

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
ENNA



PIANO DELLA PERFORMANCE 2016-18
AGGIORNAMENTO

PRESENTAZIONE

L'ASP DI Enna ha adottato con delibera n. 38 del 28.01.2016 il Piano della Performance 2016-18, successivamente pubblicato sul sito istituzionale aziendale.

Il Piano della Performance (art. 10 D.Lgs 27.10.2009 n. 150, di seguito indicato come Decreto), è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance (art. 4 del Decreto); ha per oggetto gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi di ciascuna Pubblica Amministrazione (P.A.), nonché la definizione del sistema di misurazione, monitoraggio, valutazione delle attività/azioni volte al soddisfacimento dei bisogni pubblici, con riferimento alla “*mission*” di ogni singolo ramo della P.A.

Secondo quanto previsto dall'art. 10, c. 3 del Decreto eventuali variazioni durante l'esercizio degli obiettivi e degli indicatori della *performance* organizzativa e individuale sono tempestivamente inseriti all'interno del Piano della *performance*.

Nel presente aggiornamento sono riportati gli Obiettivi di Salute e Funzionamento delle Aziende Sanitarie Siciliane per gli anni 2016 e 2017, definiti dall'Assessorato Regionale della Salute nel mese di Aprile 2016 e rimodulati in seguito alle osservazioni delle Direzioni Aziendali (verbale AGENAS del 07.07.2016) e all'audit presso l'Assessorato Regionale della Salute del 25.09.2016. E' riportato, inoltre, l'albero degli obiettivi individuati all'interno del Piano Attuativo Aziendale (aggiornamento azioni del Novembre 2016, come da disposizione assessoriale), in linea con le indicazioni del sopra citato Sistema Obiettivi di Salute e Funzionamento 2016-2017.

Gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, correlati al sistema di incentivazione per gli anni 2016 e 2017, sono articolati in macro-obiettivi, come di seguito rappresentato:



Tali macro-obiettivi sono stati integrati, come previsto nel contratto del Direttore Generale, da un obiettivo specifico, assegnato dall'Assessore a tutte le Aziende, "Riorganizzazione del Pronto Soccorso". Ai fini della riorganizzazione del Pronto Soccorso (P.S.) in integrazione coi CUP e Accettazione Unica per Presidi Ospedalieri e Aziende Ospedaliere a livello regionale è stato costituito un Gruppo di lavoro, di cui fanno parte i Direttori Generali, sotto il coordinamento dell'AGENAS, che svilupperà le tre macroaree organizzazione, strutture e tecnologie al fine di garantire logiche e priorità comuni a livello regionale nel percorso che sarà successivamente attuato da ciascuna singola Azienda nella riorganizzazione dei propri P.S.

Nella tabella che segue sono riportati i macro-obiettivi, declinati in sub-obiettivi, i relativi indicatori di risultato e i valori attesi; per alcuni di essi si riportano anche degli indicatori di processo e i valori di riferimento.

TABELLA: Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi 2016-2017

Macro-obiettivo	Obiettivo	Peso	Indicatori di risultato	Target	Note
1.Screening oncologici	1.1 Screening tumore cervice uterina	3	$\frac{n \text{ test}}{\text{popolazione target (ISTAT/3)}}$	Estensione: 100% Adesione: 50%	
	1.2 Screening tumore mammella	3	$\frac{n \text{ test}}{\text{popolazione target (ISTAT /2)}}$	Estensione: 100% Adesione: 60%	
	1.3 Screening tumore colonretto	3	$\frac{n \text{ test}}{\text{popolazione target (ISTAT/2)}}$	Estensione: 100% Adesione: 50%	
			Indicatori di processo	Target	
			- istituzione U.O. screening - coinvolgimento e collaborazione MMG - riduzione inviti inesitati	100% 30% ≤ 3%	

2. Esiti	2.1 Tempestività intervento per frattura femore in pazienti over 65 anni	5	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	90% (da valore soglia 60% pari a 0 applicando una funzione lineare)	Raggiungimento dell'obiettivo subordinato all'applicazione degli "Standard regionali per la gestione integrata percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore DA 2525/2015"
	2.2 Riduzione parti cesarei primari	5	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	≤ 20% (miglioramento a partire da soglia minima 28% applicando una funzione lineare)	
	2.3.1 Tempestività intervento in IMA STEMI (PTCA entro 0-1 giorno)	3.33	PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno* (cfr. note) dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / numero totale di I.M.A. STEMI** diagnosticati	91% (miglioramento tra soglia minima 78% e valore target)	
	2.3.2 Tempestività intervento in IMA STEMI (PTCA entro 90' - integrando flussi RAD-ESITO e SDO)	1.67	Proporzione di STEMI (Infarti Miocardici con sopraslivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti	91% (miglioramento tra soglia minima 60% e valore target)	
	2.4 Degenza post-operatoria in colecistectomia laparoscopica < 3 giorni	5	n ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria < 3 giorni / n totale ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	97% (miglioramento tra soglia minima 70% e valore target)	

3. Liste di attesa	Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali (PNGLA 2010-2012)	7.5	EX ANTE: 1) Σ N. prestazioni richieste (da 1 a 43)*% di garanzia in classe B /Totale prestazioni prenotate in classe B 2) Σ N. prestazioni richieste (da 1 a 43)*% di garanzia in classe D /Totale prestazioni prenotate in classe D	Livello I (ob. al 100%): $\geq 90\%$ (classi B e D, come media delle 43 prestazioni critiche di cui al PRGTA) Scala SI/NO SI = 100% dell'obiettivo; i NO: si passa al Livello II Livello II (ob. al 90%):: fra 85% e 89% (classi B e D, come media delle 43 prestazioni critiche di cui al PRGTA) Scala SI/NO SI = 90% dell'obiettivo NO: si passa al Livello III Livello III (ob. al 75%): fra 75% e 84% (classi B e D, come media delle 43 prestazioni critiche di cui al PRGTA) Scala SI/NO SI = 75% dell'obiettivo NO: obiettivo non raggiunto	Prerequisito per il calcolo dell' indicatore: l'accesso al sistema di valutazione avviene solo se l'Azienda ha prodotto il monitoraggio ex ante stabilito dalla Regione sulla base delle indicazioni nazionali; l'assenza del prerequisito non consente il raggiungimento dell'obiettivo
		7.5	EX POST: 1) n prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B/totale di prestazioni di classe B	Livello I (ob. al 100%): - soglia di garanzia $\geq 50\%$ (classi B e D come media delle 43 prestazioni critiche di cui al PRGTA)	Prerequisito per il calcolo dell'indicatore: che tutti i campi siano valorizzati, in media, almeno al 90%, nei flussi della specialistica ambulatoriale (flusso C, M e XML ex art. 50); l'assenza del prerequisito non consente il

			<p>2) n prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D/prestazioni di classe D; relativamente alle seguenti otto prestazioni - visita oculistica, mammografia, TAC torace senza e con mdc, Ecocolordoppler tronchi sovraortici e RNM colonna vertebrale, ecografia ostetrica-ginecologica, visita ortopedica, visita cardiologica - l'indicatore viene calcolato per ciascuna prestazione</p>	<p>- soglia del 50% per ciascuna delle 8 prestazioni (classi B e D) Scala SI/NO SI= 100% del valore dell'obiettivo NO: si passa al livello II</p> <p>Livello II (ob. al 90%): - soglia di garanzia $\geq 50\%$ (classi B e D come media delle 43 prestazioni critiche di cui al PRGTA) - soglia del 50% per ciascuna delle 8 prestazioni (classi B e D) Scala SI/NO SI= 90% del valore dell'obiettivo NO: si passa al livello III</p> <p>Livello III (ob. al 75%): - soglia di garanzia $\geq 50\%$ (classi B e D come media delle 43 prestazioni critiche di cui al PRGTA) Scala SI/NO SI= 75% del valore dell'obiettivo NO: obiettivo non raggiunto</p>	raggiungimento dell'obiettivo
--	--	--	---	---	-------------------------------

4. Punti nascita	4.1 Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR	5	n requisiti garantiti/totale requisiti previsti dalla Checklist (accordo Stato-Regioni 16.12.2010 e DA 2536 del 02.12.2011)	<p>Livello I (ob. raggiunto al 100%) Soddisfacimento 100% requisiti checklist nella totalità dei P.N. aziendali Scala SI/NO SI= 100% val. ob. NO: si passa al livello II</p> <p>Livello II (ob. raggiunto al 90%) Soddisfacimento 95% requisiti checklist nella totalità dei P.N. aziendali Scala SI/NO SI= 90% val. ob. NO: si passa al livello III</p> <p>Livello III (ob. raggiunto al 75%) Soddisfacimento 85% requisiti checklist nella totalità dei P.N. aziendali Scala SI/NO SI= 75% val. ob. NO: obiettivo non raggiunto</p>	Pre-requisito: requisiti relativi a presenza personale ostetrico, ginecologico, guardia attiva H24 anestesiologicala e pediatrico/ neonatologica H24, garanzia esami di laboratorio e indagini di diagnostica per immagini, disponibilità emotrasfusioni H24 e sala operatoria pronta e disponibile H24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto, l'assenza del pre-requisito non consente il raggiungimento dell'obiettivo
------------------	--	---	---	--	---

	4.2 Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali	5	<p>4.2.1 <u>PN senza UTIN</u></p> <p>4.2.1.1) n nati con età gestazionale < 34 sett. compiute con ricovero per più di 1 giorno</p> <p>4.2.1.2) % neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita/tortale neonati ricoverati</p> <p>4.2.2 <u>PN con TIN</u></p> <p>4.2.2.3) report di monitoraggio</p> <p>4.2.2.4) - migliorare il modello organizzativo tramite il passaggio - se dovuto - dei neonati da TIN (cod 73) a Patologia Neonatale (62)% di neonati dimessi direttamente da TIN n neonati dimessi direttamente da TIN (codice 2)/totale neonati ricoverati in TIN al netto dei deceduti (codice 1)</p>	<p>0 (Fonte SDO e CEDAP)</p> <p><8% (Fonte SDO)</p> <p>SI (controllo analitico su 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73 a cura dei NOC aziendali)</p> <p>Scala SI/NO < 10% (2016) < 7% (2017) < 5% (2018)</p>	
5. Donazione organi	Incrementare il numero delle donazioni di organi e tessuti	0.75	5.1. Organizzazione Ufficio Coordinamento locale	Scala SI/NO V.O. SI (peso 25%)	

		1.2	5.2. n accertamenti di morte con metodo neurologico (n) non < 30% dei decessi per grave neurolesione registrati in Azienda	n >50% (peso 40%) Obiettivo raggiunto proporzionalmente al n di accertamenti effettuati (sistema obiettivi 2016-17)	
		0.6	5.3. n donatori procurati	(peso 20%) Obiettivo raggiunto proporzionalmente al n di donatori procurati (sistema obiettivi 2016-17) > 50% degli accertamenti eseguiti (peso 40%)	
		0.3	5.4. n cornee prelevate	≥5% dei decessi registrati idonei (peso 10%) Obiettivo raggiunto proporzionalmente al n di cornee prelevate (sistema obiettivi 2016-17)	
		0.15	5.5. organizzazione evento formativo aziendale	SI/NO V.O. SI (peso 5%)	

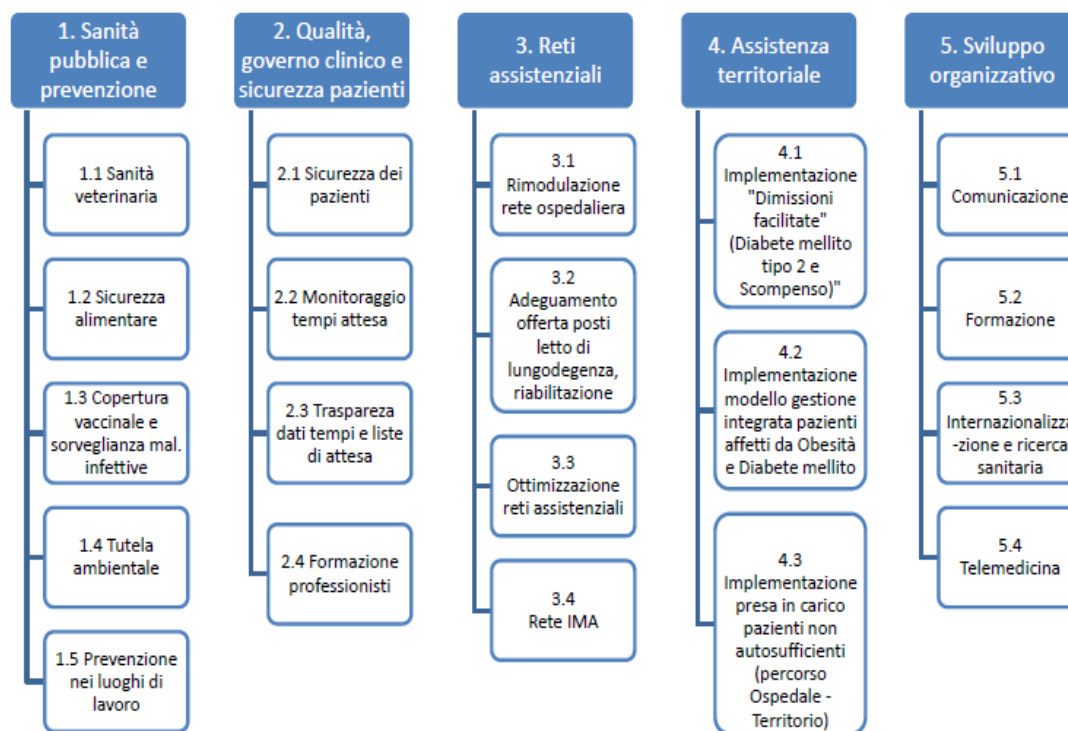
6. Prescrizioni dematerializzate	Prescrizioni dematerializzate	5	<p>1. % medici dipendenti + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata</p> <p>2. n medio di prescrizioni mensili nei periodi maggio-dicembre 2016 e anno 2017</p>	<p>1. > 20% (2016) > 30% (2017)</p> <p>2. 5 (2016) 10 (2017)</p>	
7. Utilizzo fondi PSN	Monitoraggio stato di attuazione Progetti obiettivo di PSN	6	<p>1. puntuale trasmissione dei report trimestrali</p> <p>2. rispetto delle tempistiche dichiarate per la chiusura dei progetti (non oltre il 30.04.2017)</p>	<p>1. 100%</p> <p>2. 100%</p>	
8. Sviluppo percorso attuativo di certificabilità (PAC)	<p>1. Dare evidenza del percorso di certificabilità dei bilanci</p> <p>2. garantire l'implementazione, funzionalità e affidabilità presso gli Enti delle azioni previste nel cronoprogramma del PAC approvato dalla Regione</p>	5 (2016)	<p><u>Al 30.09.2016 (Punti 1)</u> Dare evidenza, attraverso i siti web istituzionali, dello stato di avanzamento del PAC della Regione presso l'Ente; indicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - specifica fase del processo - livello di implementazione <p><u>Al 31.12.2016 (Punti: 4)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - istituzione funzione di <i>internal audit</i> (Punti 1) - implementazione di sistemi informatici integrati idonei alla realizzazione del PAC (Punti 2) - Conseguimento e implementazione degli obiettivi PAC (Aree Generale, Rimanenze; Immobilizzazione e Patrimonio Netto) (Punti 1) 	<p>Scala SI/NO</p> <p>V.O. SI</p> <p>V.O. SI</p>	

		1 (2017)	<u>Al 30.10.2017 (Punti:1)</u> - pieno conseguimento e implementazione degli obiettivi PAC relativi alle aree: Crediti e Ricavi, Debiti e Costi; Disponibilità	V.O. SI	
9. P.A.A.	Redazione del P.A.A. per l'anno 2016 e 2017 e approvazione Realizzazione delle azioni previste dal P.A.A.	1	Redazione del P.A.A. e approvazione	V.O. SI	
		25	1- Sanità Pubblica e Prevenzione 2. Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti 3. Reti Assistenziali	Implementazione e realizzazione delle attività previste Scala: % di sviluppo delle azioni previste e relativi pesi indicati nel PAA V.O. 100% Implementazione e realizzazione delle attività previste Scala: % di sviluppo delle azioni previste e relativi pesi indicati nel PAA V.O. 100% Implementazione e realizzazione delle attività previste Scala: % di sviluppo delle azioni previste e relativi pesi indicati nel PAA V.O. 100%	

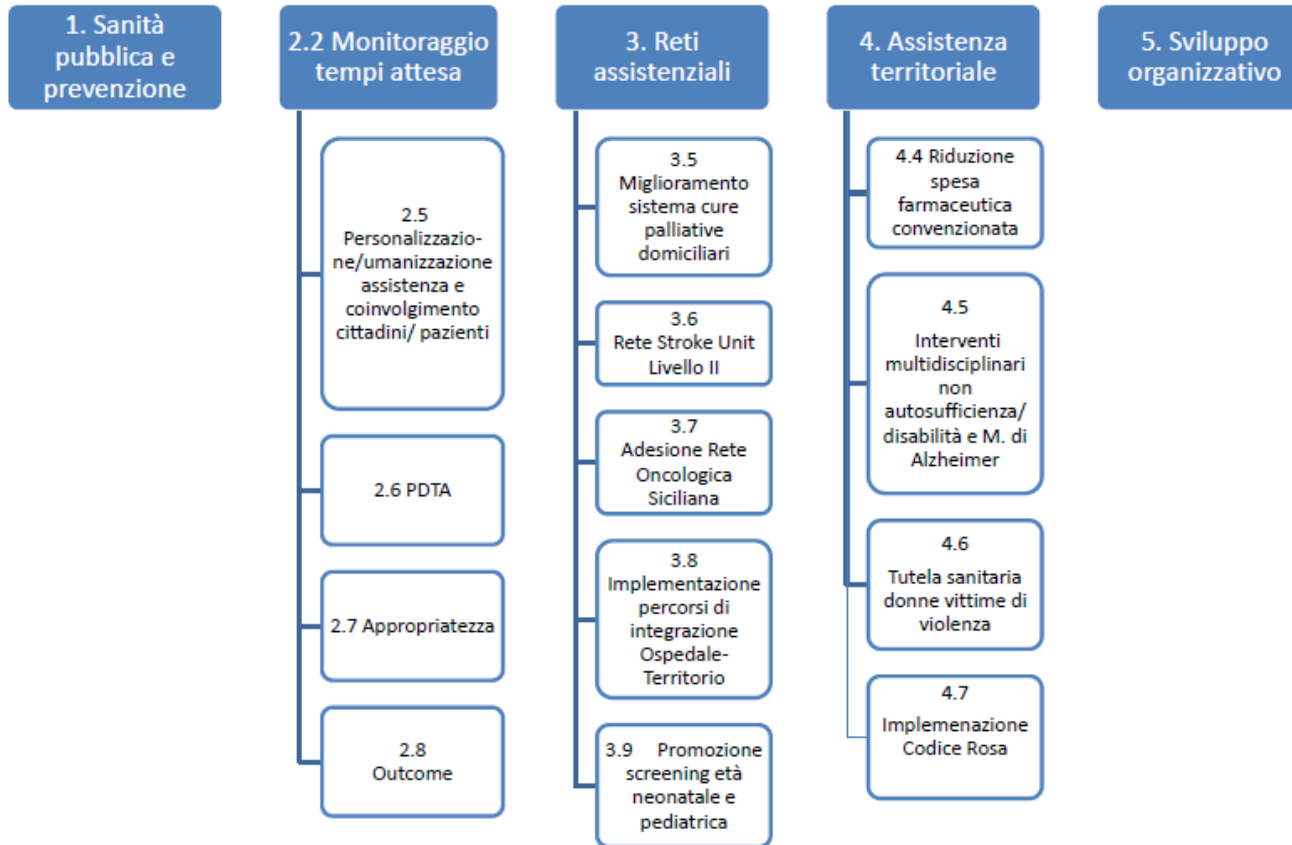
			4. Assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria	Implementazione e realizzazione delle attività previste Scala: % di sviluppo delle azioni previste e relativi pesi indicati nel PAA V.O. 100%	
			5. Sviluppo organizzativo	Implementazione e realizzazione delle attività previste Scala: % di sviluppo delle azioni previste e relativi pesi indicati nel PAA V.O. 100%	

Si schematizzano di seguito, raggruppati per aree di intervento, i macro-obiettivi individuati all'interno del Piano Attuativo Aziendale (P.A.A.), previsto dall'art. 5 della L.R. 5/2009; il P.A.A. si configura come strumento di programmazione duttile, oggetto di revisioni in logica *rolling* sulla base degli esiti del monitoraggio periodico effettuato dall'AGENAS. Per una descrizione più dettagliata degli obiettivi si rimanda alle schede di sintesi del P.A.A., già pubblicate nel sito istituzionale.

P.A.A. 2016 – AREE DI INTERVENTO (1)



P.A.A. 2016 – AREE DI INTERVENTO (2)



P.A.A. 2016 – AREE DI INTERVENTO (3)

