

Delibera n. _____ del _____

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
ENNA



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2017

Presentazione

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

Nella presente Relazione sono illustrati i risultati relativi agli obiettivi programmati per l'anno 2017, che l'Azienda ha reso noti attraverso il Piano della Performance 2017-2019.

La Relazione è redatta sulla base delle indicazioni contenute nella delibera CIVIT n. 5/2012, secondo criteri di trasparenza, intelligibilità, veridicità, verificabilità dei contenuti, così da assolvere alla sua finalità primaria di strumento di comunicazione; contiene una descrizione quanto più possibile snella e comprensibile dei risultati raggiunti, con riferimento ai singoli obiettivi programmati e declinati nel Piano della Performance 2017-2019, ed è corredata da una serie allegati in cui i dati dell'attività dell'Azienda a consuntivo sono riportati più nel dettaglio.

Indice

Presentazione.....	2
Indice	3
2 Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni	4
2.1 Il contesto esterno di riferimento.....	4
2.2 L' Amministrazione	6
2.3 I risultati raggiunti	18
2.4 Le criticità e le opportunità.....	25
3 Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti.....	27
3.1 Albero della performance	27
3.2 Obiettivi strategici	42
3.3 Obiettivi e piani operativi	47
3.4 Obiettivi individuali.....	56
4 Risorse, efficienza ed economicità	56
5 Pari opportunità e bilancio di genere.....	58
6 Il processo di redazione della relazione sulla performance	59
6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità.....	59
6.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo della performance	59
Allegati:	61
Tabella A - Obiettivi Generali a Valenza Triennale (2015/2017)	61
Tabella B - Obiettivi di Salute e di Funzionamento dei Servizi - Anno 2016-2017.....	61
Tabella C - P.A.A. 2017	61
Tabella D - Tabella Documenti del Ciclo di Gestione della Performance	61
Tabella E - Qualità percepita	61

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

2.1 Il contesto esterno di riferimento

L'ASP di Enna opera su tutto il territorio della provincia di Enna e comprende, inoltre, il Comune di Capizzi (ME), per un'estensione territoriale complessiva di 2.632,17 Km² e una popolazione residente al 31/12/2017 pari a 169.476 (Fonte dati uffici anagrafi comunali).

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

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



La popolazione residente al 31/12/2017 è pari a 169.476 abitanti

DATI DEMOGRAFICI COMUNI RICADENTI NEL TERRITORIO DI PERTINENZA DELLA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE ENNA																																						
POPOLAZIONE RESIDENTE AL 31/12/2017																																						
COMUN	ANNO - 6		ANNI - 13		ANNI - 19		ANNI - 24		ANNI - 29		ANNI - 34		ANNI - 39		ANNI - 44		ANNI - 49		ANNI - 54		ANNI - 59		ANNI - 64		ANNI - 69		ANNI - 74		ANNI - 79		ANNI - 84		OLTRE 85		TOTALE		TOTALE	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M+F	
ENNA	699	639	800	694	769	756	796	736	851	882	822	886	778	882	886	963	958	1.079	1.088	1.134	977	1.188	883	1.029	841	988	642	773	588	729	375	561	384	626	13.088	14.234	27.324	
CALASCIBETTA	126	112	144	125	141	134	137	121	120	153	123	132	121	126	133	144	141	168	186	202	158	162	123	148	141	141	93	101	88	116	68	84	55	125	2.184	2.287	4.471	
CATENANUOVA	148	144	161	178	194	176	169	154	149	163	144	148	168	158	168	165	173	177	162	176	174	165	118	147	142	121	83	118	82	108	58	87	33	56	2.319	2.408	4.727	
CENTURIFE	158	133	162	177	169	158	133	142	177	176	168	156	154	128	178	168	181	183	205	208	198	227	183	175	208	188	118	118	136	182	128	88	158	87	126	2.684	2.764	5.448
VALGUARNERA	213	179	268	288	293	328	217	285	207	285	288	247	257	228	243	258	258	288	286	221	288	184	218	188	264	171	182	154	182	142	165	182	283	3.628	4.855	7.483		
VILLAROSA	127	121	172	165	163	146	153	161	136	146	148	112	122	144	125	157	166	171	178	176	165	188	171	187	134	153	188	125	86	152	88	185	45	186	2.381	2.526	4.907	
TOT.DISTRETTO	1.471	1.328	1.707	1.621	1.728	1.688	1.604	1.518	1.640	1.725	1.607	1.602	1.601	1.590	1.745	1.838	1.889	2.038	2.021	2.184	1.877	2.133	1.682	1.915	1.666	1.866	1.208	1.437	1.123	1.415	621	1.162	646	1.282	26.037	28.314	54.351	
AGIRA	225	195	309	286	286	258	283	234	277	226	228	211	241	251	286	274	287	328	283	314	307	292	223	246	211	242	163	188	153	182	115	174	91	186	3.388	4.137	7.525	
ASSORO	126	125	178	155	169	171	146	134	154	138	154	155	148	162	156	177	186	208	212	208	185	188	184	205	176	177	126	183	183	84	67	82	48	76	2.528	2.578	5.106	
LEONFORTE	316	329	475	438	495	448	402	385	424	427	427	437	376	383	383	414	452	474	517	505	464	488	371	457	354	387	312	334	287	284	181	262	171	312	6.237	6.763	13.000	
NISSORIA	85	90	102	85	132	85	118	83	117	88	85	88	78	86	101	118	133	113	114	118	88	84	105	82	85	82	56	47	61	33	51	28	37	1.487	1.884	3.371		
REGALBUTO	203	208	214	225	283	214	250	194	234	234	268	286	228	192	228	214	282	276	241	258	236	257	215	237	188	224	172	187	134	155	117	128	87	156	3.640	3.574	7.214	
TOT.DISTRETTO	865	847	1.278	1.210	1.365	1.186	1.189	1.040	1.246	1.133	1.173	1.188	1.079	1.060	1.154	1.188	1.338	1.422	1.376	1.389	1.310	1.345	1.077	1.280	1.023	1.126	829	878	644	776	523	707	427	786	17.886	18.538	36.424	
NICOSIA	277	274	481	434	475	465	424	371	488	375	326	357	488	383	488	584	482	541	588	531	457	524	436	441	381	441	383	385	258	386	273	318	238	381	6.651	6.333	12.984	
CAPIZZI	181	89	123	125	114	111	182	88	184	85	78	93	82	85	188	116	115	128	126	126	182	112	78	84	88	85	54	67	55	58	46	65	46	63	1.516	1.584	3.100	
CERAMI	57	44	61	62	56	62	47	42	64	48	61	54	57	56	64	78	64	71	76	68	88	74	64	78	47	68	41	53	45	58	58	56	27	51	1.887	1.888	3.775	
CAGLIARO	66	70	107	111	188	188	75	65	85	185	181	93	188	186	138	133	144	128	111	123	117	132	181	119	114	148	188	138	82	87	88	77	56	187	1.867	1.845	3.712	
SPERLINGA	8	18	23	17	32	28	18	18	18	23	22	11	23	38	16	17	22	32	38	28	28	28	32	26	16	28	12	26	27	22	18	21	26	26	373	384	757	
TROINA	246	209	286	288	287	276	252	258	288	228	278	252	288	264	284	288	358	337	342	358	388	354	286	338	256	221	285	248	188	231	174	228	156	258	4.468	4.727	9.195	
TOT.DISTRETTO	755	704	1.081	1.037	1.082	1.040	918	844	890	865	858	880	840	824	1.082	1.138	1.177	1.230	1.256	1.227	1.192	1.225	997	1.070	884	1.095	715	830	656	824	641	749	541	888	15.665	16.483	32.148	
PIAZZA ARMERINA	565	567	756	686	736	686	728	688	723	655	722	784	688	624	722	744	758	812	813	841	728	883	678	746	682	747	481	528	383	521	288	414	226	451	18.826	18.163	36.989	
AIDONE	186	88	132	128	155	146	288	122	186	143	178	144	134	137	148	143	148	152	178	188	156	172	151	175	137	166	122	113	185	133	88	126	84	123	2.485	2.418	4.903	
BARRAFRANCA	288	318	448	448	442	436	381	384	382	411	344	388	486	385	458	482	514	482	457	354	433	344	488	388	418	278	278	228	226	223	311	286	338	6.133	6.188	12.321		
PIETRAPERZIA	185	178	248	228	226	227	212	282	181	284	188	187	286	174	281	233	228	288	265	227	226	232	212	215	166	225	136	182	144	237	186	178	88	188	3.231	3.647	6.878	
TOT.DISTRETTO	1.164	1.191	1.684	1.484	1.658	1.604	1.822	1.317	1.602	1.413	1.416	1.488	1.412	1.330	1.621	1.618	1.669	1.766	1.739	1.724	1.464	1.684	1.385	1.545	1.273	1.587	988	1.203	865	1.219	789	1.038	613	1.100	22.385	24.088	46.473	
TOTALE GEN.	4.345	4.100	6.660	6.382	6.735	6.422	6.243	4.719	6.368	6.136	6.064	4.979	6.028	4.914	6.502	6.781	6.071	6.456	6.382	6.534	6.753	6.387	6.141	6.780	4.846	6.640	3.746	4.348	3.288	4.204	2.694	3.686	2.227	3.926	82.083	87.383	169.476	

Fig. 1. Residenti per Distretto al 31/12/2017 – Fonte dati Uffici anagrafici comunali

La popolazione totale degli **assistiti** al 01/01/2018 è come di seguito distribuita:

MODELLO FLS11	TOTALE ASP		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
POPOLAZIONE 0 – 13 ANNI	11.297	10.749	22.046
POPOLAZIONE 14 -64 ANNI	52.928	54.134	107.062
POPOLAZIONE 65 -74 ANNI	8.392	9.791	18.183
POPOLAZIONE 75 E OLTRE	8.092	11.540	19.632
TOTALE	80.709	86.214	166.923

Popolazione assistiti per fasce di età al 31/12/2017 – Fonte dati: Anagrafe Regionale Assistiti

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

Distribuzione della popolazione straniera residente dei comuni dell'ASP (ISTAT 01.01.2017)

I dati sopra sinteticamente riportati confermano la presenza, nel contesto socio-ambientale in cui l'ASP di Enna ha operato e opera, di fasce di popolazione fragile (minori, anziani, stranieri residenti), che ha indirizzato l'Azienda verso azioni finalizzate ad implementare servizi a sostegno di tali fasce, come verrà di seguito evidenziato.

Nel Piano della Performance 2017-2019 sono stati riportati gli Obiettivi di Salute e di Funzionamento dei Servizi assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute alla Direzione Aziendale nell'Aprile 2016, successivamente oggetto di rimodulazioni, e con validità al 31.12.2017. Gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi sono organizzati in macro-obiettivi, ciascuno dei quali è articolato in sub-obiettivi, di cui sono stati definiti peso, indicatori, valori attesi di risultato. La Direzione Aziendale ha tradotto gli obiettivi strategici assegnati dall'Assessorato in obiettivi operativi assegnati alle proprie strutture organizzative, in relazione con la specificità e i compiti istituzionali di ciascuna. Nella presente relazione sono riportati i risultati raggiunti al 31.12.2017, come da reportistica dei Dirigenti delle strutture organizzative, e sulla base dell'attività di monitoraggio del Controllo di Gestione.

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

Gli Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi si affiancano agli Obiettivi generali a valenza triennale (equilibrio di bilancio, pieno utilizzo dei finanziamenti europei, contenimento della spesa, rispetto degli obblighi relativi alla gestione dei flussi informativi, rispetto delle disposizioni regionali in merito all'attività libero professionale) già declinati nel Piano della Performance 2017-19 (Obiettivo strategico B) e agli Obiettivi di integrazione con il Programma di trasparenza e integrità e il Piano di prevenzione della corruzione (Obiettivo strategico C).

Nell'albero della Performance riportato al par. 3.3. del Piano della Performance 2017-19 sono stati rappresentati gli obiettivi strategici sopra citati, evidenziando la connessione con la *mission* aziendale, da un lato e con gli obiettivi e programmi di attività in cui sono stati declinati, dall'altro.

2.2 L' Amministrazione

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

Il Piano della Performance 2017-2019 riporta il disegno delle articolazioni organizzative aziendali come ridefinite nell'Atto Aziendale del. 223 del 31/3/2016; l'Atto Aziendale del. n. 429 del 01/06/2017 ha ulteriormente ridefinito l'assetto organizzativo aziendale, come viene di seguito sintetizzato.

AREA TERRITORIALE

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

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

L'Azienda adotta l'organizzazione dipartimentale come modello ordinario di gestione operativa di tutte le sue strutture. Attraverso la dipartimentalizzazione è possibile operare per "processi" e condividere risorse finalizzate ad uno stesso obiettivo.

Il Dipartimento strutturale è una struttura di coordinamento per lo svolgimento di funzioni complesse, secondo criteri e meccanismi di impiego integrato di spazi, risorse umane e tecnologiche, appartenenti ad articolazioni affini, simili e/o complementari che ne costituiscono la composizione.

Nell'area territoriale con il nuovo Atto Aziendale sono stati confermati i tre dipartimenti strutturali:

- Dipartimento di Salute Mentale
- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Prevenzione Veterinario

Area Territoriale			
Dipartimento di Salute Mentale			
Salute Mentale	U.O.C.	Dipendenze Patologiche	U.O.C.
Neuropsichiatria Infantile	U.O.C.		
Gestione integrata dei disturbi del comportamento alimentare	U.O.S.D.		
Dipartimento di Prevenzione			
Servizio Igiene degli Ambienti di Vita	U.O.C.	Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	U.O.C.
Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione	U.O.C.	Servizio Impiantistica ed Antinfortunistica	U.O.C.
Laboratorio di Sanità Pubblica	U.O.C.	Servizio Epidemiologia e Statistica Sanitaria	U.O.C.
Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie	U.O.S.D.		
Dipartimento di Prevenzione Veterinario			
Servizio sanità animale	U.O.C.	Servizio igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	U.O.C.
Servizio igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione e trasporto degli alimenti di origine animale e dei relativi sottoprodotti	U.O.C.		
Servizio anagrafi animali e sistemi informativi veterinari	U.O.C.		
Programmazione e verifica piani di sorveglianza ed eradicazione	U.O.S.D.		

L'Azienda individua, inoltre, i sottoindicati **Dipartimenti Funzionali**, il cui principale obiettivo è migliorare la pratica clinico assistenziale, favorendo l'acquisizione e il mantenimento di competenze tecnico professionali adeguate, definendo percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e verificandone la reale applicazione, riducendo le difformità nelle pratiche clinico-assistenziali che possono caratterizzare le diverse articolazioni organizzative allo stesso afferenti.

Assistenza Distrettuale e dell'Integrazione Socio-Sanitaria			
Distretto Sanitario di Enna	U.O.C.	Distretto Sanitario di Agira	U.O.C.
Distretto Sanitario di Nicosia	U.O.C.	Distretto Sanitario di Piazza Armerina	U.O.C.
Servizio Assistenza sanitaria di base, anziani e cure domiciliari	U.O.C.	Servizio Assistenza specialistica, riabilitativa e protesica e CUP	U.O.C.
Medicina Legale Fiscale e Necroscopica	U.O.C.		
Materno infantile del territorio			
Servizio Assistenza Materno Infantile	U.O.C.		
Le UU.OO.CC. Ospedaliere di Ostetricia/ Ginecologia e di Pediatria			

L'offerta relativa all'assistenza ambulatoriale è stata 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	5	4									
<i>Struttura residenziale</i>									2			
<i>Struttura semi-residenziale</i>					1						1	
<i>Altro tipo di struttura</i>				9	19	3						1

Distribuzione per livello di assistenza delle strutture convenzionate (alcune strutture espletano più tipologie di assistenza)												
TIPO STRUTTURA	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
<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, nell'anno 2017, l'ASP di Enna ha operato mediante 143 Medici di Medicina Generale (MMG), per una popolazione assistita di 148.027 unità e 24 Pediatri di Libera Scelta (PLS) per una popolazione assistita di 16.465 unità. Si riportano nelle seguenti tabelle i dati per Distretto:

	21-Agira	22-Enna	23-Nicosia	24-P.Armerina	Totale
Totale assistiti	31.404	48.346	28.652	39.625	148.027
Totale MMG	29	47	28	39	143
n. medio assistiti per medico	1.083	1.029	1.023	1.016	1.035

Popolazione assistita MMG per Distretto

	21-Agira	22-Enna	23-Nicosia	24-Piazza Armerina	Totale
Totale assistiti	3.818	5.484	3.165	3.998	16.465
Totale PLS	6	7	5	6	24
n. medio assistiti per medico	636	783	633	666	686

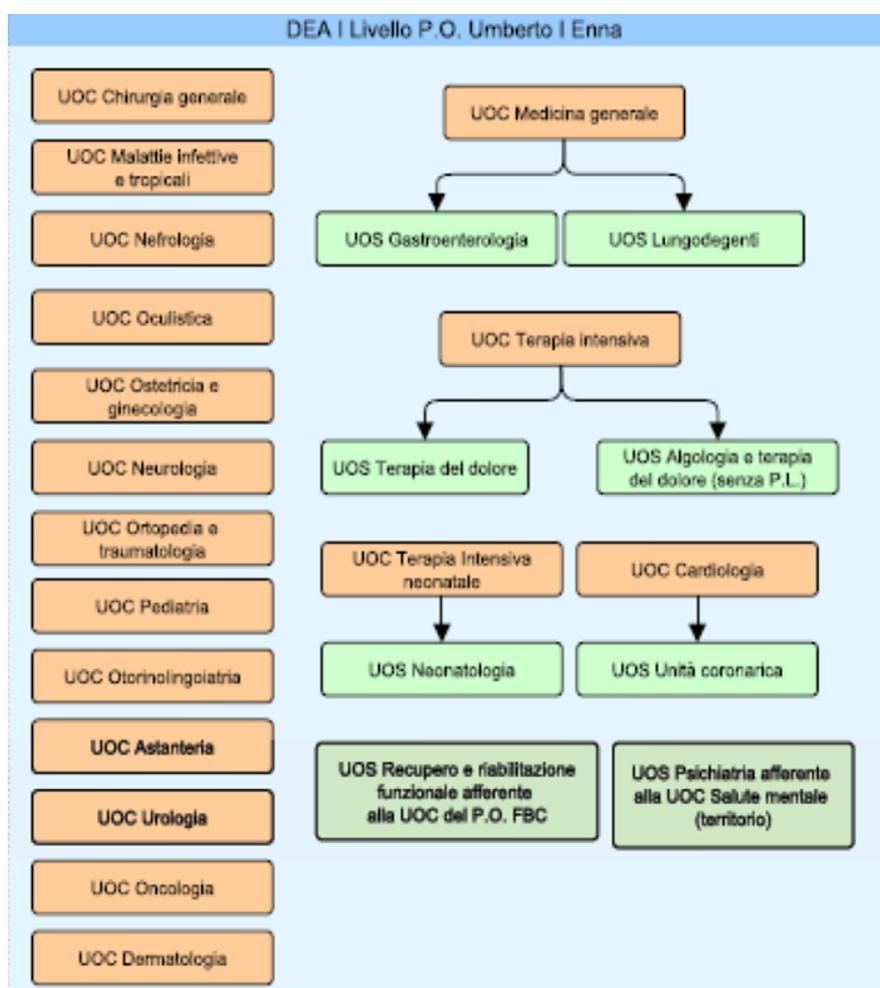
Popolazione assistita PLS per Distretto

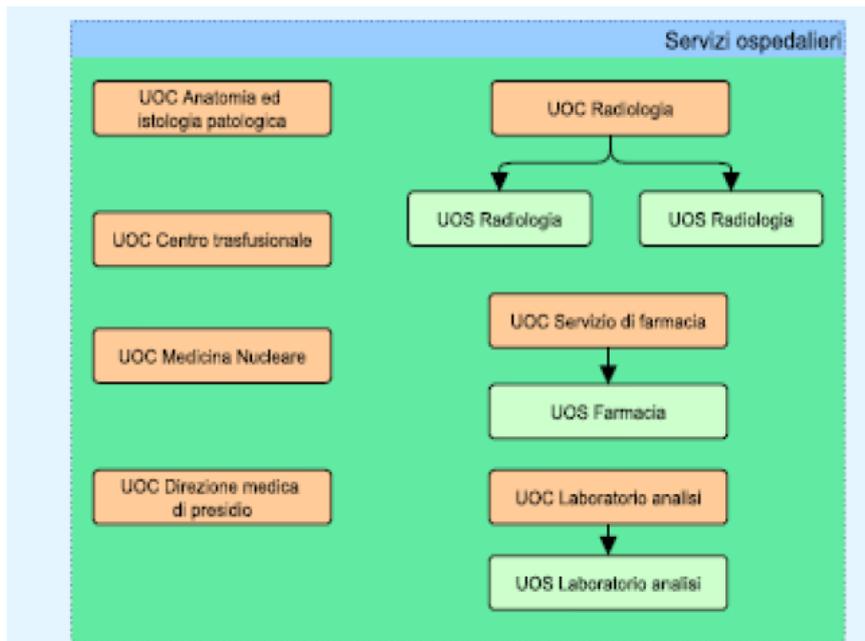
AREA OSPEDALIERA

L'assistenza ospedaliera è erogata mediante l'attività di quattro Presidi Ospedalieri a gestione diretta classificati secondo la logica della razionalizzazione della rete d'emergenza di cui al D.A. 629/2017 come di seguito descritto:

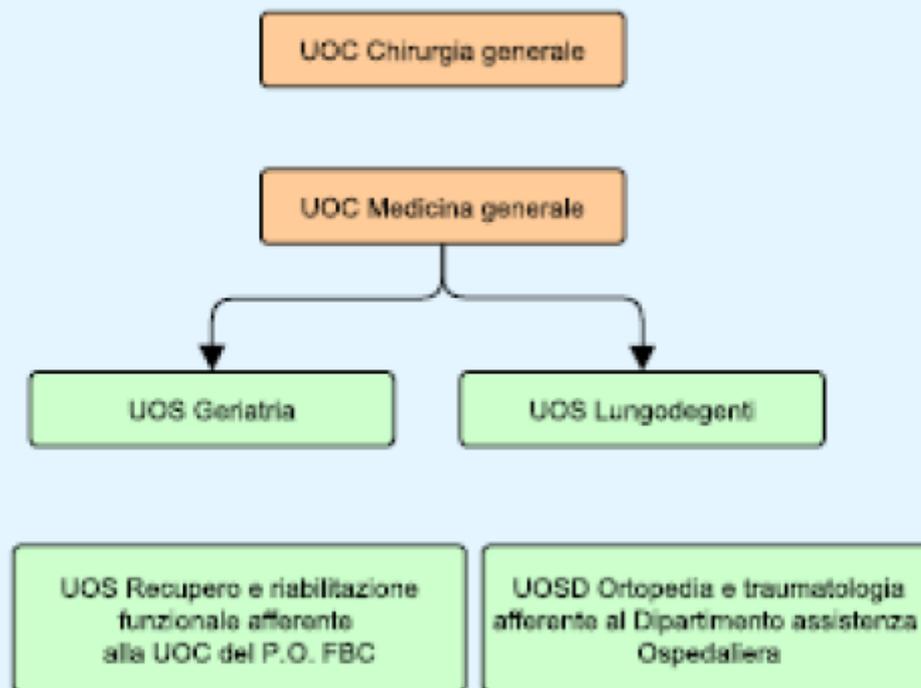
- P.O. Umberto I di Enna - HSP 190319 - Dipartimento di Emergenza Urgenza e di Accettazione (DEA)
- P.O. Chiello di Piazza Armerina - HSP 190320 – Presidio Ospedaliero di base
- P.O. Basilotta di Nicosia – HSP 190322 – Presidio Ospedaliero di base
- P.O. Ferro-Branciforte-Capra di Leonforte – HSP 190321 – Presidio Ospedaliero zona disagiata

Di seguito sono riportate in tabelle le UOC dell'area ospedaliera, rimandando all'Atto Aziendale (del. n. 429 del 01/06/2017) per un quadro più dettagliato della struttura organizzativa aziendale al 31.12.2017.





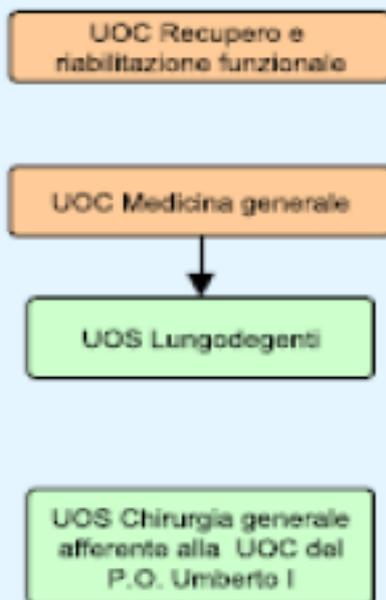
Presidio base - P.O. M. Chiello Piazza Armerina



Servizi ospedalieri



Presidio zona disagiata - P.O. Ferro Capra Branciforte di Leonforte



Servizi ospedalieri

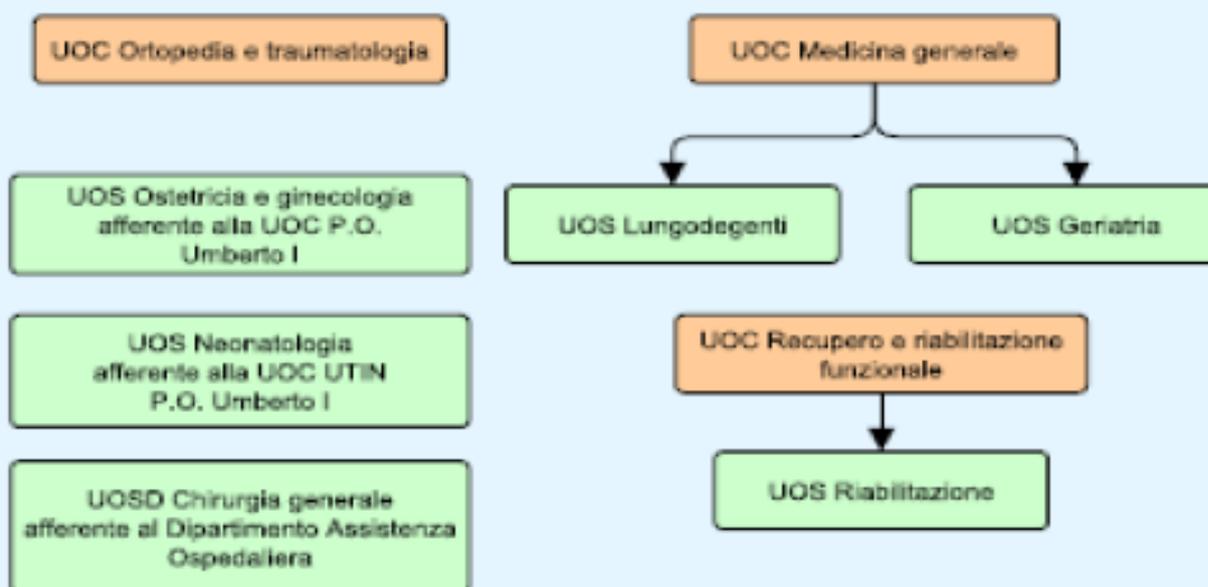
UOS Radiologia afferente alla UOC del P.O. Basilotta

UOSD Servizio Anestesia afferente al Dipartimento Assistenza Ospedaliera

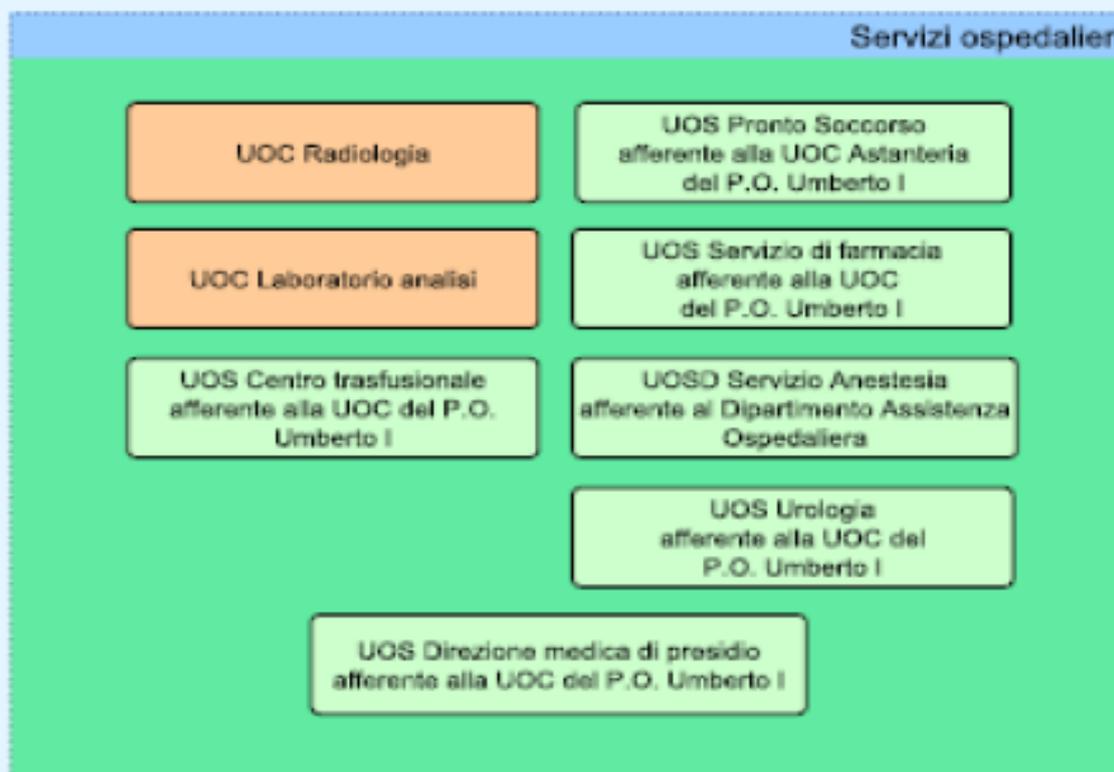
UOS Laboratorio Analisi afferente alla UOC del P.O. Basilotta

UOS Direzione medica di presidio afferente alla UOC del P.O. Umberto I

Presidio base - P.O. Carlo Basilotta di Nicosia



Servizi ospedalieri

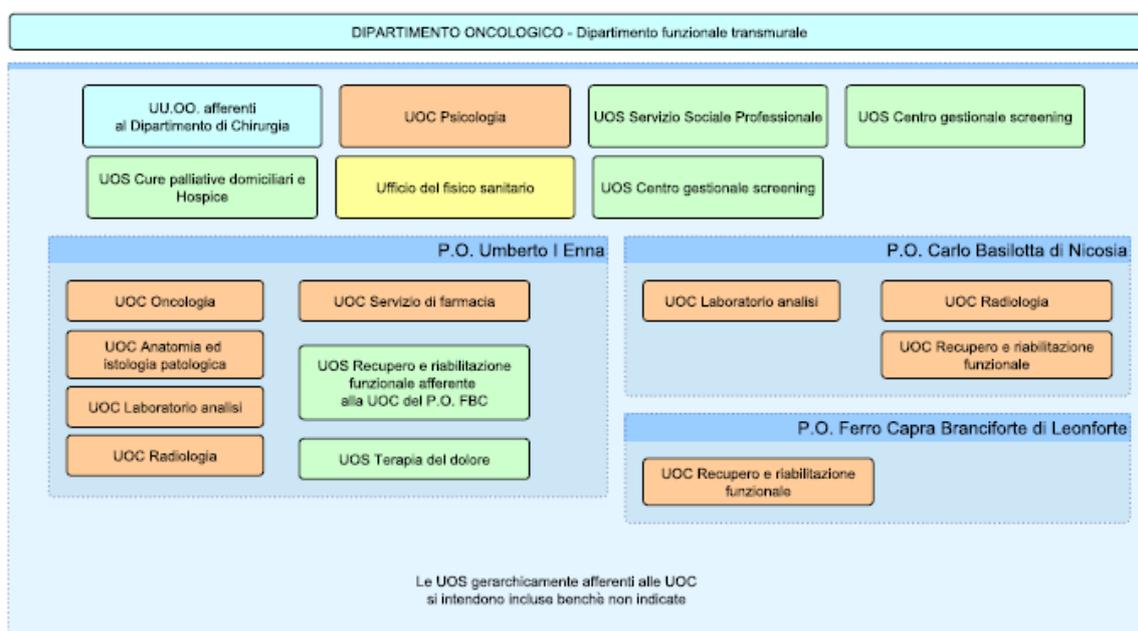


I Presidi Ospedalieri sono organizzati secondo un modello dipartimentale, che garantisce il coordinamento e la sinergia tra le attività delle UU.OO.CC e delle UU.OO.SS istituite.

La nuova organizzazione ha istituito il Dipartimento dell'Assistenza Ospedaliera, di tipo strutturale, ed i Dipartimenti Funzionali sottoindicati:

- Dipartimento di Emergenza e Accettazione (D.E.A.)
- Dipartimento di Medicina
- Dipartimento di Chirurgia
- Dipartimento dei Servizi

E' inoltre previsto il Dipartimento Oncologico (di tipo transmurale), cui afferiscono le strutture complesse e semplici ospedaliere e le strutture territoriali, come sottoindicato:



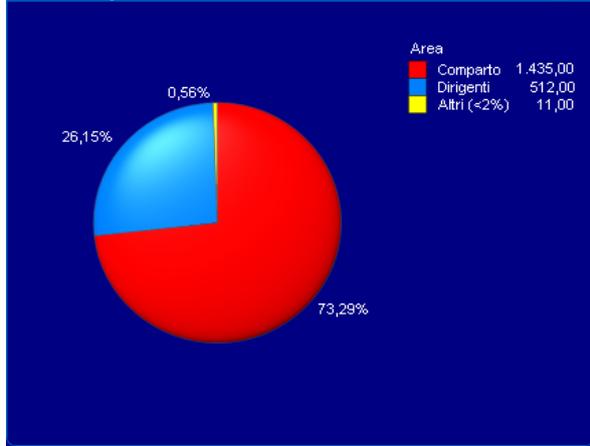
Si riportano di seguito alcuni dati di attività relativi all'assistenza ospedaliera. I Presidi ospedalieri erogano attività a ciclo continuo e diurno per acuti, lungodegenza e riabilitazione post-acuzie. Nel corso del 2017 i servizi sono stati erogati come di seguito schematizzato:

Distribuzione di posti letto anno 2017					
Regime	Struttura	PL strutturali (mod. HSP 12)		PL operativi (mod. HSP22 bis)	
		PL ordinari	PL DH	PL ordinari	PL DH
Acuti	S.O. Umberto I	228	27	206	28
	S.O. Chiello	53	17	53	6
	S.O. Basilotta	63	10	56	10
	S.O. F.B.C.	32	2	25	4
Totale Posti letto per acuti		376	56	340	48
Lungodegenza	S.O. Basilotta	4		4	
Riabilitazione post acuzie	S.O. F.B.C.	12		12	
Totale posti letto effettivi		392	56	356	48

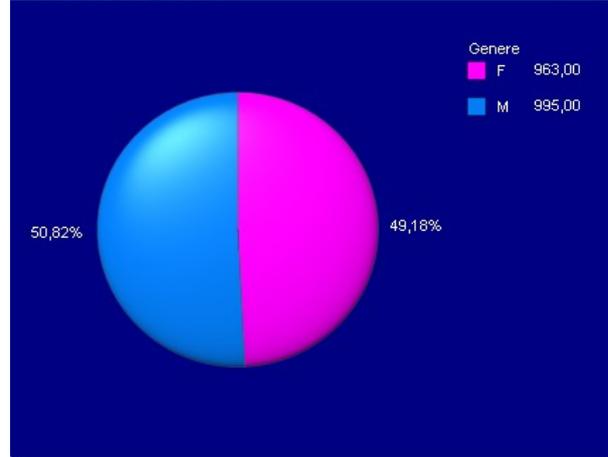
Si riportano di seguito, in tabella e grafici, alcuni dati relativi al personale dipendente presente al 31/12/2017. Nei grafici le unità di personale vengono quantificate in termini di FTE (Full Time Equivalent), così da ricomprendere oltre che il personale di ruolo a tempo indeterminato anche i rapporti a tempo determinato:

Ruolo	Profilo	Totale
Amministrativo	ACCOAC01-Assistente amministrativo	72
	ACCOAC02-Commesso	40
	ACCOAC03-Coadiutore amministrativo	93
	ACCOAC04-Collaboratore amministrativo	29
	ADDNAD01-Dirigenti amministrativi	16
Amministrativo Totale		250
Direzione	DODSDA02-Direttore Amministrativo	1
	DODSDG01-Direttore Generale	1
	DODSDS03-Direttore Sanitario	1
Direzione Totale		3
Professionale	PCCIPC01-Assistente religioso	4
	PCCIPC08-Personale religioso in convenzione	2
	PDDHPD01-Awocato	1
	PDDHPD02-Ingegnere	3
Professionale Totale		10
Sanitaria	SCCCIA01-Assistente sanitario	1
	SCCCIA05-Ostetrica	30
	SCCCII01-Infermiere	656
	SCCCII03-Infermiere generico	9
	SCCCII04-Infermiere pediatrico	1
	SCCDRR01-Educatore professionale	1
	SCCDRR03-Fisioterapista	23
	SCCDRR04-Logopedista	1
	SCCDRR07-Ortottista assistente di oftalmologia	2
	SCCDRR08-Tecnico audiometrista	1
	SCCEAT04-Puericultrice	5
	SCCETD01-Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	38
	SCCETD02-Tecnico sanitario di radiologia medica	31
	SCCFTP01-Tecnico della prevenzione nellambiente e nei luoghi di lavoro	16
	SDDAMA02-Veterinario	24
	SDDAMM01-Medico	422
	SDDBAA01-Psicologo	14
	SDDBAA02-Biologo	9
	SDDBAA03-Chimico	1
	SDDBAA05-Pedagogista	6
SDDBAF01-Farmacista	12	
Sanitaria Totale		1303
Tecnica	TCCMTA01-Assistente tecnico	8
	TCCMTA03-Ausiliario specializzato	202
	TCCMTA04-Collaboratore tecnico	6
	TCCMTA05-Operatore tecnico	98
	TCCMTS01-Assistente sociale	33
	TCCMTT01-Operatore socio sanitario	23
	TCCMTT02-Operatore tecnico addetto allassistenza	10
	TDDLDT01-Analista	1
	TDDLDT03-Sociologo	3
	Tecnica Totale	
Totale complessivo		1950

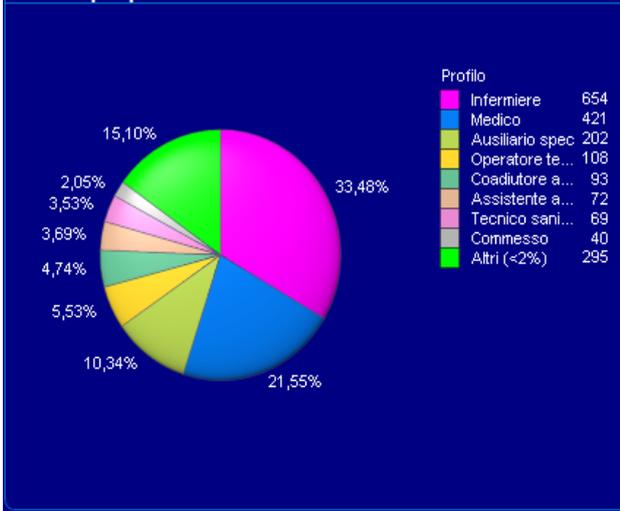
TESTE-Dati per Area



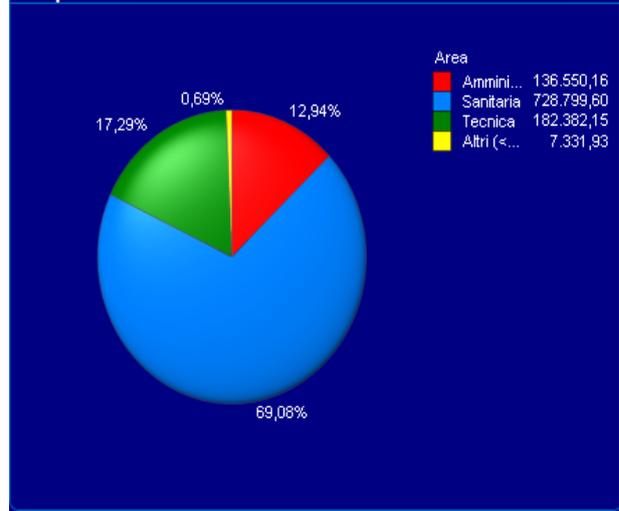
TESTE-Dati per genere



FTE-Dati per profilo



Dati per ruolo



Risorse finanziarie

Le risorse finanziarie ed economiche per l'anno 2017 derivano, principalmente, dalle assegnazioni effettuate dal Fondo Sanitario Regionale (Assessorato Regionale per la Salute), sulla base della cosiddetta "quota capitaria", oltre che dalla quota del Fondo Sanitario Nazionale.

Cons	CODICE	VOCE NUOVO MODELLO CE (1)	Consuntivo 2017	Preventivo 2017	Diff	Consuntivo 2016	Diff
	AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	325.157	317.338	7.819	318.954	6.203
	AA0240	A.2) Rettifica contributi c/ esercizio per destinazione ad investimenti	-2.426	-1.238	-1.188	-1.858	-568
	AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	1.723	1.082	641	2.163	-440
	AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e rilevanza sanitaria	36.901	34.534	2.367	36.053	848
	AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	2.904	3.089	-185	3.572	-668
	AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	1.567	1.672	-105	1.670	-103
	AA0980	A.7) Quota contributi c/ capitale imputata all'esercizio	4.531	5.527	-996	4.149	382
	AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0	0	0	0
	AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	201	246	-45	226	-25
	AZ9999	Totale valore della produzione (A)	370.558	362.250	8.308	364.929	5.629
	BA0010	B.1) Acquisti di beni	29.349	27.536	1.813	26.554	2.795
	BA0390	B.2) Acquisti di servizi	204.044	196.035	8.009	197.455	6.589
	BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	3.798	4.128	-330	3.892	-94
	BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	1.691	1.887	-196	1.472	219
	BA2080	Totale Costo del personale	108.544	110.498	-1.954	110.522	-1.978
	BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	2.034	2.054	-20	2.418	-384
	BA2560	Totale Ammortamenti	5.947	5.455	492	5.841	106
	BA2630	B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	393	0	393	0	393
	BA2660	B.15) Variazione delle rimanenze	-947	0	-947	-72	-875
	BA2690	B.16) Accantonamenti dell'esercizio	9.179	5.433	3.746	6.982	2.197
	BZ9999	Totale costi della produzione (B)	364.032	353.026	11.006	355.064	8.968
	CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	-235	-985	750	-1.137	902
	DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0	0	0
	EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	2.712	0	2.712	-364	3.076
	XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	9.003	8.239	764	8.364	639
	YZ9999	Totale imposte e tasse	8.110	8.239	-129	8.267	-157
	ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	893	0	893	97	796

Compatibilmente con la salvaguardia dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) - che costituisce obiettivo prioritario ed inderogabile del sistema sanitario regionale - al fine del raggiungimento dell'equilibrio di bilancio l'Azienda ha messo in atto una politica volta alla razionalizzazione e contenimento dei costi, che ha consentito la chiusura del bilancio con un utile di € 893.000,00. Si rimanda alla sezione 4 di questa Relazione per una trattazione più dettagliata.

Benessere organizzativo

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

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

Con delibera n. 335 del 9 maggio 2016 e successiva integrazione n. 570 del 14/07/2016, l'Azienda ha istituito il "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG), che ha avviato la propria attività programmatica. Il CUG dell'ASP di Enna promuove iniziative volte a:

- favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro fra uomini e donne e le pari opportunità di sviluppo di carriera;

- favorire condizioni di benessere lavorativo e la conciliazione fra vita privata e lavoro;
- prevenire e contrastare situazioni di discriminazione e violenze morali e psicologiche sui luoghi di lavoro (mobbing) e ogni altra forma di disagio lavorativo;
- curare l'informazione e la formazione per una cultura organizzativa orientata al rispetto di ogni lavoratore ed alla valorizzazione di ogni diversità.

Nel corso del 2017 il CUG ha avviato l'attività di raccordo con il Gruppo di Lavoro Aziendale per la Valutazione e la Gestione del Rischio Stress Lavoro Correlato.

2.3 I risultati raggiunti

Nel corso del 2017 l'Azienda, attraverso le proprie articolazioni organizzative (paragrafo 2.2), ha svolto i propri compiti istituzionali e perseguito gli obiettivi strategici assegnati dall'Assessorato alla Direzione e declinati in obiettivi operativi, quali riportati nel Piano della Performance 2017-19.

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

Come già riportato, le misure che l'Azienda ha messo in atto - perseguendo comunque, prioritariamente, l'obiettivo di salvaguardare i L.E.A. - hanno portato alla chiusura del bilancio con un utile di € 893.000,00.

Obiettivi di attività ospedaliera

Le Strutture Ospedaliere di questa ASP nel corso dell'anno 2017 hanno concorso al raggiungimento degli obiettivi assessoriali assegnati al Direttore Generale dall'Assessorato, nonostante le forti criticità derivanti dal continuo turnover del personale sanitario assunto a tempo determinato assegnato nelle diverse UU.OO.

Di seguito si dà evidenza degli obiettivi di interesse regionale

Si riportano di seguito i risultati relativi agli obiettivi del **Programma Nazionale Esiti - PNE** - (Frattura femore, Parti cesari, Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI, Colecistectomia laparoscopica) assegnati al Direttore Generale.

OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI 2016-2017		
ESITI		
Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti over 65		
VALORE MINIMO DI PARTENZA	TARGET AL 31/12/2017	RISULTATI AL 31/12/2017
60%	≥90%	51%
Riduzione incidenza parti cesarei		
VALORE MINIMO DI PARTENZA	TARGET AL 31/12/2017	RISULTATI AL 31/12/2017
<28%	≤20%	28%
Tempestività effettuazione PTCA in IMA STEMI		
VALORE MINIMO DI PARTENZA	TARGET AL 31/12/2017	RISULTATI AL 31/12/2017
>78%	≥91%	88%
Proporzione colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni		
VALORE MINIMO DI PARTENZA	TARGET AL 31/12/2017	RISULTATI AL 31/12/2017
≥70%	≥97%	82%

I risultati sopra riportati, anche laddove è stato raggiunto il valore di partenza previsto quale soglia minima, sono ancora lontani dal target nazionale e indicano chiaramente quale sia la sfida nella quale l’Azienda dovrà impegnarsi al fine di migliorare gli outcome rispetto i bisogni di salute espressi dalle popolazioni target per i suddetti obiettivi.

L’Azienda, invece, nel 2017 ha raggiunto l’importante obiettivo di **garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita aziendali**, come di seguito rappresentato (vedi anche par. 3.3):

SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI 2016-2017				
OBIETTIVO 4: Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei Punti Nascita pubblici e privati				
<u>SUB-OBIETTIVO 2: Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali</u>				

2.1 (a) Nei P.N. senza UTIN				
2.1.1) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri garantendo che nessun parto avvenga con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute, con ricovero per più di 1 giorno				
Stabilimento Ospedaliero	Monitoraggio al 31/12/2017			VALORE TARGET AL 31/12/2017
	n. nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno)			
P.O. BASILOTTA	0			=0 (zero) (FONTE SDO E CEDAP)
2.1.2) Ridurre il tasso di trasferimento dei neonati pretermine entro le prime 72 ore				
Stabilimento Ospedaliero	Monitoraggio al 31/12/2017			VALORE TARGET AL 31/12/2017
	neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita	totale neonati ricoverati	%	
P.O. BASILOTTA	0	172	0,00%	< 8% (FONTE SDO E CEDAP)

2.2 (b) Nei P.N. con UTIN				
2.2.3) Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio				
elaborazione documento				VALORE TARGET AL 31/12/2017
si				si
Controllo analitico su un campione del 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73 a cura dei NOC aziendali. Il controllo dovrà verificare la coerenza tra cartella clinica e rispetto dei criteri di ricovero del presente documento				
Stabilimento Ospedaliero	Monitoraggio al 31/12/2017			
	numero totale di cartelle cliniche di neonati ricoverati (accettati) da codice 73	numero di cartelle cliniche controllate di neonati ricoverati (accettati) da codice 73	numero di cartelle cliniche non conformi di neonati ricoverati (accettati) da codice 73	
P.O. UMBERTO I	90	30	0	
2.2.4) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 73)				
Stabilimento Ospedaliero	Monitoraggio al 31/12/2017			VALORE TARGET AL 31/12/2017
	N. di neonati direttamente dimessi (modalità di dimissione codice 2 dimissione ordinaria a domicilio del paziente) da Terapia Intensiva Neonatale	Totale dei neonati ricoverati (accettati) nella TIN (cod. 73) al netto dei deceduti (modalità di dimissione: codice 1)	%	
P.O. UMBERTO I	0	88	0,00%	< 7 % (2017) < 5 % (2018)

L'attività di emergenza urgenza ospedaliera è assicurata da quattro pronto soccorso allocati nei quattro presidi ospedalieri. Di seguito si riepilogano i volumi di accessi dei PS aziendali come classificati dal modello HSP24 e le informazioni principali inerenti l'attività ricavate dal flusso EMUR del cruscotto direzionale del Controllo di gestione aziendale.

mese	190319 - Umberto I							190320 - Chiello						
	Ricoverati (2)	Non ricoverati (1-3-5-6-7-8)	Altra struttura (3)*	Deceduti (4-9)	Totale Casi	Numero Prestazioni	Media Prestazioni	Ricoverati (2)	Non ricoverati (1-3-5-6-7-8)	Altra struttura (3)*	Deceduti (4-9)	Totale Casi	Numero Prestazioni	Media Prestazioni
	345	1.354	13	1	1.700	21.121	12,42	107	773	12	1	881	6.793	7,71
Febbraio	316	1.456	9	2	1.774	20.538	11,58	109	826	9	1	936	7.075	7,56
Marzo	362	1.779	11	2	2.143	23.934	11,17	138	979	15	2	1.119	8.326	7,44
Aprile	294	1.640	8	1	1.935	21.736	11,23	125	943	11	-	1.068	8.657	8,11
Maggio	346	1.787	7	-	2.133	21.788	10,21	124	983	11	1	1.118	8.573	7,67
Giugno	311	1.640	17	2	1.953	20.472	10,48	99	937	12	1	1.037	7.808	7,53
Luglio	311	1.640	17	2	1.953	21.245	10,88	94	939	12	2	1.035	7.458	7,21
Agosto	362	1.817	12	3	2.182	22.264	10,20	97	1.029	7	2	1.128	7.392	6,55
Settembre	309	1.536	15	2	1.847	19.351	10,48	97	865	11	2	964	7.119	7,38
Ottobre	321	1.544	7	1	1.866	20.138	10,79	93	858	9	1	952	6.546	6,88
Novembre	311	1.414	3	1	1.726	18.621	10,79	112	833	15	-	945	7.115	7,53
Dicembre	346	1.436	9	2	1.784	20.102	11,27	88	786	17	1	875	6.811	7,78
Totale	3.934	19.043	128	19	22.996	251.310	10,93	1.283	10.761	141	14	12.058	89.673	7,44
Incidenza su casi	17,01%	82,35%	0,55%	0,08%				10,52%	88,21%	1,16%	0,11%			

mese	190321 - FBC							190322 - Basilotta						
	Ricoverati (2)	Non ricoverati (1-3-5-6-7-8)	Altra struttura (3)*	Deceduti (4-9)	Totale Casi	Numero Prestazioni	Media Prestazioni	Ricoverati (2)	Non ricoverati (1-3-5-6-7-8)	Altra struttura (3)*	Deceduti (4-9)	Totale Casi	Numero Prestazioni	Media Prestazioni
	52	432	30	2	486	5.422	11,16	175	680	1	1	856	8.529	9,96
Febbraio	47	453	29	1	501	5.806	11,59	157	713	5	1	871	8.348	9,58
Marzo	48	477	20	2	527	5.781	10,97	184	839	8	-	1.023	8.483	8,29
Aprile	46	426	20	1	473	5.004	10,58	172	765	8	2	939	8.286	8,82
Maggio	49	456	26	-	505	5.151	10,20	173	841	8	-	1.014	9.339	9,21
Giugno	51	442	19	-	493	5.250	10,65	152	769	4	-	921	8.196	8,90
Luglio	51	399	21	-	450	5.510	12,24	157	770	6	1	928	8.819	9,50
Agosto	49	439	26	1	489	5.846	11,96	157	825	6	1	983	8.844	9,00
Settembre	57	433	26	-	490	5.691	11,61	144	742	6	-	886	7.658	8,64
Ottobre	48	396	28	-	444	5.361	12,07	161	778	7	1	940	8.103	8,62
Novembre	53	399	25	-	452	5.659	12,52	151	687	6	-	838	7.723	9,22
Dicembre	52	421	35	2	475	5.936	12,50	138	623	11	-	761	7.138	9,38
Totale	603	5.173	305	9	5.785	66.417	11,48	1.921	9.032	76	7	10.960	99.466	9,08
Incidenza su casi	9,90%	84,94%	5,01%	0,15%				17,41%	81,84%	0,69%	0,06%			

mese	Totali						
	Ricoverati (2)	Non ricoverati (1-3-5-6-7-8)	Altra struttura (3)*	Deceduti (4-9)	Totale Casi	Numero Prestazioni	Media Prestazioni
	679	3.239	56	5	3.923	41.865	10,67
Febbraio	629	3.448	52	5	4.082	41.767	10,23
Marzo	732	4.074	54	6	4.812	46.524	9,67
Aprile	637	3.774	47	4	4.415	43.683	9,89
Maggio	692	4.077	52	1	4.770	44.851	9,40
Giugno	613	3.788	52	3	4.404	41.726	9,47
Luglio	613	3.748	56	5	4.366	43.032	9,86
Agosto	665	4.110	51	7	4.782	44.346	9,27
Settembre	607	3.576	58	4	4.187	39.819	9,51
Ottobre	623	3.576	51	3	4.202	40.148	9,55
Novembre	627	3.333	49	1	3.961	39.118	9,88
Dicembre	624	3.266	72	5	3.895	39.987	10,27
Totale	7.741	44.009	650	49	51.799	506.866	9,79
Incidenza su casi	14,76%	83,91%	1,24%	0,09%			

Casi per problema principale			
Problema principale	Casi	%	Trend mensile
Totale	51.856		
23 - Altri sintomi o disturbi	16.755	32,31%	
10 - Trauma o ustione	12.804	24,69%	
04 - Dolore addominale	5.258	10,14%	
19 - Sintomi o disturbi ostetrico-ginecologici	4.020	7,75%	
05 - Dolore toracico	2.323	4,48%	
06 - Dispnea	1.813	3,50%	
12 - Febbre	1.191	2,30%	
22 - Sintomi o disturbi urologici	1.176	2,27%	
17 - Sintomi o disturbi oculistici	1.009	1,95%	
03 - Altri sintomi sistema nervoso	857	1,65%	
18 - Sintomi o disturbi otorinolaringoiatrici	794	1,53%	
15 - Ipertensione arteriosa	698	1,35%	
13 - Reazione allergica	554	1,07%	
14 - Alterazioni del ritmo	545	1,05%	
20 - Sintomi o disturbi dermatologici	458	0,88%	
02 - Sindrome neurologica acuta	399	0,77%	
09 - Emorragia non traumatica	361	0,70%	
29 - Pneumologia/Patologia Respiratoria	296	0,57%	
07 - Dolore precordiale	105	0,20%	
28 - Psichiatrico	87	0,17%	
16 - Stato di agitazione psicomotoria	74	0,14%	
08 - Shock	64	0,12%	

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

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

1. Rete IMA	}	Reti tempo dipendenti
2. Rete Stroke		
3. Rete politrauma		
4. Rete oncologica	}	Reti cliniche integrate
5. Percorso nascita		
- 4) Assistenza territoriale
 1. Cronicità
 2. Disabilità e non autosufficienza
 3. Riabilitazione
 4. Salute mentale
 5. Violenza su donne e minori
- 5) Sviluppo organizzativo
 1. Comunicazione
 2. Formazione
 3. Internazionalizzazione e Ricerca sanitaria
 4. Telemedicina

Nell'ambito della macro-area **Sanità Pubblica e Prevenzione** - area **sanità veterinaria** - nel corso del 2017 è stata data continuità alle azioni di controllo delle principali zoonosi (controllo sanitario degli insediamenti produttivi e delle specie sensibili in essi presenti e controllo anagrafico dei capi bovini e ovi-caprini), registrandosi una riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi -caprina, così come una riduzione del numero dei focolai rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente; per quanto riguarda, invece, la tubercolosi bovina si è registrato un lieve aumento della prevalenza rispetto al dato del 2016, ma al 31/12/2017 si sono registrati 9 focolai attivi di tubercolosi (10 al 31/12/2016), di cui sette hanno già fatto registrare esito negativo ai controlli sanitari successivi alla denuncia del focolaio. Si schematizzano di seguito i dati di prevalenza:

Prevalenza	Anno 2016	Anno 2017
Brucellosi bovina	1,37%	1,30%
Brucellosi ovi-caprina	1,82%	0,79%
Tubercolosi bovina	1,60%	2,22%
Leucosi enzootica		Nessun capo infetto

In aderenza a specifiche disposizioni normative che stabiliscono la percentuale minima di controlli da effettuarsi nelle aziende di produzione al fine di accertare il rispetto delle norme in materia di identificazione e registrazione degli animali, si riporta di seguito il prospetto riepilogativo dell'attività ispettiva svolta nel corso del 2017, così come certificata dai report generati dall'applicativo "Controlli" del Sistema Informativo Veterinario Ministeriale.

Specie	n. aziende controllabili	n. di aziende da controllare al 31-12-2017	n. di aziende controllate al 31-12-2017	% di controlli eseguiti
Bovina	1.302	65 (almeno il 5%)	151	11,59
Ovi-Caprini	1.187	35 (almeno il 3%)	151	12,72
Suina	114	1 (almeno l'1%)	14	12,28
Equina	1.495	75 (almeno il 5%)	87	5,81

Le irregolarità emerse dall'attività di verifica hanno determinato l'adozione di provvedimenti sanzionatori e, nei casi previsti, l'inoltro dell'informativa alla competente Procura della Repubblica. Nel corso dell'anno 2017 sono state inoltre documentate molteplici non conformità, con relativo rischio per la salute pubblica. L'accertamento di irregolarità nelle aziende sede di focolaio ha inoltre comportato, in 123 casi, la mancata corresponsione dell'indennizzo previsto per l'abbattimento dei capi infetti.

Si riportano alcuni dati relativi l'attività di **lotta al randagismo**: il Dipartimento di prevenzione Veterinario oltre all'attività di microchippatura svolta nei presidi comunali a tal fine individuati, nel corso dell'anno 2017 ha proceduto con l'identificazione dei cani presenti all'interno delle aziende zootecniche, con conseguente assunzione di responsabilità da parte dei proprietari sulla regolare tenuta del proprio cane; è stata, inoltre, intensificata l'attività di sterilizzazione chirurgica dei cani randagi di proprietà dei Comuni e ospitati presso i rifugi sanitari e ricoveri presenti in provincia di Enna. Tale attività risulta finalizzata ad incentivare una rete di adozione dei cani randagi ospitati presso i canili o consentire, su disposizione del Sindaco, la riammissione in libertà dei soggetti di indole docile; questi ultimi vengono reinseriti sul territorio come "cane di quartiere" dopo che gli stessi siano stati accalappiati, identificati con microchip, abbiano superato un periodo di osservazione sanitaria, siano stati sottoposti a intervento chirurgico (sterilizzazione) e dopo aver superato le cure post-operatorie. Nel territorio della Provincia di Enna risultano attivi tre rifugi sanitari e ricovero cani e una struttura autorizzata esclusivamente per il ricovero. Tutte risultano registrate sul Sistema Informativo Acres con le seguenti denominazioni:

- CANILE DOG HOUSE (Comune di Assoro)
- CANILE DOG PROJET snc (Comune di Piazza Armerina)
- CENTRO CINOFILO CIARAMITO (Comune di Enna)
- ARCA DI NOE' (Comune di Regalbuto)

Per quanto riguarda l'ambito della **sicurezza alimentare** è stata data attuazione alle direttive del Piano regionale di controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari 2017 ai sensi del DDG n. 324/marzo 2016 e smi; sono state aggiornate, secondo il programma regionale, le informazioni inerenti il numero di celiaci nelle mense, sono stati verificati a campione alimenti destinati ad alimentazione particolare (soggetti allergici ed intolleranti) per rilevare allergeni non dichiarati in etichetta o in quantità superiore alle concentrazioni previste, sono stati effettuati controlli per la rilevazione della presenza di sale iodato nei punti vendita e ristorazione collettiva.

I risultati relativi gli obiettivi di **copertura vaccinale e sorveglianza delle malattie infettive**, quali declinati nel PAA, sono stati in linea con le previsioni, così come dettagliato nell'Allegato Tabella C.

Per quanto riguarda gli obiettivi di **tutela ambientale**, sono stati realizzati gli incontri formativi/informativi previsti sul corretto uso di cellulari e sulla eccessiva esposizione ai raggi UV.

Nell'ambito dell'attività di **Prevenzione nei luoghi di lavoro** è stata data attuazione alle direttive del Gruppo di Lavoro "Edilizia" nazionale e regionale e del Gruppo di Lavoro "Agricoltura" nazionale e regionale: sono stati effettuati n 5 sopralluoghi in Edilizia, n. 1 in Agricoltura e 11 corsi di formazione nel comparto Agricoltura ed Edilizia.

E' stata data attuazione alle direttive del GdL "Agenti cancerogeni" nazionale e regionale attivando la sorveglianza sanitaria degli ex esposti (sorveglianza sanitaria INAIL con n. 5 adesioni ex esposti).

Sono state attuate una serie di azioni finalizzate a migliorare la **qualità** delle prestazioni sanitarie e di garantire la sicurezza del paziente, fra le quali: il monitoraggio degli eventi sentinella e della effettiva implementazione della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica (D.A. 1914/13 e smi.), il monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria, azioni di contrasto all'antibiotico-resistenza, pubblicazione delle liste di attesa con cadenza periodica sull'apposita sezione del sito web aziendale, formazione degli operatori, misurazione della qualità dell'assistenza percepita presso le Strutture territoriali e ospedaliere secondo le direttive regionali (interviste telefoniche rispettando i parametri assegnati, vedi Tabella E), report annuale su piattaforma Osservatorio dolore, implementazione delle linee guida cliniche sia in ambito territoriale che ospedaliero (PDTA frattura femore, fibrillazione atriale, ca. colon retto, ca. polmone, PDTA in PS del paziente con dolore toracico), etc. Dati più dettagliati su obiettivi e risultati nell'allegata Tabella C

Nell'area di intervento **Reti assistenziali**, tra l'altro, sono stati rimodulati l'Atto Aziendale e la nuova dotazione organica, entrambi approvati dall'Assessorato e si è in attesa della ulteriore revisione dell'Assessorato per adeguare la rete ospedaliera al D.M. 70/2015; sono stati attivati i posti letto di riabilitazione e lungodegenza a Leonforte; sono stati acquisiti i monitor per l'attivazione di due posti letto ai fini dell'implementazione della rete regionale Stroke Unit Livello II; sono stati previsti percorsi di diagnosi e cura per le principali patologie oncologiche; il 99% dei neonati è stato sottoposto a screening uditivo (valore obiettivo 90%). Dati più dettagliati sui risultati, anche relativi ad ulteriori obiettivi dell'area, sono riportati nel par. 3.3 e nell'allegata Tabella C.

Per quanto riguarda l'area di intervento **Assistenza territoriale** nel 2017 sono stati realizzati importanti obiettivi a tutela di alcune fasce fragili della popolazione; vengono citati a titolo puramente esemplificativo alcuni risultati di rilievo, rinviando ai successivi paragrafi della presente relazione e alla Tabella C per maggiori dettagli: presa in carico in setting dedicati dei pazienti affetti da obesità, diabete mellito (ob. 4.2), minori con disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi (ob. 4.9); tutela sanitaria delle donne vittime di violenza (ob. 4.6); potenziamento delle dimissioni protette (ob. 4.3) e delle dimissioni facilitate (ob. 4.1); attuazione delle linee guida del Piano strategico regionale per la Salute Mentale, come riportato nella seguente tabella (ob.4.8):

Descrizione e articolazione dell'intervento	Indicatore di risultato	Azioni
Implementazione del Piano di Azione Locale nell'ambito del Piano Strategico Regionale per la Salute Mentale:	4.8 A1: 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	Approvazione nuovi PTI - n. 25: - CSM Piazza armerina n. 6 PTI - CSM di Enna n. 8 PTI - CSM di Leonforte n. 5 PTI - CSM di Nicosia n. 6 PTI Ampliamento dell'Albo Aziendale delle Imprese del privato sociale: risultato raggiunto, ampliamento formalizzato con delibera n. 1103 del 19/12/2017
	4.8 A2: condivisione budget di Salute con tutti membri del PAA	- CSM Piazza Armerina, tutti e quattro i Comuni del Distretto hanno condiviso il Budget - CSM Enna, tutti i comuni del distretto hanno condiviso il budget - CSM Nicosia, tutti i Comuni hanno condiviso il Budget ad esclusione di Nicosia - CSM Leonforte, tutti i Comuni del Distretto hanno condiviso il Budget
	4.8 A3: almeno 20 pz seguiti con il PAL	Pazienti complessivi seguiti con il PAL nel 2017: ➢ CSM Piazza armerina n. 6 PTI ➢ CSM di Enna n. 20 PTI ➢ CSM di Leonforte n. 5 PTI ➢ CSM di Nicosia n. 25 PTI

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

2.4 Le criticità e le opportunità

Nel presente paragrafo sono indicate sia le principali criticità, ovvero i risultati programmati nel Piano 2017 che non sono stati raggiunti, sia le opportunità, in termini di risultati maggiormente sfidanti e rilevanti per la collettività.

Criticità

La carenza di personale è stato uno dei principali determinanti del non raggiungimento di alcuni obiettivi, nonostante le misure correttive che l'Azienda ha messo in atto. In particolare non è stato raggiunto l'obiettivo relativo all'attuazione degli screening per le patologie oncologiche tumore cervice uterina, tumore mammario, tumore del colon retto (come più dettagliatamente riportato nel par. 3.3). Al fine di contrastare tale criticità sono state conferite delle ore settimanali per specialista biologo e per specialista radiologo al fine di potenziare lo screening del cervico carcinoma e lo screening mammografico; per quanto riguarda il tumore del colon retto, si è conclusa la procedura per l'assunzione di uno specialista gastroenterologo endoscopista per lo screening di secondo livello, ed è in fase interlocutoria la richiesta di disponibilità dell'ASP di Caltanissetta per una apposita convenzione ed assicurare il secondo e parte del terzo livello. Si è provveduto all'acquisto di due apparecchi dedicati, ed è stato effettuato il collaudo, successivamente è stata effettuata la formazione del personale di laboratorio dedicato all'esame del sangue occulto. Il Centro Gestionale Screening ha coinvolto i MMG per la correzione delle liste e degli indirizzi ai propri assistiti. La loro collaborazione ha contribuito alla riduzione degli inviti inesitati (par. 3.3).

Una ulteriore criticità si segnala per quanto riguarda l'attuazione degli obiettivi misurabili attraverso gli indicatori di esito previsti dal Programma Nazionale Esiti (tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti over 65, riduzione incidenza parti cesarei, tempestività effettuazione PTCA in IMA STEMI, proporzione colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni): anche laddove è stato raggiunto il valore di partenza previsto quale soglia minima (vedi par. 2.3 e 3.3), i risultati sono ancora lontani dal target nazionale e indicano quale sia la sfida che vedrà impegnata l'Azienda al fine di migliorare gli outcome rispetto i bisogni di salute espressi dalla popolazione.

Gli obiettivi relativi all'attività di controllo nei cantieri edili e nelle aziende agricole secondo gli indicatori previsti dal PRP e di sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad agenti cancerogeni secondo il protocollo del Coordinamento interregionale di cui alla L. R. 10/2014 a cura dello S.Pre.S.A.L. non sono stati raggiunti per la persistente grave carenza di personale e blocco delle assunzioni (tab. C). Il Piano delle assunzioni prevede per l'anno 2018 l'implementazione delle figure professionali necessarie per le attività da svolgere.

Il processo di adeguamento del sistema di misurazione e valutazione della performance aziendale ai dettami del D. Lgs 150/2009 e s.m.i. è ancora in corso; l'introduzione degli ulteriori aggiornamenti contenuti nel D. Lgs 74/2017 ha comportato, come più dettagliatamente riportato nel par. 3.4, un lavoro di revisione del Regolamento aziendale del sistema di misurazione e valutazione della performance, che sarà sottoposto all'attenzione dei Sindacati e quindi dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) per il previsto parere preliminare all'adozione. In tal modo si potrà procedere all'attribuzione di obiettivi individuali a tutti i dipendenti, e alla valutazione e sulla base di criteri oggettivi coerenti con il profilo professionale di ciascuno.

Opportunità

La revisione della rete ospedaliera ed i conseguenti atti di attuazione hanno indirizzato la programmazione a medio termine verso l'obiettivo di una riduzione della ospedalizzazione a favore di un incremento delle attività territoriali; l'adozione del nuovo Atto Aziendale potrà essere strumento di una più razionale organizzazione dei Servizi.

L'obiettivo PAC assegnato nel 2016 e nel 2017 ha rafforzato all'interno dell'Azienda la cultura dei processi attraverso l'integrazione tra servizi sanitari ed amministrativi, al fine di certificare il dato contabile esposto in bilancio.

L'implementazione della metodologia del controllo di gestione secondo le direttive regionali di cui al D.A. 835/2014 ha consentito di sviluppare una reportistica direzionale rivolta a tutti i livelli dirigenziali (a tutti coloro, cioè, che hanno obiettivi) per consentire il controllo autoreferenziale ed un governo consapevole delle attività svolte nell'ottica della "Vista domanda".

L'utilizzo di indicatori di esito, come previsto dal PNE, ha orientato la programmazione e le attività verso la logica dell'outcome quale obiettivo finale, promuovendo una tensione verso il miglioramento delle prestazioni e dell'assistenza anche attraverso il confronto con le altre realtà regionali e nazionali.

Fra ulteriori i risultati di particolare rilievo che si vogliono segnalare:

- la realizzazione delle indagini sul benessere organizzativo, attraverso l'utilizzo della piattaforma intranet e l'avvio dell'attività programmatica del CUG, in sinergia con le attività e finalità del Gruppo di valutazione aziendale sullo stress lavoro correlato
- il mantenimento degli standard e requisiti di sicurezza nei punti nascita aziendali
- azioni di controllo delle principali zoonosi, con ulteriore riduzione (rispetto al 2016) della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina
- importanti obiettivi sono stati realizzati per quanto riguarda la lotta al randagismo (cap 2.3)
- è stata incrementata l'attività riabilitativa integrata per le pazienti sottoposte ad intervento chirurgico per tumore mammario (Adesione alla Rete Oncologica Siciliana) (P.A.A. ob. 3.7)
- il 99% di neonati è stato sottoposto a screening uditivo prima della dimissione
- è stata garantita la presa in carico, in setting dedicati, dei pazienti affetti da obesità, diabete mellito (ob. 4.2), minori con disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi (ob. 4.9)
- nell'ambito delle azioni di contrasto all'Antibiotico-resistenza è stata avviata la campagna volta ad aumentare l'uso consapevole degli antibiotici (PAA ob. 2.1)
- sono state effettuate le interviste programmate, così come richiesto dalla normativa, al fine di ottenere informazioni utili sui servizi di cura da parte dell'utenza, con lo scopo di monitorare e di migliorare i servizi stessi (ob 2.5).
- Sono stati raggiunti gli obiettivi di integrazione con il Programma di trasparenza e integrità e il Piano prevenzione della corruzione

3 Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti

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

albero della performance
obiettivi strategici
obiettivi e piani operativi
obiettivi individuali

3.1 Albero della performance

L'albero della performance è la mappa logica che rappresenta i legami tra *mission* aziendale, aree strategiche d'intervento, obiettivi strategici ed obiettivi operativi, risultati raggiunti. Nel presente paragrafo è proposto l'albero sviluppato nel Piano della Performance 2017-2019.

L'albero riporta, oltre alle aree/obiettivi strategici e agli obiettivi operativi, anche l'indicazione delle unità operative coinvolte per ciascun obiettivo e del risultato raggiunto al 31.12.2017; ai fini della leggibilità e immediatezza dell'informazione sono stati utilizzati dei colori standard per rappresentare i dati di rilievo, come di seguito indicato: in verde il dato relativo al raggiungimento dell'obiettivo, in rosso il mancato raggiungimento o la presenza di criticità. Gli obiettivi operativi che non sono descritti per esteso a vantaggio dell'immediatezza espositiva sono riportati con maggiore dettaglio negli Allegati alla presente Relazione.

Albero della performance

MISSION

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

A. Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi

1. Screening

2. Esiti

3. Liste di attesa

4. Punti nascita

5. Donazione organi

6. Prescrizioni dematerializzate

7. Utilizzo fondi PSN

8. Percorso attuativo di certificabilità (P.A.C.)

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

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

B. Obiettivi generali a valenza triennale

1. Equilibrio di bilancio

2. Fondi Europei

3. Contenimento Spesa

4. Flussi Informativi

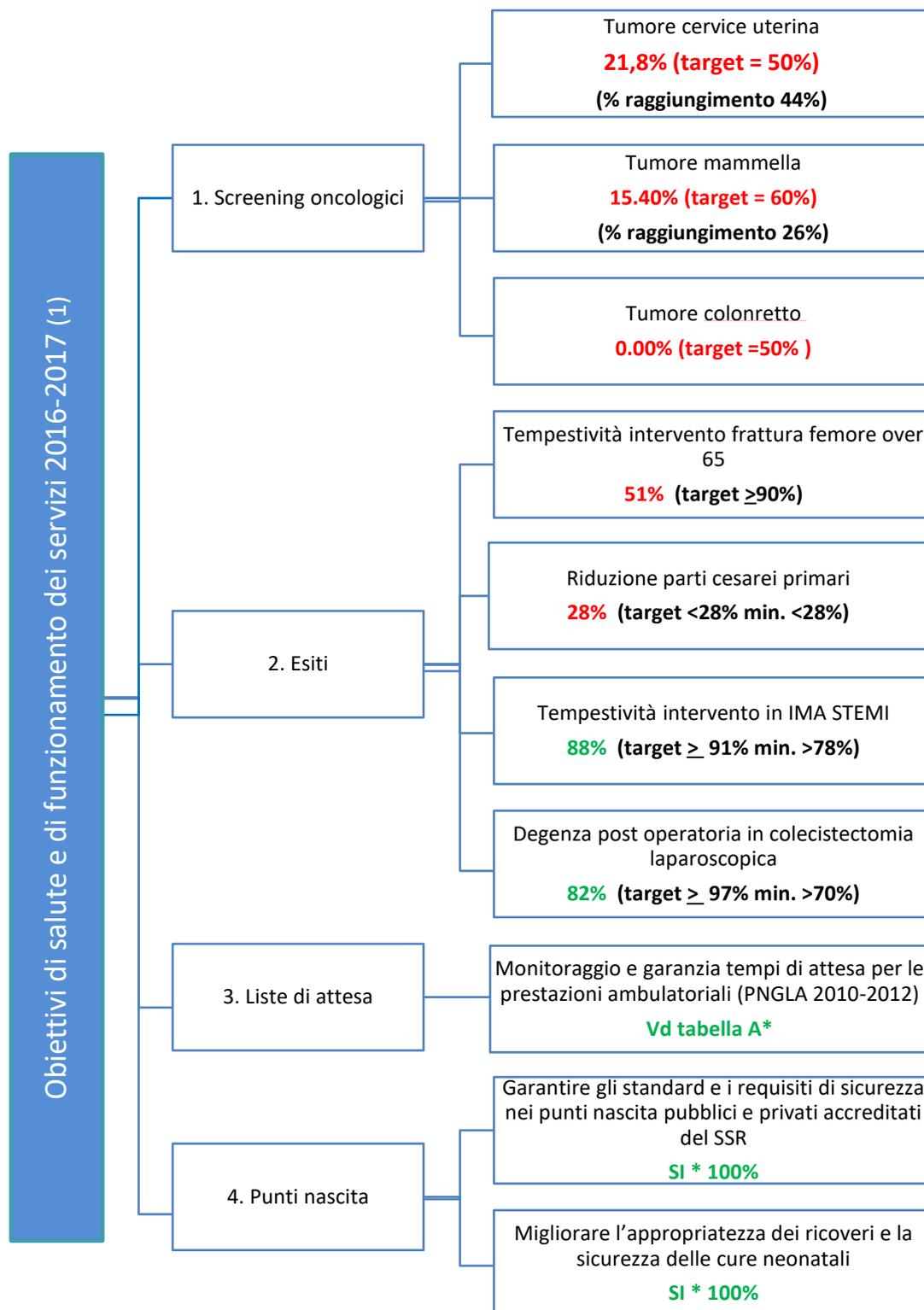
5. Disposizioni regionali ALPI

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

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

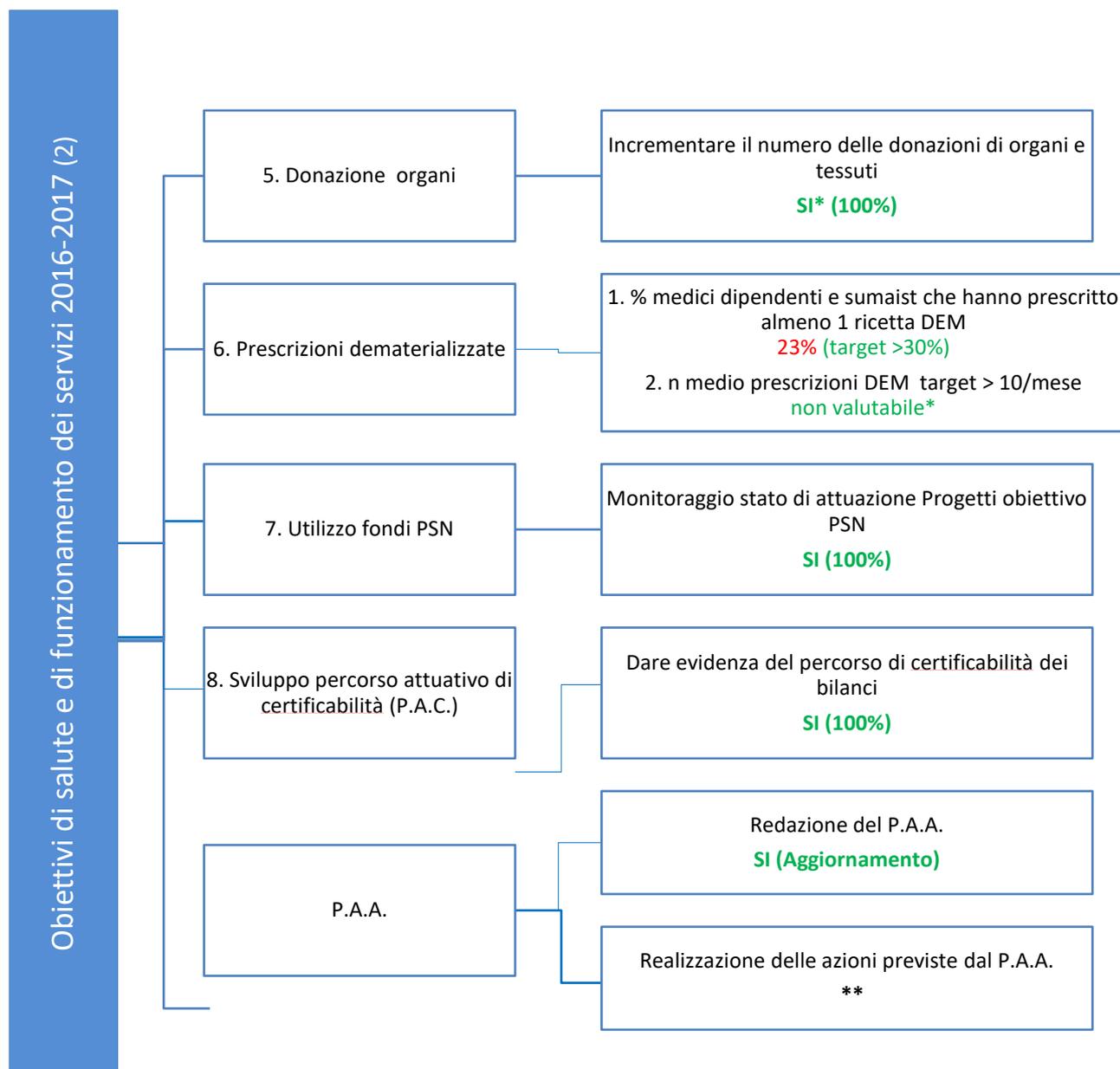
2. Consolidamento dei processi e cultura aziendale per la piena attuazione delle misure previste nel PTPC

Albero della performance – Obiettivo strategico A e obiettivi operativi



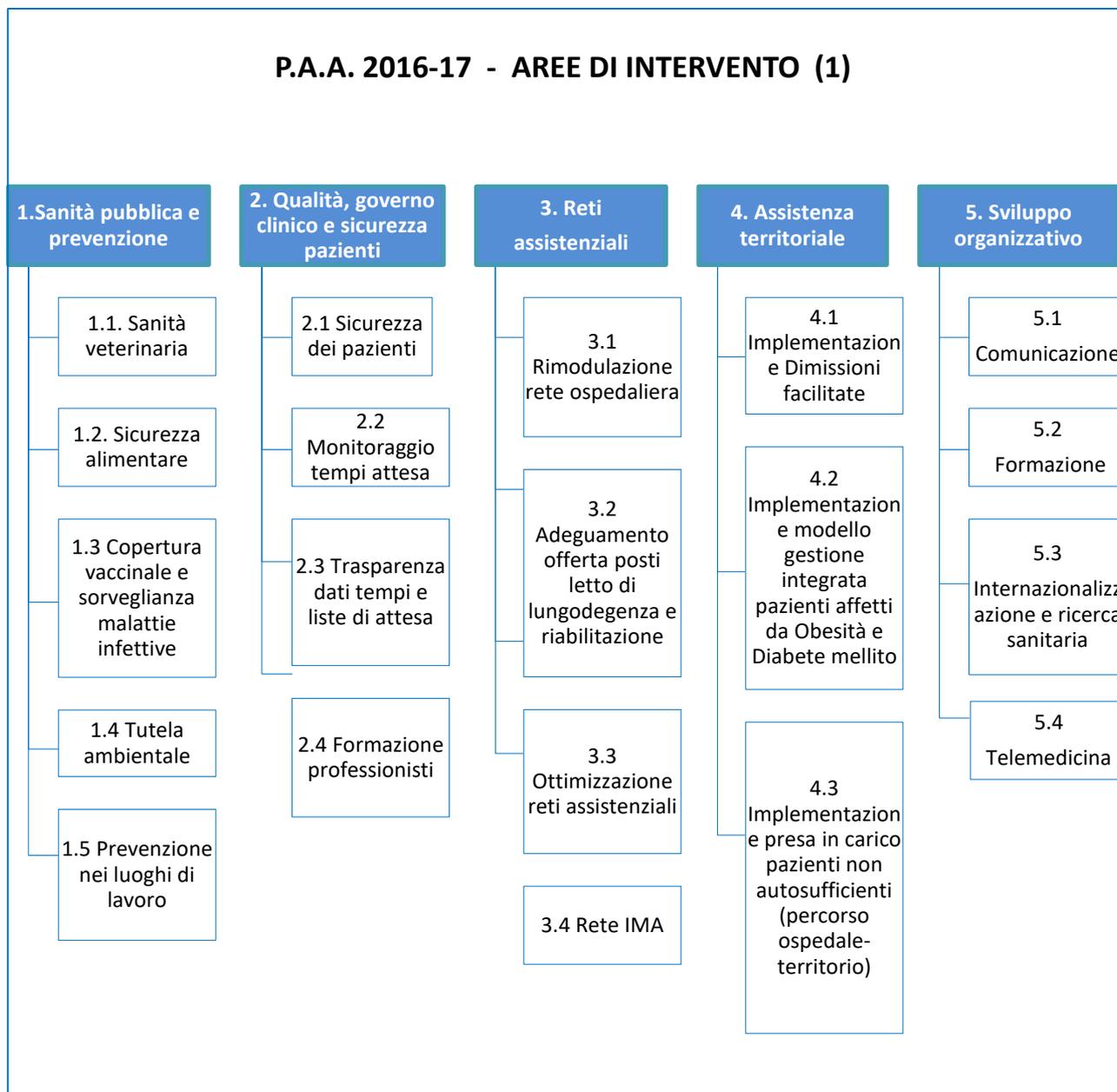
*Vedi tabella A

Albero della performance – Obiettivo strategico A e obiettivi operativi

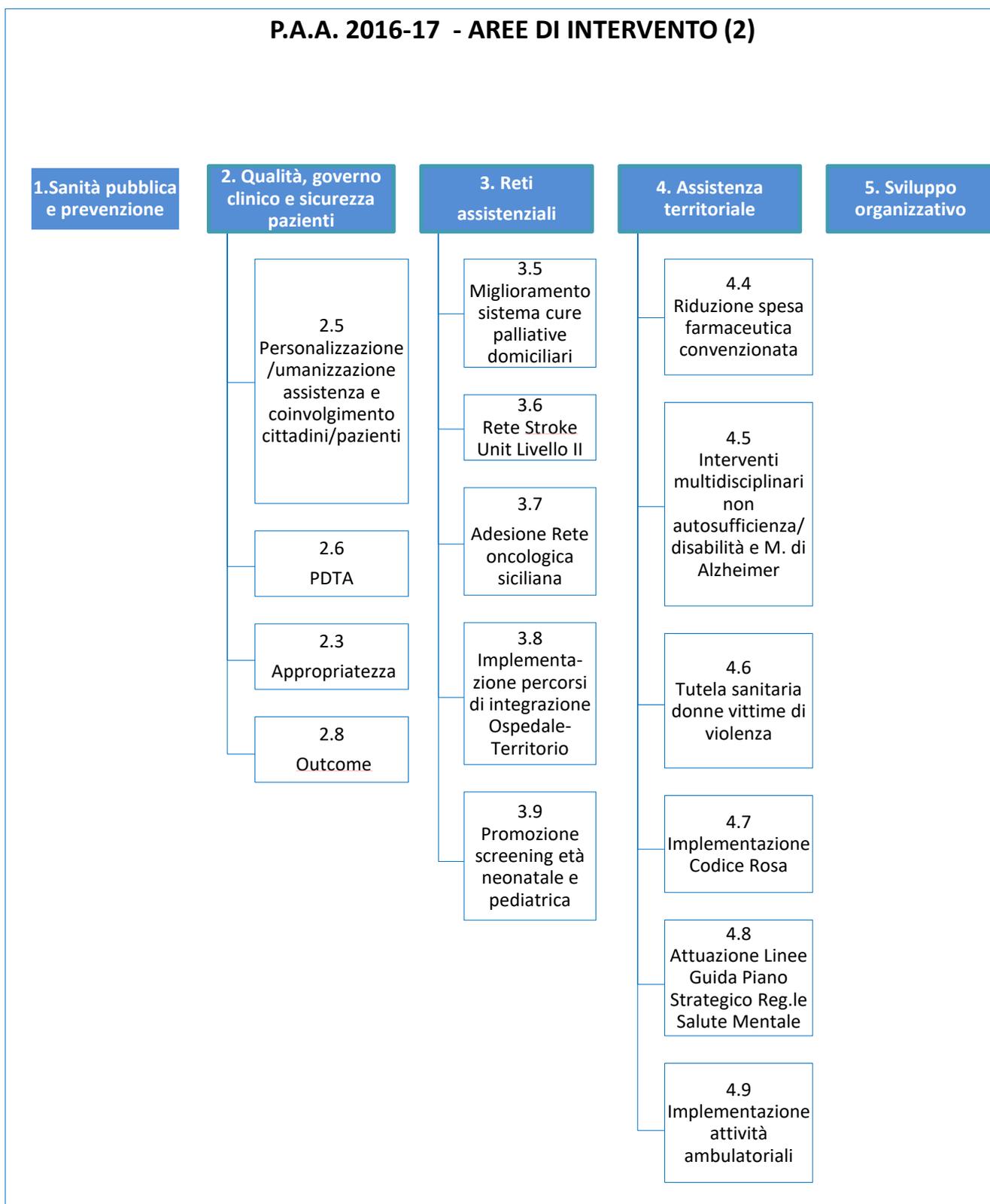


* Vedi Tabella A

** Vedi Tabella C - PAA



P.A.A. 2016-17 - AREE DI INTERVENTO (2)



B. Obiettivi generali a valenza triennale

1. Equilibrio di bilancio

100%

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

100%

(Le azioni sono state realizzate entro
il 31.12.2016)

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

(vedi Tabella A)

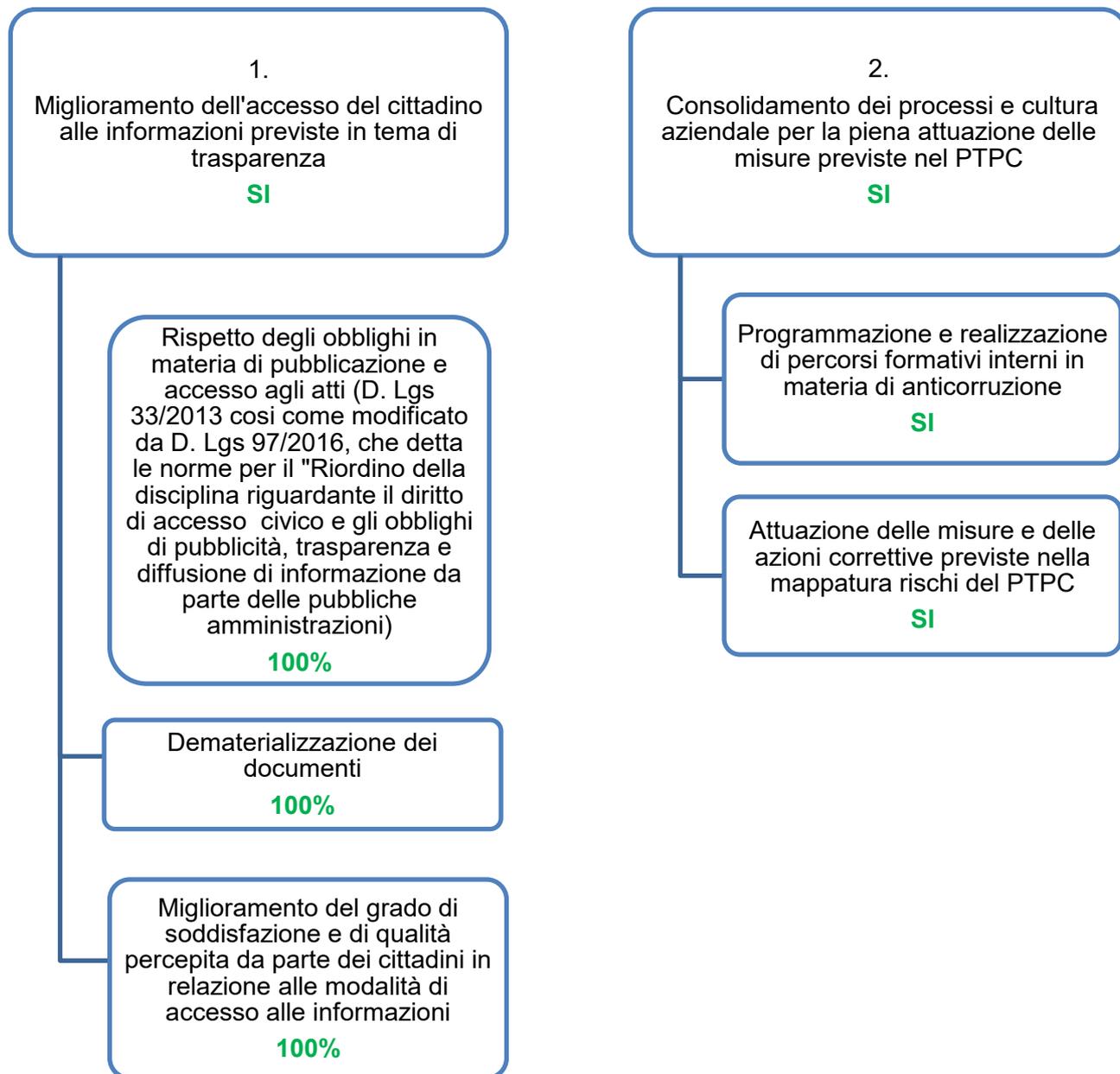
4. Rispetto direttiva "Flussi
informativi" (Decreto
interdipartimentale n. 1174/08 e
Circ. Ass. n. 217 /15)

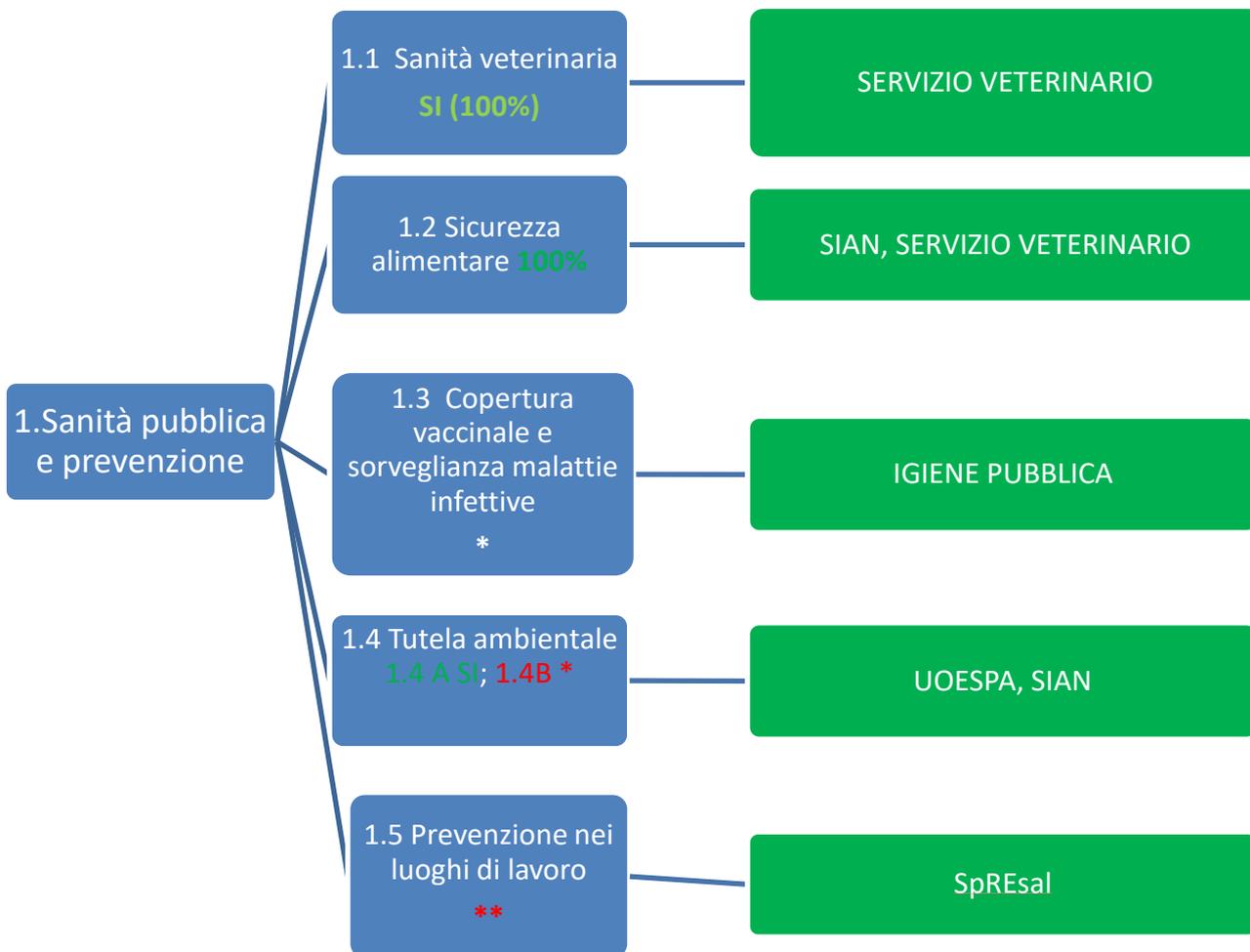
SI

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

SI

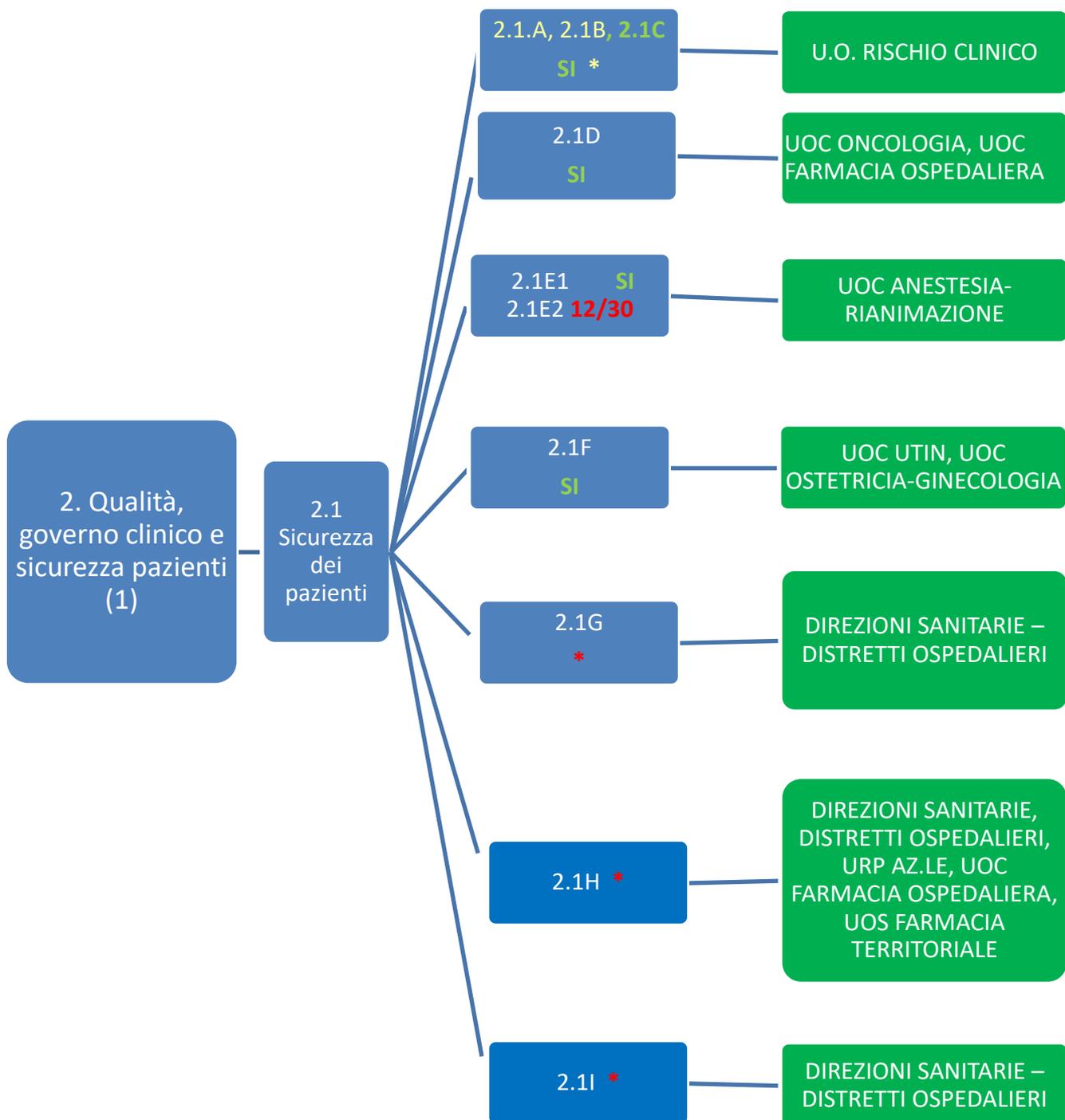
C Obiettivi di integrazione con il Programma di trasparenza e integrità e il Piano prevenzione della corruzione.



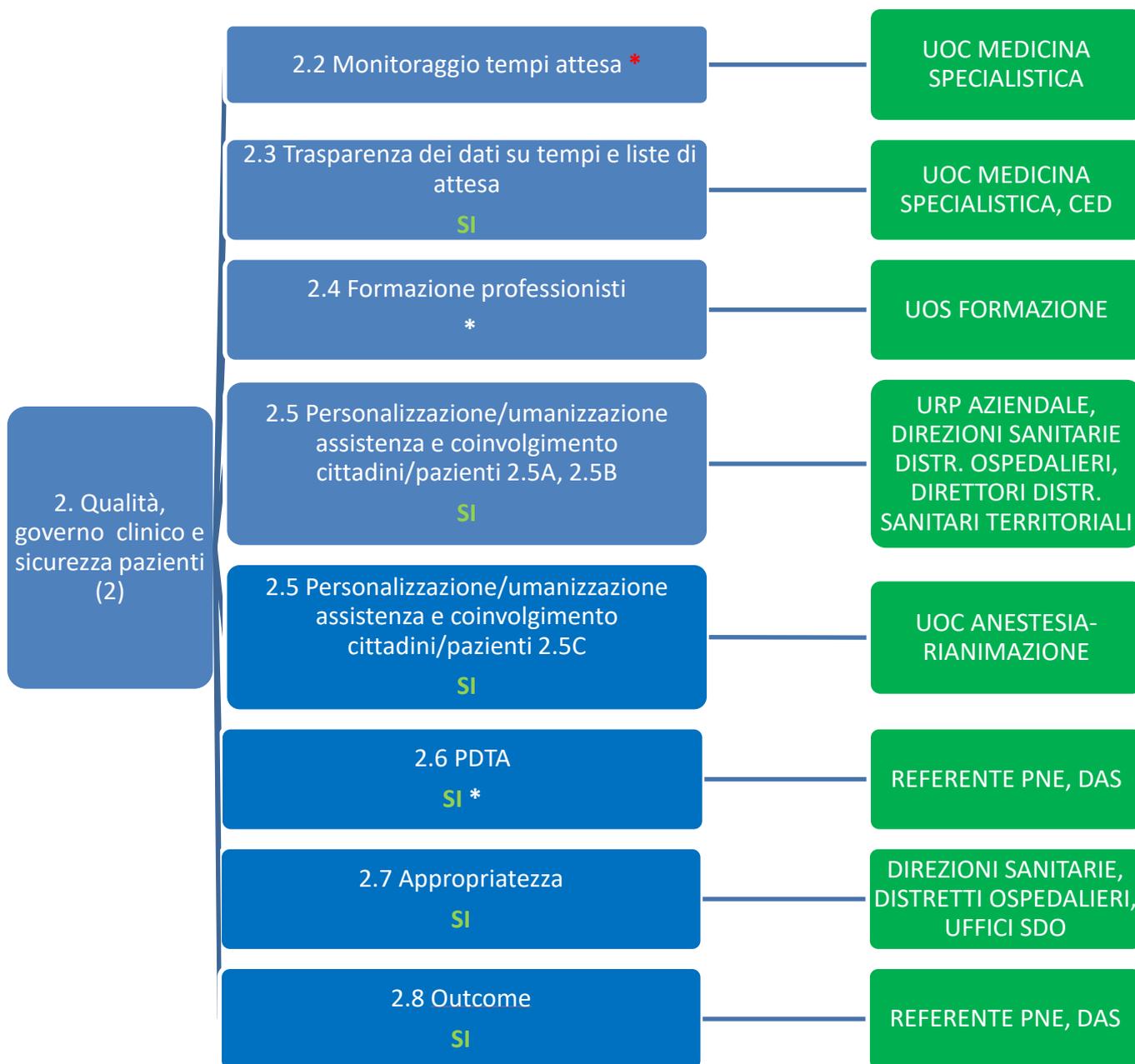


* Tab. C - PAA

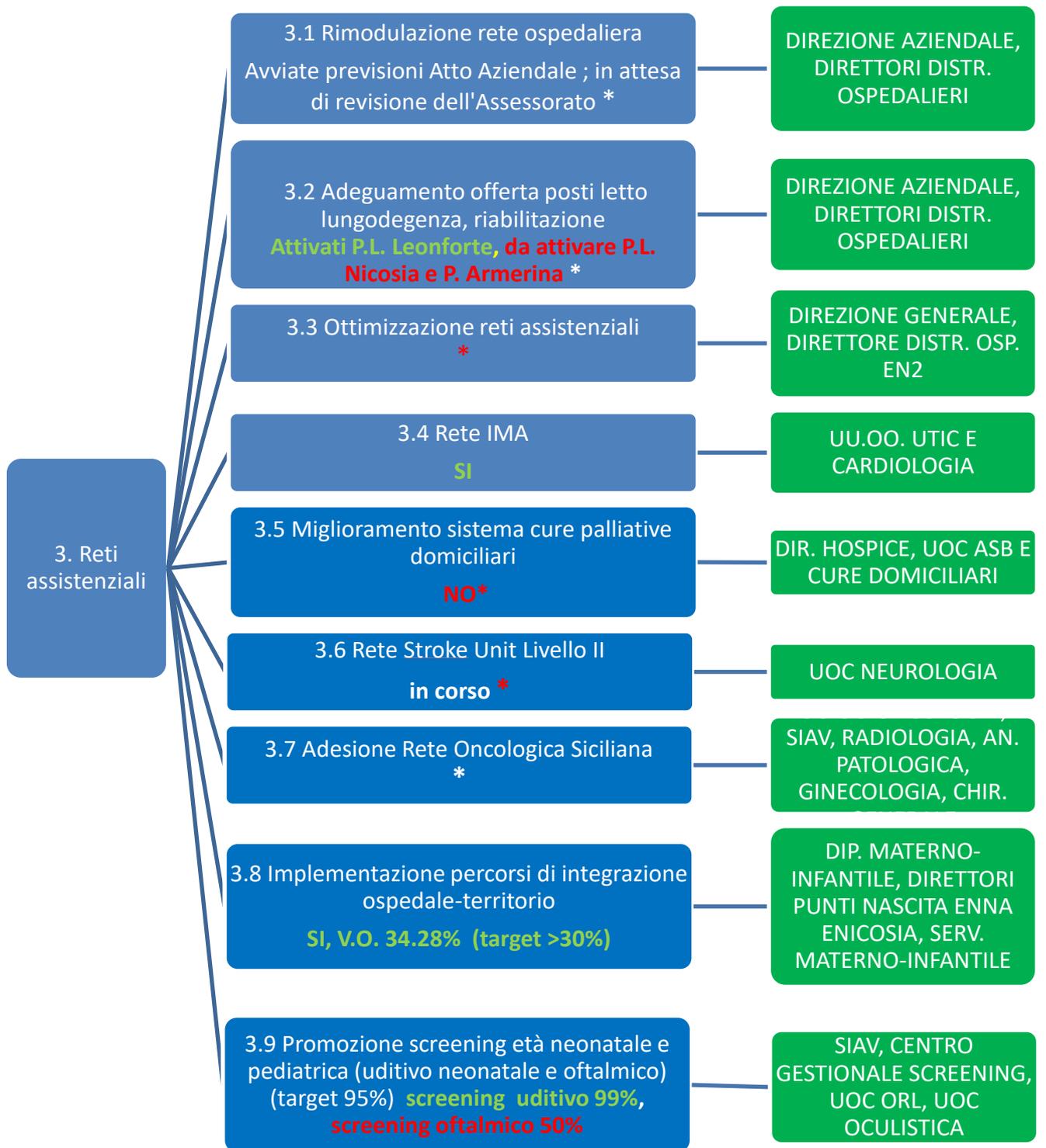
**Tab. C – PAA; criticità: carenza di personale



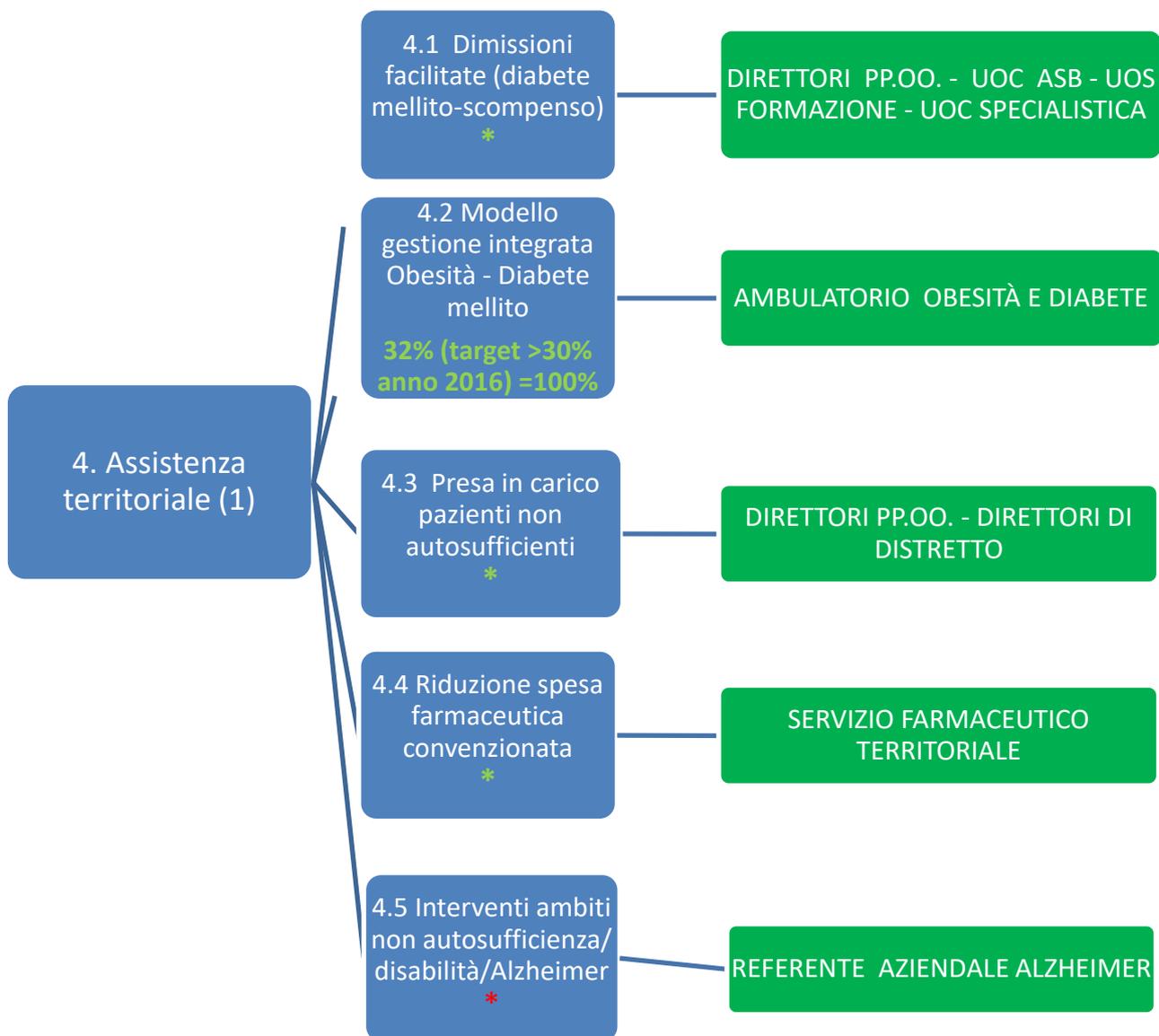
*Tab. C - PAA



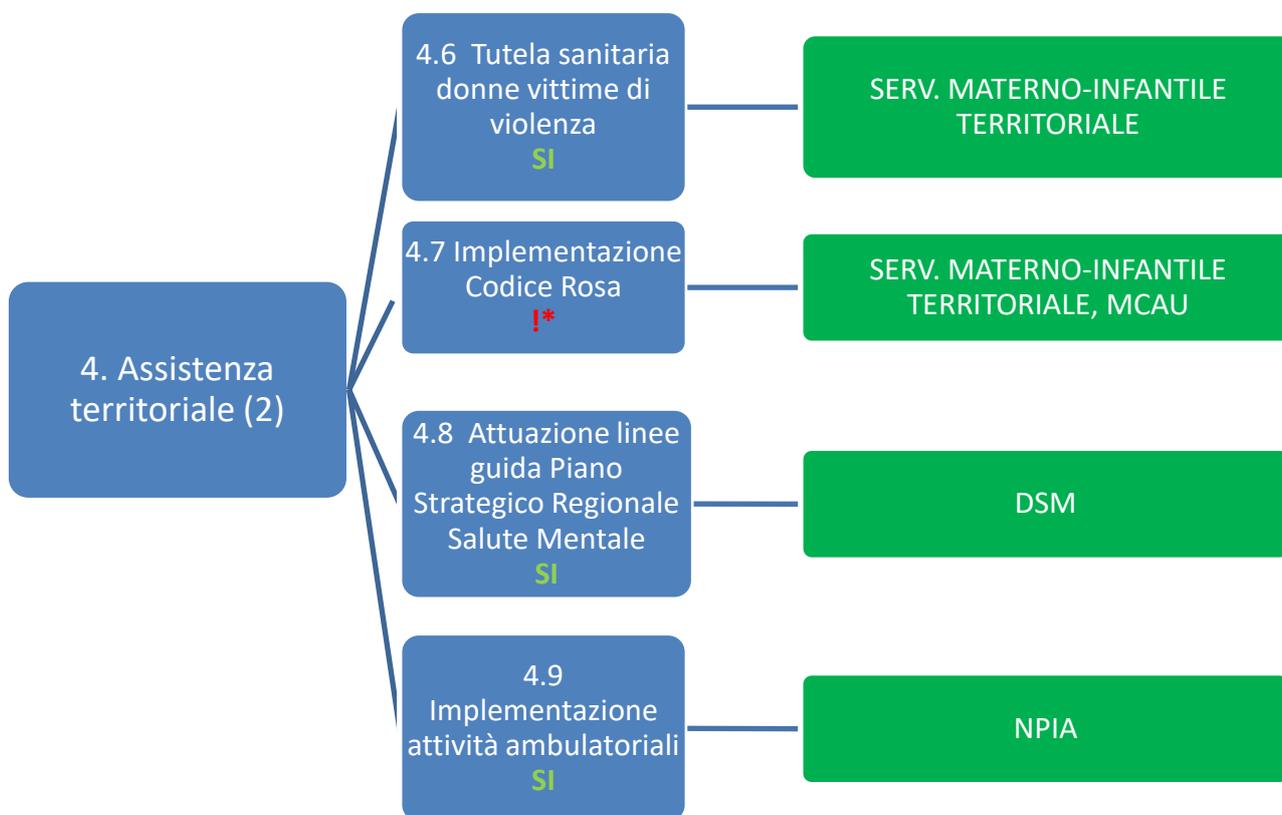
*Tab. C - PAA

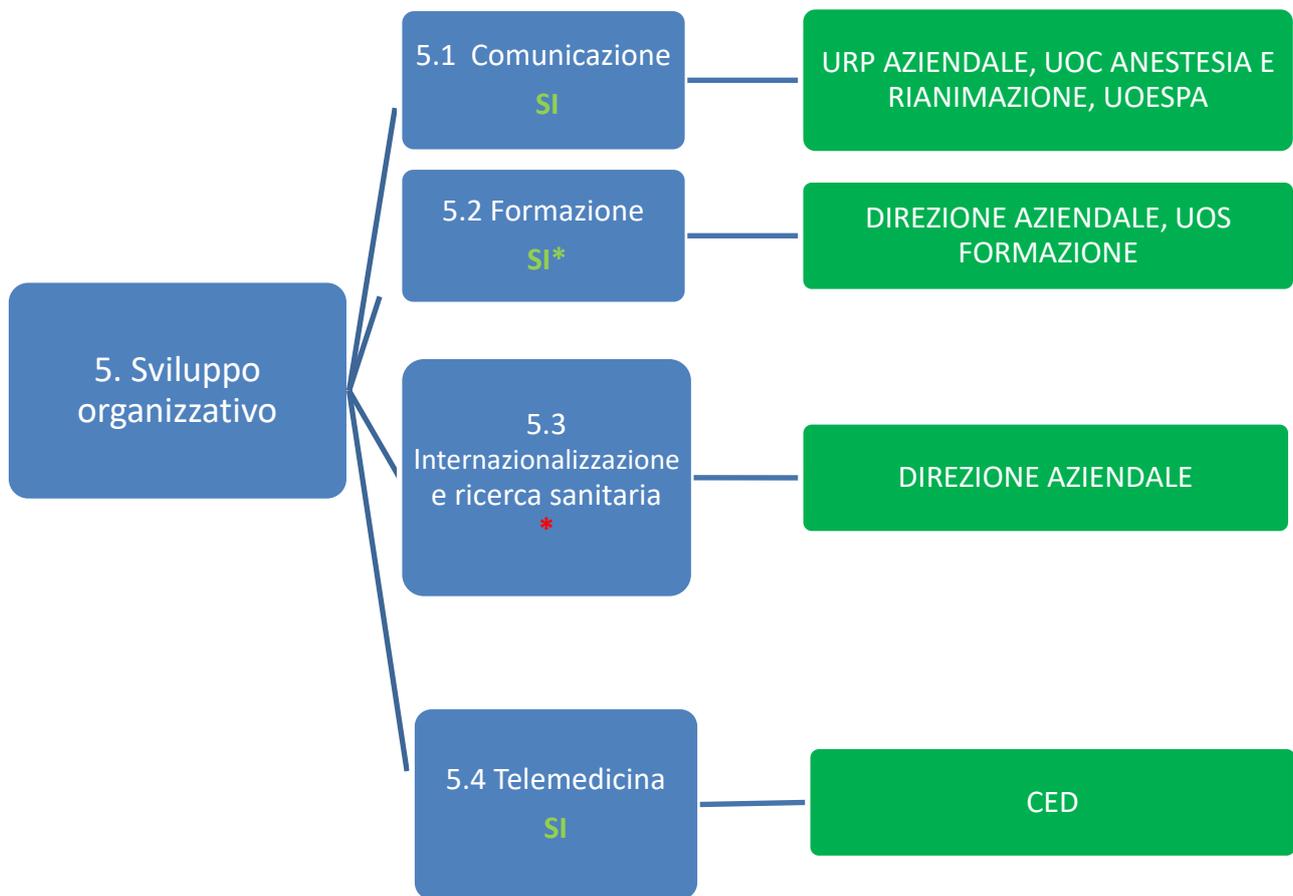


*Tab. C - PAA



*Tab. C - PAA





*Tab. C - PAA

3.2 Obiettivi strategici

Come già detto, nel corso del 2017 l'Azienda messo in atto tutte le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi generali a valenza triennale assegnati dall'Assessorato alla Direzione Aziendale:

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

Equilibrio di bilancio: le misure che l'Azienda ha messo in atto - perseguendo comunque, prioritariamente, l'obiettivo di salvaguardare i L.E.A. - hanno portato alla chiusura del **bilancio con un utile di € 893.000,00**.

Utilizzo delle risorse derivanti dai Fondi Europei (PO-FESR): nella misura dei target di spesa assegnati annualmente: tutte le azioni sono state completate negli anni precedenti

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

Costi del personale

Il costo complessivo, di cui alla voce CE BA2080 è pari a € 108.544.000,00 rispetto al dato del 2016, che si era attestato a € 110.522.000, si registra un decremento di € 1.978.000 pari al 13,26%.

Ai fini del governo dei costi con riferimento alle disposizioni di politica di bilancio regionale declinata con la negoziazione, il costo del 2017 si attestato sotto la soglia negoziata.

Il costo del personale a tempo determinato è diminuito € 328.000 rispetto al 2016. Tuttavia, per effetto delle politiche restrittive sul fronte di nuove assunzioni vigenti fino a settembre 2017, la quota del costo del personale a tempo determinato, che si è attestata 6.932.000,00 ha superato i limiti previsti al fine di garantire i LEA.

Lo sblocco delle assunzioni a tempo indeterminato, concretizzatosi a decorrere da ottobre 2017, ha manifestato effetti positivi sia sulla riduzione del costo a tempo determinato che del tetto di spesa complessivo assegnato in sede di negoziazione dall'Assessorato della Salute. E' atteso un maggiore decremento di tali costi nel corso del 2018 per effetto del Piano previsionale delle assunzioni.

Costi di beni e servizi

Le politiche di acquisto hanno perseguito l'obiettivo di miglioramento verso una maggiore centralizzazione delle procedure che sono state espletate nel rispetto della normativa nazionale, regionale in materia di appalti pubblici e in armonia alle disposizioni della spending review.

Per gli acquisti in economia sono state rispettate le procedure del Regolamento Aziendale, conforme al D.A. n.1283 del 3/7/2013 e successive modifiche, recepito con delibera n.1412 del 23/07/2013.

Per quanto attiene i costi sostenuti nel 2017 rispetto al 2016 si registra per "acquisti di beni" un aumento pari ad € 2.795.000,00 ed un aumento pari ad 2.853.000,00 per acquisti di "beni sanitari" di cui una maggiore concentrazione si rileva nell'assistenza farmaceutica e nei dispositivi medici .

In particolare l'aumento del costo per assistenza farmaceutica si concentra sulla voce "farmaci" (+ 912 mgl) riconducibili ad una maggiore attività di copertura vaccinale per effetto della Legge Madia e l'aumento della

dispensazione diretta di farmaci che hanno consentito la compressione del costo per le farmacie convenzionate pari a – 991 mgl .

L'aumento del costo dei “dispositivi medici” risulta maggiormente concentrato nell’assistenza ospedaliera per l’attività chirurgica ortopedica con maggior consumo di protesi e di dispositivi collegabili.

Per quanto attiene la voce “acquisti di servizi” l’aumento rispetto al 2016 pari ad € 6.589.000,00 è maggiormente concentrato sui servizi sanitari imputabile in larga misura nell’ambito della mobilità passiva per assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale e assistenza farmaceutica.

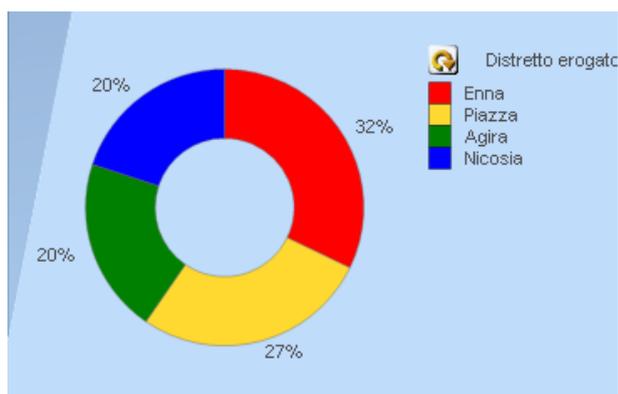
L’Azienda ha assicurato la massima pubblicità a soggetti terzi delle procedure nel rispetto della normativa sulla trasparenza.

In osservanza alla norme anticorruzione e al regolamento adottato da questa Azienda in attuazione della normativa, in tutte le procedure di gara (avvisi, bandi e capitolati) è stato inserito il Patto d’Integrità, documento finalizzato alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volto a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti prevedendo la clausola che il mancato rispetto dello stesso dà luogo all’esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.

Costi per assistenza farmaceutica

CE		2016	2017	Delta
BA 0500	Convenzionata (al netto dei sussidi per le farmacie rurali e contributi ENPAF)	23.539.763	22.549.264	- 990.499
BA 0030	Prodotti farmaceutici ed emoderivati (spesa diretta ospedaliera e territoriale + dispensazione per conto + vaccini)	14.946.000	15.848.000	902.000

Si riporta il costo della farmacia convenzionata per singolo distretto territoriale:



Il costo del 2017, di cui alla voce CE BA0030, si è manifestato con le seguenti incidenze per area di attività:

Spesa ospedaliera	15%
Spesa territoriale (Distretti sanitari e Dipartimenti)	11%
Spesa esterna (DPC e convenzionata)	74%

Si sintetizzano di seguito le principali attività che l'Azienda ha posto in essere al fine di monitorare e contenere la spesa farmaceutica territoriale.

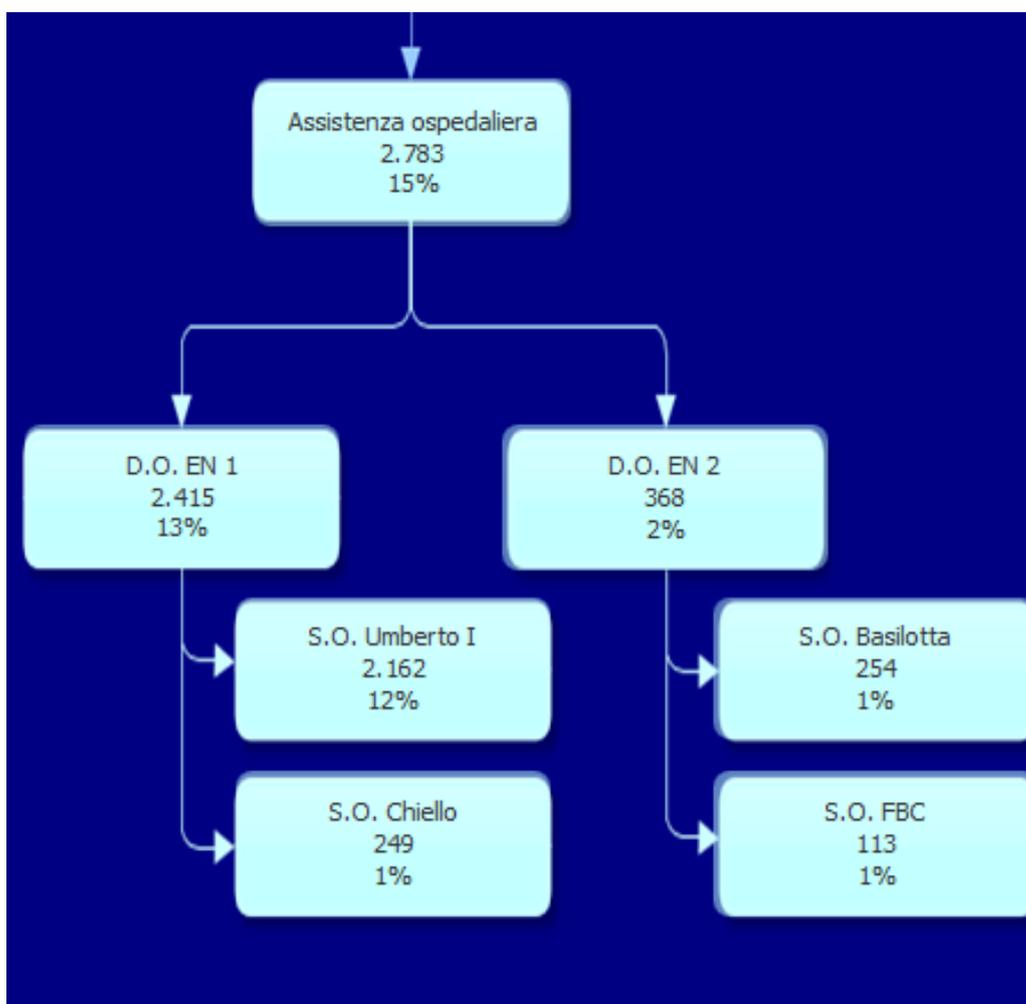
Per il raggiungimento di tale risultato è stata fondamentale l'assegnazione ai MMG e PLS del budget di spesa previsto ai sensi del D.A. 552/2016. Tale D.A. prevede il monitoraggio ed il controllo della spesa farmaceutica esterna per le sette classi di farmaci a maggior consumo e a maggior impatto economico (A02BC/C09/A07/J01/M05/M01/G04).

Il Servizio Farmaceutico Territoriale, con la collaborazione dei Direttori dei Distretti sanitari, ha avviato un'attività formativa ed informativa finalizzata a far conoscere ai MMG e PLS l'andamento prescrittivo, con una reportistica trimestrale, procedendo, altresì, ad aggiornare i dati anche sul portale di Farmanalisi, accessibile a tutti i MMG e PLS in possesso delle credenziali. Gli incontri hanno permesso di puntualizzare gli aspetti più salienti del corretto uso dei farmaci (audit clinico) e delle novità regolatorie che si sono succedute nel tempo (Scheda Ipp, Scadenza brevettuale Dutasteride, News Nota Aifa 79 etc.).

Particolare attenzione è stata data all'uso appropriato e razionale degli antibiotici, con una serie di iniziative congiunte con la UOS Educazione alla Salute.

Nel 2017 il canale distributivo DPC (dispensazione per conto) ha inciso del 14% sui costi complessivi dell'assistenza farmaceutica territoriale. La DPC ha registrato un costo complessivo pari a € 4.103.822.

La spesa farmaceutica ospedaliera è stata pari a complessive € 2.800.000,00 distribuita nei Presidi come di seguito riportato:



L'attività è stata dedicata a promuovere azioni di contrasto all'antibiotico resistenza e all'uso razionale dei farmaci antimicrobici con la stesura di linee guida e protocolli.

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

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

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

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

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

Per quanto riguarda la macro-area **screening** (punteggio totale indicatore 9), l'Azienda ha dato continuità alle azioni avviate nel 2016 con l'obiettivo di aumentare l'estensione e l'adesione della popolazione agli screening per le patologie oncologiche individuate, considerato che gli stessi rientrano fra i Livelli Essenziali di Assistenza (cioè fra gli interventi che devono essere garantiti a tutta la popolazione, in quanto efficaci nel ridurre la mortalità). Nonostante le azioni messe in atto, gli obiettivi di risultato prefissati al 31.12.2017 non sono stati raggiunti.

In merito agli obiettivi ricompresi nel **Programma Nazionale Esiti** (PNE) (punteggio totale indicatore 20) l'Azienda ha raggiunto il valore soglia del 28% per quanto riguarda la riduzione dell'incidenza dei parti cesarei primari (V.O. $\leq 20\%$, valore minimo di partenza 28%), il valore dell'88% per quanto riguarda la tempestività dell'esecuzione della PTCA nei casi di IMA STEMI (V.O. $\geq 91\%$, a partire da un valore minimo del 78%), il 51% per quanto riguarda la tempestività dell'intervento per frattura di femore (V.O. 90%, valore minimo di partenza 60%), l'82% (V.O. $\geq 97\%$, valore soglia $\geq 70\%$) per quanto riguarda la degenza post-operatoria in colecistectomia laparoscopica; maggiori dettagli nella sezione **3.3.** e nell'allegata tabella B.

L'abbattimento dei **tempi di attesa** (punteggio totale indicatore 15) per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi sanitari prioritari del SSN e l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA. Il monitoraggio dei **tempi di attesa** per le 48 prestazioni previste dal PRGTA (D.A. 1220 del 307672011 e s.m.) e la messa in atto di una serie di azioni, fra cui la revisione dell'offerta specialistica, con l'ampliamento dell'offerta di prestazioni nelle

discipline in cui si è rilevata la maggiore richiesta, hanno consentito all'ASP di Enna di raggiungere risultati attesi (vedi tabella A).

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

Per quanto riguarda l'obiettivo di incrementare la **donazioni degli organi** (punteggio totale indicatore 3), l'Azienda ha individuato il nuovo Coordinatore aziendale locale per il prelievo di organi e tessuti e il Comitato Aziendale per l'implementazione delle attività di procurement, così come programmato e ha organizzato due eventi formativi aziendali sulla donazione di organi e tessuti, accreditati ECM.

L'obiettivo di aumentare di un ulteriore 30% (rispetto al 2016) il numero dei medici dipendenti e sumaisti abilitati alla **prescrizione dematerializzata**, all'interno del processo di semplificazione delle procedure di prescrizione di farmaci e prestazioni specialistiche (punteggio indicatore 5), non è stato raggiunto, attestandosi l'aumento al 23%; il secondo obiettivo operativo (aumento del numero medio di prescrizioni mensili del 10% rispetto al 2016), non è risultato misurabile, dal momento che diversi medici prescrivono meno di 10 ricette/mese (tabella A).

Il monitoraggio dello stato di attuazione dei **progetti obiettivo di PSN** (punteggio indicatore 6) è stato effettuato e i progetti sono stati chiusi entro il 30/04/2017, così come previsto.

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

L'ASP di Enna ha assolto agli impegni assunti con l'Assessorato per il percorso di **certificabilità** (punteggio totale indicatore 6) del proprio bilancio: tutte le procedure sono pubblicate sul sito intranet aziendale e lo stato di attuazione del PAC è pubblicato anche sul sito istituzionale.

Il **PAA** (punteggio totale indicatore 1 +25) è il documento di sintesi dei programmi annuali di attività, degli interventi da attuare e delle relative responsabilità. Il Sistema obiettivi 2016-2017 ha indicato le aree di intervento prioritarie all'interno delle quali individuare gli obiettivi del Piano Attuativo Aziendale:

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

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

Nella tabella C- PAA sono riportati i valori a consuntivo e il grado di raggiungimento degli obiettivi e alcune note chiariscono la natura delle criticità emerse.

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

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

sono stati declinati in obiettivi operativi e compiutamente raggiunti. Il processo messo in atto e finalizzato al miglioramento dell'accesso del cittadino alle informazioni previste in tema di trasparenza ha portato alla revisione e aggiornamento (Del. n. 166 del 30/05/2018) del titolo II del Regolamento Aziendale "Attuazione delle norme sulla trasparenza dell'azione amministrativa, procedimento amministrativo e diritto d'accesso ai documenti amministrativi e cartelle cliniche" adottato nel 2010, al fine di dare attuazione alle nuove disposizioni legislative in materia di accesso. L'obiettivo di consolidare i processi e la cultura aziendali per la piena attuazione delle misure previste nel PTPC ha avuto attuazione attraverso la realizzazione di un ciclo di incontri con tutti i Servizi aziendali per la prima valutazione delle misure anticorruzione e la trasparenza; sono stati realizzati percorsi formativi interni in materia di anticorruzione ed è stata data attuazione alle misure e alle azioni correttive previste nella mappatura rischi del PTPC.

3.3 Obiettivi e piani operativi

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

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

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

Nell'ambito di ciascuna macro area, come già detto, sono stati individuati obiettivi operativi, indicatori, valori attesi di risultato al 31.12.2017 (tabella B).

Screening (punteggio totale 9): gli screening oncologici (tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colon retto) sono posti fra i livelli essenziali di assistenza; la diagnosi precoce, che le campagne di screening consentono di implementare, è in grado di ridurre la mortalità per le sopra citate patologie. Nonostante le azioni messe in atto e nonostante la riduzione degli inviti inesitati al di sotto della soglia individuata quale indicatore di processo, i relativi obiettivi di risultato (prefissati al 31.12.2017) non sono stati raggiunti (Tabella A).

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto
Screening tumore cervico uterina	n test eseguiti/ popolazione target (donne residenti 25-64 anni)	50%	21,8%
Screening tumore mammella	n test eseguiti/ popolazione target (donne residenti 50-69 anni)	60%	15,40%
Screening tumore colon retto	n test eseguiti/ popolazione target (popolazione residente 50-69 anni)	50%	0,00%

I risultati sopra sintetizzati sono attribuibili alla carenza di personale dedicato. Al fine di contrastare la criticità sono state conferite delle ore settimanali per specialista biologo e per specialista radiologo al fine di potenziare lo screening del cervico carcinoma e lo screening mammografico; per quanto riguarda il tumore del colon retto, si è conclusa la procedura per l'assunzione di uno specialista gastroenterologo endoscopista per lo screening di secondo livello, ed è in fase interlocutoria la richiesta di disponibilità dell'ASP di Caltanissetta per una apposita convenzione ed assicurare il secondo e parte del terzo livello.

Si è provveduto all'acquisto di due apparecchi dedicati, ed è stato effettuato il collaudo, successivamente è stata effettuata la formazione del personale di laboratorio dedicato all'esame del sangue occulto.

Il CGS ha coinvolto i MMG per la correzione delle liste e degli indirizzi ai propri assistiti. La loro collaborazione ha contribuito alla riduzione degli inviti inesitati:

	inesitati	inviti	%
Screening cervico carcinoma	360	15.671	2,29%
Screening mammografico	66	3.319	1,98%

Esiti (punteggio totale 20):

In continuità con il 2016, anche per il 2017 l'Assessorato Regionale ha assegnato alle Aziende sanitarie degli obiettivi operativi misurabili attraverso gli indicatori di esito previsti dal **Programma Nazionale Esiti (PNE)**:

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

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

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

valore obiettivo: 90%, a partire da un minimo del 60%; **risultato raggiunto** al 31.12.2017: **51%**

SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI 2016-2017				
SUB-OBIETTIVO 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti over 65 anni				
VALORE MINIMO DI PARTENZA	Monitoraggio al 31/12/2017			VALORE TARGET AL 31/12/2017
	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero	numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro un intervallo temporale di 0-2 giorni	
	41	86	48%	
	7	54	13%	
	57	66	86%	
> 60%	105	206	51%	≥ 90%

Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto a partire da un valore minimo del 60% definibile come valore zero della scala di misura. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%), l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.

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

La procedura di Taglio cesareo va effettuato solo in presenza di indicazioni specifiche; al fine di migliorare l'appropriatezza nella clinica dell'assistenza al parto
indicatore: 'parti cesarei di donne non pre-cesarizzate/totale parti (donne non pre-cesarizzate)'; **valore obiettivo:** $\leq 20\%$, a partire da un valore minimo di partenza pari al 28 %; **risultato raggiunto** al 31.12.2017: **28%**

SUB-OBIETTIVO 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei				
VALORE MINIMO DI PARTENZA	Monitoraggio al 31/12/2017			VALORE TARGET AL 31/12/2017
	n. di parti cesarei primari	n. totale di parti con nessun pregresso cesareo	% di parti con taglio cesareo primario	
	226	840	27%	
	56	153	37%	
< 28%	282	993	28%	$\leq 20\%$

Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente alla media regionale dell'anno precedente (28%) e il target nazionale (valore obiettivo) $\leq 20\%$, definibile come valore zero della scala di misura. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima; se il valore dell'indicatore è superiore al valore di partenza (28%), l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.

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

La tempestività nell'attuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di IMA STEMI è cruciale per la sopravvivenza del paziente e pertanto deve essere fatta oggetto di monitoraggio;
indicatore: 'PTCA entro 0-1 giorno dalla data di ricovero/numero totale di IMA STEMI diagnosticati (pazienti residenti della provincia);
valore obiettivo: $\geq 91\%$, a partire da un minimo pari al 78%; **risultato raggiunto** al 31.12.2017: **88%**

SUB-OBIETTIVO 2.3.1: Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI				
VALORE MINIMO DI PARTENZA	Monitoraggio al 31/12/2017			VALORE TARGET AL 31/12/2017
	n. episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro un intervallo temporale di 0-1 g.	n. episodi di STEMI	%	
	26	27	96%	
	3	4	75%	
	0	2	0%	
>78%	29	33	88%	$\geq 91\%$

Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza, corrispondente alla media dell'anno precedente (78%) e il target nazionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.

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

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

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

valore obiettivo: 97%, a partire da un minimo pari al 70%; **risultato raggiunto** al 31.12.2017: **82%**

SUB-OBIETTIVO 2.4: Proporzione di colectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni				
VALORE MINIMO DI PARTENZA	Monitoraggio al 31/12/2017			VALORE TARGET AL 31/12/2017
	n. ricoveri con intervento di colectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a	n. totale ricoveri con intervento di colectomia laparoscopica	%	
	38	43	88%	
	27	31	87%	
	0	7	0%	
	14	15	93%	
≥ 70%	79	96	82%	≥ 97%

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

Liste di attesa (punteggio totale 15)

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

Punti nascita (punteggio totale 10)

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

SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI 2016-2017				
OBIETTIVO 4: Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei Punti Nascita pubblici e privati				
<u>SUB-OBIETTIVO 2: Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali</u>				
2.1 (a) Nei P.N. senza UTIN				
2.1.1) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri garantendo che nessun parto avvenga con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute, con ricovero per più di 1 giorno				
Stabilimento Ospedaliero	Monitoraggio al 31/12/2017			VALORE TARGET AL 31/12/2017
	n. nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno)			
P.O. BASILOTTA	0			=0 (zero) (FONTE SDO E CEDAP)
2.1.2) Ridurre il tasso di trasferimento dei neonati pretermine entro le prime 72 ore				
Stabilimento Ospedaliero	Monitoraggio al 31/12/2017			VALORE TARGET AL 31/12/2017
	neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita	totale neonati ricoverati	%	
P.O. BASILOTTA	0	172	0,00%	< 8% (FONTE SDO E CEDAP)

2.2 (b) Nei P.N. con UTIN				
2.2.3) Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio				
elaborazione documento				VALORE TARGET AL 31/12/2017
si				si
Controllo analitico su un campione del 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73 a cura dei NOC aziendali. Il controllo dovrà verificare la coerenza tra cartella clinica e rispetto dei criteri di ricovero del presente documento				
Stabilimento Ospedaliero	Monitoraggio al 31/12/2017			
	numero totale di cartelle cliniche di neonati ricoverati (accettati) da codice 73	numero di cartelle cliniche controllate di neonati ricoverati (accettati) da codice 73	numero di cartelle cliniche non conformi di neonati ricoverati (accettati) da codice 73	
P.O. UMBERTO I	90	30	0	
2.2.4) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 73)				
Stabilimento Ospedaliero	Monitoraggio al 31/12/2017			VALORE TARGET AL 31/12/2017
	N. di neonati direttamente dimessi (modalità di dimissione codice 2 dimissione ordinaria a domicilio del paziente) da Terapia Intensiva Neonatale	Totale dei neonati ricoverati (accettati) nella TIN (cod. 73) al netto dei deceduti (modalità di dimissione: codice 1)	%	
P.O. UMBERTO I	0	88	0,00%	< 7 % (2017) < 5 % (2018)

Donazione organi (punteggio totale 3)

L'obiettivo mirava ad ottenere un incrementare del numero delle donazioni di organi.

L'azienda ha provveduto ad individuare il nuovo Coordinatore Aziendale locale per il prelievo di organi e tessuto ed il Comitato Aziendale per l'implementazione delle attività di procurement ed è stato elaborato il piano annuale delle azioni.

Nell'anno 2017 non si è registrato nessun accertamento poiché non si sono registrati casi di pazienti neurolesi in morte cerebrale.

Tuttavia i casi di decessi per grave neurolesione sono stati registrati nel sistema GEDON

Sono stati realizzati n 2 eventi formativi aziendali sulla donazione di organi e tessuti, accreditati ECM.

Prescrizioni dematerializzate (punteggio totale 5)

Ai fini della semplificazione delle procedure di **prescrizione** di farmaci e prestazioni specialistiche, in attuazione alle disposizioni contenute nei decreti di riferimento (D.A. 12/8/2010 e D.A. 2234/2015), l'Azienda aveva l'obiettivo di aumentare di un ulteriore 30%, rispetto al 2016, il numero di medici dipendenti abilitati alla prescrizione **in modalità dematerializzata; tale obiettivo** non è stato raggiunto, registrandosi un aumento, rispetto al 2016, del 23%; il secondo obiettivo operativo (aumento del numero medio di prescrizioni mensili del 10% rispetto al 2016), non è risultato misurabile, dal momento che diversi medici prescrivono meno di 10 ricette/mese (tabella A).

Denominazione Obiettivo	Descrizione obiettivo	Indicatore	Fonte dati	Anno 2017		
				Target	Valore a consuntivo	Grado % di raggiungimento
6 Prescrizioni dematerializzate	Prescrizione dematerializzata	1.) % di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + Summaesi abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed inviati (come risulteranno censiti e abilitati sul sistema TS e che avranno effettuato almeno una prescrizione)	Sogei-SistemaTS	1 > 30% 2017	1.) 23%	1.) No
		2.) Numero medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato e invariante nei periodi considerati anno 2017, come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS		2 > 10 nel 2017	2.) *	2.) *

Si sintetizzano di seguito le azioni che l'Azienda ha messo in atto ai fini del raggiungimento dell'obiettivo e alcuni dati:

- sono stati censiti e abilitati tutti i medici dipendenti (ospedalieri, territoriali, convenzionati) che risultano in atto in servizio
- sono stati completati i corsi di formazione per l'utilizzo del software di cui l'Azienda di cui si è dotata per facilitare la gestione delle prescrizioni dematerializzate
- si è proceduto all'attività formativa utile alla risoluzione di alcune criticità (individuazione della corretta prescrizione come da Nomenclatore, individuazione del farmaco per principio attivo o nome commerciale)

Dai report estrapolati dal cruscotto del sistema TS si evincono i seguenti dati:

- medici che hanno prescritto: oltre 410
- medici che hanno prescritto almeno una DEM: oltre 92 (23%)

Utilizzo Fondi PSN (punteggio 6)

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

Percorso attuativo di certificabilità (punteggio totale 6)

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

L'ASP di Enna ha assolto agli impegni assunti con l'Assessorato per il percorso di **certificabilità** (punteggio totale indicatore 6) del proprio bilancio: tutte le procedure sono pubblicate sul sito intranet aziendale e lo stato di avanzamento e attuazione del PAC è pubblicato anche sul sito istituzionale.

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

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

5. Violenza su donne e minori
- 6) Sviluppo organizzativo
 1. Comunicazione
 2. Formazione
 3. Internazionalizzazione e Ricerca sanitaria
 4. Telemedicina

Si descrivono in sintesi i risultati raggiunti e si rimanda alla tabella C allegata e all' Albero della Performance (par. 3.1) per maggiori dettagli. Nell'ambito della macro-area **Sanità Pubblica e Prevenzione** – area **sanità veterinaria** - nel corso del 2017 è stata data continuità alle azioni di controllo delle principali zoonosi (controllo sanitario degli insediamenti produttivi e delle specie sensibili in essi presenti e controllo anagrafico dei capi bovini e ovi-caprini), registrandosi una riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi - caprina, così come una riduzione del numero dei focolai rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente; per quanto riguarda, invece, la tubercolosi bovina si è registrato un lieve aumento della prevalenza rispetto al dato del 2016, ma al 31/12/2017 si sono registrati 9 focolai attivi di tubercolosi (10 al 31/12/2016), di cui sette hanno già fatto registrare esito negativo ai controlli sanitari successivi alla denuncia del focolaio (si rimanda al paragrafo 2.3 per ulteriori dati)

Nell'ambito della **sicurezza alimentare** è stata data attuazione alle direttive del Piano Regionale di Controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari - 2017 ai sensi del DDG n. 324/marzo 2016 e smi, trasmettendo puntualmente all'Assessorato la rendicontazione. E' stata implementata l'attività analitica su acque di dialisi presso i PP.OO. per la verifica delle endotossine batteriche; sono state aggiornate, secondo il programma regionale, le informazioni inerenti il numero di celiaci nelle mense; sono stati verificati a campione alimenti destinati ad alimentazione particolare (soggetti allergici ed intolleranti) per rilevare allergeni non dichiarati in etichetta o in quantità superiore alle concentrazioni previste; sono stati effettuati controlli per la rilevazione della presenza di sale iodato nei punti vendita e ristorazione collettiva.

Per quanto riguarda l'area "**Copertura vaccinale e Sorveglianza delle malattie infettive**" - obiettivo implementazione della copertura vaccinale (DA n. 38/2015) sono state raggiunte le percentuali di copertura del 97% (I dose coorte 2015) e del 96% (I dose e II dose coorte 2010) per morbillo, parotite e rosolia e le percentuali del 97% per le coorti 2015 e 2010 per la varicella. Tali risultati sono in linea con le previsioni del Calendario regionale. Nell'ambito del programma di comunicazione basato sulla *evidence* per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole (D.A. N. 38/2015) è stato elaborato un piano di comunicazione basato sull'evidenza rivolto ai genitori dei bambini da sottoporre a vaccinazione. Sono stati predisposti format cartacei ed informatici anche multilingue. Sono state, inoltre, avviati attività di sensibilizzazione e formazione per tutti gli operatori sanitari ed incontri con genitori a vario titolo interessati e personale scolastico. S rimanda per ulteriori dati sul raggiungimento degli obiettivi alla Tabella C.

Riguardo gli obiettivi dell'area **Tutela ambientale** "Evidenza e avvio di interventi di promozione della salute sul corretto uso di cellulari e sull'eccessiva esposizione ai raggi UV" e sono stati realizzati gli incontri formativi/informativi previsti sul corretto uso di cellulari e sulla eccessiva esposizione ai raggi UV (Tab. C).

Nell'ambito dell'attività di **Prevenzione nei luoghi di lavoro** è stata data attuazione alle direttive del Gruppo di Lavoro "Edilizia" nazionale e regionale e del Gruppo di Lavoro "Agricoltura" nazionale e regionale; sono stati effettuati n 5 sopralluoghi in Edilizia, n. 1 in Agricoltura e 11 corsi di formazione nel comparto Agricoltura ed Edilizia.

E' stata data attuazione alle direttive del GdL "Agenti cancerogeni" nazionale e regionale attivando la sorveglianza sanitaria degli ex esposti; è stata effettuata la sorveglianza sanitaria INAIL con n. 5 adesioni ex esposti. La carenza di personale ha limitato la possibilità di svolgere le attività previste.

Sono state attuate una serie di azioni finalizzate a migliorare la **Qualità** (area intervento 2, punteggio 9) delle prestazioni sanitarie e di garantire la **sicurezza dei pazienti**, fra le quali: il monitoraggio degli eventi sentinella e della effettiva implementazione monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica (D.A. 1914/13 e smi.), il monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria, azioni di contrasto all'antibiotico-resistenza, pubblicazione delle liste di attesa con cadenza periodica sull'apposita sezione del sito web aziendale, formazione degli operatori, misurazione della qualità dell'assistenza percepita presso le Strutture territoriali e ospedaliere secondo le direttive regionali (interviste telefoniche rispettando i parametri assegnati), report annuale su piattaforma Osservatorio dolore, implementazione delle linee guida cliniche sia in ambito territoriale che ospedaliero (PDTA frattura femore, Fibrillazione atriale, ca. colon retto, ca. polmone, PDTA in PS del paziente con dolore toracico); dati più dettagliati su obiettivi e risultati nell'allegata Tabella C L'Azienda, inoltre, ha dato attuazione alle Direttive regionali sulla misurazione della qualità percepita; la rilevazione è stata condotta presso le strutture ospedaliere e territoriali secondo la nuova metodologia delle interviste telefoniche, rispettando i parametri assegnati. A titolo esemplificativo, in considerazione dell'importanza che il D.Lgs 74/2017 attribuisce ai cittadini non solo quali fruitori dei servizi offerti dall'Azienda, ma anche in qualità di attori del processo di valutazione della performance (art. 19 bis c. 1 e 2), si riportano nell'Allegato E alcuni dati relativi alle interviste presso le strutture ospedaliere aziendali, rimandando al sito www.qualitasiciliassr.it per i dati relativi alle strutture territoriali.

Nell'area di intervento "**Reti assistenziali**" (area di intervento 3, punteggio 1), tra l'altro

- Sono stati rimodulati l'Atto Aziendale e la nuova dotazione organica, entrambi approvati dall'Assessorato; si è in attesa della ulteriore revisione dell'Assessorato per adeguare la rete ospedaliera al D.M. 70/2015
- Sono stati attivati i posti letto di riabilitazione e lungodegenza a Leonforte
- Per quanto riguarda l'implementazione della rete regionale Stroke Unit Livello II sono stati acquisiti i monitor per l'attivazione di due posti letto
- Sono stati previsti percorsi di diagnosi e cura per le principali patologie oncologiche, integranti le UOC interessate
- Il 99% dei neonati è stato sottoposto a screening uditivo (valore obiettivo 90%)

Dati più dettagliati sui risultati, anche relativi ad ulteriori obiettivi dell'area, sono riportati nell'allegata Tabella C

Per quanto riguarda l'area di intervento "**Assistenza territoriale**" (area di intervento 4, punteggio 6) nel 2017 sono stati realizzati importanti obiettivi a tutela di alcune fasce fragili della popolazione; vengono citati a titolo puramente esemplificativo alcuni risultati di rilievo, rinviando ai successivi paragrafi della presente relazione e alla Tabella C per maggiori dettagli:

- Presa in carico in setting dedicati dei pazienti affetti da obesità, diabete mellito (ob. 4.2), minori con disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi (ob. 4.9)
- Tutela sanitaria delle donne vittime di violenza (ob. 4.6)

- Potenziamento delle dimissioni protette (ob. 4.3) e delle dimissioni facilitate (ob. 4.1)

Per quanto riguarda l'area dello "Sviluppo organizzativo" (punteggio 4) sono stati realizzati, fra l'altro, importanti interventi nell'ambito della comunicazione; l'Azienda ha promosso una serie di eventi (incontri nelle scuole, banchetti informativi, corsi di formazione per operatori aziendali) al fine di promuovere la cultura della donazione organi degli organi e ha partecipato alla Giornata per la Speranza e lotta alle patologie tumorali. Nel corso delle iniziative realizzate sono state inserite nella Banca dati nazionale dei Trapianti n. 83 dichiarazioni di volontà alla donazione di cittadini della provincia di Enna (vedi Tabella C per dati sugli altri obiettivi operativi dell'area).

3.4 Obiettivi individuali

Il processo di adeguamento del sistema di misurazione e valutazione della performance di cui al D.Lgs 150/2009 e s.m.i. e al D.A. 1821/2011 è ancora in corso.

L'Azienda ha curato la revisione del Regolamento del Sistema di misurazione e valutazione della performance alla luce delle disposizioni del D. Lgs 74/2017 e all'atto della stesura della presente Relazione sono in programma la presentazione del suddetto Regolamento ai Sindacati e, successivamente, all'OIV per il parere preliminare all'adozione del Sistema (D. Lgs 74/2017 art. 7)

Per il 2017 gli obiettivi individuali sono stati assegnati ai dirigenti responsabili dei centri di negoziazione, che, in sede di negoziazione degli obiettivi di budget, hanno assunto la responsabilità individuale del raggiungimento degli obiettivi stessi. Si è proceduto, quindi, all'assegnazione degli obiettivi, da parte dei Dirigenti responsabili, a tutti i dipendenti; l'assegnazione è stata formalizzata attraverso la sottoscrizione da parte di ciascun operatore di un verbale di notifica al personale della UOC degli obiettivi 2016-17. L'attuale sistema di valutazione e misurazione per l'attribuzione della retribuzione di risultato/produttività lega la valutazione individuale di tutti gli operatori alla performance organizzativa della U.O. Per tutti i dipendenti viene redatta, a cura del superiore gerarchico, una scheda di valutazione che misura il contributo individuale apportato al raggiungimento degli obiettivi. Per tutti i dirigenti l'Azienda adempie anche all'obbligo della valutazione professionale e comportamentale e per i soli dirigenti assegnatari di budget anche alla valutazione gestionale, che tiene conto dei risultati raggiunti dall'U.O. in relazione agli obiettivi assegnati.

Il nuovo Sistema di misurazione e valutazione della performance prevederà l'assegnazione di obiettivi individuali a ciascun dipendente, la cui performance sarà misurata e valutata sulla base di criteri oggettivi e misurabili, adeguati al profilo professionale, capacità e competenze.

4 Risorse, efficienza ed economicità

Le risorse finanziarie ed economiche per l'anno 2017 derivano, principalmente, dalle assegnazioni effettuate dal Fondo Sanitario Regionale (Assessorato Regionale per la Salute), sulla base della cosiddetta " quota capitaria", oltre che dalla quota del Fondo Sanitario Nazionale.

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

Altro obiettivo del SSR e delle singole aziende è l'equilibrio di bilancio il cui perseguimento ha reso necessario l'adozione di misure in grado di produrre economie che hanno portato alla chiusura del bilancio con un utile di esercizio pari ad € 893.000,00.

Di seguito si ritiene utile riportare alcune voci di bilancio evidenziando gli scostamenti dei modelli CE consuntivo 2017 e preventivo 2017 raffrontato, altresì, al consuntivo 2016

Cons	CODICE	VOCE NUOVO MODELLO CE (L)	Consuntivo 2017	Preventivo 2017	Diff	Consuntivo 2016	Diff
	AA0010	A.1) Contributi in c/ esercizio	325.157	317.338	7.819	318.954	6.203
	AA0240	A.2) Rettifica contributi c/ esercizio per destinazione ad investimenti	-2.426	-1.238	-1.188	-1.858	-568
	AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	1.723	1.082	641	2.163	-440
	AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria	36.901	34.534	2.367	36.053	848
	AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	2.904	3.089	-185	3.572	-668
	AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	1.567	1.672	-105	1.670	-103
	AA0980	A.7) Quota contributi c/ capitale imputata all'esercizio	4.531	5.527	-996	4.149	382
	AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0	0	0	0
	AA1080	A.9) Altri ricavi e proventi	201	246	-45	226	-25
	AZ9999	Totale valore della produzione (A)	370.558	362.250	8.308	364.929	5.629
	BA0010	B.1) Acquisiti di beni	29.349	27.536	1.813	26.554	2.795
	BA0390	B.2) Acquisiti di servizi	204.044	196.035	8.009	197.455	6.589
	BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinata esternizzata)	3.798	4.128	-330	3.892	-94
	BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	1.691	1.887	-196	1.472	219
	BA2080	Totale Costo del personale	108.544	110.498	-1.954	110.522	-1.978
	BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	2.034	2.054	-20	2.418	-384
	BA2560	Totale Ammortamenti	5.947	5.455	492	5.841	106
	BA2630	B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	393	0	393	0	393
	BA2660	B.15) Variazione delle rimanenze	-947	0	-947	-72	-875
	BA2690	B.16) Accantonamenti dell'esercizio	9.179	5.433	3.746	6.982	2.197
	BZ9999	Totale costi della produzione (B)	364.032	353.026	11.006	355.064	8.968
	CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	-235	-985	750	-1.137	902
	DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0	0	0
	EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	2.712	0	2.712	-364	3.076
	XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	9.003	8.239	764	8.364	639
	YZ9999	Totale imposte e tasse	8.110	8.239	-129	8.267	-157
	ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	893	0	893	97	796

Il valore della produzione è pari a 370.558.000,00 con un aumento di 5.629.000,00 rispetto al 2016, di contro i costi della produzione ammontano a complessive 364.032.000,00 con un aumento rispetto al 2016 pari ad 8.968.000,00. L'analisi dettagliata delle voci di bilancio e dell'incidenza delle relative variazioni con l'anno precedente sono rappresentate nella Nota Integrativa al Bilancio consuntivo 2017.

Il D.Lgs. 68/2011 prevede che il finanziamento della Sanità avvenga in base ai fabbisogni e costi standard e che i costi standard siano determinati in base agli elementi informativi presenti nel nuovo sistema informativo sanitario del Ministero della Salute (NSIS) ovvero utilizzando i costi dei livelli assistenziali rilevati con il modello LA.

Il modello LA è una riclassificazione di macro voci economiche nei livelli di assistenza sottoindicati:

- Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro
- Assistenza distrettuale
- Assistenza ospedaliera

Si riporta di seguito l'analisi degli scostamenti tra gli esercizi contabili 2017 e 2016

Macrolivelli di assistenza	2016		2017		Scostamento	
TOTALE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	18.858	5,14%	18.119	4,86%	- 739	-3,92%
TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE	166.868	45,52%	172.215	46,21%	5.347	3,20%
TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	180.856	49,34%	182.367	48,93%	1.511	0,84%
Totali	366.582		372.701		6.119	1,67%

Una prima analisi degli aggregati evidenzia un incremento dei costi LA complessivi pari al 1,67% rispetto all'esercizio precedente.

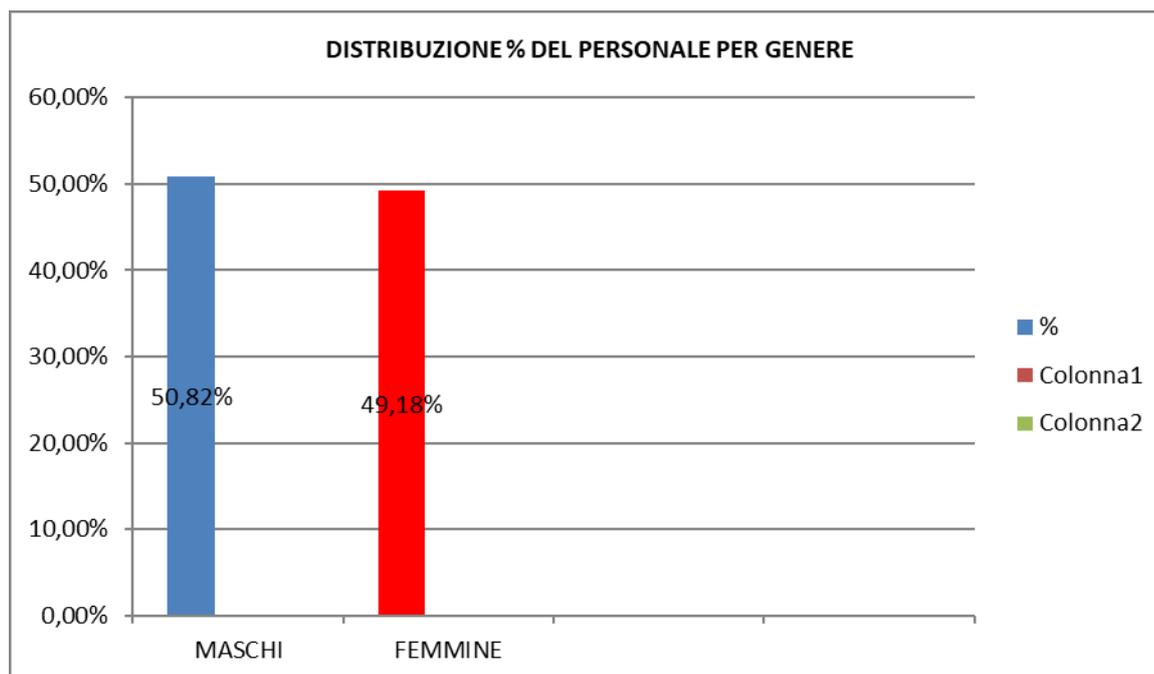
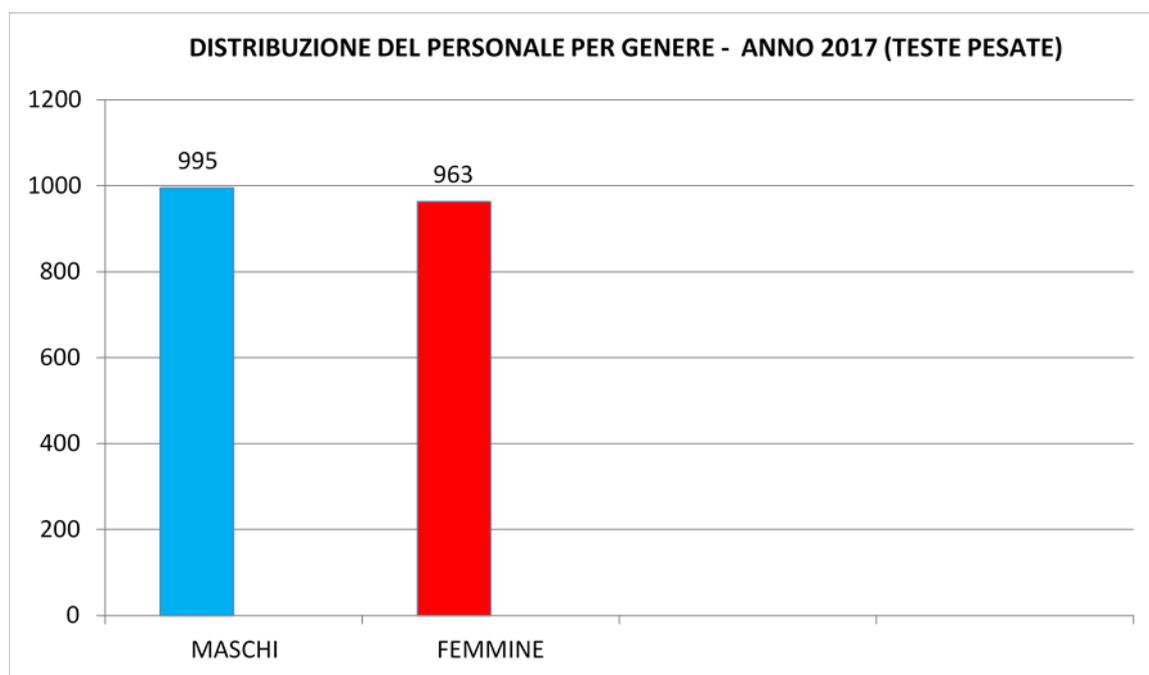
I macro aggregati riportano nel dettaglio i rispettivi incrementi rispetto ai quali si registra una maggiore incidenza di consumo di risorse nel macrolivello di assistenza distrettuale pari al + 3,20% dell'anno precedente,

a fronte di un pari decremento nel macrolivello dell'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro.

Per quanto attiene l'analisi delle voci di bilancio per personale, acquisto di beni e servizi ed assistenza farmaceutica si rinvia al paragrafo 3.2 della presente relazione atteso che il contenimento dei costi di dette voci è obiettivo di mandato del Direttore Generale.

5 Pari opportunità e bilancio di genere

Si riporta nei seguenti grafici la distribuzione per genere e percentuale del personale dipendente:



Con delibera n. 335 del 9 maggio 2016 e successiva integrazione n. 570 del 14/07/2016, l'Azienda ha istituito il "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG), che ha avviato la propria attività programmatica. Il CUG dell'ASP di Enna promuove iniziative volte a:

- favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro fra uomini e donne e le pari opportunità di sviluppo di carriera;
- favorire condizioni di benessere lavorativo e la conciliazione fra vita privata e lavoro;
- prevenire e contrastare situazioni di discriminazione e violenze morali e psicologiche sui luoghi di lavoro (mobbing) e ogni altra forma di disagio lavorativo;
- curare l'informazione e la formazione per una cultura organizzativa orientata al rispetto di ogni lavoratore ed alla valorizzazione di ogni diversità.

Nel corso del 2017 il CUG ha avviato l'attività di raccordo con il Gruppo di Lavoro Aziendale per la Valutazione e la Gestione del Rischio Stress Lavoro Correlato.

6 Il processo di redazione della relazione sulla performance

La presente relazione è stata elaborata dall'Unità Operativa Coordinamento Staff e dalla sua articolazione Struttura Tecnica Permanente, accedendo ai dati dell'UOC Controllo di Gestione.

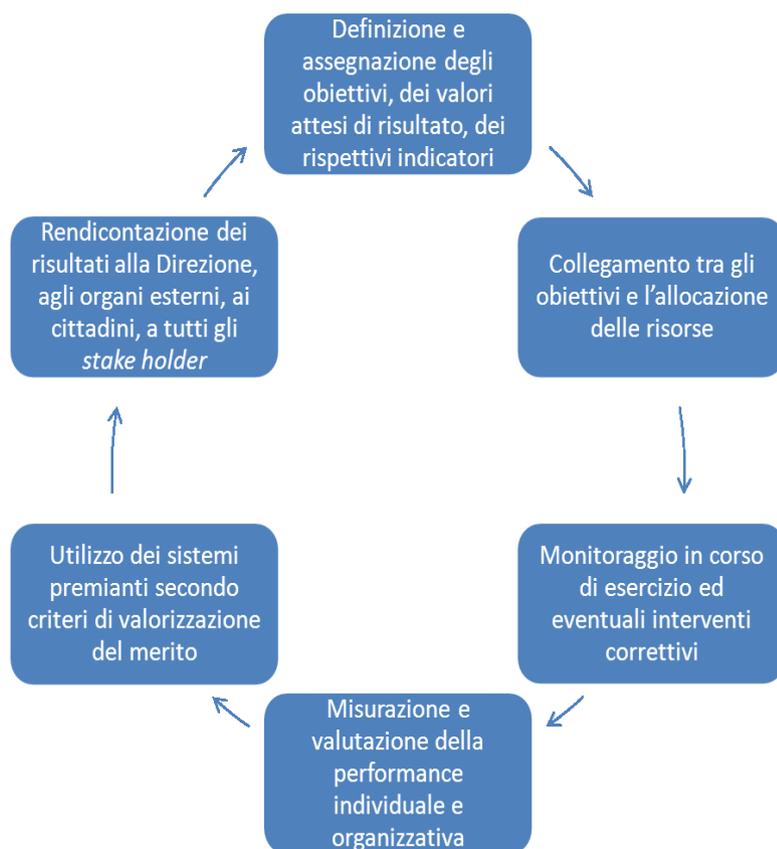
6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità

Premesso che la STP già a partire dal mese di gennaio 2018 ha messo in atto azioni finalizzate alla rendicontazione dei risultati relativi al ciclo della *performance*, in collegamento le articolazioni aziendali di seguito specificate, si presenta più nel dettaglio il percorso seguito, ai fini della trasparenza e del riconoscimento delle responsabilità:

- Controllo di Gestione: ha fornito i dati quali-quantitativi relativi ai servizi resi e agli aspetti economici
- Settore Economico Finanziario: ha fornito i dati di bilancio per l'anno 2017
- Direzione Sanitaria Aziendale: attraverso il raccordo con la Direzione Sanitaria è stato possibile seguire nelle varie fasi di evoluzione il processo di aggiornamento del P.A.A. (che come è stato sopra precisato si costituisce in logica *rolling*) sulla base delle verifiche effettuate anche come risultato dell'attività dei monitoraggio dell'AGENAS
- Responsabile URP e Trasparenza: riunioni di lavoro per il monitoraggio dei dati relativi all'attività di informazione/comunicazione interna ed esterna

6.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo della performance

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



Punti di forza e punti di debolezza

Lo sviluppo del Controllo strategico e direzionale, dei dati del conto economico gestionale, elaborati dal Controllo di Gestione, sviluppati secondo le direttive regionali di cui al D.A. 835/2014, ha consentito di conoscere i dati di attività e di gestione delle singole unità operative, non solo ai fini della misurazione della performance, ma anche e soprattutto quale strumento di auto-controllo per una migliore gestione aziendale.

L'obiettivo inerente il PAC ha determinato la formalizzazione di procedure e di processi che hanno imposto una revisione dei processi stessi in uso e la loro diffusione tra tutti i servizi coinvolti, alimentando la consapevolezza dell'intero processo.

Così come nel 2016, anche nel corso del 2017 il puntuale monitoraggio in corso di esercizio attuato dagli organi di programmazione e controllo aziendali ha costituito un punto di forza del sistema, con la possibilità di porre in atto in alcuni casi interventi correttivi funzionali al raggiungimento degli obiettivi (vedi per esempio le misure relative ai tempi di attesa).

Per quanto riguarda la fase della misurazione e valutazione della performance l'Azienda, attraverso i suoi organi di monitoraggio e controllo, in continuità e coerenza rispetto al monitoraggio periodico a cura dell'AGENAS, ha proceduto ad una autovalutazione al 30.12.2017 dei risultati degli obiettivi del PAA, come riportato nella Tabella C - PAA; è in attesa della valutazione finale dell'Assessorato Regionale della Salute.

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

Nel corso del 2017 è stata completata la valutazione della performance organizzativa delle unità operative per l'anno 2016 e il processo si è completato con la distribuzione delle risorse del fondo incentivante, secondo i criteri di valorizzazione del merito previsti dall'Accordo Aziendale vigente.

Il ciclo della performance si è integrato con gli strumenti e i processi relativi alla trasparenza, all'integrità, alla prevenzione della corruzione: il Piano della Performance e gli aggiornamenti ad esso sono stati pubblicati sul sito aziendale, così come il programma triennale per la trasparenza e l'integrità.

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

La possibilità di attribuire, con il nuovo Sistema di misurazione e valutazione della performance di cui al paragrafo 3.4, obiettivi individuali a ciascun dipendente, oltre che alle figure dirigenziali, rappresenterà il superamento della criticità del sistema, che nel 2017 non ha previsto, ancora l'assegnazione di obiettivi individuali a ciascun dipendente, definiti sulla base di criteri oggettivi e misurabili, adeguati al profilo professionale, capacità e competenze.

Allegati:

Tabella A - Obiettivi Generali a Valenza Triennale (2015/2017)

Tabella B - Obiettivi di Salute e di Funzionamento dei Servizi - Anno 2016-2017

Tabella C - P.A.A. 2017

Tabella D - Tabella Documenti del Ciclo di Gestione della Performance

Tabella E - Qualità percepita