



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
ENNA

DELIBERA N. 49
DEL 31 GEN. 2018

OGGETTO: Piano della Performance ASP Enna - triennio 2018 – 2020

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

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE N. 260336
DEL 30 GEN 2018

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
Dr Maria Concetta Alloro
Maria Concetta Alloro

IL DIRIGENTE DELL'U.O. PROPONENTE
Dr *[Signature]*

S.E.F.P.

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

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

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

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

IL DIRETTORE DEL S.E.F.P.

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

DATA RICEZIONE DELLA PROPOSTA PRESSO U.O.C. STAFF _____

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

PREMESSO

che l'art. 10 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 modificato dall' art.10 D.lgs. 74/2017, stabilisce che le Amministrazioni Pubbliche redigono, nell'ambito di sviluppo del Ciclo della Performance, un documento programmatico triennale, aggiornato annualmente, denominato "Piano della Performance", da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo di programmazione finanziaria e di bilancio entro il 31 gennaio;

che il Piano della Performance individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance aziendale;

che con Delibera n. 705 del 05/09/2017 è stato nominato l'Organismo Indipendente di Valutazione;

che l'Azienda ha adottato i seguenti atti generali di programmazione aziendale:

- il Piano della Performance triennio 2017/2019, adottato con Delibera n. 54 del 31/01/2017;
- il Bilancio Preventivo Provvisorio anno 2018 adottato con delibera n.1105 del 22/12/2017, con riserva di adottare il documento definitivo non appena, in sede di negoziazione degli obiettivi e delle risorse economiche con l'Assessorato Reg.le della Salute, verranno assegnate le risorse economico-finanziarie di Bilancio;

che le deliberazioni ANAC (ex CIVIT) n. 112/2010 e n. 6/2013 forniscono indirizzi e linee guida relative al ciclo di gestione della performance, a cui si continua a fare riferimento nelle more che il Dipartimento della Funzione Pubblica emani nuove indicazioni (D.lgs. 74/2017 artt. 3 e 10);

CONSIDERATO

che l'Assessorato Regionale della Salute non ha ancora assegnato gli obiettivi per il triennio 2018-2020 e che la Direzione Aziendale, dopo avere illustrato in data 15/01/2018 ai Dirigenti di struttura complessa e /o semplice le risultanze dell'attività svolta nel 2017, ha riconfermato gli obiettivi assegnati dall'Assessorato nell'aprile 2016 e con valenza 18 mesi (fino al 31.12.2017), come indicato nel Piano della Performance 2018-2020;

che il Piano suddetto contiene, altresì, gli obiettivi riferiti agli obblighi in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione;

che il Piano Triennale della Performance 2018 - 2020, nel testo allegato alla presente delibera, illustra i principali obiettivi strategici ed operativi di interesse del cittadino con i relativi indicatori e valori attesi, nonché gli obiettivi operativi, indicatori, target, responsabilità già individuati

VISTO IL SEGUENTE ALLEGATO ALLA PRESENTE DELIBERAZIONE

- A. Piano della Performance ASP Enna triennio 2018 - 2020

PROPONE

Per quanto esposto in narrativa, che s'intende integralmente riportato, di:

Adottare il Piano Triennale della Performance 2018 - 2020 allegato al presente atto quale parte integrante;

dare atto che il suddetto Piano:

- assicura continuità con il precedente, riferito al triennio 2017 - 2019, e proietta in avanti gli obiettivi e le azioni i cui target di riferimento presentano parametri di misurazione ritenuti validi per l'anno 2018 dalla Direzione Strategica, per la realizzazione delle competenze istituzionali in coerenza ai principi di qualità, efficienza e correttezza dell'utilizzo delle risorse;
- contiene obiettivi, come previsto dalle linee guida ANAC, in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione;
- verrà aggiornato a seguito dell'assegnazione di nuovi obiettivi regionali e/o per sopraggiunte esigenze aziendali;

Disporre, a cura del Dirigente UOC Coordinamento STAFF, la notifica del presente atto

- all'Organismo Indipendente di Valutazione;
- al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per la pubblicazione del Piano sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo stante l'obbligo della pubblicazione del Piano della performance entro il 31 gennaio

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

Dr

L'anno duemiladiciotto il giorno *Trentuno*... del mese di *febbraio*... nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

IL DIRETTORE GENERALE

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

VISTI:

- ✓ La superiore proposta;
- ✓ la Legge Regionale 5 /2009 e s.m.i. ;
- ✓ l'Atto Aziendale adottato con delibera n. 429 del 01/06/2017;
- ✓ il Regolamento di organizzazione e funzionamento adottato con delibera n. 2448/2011;
- ✓ Il Regolamento di organizzazione e funzionamento Area Amministrativa adottato con delibera n. 829 del 24/10/2016
- ✓ il D.lgs. 150/2009, D.lgs. 141/2011, D.lgs. 74/2017;
- ✓ il D.A. 1821 del 26/09/2011
- ✓ il D.P.R. 105/2016;

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

Di approvare la proposta di deliberazione che precede, parte integrante del presente atto, accettandola come propria e pertanto adottare il Piano Triennale della Performance 2018 - 2020, allegato al presente atto quale parte integrante.

Dare atto che il suddetto Piano:

- assicura continuità con il precedente, riferito al triennio 2017 - 2019, e proietta in avanti gli obiettivi e le azioni i cui target di riferimento presentano parametri di misurazione ritenuti validi per l'anno 2018 dalla Direzione Strategica, per la realizzazione delle competenze istituzionali in coerenza ai principi di qualità, efficienza e correttezza dell'utilizzo delle risorse;
- contiene obiettivi, come previsto dalle linee guida ANAC, in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione.

Verrà aggiornato a seguito dell'assegnazione di nuovi obiettivi regionali e/o per sopraggiunte esigenze aziendali.

Disporre, a cura del Dirigente UOC Coordinamento STAFF, la notifica del presente atto:

- all'Organismo Indipendente di Valutazione;
- al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per la pubblicazione del Piano sul sito istituzionale nella sezione Trasparenza, Valutazione, Merito;

Dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo stante l'obbligo della pubblicazione del Piano della performance entro il 31 gennaio.

IL DIRETTORE SANITARIO
Dr. Emanuele Cassara



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dr. Maurizio Lanza



IL DIRETTORE GENERALE
- D.ssa Giovanna Fidella -



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE

Luisa Tranchida

PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, su conforme relazione dell'addetto, è stata pubblicata in copia all'albo della ASP di Enna, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n° 30/93 s.m.i., dal 04 FEB 2018 al 10 FEB 2018

| | |
|-----------------------|--|
| L'incaricato _____ | PER DELEGA DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO IL Dirigente Amm/vo U.O.C. COORD. STAFF AZIENDALI (Dr _____) |
|-----------------------|--|

Notificata al Collegio Sindacale il con nota prot. n°

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

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

SI ATTESTA

che l'Assessorato Regionale Sanità:

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

come da allegato.

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

DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

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

- immediatamente esecutiva dal 31 GEN. 2018

Enna li,

IL FUNZIONARIO INCARICATO

REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

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

Enna li,

IL FUNZIONARIO INCARICATO

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
ENNA



PIANO DELLA PERFORMANCE
2018-2020

1. Presentazione

Il presente Piano della Performance è redatto ai sensi del D. Lgs n. 150 del 27.10.2009 come modificato dal D.Lgs n. 74 del 25.05.2017. Rappresenta il documento di programmazione triennale con il quale l'ASP di Enna individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi per l'anno in corso, specificandone i relativi indicatori e valori attesi di risultato, sui quali si baserà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance*.

La "*performance*" è il contributo che l'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.

Nelle more dell'adozione delle linee guida di determinazione degli obiettivi generali di cui all'art. 5 c.1 del D.Lgs 74/2017, questa Amministrazione programma e definisce i propri obiettivi in continuità con gli obiettivi contenuti del Piano della Performance 2017-19, tenendo conto anche dei risultati conseguiti nel 2017 (D. Lgs 74/2017 art. 4 c.2), come preventivamente e provvisoriamente accertati nell'attività di verifica intermedia del CdG.

Nel Piano sono riportati, ai sensi dell'art. 10., c. 1 a del D.Lgs. 74/2017:

- gli obiettivi aziendali strategici ed operativi specifici (art. 5 c. 1b);
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance*;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori

Il presente Piano, redatto secondo gli orientamenti riportati nel D. Lgs 74/2017, si configura come strumento che, all'interno del ciclo della Performance, può contribuire a

- supportare i processi decisionali, favorendo la coerenza tra risorse e obiettivi, in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti e indiretti
- migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'Amministrazione, guidando i percorsi realizzativi e i comportamenti dei singoli
- comunicare anche all'esterno (accountability), ai propri portatori di interesse (stakeholder) priorità e risultati attesi

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Giovanna Fidelio

INDICE

| | |
|--|----|
| 1. Presentazione | 1 |
| Indice..... | 2 |
| 2. Sintesi delle informazioni di interesse per il cittadino e gli <i>stakeholder</i> esterni | 3 |
| 2.1 Chi siamo | 3 |
| 2.2 Cosa facciamo | 4 |
| 2.3 Come operiamo | 4 |
| 3. Identità | 5 |
| 3.1 L'amministrazione 'in cifre' | 5 |
| 3.2 Mandato istituzionale e missione | 12 |
| 3.3 Albero della performance..... | 12 |
| 4. Analisi del contesto | 14 |
| 4.1 Analisi del contesto esterno..... | 14 |
| 4.2 Analisi del contesto interno..... | 18 |
| 5. Gli obiettivi strategici | 22 |
| 6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi | 29 |
| 6.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale..... | 36 |
| 7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione delle <i>performance</i> | 36 |
| 7.1 Fasi soggetti e tempi del processo di redazione del Piano | 36 |
| 7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio | 38 |
| 7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di Gestione della Performance | 38 |
| 8. Integrazione del Piano della performance con il Piano Triennale Prevenzione Corruzione Trasparenza (PTPCT) | 39 |

Allegati

- All.1: Organigramma delle strutture organizzative (Atto Aziendale)
- All. 2: Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi 2016 -17
- All. 3: P.A.A. – schede di sintesi
- All. 4: Analisi SWOT

Premessa

Nelle more della definizione, da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica, di LLGG specifiche per la predisposizione del Piano della Performance delle Aziende Sanitarie (DPR 105/2016, art. 3 c.1), nella redazione del presente Piano si mantiene l'impostazione per capitoli e paragrafi descritta nella delibera CIVIT 112/2010.

2. Sintesi delle informazioni di interesse per il cittadino e gli *stakeholder* esterni

2.1 Chi siamo

L'A.S.P. di Enna è stata costituita con la L.R. n. 5/2009; è un ente dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale.

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 rappresentato:



Il sito istituzionale è il seguente: www.@asp.enna.it

L'ambito territoriale dell'ASP comprende l'intera provincia di Enna (di cui fanno parte i comuni di Enna, Calascibetta, Catenanuova, Centuripe, Valguarnera, Villàrosa, Piazza Armerina, Aidone, Barrafranca, Pietraperzia, Nicosia, Cerami, Gagliano Castelferrato, Sperlinga, Troina, Agira, Assoro, Leonforte, Nissoria, Regalbuto) e il Comune di Capizzi in provincia di Messina.

Il territorio aziendale è suddiviso in 4 Distretti Sanitari:

- Distretto Sanitario di Enna**, comprendente i Comuni di Enna, Calascibetta, Catenanuova, Centuripe, Valguarnera e Villàrosa;
- Distretto Sanitario di Piazza Armerina** comprendente i Comuni di Piazza Armerina, Aidone, Barrafranca e Pietraperzia;
- Distretto Sanitario di Nicosia** comprendente i Comuni di Nicosia, Capizzi, Cerami, Gagliano C.to, Sperlinga e Troina;
- Distretto Sanitario di Agira**, comprendente i Comuni di Agira, Assoro, Leonforte, Nissoria e Regalbuto.

Nell'ambito del territorio dell'Azienda con D. A. n. 629 del 31/3/2017 sono state individuate le seguenti strutture ospedaliere, classificate secondo i livelli di complessità crescente previsti dal D.M. 70/2015:

- P.O. Umberto I di Enna - Dipartimento di emergenza urgenza e di accettazione di I livello;
- P.O. "M. Chiello" di Piazza Armerina - Presidio ospedaliero di base
- P.O. "C. Basilotta" di Nicosia - Presidio ospedaliero di base
- P.O. "Ferro-Branciforti-Capra" di Leonforte - Presidio ospedaliero zona disagiata



La missione istituzionale dell'ASP di Enna è quella di tutelare la salute della popolazione residente e di assicurare i livelli essenziali di assistenza (LEA) indicati nel Piano Sanitario Nazionale e nel Piano Sanitario Regionale.

Gli organi dell'ASP sono il Direttore Generale - coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario - , il Collegio di Direzione e il Collegio Sindacale.

L'Azienda realizza i propri fini istituzionali attraverso le unità operative che direttamente fanno capo alla Direzione Strategica, attraverso le articolazioni dell'ambito sanitario ospedaliero e territoriale, attraverso i Dipartimenti (articolati al loro interno in strutture complesse e strutture semplici).

A seguito del riordino della rete ospedaliera l'Azienda ha ridisegnato il proprio assetto organizzativo nel nuovo Atto Aziendale, approvato dall' Assessorato e recepito dall'Azienda con del. n. 429 del 01/06/2017.

2.2 Cosa facciamo

L'Azienda svolge funzioni di tutela e di promozione della salute sia individuale che collettiva della popolazione residente e/o presente, attraverso attività di educazione alla salute, prevenzione, cura degli stati di malattia e recupero della salute, volte a garantire la migliore qualità di vita possibile.

Le scelte sanitarie sono effettuate in coerenza con le politiche nazionali e regionali, curando l'integrazione con le altre aziende - sanitarie e non - operanti sul territorio e con il coinvolgimento delle componenti sociali, politiche, economiche e di volontariato.

L'azione dell'Azienda si ispira a criteri di efficacia, di appropriatezza, di efficienza, di equità, di professionalità, in un quadro di compatibilità con le risorse disponibili. Essa è vincolata al principio della trasparenza in ragione del quale l'Azienda rende visibili e certi gli impegni dell'organizzazione e le relative garanzie mediante l'impiego di strumenti adeguati.

L'Azienda persegue obiettivi di miglioramento della qualità a tutti i livelli, sia con riferimento ai servizi offerti alla popolazione (innovazione tecnologica, percorsi di accreditamento, sicurezza dei pazienti), sia con riferimento alla valorizzazione dei propri dipendenti (benessere organizzativo, percorsi di formazione intra ed extra-aziendali).

2.3 Come operiamo

L'Azienda persegue le sue finalità attraverso le proprie articolazioni operative, come definite nel nuovo Atto Aziendale e nel Regolamento di organizzazione e funzionamento. Il modello operativo fondamentale è il Dipartimento con le sue articolazioni (unità operative complesse e semplici). Al

Dipartimento si affiancano le Unità operative complesse e semplici dei Distretti Ospedalieri e dell'ambito territoriale, nonché le Unità operative che direttamente fanno capo alla Direzione Aziendale. Per una dettagliata descrizione dell'organizzazione e del funzionamento aziendali si rimanda agli allegati dell'Atto Aziendale e al Regolamento sopra citato.

Accanto alle diverse articolazioni organizzative l' Atto Aziendale individua le competenze attribuite ai Direttori di Dipartimento ed agli altri Direttori di struttura complessa. I dirigenti esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti d'indirizzo e programmazione annuale delle attività nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget concordati; sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati. L'assetto organizzativo di tipo dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda.

I **Dipartimenti strutturali** hanno la responsabilità gestionale diretta delle risorse loro assegnate, ivi compresa la gestione del personale e la gestione degli accessi degli operatori del Dipartimento agli istituti contrattuali nei limiti di spesa fissati dalla Direzione Generale.

I **Dipartimenti funzionali** hanno come principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinico-assistenziale, favorendo l'acquisizione e il mantenimento di competenze tecnico-professionali adeguate, definendo percorsi diagnostico-terapeutico- assistenziali che possono caratterizzare le diverse articolazioni organizzative afferenti.

Le **Strutture Complesse** (o Unità Operative Complesse) sono articolazioni aziendali in cui si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali), finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione, oppure di produzione di prestazioni e di servizi sanitari. In virtù di tale "complessità", queste strutture costituiscono centri di responsabilità all'interno del processo di budget.

Le **Strutture Semplici** (o Unità Operative Semplici) sono contrassegnate da un sistema di produzione con significativo valore economico (sia in termini di tecnologie utilizzate che di risorse umane assegnate) che assicuri attività riconducibili ad una linea di produzione chiaramente individuabile.

3. Identità

3.1 L'amministrazione 'in cifre'

L'ASP di Enna attraverso le sue articolazioni organizzative serve una popolazione di 171.189 abitanti (dato al 31.12.2016 - ISTAT).

Articolazioni organizzative:

1. Distretti sanitari
2. Presidi ospedalieri
3. Dipartimenti strutturali e funzionali
4. Unità Operative Complesse (U.O.C.)
5. Unità Operative Semplici (all'interno di UOC o a valenza dipartimentale)

1. L'Azienda è articolata in 4 Distretti Sanitari:

- a. Distretto di Enna
- b. Distretto di Piazza Armerina
- c. Distretto di Agira
- d. Distretto di Nicosia

2. Sul territorio insistono 4 presidi ospedalieri, classificati per livelli di complessità come previsto dal D.M. 70/2015

- a. P.O. "Umberto I" - Enna – Dipartimento di emergenza urgenza e di accettazione di I liv.
 - b. P.O. "M. Chiello" - Piazza Armerina - Presidio ospedaliero di base
 - c. P.O. "C. Basilotta" - Nicosia - Presidio ospedaliero di base
 - d. P.O. "Ferro - Branciforti - Capra" -Leonforte – Presidio ospedaliero zona disagiata
3. L'Atto Aziendale individua i seguenti Dipartimenti
- a. Dipartimenti Strutturali
 - Dipartimento di Prevenzione
 - Dipartimento di Prevenzione Veterinario
 - Dipartimento della Salute Mentale
 - Dipartimento Assistenza Ospedaliera
 - b. Dipartimenti funzionali
 - Ambito territoriale:
 - Dipartimento dell'Assistenza Distrettuale e dell'Integrazione Socio-Sanitaria
 - Ambito ospedaliero:
 - Dipartimento di emergenza e accettazione (DEA)
 - Dipartimento di Medicina
 - Dipartimento di Chirurgia
 - Dipartimento dei Servizi
 - Ambito transmurale:
 - Dipartimento Materno-Infantile
 - Dipartimento Oncologico
 - Ambito Amministrativo
 - Dipartimento Amministrativo

Si rimanda all'Atto Aziendale (del. n. 429 del 01.06.2017) per un quadro più dettagliato della struttura organizzativa aziendale, e in particolare all'allegato "Organigramma delle Strutture Organizzative", riportato anche come allegato al presente Piano.

Alle strutture ospedaliere sopra citate sono assegnati i seguenti posti letto:

| Regime | Struttura | Mod. HSP 12 (PL strutturali) | |
|-------------------------------------|----------------|------------------------------|-----------|
| | | PL ordinari | PL DH |
| Acuti | P.O. Umberto I | 228 | 27 |
| | P.O. Chiello | 53 | 17 |
| | P.O. Basilotta | 63 | 10 |
| | P.O. F.B.C. | 32 | 2 |
| Totale Posti letto per acuti | | 376 | 56 |
| Lungodegenza | S.O. Basilotta | 4 | |
| Riabilitazione post acuzie | S.O. F.B.C. | 12 | |
| Totale posti letto effettivi | | 392 | 56 |

L'offerta relativa all'assistenza ambulatoriale è garantita dalle strutture riepilogate nei seguenti prospetti:

Distribuzione per livello di assistenza delle strutture a gestione diretta (alcune strutture espletano più tipologie di assistenza)

| TIPO STRUTTURA | Attività clinica | Diagnostica strumentale e per immagini | Attività di laboratorio | Attività consultorio familiare | Assistenza psichiatrica | Assistenza per tossicodipendenti | Assistenza AIDS | Assistenza idrotermale | Assistenza agli anziani | Assistenza ai disabili fisici | Assistenza ai disabili psichici | Assistenza ai malati terminali |
|-------------------------------------|------------------|--|-------------------------|--------------------------------|-------------------------|----------------------------------|-----------------|------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <i>Ambulatorio/ Laboratorio</i> | 34 | 4 | 4 | | | | | | | | | |
| <i>Struttura residenziale</i> | | | | | | | | | 2 | | 1 | |
| <i>Struttura semi-residenziale</i> | | | | | 1 | | | | | 1 | 2 | |
| <i>Altro tipo di struttura</i> | | | | 9 | 19 | 4 | | | | | | 1 |

Distribuzione per livello di assistenza delle strutture convenzionate (alcune strutture espletano più tipologie di assistenza)

| TIPO STRUTTURA | Attività clinica | Diagnostica strumentale e per immagini | Attività di laboratorio | Attività consultorio familiare | Assistenza psichiatrica | Assistenza per tossicodipendenti | Assistenza AIDS | Assistenza idrotermale | Assistenza agli anziani | Assistenza ai disabili fisici | Assistenza ai disabili psichici | Assistenza ai malati terminali |
|-------------------------------------|------------------|--|-------------------------|--------------------------------|-------------------------|----------------------------------|-----------------|------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <i>Ambulatorio/ Laboratorio</i> | 6 | 9 | 13 | | | | | | | | | |
| <i>Struttura residenziale</i> | | | | | 2 | | | | 1 | | 1 | |
| <i>Struttura semi-residenziale</i> | | | | | | | | | | | | |
| <i>Altro tipo di struttura</i> | | | | | | | | | | | | |

Relativamente all' Assistenza sanitaria di base, l'Azienda opera mediante 144 Medici di medicina generale, che assistono complessivamente una popolazione pari a 148.027 unità, e 24 Pediatri di libera scelta, che assistono complessivamente una popolazione pari a 16.465 unità (dato al 31.12.2017).



Le risorse umane

Le risorse umane aziendali sono di seguito rappresentate, ripartite per ruolo; il dato, aggiornato al 30/09/2017, è espresso come FTE (Full Time Equivalent – teste pesate), così da ricomprendere oltre che il personale di ruolo a tempo indeterminato anche i rapporti a tempo determinato. Nella sezione 4.2 - Analisi del contesto interno – sono riportati in grafici e tabelle ulteriori dati relativi al personale dipendente-

| Risorse Umane – Distribuzione per ruolo | |
|---|--------------|
| (Dati al 30/09/2017) | |
| RUOLO | |
| S-Sanitario | 1.248 |
| A-Amministrativo | 255 |
| T-Tecnico | 383 |
| P-Professionale | 11 |
| D-Direzione | 3 |
| TOTALE | 1.900 |

Le risorse economico-finanziarie

Dal punto di vista istituzionale la Regione è l'interlocutore principale per l'Azienda in quanto il finanziamento è definito dall'Assessorato regionale, che orienta il governo economico sulla base della programmazione sanitaria espressa nel Piano Sanitario Regionale. In concreto, la Regione ha in carico la gestione della politica sanitaria rivolta ai propri cittadini e la realizza attraverso l'attività delle aziende sanitarie, per le quali individua le priorità di intervento attraverso la definizione e l'assegnazione di specifici obiettivi, che sono definiti sia nel Piano Sanitario Regionale, sia negli obiettivi di mandato conferiti ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.

Il Bilancio di Previsione rappresenta il punto di partenza nell'individuazione delle risorse finanziarie a disposizione. Il dettaglio di seguito riportato evidenzia gli elementi più significativi e gli scostamenti dei dati rispetto all'anno precedente. Il Bilancio di previsione tiene conto del Piano degli Investimenti, allegato allo stesso.

| CONTO ECONOMICO | | | Importi: Euro | |
|---|--------------------|--------------------|----------------------|---------------|
| SCHEMA DI BILANCIO Decreto Interministeriale 20 marzo 2013 | Anno 2018 | Anno 2017 | VARIAZIONE 2018/2017 | |
| | | | Importo | % |
| A) VALORE DELLA PRODUZIONE | | | | |
| I) Contributi in c/esercizio | 320.707.373 | 319.709.795 | 1.003.578 | 0,3% |
| a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale | 318.399.193 | 317.357.746 | 1.041.452 | 0,3% |
| b) Contributi in c/esercizio - extra fondo | 2.308.175 | 2.346.049 | -37.874 | -1,6% |
| 1) Contributi da Regione o Prov. Aut (extra fondo) - vincolati | 2.308.175 | 2.308.175 | - | 0,0% |
| 2) Contributi da Regione o Prov. Aut (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA | - | - | - | - |
| 3) Contributi da Regione o Prov. Aut (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA | - | - | - | - |
| 4) Contributi da Regione o Prov. Aut (extra fondo) - altro | - | - | - | - |
| 5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo) | - | 25.874 | -25.874 | -100,0% |
| 6) Contributi da altri soggetti pubblici | - | 12.000 | -12.000 | -100,0% |
| c) Contributi in c/esercizio - per ricerca | - | - | - | - |
| 1) da Ministero della Salute per ricerca corrente | - | - | - | - |
| 2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata | - | - | - | - |
| 3) da Regione e altri soggetti pubblici | - | - | - | - |
| 4) da privati | - | - | - | - |
| d) Contributi in c/esercizio - da privati | - | - | - | - |
| 2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti | - | -1.804.930 | 1.804.930 | 100,0% |
| 3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti | 10.000 | 994.937 | -984.937 | -99,0% |
| 4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria | 35.873.576 | 35.872.076 | 1.500 | 0,0% |
| a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche | 30.806.749 | 30.806.249 | 500 | 0,0% |
| b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia | 1.692.532 | 1.692.032 | 500 | 0,0% |
| c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro | 3.374.295 | 3.373.795 | 500 | 0,0% |
| 5) Concorsi, recuperi e rimborsi | 2.985.506 | 2.706.889 | 278.617 | 10,3% |
| 6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) | 1.565.165 | 1.565.665 | -500 | 0,0% |
| 7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio | 3.957.090 | 4.224.271 | -267.181 | -6,3% |
| 8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni | - | - | - | - |
| 9) Altri ricavi e proventi | 145.386 | 154.261 | -8.875 | -5,8% |
| Totale A) | 365.244.096 | 363.416.964 | 1.827.132 | 0,5% |

| B) COSTI DELLA PRODUZIONE | | | | |
|---|--------------------|--------------------|------------------|----------------|
| 1) Acquisti di beni | 28.726.862 | 27.518.908 | 1.212.954 | 4,4% |
| a) Acquisti di beni sanitari | 28.122.070 | 26.909.616 | 1.212.454 | 4,5% |
| b) Acquisti di beni non sanitari | 604.792 | 604.292 | 500 | 0,1% |
| 2) Acquisti di servizi sanitari | 186.268.964 | 185.588.410 | 680.554 | 0,4% |
| a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base | 21.547.109 | 21.576.023 | -28.914 | -0,1% |
| b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica | 23.583.000 | 23.889.570 | -306.570 | -1,3% |
| c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale | 20.193.513 | 20.461.519 | -268.006 | -1,3% |
| d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa | 3.174.500 | 3.178.000 | -3.500 | -0,1% |
| e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa | 3.066.963 | 3.066.463 | 500 | 0,0% |
| f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica | 3.851.000 | 3.850.000 | 1.000 | 0,0% |
| g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera | 74.729.000 | 74.131.000 | 598.000 | 0,8% |
| h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale | 4.859.500 | 4.098.242 | 761.258 | 18,6% |
| i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F | 13.053.000 | 13.053.000 | - | 0,0% |
| j) Acquisti prestazioni termali in convenzione | 40.000 | 39.000 | 1.000 | 2,6% |
| k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario | 731.581 | 732.581 | -1.000 | -0,1% |
| l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria | 8.252.692 | 8.263.019 | -10.327 | -0,1% |
| m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia) | 1.208.135 | 1.208.635 | -500 | 0,0% |
| n) Rimborzi Assegni e contributi sanitari | 3.371.756 | 3.371.756 | - | 0,0% |
| o) Consulenze, collaborazioni, interinali, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie | 596.354 | 643.933 | -47.579 | -7,4% |
| p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria | 4.010.861 | 4.025.669 | -14.808 | -0,4% |
| q) Costi per differenziale Tariffe TUC | - | - | - | - |
| 3) Acquisti di servizi non sanitari | 13.870.699 | 13.904.983 | -34.285 | -0,2% |
| a) Servizi non sanitari | 13.612.923 | 13.682.307 | -69.384 | -0,5% |
| b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie | 132.775 | 132.775 | - | 0,0% |
| c) Formazione | 125.000 | 89.851 | 35.149 | 39,1% |
| 4) Manutenzione e riparazione | 3.603.071 | 3.602.571 | 500 | 0,0% |
| 5) Godimento di beni di terzi | 1.449.747 | 1.445.747 | 4.000 | 0,3% |
| 6) Costi del personale | 108.930.084 | 108.929.084 | 1.000 | 0,0% |
| a) Personale dirigente medico | 47.209.346 | 47.208.846 | 500 | 0,0% |
| b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico | 3.955.473 | 3.955.473 | - | 0,0% |
| c) Personale comparto ruolo sanitario | 35.402.562 | 35.402.062 | 500 | 0,0% |
| d) Personale dirigente altri ruoli | 1.881.344 | 1.881.344 | - | 0,0% |
| e) Personale comparto altri ruoli | 20.481.359 | 20.481.359 | - | 0,0% |
| 7) Oneri diversi di gestione | 2.105.862 | 2.084.731 | 21.131 | 1,0% |
| 8) Ammortamenti | 5.457.683 | 5.800.850 | -343.167 | -5,9% |
| a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali | 210.602 | 254.665 | -44.063 | -17,3% |
| b) Ammortamenti dei Fabbricati | 3.068.758 | 3.068.758 | - | 0,0% |
| c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali | 2.178.323 | 2.477.427 | -299.104 | -12,1% |
| 9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti | - | - | - | - |
| 10) Variazione delle rimanenze | - | -692.835 | 692.835 | -100,0% |
| a) Variazione delle rimanenze sanitarie | - | -661.782 | 661.782 | -100,0% |
| b) Variazione delle rimanenze non sanitarie | - | -31.053 | 31.053 | -100,0% |
| 11) Accantonamenti | 5.430.068 | 5.838.688 | -408.620 | -7,0% |
| a) Accantonamenti per rischi | 4.853.315 | 4.852.815 | 500 | 0,0% |
| b) Accantonamenti per premio operosità | 170.500 | 170.000 | 500 | 0,3% |
| c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati | 10.000 | 263.524 | -253.524 | -96,2% |
| d) Altri accantonamenti | 396.253 | 552.349 | -156.096 | -28,3% |
| Totale B) | 355.843.039 | 354.016.087 | 1.826.952 | 0,5% |
| DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B) | 9.401.057 | 9.400.877 | 180 | 0,0% |

| | | | | |
|---|-------------------|-------------------|----------------|----------------|
| C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI | | | | |
| 1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari | - | - | - | - |
| 2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari | 1.266.469 | 1.267.469 | -1.000 | -0,1% |
| Totale C) | -1.266.469 | -1.267.469 | 1.000 | -0,1% |
| D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE | | | | |
| 1) Rivalutazioni | - | - | - | - |
| 2) Svalutazioni | - | - | - | - |
| Totale D) | | | | |
| E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI | | | | |
| 1) Proventi straordinari | - | 378.075 | -378.075 | -100,0% |
| a) Plusvalenze | - | - | - | - |
| b) Altri proventi straordinari | - | 378.075 | -378.075 | -100,0% |
| 2) Oneri straordinari | - | 1.307.184 | -1.307.184 | -100,0% |
| a) Minusvalenze | - | - | - | - |
| b) Altri oneri straordinari | - | 1.307.184 | -1.307.184 | -100,0% |
| Totale E) | | -929.109 | 929.109 | -100,0% |
| RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A+B+C+D+E) | 8.134.588 | 7.204.299 | 930.289 | 12,9% |
| Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO | | | | |
| 1) IRAP | 7.908.588 | 7.923.274 | -14.686 | -0,2% |
| a) IRAP relativa a personale dipendente | 7.096.435 | 7.096.435 | - | 0,0% |
| b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente | 719.632 | 734.318 | -14.686 | -2,0% |
| c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intra/benefici) | 92.521 | 92.521 | - | 0,0% |
| d) IRAP relativa ad attività commerciali | - | - | - | - |
| 2) IRES | 226.000 | 226.000 | - | 0,0% |
| 3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.) | - | - | - | - |
| Totale Y) | 8.134.588 | 8.149.274 | -14.686 | -0,2% |
| UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO | | 944.975 | 944.975 | -100,0% |

Enna 19/12/2017

Il Responsabile del Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
Dott.ssa Ornella Monasteri

Il Direttore Amministrativo
Dr. Maurizio Lanza

Il Direttore Generale
Dr. Giovanna Fidelio

3.2 Mandato istituzionale e missione

La missione istituzionale dell'ASP di Enna è quella di tutelare la salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente nel proprio ambito territoriale, garantendo ad essa la migliore qualità di vita possibile e di assicurare i livelli uniformi di assistenza indicati nel Piano Sanitario Nazionale e nel Piano Sanitario Regionale. Tale obiettivo è perseguito fornendo servizi erogati direttamente o da altre strutture del SSN, pubbliche o private accreditate.

L'Azienda, nell'ambito delle risorse disponibili ed in coerenza con la programmazione sanitaria nazionale e regionale, assicura agli utenti, in relazione al fabbisogno assistenziale, l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi sanitari di diagnosi, cura e riabilitazione, nonché di prevenzione e di educazione alla salute.

Al centro della missione aziendale sono:

- l'utente, al quale garantire il servizio in campo assistenziale e socio-assistenziale;
- la comunità, verso la quale l'organizzazione si relaziona rispetto al mandato;
- il professionista e l'organizzazione stessa, che debbono garantire coerenza, qualità, continuità e compatibilità etica ed economica nell'erogazione del servizio

3.3 Albero della performance

L'Albero della performance è la mappa logica che rappresenta i legami tra mandato istituzionale, *mission*, aree di intervento, obiettivi strategici ed obiettivi operativi.

Le linee programmatiche nazionali e regionali sono declinate dall'Assessorato Regionale della Salute in obiettivi assegnati alla Direzione strategica, rispetto ai quali è valutata la relativa attività manageriale.

Tali obiettivi sono successivamente tradotti in obiettivi operativi, assegnati ai centri di responsabilità identificati con le posizioni dirigenziali aventi autonomia gestionale e organizzativa.

L'Assessorato Regionale della Salute nell'Aprile 2016 ha definito gli Obiettivi di salute e di funzionamento delle Aziende Sanitarie Siciliane per gli anni 2016 e 2017. In data 15/01/2018 presso la Sala Convègni del Presidio Ospedaliero "Umberto I" la Direzione Aziendale ha illustrato ai Dirigenti Sanitari di Struttura Complessa e/o Semplice le risultanze dell'attività del 2017 in merito ai suddetti obiettivi e li ha confermati anche per il 2018 - laddove i target di riferimento presentavano parametri di misurazione ritenuti validi anche per l'anno in corso - nelle more di ricevere indicazioni da parte dell'Assessorato Regionale.

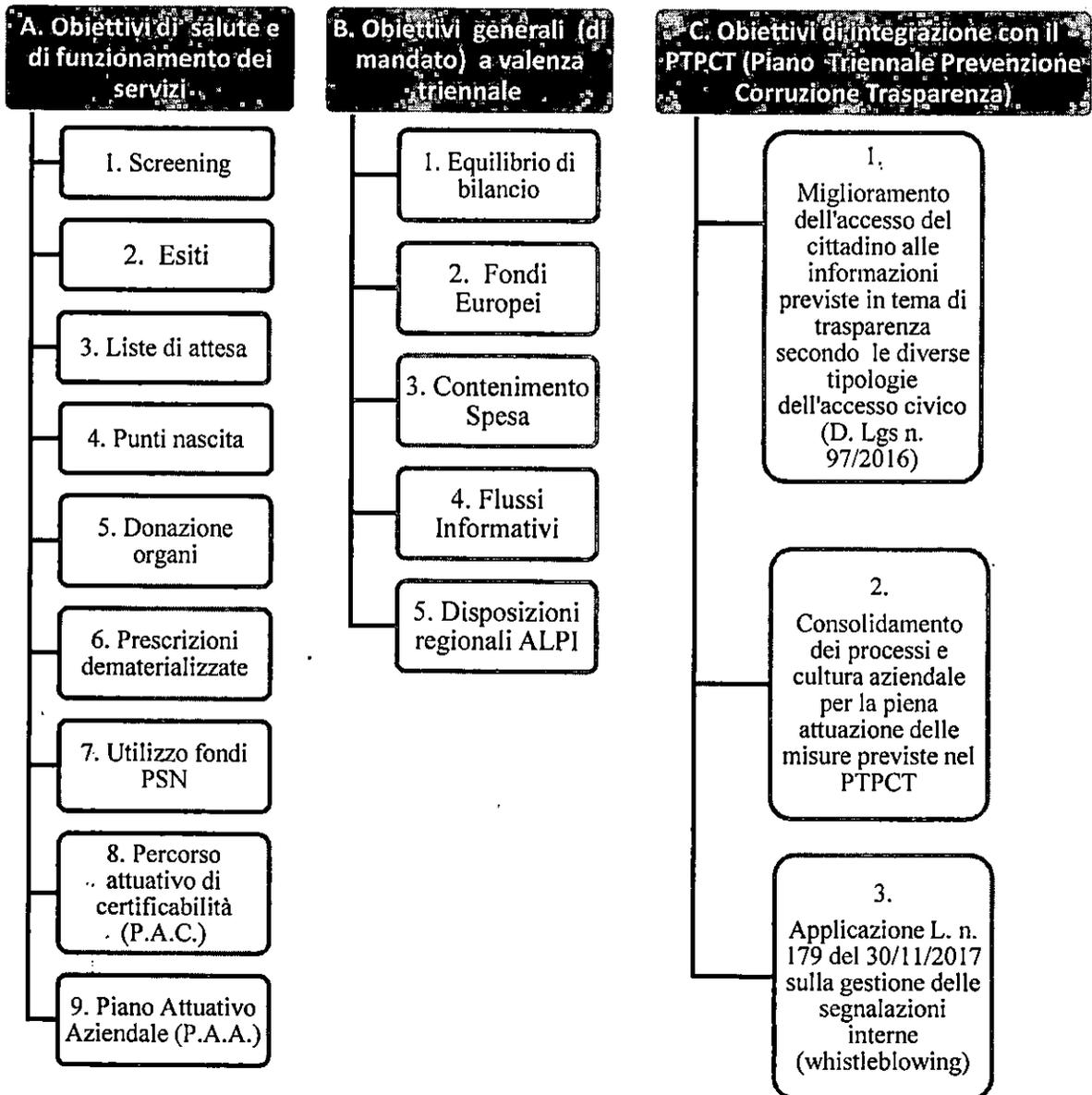
Nel presente albero della performance sono pertanto riportati gli obiettivi riportati nel Piano della performance 2017-19; nell'Allegato 2 al presente Piano si riportano in tabella gli Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, come definiti nel Sistema obiettivi 2016-17 e successive modificazioni e integrazioni; l'Allegato 3 è costituito dalle schede di sintesi del Piano Attuativo Aziendale 2017, che riportano obiettivi, indicatori, valori attesi di risultato e, inoltre, i valori a consuntivo come illustrati dalla Direzione nel gennaio 2018 al fine di evidenziare le criticità emerse e orientare l'organizzazione e i comportamenti all'interno dell'Azienda verso una migliore performance

Tavola 1

L'albero della performance:

il collegamento fra *mission* e aree/obiettivi strategici

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



4. Analisi del contesto

4.1 Analisi del contesto esterno

L'ASP di Enna opera su tutto il territorio della provincia di Enna e comprende, inoltre, il Comune di Capizzi (ME), per un'estensione territoriale complessiva di 2.632,17 Km² e una popolazione residente al 31.12.2016 di 171.189 abitanti (provincia di Enna: 168.052 abitanti (-1,02% rispetto al 2015); comune di Capizzi: 3.137 abitanti) (dati ISTAT).

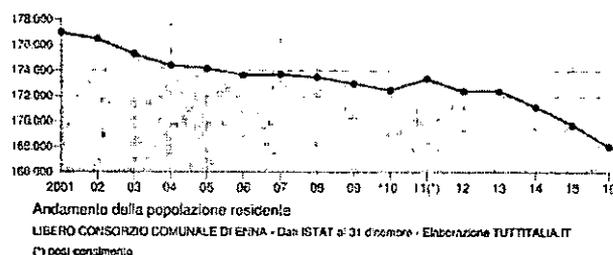


| Libero Consorzio Comunale di Enna | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Popolazione | 168.052 abitanti (01/01/2017 - ISTAT) |
| Densità | 65,27 ab./km ² |
| Superficie | 2.574,70 km ² |
| CAP | 94010 - 94100 |
| Prefissi | 0934 - 0935 |
| Capoluogo | Enna (27.586 abitanti) |

Di seguito, in tabella, sono riportati i comuni che fanno parte della provincia di Enna e i dati relativi a popolazione residente e densità, aggiornati al 01/01/2017 (ISTAT)

| Comune | Residenti | Superficie (km ²) | Densità (abitanti/km ²) | Comune | Residenti | Superficie (km ²) | Densità (abitanti/km ²) |
|--------------------|-----------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------|-----------|-------------------------------|-------------------------------------|
| 1. ENNA | 27.586 | 358,75 | 77 | 11. Centuripe | 5.416 | 174,20 | 31 |
| 2. Piazza Armerina | 21.782 | 304,54 | 72 | 12. Assoro | 5.135 | 112,15 | 46 |
| 3. Nicosia | 13.762 | 218,51 | 63 | 13. Villarosa | 4.866 | 54,89 | 89 |
| 4. Leonforte | 13.305 | 84,39 | 158 | 14. Aidone | 4.852 | 210,78 | 23 |
| 5. Barrafranca | 13.212 | 53,71 | 246 | 15. Catenanuova | 4.798 | 11,22 | 427 |
| 6. Troina | 9.310 | 168,28 | 55 | 16. Calascibetta | 4.493 | 89,12 | 50 |
| 7. Agira | 8.301 | 164,08 | 51 | 17. Gagliano C.to | 3.554 | 56,24 | 63 |
| 8. Valguarnera C. | 7.774 | 9,41 | 826 | 18. Nissoria | 2.992 | 61,83 | 48 |
| 9. Regalbuto | 7.233 | 170,29 | 42 | 19. Cerami | 1.979 | 95,05 | 21 |
| 10. Pietraperzia | 6.919 | 118,11 | 59 | 20. Sperlinga | 783 | 59,14 | 13 |

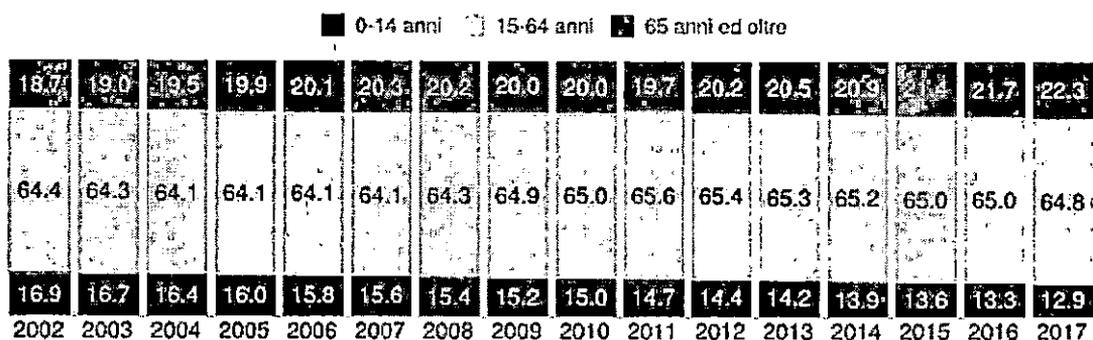
Nella provincia di Enna si è registrato nel 2016 un calo della popolazione residente (dato al 31 Dicembre) rispetto al 2015 :



Si riportano di seguito, in grafici e tabelle, ulteriori dati demografici:

| Età | Totale | Celibi /Nubili | Coniugati/e | Vedovi/e | Divorziati/e | Maschi | | Femmine | |
|---------------|----------------|----------------|---------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| | | | | | | | % | | % |
| 0-4 | 6.206 | 6.206 | 0 | 0 | 0 | 3.172 | 51,1% | 3.034 | 48,9% |
| 5-9 | 7.445 | 7.445 | 0 | 0 | 0 | 3.811 | 51,2% | 3.634 | 48,8% |
| 10-14 | 8.118 | 8.118 | 0 | 0 | 0 | 4.191 | 51,6% | 3.927 | 48,4% |
| 15-19 | 9.224 | 9.215 | 9 | 0 | 0 | 4.730 | 51,3% | 4.494 | 48,7% |
| 20-24 | 10.187 | 9.830 | 350 | 1 | 6 | 5.309 | 52,1% | 4.878 | 47,9% |
| 25-29 | 10.486 | 8.526 | 1.937 | 3 | 20 | 5.349 | 51,0% | 5.137 | 49,0% |
| 30-34 | 9.962 | 5.446 | 4.443 | 10 | 63 | 5.013 | 50,3% | 4.949 | 49,7% |
| 35-39 | 10.027 | 3.277 | 6.553 | 36 | 161 | 4.974 | 49,6% | 5.053 | 50,4% |
| 40-44 | 11.503 | 2.593 | 8.540 | 74 | 296 | 5.635 | 49,0% | 5.868 | 51,0% |
| 45-49 | 12.584 | 1.936 | 10.121 | 164 | 363 | 6.131 | 48,7% | 6.453 | 51,3% |
| 50-54 | 12.558 | 1.633 | 10.267 | 317 | 341 | 6.158 | 49,0% | 6.400 | 51,0% |
| 55-59 | 11.612 | 1.223 | 9.582 | 517 | 290 | 5.421 | 46,7% | 6.191 | 53,3% |
| 60-64 | 10.684 | 1.037 | 8.597 | 794 | 256 | 5.024 | 47,0% | 5.660 | 53,0% |
| 65-69 | 10.401 | 826 | 8.079 | 1.299 | 197 | 4.850 | 46,6% | 5.551 | 53,4% |
| 70-74 | 7.263 | 523 | 5.174 | 1.478 | 88 | 3.297 | 45,4% | 3.966 | 54,6% |
| 75-79 | 7.933 | 544 | 4.892 | 2.414 | 83 | 3.472 | 43,8% | 4.461 | 56,2% |
| 80-84 | 6.072 | 445 | 2.946 | 2.630 | 51 | 2.540 | 41,8% | 3.532 | 58,2% |
| 85-89 | 3.964 | 300 | 1.347 | 2.284 | 33 | 1.489 | 37,6% | 2.475 | 62,4% |
| 90-94 | 1.502 | 128 | 299 | 1.048 | 27 | 495 | 33,0% | 1.007 | 67,0% |
| 95-99 | 280 | 26 | 24 | 229 | 1 | 70 | 25,0% | 210 | 75,0% |
| 100+ | 41 | 3 | 3 | 35 | 0 | 15 | 36,6% | 26 | 63,4% |
| Totale | 168.052 | 69.280 | 83.163 | 13.333 | 2.276 | 81.146 | 48,3% | 86.906 | 51,7% |

Tab. 1 . Distribuzione della popolazione 2016 – libero consorzio comunale di Enna (ISTAT)



Struttura per età della popolazione (valori %)

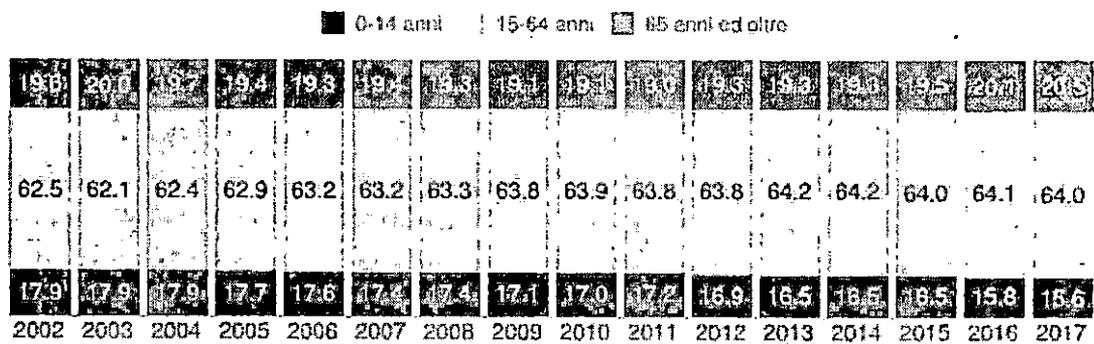
LIBERO CONSORZIO COMUNALE DI ENNA - Dati ISTAT al 1° gennaio - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Fig. 1 Struttura della popolazione dal 2002 al 2017 nella provincia di Enna. L'analisi della struttura per età di una popolazione considera tre fasce di età: giovani 0-14 anni, adulti 15-64 anni e anziani 65 anni ed oltre. In base alle diverse proporzioni fra tali fasce di età, la struttura di una popolazione viene definita di tipo *progressiva*, *stazionaria* o *regressiva* a seconda che la popolazione giovane sia maggiore, equivalente o minore di quella anziana. Lo studio di tali rapporti è importante per valutare alcuni impatti sul sistema sociale, ad esempio sul sistema lavorativo o su quello sanitario

| Anno | Indice di vecchiaia | Indice di dipendenza strutturale | Indice di ricambio della popolazione attiva | Indice di struttura della popolazione attiva | Indice di carico di figli per donna feconda | Indice di natalità (x 1.000 ab.) | Indice di mortalità (x 1.000 ab.) |
|------|---------------------|----------------------------------|---|--|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| | 1° gennaio | 1° gennaio | 1° gennaio | 1° gennaio | 1° gennaio | 1 gen-31 dic | 1 gen-31 dic |
| 2002 | 110,6 | 55,3 | 86,6 | 84,9 | 26,5 | 9,9 | 10,2 |
| 2003 | 114,1 | 55,6 | 84,4 | 86,7 | 26,1 | 9,4 | 10,5 |
| 2004 | 118,4 | 56,0 | 79,5 | 87,9 | 26,1 | 9,2 | 10,0 |
| 2005 | 124,4 | 56,0 | 76,3 | 90,7 | 25,8 | 9,5 | 10,3 |
| 2006 | 127,2 | 56,1 | 73,2 | 92,2 | 25,9 | 9,4 | 9,4 |
| 2007 | 130,4 | 55,9 | 75,3 | 94,8 | 25,8 | 9,1 | 10,3 |
| 2008 | 131,0 | 55,4 | 79,5 | 96,6 | 26,4 | 9,2 | 10,3 |
| 2009 | 131,6 | 54,1 | 85,9 | 98,6 | 26,2 | 9,0 | 10,4 |
| 2010 | 133,7 | 53,7 | 92,9 | 101,5 | 26,0 | 8,6 | 10,8 |
| 2011 | 133,8 | 52,5 | 98,9 | 104,5 | 25,6 | 8,5 | 10,8 |
| 2012 | 140,9 | 53,0 | 105,7 | 107,9 | 25,3 | 7,7 | 10,9 |
| 2013 | 145,0 | 53,1 | 108,3 | 110,5 | 24,9 | 7,3 | 10,5 |
| 2014 | 150,4 | 53,5 | 109,5 | 112,4 | 24,6 | 7,4 | 11,4 |
| 2015 | 157,1 | 53,8 | 111,0 | 113,9 | 24,7 | 7,5 | 11,6 |
| 2016 | 163,3 | 53,9 | 113,9 | 115,9 | 24,7 | 7,1 | 11,3 |
| 2017 | 172,1 | 54,4 | 115,8 | 118,2 | 25,0 | - | - |

Tab. 2 Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente in provincia di Enna.

Si riportano di seguito alcuni dati sulla popolazione nel comune di Capizzi:



Struttura per età della popolazione (valori %)

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

Fig. 2 Struttura della popolazione dal 2002 al 2017 nel comune di Capizzi.

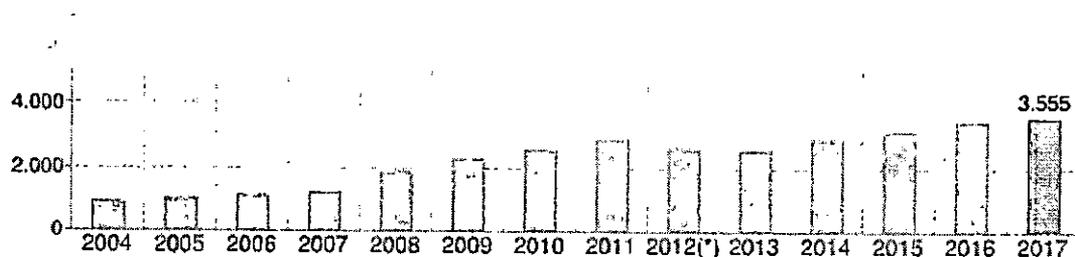
| Anno | Indice di vecchiaia | Indice di dipendenza strutturale | Indice di ricambio della popolazione attiva | Indice di struttura della popolazione attiva | Indice di carico di figli per donna feconda | Indice di natalità (x 1.000 ab.) | Indice di mortalità (x 1.000 ab.) |
|------|---------------------|----------------------------------|---|--|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| | 1° gennaio | 1° gennaio | 1° gennaio | 1° gennaio | 1° gennaio | 1 gen-31 dic | 1 gen-31 dic |
| 2002 | 109,4 | 59,9 | 75,1 | 68,8 | 24,7 | 10,2 | 9,6 |
| 2003 | 111,4 | 61,1 | 70,8 | 70,6 | 25,1 | 12,6 | 12,6 |
| 2004 | 110,3 | 60,2 | 71,6 | 73,8 | 23,9 | 10,4 | 13,0 |
| 2005 | 110,0 | 59,0 | 67,3 | 78,1 | 25,1 | 10,7 | 11,3 |
| 2006 | 109,9 | 58,3 | 66,8 | 79,3 | 25,8 | 11,1 | 10,5 |
| 2007 | 111,6 | 58,2 | 66,5 | 81,5 | 25,9 | 11,0 | 11,9 |
| 2008 | 110,8 | 58,0 | 62,2 | 84,9 | 26,3 | 13,1 | 11,3 |
| 2009 | 112,0 | 56,7 | 62,1 | 87,8 | 27,2 | 12,6 | 12,0 |
| 2010 | 111,9 | 56,5 | 71,0 | 92,8 | 26,5 | 11,8 | 10,3 |
| 2011 | 110,5 | 56,8 | 80,8 | 97,6 | 26,0 | 7,1 | 8,0 |
| 2012 | 114,4 | 56,7 | 83,3 | 102,2 | 25,9 | 10,2 | 9,0 |
| 2013 | 117,1 | 55,7 | 88,0 | 105,5 | 26,6 | 10,6 | 14,3 |
| 2014 | 116,6 | 55,8 | 91,3 | 110,8 | 25,5 | 11,7 | 12,9 |
| 2015 | 118,7 | 56,2 | 89,0 | 114,7 | 25,8 | 6,9 | 13,1 |
| 2016 | 127,5 | 56,0 | 80,5 | 116,1 | 27,8 | 6,3 | 9,2 |
| 2017 | 131,6 | 56,3 | 80,0 | 119,3 | 28,0 | - | - |

Tab. 3 Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente nel comune di Capizzi.

Si rappresentano di seguito alcuni dati relativi la distribuzione della popolazione straniera residente nei comuni dell'ASP di Enna:

| Stranieri Comune | Stranieri Comune | Stranieri Comune |
|---------------------|------------------|---------------------------|
| Enna 885 | Troina 158 | Assoro 60 |
| Piazza Armerina 652 | Centuripe 101 | Pietraperzia 53 |
| Regalbuto 264 | Valguarnera 104 | Gagliano Castelferrato 46 |
| Nicosia 219 | Aidone 237 | Nisseria 30 |
| Leonforte 174 | Villarosa 109 | Cerami 23 |
| Barrafranca 167 | Calscibetta 85 | Sperlinga 14 |
| Catenanuova 103 | Agira 71 | Capizzi 10 |

Tab. 4 Distribuzione della popolazione straniera residente dei comuni dell'ASP (Dato ISTAT 01.01.2017)

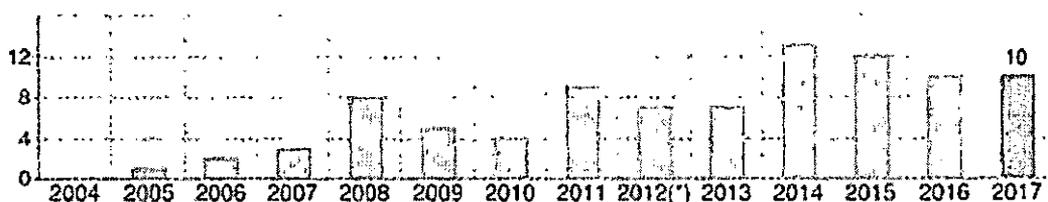


Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2017

LIBERO CONSORZIO COMUNALE DI ENNA - Dati ISTAT 1° gennaio 2017 - Elaborazioni TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

Fig. 3 Popolazione straniera residente nella provincia di Enna al 1° gennaio 2017..



Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2017

COMUNE DI CAPIZZI (ME) - Dati ISTAT 1° gennaio 2017 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

Fig. 4 Popolazione straniera residente nel comune di Capizzi al 1° gennaio 2017.

I dati sopra riportati (diminuzione della popolazione residente, aumento dell'indice di vecchiaia e di dipendenza strutturale) indicano un depauperamento, anche in termini di popolazione, del territorio aziendale, con un aumento della popolazione degli ultrasessantacinquenni (rispetto al numero dei giovani fino a 14 anni) e un aumento del carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 e > 65 anni). Si rileva, altresì, un aumento della popolazione straniera residente. L'Azienda di conseguenza rivolge un'attenzione particolare a specifiche categorie di utenti che necessitano di prestazioni sanitarie dedicate, quali gli anziani, i minori, gli stranieri residenti.

L'ASP di Enna opera in collegamento con gli Enti locali e riconosce e valorizza il ruolo degli organismi di partecipazione (Comitato Consultivo, Associazioni di volontariato, dei pazienti e dei loro familiari), oltre che promuovere forme di coinvolgimento diretto del cittadino, che può interagire con l'Azienda attraverso l'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico), oltre che attraverso gli strumenti della rappresentanza sopra citati.

Nel giugno 2017 l'Azienda, sulla base di quanto previsto dalle normative nazionali e regionali (D.M. n. 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", D.A. n. 1380/2015 "Approvazione linee di indirizzo regionali per la rideterminazione delle dotazioni organiche delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale", D.A. n. 629/2017 "Riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2017") ha adottato il nuovo Atto Aziendale, avviandone il processo di attuazione, che proseguirà nel corso del 2018.

Il contesto esterno si completa con il quadro normativo inerente ad obiettivi di contenimento dei costi, con l'obiettivo finale dell'equilibrio di bilancio.

4.2 Analisi del contesto interno

L'Atto Aziendale approvato con del. 429 del 01/06/2017, come sopra riportato, ha ridefinito l'assetto organizzativo e funzionale dell'Azienda, come rappresentato nell'Allegato 1 "Organigramma delle strutture organizzative", allegato al presente Piano e parte dell'Atto Aziendale. I conseguenti atti amministrativi adottati dall'Azienda o da adottare sono finalizzati a dare concreta e completa attuazione a quanto previsto in termini di dotazione organica e di organizzazione dei servizi.

L'Azienda si è trovata ad affrontare - e a tutt'oggi - le criticità relative al deficit di capitale umano (blocco del turnover, ricorso a personale a tempo determinato) e sebbene i livelli di assistenza siano garantiti, tuttavia il fattore critico relativo alle risorse umane influenza in maniera significativa i livelli quantitativi delle prestazioni erogate.

Nell'ambito dell'attività di programmazione e controllo di gestione l'Azienda sta sviluppando un modello di analisi per monitorare lo "stato di salute finanziaria". Il modello si baserà su significativi indici di

bilancio e analisi dei flussi di cassa (Rendiconto finanziario). Le due analisi sintetizzeranno degli indici di *Rating Aziendali*, basati su *benchmark* di riferimento, che posizioneranno l'Azienda su una scala di misurazione dello stato di salute finanziaria.

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

| Risorse Umane – Distribuzione per ruolo (Dati al 30/09/2017) | |
|---|--------------|
| RUOLO | |
| S-Sanitario | 1.248 |
| A-Amministrativo | 255 |
| T-Tecnico | 383 |
| P-Professionale | 11 |
| D-Direzione | 3 |
| TOTALE | 1.900 |

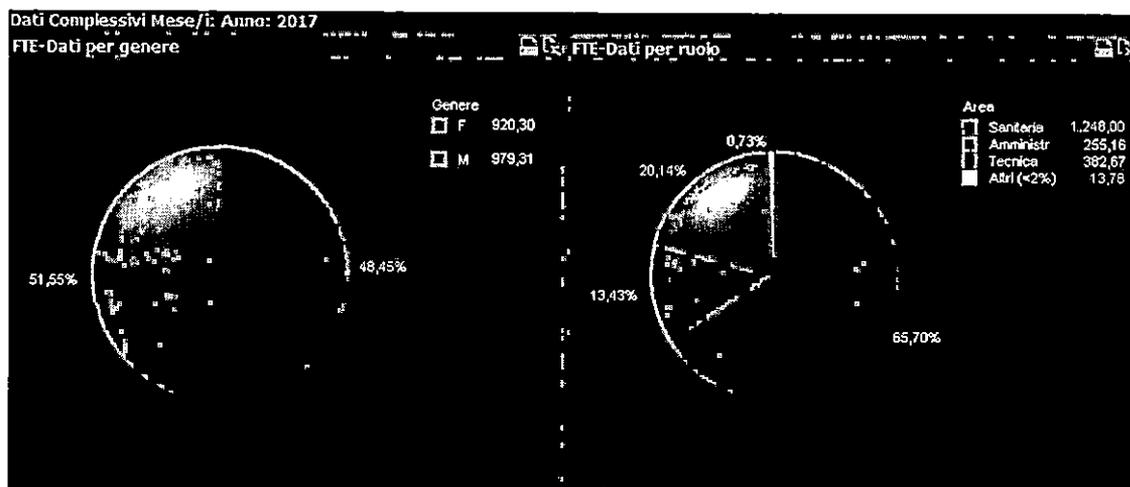


Fig. 1 Risorse umane – Distribuzione per genere e per ruolo (teste pesate)

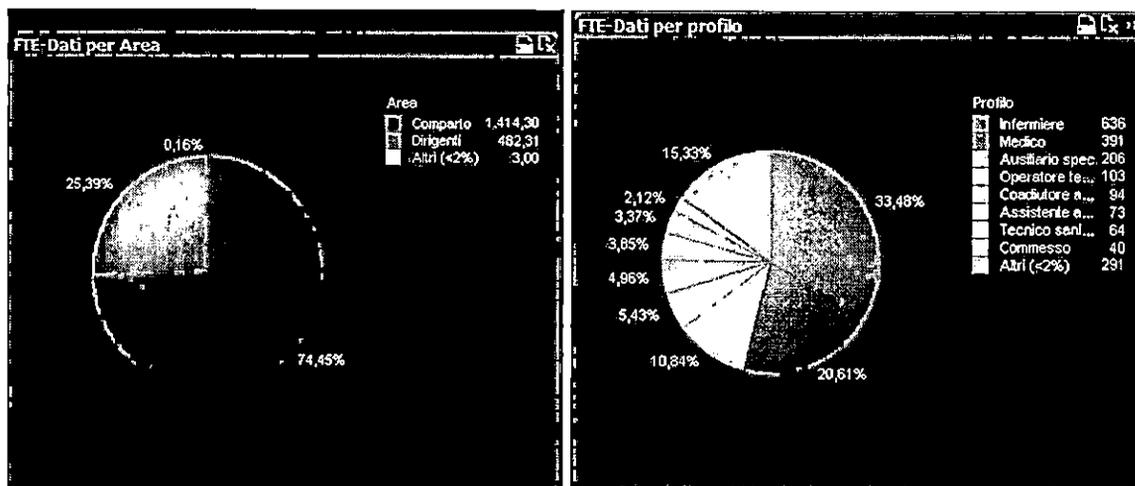


Fig. 2 Risorse umane – Distribuzione per area e per profilo (teste pesate)

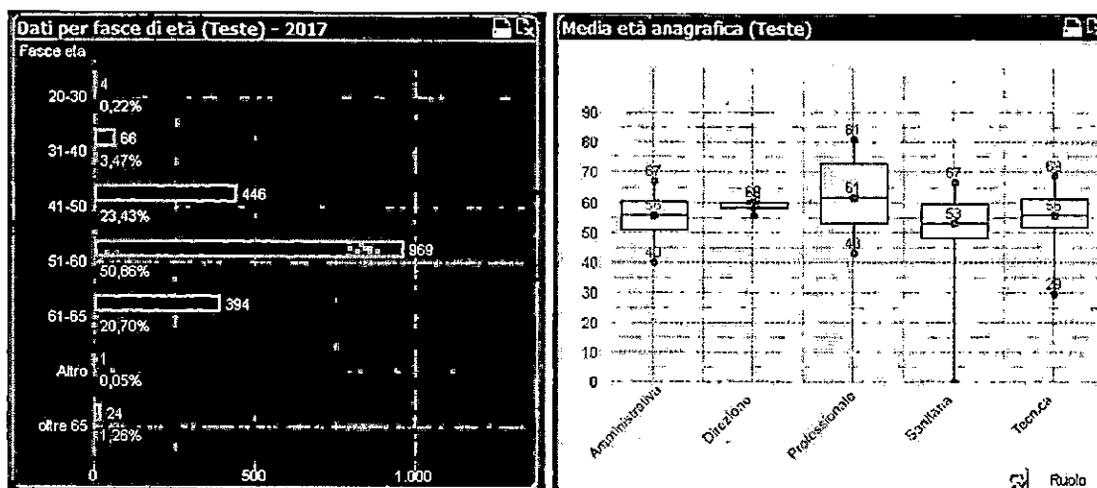


Fig. 3 Risorse umane – Fasce di età e media età anagrafica anzianità di servizio per area

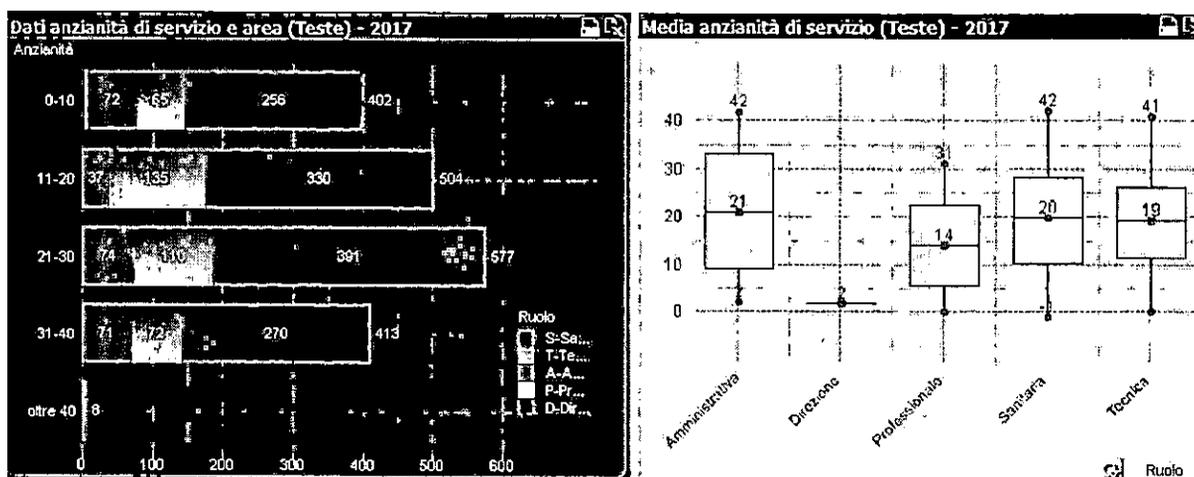


Fig. 4 Risorse umane – Anzianità di servizio per area e media anzianità di servizio

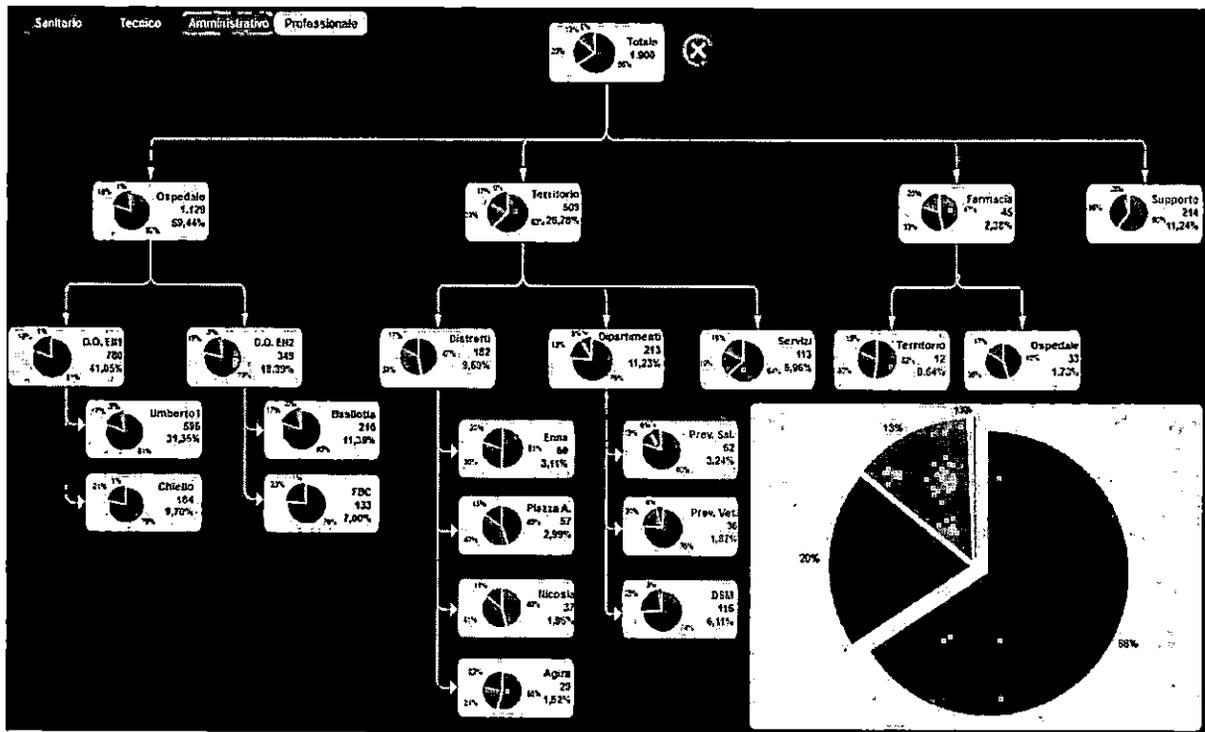


Fig. 5 Risorse umane – Distribuzione del personale per ruolo/area di attività

5. Gli obiettivi strategici

Come già riportato, la Direzione Aziendale in data 15/01/2018 ha illustrato ai Dirigenti sanitari di Struttura Complessa e/o Semplice le risultanze dell'attività del 2017, e confermato per il 2018, nelle more di ricevere ulteriori indicazioni assessoriali, gli obiettivi assegnati dall'Assessorato della Salute per il 2016-2017; attraverso la rendicontazione dei risultati raggiunti e il rilievo delle criticità sarà possibile orientare i comportamenti e l'organizzazione verso una migliore performance.

Particolare attenzione è stata posta da parte del Direttore Sanitario sugli obiettivi del P.N.E. e l'obiettivo delle "Prescrizioni dematerializzate", le cui performance devono essere sicuramente migliorate, e su questi obiettivi è richiesto un maggiore impegno.

Si riportano di seguito gli Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi (Area strategica 1) assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute per il periodo 2016-2017 e confermati dalla Direzione:

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

Nell'Allegato 2 al presente Piano si riportano i suddetti obiettivi, corredati dei pesi a ciascuno attribuiti, gli indicatori degli obiettivi operativi, il peso di ciascuno, i target, il valore a consuntivo al 31/10/2017, la percentuale di raggiungimento

Si riportano di seguito le aree prioritarie di intervento all'interno delle quali sono stati individuati gli obiettivi del **Piano Attuativo Aziendale**. Nell'Allegato 3e sono riportati Aree di intervento a valenza strategica, peso, referenti aziendali, obiettivi operativi, unità operative coinvolte, indicatori, target, risultati al 31/10/2017:

- 1) Sanità pubblica e prevenzione
 - 1.1 Sanità veterinaria
 - 1.2 Sicurezza alimentare
 - 1.3 Copertura Vaccinale e Sorveglianza Malattie Infettive
 - 1.5 Prevenzione nei luoghi di lavoro
- 2) Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti
 - 2.1 Sicurezza dei pazienti
 - 2.2 Monitoraggio dei tempi d'attesa
 - 2.3 Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa
 - 2.4 Formazione dei professionisti
 - 2.5 Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini/pazienti
 - 2.6 PDTA
 - 2.7 Appropriatelyzza

2.8 Outcome

3) Reti assistenziali

- 3.1 Rimodulazione rete ospedaliera
- 3.2. Adeguamento offerta di posti letto di lungodegenza, riabilitazione
- 3.3 Ottimizzazione delle reti assistenziali
- 3.4 Rete IMA
- 3.5 Miglioramento sistema delle cure palliative domiciliari
- 3.6 Rete regionale dello Stroke Unit Livello II
- 3.7 Adesione alla Re.O.S.
- 3.8 Implementazione percorsi di integrazione Ospedale Territorio
- 3.9 Promozione degli screening in età neonatale e pediatrica

4) Assistenza territoriale

- 4.1 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
- 4.2 Implementazione di un modello di Gestione integrata dei soggetti a rischio e dei pazienti affetti dalle condizioni target: Obesità e Diabete mellito con il Centro Regionale di Riferimento di CL
- 4.3 Implementazione presa in carico pazienti non autosufficienti nel percorso ospedale-territorio
- 4.4 Riduzione della Spesa Farmaceutica Convenzionata
- 4.5 Realizzazione di interventi multidisciplinari negli ambiti della non auto sufficienza/ disabilità e M. di Alzheimer
- 4.6 Tutela sanitaria delle donne vittime di violenza
- 4.7 Implementazione Codice Rosa
- 4.8 Attuazione linee guida piano Strategico Regionale per la Salute Mentale
- 4.9 Definizione di modelli di assistenza ai bambini ed adolescenti con “disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta”

5) Sviluppo organizzativo

- 5.1 Comunicazione
- 5.2 Formazione
- 5.3 Internazionalizzazione e Ricerca sanitaria
- 5.4 Telemedicina

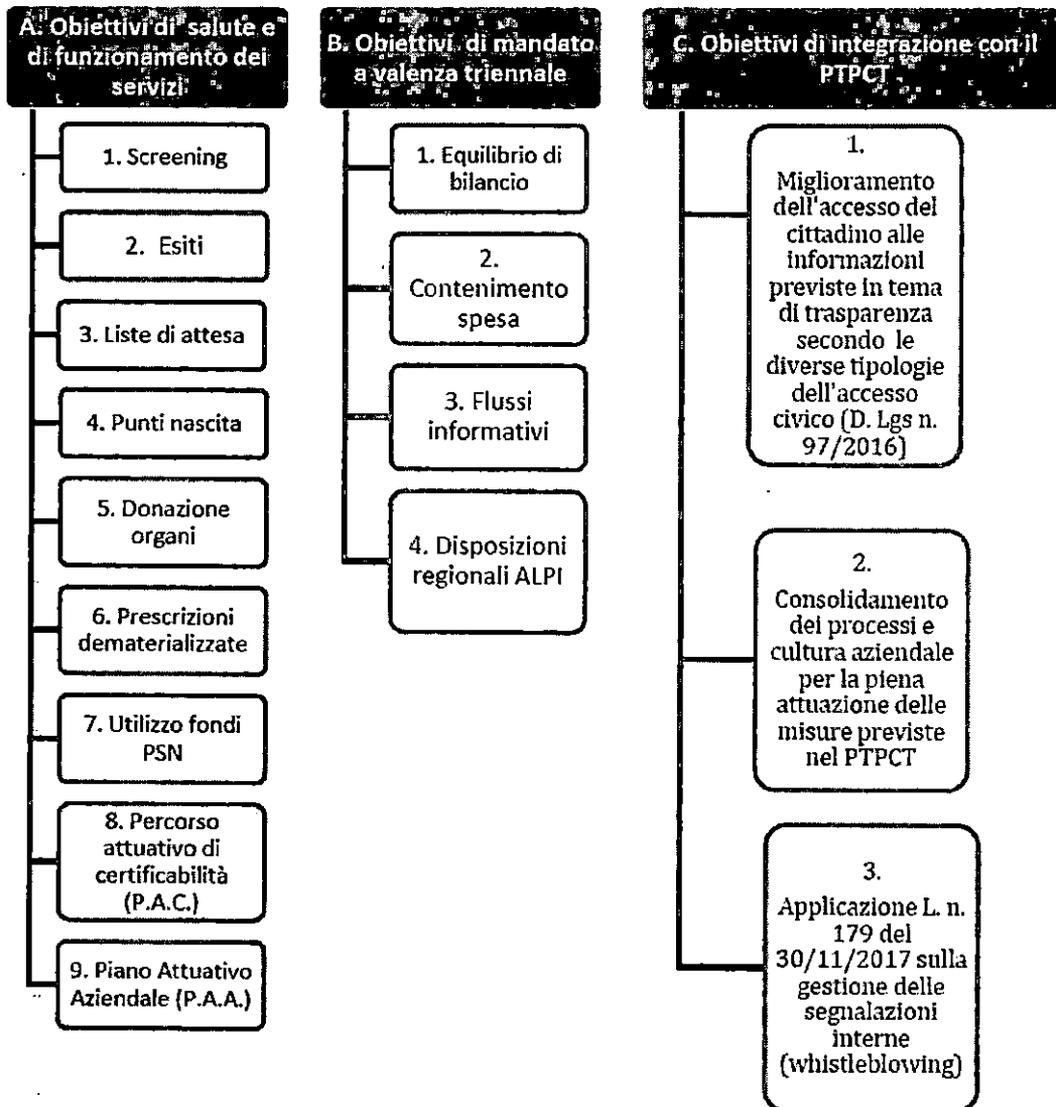
Gli **obiettivi generali** di cui alla **sezione B** dell’Albero della Performance sono obiettivi assegnati al Direttore Generale e in relazione con il suo specifico mandato; l’attuale Management aziendale è in scadenza e non sono stati assegnati nuovi obiettivi.

Tavola 2

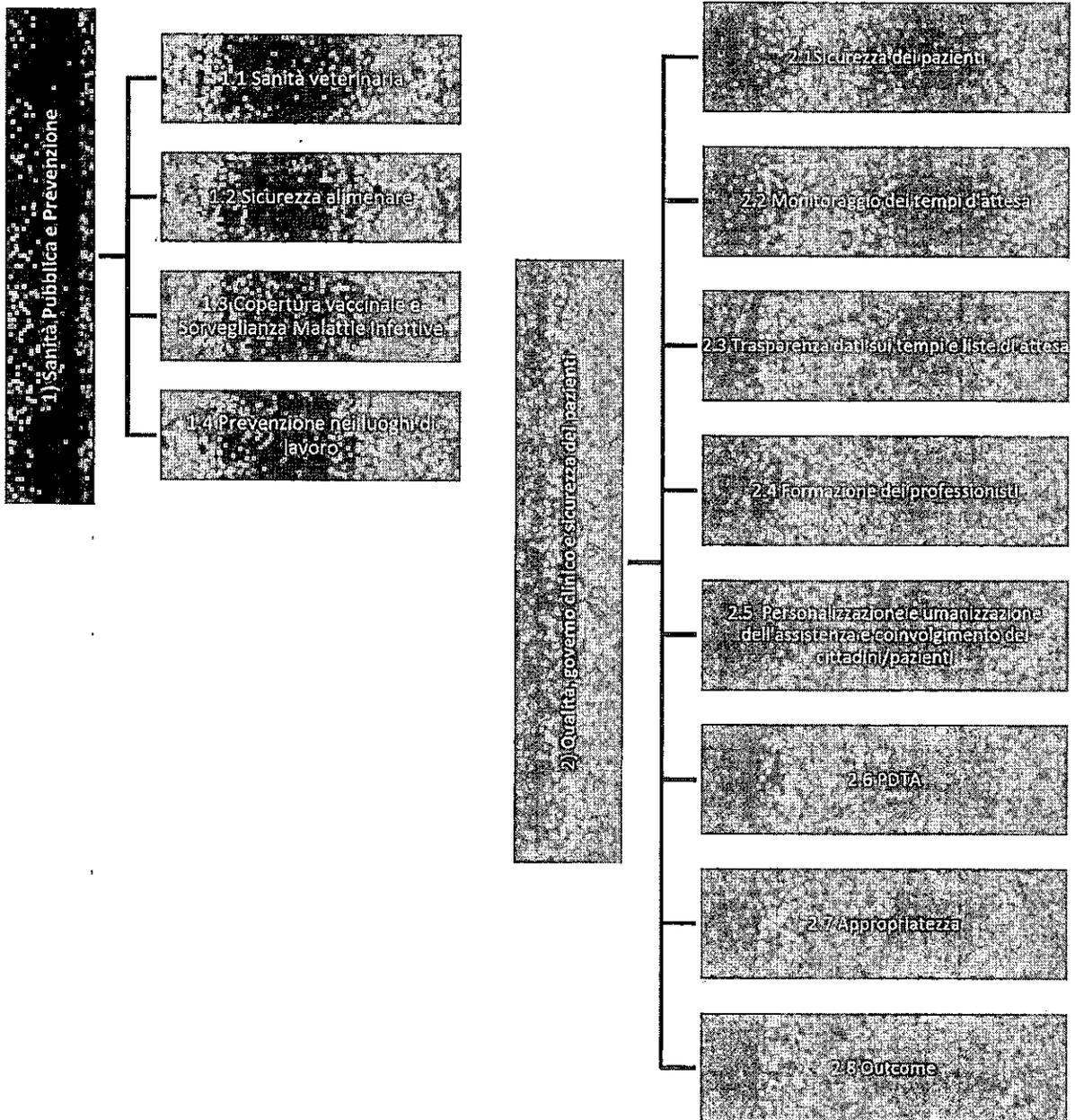
L'albero della performance:

il collegamento fra mandato aree strategiche e obiettivi strategici

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



Piano Attuativo Aziendale



3) Reti assistenziali

3.1 Rimodulazione rete ospedaliera

3.2 Adeguamento offerta di posti letto di lungodegenza-riabilitazione

3.3 Ottimizzazione delle reti assistenziali

3.4 Rete IMA

3.5 Miglioramento sistema delle cure palliative domiciliari

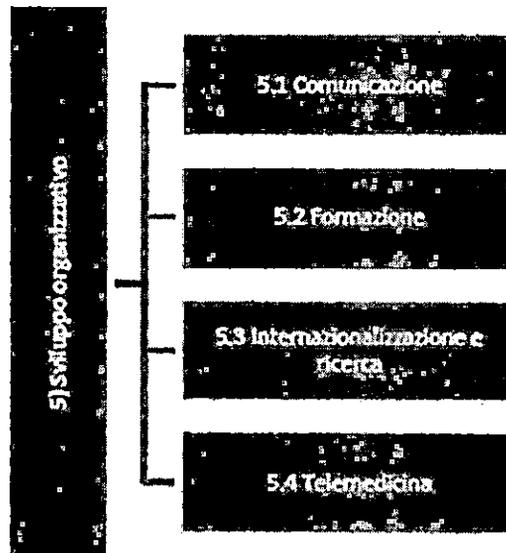
3.6 Rete regionale dello Stroke Unit Livello II

3.7 Adesione alla Re O/S

3.8 Implementazione percorsi di integrazione Ospedale-Territorio

3.9 Promozione degli screening in età neonatale e pediatrica





Obiettivi di integrazione con il PTPCT

1.
Miglioramento dell'accesso del cittadino alle informazioni previste in tema di trasparenza secondo le diverse tipologie dell'accesso civico (D. Lgs 97/2016)

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

3.
Piena applicazione L. n.179 del 30/11/2017 sulla gestione delle segnalazioni interne (whistleblowing)

6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Gli obiettivi strategici di salute e di funzionamento dei servizi, di trasparenza e di prevenzione della corruzione sono trasversali ai servizi aziendali e fondamentali ai fini della realizzazione della *mission* dell'Azienda; gli obiettivi di equilibrio di bilancio, di contenimento della spesa, di gestione dei flussi informativi e relativi all'attività libero-professionale intramuraria fanno parte del mandato del Direttore Generale e verranno valutati alla fine del mandato stesso (in scadenza).

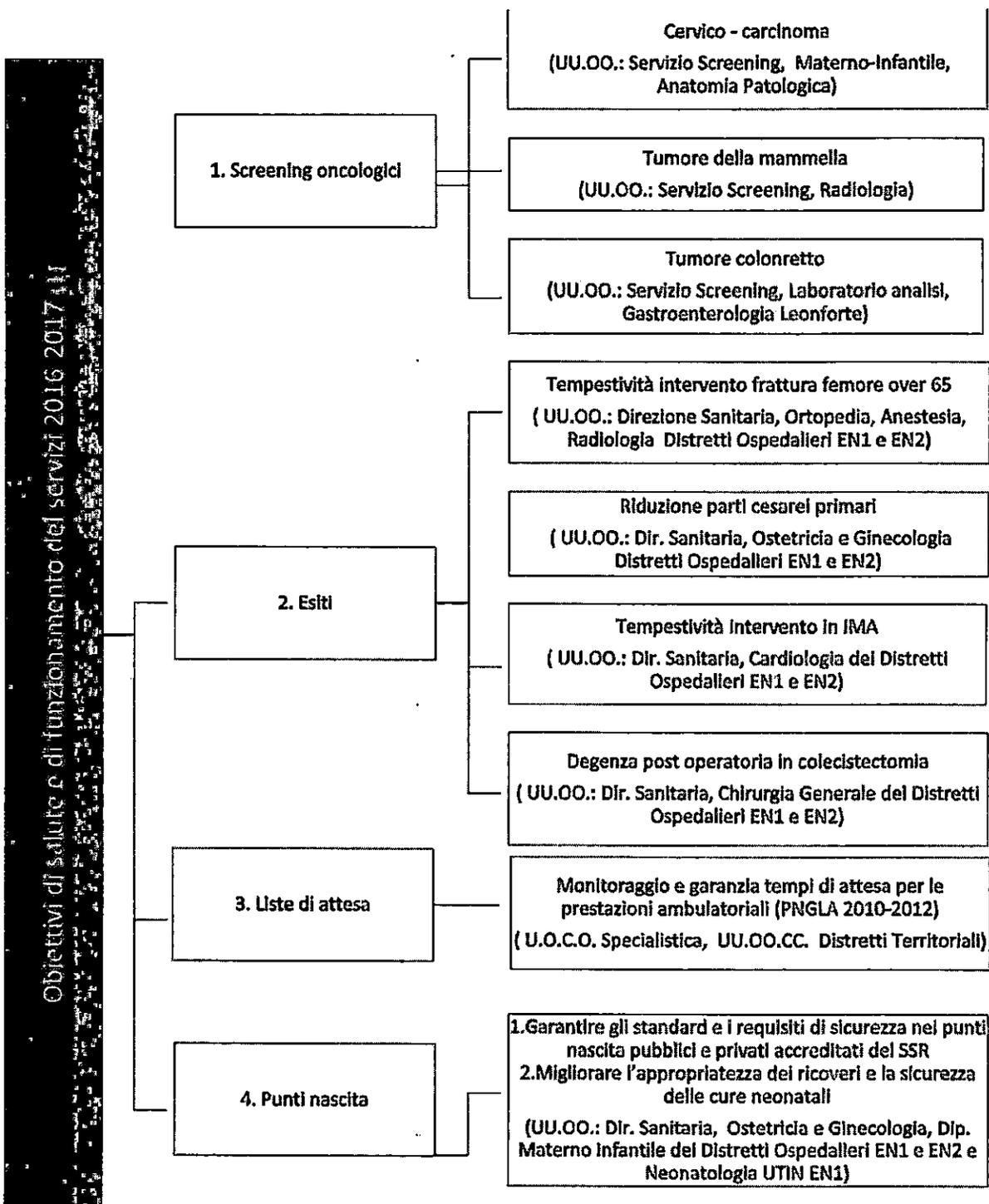
Come già riportato, la Direzione Aziendale in data 15/01/2017 ha illustrato ai Dirigenti Sanitari di Struttura complessa e/o semplice le risultanze del 2017 relativamente agli obiettivi strategici e operativi assegnati per il periodo 2016-17 e ne ha confermato la validità nelle more di indicazioni assessoriali. Nel suddetto incontro particolare attenzione è stata posta, da parte del Direttore Sanitario, sugli obiettivi del P.N.E. e sull'obiettivo Prescrizioni dematerializzate, le cui performance devono essere sicuramente migliorate.

Gli obiettivi riportati di seguito nella Tavola 3, con l'indicazione delle Unità operative responsabili dell'attuazione, e negli Allegati 2 e 3 al presente Piano prevedono, come già detto, l'aggiornamento in corso d'esercizio, in seguito a nuove disposizioni assessoriali e/o normative e/o per sopravvenute esigenze aziendali.

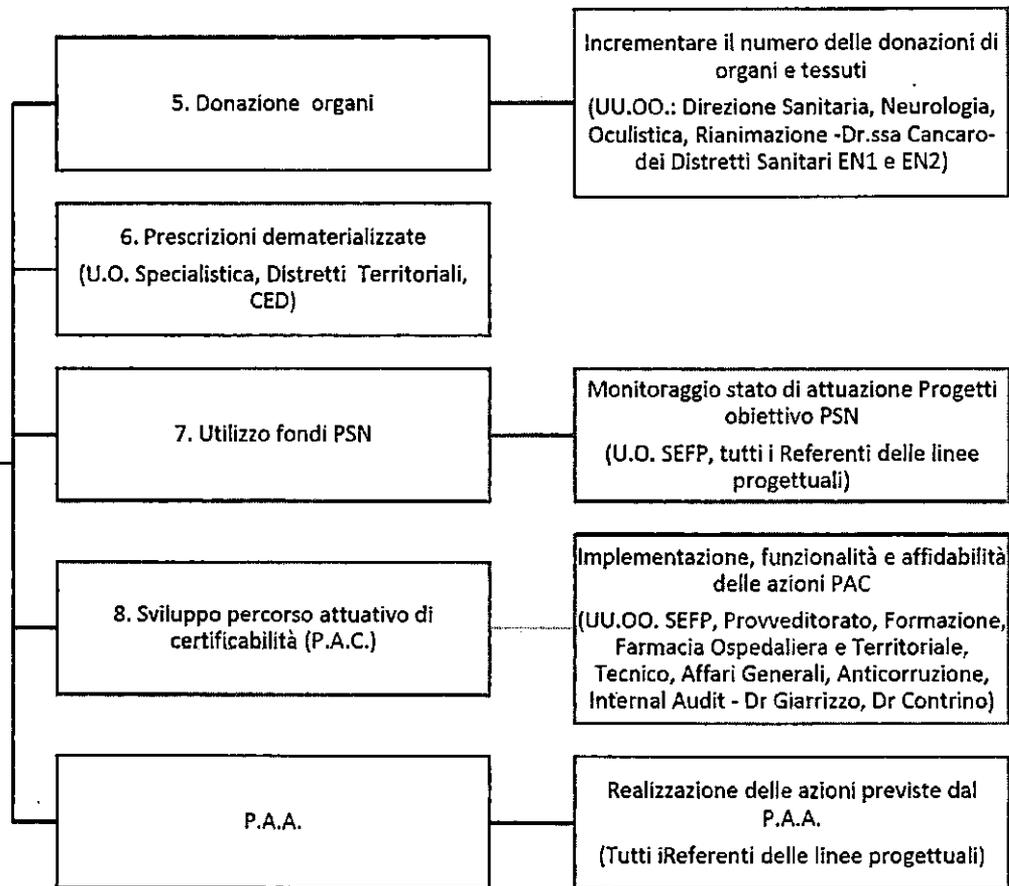
Tavola 3

L'albero della performance:

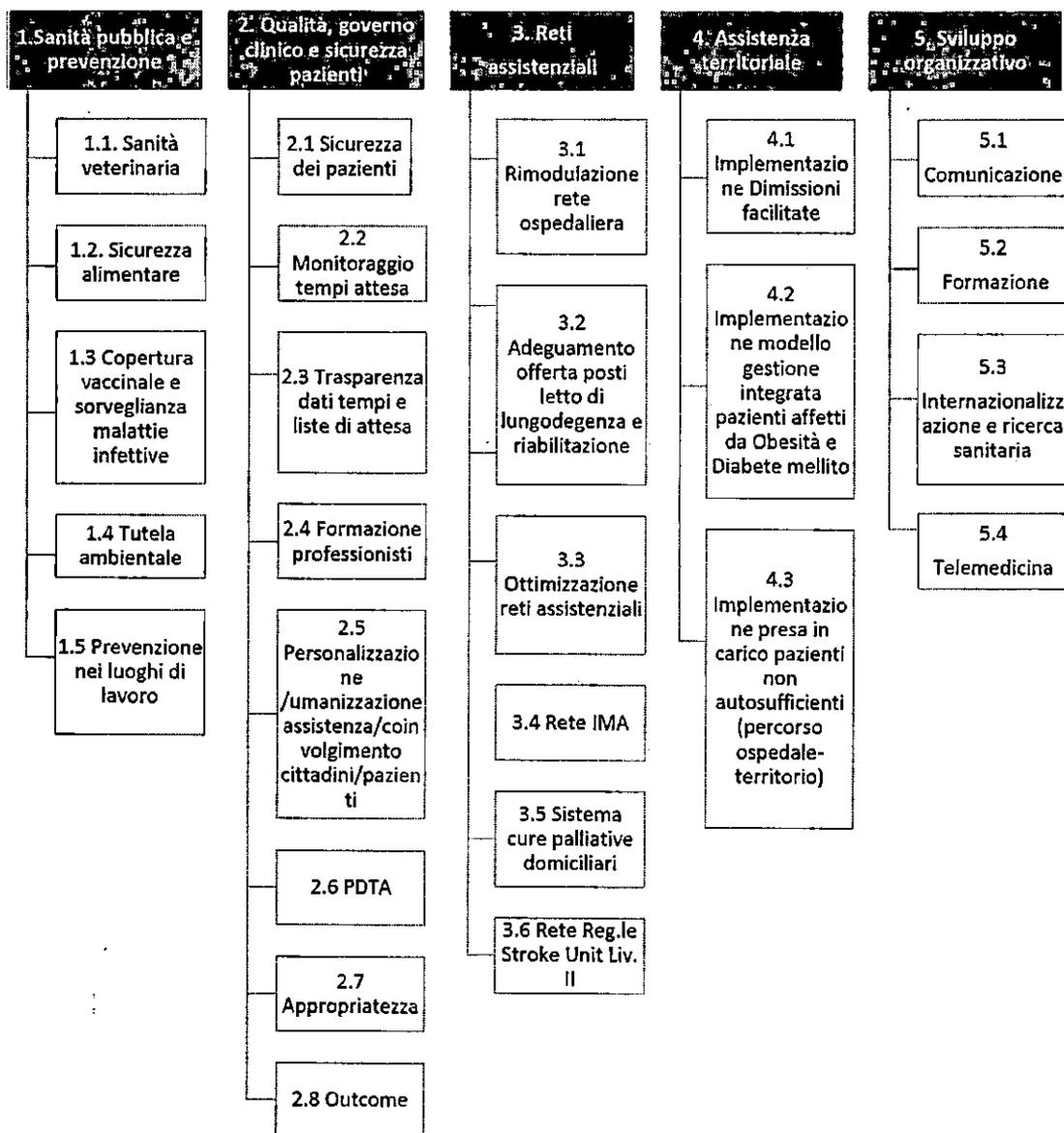
il collegamento fra gli obiettivi strategici e i piani operativi



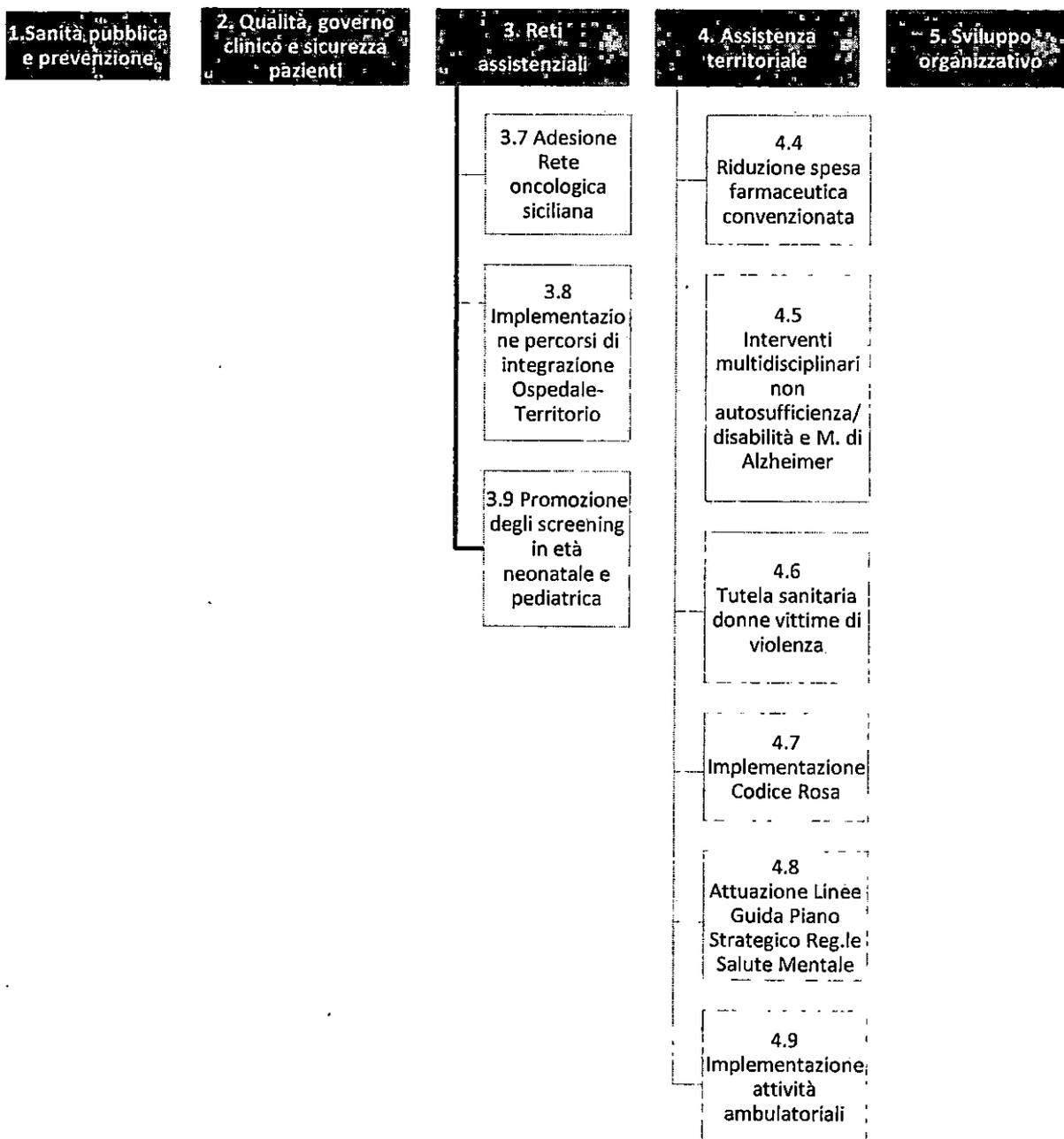
Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi
2016-2017 (2)



P.A.A. 2016 – 2017
AREE DI INTERVENTO (1)



P.A.A. 2016 – 2017
AREE DI INTERVENTO (2)



**B. Obiettivi generali a valenza triennale
(di mandato)**

1. Equilibrio di bilancio

UU.OO. SEFP, Provveditorato,
Tecnico, AGRU, Coordinamento
Staff

**2. Utilizzo risorse derivanti dai
Fondi Europei**

Tutti gli adempimenti inerenti le
linee progettuali finanziati sono
stati completati nel 2015

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

UU.OO. SEFP, Provveditorato,
Tecnico, AGRU, Coordinamento
Staff, Farmacia Territoriale ed
Ospedaliera

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

SIL

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

Responsabile ALPI - Dr.ssa
Monasteri- e Dr Belbruno

C Obiettivi di integrazione con il PTPCT

1. Miglioramento dell'accesso del cittadino alle informazioni previste in tema di trasparenza secondo le diverse tipologie dell'accesso civico

Monitoraggio dell'applicazione delle norme relative al nuovo accesso civico, come disciplinato dal D.Lgs 97/2016 (indicatori: relazione semestrale da parte dei responsabili dei servizi sulle richieste di accesso civico pervenute")

2. Consolidamento dei processi e cultura aziendale per la piena attuazione delle misure preventive nel PTPCT

Implementazione del percorso formativo interno in materia di articolazione e trasparenza per tutto il personale (Piano Formativo Aziendale 2018)

Attuazione delle misure e delle azioni correttive previste nella mappatura rischi del PTPCT 2018-20

3. Applicazione L. 179/2017 sulla gestione delle segnalazioni interne (whistleblowing)

Implementazione del percorso formativo interno in materia di anticorruzione e trasparenza per tutto il personale (Piano Formativo Aziendale 2018)

6.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

Il contributo di ciascun dipendente al conseguimento degli obiettivi dell'articolazione cui afferisce rappresenta la performance individuale; presuppone la condivisione degli obiettivi e favorisce una comune visione dell'operatività basata sull'integrazione e sulla sinergia di differenti professionalità.

Attraverso un processo a cascata gli obiettivi della struttura vengono tradotti dal Responsabile dell'Unità operativa in azioni che coinvolgono tutto il personale che opera nella stessa.

L'attuale regolamento sul sistema premiante lega la produttività e la retribuzione di risultato individuali alla performance organizzativa della struttura cui il dipendente è assegnato e alla valutazione individuale di ciascun dipendente effettuata dal Dirigente superiore, secondo criteri e modalità stabiliti di concerto con le OO.SS.

La performance organizzativa della U.O. è ribaltata quale performance individuale al Dirigente Responsabile della struttura.

Tempi, parametri, punteggi e scale per la valutazione sono definiti negli accordi di categoria, recepiti nel vigente sistema di valutazione per il Comparto e per la Dirigenza.

7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione delle performance

7.1 Fasi soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

L'obiettivo principale della nostra Azienda è, come già detto, quello di tutelare e di migliorare la salute della popolazione residente e degli utenti dei servizi erogati.

Al fine di verificare la capacità di raggiungere tale obiettivo, la redazione del Piano della performance offre l'opportunità di individuare uno strumento condiviso, che analizza e valuta in modo multidimensionale le diverse aree organizzative ed assistenziali ed i bisogni di tutti i portatori di interesse.

Il Sistema di Misurazione e valutazione

Il Piano della Performance è lo strumento del ciclo di gestione della performance nel quale sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori, i target e gli standard. Su tali elementi si baserà la misurazione, la valutazione, la rendicontazione della performance. La rendicontazione dei risultati raggiunti verrà rappresentata nella Relazione sulla Performance, anch'essa strumento del Ciclo della performance, che, con riferimento agli obiettivi contenuti nel Presente Piano, dovrà essere prodotta entro il 30/06/2019.

E' importante sottolineare che sono oggetto della misurazione e valutazione i fatti gestionali, le attività, le prestazioni, non le persone.

L'assegnazione di obiettivi e la definizione degli indicatori correlati per la misurazione dei risultati presuppongono l'individuazione di precisi criteri e scale di valutazione.

Gli obiettivi, valutati attraverso indicatori numerici ed afferenti a dimensioni quantitative (prestazioni, tassi, ecc.), sono misurati in percentuale al grado di raggiungimento dell'obiettivo stesso, definendo un eventuale margine di tolleranza rispetto al target atteso, entro il quale l'obiettivo possa ritenersi raggiunto.

La distribuzione dei pesi agli obiettivi è effettuata tenendo conto delle priorità aziendali e di ogni altra indicazione impartita dalla Direzione Strategica.

La misurazione della performance organizzativa viene, quindi, effettuata come sommatoria dei pesi riferiti agli obiettivi assegnati e misurati secondo i criteri di valutazione individuati.

Il processo di *budgeting*

La programmazione degli obiettivi prende avvio con l'emanazione delle direttive regionali che definiscono la strategia cui l'Azienda si conforma. L'individuazione puntuale degli obiettivi aziendali di interesse regionale, unitamente ad altri obiettivi strategici aziendali, confluisce nella declinazione degli obiettivi di budget alle strutture aziendali.

L'Azienda attraverso il processo di *budgeting* definisce gli obiettivi per indirizzare ed orientare le scelte operative e per il superamento delle criticità riscontrate. Il processo si attiva tra i Dirigenti delle strutture e la Direzione Strategica.

Definiti gli obiettivi per singola struttura aziendale in continuità, come si detto, con gli obiettivi negoziati per il 2018, verrà elaborato un Documento "Sistema obiettivi operativi anno 2018".

Le fasi del ciclo di gestione della performance e l'individuazione degli attori coinvolti, in conformità al Decreto Assessoriale n. 1821 del 26/11/2011 "Linee di indirizzo regionali in materia di verifica e di valutazione del personale dipendente del SSR", sono descritti di seguito:

| Fase | Attività | Soggetti coinvolti | Tempi previsti |
|------------------------|---|---|----------------------------|
| Fase gestionale | Redazione del Piano triennale della Performance e pubblicazione sul sito istituzionale | Direzione Strategica/STP/Resp. le Anticorruzione/Resp. le Trasparenza/OIV | 31 gennaio |
| | Negoziante degli Obiettivi regionali con il Direttore Generale | Assessorato Reg. le Salute / Direttore Generale | Gennaio |
| | Condivisione obiettivi regionali | Direttore Generale / Dir. Sanitario e Dir. Amministrativo | Gennaio /Febbraio |
| | Pianificazione obiettivi aziendali in coerenza con gli atti di programmazione aziendale (Piano triennale della Performance - Bilancio Preventivo - Piano degli Investimenti - Piano triennale delle Assunzioni) | Direzione Strategica / Controllo di Gestione /SEF/Personale | Gennaio /Febbraio |
| | Negoziante obiettivi di struttura (intesi anche quali obiettivi individuali dei Dirigenti Responsabili di struttura) e redazione del documento "Sistema obiettivi operativi anno 2017" | Direzione Strategica / Dirigenti di Struttura /Dipartimento, UOC e UOS dipartimentale | Marzo |
| | Assegnazione obiettivi individuali (dirigenti non responsabili di struttura e comparto) | Dirigenti Resp. di struttura / tutto il personale afferente alla stessa | Marzo/Aprile |
| | a) monitoraggio in corso di esercizio b) attivazione eventuali interventi correttivi | Controllo di Gestione / Direzione Strategica / Dirigenti Resp. Strutture | |
| | Misurazione e valutazione annuale della performance organizzativa delle UU.OO. | Controllo di gestione/OIV | Marzo dell'anno successivo |

| | | | |
|--|--|---|-----------------------------|
| Fase di Certificazione formale | Rendicontazione dei risultati ai vertici dell'Amministrazione | Struttura Tecnica Permanente/ Direzione Strategica/ Dirigenti Resp. Strutture | Marzo dell'anno successivo |
| | Misurazione e valutazione annuale della performance individuale | I istanza: Dirigente Resp. di struttura sovraordinato/ tutto il personale afferente alla U.O. II istanza: OIV (solo per i Dirigenti di struttura) | Aprile dell'anno successivo |
| | Relazione sulla Performance e pubblicazione sul sito istituzionale | Struttura Tecnica Permanente/Controllo di Gestione | Giugno dell'anno successivo |
| | Validazione della Relazione e pubblicazione | OIV | 15 settembre |
| Fase di Valorizzazione del merito | Applicazione dei Sistemi Premianti | Servizio Risorse Umane/ Struttura Tecnica Permanente | Novembre |

7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

La definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della Performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e con il bilancio aziendale (art. 5, c. 1 e art.10 c.1 lett.a D.lgs 150/2009). Si tratta di un principio di fondamentale importanza, perché un sistema di obiettivi è realmente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati.

Il Ciclo della performance è integrato con il ciclo di bilancio, costituendo l'uno la base degli indirizzi della programmazione economica e l'altro il vincolo alle risorse da assegnare nel rispetto dell'equilibrio economico di bilancio. Gli obiettivi sono assegnati in relazione alle risorse disponibili e previste dalla programmazione economica aziendale e non possono essere assegnati obiettivi correlati a risorse non programmate. L'U.O. Programmazione e Controllo provvede a segnalare al Servizio Economico Finanziario eventuali fabbisogni emersi nel corso delle negoziazioni di *budget*.

La Direzione Strategica procede alla definizione degli obiettivi raccordandosi con la UOC Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale, che vigila sul corretto utilizzo delle risorse economiche stabilite, che costituiscono limiti di spesa. In tale ambito la rendicontazione dei finanziamenti assegnati a carico del PSN rappresenta un esempio del legame tra bilancio e obiettivi aziendali.

In atto non sono state negoziate le risorse economiche per l'anno 2018; non appena definita tale assegnazione, si procederà ad aggiornare l'attuale bilancio provvisorio di previsione, adottato con deliberazione n. 1105 del 22.12.2017.

7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di Gestione della Performance

A seguito dell'attività di controllo/monitoraggio, l'OIV ha individuato delle aree di criticità nell'attuazione del Ciclo di gestione della *performance*, rispetto alle quali questa Amministrazione intende porre in essere delle azioni di miglioramento, inserendole nella programmazione dei propri obiettivi per l'anno 2018:

- implementazione delle attività di monitoraggio intermedio sullo stato di attuazione degli obiettivi
- rispetto della tempistica relativa la valutazione annuale delle Unità operative
- evidenza dell'assegnazione di obiettivi individuali a tutti i dipendenti

- individuazione di strumenti di monitoraggio intermedio sullo stato di attuazione degli obiettivi individuali
- implementazione del processo di integrazione fra il ciclo della performance e il ciclo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio

8. Integrazione del Piano della performance con il Piano Triennale Prevenzione Corruzione Trasparenza (PTPCT)

Le misure anticorruzione incidono sull'efficienza dell'organizzazione e quindi sull'impiego eticamente più responsabile ed appropriato delle risorse pubbliche e sulla trasparenza dei comportamenti che scoraggiano di per sé i fenomeni corruttivi e il conflitto di interessi.

L'Azienda si adopera al fine di coordinare e integrare gli ambiti relativi alla performance, alla trasparenza, all'integrità e prevenzione della corruzione.

Gli ambiti strategici al cui interno saranno sviluppati gli obiettivi del PTPCT per l'anno 2018 riguardano, in continuità con gli obiettivi 2017:

1. Miglioramento dell'accesso del cittadino alle informazioni previste in tema di trasparenza secondo le diverse tipologie dell'accesso civico (D. Lgs n. 97/2016);
2. Consolidamento dei processi e cultura aziendale per la piena attuazione delle misure previste nel PTPCT
3. Applicazione della L. 179/2017 sulla gestione delle segnalazioni interne (whistleblowing)

Nello specifico:

- 1.1 Monitoraggio dell'applicazione delle norme relative al nuovo accesso civico, come disciplinato dal D.Lgs 97/2016 (indicatori: relazione semestrale da parte dei responsabili dei servizi sulle richieste di accesso civico pervenute).
- 2.1 Implementazione del percorso formativo interno in materia di anticorruzione e trasparenza per tutto il personale (Piano Formativo Aziendale 2018)
- 2.2 Attuazione delle misure e delle azioni correttive previste nella mappatura dei rischi del PTPCT 2018-2020: per ogni struttura aziendale nel PTPC 2018-20 sono state individuate le aree di rischio di corruzione e le misure preventive da adottare al fine di ridurre i rischi;
- 3.1 Implementazione del percorso formativo interno in materia di anticorruzione e trasparenza per tutto il personale (Piano Formativo Aziendale 2018)

Per quanto riguarda gli aspetti legati alla trasparenza, l'OIV certifica la presenza delle informazioni contenute nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale secondo le griglie di rilevazione predisposte annualmente dall'A.N.A.C.

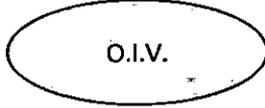
Allegato 1 Organigramma delle strutture organizzative (Atto Aziendale)

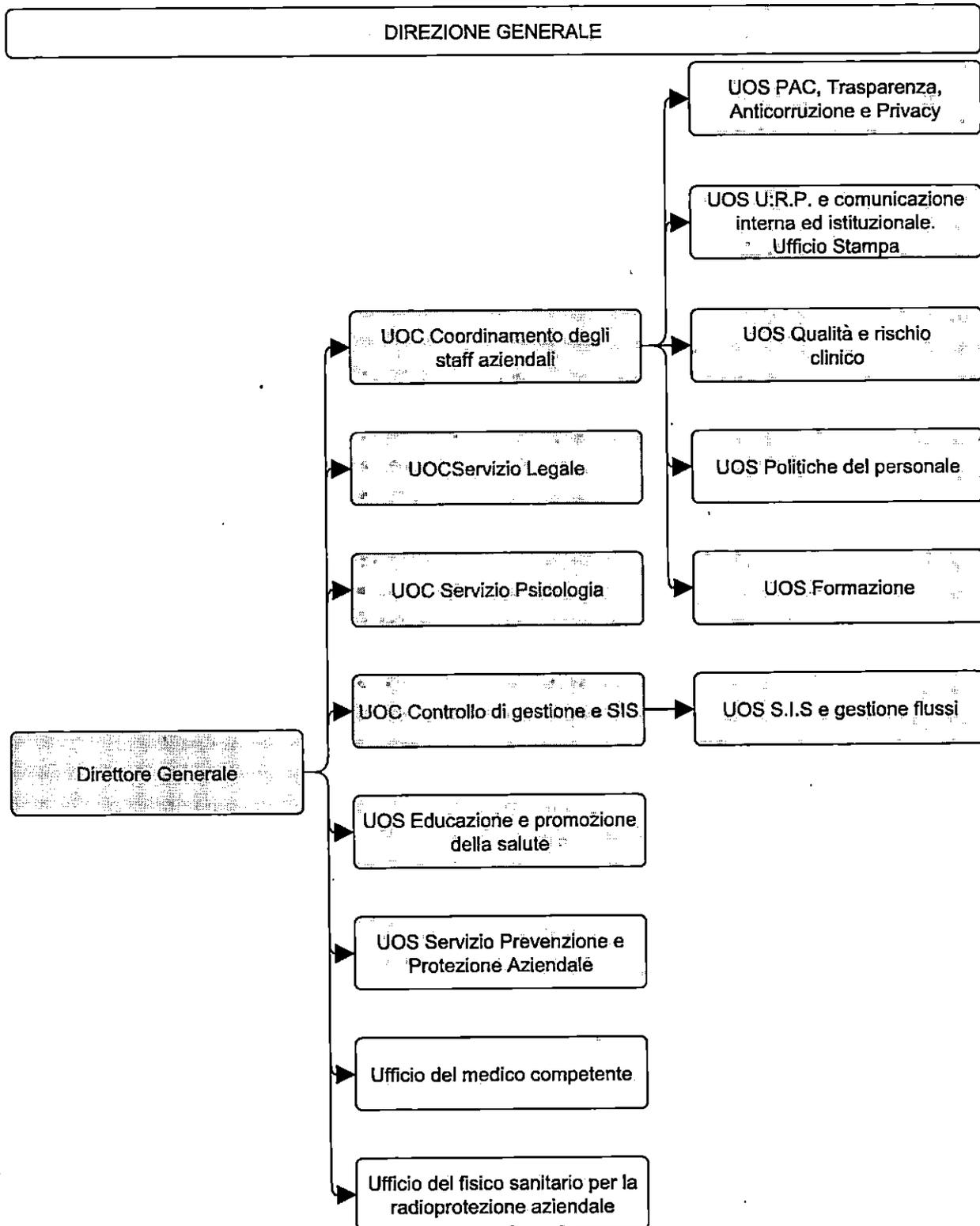


ATTO AZIENDALE

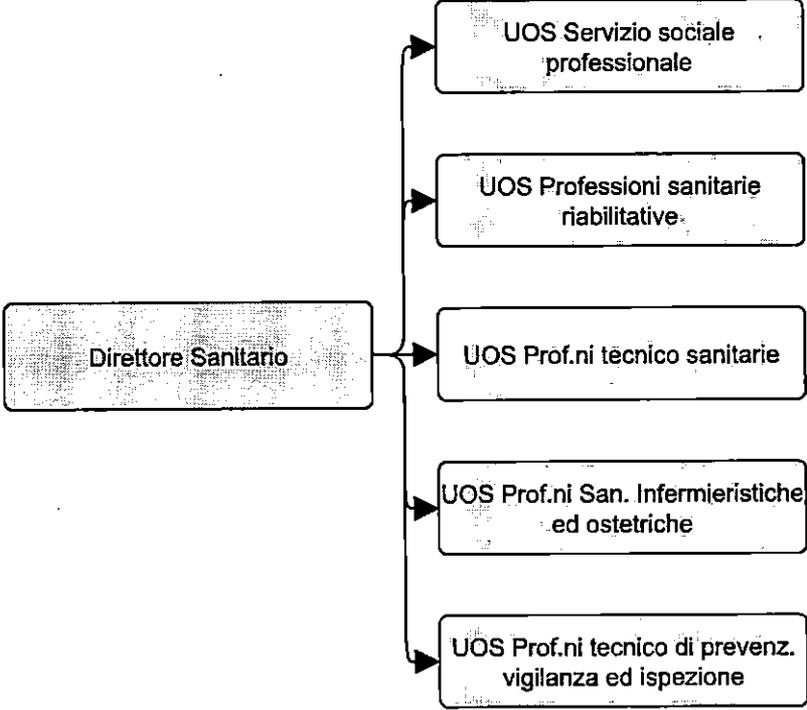
ORGANIGRAMMA DELLE STRUTTURE ORGANIZZATIVE

ASSETTO ISTITUZIONALE

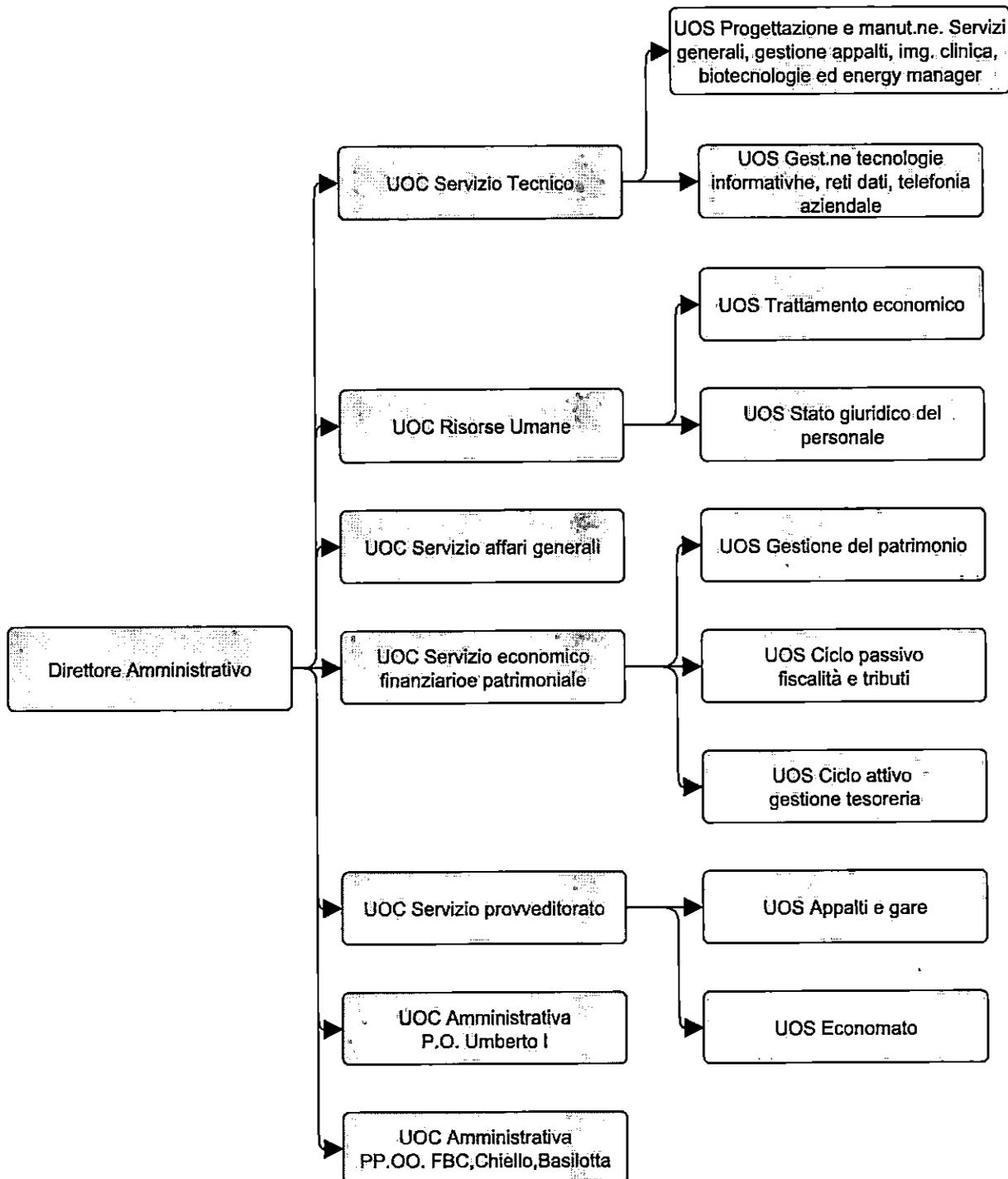




PROFESSIONI SANITARIE E SERVIZI SOCIALI



DIREZIONE AMMINISTRATIVA



DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO

Dipartimento Amministrativo - Funzionale

UOC Servizio tecnico

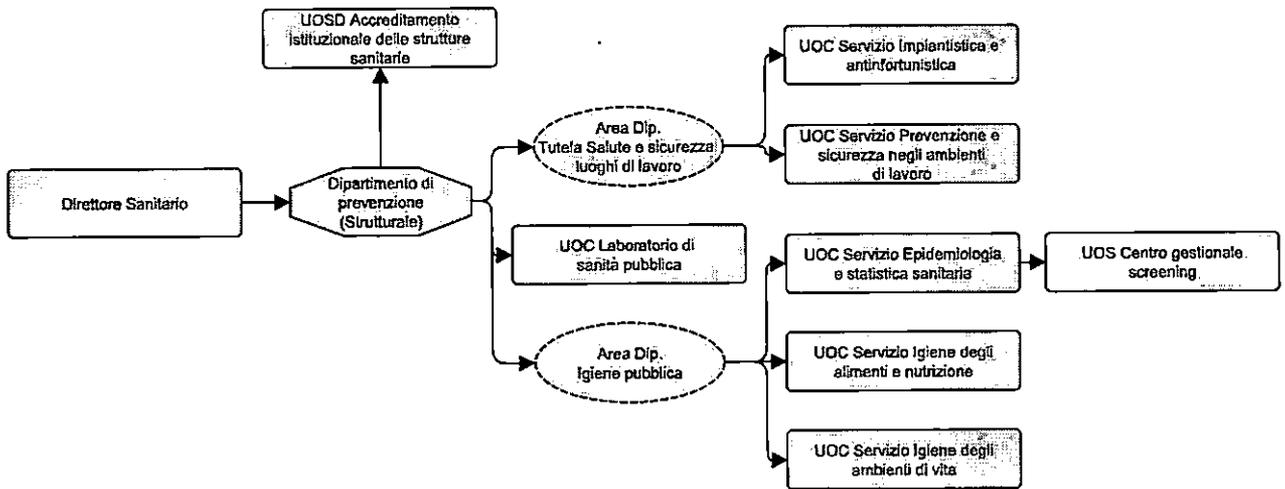
UOC Servizio affari generali

UOC Servizio provveditorato

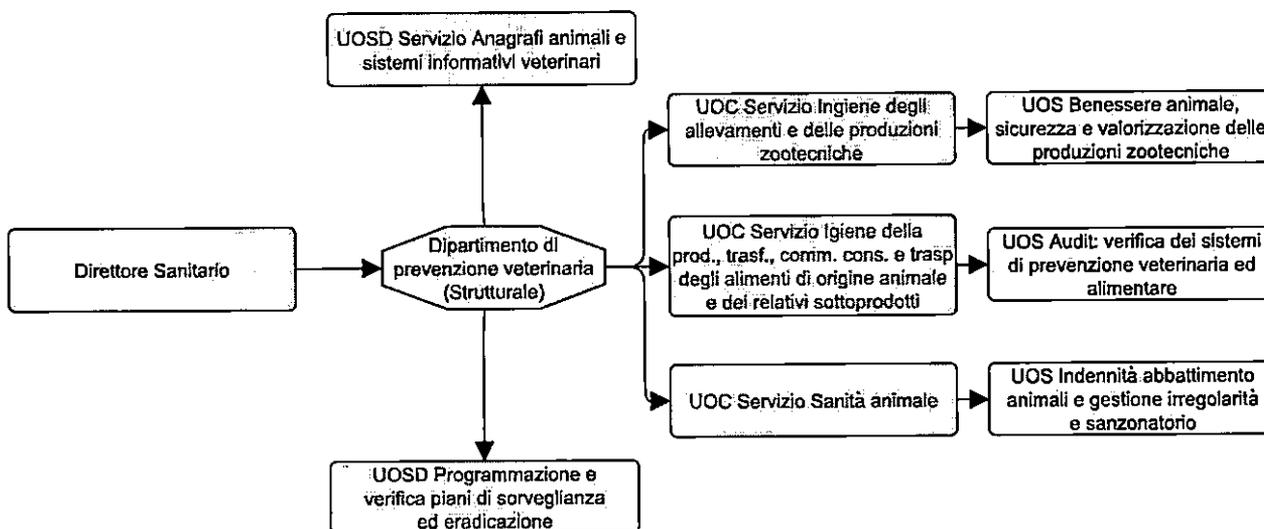
UOC Servizio economico
finanziario e patrimoniale

UOC Risorse Umane

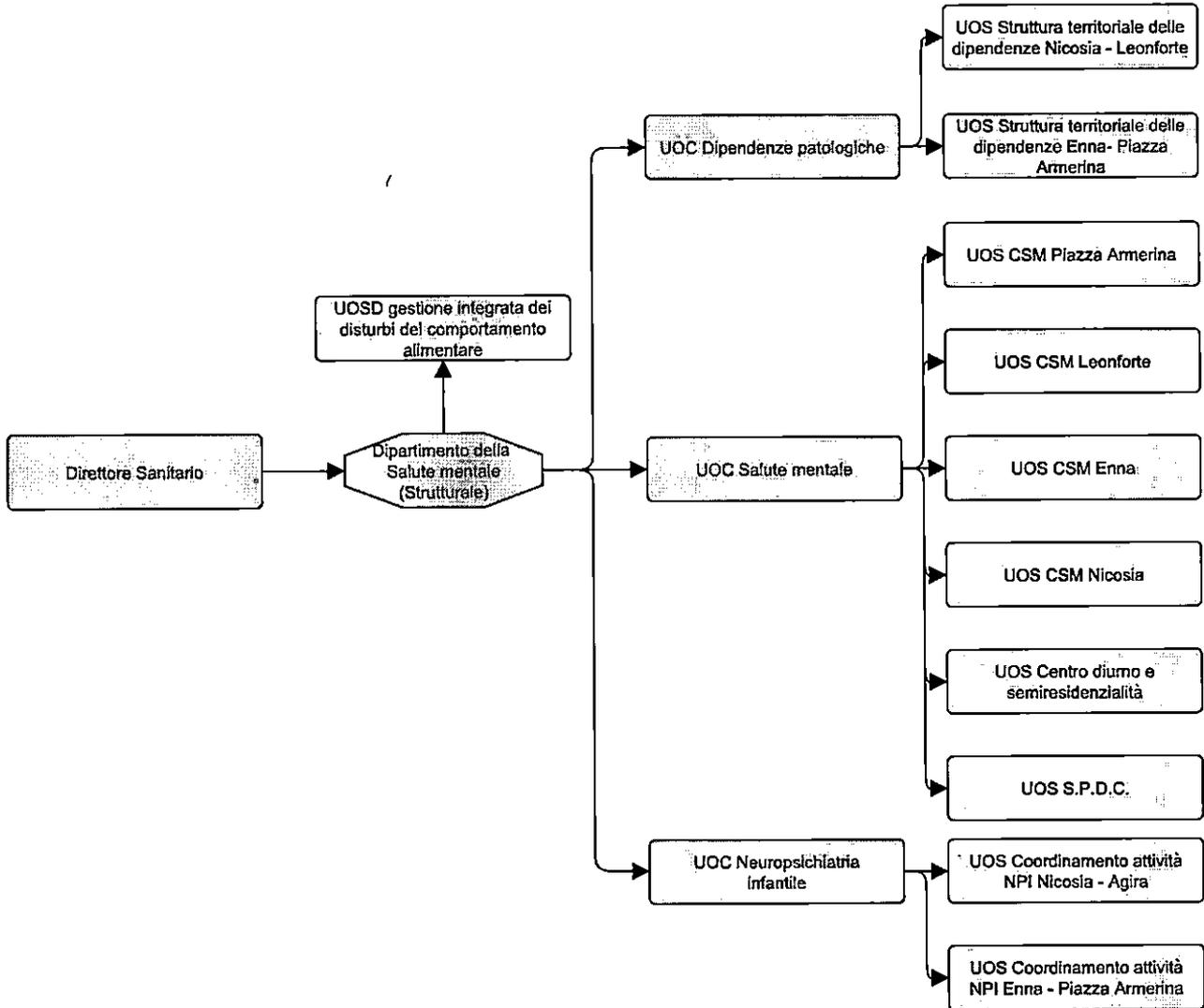
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA



DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

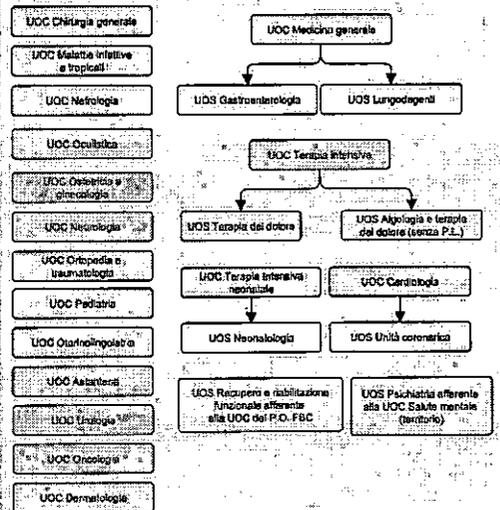


DIPARTIMENTO ASSISTENZA OSPEDALIERA

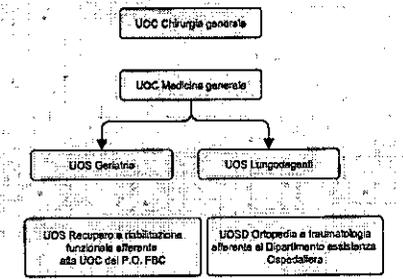
Direttore Sanitaria

Dipartimento Assistenza Ospedaliera (Dipartimento strutturale)

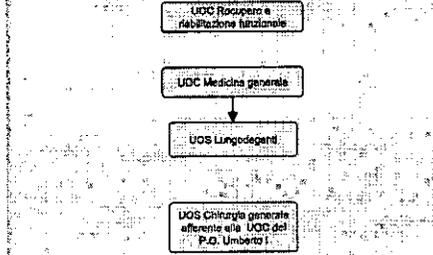
DEA I Livello P.O. Umberto I Enna



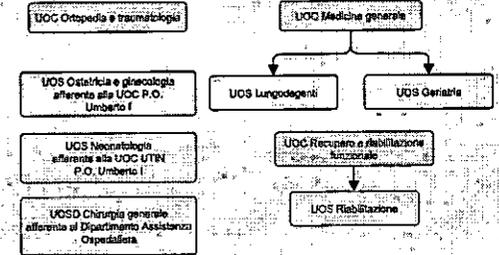
Presidio base - P.O. M. Obiello Piazza Armerina



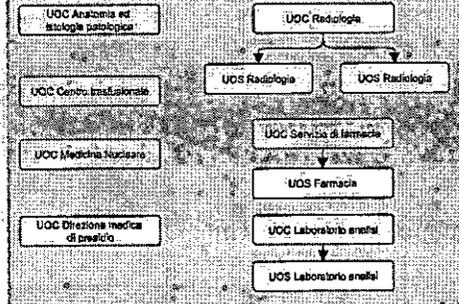
Presidio zona diurno - P.O. Ferro Corno Brancaleone di Leonforte



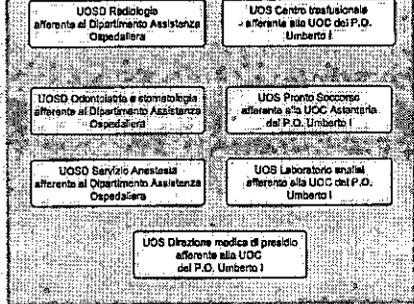
Presidio base - P.O. Carlo Basilella di Nicosia



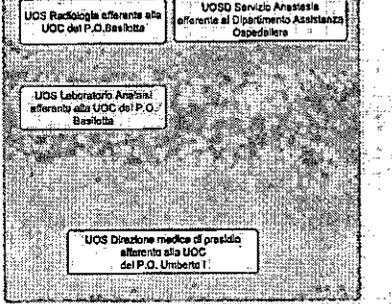
Servizi ospedalieri



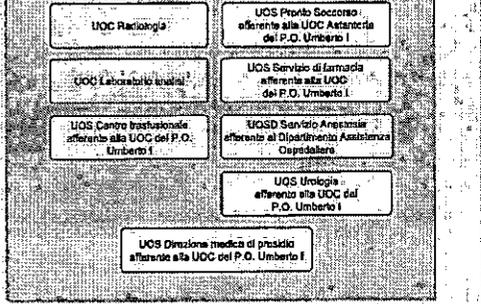
Servizi ospedalieri



Servizi ospedalieri



Servizi ospedalieri



DIPARTIMENTO DEL MATERNO INFANTILE - Dipartimento funzionale

UOC Ostetricia e
ginecologia P.O. Umberto I

UOC Pediatria
P.O. Umberto I

UOC Servizio Assistenza materno
infantile del territorio

Le UOS gerarchicamente afferenti alle UOC
si intendono incluse benchè non indicate

DIPARTIMENTO DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE E DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA - Dipartimento funzionale

Distretto Sanitario
di Piazza Armerina

UOS Cure palliative domiciliari
e Hospice

Distretto Sanitario
di Enna

UOC Servizio Assistenza sanitaria
di base, anziani e cure
domiciliari

Distretto Sanitario
di Agira

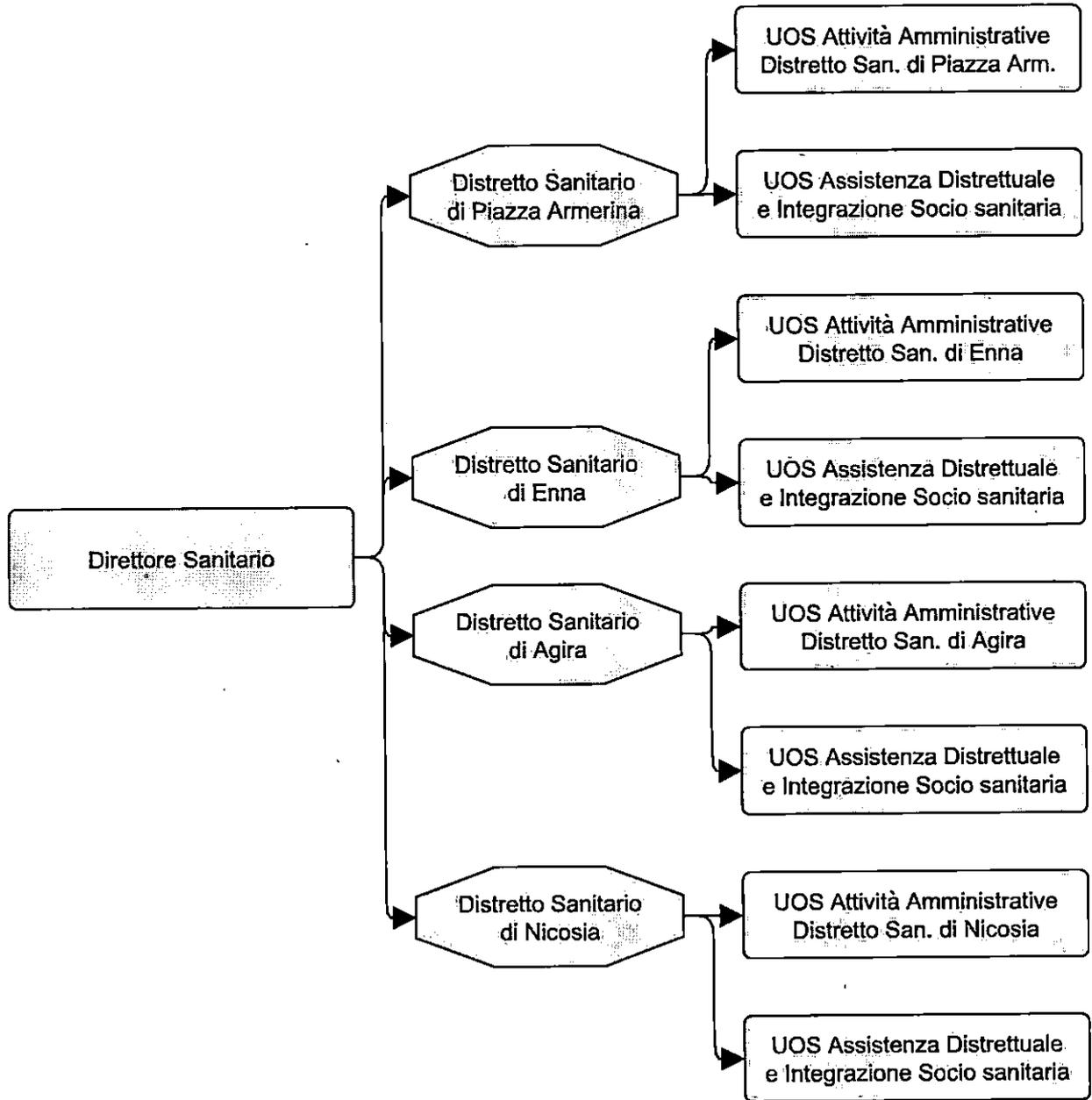
UOC Servizio Assistenza
specialistica, riabilitativa
e protesica e CUP

Distretto Sanitario
di Nicosia

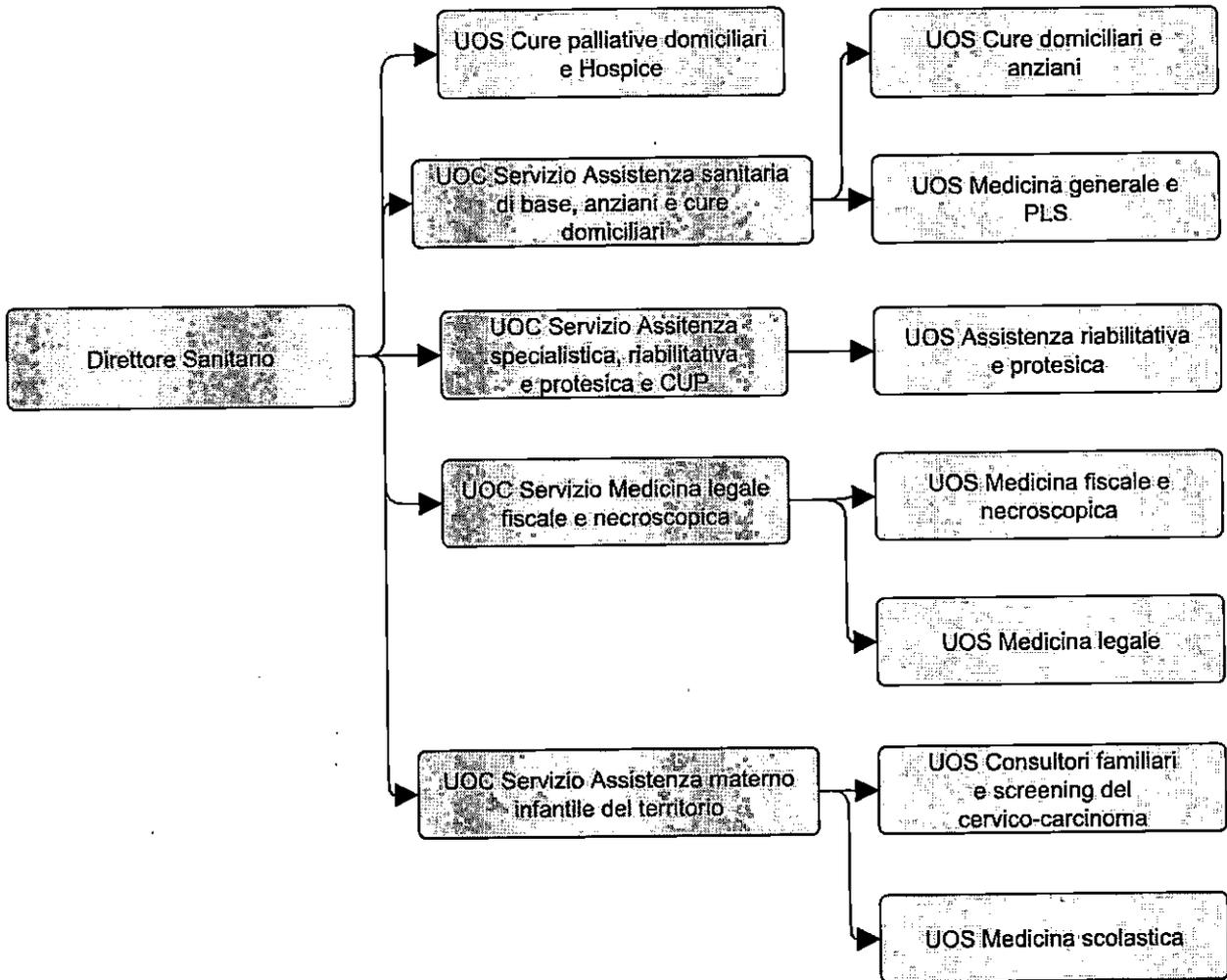
UOC Servizio Medicina legale
fiscale e necroscopica

Le UOS gerarchicamente afferenti alle UOC
si intendono incluse benchè non indicate

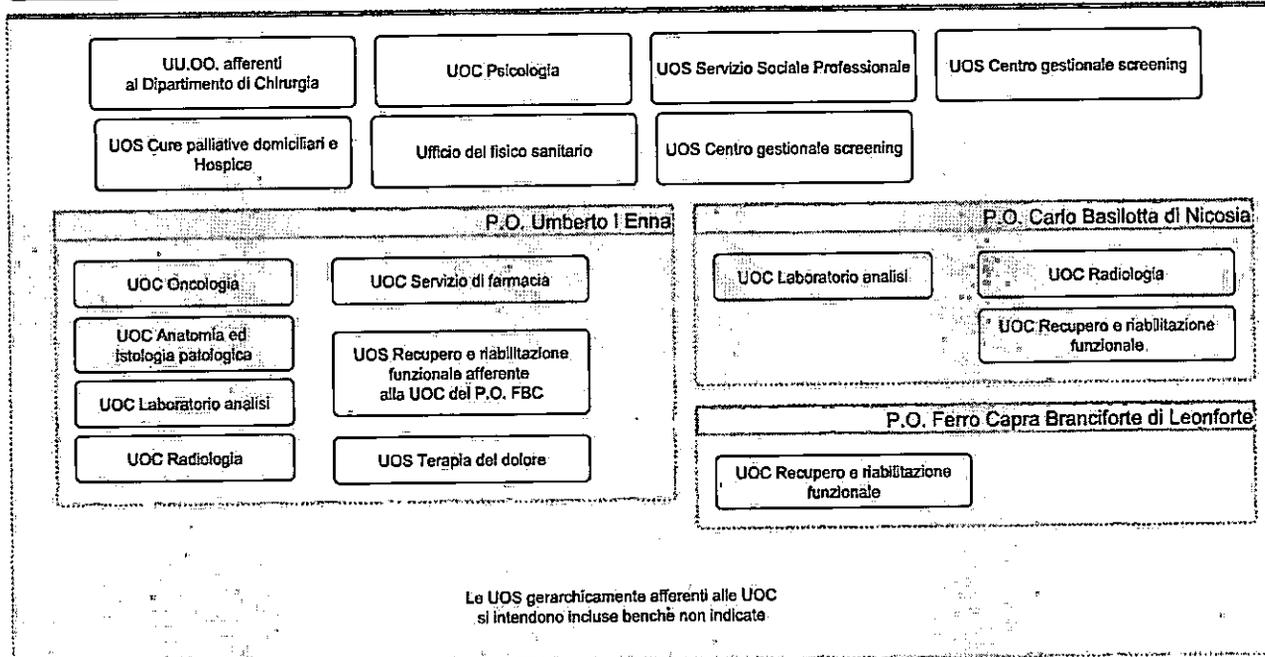
ASSISTENZA TERRITORIALE DISTRETTUALE



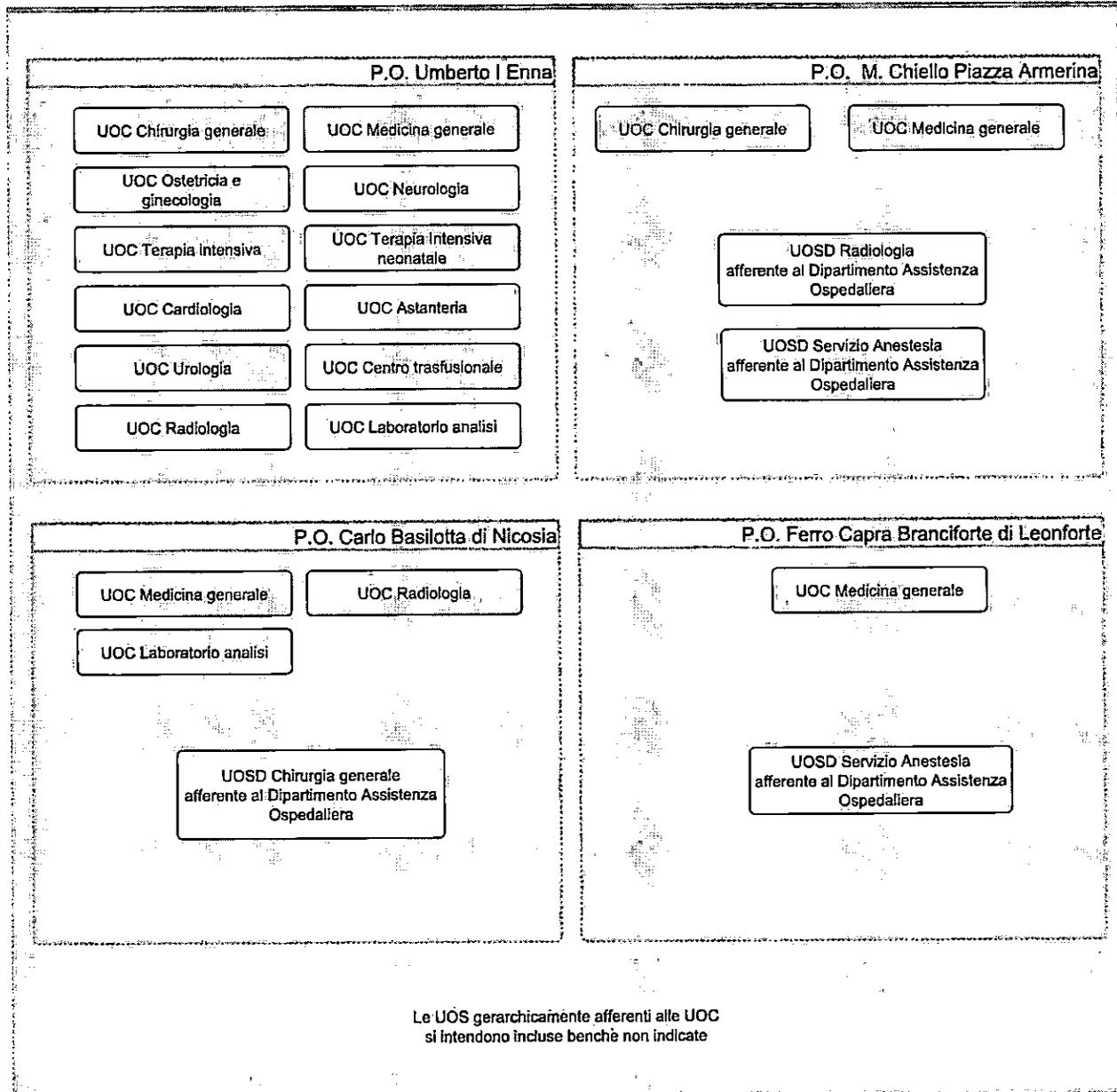
ASSISTENZA TERRITORIALE INTERDISTRETTUALE E SOCIO-SANITARIA



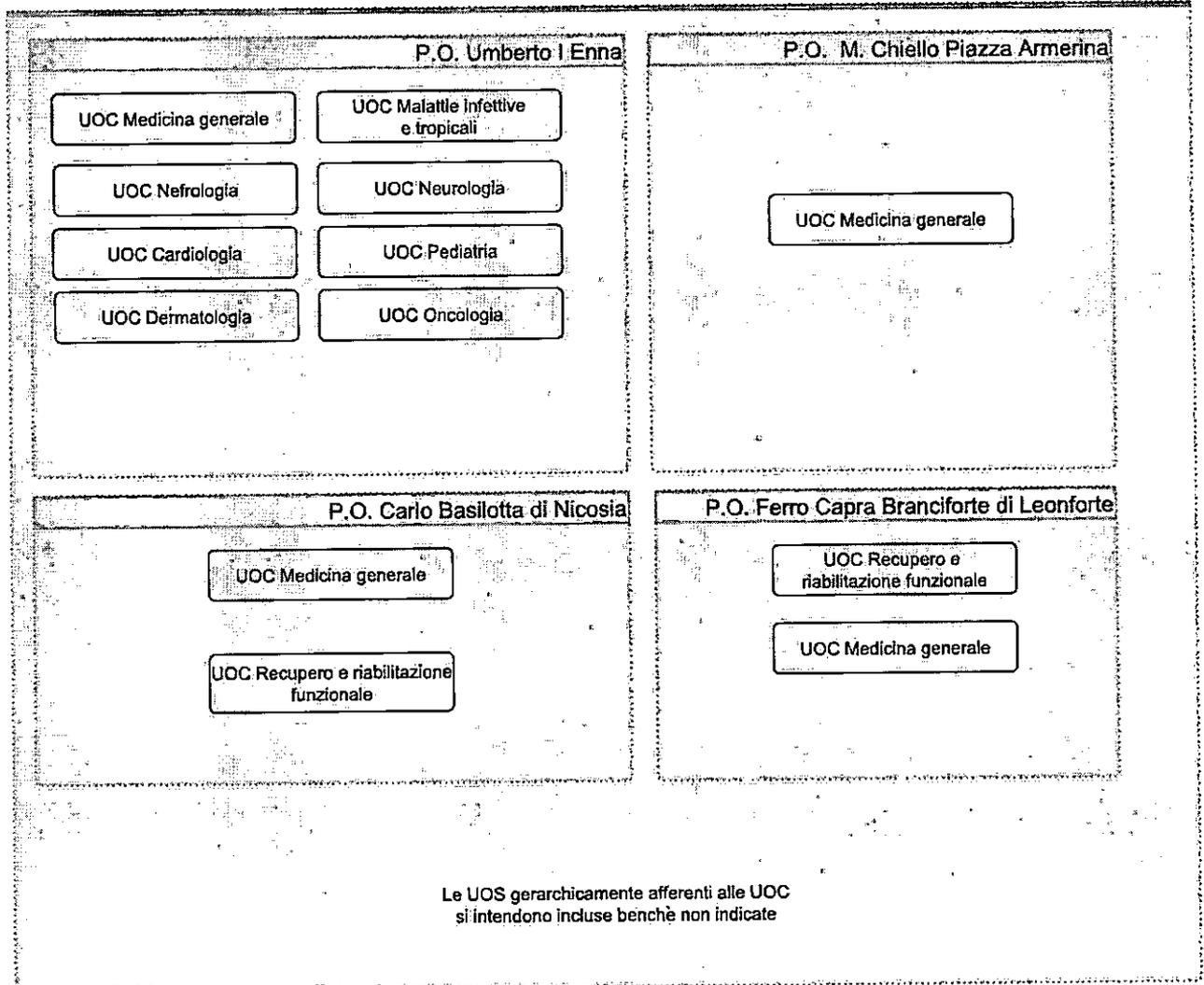
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO - Dipartimento funzionale trasmurale



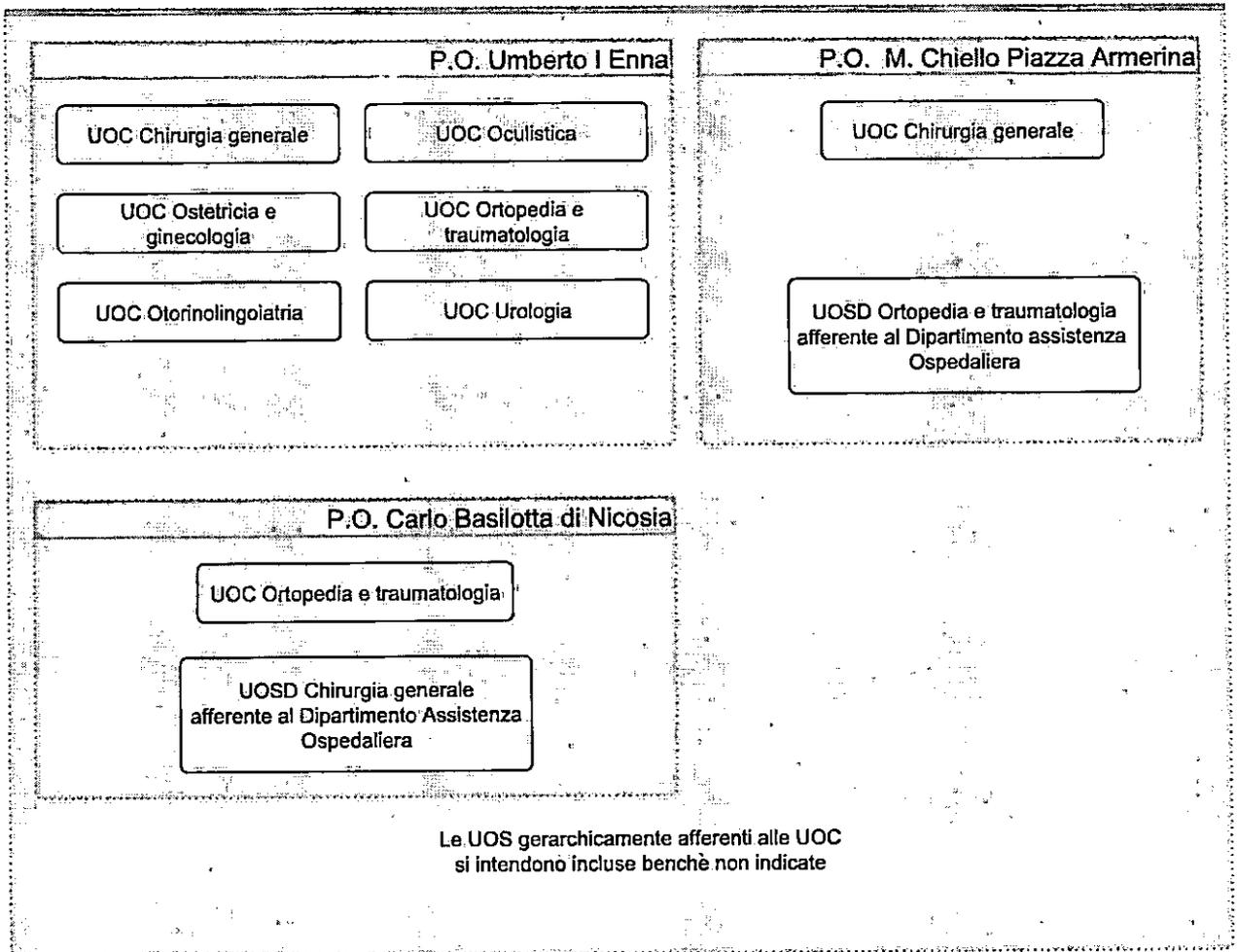
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ED ACCETTAZIONE - Dipartimento funzionale



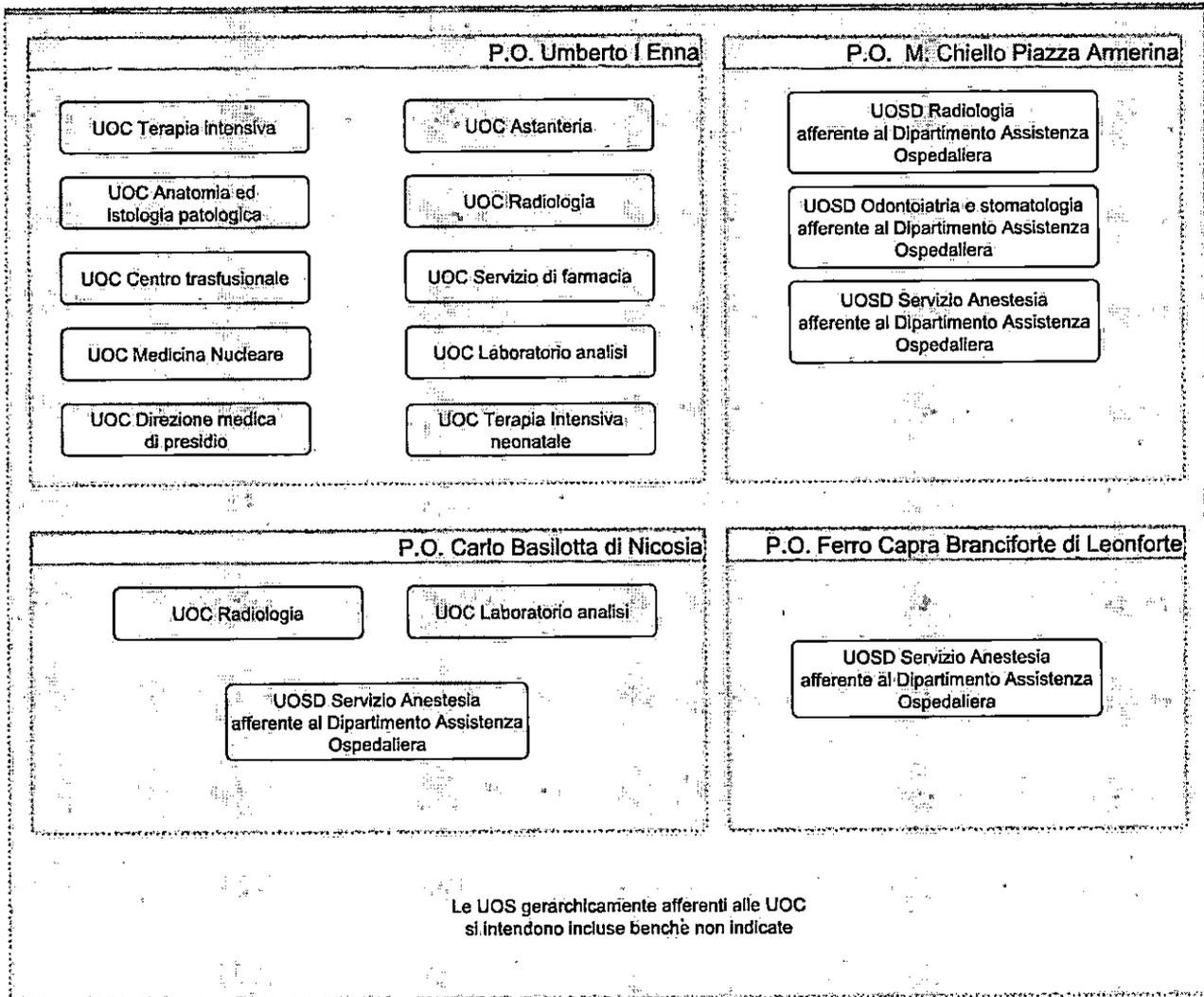
DIPARTIMENTO DI MEDICINA - Dipartimento funzionale transmurale



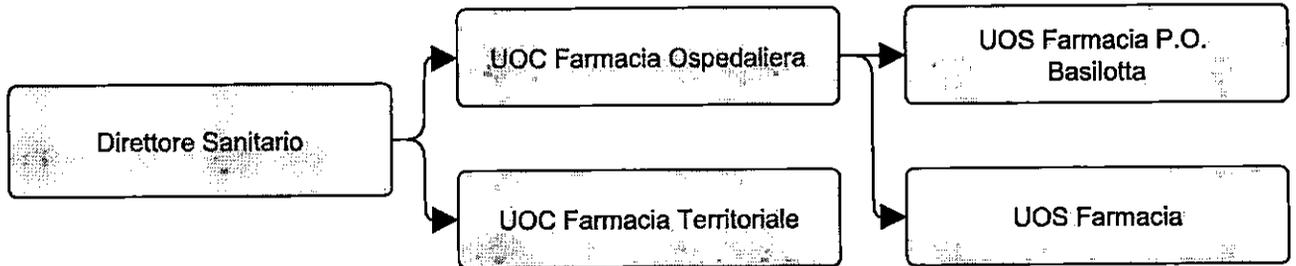
DIPARTIMENTO CHIRURGIA - Dipartimento funzionale

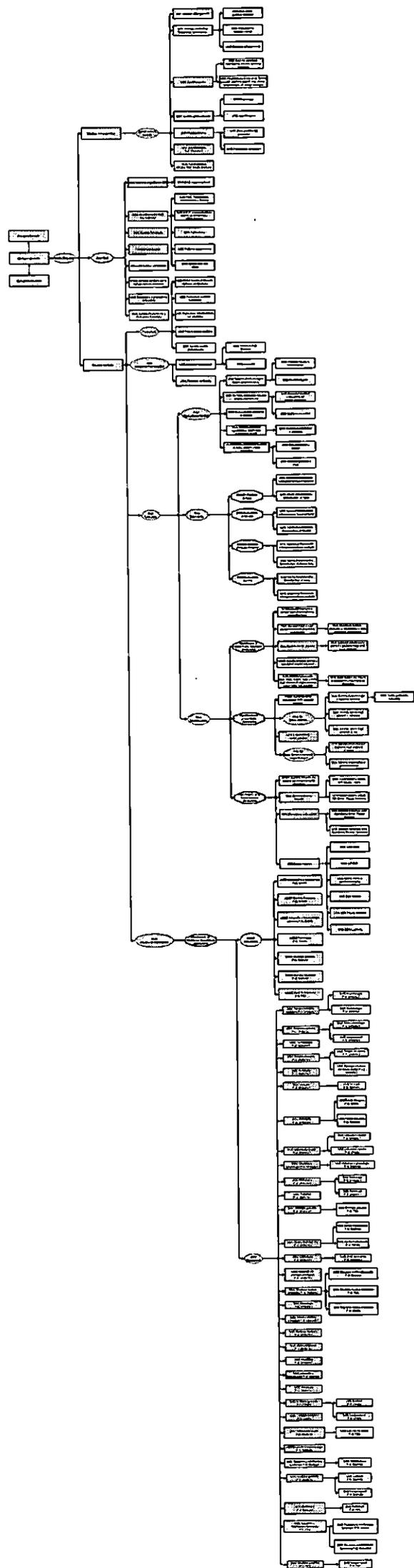


DIPARTIMENTO DEI SERVIZI - Dipartimento funzionale



ASSISTENZA FARMACEUTICA





Allegato 2 - OBIETTIVI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI ANNO 2016-2017

ANNO 2018

| Obiettivo | Descrizione | Indicatore | Fonte dati | Peso | 2017 | | |
|----------------------------|---|--|------------|------|--|-----------------------------------|--------------------------------|
| | | | | | Target | Valore a consuntivo al 31/10/2017 | % raggiungimento al 31/10/2017 |
| 1. SCREENING ONCOLOGICI | Screening tumore cervice uterina | n test eseguiti/ popolazione target (donne residenti 25-64 anni) | | 3 | 50% | 17% | 34% |
| | Screening tumore mammella | n test eseguiti/ popolazione target (donne residenti 50-69 anni) | | 3 | 60% | 13,4% | 22% |
| | Screening tumore colon retto | n test eseguiti/ popolazione target (popolazione residente 50-69 anni) | | 3 | 50% | 0,00% | 0% |
| | | Obiettivi di processo: 1. Istituzione delle UU.OO. di screening 2. Coinvolgimento e collaborazione MMG 3. Riduzione inviti inesitati | | | 1. 100% entro 2016 2. 30% entro 2016 3. < 3% (2016) | si | 100% |
| 2. ESITI | 2.1 tempestività intervento per frattura femore in pazienti over 65 | Interventi Effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero/numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65 | SDO | 5 | ≥ 90% (da valore soglia 60% pari a 0 applicando una funzione lineare) | 54,9% | 0,00% |
| | 2.2 Riduzione parti cesarei primari | Parti cesarei di donne non pre-cesarizzate cesarei primari/ totale parti di donne con nessun pregresso cesareo | SDO | 5 | < 20% (miglioramento a partire da soglia minima 28% applicando una funzione lineare) | 27,4% | 7% |
| | 2.3 Tempestività intervento in IMA STEMI | 2.3.1 PTCA entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero* (vd note) con diagnosi certa di IMA STEMI/ numero totale di IMA STEMI ** diagnosticati | RAD | 5 | ≥ 91% (miglioramento tra soglia minima 78% e valore target 91%) | 89,3% | 98,13% |
| | | 2.3.2 proporzione di IMA STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea (PTCA) entro 90' (differenza tra il tempo in cui è stato effettuato l'intervento e quello in cui è avvenuto il ricovero calcolato in | | | | | |

| Denominazione obiettivo | Descrizione | Indicatore | Fonte dati | Peso | Target | Valore a consuntivo al 31/10/2017 | % raggiungimento al 31/10/2017 |
|-------------------------|--|---|------------------------------|------|--|-----------------------------------|--------------------------------|
| | | minuti) | | | | | |
| | 2.4 degenza post-operatoria in colecistectomia laparoscopica <3 giorni | N ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria < 3 giorni/n totale ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica | SDO | 5 | ≥ 97% (miglioramento tra soglia minima 70% e valore target 97%) | 82,5% | 85,05% |
| 3. LISTE DI ATTESA | Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali (PNGLA 2010-2012) | Ex ante Σn prestazioni richieste (da 1 a 43)*% di garanzia in classe B/totale prestazioni prenotate in classe B | Dati CUP | 7,5 | Da 75 a 100 | Classe B 81,49% | Classe B 75% |
| | | Ex ante Σn prestazioni richieste (da 1 a 43)*% di garanzia in classe D/totale prestazioni prenotate in classe D | | | | Classe D 80,77% | Classe D 75% |
| | | Ex post n prestazioni garantite entro i tempi, della classe di priorità B/totale prestazioni classe B | | | | Classe B 100% | Classe B 100% |
| | | Ex post n prestazioni garantite entro i tempi, della classe di priorità D/totale prestazioni classe D per le seguenti otto prestazioni: visita oculistica, mammografia, TAC torace senza e con mdc, ecocolordoppler tronchi sovraortici, RNM colonna vertebrale, ecografia ostetrica -ginecologica, visita ortopedica, visita cardiologica (indicatore calcolato per ciascuna prestazione) | Flusso C, M e XML ex art. 50 | 7,5 | Da 75 a 100 | Classe D 100% | Classe D 100% |

| Denominazione obiettivo | Descrizione | Indicatore | Fonte dati | Peso | Target | Valore a consuntivo al 31/10/2017 | % raggiungimento al 31/10/2017 |
|-------------------------|---|--|--|------|--------|-----------------------------------|--------------------------------|
| 4. PUNTI NASCITA | 4.1 Punti nascita: garantire i requisiti contemplati dalla checklist. I dati andranno inseriti nella piattaforma qualitasecilia.ssr. Verifiche a campione sulla congruità dei dati inseriti | n requisiti garantiti/totale requisiti previsti dalla Checklist (accordo Stato-Regioni 16/12/2010 e DA 2536 del 2/12/2011) | Dati inseriti sulla piattaforma qualitasecilia.ssr | 5 | SI/NO | SI | 100% |
| | 4.2 Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali <u>4.2.1 PN senza UTIN</u> | 4.2.1.1: n nati con età gestazionale <34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata per più di 24 ore (1 giorno) | SDO e CEDAP | | 0 | 0 | 100% |
| | | 4.2.1.2 % neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita/totale neonati ricoverati | SDO | | <8% | 0% | 100% |
| | 4.2 Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali <u>4.2.2 PN con TIN</u> (Terapia Intensiva Neonatale) | 4.2.2.3 report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio | Controlli NOC (controllo analitico su 15% delle cartelle cliniche dei neonati) | | SI | SI | 100% |

| Denominazione obiettivo | Descrizione | Indicatore | Fonte dati | Peso | Target | Valore a consuntivo al 31/10/2017 | % raggiungimento al 31/10/2017 |
|-------------------------|--|---|-----------------------|------|--|-----------------------------------|--------------------------------|
| | | | dimessi da codice 73) | | | | |
| | | 4.2.2.4 n neonati dimessi direttamente da TIN (cod. 73) (modalità di dimissione codice 2- dimissione ordinaria al domicilio del paziente-)/totale neonati ricoverati in TIN al netto dei deceduti (modalità di dimissione codice 1) | SDO | | <7% | 0,00% | 100% |
| 5. DONAZIONE ORGANI | Incrementare il numero delle donazioni di organi e tessuti | 5.1 Organizzazione Ufficio di Coordinamento locale per i prelievi e trapianti di organi e tessuti (peso 25%) | | 0,75 | SI/NO | SI | 100% |
| | | 5.2 n accertamenti di morte con metodo neurologico non inferiore al 30% dei decessi per grave neurolesione registrati in Azienda (peso 40%) | SDO | 1,20 | 100% del valore individuato in base ai dati rilevati dalle SDO e secondo la metodologia individuata nel Sistema obiettivi 2016-17) | 0 | 100% |
| | | 5.3 n donatori procurai | SDO | 0,60 | 100% se il numero dei donatori sarà pari o superiore al 100% del valore previsto | 0 | 100% |
| | | 5.4 n cornee prelevate (non inferiore al 5% dei decessi registrati di soggetti che rientrano nei parametri di idoneità alla donazione, per come definiti dal CRT (peso 10%) | SDO | 0,30 | 100% se il numero delle cornee prelevate sarà pari o superiore al 100% del valore previsto | 0 | 100% |
| | | 5.5 organizzazione evento formativo aziendale per operatori sanitari coinvolti | | | | | |

| Denominazione obiettivo | Descrizione | Indicatore | Fonte dati | Peso | Target | Valore a consuntivo al 31/10/2017 | % raggiungimento al 31/10/2017 |
|----------------------------------|---|---|---------------------|------|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| | | nel processo di procurement di organi e tessuti (peso 5%) | | 0,15 | SI/NO | SI | 100% |
| 6. PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE | Prescrizioni dematerializzate | 1) % medici dipendenti e SUMAISTI abilitati alla prescrizione dematerializzata 2) numero medio di prescrizioni mensili nei periodi considerati anno 2017, per medico, come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS | SOGEI - SISTEMI ATS | 5 | 1) >30% 2017 2) 10 nel 2017 | 1) 23% 2) dato non disponibile | 1) No 2) |
| 7. UTILIZZO FONDI PSN | Monitoraggio stato attuazione Progetti obiettivo di PSN | 1) puntuale trasmissione dei report trimestrali 2) rispetto delle tempistiche dichiarate per la chiusura dei progetti (non oltre il 30.04.2017) | | 6 | 1) 100% 2) 100% | 2) 100% 2) 100% | 2) 100% 2) 100% |
| 8. PAC | Sviluppo percorso attuativo certificabilità (PAC) | Implementazione, funzionalità e affidabilità delle azioni PAC <u>Al 30/10/2017</u> Pleno conseguimento e implementazione presso l'ente degli obiettivi PAC relativi alle aree: - Crediti e ricavi - Debiti e costi - Disponibilità | | 1 | SI/NO | SI | 100% |
| 9. P.A.A. | Piano Attuativo Aziendale (PAA) | Implementazione e completa realizzazione di tutte le attività previste dal PAA P.A.A. | | 26 | % di sviluppo delle azioni previste e relativi pesi, come indicato nel P.A.A. | Azioni in corso | 80% |

| AREA DI INTERVENTO 1 | | Sanità Pubblica e Prevenzione | | | |
|--|-----------------------------|--|--|--|---|
| Puntaggio 5 | | Referenti aziendali: Dott. I. Sferrazza – Dott. G. Stella – Dott. S. Madonia | | | |
| interventi previsti | Peso intervento (tot. 100%) | Descrizione e articolazione dell'intervento | Risultati attesi dall'intervento | | Aggiornamento risultati al 31/10/2017 |
| | | | Indicatore di risultato | Valore obiettivo | |
| 1 – Sanità veterinaria Servizio Veterinario | 20% | 1.1.A - Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi) | 1.1.A - n. Aziende bovine e ovi caprine controllate/n. Aziende bovine e ovi caprine controllabili | 1.1.A - 100% | 1.1.A: Bovini = 99,3% ; Ovi caprini = 76,6% 1.1.B – 24 giorni 1.1.C – 46 giorni 1.1.D – Aziende bovine = 8,7% Aziende ovine = 10,1 % Aziende caprine = 11,1% 1.1.E: Bovini < 16% rispetto al 31/12/2016; Ovi-caprini < 51% rispetto al 31/12/2016 |
| | | 1.1.B – Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina | 1.1.B – numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi | 1.1.B – 21-28 giorni ≤ 28 gg 100% ≤ 30 gg 75% ≤ 32 gg 50% > 32 gg 0% | |
| | | 1.1.C - Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina | 1.1.C – numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi | 1.1.C – 42-63 giorni ≤ 63 gg 100% ≤ 68 gg 75% > 68 gg 0% | |
| | | 1.1.D - Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovi-caprine sulla base di criteri riportati, rispettivamente dai Regolamenti (Ce) n. 1082/2003 e n. 1505/2006. | 1.1.D - n. Aziende bovine e ovi-caprine controllate anagraficamente /n. Aziende bovine e ovi-caprine controllabili | 1.1.D – 5% Aziende bovine 3% Aziende ovi-caprine | |
| | | 1.1.E - Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata | 1.1.E - Percentuale di riduzione della prevalenza | 1.1.E – 15% | |

| | | nel 2015 | | | |
|---|-----|--|---|--|---|
| <p>1.2 – Sicurezza alimentare</p> <p>S.I.A.N.</p> <p>Servizio Veterinario</p> | 20% | <p>1.2.A Attuazione Piano regionale di controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari 2016 ai sensi del DDG n. 324/marzo 2016</p> <p>1.2.B Definizione di una procedura che garantisca il rispetto dei tempi per il rilascio del provvedimento di riconoscimento definitivo agli stabilimenti che trattano alimenti di origine animale con riconoscimento condizionato.</p> | <p>1.2.A - Rispetto Flusso informativo</p> <p>1.2.B -Invio entro il 31.10.2016 del provvedimento di approvazione della procedura di programmazione e della procedura di monitoraggio e verifica</p> | <p>1.2.A – SI/NO</p> <p>1.2.B – SI/NO</p> | <p>1.2.A – Si</p> <p>1.2.B – Area SIAOA – Si (già dal 2016)</p> <p>1.2.B – Area SIAN - Si – inviati regolarmente, come da riferimenti normativi; i dati definitivi all’anno 2017 verranno trasmessi entro il 15/02/2018</p> |
| <p>1.3 – Copertura Vaccinale e Sorveglianza Malattie Infettive</p> <p>Igiene Pubblica</p> | 20% | <p>1.3.A - Implementazione della copertura vaccinale (D.A. N. 38/2015)</p> <p>1.3.B - Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla <i>evidence</i> per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini</p> | <p>1.3.A – n. soggetti vaccinati/popolazione target residente</p> <p>1.3.B - Relazione sulle attività svolte</p> | <p>1.3.A</p> <p>Morbillo Parotite Rosolia</p> <p>1a dose – 95% Coorte 2014</p> <p>2a dose- 95% Coorti 2000 e 1998</p> <p>Varicella</p> <p>1a dose-95% Coorte 2014</p> <p>2a dose – 95% Coorti 2000 e 1998</p> <p>1.3.B - SI/NO</p> | <p>1.3.A</p> <p>I risultati ottenuti sono in linea con le previsioni del calendario regionale</p> <p>1.3.B – SI</p> |

| | | | | | |
|---|------------|--|--|---|---|
| | | <p>della adesione consapevole (D.A. N. 38/2015)</p> <p>1.3.C - Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscotto regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale negli anni 2012 – 2015 (PRP 2014/2018)</p> <p>1.3.D - Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio</p> <p>1.3.E - Genotipizzazione virale</p> <p>1.3.F- Notifica delle malattie infettive</p> | <p>1.3.C - Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate negli anni 2012- 2016</p> <p>1.3.D – Casi di morbillo, rosolia e rosolia congenita con isolamento virale</p> <p>1.3.E - Individuazione dei focolai di morbillo, rosolia e rosolia congenita mediante l'identificazione del genotipo virale isolato</p> <p>1.3.F - notifiche delle malattie infettive su numero di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)</p> | <p>1.3.C – SI/NO</p> <p>1.3.D - > dell'80 %</p> <p>1.3.E - 100%</p> <p>1.3.F – 70%</p> | <p>1.3.C - SI</p> <p>1.3.D 100% (tutti i casi riscontrati vengono notificati)</p> <p>1.3.E – nessun caso riscontrato</p> <p>1.3.F – nessun caso riscontrato</p> |
| <p>- 1.5 – Prevenzion e nei luoghi di lavoro - S.Pre.S.A.L.</p> | <p>20%</p> | <p>1.5.A Attuazione direttive del Gruppo di Lavoro "Edilizia" nazionale e regionale e Gruppo di Lavoro "Agricoltura" nazionale e regionale</p> | <p>1.5.A –</p> <p>1.5.B SI/NO</p> | <p>1.5.A – Effettuati 13 sopralluoghi (11 edilizia e 2 agricoltura). Formazione 9 corsi effettuati (6 edilizia e 3 agri.)</p> | <p>1.5 A - Effettuati n. 5 sopralluoghi in Edilizia o in Agricoltura e 5 corsi di formazione nel comparto agricoltura. Criticità: grave carenza di personale e blocco assunzioni. In atto in organico n. 2 tecnici di prevenzione. Avviate le procedure</p> |

Allegato 3 - P.A.A. 2016 - 2017

| | | | | | |
|--|--|---|--|---------------|---|
| | | 1.5.B Attuazione direttive del GdL "Agenti cancerogeni" nazionale e regionale | | 1.5.B – SI/NO | <p>per l'indizione di un bando per incarico libero-professionale; l'assunzione del personale dedicato consentirà un adeguamento a regime nel corso del 2018</p> <p>1.5.B – SI - attivata sorveglianza sanitaria ex esposti. Effettuata la sorveglianza sanitaria INAIL con n.5 adesioni ex-esposti. Criticità: carenza di personale e blocco assunzioni.</p> |
|--|--|---|--|---------------|---|

| Area di intervento 2 | | Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|---|--|------------------|---|
| Punteggio 9 | | Referenti aziendali: Dott. E. Leanza – Dott. F. La Tona – Sig. S. Giampiccolo | | | |
| Interventi previsti | Peso intervento (tot. 100%) | Definizione e articolazione dell'intervento | Risultati attesi dall'intervento | | Aggiornamento risultati al 31/10/2017 |
| | | | Indicatore di risultato | Valore obiettivo | |
| 2.1 Sicurezza dei Pazienti | 20% | 2.1 A - Monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento Rischio Clinico | 2.1 A 1) la segnalazione della totalità degli eventi sentinella rispetto a quelli conosciuti (SIMÉS) | SI | Tutte le attività di monitoraggio vengono regolarmente effettuate e gli eventi sentinella vengono segnalati in ottemperanza alle linee guida 2.1 A 3) finestra piattaforma |
| | | | 2.1 A 2) la coerenza rispetto al protocollo nazionale (SIMES) | SI | |
| | | | 2.1 A 3) il monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive (Report su piattaforma Qualitasicilia SSR) | SI | |
| | | 2.1 B - Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella Rischio Clinico | 2.1 B valutazione e produzione di report annuale secondo la metodologia Agenas | SI | 2.1 B – finestra piattaforma Qualitasicilia SSR aperta fino al 09/01/2018 |

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| | <p>2.1 C - Programma regionale <i>Global Trigger Tool</i>: valutare l'1% delle cartelle cliniche dei dimessi in ricovero ordinario (con degenza superiore a un giorno) dalle UU. OO. delle seguenti discipline: area medicina, area chirurgica, area ostetrica, area pediatrica, area rianimazione (qualora mancasse una disciplina garantire comunque l'1% dei dimessi)</p> <p>Rischio Clinico</p> | <p>2.1 C Numero di casi inseriti nella piattaforma regionale GTT in modo completo e coerente secondo il protocollo di rilevazione regionale</p> | <p>1% dei dimessi in ricovero ordinario con degenza superiore a 1 giorno</p> | <p>2.1 C SI entro il 31/12/2017</p> |
| | <p>2.1 D - Programma di implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica in coerenza al D.A. 1914/13 s.m.i. di approvazione del programma regionale per la sicurezza, appropriatezza e gestione complessiva della terapia antitumorale</p> <p>UOC Oncologia-UOC Farmacia Ospedaliera</p> | <p>2.1 D Monitoraggio annuale e produzione report</p> | <p>100% delle azioni programmate</p> | <p>2.1D E' stato raggiunto il 100% delle azioni programmate</p> |
| | <p>2.1 E - Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali</p> <p>UOC Anestesia e Rianimazione</p> | <p>2.1 E 1) Report secondo schema disponibile su piattaforma Qualitasicilia SSR</p> <p>2.1 E 2) svolgimento di almeno 20 osservazioni dirette per azienda sanitaria</p> | <p>2.1 E 1) SI</p> <p>2.1 E 2) 100%</p> | <p>2.1 E 1) SI entro il 09/02/2018</p> <p>2.1 E 2) al 31/10/2017 n. 12 schede di osservazione</p> |
| | <p>2.1 F - Sviluppo organizzativo del Percorso Nascita. Autovalutazione dei Punti Nascita (pubblici e privati) sulla base della checklist</p> | <p>2.1 F Realizzazione autovalutazione su</p> | <p>SI</p> | <p>SI</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---------------------|--|
| | | <p>predisposta dai professionisti.</p> <p>UOC UTIN-UOC Ostetricie e Ginecologia</p> | <p>piattaforma Qualitasicilia SSR</p> | | |
| | | <p>2.1 G - Aderenza al Programma regionale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza</p> <p>Direzioni sanitarie Distretti Ospedalieri</p> | <p>2.1 G - Aderenza alle indicazioni regionali</p> | <p>SI</p> | <p>2.1 G- Il Distretto ospedaliero EN 2 ha effettuato uno studio di prevalenza sulle I.C.A. anno 2016</p> <p>Relativamente al Distretto EN1 a seguito di riorganizzazione del personale la rilevazione sarà effettuata a partire dalla seconda metà di novembre</p> <p>Si è in attesa da parte dei CIO aziendale per il secondo studio per l'anno 2017</p> |
| | | <p>2.1 H - Azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza:</p> <p>2.1 H 1) Azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza</p> <p>2.1 H 2) Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e</p> | <p>2.1 H 1) Aderenza alle indicazioni regionali</p> <p>2.1 H 2) Report relativo al consumo di antibiotici</p> <p>2.1 H 3) Aderenza al Protocollo regionale</p> | <p>SI</p> <p>SI</p> | <p>2.1 H 1 – Il Distretto ospedaliero EN2 ha effettuato uno studio di monitoraggio dei Microrganismi MDR</p> <p>2.1 H 2 – I dati di consumo sia</p> |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | <p>territoriale</p> <p>2.1 H 3) <i>AntimicrobialStewardship</i></p> <p>2.1 H 4) Realizzazione di una campagna di comunicazione basata sull'evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale</p> <p>Direzioni sanitarie Distretti Ospedalieri - URP Aziendale - UOC Farmacia Ospedaliera - UOS Farmacia Territoriale</p> | <p>2.1 H 4a) Report sulla realizzazione delle campagne di comunicazione.</p> <p>2.1 H 4B) Report di monitoraggio sulla valutazione di impatto (pre e post intervento) delle campagne di comunicazione.</p> | <p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p> | <p>ospedaliero che territoriale mostrano un decremento di spesa rispetto all'anno 2016</p> <p>In corso</p> |
| | <p>2.1 I -Programma di riduzione delle batteriemie/sepsi correlate all'utilizzo di cateteri vascolari - targeting zero:</p> <p>2.1 I 1) Adesione studi periodici di prevalenza ICA - ECDC</p> <p>2.1 I 2) Diffusione e formazione sull'utilizzo dei Bundle</p> <p>2.1 I 3) Individuazione team dedicato</p> <p>2.1 I 4) Procedura di conferimento dei privileges e valutazione dell'effettiva applicazione</p> <p>2.1 I 5) Scheda di gestione CVC</p> <p>2.1 6) Conduzione di audit periodici su almeno 100 procedure eseguite</p> | <p>Aderenza alle indicazioni regionali:</p> <p>2.1 I 1) Adesione studi e relativo Report</p> <p>2.1 I 2) Brochure ed eventi formativi</p> <p>2.1 I 3) Delibera aziendale</p> <p>2.1 I 4) Schede dei privileges e Report della relativa valutazione</p> <p>2.1 I 5) Compilazione della scheda di gestione sulla piattaforma informatica sulla totalità dei pazienti trattati</p> <p>2.1 6) Report aziendale su</p> | <p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p> | <p>2.1 I – Il Distretto ospedaliero EN 2 non effettua emocoltura</p> |

| | | Direzioni sanitarie Distretti Ospedalieri | audit svolti | | |
|--|-----|--|---|----|--|
| <p>2.2</p> <p>Monitoraggio dei Tempi di Attesa</p> <p>UOC Medicina Specialistica</p> | 10% | <p>2.2 A - Attività e funzionamento del Gruppo Interaziendale per il governo delle liste di attesa dell'art 2 del D.A. 439 – 2015:</p> <p>2.2 A 1) Monitoraggio e analisi dei dati derivanti dai flussi informativi dei tempi di attesa delle strutture erogatrici pubbliche e private accreditate ricadenti nell'area metropolitana e/o provinciale di competenza;</p> <p>2.2 A 2) Analisi delle cause profonde dei fattori favorenti le criticità locali;</p> <p>2.2 A 3) Individuazione e pianificazione di soluzioni condivise; anche attraverso la formalizzazione di accordi interaziendali e/o interprovinciali;</p> <p>2.2 A 4) Pianificazione e realizzazione dei programmi formativi aziendali per il governo delle liste di attesa in coerenza alle indicazioni della Cabina di Regia Regionale di cui all'art. 3 ;</p> | <p>2.2 A Report Annuale sui punti a,b,c,d di cui all'art. 2 D.A. 439 – 2015 da pubblicare su web aziendale.</p> | SI | <p>2.2 A – Anche se non presenti aziende erogatrici nell'ambito del territorio ASP, si è proceduto alla costituzione di un gruppo di lavoro intraaziendale col compito di analizzare l'offerta, le liste di attesa e di proporre interventi correttivi. Il gruppo di lavoro ha esitato un Piano per l'Assistenza Specialistica che, partendo dall'analisi del contesto, definisce il programma di implementazione e rimodulazione dell'offerta</p> |

Allegato 3 - P.A.A. 2016 - 2017

| | | | | | |
|--|--|---|---|------------------|--|
| | | <p>2.2 B - Analisi campi flusso SDO: report semestrale che analizzi tutti i campi del flusso SDO e livelli di garanzia.</p> <p><i>NOTA: Si procederà all'esame dei dati così come indicato nelle Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa (dicembre 2010.)</i></p> | <p>2.2 B 1) n. campi compilati (data prenotazione, classe di priorità) / n. campi da compilare</p> <p>2.2 B 2) Monitoraggio</p> | <p>>= 90%</p> | <p>2.2 B 1 – Tutti i campi sono regolarmente implementati</p> <p>2.2 B 2 - Si monitoraggio semestrale</p> |
| | | <p>2.2 C - Applicazione del modello delle priorità cliniche condivise (RAO) per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in ambito aziendale.</p> | <p>2.2 C - Aderenza alle indicazioni regionali/Agenas</p> | <p>SI</p> | <p>L'Azienda sta regolarmente partecipando alla fase del progetto AGENAS di sperimentazione RAO, avviata con l'incontro tenutosi presso l'Assessorato della Salute il 20/09/2017</p> |
| | | <p>2.2 D - Modalità di prenotazione informatizzata condivisa tra gli erogatori pubblico/privato in ambito di area metropolitana/provincia almeno nelle 43 prestazioni critiche – coordinamento/ da parte delle ASP</p> <p>2.2 E - Monitoraggio delle sospensioni</p> | <p>2.2 D - Realizzazione di una modalità di prenotazione condivisa</p> | <p>SI</p> | <p>2.2 D - Le strutture private insistenti nel territorio dell'ASP sono state acquisite al CUP aziendale in modalità web per quote delle 43 prestazioni critiche</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|-------------------------------|--|
| | | <p>dell'erogazione delle prestazioni:</p> <p>2.2 E 1) Il monitoraggio deve essere effettuato come da Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa (dicembre 2010).</p> <p>2.2 E 2) Sulla base delle criticità correlate alla sospensione delle prestazioni devono essere predisposti i relativi interventi correttivi.</p> <p>2.2 E 3) Pubblicazione dei report semestrali e degli interventi correttivi su web</p> <p><i>NOTA: Viene richiesto l'effettivo monitoraggio (comprovato da idonea documentazione) da parte dell'Azienda sugli interventi messi in atto dalle strutture sanitarie per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni.</i></p> <p><i>Inoltre si chiede se l'Azienda sia venuta a conoscenza dell'eventuale sospensione dell'attività di prenotazione e quali interventi abbia intrapreso.</i></p> | <p>2.2 E 1) report semestrale</p> <p>2.2 E 2) Report con interventi correttivi</p> <p>2.2 E 3) Pubblicazione su sito web aziendale</p> | <p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p> | <p>2.2 E 1) SI</p> <p>2.2 E 2) SI</p> <p>2.2 E 3) SI</p> <p>Vengono trasmessi regolarmente i monitoraggi semestrali delle sospensioni delle erogazioni delle prestazioni</p> |
|--|--|--|--|-------------------------------|--|

| | | | | | |
|---|------------|---|---|---------------------|---|
| <p>2.3</p> <p>Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa</p> <p>UOC Medicina Specialistica</p> <p>CED</p> | <p>10%</p> | <p>2.3 A - Pubblicare e puntualmente aggiornare, sui siti web delle Aziende erogatrici, la sezione "Liste attesa/tempi attesa".</p> | <p>2.3 A Evidenza di Pubblicazione e aggiornamento sul web</p> | <p>Si</p> | <p>2.3 A – SI. Le liste di attesa vengono pubblicate, con cadenza periodica, sull'apposita sezione del sito web aziendale</p> |
| <p>2.4</p> <p>Formazione dei professionisti</p> <p>UOS Formazione</p> | <p>10%</p> | <p>2.4 A - Partecipazione ai programmi formativi promossi dall'Assessorato per lo sviluppo delle competenze a partire dai privileges in ambito materno-infantile</p> | <p>2.3 A 1) Svolgimento delle corsi formativi previsti secondo le indicazioni regionali</p> <p>2.3 A 2) Report secondo schema disponibile su piattaforma Qualitasicilia SSR</p> | <p>SI</p> <p>SI</p> | <p>2.3 A 1) Avvio attività CEFPAS giugno 2017</p> <p>Trasmissione elenco del personale aziendale delle UU.OO. interessate</p> <p>Segnalazione n. 2 unità per corsi programmati giugno-dicembre 2017</p> <p>n. 11 corsi programmati</p> <p>n. 22 posti disponibili</p> <p>n. 16 segnalazioni al 31/10/2017</p> |
| <p>2.5</p> <p>Personalizzazione e umanizzazione</p> | <p>10%</p> | <p>2.5 A - Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale</p> <p>URP Aziendale - Direzioni sanitarie Distretti Ospedalieri - Direttori Distretti sanitari</p> | <p>2.5 A - Attuazione delle direttive regionali sulla misurazione della qualità percepita</p> | <p>SI</p> | <p>2.5 A – La rilevazione della qualità percepita è stata condotta presso le strutture territoriali e</p> |

| | | | | | |
|---|--|---|--|----|---|
| dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini / pazienti | | Territoriali | | | ospedaliere secondo le direttive regionali che prevedono la nuova metodologia di rilevazione attraverso le interviste telefoniche |
| | | 2.5 B - La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas URP Aziendale - Direzioni sanitarie Distretti Ospedalieri - Direttori Distretti sanitari Territoriali | 2.5 B - Attuazione delle direttive regionali | SI | 2.5 B – Con delibera n. 281 del 27/04/2017 è stata approvata l'adesione alla Ricerca 2015. Sono stati individuati e segnalati i componenti dell'équipe locale composta da 5 referenti civici e operatori aziendali, il team ha partecipato ad una giornata formativa, a giugno, e la check list è stata sottoposta alle direzioni di presidio ospedaliero: a luglio i dati raccolti sono stati digitati nella piattaforma AGENAS |

| | | | | | |
|-------------------------------|------------|--|--|-----------|---|
| | | <p>2.5 C - Valutazione e gestione del dolore cronico: realizzazione di tre cicli di Audit sul tema della gestione del dolore cronico in coerenza al cronoprogramma previsto dal DG 2488 del 27/12/2013</p> <p>UOC Anestesia e Rianimazione</p> | <p>2.5 C - Report annuale su piattaforma Osservatorio dolore</p> | <p>SI</p> | <p>2.5 C – entro febbraio 2018</p> |
| <p>2.6 PDTA</p> | <p>10%</p> | <p>2.6 A - Implementazione delle Linee guida cliniche attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) sia in ambito ospedaliero che territoriale secondo direttive regionali:</p> <p>2.6 A1) PDTA Frattura femore (2017) 2.6 A2) PDTA in pazienti con Fibrillazione Atriale (2017) 2.6 A3) PDTA Scompenso cardiaco (2017) 2.6 A4) PDTA Carcinoma colon retto (2017) 2.6 A5) PDTA Carcinoma polmone (2017) 2.6 A6) PDTA in Pronto Soccorso del paziente con dolore toracico (2017)</p> <p>Referente PNE - DSA</p> | <p>2.6 A Report sulla base degli indicatori di implementazione specifici previsti dai singoli PDTA</p> | <p>SI</p> | <p>2.6 A – Il documento è in fase di definizione finale</p> |
| <p>2.7 Appropriatezza</p> | <p>10%</p> | <p>2.7 A - Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)</p> <p>Direzioni sanitarie Distretti Ospedalieri Uffici SDO</p> | <p>2.7 A - Rispetto degli adempimenti previsti</p> | <p>SI</p> | <p>n. cartelle da controllare 763 n. cartelle controllate</p> |

Allegato 3 - P.A.A. 2016 - 2017

| | | | | | |
|----------------|-----|--|--|----|------------|
| | | | | | 575 |
| 2.8 Outcome | 10% | 2.8 A - Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE Referente PNE - DSA | 2.8 A Report secondo modalità indicate dalla Regione | SI | 2.8 A - SI |

| Area di intervento 3 | | Reti Assistenziali Referente Aziendale Dott. Politi | | | |
|---|-----------------------------|--|--|------------------|---|
| Punteggio 1 | | | | | |
| Interventi Previsti | Peso Intervento (tot. 100%) | Descrizione e Articolazione dell'intervento | Risultati Attesi dall'intervento | | Aggiornamento risultati al 31/10/2017 |
| | | | Indicatore di risultato | Valore obiettivo | |
| 3.1 Rimodulazione rete ospedaliera Direzione Aziendale - Direttori Distretti Osp. | 5% | 3.1 A Piano di rimodulazione della rete ospedaliera provinciale 3.1 B Attivazione dei posti letto per post acuti programmati 3.1 C Revisione dei percorsi assistenziali per lungodegenza e riabilitazione già realizzati 3.1 D Incremento utilizzo dei posti letto per post acuti | 3.1 A Presentazione del piano di rimodulazione 3.1 B N. posti letto per post acuti attivati/N. posti letto previsti 3.1 C Revisione percorsi 3.1 D Percentuale di utilizzo dei posti letto per post acuti | Si/No | Già avviato quanto previsto dall'Atto Aziendale In linea con il decreto 629/2017 sono stati rimodulati l'Atto Aziendale e la nuova dotazione organica, entrambi approvati dall'Assessorato |
| 3.2 Adeguamento offerta di posti letto di lungodegenza, riabilitazione Direzione Aziendale Direttori Distretti Osp. | 5% | 3.2 A Attivazione di tutti posti letto assegnati per la riabilitazione e la lungodegenza entro il 2017 | 3.2 A Numero posti letto attivi di riabilitazione e lungo degenza | Aderenza DA | In linea con il decreto 629/2017 sono in fase di istituzione le UU.OO. di Riabilitazione e Lungodegenza, ove è stato prioritariamente ricollocato il personale in servizio nelle UU.OO. soppresse dal suddetto D.A. |

| | | | | | |
|--|------------|--|---|--|--|
| <p>3.3 Ottimizzazione delle reti assistenziali</p> <p>Direzione Generale- Dir Distretto Osp.EN2</p> | <p>5%</p> | <p>3.3 A Implementazione SUAP</p> | <p>3.3 A Completa attivazione dei 10.pl previsti SUAP</p> | <p>SI entro 2017</p> | <p>In linea con il decreto 629/2017 sono stati rimodulati l'Atto Aziendale e la nuova pianta organica, entrambi approvati dall'Assessorato</p> |
| <p>3.4 Rete IMA</p> <p>UU.OO. UTIC e Cardiologia</p> | <p>20%</p> | <p>3.4 A Osservanza dei tempi per l'esecuzione dell'angioplastica in caso di IMA STEM1</p> | <p>3.4 A 1) Timing da PCM a PCI 3.4 A 2) Timing da trombolisi inefficace a PCI rescue 3.4 A 3) Timing da trombolisi efficace a coronarografia</p> | <p>Rispetto dei tempi previsti dalle linee guida</p> | <p>Tutti i tempi vengono rispettati</p> |
| <p>3.5 Miglioramento sistema delle Cure palliative domiciliari</p> <p>Dir. Hospice UOC ASB e Cure Dom.</p> | <p>5%</p> | <p>3.5 A - Monitoraggio grado di percezione dei cittadini del servizio cure palliative domiciliari ai sensi del D.A. 21/08/2014 avviato con le Onlus accreditate</p> | <p>3.5 A - Realizzazione e somministrazione questionari per la valutazione della soddisfazione del servizio</p> | <p>SI/NO</p> | <p>3.5 A - I questionari sono in fase di somministrazione</p> |

| | | | | | |
|---|------------|---|---|----------------------------------|--|
| <p>3.6 Rete regionale dello Stroke Unit Livello II UOC Neurologia</p> | <p>20%</p> | <p>3.6 A -Implementazione della rete regionale Stroke Unit attraverso la realizzazione di PDTA con centri del bacino centrale siciliano</p> | <p>3.6 A - Realizzazione PDTA</p> | <p>SI/NO</p> | <p>In corso di implementazione</p> |
| <p>3.7 Adesione alla Re.O.S. UU.OO. Oncologia, SIAV, Radiologia, Anatomia Patologica, Ginecologia, Chirurgia Gen.</p> | <p>20%</p> | <p>3.7 A - Completa adesione alla Rete Oncologica Siciliana come da D.A. 1902/14 3.7 B - Progettazione da parte del team multidisciplinare di data base clinici 3.7 C – Incremento attività riabilitativa integrata per le pazienti sottoposte ad intervento chirurgico per tumore mammario</p> | <p>3.7 A -Completa attuazione delle Linee Guida regionali 3.7 B - applicazione progetto 3.7 C -100%</p> | <p>SI/NO. SI/NO 100%</p> | <p>3.7 A – Si 3.7 B – Si 3.7 C – 100%</p> |
| <p>3.8 Implementazione percorsi di integrazione Ospedale Territorio Dipartimento Materno Infantile - Direttori Punti Nascita Enna e Nicosia, Servizio Materno-Infantile</p> | <p>10%</p> | <p>3.8 A -Promozione del percorso nascita nei consultori</p> | <p>3.8 A -N° di gravide prese in carico dai consultori / N° parti</p> | <p>>30%</p> | <p>3.8 A – n. 143 gravide/n. 541 parti = 36% al 30/09/2017</p> |

| | | | | | |
|---|------------|---|---|------------|---|
| <p>3.9 Promozione degli screening in età neonatale e pediatrica SIAV, Centro Gestionale Screening, UOC Otorino, UOC Oculistica</p> | <p>10%</p> | <p>3.9 A -Promozione screening uditivo neonatale 3.9 B -Promozione screening oftalmico</p> | <p>N° soggetti testati / N° neonati</p> | <p>95%</p> | <p>3.9 A - soggetti testati n. 600/600 3.9 B - soggetti testati n. 320</p> |
|---|------------|---|---|------------|---|

| Area di intervento 4 Punteggio 6 | Assistenza Territoriale Referente Aziendale Dott.ssa M. La Malfa | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| Interventi previsti | Peso intervento (tot. 100%) | Descrizione e articolazione dell'intervento | Risultati attesi dall'intervento | | Aggiornamento risultati al 31/12/2016 |
| | | | Indicatore di risultato | Valore obiettivo | |
| <p>4.1</p> <p>Implementazione delle "Dimissioni facilitate" da parte dei quattro PP.OO aziendali nella gestione dei soggetti a rischio afferenti ai due target prioritari: "Diabete Mellito di tipo 2" e "Scopenso". Studio e sviluppo della rete per gli ambulatori specialistici ospedalieri/territoriali per pazienti cronici target</p> <p>Direttori di Presidio Ospedaliero; Direttori di Distretto; Direttori UOC ASB e Cure Domiciliari, UOS Formazione e Assistenza Specialistica (relativamente alla revisione delle procedure ed incontri formativi)</p> | 10% | <p>4.1 A- Standardizzazione delle procedure</p> <p>4.1 B - Pianificare l'entrata a regime delle procedure relative alle dimissioni facilitate</p> | <p>4.1 A- N. incontri formativi/informativi tra specialisti ospedalieri/ Distretti Territoriali</p> <p>4.1 B n. di dimissioni facilitate nel 2016 > n. dimissioni facilitate 2015</p> | <p>4.1 A- 2 incontri per Distretto ospedaliero</p> <p>4.1 B - > 20%</p> | <p>4.1 A – Sono programmati incontri formativi informativi nei mesi di novembre e dicembre 2017</p> <p>4.1 B – Distretto Sanitario di Nicosia, al 31/10/2017: 316 diabete mellito, 121 scopenso cardiaco Distretto Sanitario di Piazza Armerina: n. 95 dimissioni facilitate</p> |

| | | | | | |
|---|------------|--|--|--|--|
| <p>4.2</p> <p>Implementazione di un modello di Gestione integrata dei soggetti a rischio e dei pazienti affetti dalle condizioni target: Obesità e Diabete mellito con il Centro Regionale di Riferimento di CL</p> <p>Ref. Ambulatorio Obesità e Diabete</p> | <p>10%</p> | <p>4.2 A - Implementazione attività ambulatoriali attivate Obesità e Diabete mellito</p> | <p>4.2 A 1) - N. di soggetti presi in carico</p> <p>4.2 A 2) - N. di pazienti con Diabete di I° e II° livello presi in carico inviati al Centro di riferimento di CL</p> | <p>4.2 A1 - 30%> rispetto al 2015 (197 pz 2015)</p> <p>4.2 A2 - 100%</p> | <p>4.2 A1 – dato in corso di acquisizione</p> <p>4.2 A2 – 0. Nessuna necessità di inviare al Centro di riferimento</p> |
| <p>4.3</p> <p>Implementazione presa in carico pazienti non autosufficienti nel percorso ospedale-territorio</p> <p>Direttori di Presidio Ospedaliero; Direttori di Distretto</p> | <p>10%</p> | <p>4.3 A - Incremento del numero delle dimissioni protette con presa in carico Uffici Territoriali</p> | <p>4.3 A - n. di dimissioni protette nel 2016 > n. dimissioni protette 2015</p> | <p>> 20%</p> | <p>4.3 A - Distretto Sanitario di Piazza Armerina: dimissioni protette n. 13 RSA e n. 19 ADI</p> |
| <p>4.4</p> <p>Riduzione della Spesa Farmaceutica Convenzionata</p> <p>Servizio Farmaceutico Territoriale</p> | <p>20%</p> | <p>4.4 A - Realizzazione delle azioni previste dal DA 552/16 per il raggiungimento degli obiettivi previsti nello stesso.</p> <p>4.4 B - Implementazione e monitoraggio della distribuzione Per Conto dei medicinali inclusi nel</p> | <p>4.4 A - Individuazione degli obiettivi per i MMG attraverso incontri dedicati con le figure previste del DA.</p> <p>4.4 B - Aumento numero di ricette in DPC</p> <p>4.4 C - Report distrettuali mensili su appropriatezza e</p> | <p>* a fondo pag. report di farmanalisi su contrazione spesa farmaceutica come da DA</p> | <p>4.4 A – SI</p> <p>4.4 C - SI</p> |

| | | | | | |
|---|------------|--|---|---|---|
| | | <p>PHT (d.p.c.)</p> <p>4.4 C - Monitoraggio mensile sullo stato dell'arte relativo al sub obiettivo per appropriatezza prescrittiva con eventi formativi</p> | <p>almeno due eventi formativi</p> | | |
| <p>4.5</p> <p>Realizzazione di interventi multidisciplinari negli ambiti della non autosufficienza/disabilità e M. di Alzheimer</p> <p>Ref. Aziendale Alzheimer</p> | <p>10%</p> | <p>4.5 A - Potenziamento delle attività del CDA di Piazza Armerina sia nella componente di diagnosi (valutazione neuropsicologica) che nella componente della cura e riabilitazione cognitiva e psicomotoria</p> | <p>4.5 A - Adeguamento risorse umane come da progetto di PSN 13</p> | <p>SI/NO</p> | <p>4.5 A – Con un apposito progetto è stato deliberato con atto n. 615 del 29/07/2016 l'istituzione di un'unica UVA Aziendale e costituzione del primo Centro per i disturbi cognitivi e per le demenze che integrava l'attività di un'équipe multidisciplinare. Con atto deliberativo è stato conferito il contratto di collaborazione a 4 figure professionali specialistiche per il potenziamento del CDA di Piazza Armerina. Sono in corso di definizione gli atti di nomina dei relativi vincitori</p> |
| <p>4.6</p> <p>Tutela sanitaria delle donne vittime di violenza</p> <p>Servizio Materno-Infantile Territoriale</p> | <p>10%</p> | <p>4.6 A - Attività di Monitoraggio</p> <p>4.6 B - Implementazione attività del Nucleo Aziendale</p> | <p>4.6 A - Distribuzione e valutazione schede di Monitoraggio</p> <p>4.6 B - Numero riunioni del Nucleo Aziendale</p> | <p>4.6 A - SI/NO</p> <p>4.6 B - Almeno 3 incontri (Verbali)</p> | <p>4.6 A – SI</p> <p>4.6 B - 3 incontri presso la Prefettura di Enna e il Nucleo aziendale</p> |

| | | | | | |
|--|------------|--|---|--|---|
| | | | | | |
| <p>4.7</p> <p>Implementazione Codice Rosa</p> <p>Servizio Materno-Infantile Territoriale - MCAU</p> | <p>10%</p> | <p>4.7 A - Redazione ed applicazione PDTA con i P.S.</p> | <p>4.7 A 1) - Redazione PDTA</p> <p>4.7 A 2) – Diffusione ed applicazione PDTA</p> <p>4.7 A 3)-Partecipazione Progetto Implementazione Codice Rosa(In collaborazione con AO Papardo)</p> | <p>SI/NO</p> | <p>4.7 A 3) La parte di competenza dell'U.O.C. Materno Infantile è stata completata nel 2016. Sta collaborando con la programmazione di un corso aziendale sulle procedure del "Codice Rosa" che sarà realizzato nel 2018</p> |
| <p>4.8</p> <p>Attuazione linee guida piano Strategico Regionale per la Salute Mentale</p> <p>DSM</p> | <p>15%</p> | <p>4.8 A - Implementazione del Piano di Azione locale nell'ambito del piano strategico regionale per la salute mentale</p> | <p>4.8 A 1) - Approvazione nuovi PTI (Progetti Terapeutici Individuali) e aumento Albo Aziendale delle Imprese del privato-sociale, imprenditoriale, delle Ass. Volontariato che posseggano i requisiti per l'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari</p> <p>4.8 A 2) - Condivisione</p> | <p>4.8 A 1) - SI/NO</p> <p>4.8 A 1) - SI/NO</p> <p>4.8 A 1) - >20</p> | <p>4.8 A 1 Piena attuazione di ogni azione predittiva ed avviamento ad oltre 50 progetti terapeutici individualizzati</p> <p>4.8 A 2 - SI</p> <p>4.8 A 3- n. 50 pazienti</p> |

| | | | | | |
|---|----|---|--|--|---|
| | | | budget di Salute con tutti membri del PAL 4.8 A 3) - Almeno 20 pz seguiti con il PAL | | |
| 4.9 Definizione di modelli di assistenza ai bambini ed adolescenti con "disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta" NPIA | 5% | 4.9 A - Implementazione attività di specifiche per l'abilitazione dei Disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta | 4.9 A – Formazione comune degli operatori della UOC NPIA con approfondimento delle tecniche riabilitative cognitivo-comportamentali. 4.9 B – attivazioni percorsi terapeutici, Parent training, Teacher training e Child training 4.9 C – n° di trattamenti con percorsi riabilitativi di tipo cognitivo comportamentale specifici effettuati su minori. | 4.9 A – attivazione di almeno 1 percorso. 4.9 B – attivazioni di almeno 1 percorso per distretto 4.9 C – almeno 30 trattamenti per Distretto | 4.9 A – Si (i corsi sono stati effettuati nel 2016) 4.9 B –Si – sono stati messi in attuazione i percorsi riabilitativi in ciascun distretto; sono stati attivati 19 percorsi 4.9 C – n. 101 minori sono stati presi in carico per i percorsi riabilitativi (giugno 2017) |

| AREA DI INTERVENTO 5 Punteggio 4 | | Sviluppo organizzativo Dott.ssa A. Santarelli | | | |
|--|-----------------------------|--|---|---|--|
| interventi previsti | Peso intervento (tot. 100%) | Descrizione e articolazione dell'intervento | Risultati attesi dall'intervento | | Aggiornamento risultati al 31/10/2017 |
| | | | Indicatore di risultato | Valore obiettivo | |
| <p>5.1</p> <p>Comunicazione</p> <p>URP Aziendale</p> <p>UOC Anestesia e Rianimazione</p> <p>UOESPA</p> | 25% | 5.1 A – Campagna di comunicazione in materia screening e donazione organi | Relazione sull'attività svolta | SI/NO | <p>5.1 A - Con il Coordinatore Locale Trapianti ,il Dirigente UOESPA e gli esponenti delle associazioni è stata promossa la partecipazione dell'ASP di Enna ala giornata per la Speranza e lotta alle patologie tumorali con materiale divulgativo</p> <p>Ulteriori eventi realizzati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. 2 incontri con le scuole - N 3 banchetti informativi presso i PP.OO. di enna e Nicosia in sinergia con l'AIDO |
| <p>5.2</p> <p>Formazione</p> <p>Direzione Aziendale</p> <p>UOS Formazione</p> | 25% | 5.2 A - Assegnazione risorse alla struttura formazione aziendale (art. 6,7 D.A. 1771/2012) | <p>5.2 A 1) risorse umane attribuite/risorse umane previste</p> <p>5.2 A 2) budget assegnato/ budget previsto</p> | <p>5.2 A 1) ≥ 80%</p> <p>5.2 A 2) ≥ 50%</p> | <p>5.2 A 1) n.5 unità/6 = 80%</p> <p>5.2 A 2) Budget assegnato 2017 con del. 1036 del 21/12/2013 € 60.345,35/anno 2016 con del 32/2016 € 105.503,04</p> |

Allegato 4

ANALISI SWOT

| PUNTI DI FORZA (contesto interno) | PUNTI DI DEBOLEZZA (contesto interno) |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientamento al riordino e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera e territoriale, secondo gli indirizzi e linee guida di riferimento regionali e nazionali ✓ Valorizzazione dell'innovazione tecnologica e gestionale ✓ Disposizioni e misure operative per il contenimento della spesa ✓ Diffusione della cultura legata al rischio clinico e alla qualità (percorsi, procedure, protocolli) ✓ Implementazione dell'integrazione ospedale - territorio ✓ Buon livello qualitativo di molte UU.OO. Aziendali ✓ Potenziamento della rete informatizzata ✓ Attuazione di percorsi di prevenzione per patologie specifiche ✓ Presenza di percorsi di integrazione/collaborazione con altri enti presenti sul territorio ✓ Collaborazioni con gli organismi di partecipazione (Comitato Consultivo, Associazioni di volontariato) | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ulteriore revisione della rete ospedaliera per renderla coerente con gli standard del DM 70/2015 e impossibilità, pertanto, di portare a termine il processo di riorganizzazione strutturale e funzionale aziendale ✓ Carenza di personale sanitario medico e non medico e impossibilità ad oggi di procedere a nuove assunzioni, per vincoli normativi ✓ Integrazione tra ospedale e territorio non pienamente realizzata ✓ Esigui margini di manovra finanziaria legati ai vincoli di bilancio ✓ Turnover del personale sanitario a tempo determinato, che aumenta il rischio clinico e rende difficile programmare a medio/lungo termine |
| OPPORTUNITA' (contesto esterno) | MINACCE (contesto esterno) |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Presenza di linee di indirizzo, piani strutturali, fondi vincolati (PO PSN – PO FERS) ✓ Evoluzione della tecnologia a supporto della diagnosi e della cura ✓ Forte impulso a livello nazionale e regionale per lo sviluppo di nuove tecnologie di informazione ✓ Fondi finalizzati all'attuazione di progetti specifici per target critici ✓ Cultura della partnership e azioni di collaborazione (enti locali, associazioni dei cittadini, associazioni di volontariato,...) per interventi in rete su problematiche la cui gestione richiede una forte integrazione socio-sanitaria ✓ Collaborazione con gli Enti Locali per superare disagi derivanti dalla conformazione orografica del territorio (es. possibilità di scelta del MMG presso sedi rese disponibili dal Comune) | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Clima e caratteristiche geografiche del territorio ✓ Contesto economico critico ✓ Invecchiamento della popolazione - aumento delle patologie croniche ✓ Crescente numero di utenza multietnica ✓ Vincoli nazionali e regionali sulle risorse destinate alle aziende sanitarie (<i>spending review</i> - blocco assunzioni) ✓ Quadro normativo complesso e dinamico (privacy, trasparenza, anticorruzione, etc) e molteplicità di adempimenti burocratici richiesti alle PP.AA. con tempistica stringente, spesso in assenza dei necessari adeguamenti/ cambiamenti sul piano organizzativo e culturale ✓ Aumento della domanda, non sempre appropriata con riferimento alle caratteristiche dell'offerta così come ridefinita nel processo in corso di riorganizzazione/ razionalizzazione dei servizi sanitari |