potenziando le possibilità d'intervento, comporta la ricerca di nuovi equilibri tra risultati attesi e risorse impegnate;

- *l'obbligo del mantenimento dell'equilibrio economico finanziario* aziendale e di tutto il sistema sanitario.

Nell'ultimo decennio, inoltre, si è assistito ad un cambiamento del ruolo delle aziende sanitarie da " erogatrici di servizi" a " garanti della salute del cittadino".

Tale funzione di " governance" presuppone lo sviluppo ed il consolidamento delle capacità di programmazione, acquisto, vigilanza, e controllo delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie.

Le aziende vengono, dunque, chiamate a sviluppare efficaci politiche di educazione sanitaria e promozione della salute.

Anche la Sanità, come tutta la Pubblica Amministrazione, è stata oggetto negli ultimi anni di una serie di interventi normativi che hanno comportato una drastica riduzione della spesa .Gli interventi della spending review, le risorse regionali sempre più limitate, debbono rappresentare un'occasione per avviare un processo di razionalizzazione delle risorse disponibili.

Il Management delle aziende sanitarie deve governare questa complessità, dotandosi di strumenti e criteri per misurare e valutare i risultati complessivi, non solo in termini di risorse impegnate ma anche in termini di efficienza ed efficacia.

In questa ottica le aziende sanitarie sono chiamate a dotarsi di un piano di misurazione e valutazione della performance aziendale (*performance organizzativa*) ed in particolare delle performance del personale (*performance individuale*), in modo da valorizzare le professionalità dei lavoratori, per premiare coloro che dimostrano capacità e competenza e che si impegnano quotidianamente dimostrando maggiore rendimento.

CAPITOLO I

SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE

Par. 1 – Chi siamo

L'A.S.P. di Enna è stata costituita con la L.R. n. 5/2009, è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale e, subentra nelle funzioni, nelle attività e nelle competenze delle sopresse Azienda USL n. 4 di Enna e l'azienda Ospedaliera Umberto I di Enna, ai sensi dell'art. 33, c.2 della L.R. 5/2009.

La sede legale dell'Azienda si trova ad Enna, Viale Armando Diaz, n. 7/9, con codice fiscale e partita IVA n. 01151150867.

Il logo con cui si identifica l'Azienda è quello di seguito graficamente rappresentato:



Il sito istituzionale è il seguente [:www.asp.enna.it](http://www.asp.enna.it)

Essa è preposta alla gestione sanitaria della provincia di cui fanno parte i comuni di Enna, Calascibetta, Catenanuova, Centuripe, Valguarnera, Villarosa, Piazza Armerina, Aidone, Barrafranca, Pietraperzia, Nicosia, Cerami, Gagliano Castelferrato, Sperlinga, Troina, Agira, Assoro, Leonforte, Nissoria, Regalbuto. Inoltre, gestisce la sanità di un comune della provincia di Messina (Capizzi).

La L.R n. 5/09 :

- ha identificato nel territorio regionale due bacini territoriali, Occidentale e Orientale (del quale ultimo fa parte l'ASP di Enna), per ottimizzare gli acquisti di beni e servizi, per il coordinamento delle funzioni e dei servizi a livello interaziendale e per lo sviluppo di progetti comuni;
- ha costituito l'unica ASP provinciale, subentrata alle due preesistenti Aziende sanitarie (ex AUSL 4 ed ex Azienda Ospedaliera Umberto I);
- ha individuato, nell'ambito dell'ASP , 3 macrostrutture organizzative:
 - Il Distretto Ospedaliero Enna 1, cui afferiscono gli stabilimenti ospedalieri di

Enna e di Piazza Armerina;

- Il Distretto Ospedaliero Enna 2, cui afferiscono i distretti ospedalieri di Nicosia e Leonforte;
- L'Area Territoriale (*), cui afferiscono i quattro Distretti Sanitari Territoriali (Agira, Nicosia, Enna, e Piazza Armerina) e le UU.OO.CC. territoriali-

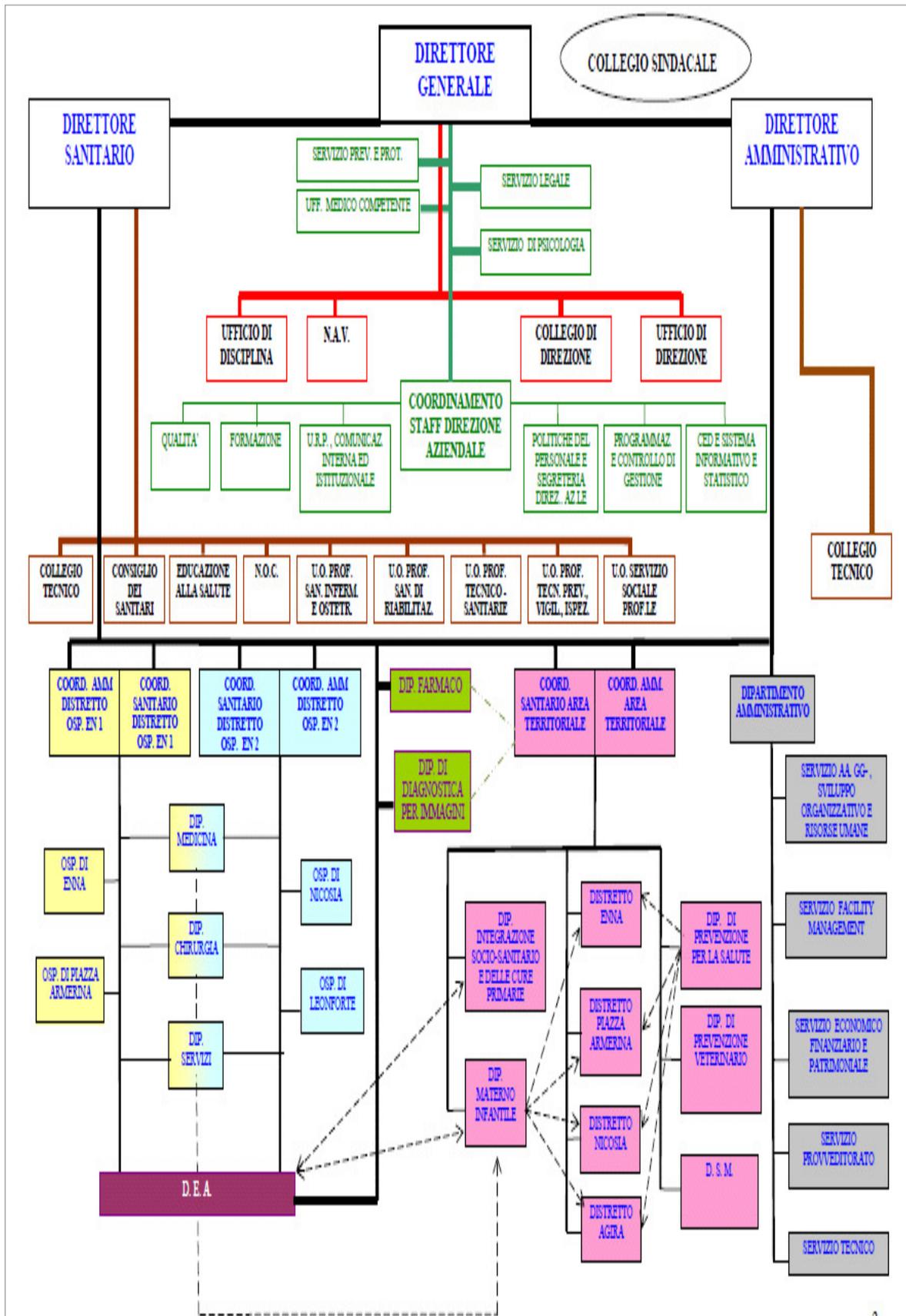
(*) NB: La legge finanziaria regionale 2014, in corso di pubblicazione, ha soppresso l'Area Territoriale, con decorrenza dalla data di pubblicazione della stessa. Per effetto di detta L.R., i Distretti sanitari saranno coordinati dalla Direzione Aziendale.



Gli organi dell'ASP sono il Direttore Generale coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario ed il Collegio Sindacale.

I Dipartimenti e le Unità Operative distrettuali concorrono alla soddisfazione delle esigenze dei cittadini anche attraverso soluzioni sinergiche e innovative con le realtà locali.

Secondo quanto definito nel proprio Atto Aziendale consultabile sul sito istituzionale <http://www.asp.enna.it> l'organigramma è quello di seguito rappresentato:



Par. 2 – L'amministrazione in cifre

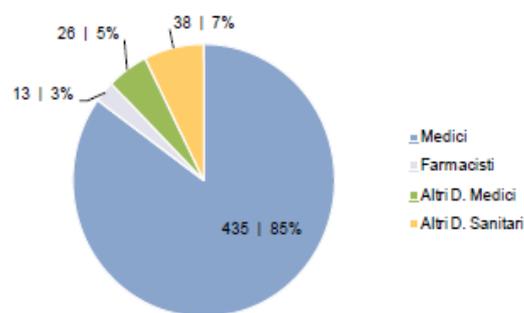
La presente rilevazione da flusso regionale concerne l'analisi del Personale in servizio al 31/12/2012



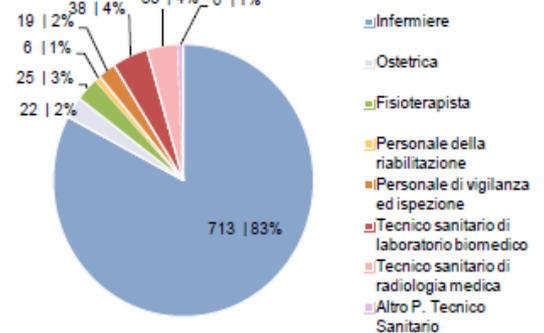
Report Personale ASP Enna IV Trimestre 2012

Analisi delle informazioni anagrafiche del personale dipendente

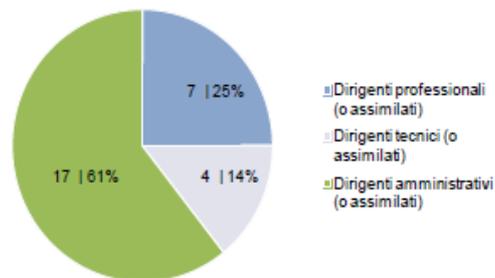
2a.Focus Profili Dirigenti Ruolo Sanitario



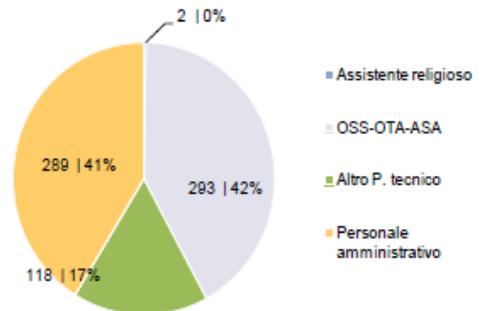
2b.Focus Profili Comparto Ruolo Sanitario



2c.Focus Profili Dirigenti Ruoli non Sanitari



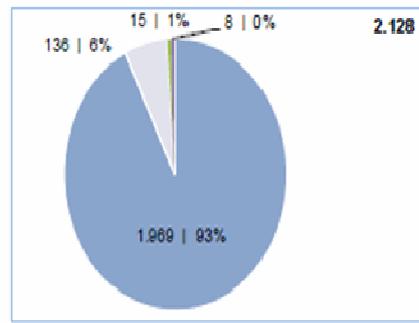
2d.Focus Profili Comparto Ruoli non Sanitari





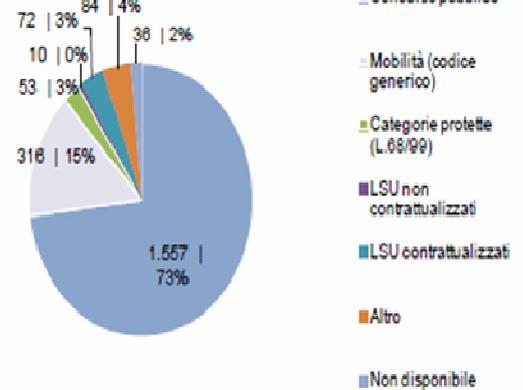
Analisi delle informazioni anagrafiche gestite dal Pilastro del Personale

1a. Teste pesate per Rapporto di lavoro con il SSN

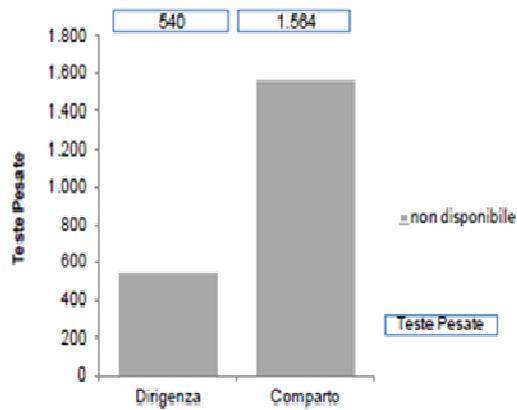


■ Dipendente T.I. ■ Dipendente T.D. ■ Non Dipendente ■ LSU

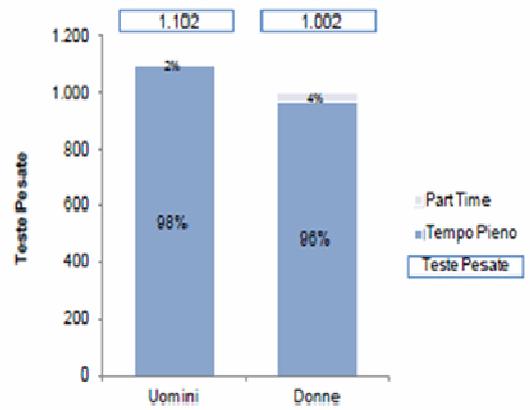
1b. Teste pesate per causale di ingresso



1c. Personale dipendente per Area/Titolo di Studio



1d. Personale dipendente per Genere/Tempo di impiego



i rappresenta di seguito i principali dati di bilancio con un raffronto dei costi e dei ricavi inerenti l'anno 2013(non definitivi) e 2012 (definitivi)

DESCRIZIONE	2013	2012
A) Valore della produzione		
A.1) Contributi in c/esercizio	307.305	323.041
A.2) Rettifica contributi C/esercizio per destinazione ad investimenti	-	-
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	2.160	1600
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	34.125	34.059
A5) Concorsi, recuperi e rimborsi	2723	3638
A6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie(ticket)	1834	2134
A7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	4.201	4201
A8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-
A.9) altri ricavi e proventi	386	587
Totale valore della produzione (A)	352.734	369.260
B.) Costi della produzione		
B.1) ACQUISTI DI BENI	28.877	28.849
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	193.908	193.942
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE(ordinaria esternalizzata)	3.066	3.045
B.4) GODIMENTO BENI TERZI	3.025	2.675
Totale costo del personale	115.008	116.625
B.5) PERSONALE DEL RUOLO SANITARIO	90.017	91.418
B.6) PERSONALE DEL RUOLO PROFESSIONALE	638	667
B.7) PERSONALE DEL RUOLO TECNICO	13.344	13.675
B.8) PERSONALE DEL RUOLO AMMINISTRATIVO	11.009	10.865
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	2.060	2.036
Totale ammortamenti(B.10+B.11+B.12+B.13)	5.653	6.184
B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-
B.15) Variazione delle rimanenze	1686	-810
B.16) Accantonamenti dell'esercizio	2.609	5.435
Totale costi della produzione (B)	355.892	357.981
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-1260	-1087
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie(D)	-	-
Totale proventi e oneri straordinari (E)	-2849	-1379
Totale imposte e tasse	8619	8.581
Risultato di esercizio	-15886	232

CAPITOLO II

IL CICLO DELLA PERFORMANCE

Par. 1 - il Sistema di Misurazione e valutazione

Il ciclo di gestione della performance può essere definito come il complesso articolato delle fasi e delle attività attraverso le quali si attivano diversi strumenti e processi, al fine di programmare, misurare, gestire e valutare le performance relative ad un periodo temporale determinato.

Il sistema di misurazione e la valutazione della performance è finalizzato a favorire il miglioramento delle attività cliniche ed assistenziali e dei servizi diagnostici, rivolti al paziente/cittadino, promuovendo la crescita delle competenze da parte delle risorse umane impiegate.

Esso si concretizza nella esecuzione di un'azione, nella verifica dei risultati della stessa e nelle modalità di rappresentazione. Il Sistema costituisce la risultante di una pluralità di sottosistemi tra loro strettamente correlati:

- ✦ Sottosistema di Misurazione della Performance
- ✦ Sottosistema della Valutazione della Performance
- ✦ Sottosistema Premiante.

Il Ciclo di gestione è integrato dal cosiddetto Sottosistema di Trasparenza ed Integrità, che ha lo scopo preminente di garantire un controllo diffuso del Sistema attraverso una corretta comunicazione dei risultati conseguiti dall'Azienda e dalle sue articolazioni organizzative.

L'ASP ha definito un documento che descrive le fasi del sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale. Con tale documento l'ASP vuole impegnarsi in un'adeguata individuazione di obiettivi, indicatori e target significativi non solo per assolvere ad un preciso obbligo normativo ma, soprattutto, per addivenire ad un governo efficace ed efficiente delle uu.oo. .

Le dimensioni oggetto di valutazione della performance sono:

- a. **la performance dell'Azienda** nel suo complesso, ossia la performance complessiva raggiunta dall'ASP di Enna in relazione agli obiettivi generali e strategici di cui la stessa ha dato evidenza nei documenti di programmazione.

b. **la performance organizzativa**, riferita a ciascuna unità operativa in relazione agli obiettivi negoziati;

c. **la performance individuale** riferita a ciascun operatore, è il contributo individuale ai risultati della gestione .

I soggetti coinvolti nel processo di valutazione individuale sono tutti i dipendenti sia nel ruolo di Valutati che di valutatori.

Si è consapevoli che ogni operatore deve condividere la responsabilità del raggiungimento dei risultati aziendali e che il coinvolgimento degli operatori aumenta l'impegno nella gestione aziendale. E' necessario che ognuno comprenda come il proprio lavoro contribuisce al raggiungimento degli obiettivi aziendali. Diventa quindi necessario produrre ogni utile informazione sulla mission, la Programmazione, gli Obiettivi, le Azioni, i Processi, e le risorse disponibili.

Per raggiungere questo obiettivo occorre superare un gap di ordine culturale che l'ASP vuole colmare con interventi di carattere formativo e instaurando una intensa e puntuale collaborazione con l'OIV e gli altri soggetti coinvolti nel ciclo della performance.

Il sistema di misurazione e valutazione è stato riformulato al fine di pervenire alle seguenti finalità:

- evidenziare l'importanza che il contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
- chiarire e comunicare che cosa ci si attende in termini di risultato della singola persona;
- supportare la singola persona nel miglioramento della loro performance;
- valutare la performance e comunicare i risultati e le aspettative alle singole persone;
- contribuire a creare un clima organizzativo favorevole;
- premiare la performance attraverso sistemi incentivanti e di premialità in genera;
- promuovere una corretta gestione delle risorse umane;

Il Documento “ Sistema di misurazione e valutazione “ verrà pubblicato sul sito istituzionale non appena conclusa la fase del confronto con le parti sindacali e verrà portato a conoscenza di tutti i dipendenti anche con incontri specifici.

Par.2 Organismo indipendente di valutazione (O.I.V.)

L' Organismo di Valutazione Indipendente, previsto dall'art. 14 del D.Lgs. 150/2009, è stato costituito tenendo conto delle linee di indirizzo regionali emanate con D.A n. 1820 del 26/9/2011 .

I curricula dei Componenti sono pubblicati sul sito istituzionale nella sezione "Trasparenza valutazione e merito" .

L'OIV riveste un ruolo strategico nell'ambito del ciclo di gestione della performance, con funzione di controllo interno e di garanzia sia della correttezza dei processi di misurazione e valutazione, sia della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti resi noti dalla CIVIT (oggi ANAC).

L'OIV si avvale del supporto della Struttura Permanente, del Controllo di Gestione e delle UU.OO. aziendali .

Par.3 Il Piano della Performance

Il Piano della performance , definito dall'art.10 c.1 del D.Lgs 150 del 27 ottobre 2009, è un documento di programmazione triennale, strettamente correlato alla strategia aziendale, che rappresenta agli organi superiori, ai dirigenti ed agli "stakeholder" (rectius i cittadini-utenti), gli obiettivi, gli indicatori e la performance che l'Amministrazione intende raggiungere nel triennio.

E' lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance , declinato, in sede di definizione del budget aziendale , negli obiettivi operativi assegnati alle diverse articolazioni produttive aziendali, determinando, in tal modo, un forte collegamento ed integrazione del sistema delle performance all'interno degli strumenti della gestione aziendale.

Il piano indica:

- gli obiettivi aziendali strategici ed operativi;
- le modalità ed il processo seguiti per la formulazione degli obiettivi;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Ai sensi dell'art. 5 c. 1 del D.Lgs. n. 150/09, gli obiettivi devono essere definiti in coerenza con quelli di bilancio e devono possedere le seguenti peculiarità:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili in linea con la programmazione economica aziendale.

Essendo un atto di programmazione pluriennale, con pianificazione delle attività per l'anno in corso il Piano è modificabile con cadenza annuale in relazione a :

- ✧ Obiettivi definiti in sede di programmazione regionale e negoziazione degli obiettivi con l'Assessorato Regionale alla Salute;
- ✧ Modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- ✧ Modifica della struttura organizzativa e delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda.

Nel redigere il presente Piano triennio 2014/2016 oltre a tenere conto delle linee guida fornite dalla CIVIT si è tenuto conto delle recenti disposizioni normative in materia (la Legge 190/2012, il D.Lgs. 33/2013 in materia di Pubblicità, Trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni, il D.Lgs. 39/2013 in materia di Inconferibilità ed Incompatibilità di incarichi ed anticorruzione) che integrano il ciclo della performance.

Nella redazione del presente Piano s'intendono rispettare i seguenti principi:

- ✦ collegarsi agli altri strumenti di programmazione annuale e pluriennale evitando duplicazioni di attività, in tal senso le attività inserite nel presente Piano devono trovare inquadramento nei sistemi di programmazione già esistenti;
- ✦ Integrare il ciclo della performance con gli standard di qualità dei servizi ed il Piano Trasparenza ed integrità nonché con il Piano Aziendale Anticorruzione.
- ✦ valorizzare la dimensione strategica dell'Azienda mediante un'attività che nel medio e lungo termine orienta le scelte di programmazione nel breve periodo;
- ✦ valorizzare e riqualificare i sistemi di budgeting aziendali; i budget devono essere collegati con il Piano della Performance e realizzare la declinazione degli obiettivi strategici aziendali in obiettivi a livello di struttura.
- ✦ Migliorare la fruibilità all'esterno delle informazioni contenute nel Piano assicurando chiarezza e trasparenza. Il Piano deve essere redatto secondo una forma comprensibile non solo agli addetti ai lavori ma anche a tutti i cittadini/ utenti che si rivolgono alle strutture aziendali e deve trovare forme di comunicazione e diffusione all'interno dell'Azienda ed all'esterno.

La programmazione pluriennale cui si fa riferimento è quella delineata nel Piano Sanitario Nazionale e nel Piano Sanitario Regionale.

La programmazione regionale svolge la funzione strategica di rilevare i bisogni della persona e li traduce in obiettivi specifici da assegnare alle aziende sanitarie presenti nel territorio, delineando priorità e risorse e tenendo conto che resta fondamentale il mantenimento dell'equilibrio economico nonché la soddisfazione dei bisogni e delle aspettative dei cittadini.

Queste esigenze vengono integrati con le esigenze aziendali derivanti dall'analisi del contesto esterno e del contesto interno e, quindi, tradotti in obiettivi strategici e declinati in obiettivi operativi.

Con il presente piano, dopo aver presentato l'Asp di Enna e le modalità di assegnazione da parte degli enti sovraordinati alla stessa degli obiettivi da raggiungere, vengono definiti gli obiettivi che, con il coinvolgimento di tutte le UU.OO. Aziendali, s'intende raggiungere .

CAPITOLO III

OBIETTIVI STRATEGICI

Par. 1 - Normativa di riferimento

In ambito sanitario secondo i dettami del D.Lgs. n.502/923 smi, la LR n. 30/93 smi, la L.R. n. 5/2009, gli obiettivi che l'azienda deve raggiungere sono definiti :

- dal Piano Sanitario Nazionale , per le individuazione degli obiettivi generali;
- dal Piano Sanitario Regionale, per la concreta attuazione degli obiettivi definiti a livello superiore avendo riguardo alle specificità regionali;
- dal Piano Attuativo Aziendale, per la pratica attuazione dei principi sopra definiti con riguardo alle necessità dei territori di riferimento.

Par. 2 - Il Piano Sanitario Nazionale

Il P. S. N. definisce gli obiettivi ed i livelli essenziali ed uniformi di assistenza .

Per il triennio 2011 / 2013 (non è stato ancora definito il nuovo Piano triennale) indica le azioni per lo sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale, individuandole :

- nel rilancio della Prevenzione
- nella centralità delle cure primarie e delle strutture territoriali
- nella riorganizzazione delle cure primarie e delle strutture territoriali
- nella riorganizzazione della medicina di laboratorio e della diagnostica di laboratorio e per immagini
- nella riorganizzazione delle reti ospedaliere
- nella riabilitazione
- nella valutazione delle nuove tecnologie sanitarie
- negli investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico del S.S.N.

Par. 3 – Il Piano Sanitario Regionale

In riferimento agli obiettivi del PSN la Regione Sicilia elabora il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute ed il funzionamento dei servizi al fine di soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale.

In atto il P.S.R. “ Piano della salute 2011/2013” è stato approvato con Decreto presidenziale 18/7/2011 (il PSR triennio 2012-2014 è in fase di approvazione) .

La L.R. n. 5/09 rappresenta un punto di svolta ,essa costituisce, infatti, il fondamento normativo per rinnovare in modo incisivo le modalità con cui la sanità è articolata, gestita ed erogata nella Regione, in quanto incide sull’assetto organizzativo del sistema, sulla sua modalità di programmazione, sul riequilibrio dell’offerta tra la rete ospedaliera ed il territorio ed introduce chiari meccanismi operativi di governo e controllo delle attività sanitarie e delle relative risorse. L’azione di governo regionale, delineata dalla legge di riforma, si articola lungo le seguenti linee di intervento:

- il progressivo spostamento **dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio** al fine di un più corretto ed efficace bilanciamento delle prestazioni in funzione dei fabbisogni;
- **il riordino della rete ospedaliera pubblica e privata** realizzata attraverso l’accorpamento e la rifunionalizzazione di presidi ospedalieri sotto-utilizzati;
- **il superamento della frammentazione e/o duplicazione di strutture**, attraverso processi di aggregazione e integrazione operativa e funzionale;
- **il potenziamento dei servizi e dei posti letto** destinati alle attività di riabilitazione, lungo-degenza e post-acuzie;
- la riduzione della **mobilità sanitaria passiva** extra-regionale;
- il progressivo contenimento **dei ricoveri inappropriati** con ricorso a forme alternative di erogazione dell’assistenza sanitaria, quali day- service, ambulatorio e assistenza domiciliare;
- l’introduzione di un **sistema di assegnazione delle risorse** commisurato alla erogazione delle attività programmate, alla qualità e alla efficienza dell’operato delle aziende;
- l’attuazione del principio della **responsabilità attraverso un sistema di controlli e verifiche** che trovi fondamento in ben definiti processi tecnico-gestionali e nell’informatizzazione dei flussi.

●Par. 4 - Il Piano Attuativo Aziendale (PAA)

Previsto dall'art. 5 della L.R. 5/2009, è l'atto, di durata triennale, con il quale le aziende sanitarie programmano, nei limiti delle risorse disponibili, dei vincoli e dei termini previsti dal PSR, le attività sanitarie da svolgere.

Il Piano Attuativo triennale si realizza attraverso la definizione di programmi annuali di attività, trasmessi all'Assessorato Regionale Sanità per le verifiche di compatibilità con gli atti di programmazione regionale .

Sulla base dei principi cardine del PSR sopraelencati il PAA deve porre il cittadino al centro del sistema assistenziale, offrendo risposte appropriate e diversificate in relazione agli specifici bisogni di salute sia sul territorio che in ospedale , tenendo conto delle esigenze che attengono alla sfera della persona, avendo riguardo da un lato alla promozione del territorio quale base primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e dall'altro lato alla riqualificazione dell'assistenza ospedaliera puntando sulla appropriatezza dei ricoveri nella fase di acuzia, riabilitazione e lungodegenza.

L'ASP di Enna, in linea con i suddetti principi ispiratori predispone un PAA che delinea le linee d'intervento(Obiettivi, risultati attesi e indicatori, Dirigenti Responsabili/ Referenti) . Il Piano Attuativo Aziendale 2014 segue il PAA anno 2012 e 2013. Le azioni in esso previste sono contenute nel presente Piano e si rinvia alle allegate Schede di Sintesi sotto la voce " ALL.A" .

Gli obiettivi strategici sono programmati su base triennale e vengono definiti annualmente in base alle priorità dell'Azienda che deve,altresì, rispettare obblighi normativi e raggiungere precisi target in riferimento agli obiettivi assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute.

L'ASP di Enna fa parte del Bacino orientale della Sicilia e, quindi, partecipa alla soddisfazione dei bisogni sanitari in coerenza con la programmazione interaziendale di bacino che l'Assessorato Regionale della Salute attua attraverso una sempre più incisiva integrazione delle attività sanitarie del Bacino.

Inoltre è bene sottolineare che il percorso per il risanamento del sistema sanitario regionale, avviato dalla Regione Sicilia con la sottoscrizione in data 31/7/2007 del Piano di contenimento e riqualificazione del S.S.R. 2007/2009 (c.d. **Piano di rientro**), si è concluso.

L'Assessorato della Salute ha comunque fatto la scelta di continuare a gestire l'attività nell'ottica del contenimento della spesa e della riqualificazione del sistema degli obiettivi che

annualmente assegna ai Direttori Generali delle aziende sanitarie in coerenza con il Piano Operativo di consolidamento e sviluppo (POCS) concordato con il Ministero della Salute e dell'Economia e delle Finanze.

L'Assessorato, dunque, orienta le attività delle aziende assegnando specifici obiettivi riallineati alle linee operative del POCS.

Par. 5 – Obiettivi Aziendali

L'ASP oltre agli obiettivi assegnati dagli organi sovraordinati tenendo conto del contesto interno ha orientato la sua attività al superamento delle criticità legate a :

1. duplicazioni di posizioni giuridiche rivestite;
2. carenza di organico;
3. riequilibrio di bilancio;
4. contenimento dei costi soprattutto legati alla Farmaceutica, al Personale e beni e servizi;
5. integrazione ospedale territorio che si realizza attraverso l'attivazione di strutture socio assistenziali (ADI, RSA, Hospice) ;
6. la valorizzazione del patrimonio attraverso un più razionale utilizzo dello stesso al fine di ridurre i costi di gestione e di interventi manutentivi;
7. il pieno utilizzo dei finanziamenti europei (Progetti Obiettivi FERS) che hanno reso possibile acquisizione di attrezzature (mammografi Risonanza Magnetica, Gamme Camera), attività progettuali volte a sviluppare efficaci politiche di educazione sanitaria e promozione della salute, interventi di ristrutturazione edilizia (interventi di salubrità) .
8. Riqualificazione dell'offerta sanitaria attraverso la rimodulazione della rete ospedaliera già approvata ai sensi del D.A. 1150/2009 e la recente revisione in corso di definizione con l'Assessorato della salute.

Per superare le suddette criticità occorre fare leva sui punti di forza (il rinnovamento avviato con la L.R. 5/2009, riorganizzazione aziendale, obiettivi strategici aziendali inseriti nel contesto degli obiettivi regionali, razionalizzazione dei costi attraverso gare di bacino e consorziate, indicatori di performance regionali) e sui punti di debolezza del sistema (resistenza al cambiamento, la mancanza di coinvolgimento di ciascun operatore) .

L'Azienda per rispondere a queste esigenze intende sviluppare regole e standard che consentano di:

- promuovere la razionalizzazione dei processi sanitari, tecnico amministrative;
- valorizzare le competenze professionali (conoscenze, abilità, comportamenti etici etc..) esistenti ed inserire nuove professionalità al fine di sviluppare le risorse umane;
- sviluppare standard di qualità;
- sviluppare forme di comunicazione istituzionali interne ed esterne.
- Promozione delle pari opportunità.

CAPITOLO IV

PROCESSO DI BUDGETING

Par. 1 - Negoziazione

Il processo di redazione del Piano della performance si inserisce nell'ambito del più ampio processo di pianificazione strategica e programmazione dell'Azienda che si traduce nel processo di budgeting, processo ormai consolidato in questa Asp atteso che da anni è in uso e costituisce una fase del Ciclo della Performance.

La Direzione Strategica per ogni obiettivo strategico individua gli obiettivi operativi da assegnare ai Dirigenti delle UU.OO., definendo le relative azioni, gli indicatori per la misurazione e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento.

La metodologia di budget è suppo attraverso il processo di negoziazione e, a seguito dell'assegnazione degli obiettivi da parte dell'Assessorato della Salute, integra gli obiettivi già assegnati.

I soggetti del processo di negoziazione sono:

- ✦ **Il responsabile di negoziazione**, ovvero il soggetto titolare di obiettivi strategici che a sua volta li declina in obiettivi operativi assegnandoli ai responsabili di UOC e UOS direttamente dipendenti in linea gerarchica.
- ✦ **Il responsabile di budget/obiettivi**, ovvero il soggetto che, ricevuti gli obiettivi, siano essi strategici o operativi, ne risponde dei risultati.

Il Direttore Generale è responsabile di negoziazione rispetto al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo per gli obiettivi di rispettiva competenza.

A sua volta il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario sono responsabili di negoziazione, ognuno per la parte di competenza, rispetto ai Direttori di Dipartimento/UOC/UOS dell'area amministrativa / sanitaria alle dirette dipendenze della Direzione Aziendale.

I Dirigenti Direttori di dipartimento/UOC. sono responsabili di negoziazione rispetto ai Dirigenti di UOS afferenti al dipartimento o UOC.

Nella fase di negoziazione la Direzione Strategica è coadiuvata dal Controllo di Gestione. Per ciascuno degli obiettivi nella scheda di Budget sono riportati, oltre ai risultati attesi, uno o più indicatori ed il rispettivo peso ai fini della misurazione della performance della U.O.

E' previsto un sistema di monitoraggio periodico che, di norma, è quadrimestrale e coincide con il monitoraggio degli obiettivi regionali.

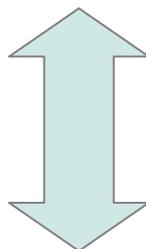
In atto e sino alla definizione dei nuovi obiettivi strategici regionali gli obiettivi dell'anno 2013, in parte modificati e/o integrati, costituiranno gli obiettivi per l'anno 2014 ed impegneranno i dirigenti responsabili ai fini del mantenimento, potenziamento e/o miglioramento dei valori attesi.

Appare, quindi, essenziale procedere all'aggiornamento del presente Piano dopo tale negoziazione e dopo la definizione degli obiettivi operativi atteso che si ritiene indispensabile il processo di condivisione con i responsabili delle Unità Operative

Nel presente Piano sono selezionati di seguito gli obiettivi più significativi per i portatori di interesse ed interlocutori esterni .

Par.2 Obiettivi strategici/obiettivi operativi

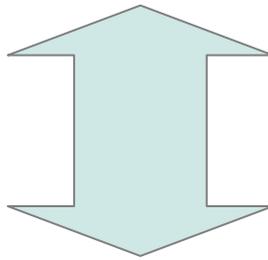
Obiettivo Strategico n.1	INDICATORE	2014	REFERENTI
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE	<i>Redazione del piano attuativo aziendale</i>	<i>Prosecuzione attività</i>	DIREZIONE SANITARIA



•Obiettivo operativo	•INDICATORE	2014	REFERENTI
<u>SUB-OBIETTIVO 1.1:</u> Redazione del Piano Attuativo Aziendale	<i>Redazione e trasmissione all'Assessorato del Piano Attuativo Aziendale entro aprile 2014; SI/NO</i>	<i>esistenza Piano</i>	DIREZIONE SANITARIA
<u>SUB-OBIETTIVO 1.2:</u> Obiettivi operativi del Piano Attuativo Aziendale. (Programma annuale di attività)	<i>Per ogni azione del PAA gli indicatori sono quelli indicati nelle allegate schede di sintesi ALL. "A"</i>	<i>Realizzazione di tutte le azioni previste nelle schede di sintesi componenti il PAA</i> <i>entro il 31/12/2014</i>	DIREZIONE SANITARIA

OBIETTIVO STRATEGICO N.2 ESITI

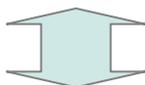
La Sicilia è una delle prime regioni italiane ad avere introdotto la valutazione dei Direttori Generali anche attraverso l'assegnazione per il 2011 e il 2012 di obiettivi operativi misurabili tramite tre indicatori di esito previsti dal Programma Nazionale Esiti (PNE). Alla luce del buon risultato prodotto da tale modalità si propone per il 2013 di continuare ad impiegare i tre indicatori utilizzati nel 2011 e 2012:



Obiettivo operativo	INDICATORE	2014	REFERENTI
<p><u>SUB-OBIETTIVO 2.1</u></p> <p><i>Tempestività interventi a seguito frattura femore su pazienti > 65</i></p>	<p><i>Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65 residenti della provincia (compresi quelle sulle quali non c'è stato intervento chirurgico). L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente</i></p>	<p><i>Miglioramento tendenza rispetto al 2013</i></p>	<p><i>Coordinatori Sanitari Stabilimenti Ospedalieri EN1 e EN2</i></p> <p><i>Direttori UU.OO.CC interessate</i></p> <p><i>Controllo di gestione</i></p>
<p><u>SUB-OBIETTIVO 2.2</u></p> <p><i>Riduzione incidenza parti cesarei</i></p>	<p><i>Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/ totale parti di donne (con nessun pregresso cesareo) residenti della provincia. L'indicatore è definito in termini di tasso aggiustato, ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni della paziente.</i></p>	<p><i>Miglioramento tendenza rispetto al 2013</i></p>	<p><i>Coordinatori Sanitari Stabilimenti Ospedalieri EN1 e EN2</i></p> <p><i>Direttori UU.OO.CC interessate</i></p> <p><i>Controllo di gestione</i></p>
<p><u>SUB-OBIETTIVO 2.3</u></p> <p><i>Tempestività effettuazione PTCA nei casi si IMA e STEMI</i></p>	<p><i>PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA. STEMI/numero totale di IMA/STEMI diagnosticati su pazienti residenti della provincia. l'indicatore è definito in termini di tasso aggiustato, ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente.</i></p>	<p><i>Miglioramento tendenza rispetto al 2013</i></p>	<p><i>Coordinatori Sanitari Stabilimenti Ospedalieri EN1 e EN2</i></p> <p><i>Direttori UU.OO.CC interessate</i></p> <p><i>Controllo di gestione</i></p>

OBIETTIVO STRATEGICO n.3 : GESTIONALI

Per l'anno 2013 gli obiettivi gestionali sono sette. Tali obiettivi fanno riferimento sostanzialmente ad azioni che richiedono una volontà di cambiamento organizzativo e gestionale specifico per portare a regime nuove soluzioni su alcune aree prioritarie. Gli obiettivi sono:



Obiettivo operativo	INDICATORE	2014	REFERENTI
Sub Obiettivo 3.1 <i>riduzione della spesa farmaceutica .</i>	<i>mantenimento della spesa farmaceutica entro i parametri assegnati dalla regione</i>	<i>Prosecuzione attività</i>	<i>Coordinatori Sanitario e Amm.vo area territoriale</i> <i>Coordinatori Sanitario e Amm.vo stabilimenti ospedalieri EN1 e EN2</i> <i>Servizi farmaceutici area territoriale e area ospedaliera</i>
Sub Obiettivo 3.2 <i>adozione e messa a regime del flusso del personale</i>	Invio del Flusso del Personale istituito dal progetto art.79 secondo le modalità e la tempistica indicata nel D.A. del 29 febbraio 2012 Produzione e “certificazione” del prospetto di raccordo tra i dati contenuti nel flusso del personale e i dati esposti nel Modello CE Produzione del monitoraggio trimestrale dell'andamento del personale (unità e costi) nell'ambito degli adempimenti del Programma Operativo in coerenza con le risultanze del Flusso del Personale: sottoscr/certif.del dato.	<i>Prosecuzione attività</i>	<i>Dirigente U.O.C. Sviluppo Organizzativo e Risorse umane</i> <i>Dirigenti U.O.C. SEFP</i> <i>U.O. CED/SIL</i>
Sub- Obiettivo 3.3	Messa a regime dei sistemi inerenti il ciclo	<i>Implementazione</i>	<i>Dirigenti U.O.C.</i>

<i>sistema di valutazione della Performance</i>	della Performance .	attività	Coordinamento STAFF Controllo di gestione Struttura Permanente
Sub- Obiettivo 3.4 <i>messa a regime dei flussi dell'area beni e servizi</i>	<p>Area Dispositivi Medici: (Valore flusso DM consumi)</p> <p>(Voce BA0210 "B.1.A.3.) Dispositivi Medici" Modello CE + Rimanenze iniziali Dispositivi medici di magazzino centrale – Rimanenze finali Dispositivi medici di magazzino centrale)</p> <p>Area farmaco: (Valore flusso DD + valore flusso CFO)</p> <p>(Voce BA0030 "B.1.A.1.) prodotti farmaceutici ed emoderivati" Modello CE + Rimanenze iniziali Prodotti farmaceutici ed emoderivati di magazzino centrale – Rimanenze finali Prodotti farmaceutici ed emoderivati di magazzino centrale)</p>	Prosecuzione attività	<p>Dirigente U.O.C. Provveditorato ed Economato</p> <p>Dirigente U.O.C. SEFP</p> <p>Dirigente U.O. CED/SIL</p>
Sub - Obiettivo 3.5 <i>applicazione RAE (regolamento acquisti in economia) adozione e applicazione del regolamento.</i>	<p>1 .Puntualità e completezza nell'invio in Assessorato dei dati relativi agli acquisti in economia secondo il tracciato fornito alle Aziende stesse.</p> <p>2. Grado di applicazione del Regolamento aziendale</p>	Prosecuzione attività	Dirigente U.O.C. Provveditorato ed Economato
Sub -Obiettivo 3.6 <i>rispetto delle tempistiche delle gare di bacino</i>	<p>1. Valutazione del piano presentato dai Comitati di Bacino entro il 31 aprile, in termini di rilevanza economica dello stesso (% di spesa aggregata rispetto al totale) e coerenza delle tempistiche previste con lo stato dei contratti in essere.</p> <p>2. Rispetto delle scadenze previste dal</p>	Prosecuzione attività	<p>Dirigente U.O.C. Provveditorato ed Economato</p> <p>Dirigente U.O.C. Tecnico</p>

	piano nell'anno 2013 e successivi aggiornamenti		
Sub-obiettivo 3.7 Incremento utilizzo post-acuzie	1. n. letti di post-acuti attivati / n. letti di post-acuti programmati 2. .% di utilizzo appropriato di posti letto post-acuti attivati	Prosecuzione attività in linea con la revisione della rete ospedaliera in corso di approvazione	Coordinatori Sanitari Stabilimenti Ospedalieri EN1 e EN2

In sede di negoziazione l'Assessorato Regionale della Salute assegna ai Direttori Generali, oltre agli obiettivi strategici, gli obiettivi generali sotto indicati il cui mancato raggiungimento comporta la decadenza automatica dell'incarico (art. 20 c.6 L.R. 5/2009):

- Equilibrio di bilancio
- Utilizzo delle risorse derivanti dai Fondi Europei (PO- FERS) nella misura dei target di spesa annualmente assegnati;
- Rispetto dei tetti di spesa assegnati per l'assistenza farmaceutica;
- Miglioramento costante della qualità dell'assistenza attraverso il conseguimento degli standard Joint Commission International;
- Miglioramento della qualità dell'assistenza rilevata dagli indicatori e dalla metodologia del Piano Nazionale Esiti
- Rispetto della direttiva "Flussi informativi " Decreto n. 1174/08;
- Riduzione dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni anitarie in osservanza ai LEA ed alle previsioni di cui al D.A. n. 1544 del 2/7/2008

I suddetti obiettivi generali verranno, anch'essi, declinati in obiettivi operativi e assegnati ai Dirigenti per l'attuazione ed il monitoraggio nel corso dell'anno.

CAPITOLO V

PROCESSO DI INTEGRAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

Par. 1 Integrazione con il Piano della Trasparenza e Integrità -2014/2016

L'ASP ha adottato il Piano triennale della Trasparenza e della Integrità, le azioni programmate e le iniziative da adottare nell'anno 2014 costituiscono per i Dirigenti obiettivi specifici e sono oggetto di valutazione organizzativa (intesa come performance della U.O.) e di valutazione individuale (propria del dirigente).

Il suddetto piano è inserito nel Piano triennale Anticorruzione atteso che la Legge 190/2012 attribuisce al principio di trasparenza il ruolo di asse portante delle politiche di prevenzione della corruzione.

Par. 2 Integrazione con il Piano Anticorruzione- 2014/2016

Il Piano Anticorruzione adottato recepisce le direttive nazionali e ha individuato le aree di rischio con relativi indicatori. L'Azienda ha voluto dare una risposta sistemica ad un fenomeno che pregiudica la fiducia nei confronti delle Istituzioni e la legittimazione dell'Amministrazione stessa finalizzata alla realizzazione di una gestione amministrativa aperta ed al servizio del cittadino.

L'ASP ha nominato il Responsabile aziendale Anticorruzione ed ha individuato un Dirigente Referente per macroarea /UOC . Sono stati elaborati schede di mappatura di alcuni processi aziendali con relativa analisi dei rischi di corruzione ed individuate le azioni correttive da svolgere .Quest'ultime costituiranno obiettivi per i dirigenti.

Par. 3 – Integrazione con gli standard di qualità

Gli standard di qualità rappresentano obiettivi dichiarati, alcuni sono già raggiunti, altri rappresentano un impegno per il futuro che richiederanno per l'Azienda uno sforzo in termini di risorse umane e materiali.

Poiché siamo consapevoli che il mantenimento ed il raggiungimento degli standard rappresenta un obiettivo difficile da raggiungere è di fondamentale importanza stabilire gli strumenti organizzativi e le modalità di rilevazione dei dati e delle informazioni relativi agli standard. L'Azienda si è dotata di diversi strumenti per verificare la qualità dal lato degli utenti, tra questi le verifiche del Comitato Consultivo e le indagini di Customer Satisfaction, report di controllo interno dei processi , tutti strumenti che hanno determinato il modus operandi di

questa ASP nell'ultimo triennio e che si ritiene possano consentire di monitorare il raggiungimento di obiettivi ed il mantenimento degli standard di qualità. Le azioni più rilevanti sono contenute nel PAA (tab. "A") enel piano di Qualità in corso di aggiornamento annuale. Gli standard dei servizi erogati oltre ad essere un impegno verso l'esterno devono costituire una responsabilità collegata con la performance organizzativa e performance individuale della Dirigenza.

Par. 4 Benessere Organizzativo

La promozione e la diffusione del benessere organizzativo rappresenta un fattore fondamentale all'interno dell'azienda.

La gestione delle risorse umane è alla base della innovazione culturale, in un contesto in cui i dipendenti ed il loro lavoro in prevalenza intellettuale, sono la risorsa fondamentale dell'Azienda.

Le dinamiche relazionali a tutti i livelli, dalla dirigenza al comparto, diventano componenti essenziali per il conseguimento di migliori performance .

Anche alla luce del D.Lgs. 81/2008 si effettueranno indagini nel corso del 2014 . E' in atto un processo di diffusione della cultura e della responsabilità in tema di sicurezza sui luoghi di lavoro e di stress da lavoro correlato.

Un ruolo fondamentale verrà svolto dal CUG (Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione di chi lavora contro le discriminazioni) previsto dalla Legge 183/2010 che verrà istituito nel 2014.

Il CUG sostituisce il precedente Comitato per le pari opportunità e contro il fenomeno del mobing, è chiamato a svolgere compiti propositivi, consultivi e di verifica nell'ambito delle tematiche concernenti le pari opportunità, il contrasto ad ogni forma di discriminazione, il benessere organizzativo.

CAPITOLO VI

COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA DI BILANCIO

Secondo quanto previsto dall'articolo 4, comma 1, e dall'articolo 5, comma 1, del D.Lgs.150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della performance deve avvenire in maniera coerente con il processo di programmazione e di bilancio di previsione.

Un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse disponibili e le azioni da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello aziendale e di singola struttura

L'ASP intende pervenire alla integrazione e collegamento tra la pianificazione della performance e il processo di programmazione e di bilancio anche in relazione alla necessità di garantire le opportune e necessarie risorse per il raggiungimento degli obiettivi. Intende, quindi, raggiungere detta coerenza tramite:

- un parallelo percorso annuale di programmazione e di pianificazione delle performance
- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi: dal Servizio Economico e Finanziario al Controllo di Gestione, all'Organismo Indipendente di Valutazione e alle singole Strutture aziendali sanitarie e non sanitarie
- l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, primo fra tutti il supporto della contabilità analitica per centri di costo

Nel ciclo della performance il bilancio di Previsione deve essere elaborato entro il mese di ottobre dell'anno precedente quello di riferimento . E' questo l'obiettivo che gradualmente l'ASP intende raggiungere (la criticità consiste nella mancata assegnazione della quota definitiva d del FSR) .Il fine è quello di creare un valido strumento che costituisca la base per la valutazione delle scelte strategiche aziendali ed il ribaltamento degli obiettivi economici alle varie strutture aziendali.

Spesso l'incertezza delle risorse disponibili e l'assegnazione in ritardo delle stesse da parte della Regione non consentono il rispetto dei risultati attesi.Per tale ragione è necessario attivare processi di verifica e controllo per il miglior ed appropriato utilizzo delle risorse disponibili. In particolare, l'azienda ha attivato un sistema autorizzatorio per l'acquisto di beni e

servizi posto in essere nei confronti degli uffici ordinatori sulla base delle risorse disponibili che costituiscono un limite di spesa . Inoltre vanno considerati gli obiettivi di carattere economico-finanziario che ogni anno vengono assegnati dalla Regione alla direzione aziendale e che prevedono, in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi la mancata assegnazione dei finanziamenti .

Altra voce attentamente monitorata è la spesa per il Personale che impone, al fine di rispettare il limite dettato dalla normativa, un razionale impiego delle risorse umane e, contestualmente, una revisione e rimodulazione dei servizi sanitari offerti.

La mancanza di finanziamenti per investimenti impone infine una attenta valorizzazione del patrimonio attraverso un più razionale utilizzo dello stesso al fine di ridurre i costi di gestione e gli interventi manutentivi ; i tetti di spesa per dette voci saranno pertanto oggetto di puntuale ed attento monitoraggio . Il tutto senza allentare l'attenzione sulle residue disponibilità finanziarie derivanti dai finanziamenti del PO FERS che hanno consentito nel 2012 e 2013 di acquisire al patrimonio dell'Azienda apparecchiature di alta tecnologia e ristrutturazioni edilizie degli immobili.

In questa ottica costituiranno obiettivi aziendali il pieno utilizzo delle risorse finanziarie a destinazione vincolata secondo gli indicatori assegnati e contestualmente saranno oggetto di responsabilità dei dirigenti e della valutazione individuale degli stessi.

CAPITOLO VI

PUBBLICITA' DEL PIANO

Par. 1- Miglioramento della fruibilità all'esterno delle informazioni contenute nel Piano

Il piano sarà pubblicato ai sensi dell'art.11, comma 8 del d.Lgs 150/09 sul sito istituzionale aziendale nell'apposita sezione denominata «Trasparenza, valutazione e merito».

Il presente piano al fine di garantire la massima trasparenza per tutti gli stakeholder, ai quali tale documento si rivolge, sarà oggetto di aggiornamenti nel rispetto delle logiche di trasparenza e di civil auditing introdotte nel ciclo della performance dal D.lgs. 150/2009.

Pertanto, l'ASP rivedrà gli strumenti di comunicazione esterna ed interna nell'ottica di rendere maggiormente fruibili i patrimoni dell'Azienda.

Par. 2- Relazione sulla performance

L'ASP, inoltre, di Enna adotterà entro il 30 giugno di ogni anno la relazione sulla performance come previsto dall'art. 10 comma 1 lettera b) del D.lgs. 150/2009.

La relazione dovrà evidenziare, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

La relazione verrà pubblicata sul sito istituzionale al fine di dare evidenza agli stakeholder dei risultati raggiunti,



PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014

Schede di sintesi

SOMMARIO

CAPITOLO 1 - ASSISTENZA COLLETTIVA NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

CAPITOLO 2 - ASSISTENZA TERRITORIALE E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

CAPITOLO 3 - ASSISTENZA OSPEDALIERA

CAPITOLO 4 - INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

CAPITOLO 5 - SALUTE DELLA DONNA, DEL BAMBINO E DELL'ETÀ GIOVANILE

CAPITOLO 6 - ONCOLOGIA

CAPITOLO 7 - CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

CAPITOLO 8 - CARDIOLOGIA

CAPITOLO 9 - NEUROSCIENZA

CAPITOLO 10 - GESTIONE DEL POLI-TRAUMATIZZATO

CAPITOLO 11 - TRAPIANTI E PIANO SANGUE

CAPITOLO 12 - SALUTE MENTALE E DIPENDENZA

CAPITOLO 13 - QUALITÀ, GOVERNO CLINICO E SICUREZZA PAZIENTI

CAPITOLO 14 - RETE FORMATIVA, COMUNICAZIONE E RETE CIVICA

CAPITOLO 15 - PARTECIPAZIONE A PROGRAMMI SVILUPPO E INNOVAZIONE

CAPITOLO 1 - Assistenza Collettiva e negli Ambienti di Vita e di Lavoro -

Alla luce dell'esame effettuato sul Capitolo 1 proposto dalle Provincie è emersa una notevole disparità e disomogeneità nell'allineamento agli adempimenti LEA pertanto è stata predisposta una scheda unica che permetta di rispondere uniformemente alle richieste Ministeriali sugli obiettivi LEA

interventi previsti	Peso intervento (tot 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento				
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo provvisorio			
Sanità Pubblica veterinaria e sicurezza alimentare		1A controlli allevamenti per brucellosi ovi-caprina, bovina e bufalina	- N. allevamenti controllati/N. totale allevamenti - rispetto dei tempi di ricontrollo aziende infette	≥ 99% ≤ 30 giorni		Obiettivo continuativo come da specifiche disposizioni assessoriali	
		1B controllo di aziende per l'anagrafe ovi-caprina	N° allevamenti controllati/totale allevamenti	5%		Obiettivo continuativo come da specifiche disposizioni assessoriali	
		1C controlli allevamenti per TBC bovina	N. allevamenti controllati/N. totale allevamenti	95%		Obiettivo continuativo come da specifiche disposizioni assessoriali	
		1D campionamento negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	N° campioni analizzati/N° campioni programmati	60%		Obiettivo continuativo come da specifiche disposizioni assessoriali	
		1E Verifica della corretta gestione delle strutture di ricovero per cani e gatti e delle colonie feline	N° numero ispezioni strutture	100%		Obiettivo continuativo come da specifiche disposizioni assessoriali	
Screening oncologici		2A Promozione screening cervico-carcinoma	a) N° soggetti invitati/popolazione target b) N° soggetti testati/popolazione invitati		Indicatore A	Indicatore B	Obiettivo continuativo come da specifiche disposizioni assessoriali per il 2014
		2B Promozione screening mammografico					
		2C Promozione screening colon retto					

Prevenzione e tutela salute nei luoghi di lavoro in attuazione e dei Piani regionali di Prevenzione	3A Controlli nelle aziende agricole e cantieri edili per il raggiungimento degli obiettivi qualitativi e quantitativi previsti dai Piani regionali straordinari edilizia, agricoltura e mal prof*	N° di unità controllate/totale da controllare N°122 cantieri edili totale da controllare N°60 aziende agricole N° inchieste malattie professionali	>=50%		Obiettivo continuativo come da specifiche disposizioni assessoriali
	3C Potenziamento dei servizi dell'Area "tutela della salute e sicurezza sul lavoro ed implemento delle procedure per dotazione organica SPreSAL e SIA	50% di quanto previsto dalla circolare assessoriale 1274/10	>=50%		Obiettivo da riproporre in PPA 14
	3D Pianificazione di un percorso per l'apertura di sportello gratuito assistenza stress da lavoro rivolto dipendenti interni ed esterni pubblici e privati	3Da. conferenza dei servizi in Prefettura con i soggetti aventi interessi legittimi al fine di costituire tavolo tecnico permanente entro Ottobre 3Db. Convegno divulgativo a Novembre	SI/NO		Continuare la pianificazione dell'Obiettivo
Aumento delle vaccinazioni obbligatorie e non obbligatorie	4A Vaccinazioni obbligatorie <=24 mesi: tre cicli completi	N° soggetti vaccinati/popolazione target residente	≥ 95%		Obiettivo continuativo come da specifiche disposizioni assessoriali
	4B Vaccinazione MPR <=24 mesi	N° soggetti vaccinati/popolazione target residente	≥ 85,1%		
	4C Vaccinazione influenza >=65 anni	N° soggetti vaccinati/popolazione target residente	≥ 95%		

CAPITOLO 2 Assistenza Territoriale e Continuità Assistenziale -

Situazione AS IS	<p>Scarsa integrazione tra strutture territoriali ed ospedaliere nell'ambito delle patologie croniche poiché non sono ancora sufficientemente consolidati nella cultura aziendale i percorsi ospedale/territorio</p> <p>Con l'entrata in funzione del CUP Aziendale Provinciale, si rende necessario operare sulle agende degli accreditati per abbattere le liste di attesa delle "prestazioni critiche"</p> <p>Carenza di Percorsi Assistenziali condivisi da tutti gli attori interessati nella gestione integrata, tra MMG e PLS, dei pazienti affetti da DSA, DCA, Obesità e Diabete Mellito.</p> <p>Spesa farmaceutica</p>				
Situazione TO BE	<p>Rafforzare l'integrazione tra ospedale e territorio al fine di migliorare la continuità assistenziale dei pz cronici (diabete, scompenso), lavorando sulla comunicazione tra specialisti ospedalieri e territoriali al fine di delineare in maniera chiara e condivisa i criteri di selezione della popolazione sulla base della gravità della patologia (stadiazione) e della complessità dei pazienti, attrezzando setting assistenziali differenziati. Particolare attenzione, in termini di comunicazione e informazione, verranno indirizzati ai pazienti immigrati al fine di consentire un migliore ed efficace accesso ai servizi sanitari.</p> <p>Gestione delle agende degli accreditati in funzione dell'abbattimento dei tempi di attesa delle prestazioni critiche (da n°15 a n°43 del PRGTA 2011-2013, in particolare quelle afferenti alle "classi di priorità cliniche" "U" e "B") per le quali si registrano, nel pubblico, lunghi tempi d'attesa.</p> <p>Predisposizione di modelli di Gestione integrata (NPI, PLS e PTA) dei soggetti a rischio e dei pazienti affetti dalle condizioni target: Disturbi Specifici di apprendimento (DSA) – Obesità e Diabete mellito e attivazione di ambulatorio specialistico dei disturbi del Comportamento Alimentare (DCA).</p> <p>Contenimento della spesa farmaceutica mediante l'applicazione del DA 2014</p>				
Interventi Previsti	Peso Intervento (tot. 100%)	Descrizione e Articolazione dell'Intervento	Risultati Attesi dall'Intervento		
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo provvisorio	
Implementazione delle "Dimissioni facilitate" da parte dei quattro PP.OO aziendali nella gestione dei soggetti a rischio afferenti ai due target prioritari: "Diabete Mellito di tipo 2" e "Scompenso". studio e sviluppo della rete per gli ambulatori specialistici ospedalieri/territoriali per pazienti cronici target		<p>2.1A. pianificare l'entrata a regime delle procedure relative alle dimissioni facilitate</p> <p>2.1B. Standardizzazione delle procedure</p> <p>2.1c redazione di un documento di analisi degli ambulatori specialistici ospedalieri e territoriali esistenti nella provincia che specifichi il potenziale di offerta secondo i criteri hub e spoke condivisi.</p> <p>2.1d creazione del percorso assistenziale integrato che specifichi le modalità di circolazione e di presa in carico dei pz all'interno della rete specialistica unica provinciale in rapporto al grado di complessità assistenziale e che metta in luce i protocolli clinico/assistenziale condivisi dalla rete dei professionisti, individuando gli indicatori per il monitoraggio delle performance dei diversi attori in seno al percorso assistenziale integrato</p>	<p>N schede dimissioni facilitate relative ai pazienti target /n pazienti ricoverati</p> <p>N. incontri formativi/informativi tra specialisti ospedalieri e territoriali</p> <p>Esistenza di un documento tecnico di rete specialistica ambulatoriale unica provinciale che specifichi le modalità operative di funzionamento della rete per la gestione dei pz cronici</p> <p>Esistenza di un documento condiviso del PDTA</p>	<p>Almeno (=>) 80%</p> <p>2 incontri per Distretto ospedaliero</p> <p>Redazione documento</p> <p>Esistenza di un documento</p>	<p>Obiettivo da riproporre in PPA 14</p> <p>Obiettivo da riproporre in PPA 14</p> <p>Continuare la pianificazione dell'Obiettivo</p> <p>Continuare la pianificazione implementando il Reg. Pz cronici e informatizzazione tutti PTA</p>
Progettazione di un modello di Gestione		Implementazione attività ambulatoriali attivati :			Continuare la pianificazione

integrata (NPIA, PLS) dei soggetti a rischio e dei pazienti affetti dalle condizioni target: Disturbi Specifici di apprendimento (DSA) – Obesità e Diabete mellito DCA		Disturbi Specifici di apprendimento (DSA) – Obesità e Diabete mellito DCA				dell’Obiettivo
Riduzione della Spesa Farmaceutica Convenzionata		<p>1. Realizzazione delle azioni previste dal DA 569/2013 per il raggiungimento degli obiettivi previsti nello stesso.</p> <p>2.4a. distribuzione Per Conto dei medicinali inclusi nel PHT</p> <p>2.4c. monitoraggio mensile sullo stato dell’arte relativo al sub obiettivo 2.4° per appropriatezza prescrittiva con eventi formativi</p>	<p>Individuazione degli obiettivi per i MMG attraverso incontri dedicati con le figure previste all’art. 2 del DA 569/2013.</p> <p>Come da accordo del 13/12/2013 e da Disciplinare Tecnico</p> <p>Report distrettuali Mensili su appropriatezza</p>	<p>Report Distrettuali attestanti il comportamento prescrittivo dei medici relativamente ai farmaci oggetto di contenimento della spesa</p>		<p>Continuare la pianificazione dell’Obiettivo</p> <p>Obiettivo continuativo come da specifiche disposizioni assessoriali</p> <p>Obiettivo continuativo come da specifiche disposizioni assessoriali</p>
Potenziamento rete di offerta alla popolazione migrante		<p>2.5 A Attivazione di un ambulatorio per patologie del migrante con la presenza di un mediatore culturale</p> <p>2.5 B protocollo di intesa tra l’Asp di Enna e comune di Delia per l’adesione al progetto S.M.I.L.E. per la semplificazione delle procedure di accesso al sistema sanitario per utenti stranieri</p>	<p>Incrementazione del personale</p>			<p>Continuare la pianificazione dell’Obiettivo per</p>
Audit Clinico		<p>Implementazione coordinata di programmi di Audit Civico applicato ai servizi di Riabilitazione</p>	<p>Partecipazione a tutti i moduli formativi regionali per i responsabili aziendali</p>			<p>Obiettivo da inserire in PAA 14</p>

CAPITOLO 3 - Assistenza Ospedaliera

Situazione AS IS	Si evidenzia ancora un elevato numero di ricoveri inappropriati sia in degenza ordinaria che in DH.					
Situazione TO BE	Riqualificazione dell'assistenza ospedaliera attraverso percorsi finalizzati al perseguimento dell'appropriatezza dei ricoveri in fase di acuzie.					
Interventi Previsti	Peso Intervento (tot. 100%)	Descrizione e Articolazione dell'Intervento	Risultati Attesi dall'Intervento			
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo provvisorio		
Miglioramento appropriatezza setting assistenziale		3.1A. Riduzione del numero di DH diagnostici, potenziando il setting ambulatoriale 3.1c realizzazione piano di miglioramento	numero di DH diagnostici/totale ricoveri DH attuazione piano di miglioramento			Implementazione fino al raggiungimento valore Obiettivo assegnato da DA Implementazione
Adeguamento offerta di posti letto di lungodegenza, riabilitazione		3.2a Attivazione di tutti posti letto assegnati per la riabilitazione e la lungodegenza entro il 2014	numero posti letto attivi di riabilitazione e lungo degenza		In corso proposta di rimodulazione	Obiettivo da riproporre in PAA 14 come da specifiche disposizioni assessoriali
Rimodulazione rete ospedaliera		3.5A Piano di rimodulazione della rete ospedaliera provinciale 3.5B Attivazione dei posti letto per post acuti programmati 3.5c Revisione dei percorsi assistenziali per lungodegenza e riabilitazione già realizzati 3.5d Incremento utilizzo dei posti letto per post acuti	3A Presentazione del piano di rimodulazione 3B N. posti letto per post acuti attivati/N. posti letto previsti 3C Revisione percorsi Si/No 3D Percentuale di utilizzo dei posti letto per post acuti			Obiettivo da riproporre in PAA 14 come da specifiche disposizioni assessoriali
ottimizzazione delle reti assistenziali		3.6 Attivazione SUAP	Attivazione posti letto SUAP			Implementazione

CAPITOLO 4 - Integrazione Socio Sanitaria –

Situazione AS IS	In ambito provinciale la domanda di servizi dedicati ai soggetti con scarsa protezione sociale per grave disabilità psico-fisica e fattori socio-culturali e ambientali è sempre più crescente per l'aumento della vita media correlata all'aumento di disabilità e dei fenomeni al disagio sociale ed economico				
Situazione TO BE	Appare necessario aumentare l'offerta di servizi sociosanitari dedicati pertanto alla fragilità psico-fisica e socio-culturale con il potenziamento di servizi già esistenti, con una attività di reti che favorisca azioni mirate, eviti duplicazione di attività e dispersione di risorse				
Interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Aggiornamenti
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo provvisorio	
Implementazione presa in carico pazienti non autosufficienti nel percorso ospedale-territorio (Potenziamento dimissioni protette)		4.1A: Valutazione delle attività svolte e delle eventuali criticità rilevate in progress attraverso attività di auditing	N. di Uffici Territoriali che inviano regolarmente i report di attività/ n. totale di Uffici Territoriali		Implementazione
		4.1B: Incremento del numero delle segnalazioni di dimissione protetta agli Uffici Territoriali	n. di segnalazioni pervenute nel 2014/n. segnalazioni pervenute nel 2013		Implementazione Implementazione
		4.1C: Incremento n. pazienti assistiti in RSA	Incremento n. pazienti assistiti nell'anno 2014/ n. pazienti assistiti nell'anno 2013		
Realizzazione di interventi multidisciplinari negli ambiti della non autosufficienza/disabilità e M. di Alzheimer		4.2a Presa in carico di pazienti con Alzheimer in UVA domiciliare	Attivazione di un nuovo servizio domiciliare in almeno 1 PTA		Implementazione su due PTA Attivazione
		4.2b attivazione di 5 pl per pz. affetti da demenza organica ed Alzheimer	attivazione di 5 pl presso il P.O. di Piazza Armerina		
Realizzazione della rete assistenziale agli stranieri per l'orientamento ai servizi sanitari		realizzazione di un ambulatorio di "etnoneuropsichiatria" nell'area medica ospedaliera in collaborazione col DSM			Implementazione
Audit Clinico		Implementazione coordinata di programmi di Audit Civico applicato ai servizi di Assistenza protesica e integrativa	Partecipazione a tutti i moduli formativi regionali per i responsabili aziendali	100%	Obiettivo da inserire in PAA 14

CAPITOLO 5		Salute della donna, del bambino e dell'età giovanile –			
Situazione AS IS	<p>Permanendo criticità, sia il <i>Protocollo per la gestione della gravidanza fisiologica (a basso rischio)</i> che per la <i>gravidanza a rischio appare</i> necessario perfezionare la parte ospedaliera delle procedure in merito al contesto organizzativo degli interventi previsti. Di conseguenza rimangono da definire le inter relazioni tra CC.FF. e PP.OO. Per quanto riguarda la parte del percorso nascita di competenza strettamente consultoriale (presa in carico e gestione della gravidanza a basso rischio fino alla 36[^] W), l'obiettivo 2012 è stato pienamente raggiunto. È stato implementato l'uso del Quaderno di Gravidanza, distribuito dal 100% dei consultori. Il D.A. 2/12/2011 "razionalizzazione della rete Riordino e dei punti nascita" è attualmente in fase di revisione da parte del Servizio 4 Dipartimento Pianificazione Strategica dell'Assessorato Salute</p>				
Situazione TO BE	<p>Superamento delle criticità del percorso nascita attraverso: piena realizzazione della fase ospedaliera nei punti nascita in ordine alle procedure di accoglienza delle gravide a termine ed a rischio e re invio ai consultori per l'assistenza in puerperio individuazione delle condizioni di gravidanza a basso rischio e possibile gestione territoriale o integrata monitoraggio dell'attività ambulatoriale ostetrica dei punti nascita piena attivazione dei sistemi Sten e Stam</p>				
interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo provvisorio	
Rimodulazione dell'attività ambulatoriale ostetrica c/o i punti nascita PO		1A Cessazione della presa in carico c/o gli ambulatori dei punti nascita, delle gravidanze a basso rischio (prima della 36 [^] W). 1B Implementazione Ambulatori GRAVIDANZA A TERMINE (dalla 37 [^] W) c/o i punti nascita aziendali 1C Implementazione Ambulatori GRAVIDANZA RISCHIO c/o il punto nascita di 2° livello (Enna)	N. gravide a basso rischio prima della 36 [^] W prese in carico c/o gli ambulatori dei punti nascita/N. totale di gravide prese in carico c/o gli ambulatori dei punti nascita. N. gravide a termine prese in carico c/i punti nascita / N. gravide a termine inviate dai CCFF. N. gravide a rischio prese in carico c/ il punto nascita / N. gravide a rischio inviate dai CCFF.		Obiettivo da riproporre in PAA 14 come da specifiche disposizioni assessoriali
Gestione integrata consultoriale/ospedaliera sulla definizione di rischio in gravidanza		Individuazione dei criteri per la definizione del rischio in gravidanza	Elaborazione ed adozione documento condiviso sia dalle UU.OO Territoriali che dalle UU.OO Ospedaliere		Obiettivo da riproporre in PAA 14 come da specifiche disposizioni assessoriali
Sistematico e completo monitoraggio dell'attività ambulatoriale ostetrica dei punti nascita		Implementazione della griglia di monitoraggio "Accessi gravide ambulatori punti nascita" del PROGETTO QUADERNO DI GRAVIDANZA c/o i punti nascita	n. punti nascita che hanno trasmesso le griglie complete al Referente aziendale del progetto Q.GRAV per la successiva trasmissione alla Regione/N. punti nascita		Obiettivo da riproporre in PAA 14 come da specifiche disposizioni assessoriali
4 Sicurezza della puerpera e del bambino		Implementazione sistema Sten e Stam	n. trasporti effettuati Sten e Stam/ N. trasporti richiesti		Obiettivo da riproporre in PAA 14 come da specifiche disposizioni assessoriali

CAPITOLO 6 - Oncologia -

Situazione AS IS	L'attuale risposta ai bisogni di salute del paziente oncologico risulta frammentata e comporta un alto tasso di mobilità passiva				
Situazione TO BE	Il percorso per migliorare l'iter assistenziale del paziente oncologico prevede la creazione di team multidisciplinari				
Interventi Previsti	Peso Intervento	Descrizione e Articolazione dell'Intervento	Risultati Attesi dall'Intervento		Aggiornamenti
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo provvisorio	
Consolidamento delle attività degli screening oncologici		1A Definizione del Percorso Assistenziale dedicato ai pazienti risultati positivi agli screening. 1B Ratifica da parte della direzione strategica Aziendale dei percorsi definiti al punto 1A.	Produzione del Piano	Attuazione piano	Continuare la pianificazione dell'Obiettivo
Implementazione Rete Oncologica		2A Istituzione nella Azienda Sanitaria di un team multidisciplinari per patologia neoplastica. 2B Progettazione da parte del team multidisciplinare di data base clinici. 2C Creazione di un percorso riabilitativo integrato per le pazienti sottoposte ad intervento chirurgico per tumore mammario.	2A. Esistenza del team aziendale 2B. Elaborazione progetto 2C. Esistenza del percorso assistenziale dedicato		Obiettivo da completare entro il 2014
Riabilitazione Psicologica nei Reparti critici		Attivare la riabilitazione psicologica nei reparti critici attraverso un effettivo sostegno al paziente ed ai suoi familiari	Presenza dello Psicologo		Obiettivo da riproporre in PAA 14

CAPITOLO 7 - Cure palliative e terapia del dolore -

<i>Situazione AS IS</i>	<i>Offerta sanitaria specifica presso il PO di Enna Attivazione Rete integrata hub spoke terapia del Dolore Esistenza Hospice PO Umberto I Enna La dotazione dei posti letto hospice della provincia di enna allo stato attuale è di soli 5 pl su 10 in quanto sono in corso interventi di manutenzione straordinaria per lavori di ristrutturazione.</i>				
<i>Situazione TO BE</i>	<i>Attuazione Progetto Obiettivo PSN 2012 3.1 Consolidamento Rete Regionale di Terapia del Dolore Attuazione Progetto Obiettivo PSN 2012 3.2 Potenziamento Rete regionale Cure Palliative Definizione di percorso condiviso</i>				
<i>Interventi Previsti</i>	<i>Peso Intervento (tot. 100%)</i>	<i>Descrizione e Articolazione dell'Intervento</i>	<i>Risultati Attesi dall'Intervento</i>		<i>Aggiornamenti</i>
			<i>Indicatore di risultato</i>	<i>Valore obiettivo provvisorio</i>	
<i>Attività di diffusione delle CP e TD;</i>		<i>Integrazione Ospedale/Territorio cure palliative e terapia del dolore</i>	<i>Attivazione del servizio di cure palliative</i>		<i>Obiettivo da riproporre in PAA 14</i>
<i>INCREMENTO SISTEMA CURE PALLIATIVE DOMICILIARE</i>		<i>Esternalizzazione del servizio</i>	<i>Definizione convenzione ONLUS accreditate</i>	<i>Attivazione servizio</i>	<i>Continuare la pianificazione dell'Obiettivo</i>
<i>AMBULATORIO TERAPIA DEL DOLORE</i>		<i>attivazione posti letto indistinti allo spoke del PO Enna</i>	<i>n. posti letto indistinti</i>		<i>Obiettivo da raggiungere entro il 2014</i>

CAPITOLO 8 Cardiologia -

Situazione AS IS	La risposta assistenziale in sanità deve coniugare la qualità del servizio con il contenimento dei costi. Questa dicotomia tipica delle funzioni sanitarie trova, nel nostro caso, una possibile soluzione adottando scelte organizzative appropriate. Razionalizzando le risposte organizzative miglioreremo "l'offerta" senza dover operare un razionamento di domanda, se non di quella inappropriata. Alle attività cardiologiche, svolte in ambito ospedaliero, non corrisponde un'attività cardiologica territoriale sufficiente: carenza di apparecchiature diagnostiche e di un sufficiente numero di specialisti ambulatoriali in possesso delle competenze necessarie al loro utilizzo; area cardiologica ospedaliera scollegata da quella territoriale con conseguente aumento della "mobilità in uscita" anche per prestazioni routinariamente assicurate nei nostri presidi ospedalieri. La problematica più evidente, conseguenza di tale situazione è l'inadeguatezza delle strutture territoriali a garantire continuità alla dovuta assistenza al paziente scompensato, in linea con quanto in atto assicurato dalle strutture ospedaliere.					
Situazione TO BE	La UTIC è la struttura centrale di riferimento nella gestione del percorso assistenziale dei pazienti cardiologici complessi acuti ed è l'interfaccia naturale per l'emergenza – urgenza cardiologica rispetto alle strutture sanitarie del territorio. Fondamentale, altresì, uno stretto e costante rapporto con i Pronto Soccorso e le Medicine d'Urgenza dei due presidi per definire, in base a precisi protocolli diagnostico-terapeutici ed organizzativi, una completa integrazione nell'affrontare le patologie cardiologiche acute più importanti e più frequenti. Utile definire e concordare con i soggetti interessati un protocollo di osservazione del dolore toracico che rappresenta probabilmente il momento più critico nei rapporti tra la Medicina d'Accettazione d'urgenza e la struttura cardiologica. L'emergenza cardiologica è infatti rappresentata nelle sue forme più diffuse da sindromi coronariche acute ed infarto dal un lato e dall'arresto cardiorespiratorio dall'altro. Negli ultimi anni si sono affermati modelli d'intervento, nei confronti di questi quadri patologici, capaci di incidere significativamente sulla loro prognosi con riduzione della mortalità.					
Interventi Previsti	Peso Intervento (tot. 100%)	Descrizione e Articolazione dell'Intervento	Risultati Attesi dall'Intervento			
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo provvisorio		
gestione appropriata del paziente con dolore toracico		1a Creazione dell'Unità di Valutazione del dolore toracico nel PP.OO. di Enna e Nicosia 1b Potenziamento del sistema di telecardiologia con allestimento mezzi di pronto intervento con tecnologia idonea alla trasmissione a distanza degli ECG 1c Protocollo di accesso alle terapie intensive cardiologiche concordato con il 118, Servizi di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza.	1a presenza Unità di Valutazione almeno in uno dei due PP.OO. 1b Almeno 1 autoambulanza con tecnologia di trasmissione a distanza dell'ECG 1c Esistenza Protocollo			Obiettivo da implementare nel PAA 14
gestione appropriata del paziente con scompenso cardiaco		Ottimizzazione delle strategie di intervento Ospedale - Territorio per le dimissioni facilitate e la presa in carico presso gli ambulatori per lo scompenso cardiaco.	Applicazione PDTA			Obiettivo da implementare in PAA 14
diagnostica per immagini cardiologica		3a Utilizzazione delle nuove apparecchiature di diagnostica per immagini presenti nel territorio (RMN, TC, ecografi, gamma camera) 3b Attivazione di un Ambulatorio per la diagnostica d'immagine con stress mediante acquisto della specifica strumentazione 3c Avvio dell'attività di diagnostica per l'immagine cardiologica	3a disseminazione formazione UOC nelle metodiche di RMN cardiologica, TAC coronarica, ecocardiografia e scintigrafia miocardica 3b acquisto di sistema ergometrico			Obiettivo da riproporre in PAA 14

<p>Gestione delle aritmie</p>		<p>4.1 Implementazione delle attività di Elettrofisiologia Interventistica per la cura delle aritmie ipercinetiche: 4.1a Potenziamento della dotazione strumentale attraverso l'acquisizione di un poligrafo per registrazione dei segnali cardiaci intracavitari e di un ablatore. 4.1b Prevedere Il training del personale medico dell'Ospedale di Enna</p>	<p>Acquisizione della strumentazione in corso e programmazione dell'addestramento in House con tutoraggio 4.1a Acquisto della strumentazione 4.1b Formazione in House del personale medico coinvolto</p>			<p>Obiettivo da riproporre in PAA 14</p>
-------------------------------	--	---	--	--	--	---

CAPITOLO 9 - Neuroscienze –

Situazione AS IS	L'ictus è la causa del 10-12% di tutti i decessi per anno, rappresenta la prima causa di invalidità e la seconda causa di demenza con perdita dell'autosufficienza. Nel trattamento dell'ictus, al fine di ridurre la mortalità e la gravità dei relinquiati, è quindi fondamentale la tempestività della diagnosi e del trattamento.				
Situazione TO BE	E' stata individuata la Rete delle Stroke Unit operative in Sicilia, secondo il modello Hub e Spoke con la classificazione per livelli di complessità e secondo le modalità e le indicazioni del D.A. 02186 del 22/10/2012. In quest'ottica appare cruciale che questa Azienda faccia delle scelte strategiche in merito dal momento che è stata recentemente attivata la RMN				
Interventi Previsti	Peso Intervento (tot. 100%)	Descrizione e Articolazione dell'Intervento	Risultati Attesi dall'Intervento		
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo provvisorio	
Migliorare le competenze professionali		9.1b Riattivazione cognitiva post-ictale e nel paziente con demenza vascolare	implementazione ambulatorio di neuro psicologia		Implementazione
Riprogrammazione Attività ambulatoriale e formazione		9.3A. Rimodulazione programmazione attività ambulatoriale U.O.C di Neurologia con incluso Ambulatorio per le malattie cerebro-vascolari -Prevenzione primaria e secondaria e relativa attivazione di agenda di prenotazione	Implementazione ambulatorio con agenda di prenotazione dedicata		Obiettivo da riproporre in PAA 14
Potenziamento Attività assistenziale semiresidenziale a pazienti affetti da demenza		Potenziamento e messa a regime rete UVA			Obiettivo da implementare in PAA 14

CAPITOLO 10 - Gestione del poli-traumatizzato

Situazione AS IS	Assenza di protocolli gestionali integrati fra l'ASP di Enna e il 118 per la gestione del politrauma L'ASP di Enna aderisce alla rete regionale mediante l'Hub di Caltanissetta e gli spoke di 2° livello di Enna e 1° livello di Nicosia, Leonforte e Piazza Armerina					
Situazione TO BE	Preparazione e divulgazione di protocolli gestionali integrati con il sistema 118 ed il centro HUB di Caltanissetta					
interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento			
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo provvisorio		
Audit Clinico		Implementazione coordinata di programmi di Audit Civico applicato ai servizi di Rete emergenza urgenza	Partecipazione a tutti i moduli formativi regionali per i responsabili aziendali			Obiettivo da inserire in PAA 14
Percorsi formativi Terapia del Dolore		Applicazione legge n.°38 del 2010	Eventi formativi			Obiettivo da riproporre in PAA 14
Gestione integrata del politrauma tra 118 e Azienda		Corsi ATLS	Eventi Formativi			Obiettivo da inserire in PAA 14
gestione dei traumi e delle patologie sportive e delle patologie di pazienti ad elevata richiesta funzionale		Pianificazione di un percorso per l'attivazione di un Centro di Traumatologia e Medicina dello Sport	Costituzione gruppo di lavoro Eventi Formativi			Continuare la pianificazione dell'Obiettivo

CAPITOLO 11 - Trapianti e Piano Sanguie

Situazione AS IS	RETE TRAPIANTI Sensibilizzazione alla cultura della donazione e Collegamento con il Centro Regionale Trapianti (CRT) RETE TRASFUSIONALE Adesione alla rete trasfusionale regionale Avvio adattamento standard previsti nel D.A. 1141/2010					
Situazione TO BE	RETE TRASFUSIONALE Attività preliminari per Accreditemento ed adattamento agli obiettivi indicati nel D.A. 1141/2010					
Interventi Previsti	Peso Intervento (tot. 100%)	Descrizione e Articolazione dell'Intervento	Risultati Attesi dall'Intervento			
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo provvisorio		
Attività preliminari per istanza di accreditamento DA 398/11	15 %	Pianificazione e realizzazione percorso di accreditamento definitivo previsto per il 31/12/2014	superamento della visita ispettiva intermedia			Obiettivo da riproporre in PAA 14
Diffusione della cultura della donazione degli organi	20%	11.2B Campagna di divulgazione della cultura della donazione degli organi nelle scuole, comunità , etc.	Campagna informativa nelle scuole della Provincia di Enna			Obiettivo da riproporre in PAA 14
ridurre l'opposizione alle donazioni di organi e tessuti	20%	Attivazione di un supporto psicologico per i Familiari dei degenti nelle Unità di Rianimazione	Presenza dello psicologo			Obiettivo da riproporre in PAA 14
Implementazione del sistema organizzativo per donazione organi e tessuti	20%	Implementazione ufficio di coordinamento locale per i trapianti				Implementazione

CAPITOLO 12 - Salute Mentale e Dipendenza

Situazione AS IS	L'incidenza dell'emergenza psichiatrica sia nell'età evolutiva/adolescenziale che adulta è in costante aumento anche per le complesse problematiche sociali e comportamentali spesso sottese. Tutto questo comporta un aumento di costi diretti e indiretti, fenomeni di mobilità passiva, di ricoveri spesso ripetuti e interventi frazionati.				
Situazione TO BE	All'interno di un percorso condiviso sarà privilegiata la strategia per la presa in carico globale del paziente tramite l'elaborazione di piani terapeutici individuali.				
interventi previsti	Peso intervento (tot. 100 %)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Aggiornamenti
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo provvisorio	
Attuazione linee guida piano Strategico Regionale per la Salute Mentale	50%	Elaborazione ed adozione del Piano di Azione locale nell'ambito del piano strategico regionale per la salute mentale	Insedimento organi statutari del PAL Costituzione budget di Salute		Continuare la pianificazione dell'Obiettivo
Integrazioni servizi DSM (CSM,NPI, SERT) per la gestione Doppia Diagnosi	25%	Formazione del personale Definizione procedure	n. 2 Eventi Formativi Stesura PDTA		Obiettivo da inserire in PAA 14
Progettazione di un modello di Gestione dei soggetti adulti affetti da Disturbi del comportamento alimentare	25%	Elaborazione di Protocolli di integrazione con le UOC coinvolte	Costituzione gruppo e attivazione ambulatorio multidisciplinare		Implementazione
Audit Clinico		Implementazione coordinata di programmi di Audit Civico applicato ai servizi di Salute Mentale	Partecipazione a tutti i moduli formativi regionali per i responsabili aziendali		Obiettivo da inserire in PAA 14

CAPITOLO 13 - Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti					
Situazione AS IS	La sicurezza dei pazienti è uno dei requisiti fondamentali, assieme all'efficacia e all'appropriatezza, dei processi di cura e di assistenza. In materia di Qualità e Rischio Clinico è necessario che le organizzazioni sanitarie diffondano all'interno delle varie articolazioni aziendali le linee guida utili a migliorare la possibile disomogeneità di percorsi diagnostico-assistenziali.				
Situazione TO BE	Attraverso una più attenta organizzazione delle attività di pianificazione e coordinamento delle attività aziendali, si raggiunge l'obiettivo di aumentare il livello delle prestazioni relative alla Qualità e Sicurezza dei pazienti assistiti nelle strutture ospedaliere.				
Interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Aggiornamenti
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo provvisorio	
Applicazione del modello di qualità progettata		1A) Autovalutazione mediante check list regionale del modello di qualità progettata per l'anno 2014	1 A) N. di UU.OO. Complesse di degenza che hanno effettuato l'autovalutazione mediante check list regionale del modello di qualità progettata per l'anno 2014/ N. totale UU.OO. Complesse di degenza		Obiettivo da implementare in PAA 14 secondo specifiche Disposizioni Assessoriali
		1B) Redazione dei piani di miglioramento	1 B) N. di UU.OO. Complesse di degenza per cui sono redatti piani di miglioramento / N. di UU.OO Complesse di degenza con criticità rilevate tramite autovalutazione 2014		
		1C) Realizzazione dei piani di miglioramento previsti	1C) N. di UU.OO. Complesse di degenza in cui sono realizzati i piani di miglioramento / N. di UU.OO. Complesse di degenza per le quali sono stati redatti i piani di miglioramento		
Applicazione delle Raccomandazioni prevenzione TEV		2A) Diffusione della Raccomandazione Prevenzione TEV	2A) N. di UU.OO. Complesse di degenza in cui è stata diffusa la Raccomandazione Prevenzione TEV /N. UU.OO. Complesse di degenza di pertinenza		Obiettivo da implementare in PAA 14 secondo specifiche Disposizioni Assessoriali
		2B) Applicazione della Raccomandazione Prevenzione TEV	2B) N. di UU.OO. Complesse di degenza che applicano la Raccomandazione Prevenzione TEV /N. UU.OO. Complesse di degenza di pertinenza con metodologia audit		
Raggiungimento degli standard JCI e IPSPG		Diffusione e verifica delle politiche e buone pratiche relativamente agli standard JCI e standard IPSPG	N. di piani di miglioramento realizzati/N. piani di miglioramento pianificati relativi agli standard JCI e IPSPG valutati come non raggiunti.		Obiettivo da implementare in PAA 14 secondo specifiche Disposizioni Assessoriali

CAPITOLO 14 - Rete Formativa, Comunicazione e Rete Civica

Situazione AS IS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il sito web aziendale è in continuo aggiornamento e di recente l'Assessorato della salute, Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica, ha chiesto ulteriori aggiornamenti e potenziamenti di specifiche sezioni dedicate alla trasparenza secondo le Linee Guida per i siti web della PA del 2011. In questo senso è stilata una classifica nazionale dei siti web. 2. Dal mese di ottobre a seguito di recenti disposizioni assessoriali, il sistema della Qualità Percepita è effettuato con l'utilizzo di questionari con codice a barre. 3. Il Comitato Consultivo rappresenta un organo di partecipazione valorizzato dalla legge di riforma n. 5 del 2009. 4. Necessità di potenziare la rete della comunicazione intra ed extra aziendale 					
Situazione TO BE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adeguamento del sito web ai criteri individuati dalle LLGG per un aumento considerevole della aderenza alle indicazioni delle LLGG 2. Ottimizzazione procedure di lettura dei questionari con conseguente statistica e messa on line dei grafici sulla percezione della qualità da parte dei cittadini 3. Segreteria tecnica e presenza alle riunioni del CCA 4. Potenziare la rete della comunicazione intra ed extra aziendale 					
Interventi Previsti	Peso Intervento (tot. 100%)	Descrizione e Articolazione dell'Intervento	Risultati Attesi dall'Intervento			
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo provvisorio		
Partecipazione del responsabile della formazione ai lavori della rete regionale dei responsabili della formazione		Partecipazione alla rete regionale	N di incontri della rete cui il responsabile ha partecipato/ N di incontri della rete programmati			Obiettivo da inserire in PAA 14
Supporto aziendale al rinnovo del Comitato Consultivo Aziendale (l. 5/09)		Istruttoria domande di partecipazione e completamento procedura di istituzione CCA Supporto finalizzato all'insediamento ed inizi lavori nuovo CCA	Atto deliberativo			Obiettivo da inserire in PAA 14

CAPITOLO 15 Partecipazione a Programmi sviluppo e innovazione

Situazione AS IS	<p>L'installazione dell'impianto di risonanza magnetica nell'Azienda Sanitaria di Enna mostra alcune evidenti criticità, da un lato legate alla carenza di personale medico e tecnico specializzato, sotto dimensionato rispetto alla pianta organica prevista dal PO-FESR 2007-2013, dall'altra alle carenze di formazione specifica degli operatori sanitari in questo particolare settore. L'ASP di Enna è dotata di un CUP Provinciale in grado di gestire la domanda degli esami RM del territorio, comporta una rapida saturazione degli spazi disponibili offerti da ogni singola Azienda, con conseguente gestione delle liste d'attesa.</p> <p>La costituzione del Nucleo di Progettazione (NdP) aziendale ha avviato nel 2012 una strategia di internazionalizzazione nel settore della ricerca sanitaria. E' ancora tuttavia limitata la conoscenza dei programmi di finanziamento della Comunità Europea (CE) ed è insufficiente la partecipazione alle Reti tematiche europee per i partenariati internazionali.</p>				
Situazione TO BE	<p>La gestione unificata di questa Azienda è in grado di distribuire le richieste d'esami, dovrebbe consentire una razionalizzazione dei processi con un contenimento dei tempi di attesa per l'esecuzione degli esami. A ciò si deve aggiungere una contemporanea azione di formazione continuativa del personale coinvolto, non solo mediante il già esistente progetto SETT (second opinion in teleradiologia) ma anche mediante azioni specifiche di aggiornamento con erogazione non solo di corsi teorici di formazione ma anche attuando progetti "hands on" direttamente in Azienda stante che è stata installata ed è già funzionante l'apparecchiatura di risonanza magnetica.</p> <p>L'obiettivo relativo all'area dell'Internazionalizzazione riguarderà la partecipazione a corsi di formazione sulle politiche e bandi di finanziamento della CE nel settore della sanità, al fine di aumentare le conoscenze e le capacità progettuali per la partecipazione ai programmi comunitari, la partecipazione alle Reti tematiche della CE, finalizzata alla creazione di partenariati europei ed internazionali per accedere ai bandi della CE.</p>				
Interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo provvisorio	
Diffondere le ICT, disseminando le best practice all'interno del SSR, attraverso il consolidamento del progetto SETT – tele radiologia e		Utilizzo sistema SETT. nel rispetto del rinnovo convenzione	Incremento delle consultazioni rispetto al 2013	Rispetto tetti ex art.4 e tempi di risposta ex art. 3 del rinnovo Convenzione SETT	Continuare la pianificazione dell'Obiettivo
Migliorare l'appropriatezza prescrittiva e ridurre i tempi d'attesa, a livello provinciale, per le prestazioni critiche radiologiche		Implementazione dell'attività di risonanza magnetica	N° RM prenotate con il sistema di agenda dedicata/totale RM eseguite		Obiettivo da implementare in PAA 14
Creazione di protocolli operativi sulla base di linee guida nazionali ed internazionali per uniformare la tipologia dell'offerta di RM		3A Costituzione di un gruppo di lavoro di esperti per la definizione di protocolli clinicamente orientati 3B Diffusione degli stessi mediante la Direzione Sanitaria 3C Applicazione e revisione dei livelli di miglioramento dei protocolli con cadenza semestrale	Linee guida "clinically oriented" e protocolli condivisi		Obiettivo da implementare in PAA 14

Organizzare o partecipare a corsi/workshop che interessano le politiche di finanziamento Europeo		Organizzazione/partecipazione all'evento	n. corsi/workshop ai quali si partecipa o si organizzano		Obiettivo da implementare in PAA 14
Partecipazione ai laboratori in materia di HTA/POAT		Partecipazione dei delegati aziendali ai laboratori in materia di HTA/POAT	N. di riunioni e incontri partecipati / N. riunioni e incontri regionali organizzati		Obiettivo da implementare in PAA 14 in ottemperanza D.A.