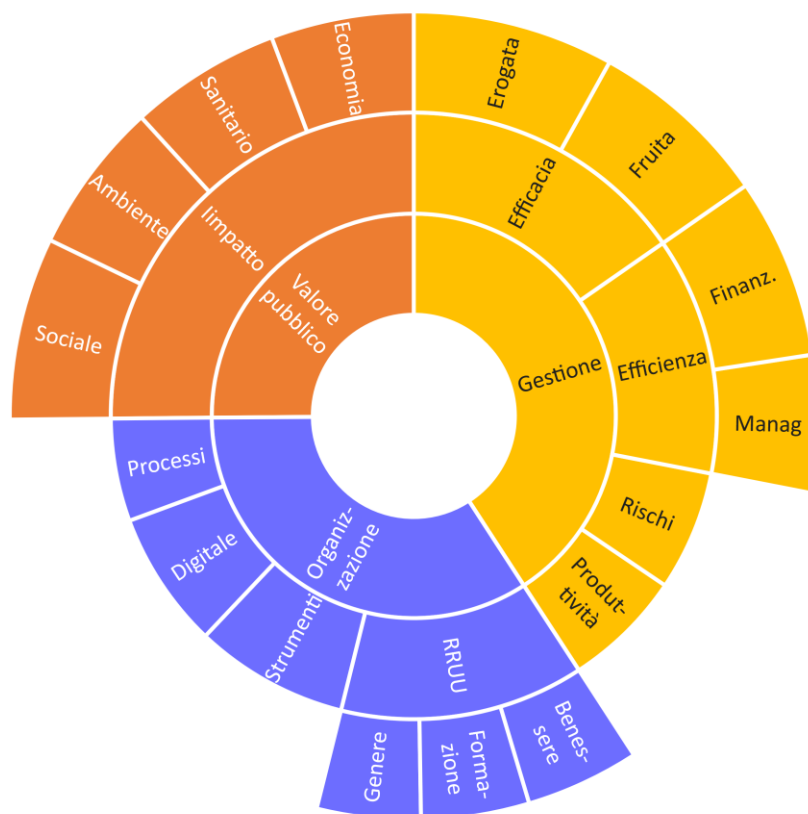


Relazione sulla performance

2022



Sommario

INTRODUZIONE	5
I PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI	7
ASSISTENZA OSPEDALIERA	10
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA	16
ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE	19
IL CONTESTO ESTERNO	22
MUTAMENTI SIGNIFICATIVI DEL CONTESTO	22
AMBITO TERRITORIALE E POPOLAZIONE ASSISTITA	22
POPOLAZIONE ANIMALE E ALLEVAMENTI	24
STAKEHOLDER DELL'OFFERTA INTEGRATA	25
QUALITÀ PERCEPITA	26
IL CONTESTO INTERNO	28
L'AZIENDA	30
LE RISORSE UMANE	30
BENESSERE ORGANIZZATIVO	33
L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI	33
LE RISORSE ECONOMICHE	35
MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE	37
L'ATTIVITÀ COMPLESSIVA	39
COLLEGAMENTO TRA PERFORMANCE E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	41
LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	42
OBIETTIVI ANNUALI	42
MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI	45
IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	45
CONCLUSIONI	47
GRUPPO DI LAVORO	49
ALLEGATI	49

La relazione sulla performance è il documento con il quale l'amministrazione, a consuntivo, rendiconta i risultati ottenuti dalla gestione rispetto ai risultati attesi e definiti nella programmazione degli obiettivi, inerenti all'attività dell'anno precedente, con l'evidenza delle risorse utilizzate e degli scostamenti che si sono registrati rispetto ai target programmati.

Prevista dall'art. 10, c.1, lett. b) del D.Lgs 150/2009, la relazione sulla performance ha una duplice finalità:

- **una finalità interna gestionale:** in questa prospettiva la relazione sulla performance è lo strumento gestionale mediante il quale l'amministrazione, a conclusione del ciclo della performance, si autovaluta ed effettua l'analisi degli scostamenti, ad ogni livello organizzativo, al fine di alimentare il continuo processo di miglioramento nelle dimensioni dell'efficienza, efficacia ed economicità (quest'ultima intesa come sostenibilità) della gestione.
- **una finalità esterna:** questa è la prospettiva della *"gestione partecipata"* nella quale l'amministrazione, nell'ambito del concetto del *"valore pubblico"*, comunica agli stakeholder (interni ed esterni) i risultati della gestione realizzati rispetto a quelli attesi dalla programmazione e, di conseguenza, lo scostamento del valore pubblico realizzato rispetto al programmato. In questo senso, la relazione della performance realizza la cosiddetta **accountability** dei manager pubblici anche rispetto agli obiettivi di performance individuali consentendo, pertanto, la valutazione partecipata sia dell'amministrazione nel suo complesso che, sotto l'aspetto organizzativo, a livello di centro di responsabilità.

La presente relazione chiude il ciclo della performance dell'anno 2022 e rendiconta i risultati ottenuti e gli scostamenti

rilevati rispetto alla programmazione contenuta del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022 adottato con delibera [1092 del 26/07/2022](#). Nello specifico rendiconta i risultati ottenuti in relazione agli **obiettivi organizzativi** e **agli obiettivi individuali** dei dirigenti in termini di contributo alla performance organizzativa complessiva dell'ente.

La rendicontazione dei risultati è realizzata in coerenza con il sistema aziendale di misurazione e valutazione della performance di cui alla [delibera 881/2019](#).

La redazione del presente documento è effettuata ai sensi del D.Lgs 150/2009, artt. 10, c.1, lett b) e 15, c. 2, lett. b), e coerentemente alle linee guida [n.ro 3/2018](#) della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica



I principali risultati raggiunti

Relazione sulla performance 2022

In questa sezione verranno illustrati i principali risultati ottenuti nel 2022 nell'ambito delle aree di attività aziendali:

- Assistenza ospedaliera.
- Assistenza socio-sanitaria.
- Prevenzione e salute mentale.
- Assistenza farmaceutica.
- Attività amministrative.

Verranno evidenziati gli obiettivi di valore pubblico delineati nella programmazione delle attività del 2022 con la finalità di costituire una base-line funzionale alla programmazione triennale degli obiettivi di valore pubblico che sono poi stati inseriti nel [Piano Integrato di Attività e Programmazione \(PIAO\) per il triennio 2023/2025](#).

Si ritiene necessario evidenziare che il 2022 è stato caratterizzato da una progressiva ma tuttavia lenta riorganizzazione dell'attività in funzione del ridimensionamento dell'emergenza pandemica relativa al COVID-19.

In questo contesto il primo trimestre del 2022 è stato caratterizzato dal perdurare dello stato di emergenza. Il secondo trimestre è stato caratterizzato dalla pianificazione della transizione dallo stato di emergenza verso *"una normale amministrazione"*.

Mentre nel secondo semestre si sono concentrate le azioni attuative della pianificazione della transizione alla normale amministrazione con una progressiva ripresa delle attività sanitarie in un contesto marginalmente interessato dall'emergenza Covid.

Questa continua evoluzione del contesto ha determinato la prevalenza della programmazione emergente sulla pianificazione di lungo termine. Pertanto alcuni obiettivi sono stati, in corso di gestione, rimodulati in funzione delle contingenze che hanno mutato il contesto operativo.

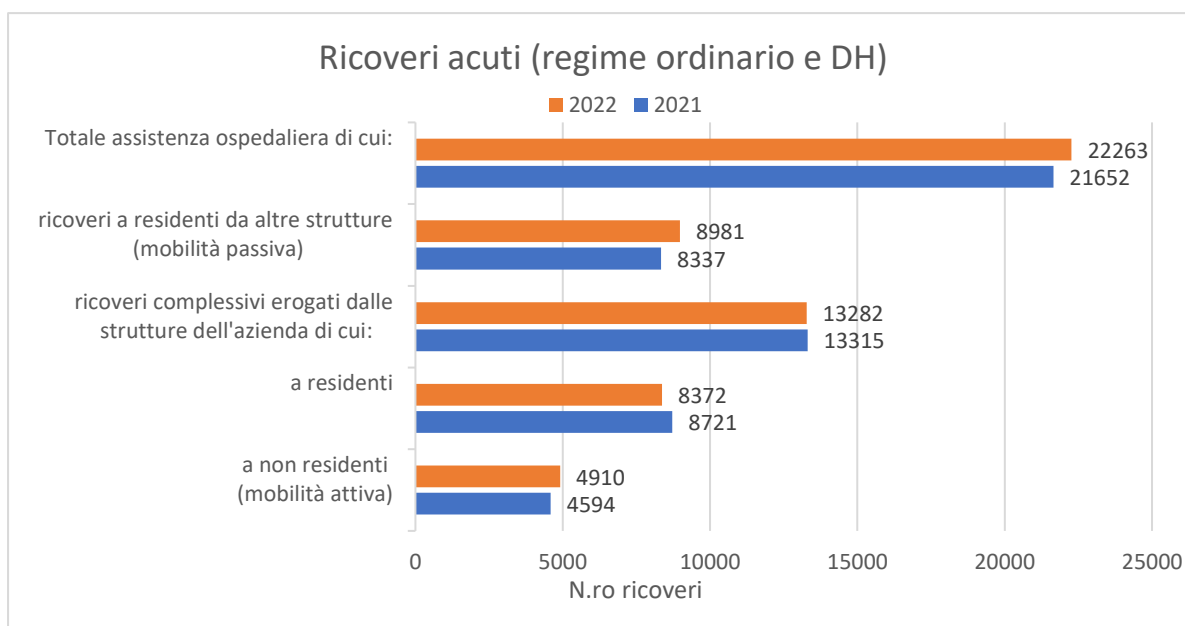


Figura 1 - Fonti: SDO e, per la mobilità passiva, piattaforma regionale rsslute

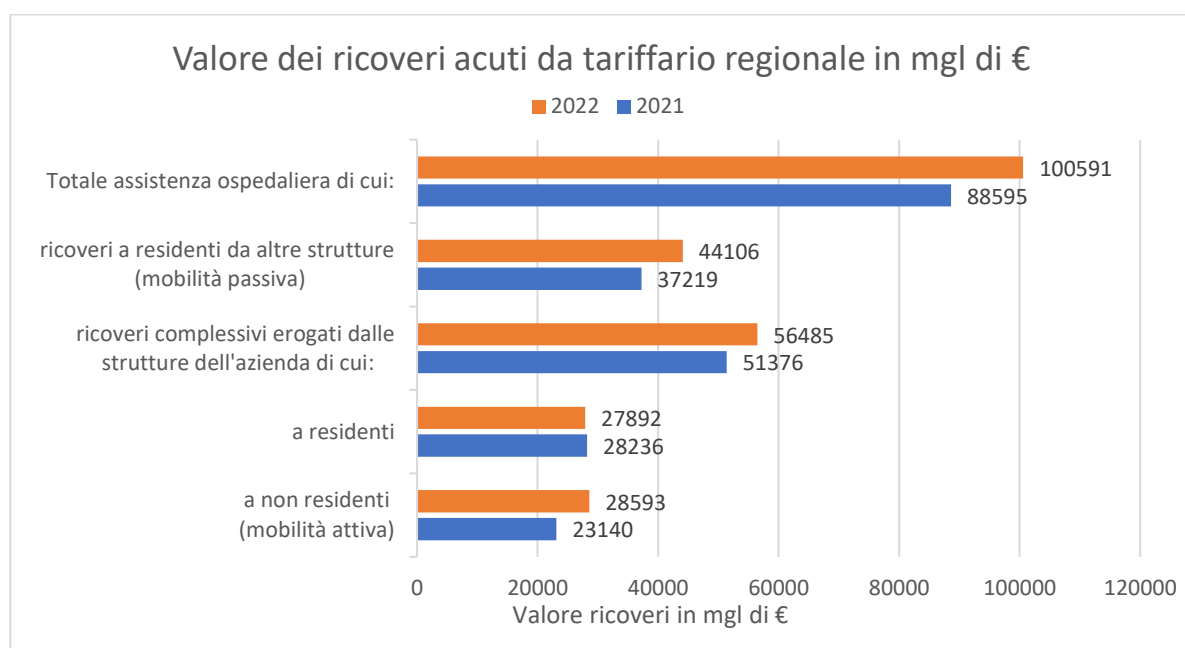


Figura 2 - Fonti: SDO e, per la mobilità passiva, piattaforma regionale rsslute

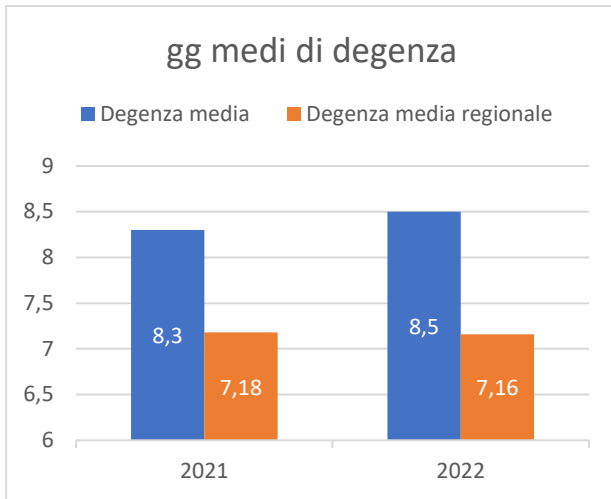


Figura 3 - degenza media

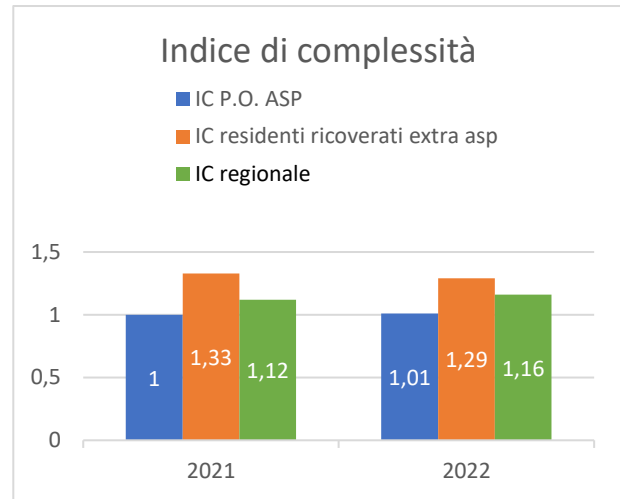


Figura 4 - Peso medio

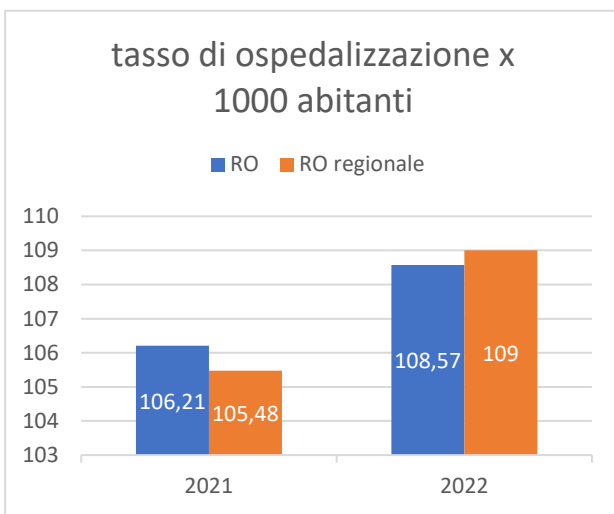


Figura 5 - degenza media

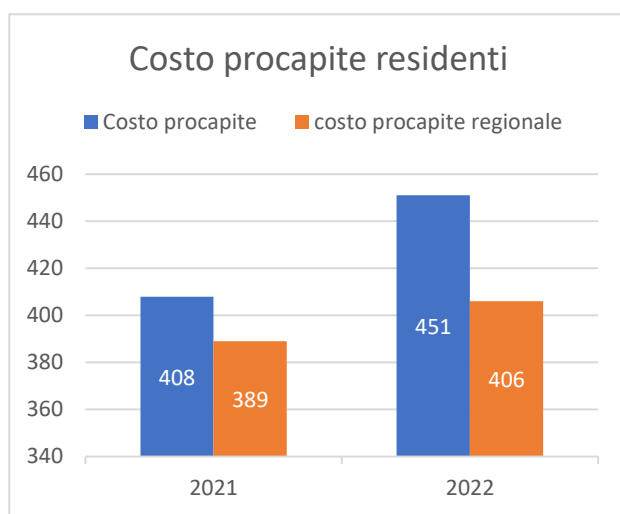


Figura 6 - costo medio per residente

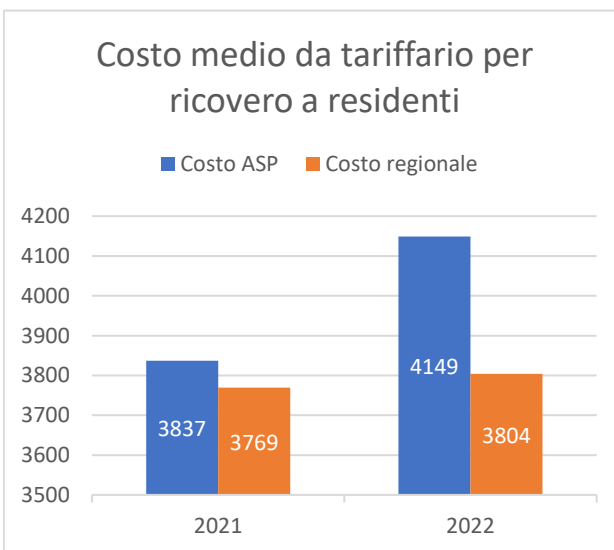


Figura 7 - costo per ricovero a residenti da tariffario

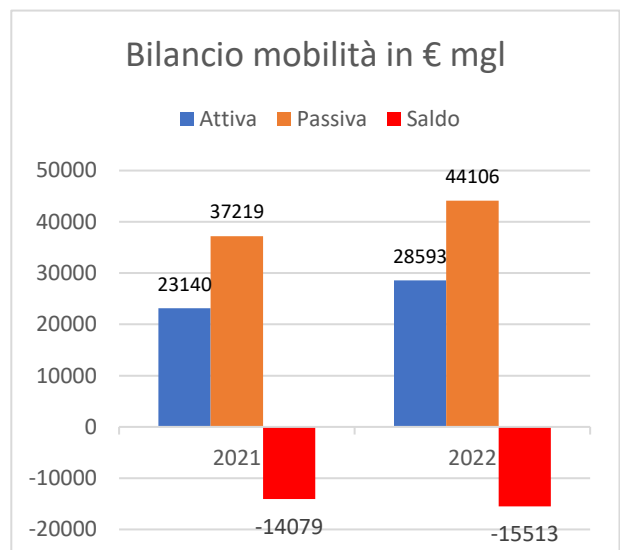


Figura 8 - bilancio mobilità

Figura 9 fonte dei dati: per la popolazione: ISTAT; per i ricoveri ASP: schede dimissioni ospedaliere; per ricoveri regione e mobilità passiva piattaforma regionale rtssalute.it. Elaborazione a cura della UOC Controllo di gestione e SIS

I dati di attività dell'assistenza ospedaliera danno evidenza della progressiva ripresa. La leggera diminuzione del volume di ricoveri erogato dalle strutture dell'azienda, pari a -33 (-0,25%) rispetto all'anno precedente (cfr. fig. 1), è riconducibile al progressivo riordino del setting assistenziale verso la ripresa dell'attività ospedaliera multidisciplinare e non quasi esclusivamente orientata al trattamento delle manifestazioni acute indotte dall'infezione da Covid-19. Il minor volume è infatti imputabile alla diminuzione dei ricoveri acuti per Covid-19 e a una rigidità sistemica nella resilienza della riconfigurazione dei reparti ospedalieri verso il setting assistenziale a bolla/nuvola introdotto dalle disposizioni ministeriali e regionali.

I dati concordano con una ripresa generale dell'attività ospedaliera nel territorio regionale ed in particolare delle aziende ospedaliere, policlinici e case di cura private caratterizzate dall'offerta di alta complessità.

Il segnale di tale ripresa è l'aumento dei ricoveri in mobilità passiva rispetto all'anno precedente (cft. Fig. 1 +644 ricoveri pari a +7,72%). In merito alla mobilità passiva vi è da dire che l'azienda tradizionalmente è caratterizzata da una "migrazione sanitaria ospedaliera" per via dell'assenza di discipline di elevata complessità (cardiochirurgia, neurochirurgia, brest unit etc.). L'indice di complessità dei ricoveri a residenti, effettuati da altre strutture ospedaliere (cfr. fig. 4), è la conseguenza di tale fenomeno migratorio. Infatti si può rilevare che i casi trattati in mobilità passiva registrano un **peso medio**¹ più alto rispetto al peso medio prodotto dai casi trattati dalle strutture ospedaliere aziendali.

A tale migrazione sistemica si associa poi la migrazione riconducibile alla "sofferenza" dell'offerta per quell'assistenza che potrebbe essere erogata dalle strutture aziendali. Tale sofferenza si riconduce, nella maggioranza dei casi, ai tempi di attesa non

desiderabili dall'utenza che trova soluzioni in altre strutture della regione o extra-regione.

In questo contesto la programmazione del 2022 ha previsto un intervento mirato con un duplice scopo:

- aggredire le liste di attesa maggiormente critiche dell'area ospedaliera;
- rafforzare l'offerta per limitare la fuga di ricoveri che possono essere trattati nelle strutture aziendali.

Le due finalità sono state perseguite con le seguenti strategie:

- rafforzare le competenze mediante la formazione mirata e l'assunzione di nuove professionalità;
- rafforzare gli strumenti mediante l'acquisto di attrezzature chirurgiche adeguate alle pratiche chirurgiche previste dai moderni protocolli.

Entrambi i punti sono stati realizzati e hanno consentito, ai reparti sensibili al fenomeno della mobilità, di incrementare l'offerta riducendo le liste di attesa e aumentando l'erogazione di ricoveri soggetti a mobilità passiva con un netto miglioramento anche della complessità trattata.

In particolare, al riguardo si segnala, ad esempio, la performance della Chirurgia Generale del P.O. Umberto I che, rispetto all'anno precedente, ha aumentato i ricoveri ordinari (da 347 a 400, +53 pari a +15,03%) e contestualmente ha aumentato il peso medio dei ricoveri ordinari sia complessivo che chirurgico (quest'ultimo nel 2022 si è attestato a 1,78 a fronte di 1,51 del 2021 con un miglioramento pari al 17,44%).

Si segnala altresì, nel solco del precedente trend di miglioramento, il reparto di Otorinolaringoiatria dell'Umberto I.

Di seguito si riportano le performance dei reparti chirurgici misurata sugli indicatori:

¹ Il peso medio è un valore numerico che rappresenta il grado di complessità media dell'attività ospedaliera erogata in

funzione della patologia e della pratica clinica occorrente per trattarla. Il peso del ricovero è determinato normativamente e la fonte siciliana è il D.A. [923/2014](#)

- aumento del volume dei ricoveri in regime ordinario con DRG chirurgico;
- aumento dell'indice di complessità.

Si rappresenta che gli scostamenti registrati dai reparti di ortopedia e di ostetricia e ginecologia del P.O. Basilotta, sono riconducibili alla contrazione dell'offerta a seguito della

carenza del personale medico che non ha consentito la piena capacità produttiva.

Mentre, gli scostamenti del reparto di Urologia del P.O. Umberto I sono riconducibili alla riorganizzazione del setting assistenziale post emergenza covid che si è perfezionata a partire dal mese di maggio 2022.

Performance dei reparti chirurgici in ordine all'aumento del peso medio chirurgico sui ricoveri ordinari e del numero dei ricoveri ordinari con DRG chirurgico								
Reparto	Periodo				Miglioramento PM		Miglioramento ricoveri	
	2021		2022		Valore	%	Valore	%
	PM	Ricoveri	PM	Ricoveri				
CHIRURGIA GENERALE - P.O. Umberto I - Enna	1,51	347	1,78	400	0,26	17,44%	53	15,3%
OTORINOLARINGOIATRIA, AUDIOLOGIA - P.O. Umberto I - Enna	1,21	89	1,41	124	0,19	15,83%	35	39,3%
CHIRURGIA GENERALE - P.O. Chiello - Piazza Armerina	0,90	146	1,02	159	0,12	13,00%	13	8,9%
CHIRURGIA GENERALE - P.O. Basilotta - Nicosia	1,09	147	1,20	160	0,10	9,52%	13	8,8%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - P.O. Chiello - Piazza Armerina	1,63	139	1,73	142	0,10	6,28%	3	2,2%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA - P.O. Umberto I - Enna	0,81	447	0,82	462	0,01	1,09%	15	3,4%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - P.O. Basilotta - Nicosia	1,59	334	1,61	128	0,01	0,92%	-206	-61,7%
UROLOGIA - P.O. Umberto I - Enna	1,08	306	1,08	257	0,01	0,51%	-49	-16,0%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - P.O. Umberto I - Enna	1,55	453	1,54	454	-0,01	-0,93%	1	0,2%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA - P.O. Basilotta - Nicosia	0,78	103	0,74	88	-0,04	-4,66%	-15	-14,6%

Tabella 1 - Fonte: Schede di dimissione ospedaliere

L'ampliamento dell'offerta ospedaliera, nel corso del 2022, è stato perseguito nell'ottica dell'innovazione e sono state favorite pratiche cliniche e percorsi di cura all'avanguardia in relazione soprattutto alle tecniche non invasive.

Numerose sono state anche le iniziative per promuovere e potenziare le attività ospedaliere al fine di limitare il fenomeno della mobilità passiva che costituisce sia un costo sociale che un elemento di disuguaglianza e iniquità che si autoalimentano in conseguenza dell'inerzia gestionale che favorisce la concentrazione delle dell'offerta in territori lontani.

Nell'ambito di tali iniziative si segnala il potenziamento del reparto di Oculistica del P.O. Umberto I, iniziato già nel 2018, il cui risultato consiste in un trend in crescita di tutti gli indicatori ma in particolare nell'incremento dell'attrazione e di conseguenza della mobilità attiva. Questo dato ha registrato, nel 2022, 215 ricoveri erogati, di cui 183 in regime di day service, per un valore complessivo di 266.000 euro.

Rispetto al 2021 si è registrato un incremento di ricoveri in mobilità attiva pari al 32% e del 52% con riferimento al valore economico. Nel 2017, l'anno precedente alle iniziative poste in essere per il potenziamento del reparto, i dati registravano volumi nettamente inferiori: solo 13 ricoveri in mobilità attiva con un valore complessivo di 9.000 euro.

Sul fronte del **Piano Nazionale Esiti**, i dati evidenziano un'eccellente performance

Focus informativo

[ASP Enna. Innovativi e complessi interventi di Chirurgia all'Ospedale Umberto I di Enna](#)

[Aumenta l'organico del reparto Malattie Infettive all'ospedale Umberto I di Enna](#)

[Asp di Enna, potenziato l'organico dell'Oncologia medica](#)

[Enna: open day con visite otorinolaringoiatriche gratuite](#)

[Arrivano cinque Tac di ultima generazione negli ospedali ennesi, ecco dove](#)

[ASP Enna. Assunzioni per il Reparto di Neonatologia dell'Ospedale Umberto I](#)

[ASP Enna: avviata la Fisiatria presso l'Ospedale Basilotta di Nicosia](#)

inerente alla colecistectomia laparoscopica il cui indicatore è soddisfatto al 100%. Mentre i dati relativi alla tempestività degli interventi su fratture del femore su pazienti over 65 anni, alla riduzione dei parti cesarei in donne senza pregresso parto cesareo e alla tempestività dell'effettuazione del PTCA nei casi di IMA STEMI, evidenziano risultati, sui rispettivi indicatori, inferiori alla media regionale e nazionale.

Sulla tempestività dell'effettuazione del PTCA nei casi di IMA-STEMI, vi è da dire che l'azienda è sprovvista di emodinamica e che i target attesi stabiliti dall'AGENAS si basano sulla presenza di emodinamica e sui tempi di percorrenza medi di 40 minuti. È nota la natura orografica del territorio ennese e le infrastrutture stradali che non consentono tempi di percorrenza tra i centri urbani, in condizioni metereologiche ottimali, inferiori ai 40 minuti richiesti per raggiungere il centro HUB di emodinamica più vicino

che si trova nel P.O. S. Elia di Caltanissetta. Tuttavia, mediante un'attenta pianificazione delle attività, l'azienda, nel corso degli anni precedenti, ha saputo sopperire alle carenze strutturali registrando risultati eccellenti. Le ragioni del decremento registrato nel 2022 sono per lo più riconducibili alla citata attività di riorganizzazione dell'attività ospedaliera che ha inciso sui meccanismi operativi. L'analisi ha consentito di isolare le disfunzioni che nel corso del 2023 sono state risolte. Per quanto attiene invece la frattura

del femore e i parti cesarei, l'azienda ha inteso avviare un percorso di miglioramento strutturale elevando i due obiettivi PNE a obiettivi di valore pubblico con una programmazione triennale che consentirà di ottenere delle performance superiori alle attese dagli standard del PNE. Per ulteriori approfondimenti si rimanda al sito ufficiale del [Piano Nazionale Esiti](#).

Di seguito si pubblicano i dati inerenti agli obiettivi del Piano Nazionale Esiti.

TG= Tasso grezzo: il risultato ottenuto dalla rilevazione dei casi complessivi eleggibili

TA= Tasso aggiustato: il risultato ottenuto dalla rilevazione casi complessivi eleggibili al netto dei casi soggetti a comorbidità ostative secondo protocollo PNE.

Obiettivo: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti over 65 anni								
Indicatore: n. di parti cesarei primari / n. totale di parti con nessun pregresso cesareo								
Target standard attesi: Soglia minima 60% - Valore target >=94% con polarità positiva								
Risultati								
Anno	2019		2020		2021		2022	
Presidio	TG	TA	TG	TA	TG	TA	TG	TA
Umberto I	67,11%	91,07%	75,29%	81,01%	66,29%	84,29%	42,64%	49,11%
Chiello	43,75%	77,78%	40,24%	62,26%	40,28%	70,73%	42,31%	71,7%
Basilotta	75,20%	100,0%	78,40%	87,9%	69,40%	85,7%	68,30%	90,3%
Totale ASP	64,32%	92,3%	66,19%	79,65%	60,99%	82,30%	46,77%	61,38%

Obiettivo: Riduzione incidenza parti cesarei (in donne senza nessun pregresso cesareo)								
Indicatore: n. di parti cesarei primari / n. totale di parti con nessun pregresso cesareo								
Target standard attesi: Soglia minima <27% - Valore target <=25% con polarità negativa								
Risultati								
Anno	2019		2020		2021		2022	
Presidio	TG	TA	TG	TA	TG	TA	TG	TA
Umberto I	18,78%	18,78%	20,76%	20,76%	26,79%	26,79%	30,61%	30,61%
Basilotta	22,92%	22,92%	34,59%	34,59%	21,99%	21,99%	20,63%	20,63%
Totale ASP	19,46%	19,46%	23,08%	23,08%	25,95%	25,95%	29,10%	29,10%

Obiettivo: Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI								
Indicatore: n. episodi di STEMI con PTCA entro un intervallo temporale di 0-1 g / n. episodi di STEMI								
Target standard attesi: Soglia minima >60% - Valore target >=92% con polarità positiva								
Risultati								
Anno	2019		2020		2021		2022	
Presidio	TG	TA	TG	TA	TG	TA	TG	TA
Umberto I	97,14%	92,59%	78,13%	89,29%	76,00%	90,48%	56,25%	62,67%
Totale ASP	97,14%	92,59%	78,13%	89,29%	76,00%	90,48%	56,25%	62,67%

Obiettivo: Colectistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni								
Indicatore: n. ricoveri con intervento di colectistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / n. totale ricoveri con intervento di colectistectomia laparoscopica								
Target standard attesi: Soglia minima >70% - Valore target >=95% con polarità positiva								
Risultati								
Anno	2019		2020		2021		2022	
Presidio	TG	TA	TG	TA	TG	TA	TG	TA
Umberto I	78,26%	78,30%	92,59%	92,59%	97,22%	97,22%	100%	100%
Chiello	100%	100%	86,67%	86,67%	100%	100%	100%	100%
Basilotta	100%	100%	80%	80%	100%	100%	100%	100%
Totale ASP	90,74%	90,75%	89,36%	89,36%	98,67%	98,67%	100%	100%

L'attività di prevenzione è stata ancora caratterizzata dalle attività di sorveglianza epidemiologica e dalla vaccinazione anticonvulso soprattutto quest'ultima orientata a soddisfare la domanda in funzione dell'obbligo alla terza dose.

Tuttavia, la programmazione per il 2022, in ambito della prevenzione, ha posto in rilievo il potenziamento e miglioramento degli screening oncologici. Tale determinazione nasce prioritariamente dall'esigenza di riprendere l'attività di prevenzione oncologica gravemente penalizzata nel 2020 e 2021 dallo stato di emergenza Covid-19. Inoltre la programmazione ha posto l'obiettivo di ottenere livelli di performance adeguati alla media nazionale e regionale e soprattutto strutturati in un processo di miglioramento continuo e sostenibile.

Gli screening oncologici attualmente strutturati nell'ambito della valutazione dei LEA sono:

- Screening del cervicocarcinoma;
- Screening mammografico;
- Screening del colon retto.

Il bersaglio degli obiettivi programmati è stato l'aumento del **tasso di estensione** e l'**aumento del tasso di adesione**.

I dati rendicontati e ufficializzati dall'Assessorato regionale della salute nel report annuale, ha registrato un risultato che ha soddisfatto le attese esplicitate dalla programmazione. Con riferimento all'estensione l'Azienda ha raggiunto il 115,5% nello screening del cervicocarcinoma, il 11,6% nello screening mammografico e il 102,9% nello screening del colon retto. Il tasso di adesione ha altresì registrato risultati in netto miglioramento. Per lo screening del cervicocarcinoma il **tasso di adesione LEA** si è attestato al 37%, il 54,20% si è ottenuto

nello screening mammografico e l'11,90% nello screening del colon retto.

I dati si collocano in un trend annuale positivo del **tasso di adesione netto** con l'eccezione dello screening del colon retto che dato ha evidenziato una controtendenza nella serie storica atteso che nel 2021 aveva registrato il 16%. Tuttavia, sebbene nel 2023 si sia programmata una gestione orientata al miglioramento, per il 2022 il risultato si valuta positivamente considerando dalla carenza di medici specializzati che soddisfano le casistiche previste dal protocollo di screening e che non si è potuta colmare per via della nota cronica criticità del mercato del lavoro rappresentata dalla scarsa offerta di medici in generale ma nello specifico di endoscopisti.

Degno di enfasi è il picco di miglioramento rispetto al 2021 (31%) che ha registrato il tasso di adesione dello screening mammografico che ha premiato lo sforzo programmato ed attuato.

Di seguito si riportano graficamente i dati sopra esposti (rapporto regionale 2022).

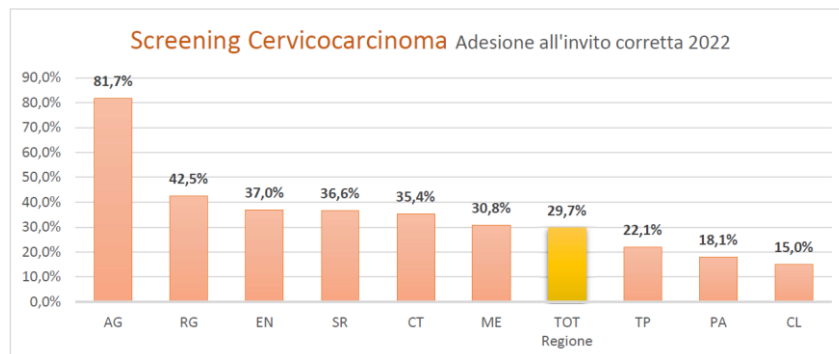
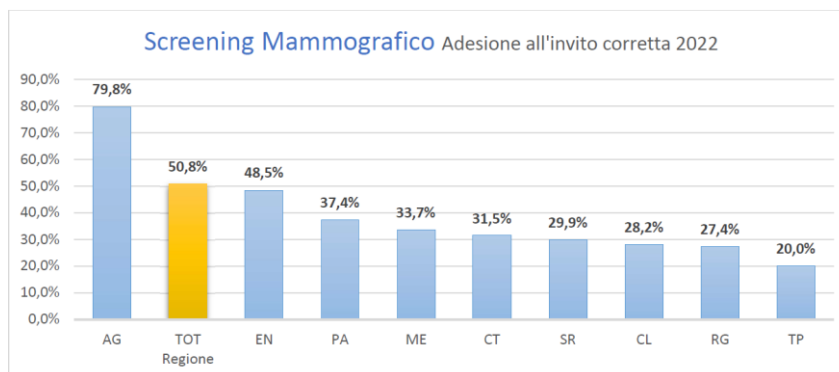
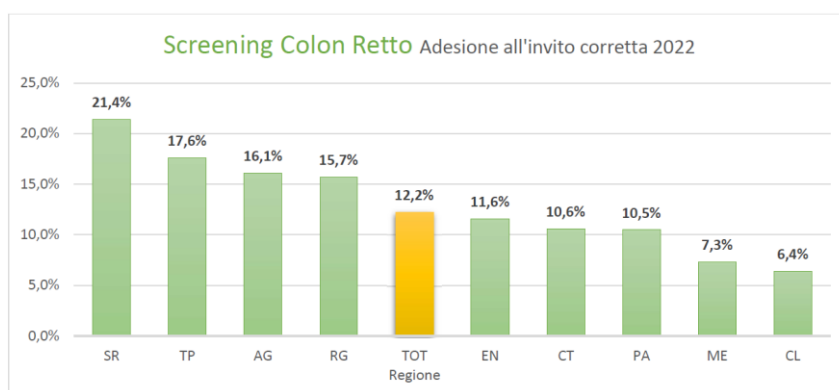
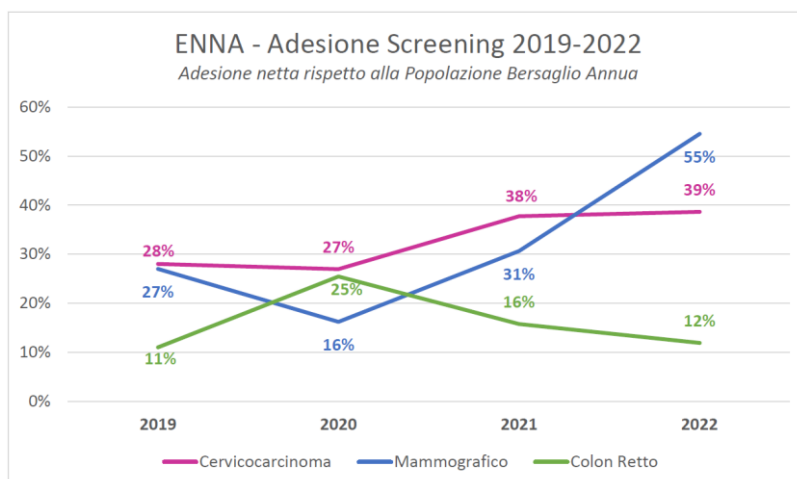
Focus informativo

L'attività di prevenzione, relativa allo screening oncologico, pone l'azienda in un ruolo attivo.

*Attraverso la costituzione di coorti di popolazione residente definite **popolazione target**, applicando appositi parametri di selezione in relazione al programma di screening, l'azienda procede a trasmettere, al domicilio dell'assistito, l'invito a sottoporsi all'esame diagnostico di screening.*

*Il **tasso di estensione** è il rapporto tra il numero di inviti trasmessi e la popolazione target e, in un certo senso, misura inversamente l'inerzia dell'azienda.*

*Il **tasso di adesione LEA** è il rapporto tra la popolazione che ha risposto all'invito, presentandosi all'esame diagnostico, e la popolazione target residente. Tipicamente è uno degli indicatori, utilizzato dal Ministero della Salute, per misurare, in aggregato, la capacità delle regioni di soddisfare i LEA. Differisce dal **tasso di adesione netto** il cui denominatore è la popolazione target al netto degli assistiti esclusi o sospesi, per patologia, dal programma di screening. Il **tasso di adesione all'invito** è il rapporto tra il numero di assistiti che si sono presentati all'esame e il numero di inviti trasmessi e misura l'intensità di risposta.*



Analisi del contesto e delle risorse

In questo capitolo si descriverà il **contesto esterno** rispetto al quale l'Azienda ha agito in funzione degli obiettivi programmati e in funzione degli obiettivi emergenti nel 2022 per via dei mutamenti del contesto ipotizzato nella fase di pianificazione e che hanno integrato o modificato la programmazione.

Verrà posta maggiore enfasi sui mutamenti che hanno avuto maggiore impatto sulla programmazione e sugli effetti della gestione emergente rispetto alla gestione programmata.

Sarà dedicato un apposito paragrafo all'analisi del **contesto interno, delle risorse e del benessere organizzativo** con una sezione dedicata al **bilancio di genere** evidenziando, anche in questo paragrafo, eventuali criticità e mutamenti strutturali per effetto e/o in risposta del/al contesto esterno.

Infine, quale collegamento con la successiva rendicontazione sulla performance organizzativa, verrà descritta brevemente la struttura organizzativa aziendale al fine di rappresentare l'allocazione organizzativa dei centri di responsabilità titolari di budget.

Mutamenti significativi del contesto

In sede di programmazione degli obiettivi dell'anno 2022 si era ipotizzato uno scenario in cui la gestione dell'emergenza della pandemia Covid -19 assumeva un ruolo dominante in continuità con il 2021.

Pertanto, la pianificazione dell'attività ospedaliera e della prevenzione collettiva era stata caratterizzata dalla gestione dello stato di emergenza con particolare riguardo alla gestione dei ricoveri per Covid-19, all'attività di sorveglianza epidemiologica e alla gestione della campagna vaccinale anti-covid.

Con il del D.L. n. 24 del 24 marzo 2022 il Consiglio dei Ministri ha disposto la chiusura dello stato di emergenza.

Ovviamente la chiusura dello stato di emergenza non ha determinato la fine della pandemia. I contagi da Covid-19 con RT anche significativo hanno continuato a manifestarsi; tuttavia non hanno avuto l'effetto devastante che ha caratterizzato il 2020 e la gran parte del 2021 con la pressione insostenibile sui servizi ospedalieri ed in particolare sulle terapie intensive.

Dalla chiusura dello stato di emergenza sono discesi una serie di disposizioni ministeriali e regionali (la Regione Sicilia ha emanato il D.A. 625/2022 e successive circolari attuative 33931 del 08/07/2022 e 36054 del 25/07/2022) orientate a ripristinare lo stato di "ordinaria amministrazione" dei servizi sanitari.

L'attività ospedaliera è stata interessata da interventi particolarmente significativi mediante l'introduzione di una flessibilità organizzativa dei reparti ospedalieri (organizzazione a nuvola o a bolla) finalizzata ad integrare, nella gestione clinica, i **ricoveri con covid** ovvero quei casi, nel contesto la gran maggioranza, in cui la patologia del Covid si manifestava non critica ma secondaria

rispetto alla patologia principale da trattare con un setting assistenziale appropriato e finalizzato ad evitare il diffondersi del contagio nell'ambito della struttura ospedaliera.

Quanto sopra ha caratterizzato la seconda parte del 2022 con una fase di transizione dalla situazione di emergenza alla situazione di "nuova normalità" che ha determinato l'adozione di strategie emergenti che in parte hanno modificato l'attività programmata.

L'impatto comunque sulla programmazione non è stato importante in quanto gli obiettivi definiti per l'emergenza covid erano stati formulati con un certo margine di flessibilità che ha consentito comunque di mantenerli con aggiustamenti minimi che hanno riguardato le soglie dei target attesi e le modalità di determinazione degli indicatori.

Si segnala a riguardo, a titolo esemplificativo, l'obiettivo "*OB06T – Gestione dell'emergenza covid 19 e delle conseguenti disposizioni in materia*" previsto nella programmazione della performance 2022/2024.

La rimanente programmazione ha definito obiettivi di gestione ordinaria che pertanto non è stata interessata dai mutamenti del contesto esterno.

Ambito territoriale e popolazione assistita

L'Azienda sanitaria provinciale di Enna è un ente sanitario territoriale. L'ambito territoriale dell'Azienda comprende l'intera provincia di Enna di cui fanno parte i comuni di Enna, Calascibetta, Catenanuova, Centuripe, Valguarnera, Villarosa, Piazza Armerina, Aidone, Barrafranca, Pietraperzia, Nicosia, Cerami, Gagliano Castelferrato, Sperlinga, Troina, Agira, Assoro, Leonforte, Nissoria, Regalbuto.

Oltre ai comuni suddetti, afferisce alla competenza territoriale dell'ASP di Enna anche il Comune di Capizzi in provincia di Messina. Sono 22 quindi i territori comunali afferenti all'ambito territoriale dell'ASP di Enna che è suddiviso in 4 Distretti Sanitari:

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

Il totale della popolazione assistibile aggiornata al 31/12/2022 è di 160.178 (-1.155 rispetto al 2021) residenti².

Il bacino di assistiti over 60 anni rappresenta il 31,78% della popolazione residente mentre il 39,79% è il bacino di assistiti compresi tra i 30 e i 59 anni. La popolazione giovanile tra i 14 e i 29 anni si attesta al 17,44% della popolazione residente e 10,99% della popolazione residente è rappresentato dagli under 11 anni.

La distribuzione della popolazione per distretto sanitario evidenzia il Distretto di Enna il più popolato con 51.422 residenti pari al 32,10% della popolazione, segue Il Distretto di Piazza Armerina con 43.786 residenti pari al 27,34%, il Distretto di Agira con 34.863 residenti pari al 21,77% e infine il Distretto di Nicosia con 30.107 residenti pari al 18,80%.

I dati evidenziano un decremento demografico e una discreta incidenza della fascia anziana della popolazione dove si colloca tipicamente la maggiore incidenza di cronicità.

Popolazione assistibile residente per fasce di età										
Età	00-06	07-13	14-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	over 80
Nro	6.753	10.851	9.637	18.286	18.349	20.428	24.965	22.230	16.810	11.869
%	4,22%	6,77%	6,02%	11,42%	11,46%	12,75%	15,59%	13,88%	10,49%	7,41%
	28,42%			39,79%			31,78%			
Totale	160.178									

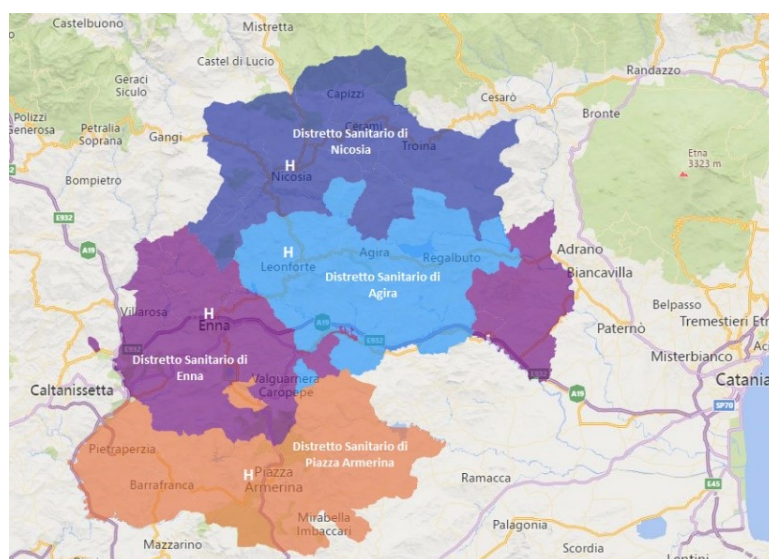


Figura 10 – Ambiti territoriali dei distretti sanitari

² Fonte: servizi anagrafici comunali

La distribuzione per genere evidenzia una prevalenza delle donne pari al 51,53% della popolazione residente con una maggiore concentrazione distribuita nelle fasce di età over 40 anni.

fascia di età	Genere				Totale
	Femminile		Maschile		
	Assistite	%	Assistiti	%	
00-06	3.330	49,31%	3.423	50,69%	6.753
07-13	5.311	48,94%	5.540	51,06%	10.851
14-19	4.623	47,97%	5.014	52,03%	9.637
20-29	8.798	48,11%	9.488	51,89%	18.286
30-39	9.029	49,21%	9.320	50,79%	18.349
40-49	10.366	50,74%	10.062	49,26%	20.428
50-59	12.857	51,50%	12.108	48,50%	24.965
60-69	11.833	53,23%	10.397	46,77%	22.230
70-79	9.230	54,91%	7.580	45,09%	16.810
over 80	7.168	60,39%	4.701	39,61%	11.869
Totale	82.545	51,53%	77.633	48,47%	160.178

Oltre la popolazione residente l'ASP eroga i servizi sanitari anche ai cittadini italiani non residenti e ai cittadini stranieri. Nel 2022, con riferimento all'assistenza ospedaliera, sono stati erogati 2597 ricoveri a non residenti di cui 2.433 a residenti di altre province della regione.



Figura 11 - Distribuzione dei ricoveri di non residenti

Con riferimento all'assistenza ambulatoriale erogata dalle strutture aziendali,

dalle strutture convenzionate della provincia e dal pronto soccorso per gli accessi con esito a domicilio, sono 107.161 le prestazioni rese di cui 95.106 a residenti di altre province della regione.

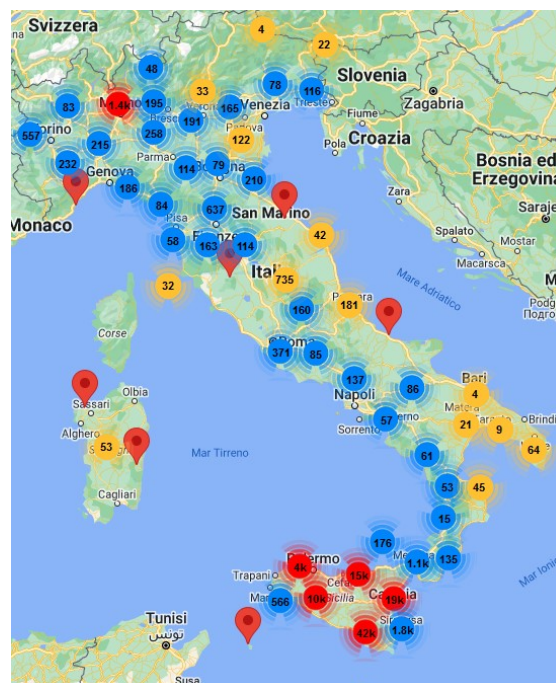


Figura 12 - Distribuzione delle prestazioni ambulatoriali a non residenti

Un'altra dimensione di analisi della popolazione è la distribuzione per esenzione da cui si possono ottenere preziose informazioni per la pianificazione dei servizi rivolti soprattutto alle malattie croniche e rare.

Nel 2022 risultano 42.055 gli esenti per reddito o per età (il 26,26% della popolazione residente) mentre gli esenti altri motivi risultano 57.348 (il 35,80% della popolazione residente) di cui 1.449 per malattie rare. Complessivamente la popolazione esente ammonta a 99.403 residenti ed incide per il 62,05% sulla popolazione assistibile.

Popolazione animale e allevamenti

Istituzionalmente l'Azienda deve erogare servizi di assistenza e prevenzione in ambito veterinario mediante:

- attività ispettive volte ad accertare il rispetto degli standard previsti per gli allevamenti a garanzia del benessere degli animali.

- Attività epidemiologiche volte a prevenire e contrastare la diffusione di malattie infettive che possono trasferirsi nella popolazione umana.
- Attività volte a garantire l'igiene degli alimenti di origine animale in tutta la filiera di produzione.

Le macro attività sopra esposte sono erogate in forma integrata e coordinata dal Dipartimento di prevenzione veterinaria istituito, in Regione Sicilia, con D.A. 1 marzo 2006 (GURS n.15 del 24/ marzo 2005) in

attuazione della delibera di Giunta regionale n. 636 del 28/12/2005.

Nell'analisi del contesto esterno, pertanto, rientra integralmente la conformazione della popolazione animale e degli stabilimenti (allevamenti e stabilimenti di produzione e commercializzazione degli alimenti di origine animale) considerata anche la vocazione economica del territorio ennese caratterizzata dall'attività agricola-pastorale e dalla filiera della produzione agro-alimentare.

Popolazione animale	Popolazione animale	N.ro stabilimenti	Media per stabilimento	Densità popolazione animale rispetto alla popolazione umana x 1000 residenti	Densità stabilimenti sulla popolazione umana x 1000 residenti
SPECIE BOVINA/BUFALINA	48.973	1.288	38,02	305,74	0,24
SPECIE OVICAPRINA	105.454	1.167	90,36	658,36	0,56
SPECIE EQUINA	44.404	1.255	35,38	277,22	0,22
SPECIE SUINA	6.364	117	54,39	39,73	0,34
SPECIE AVICOLA	1.124.850	20	56.242,50	7022,5	351,12
Totale	1.330.045	3.847	345,74	8303,54	2,16

Figura 13 - popolazione animale e allevamenti anno 2022. Fonte: Anagrafica Dipartimento veterinario

Tipologia	N.ro
STABILIMENTI CON RICONOSCIMENTO CE (853)	54
STABILIMENTI REGISTRATI (852 - V)	255
STABILIMENTI REGISTRATI (852 - C)	689
Totale	998

Tabella 2 - Stabilimenti di produzione e commercializzazione alimenti di origine animale anno 2022. Fonte Anagrafica Dipartimento veterinario

Stakeholder dell'offerta integrata

L'Azienda eroga l'attività istituzionale avvalendosi dei beni e dei servizi forniti dai fornitori con i quali si instaura un reciproco rapporto di interessi legittimi che, mediante un rapporto positivo di reciproci vantaggi, si concretizza con la realizzazione del valore pubblico.

Tra i fornitori, particolare rilevanza assumono le aziende la cui attività integra l'offerta sanitaria istituzionale dell'ente e che

pertanto rientra negli standard quali-quantitativi previsti dai LEA.

Parliamo delle strutture private convenzionate, dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta dei medici di continuità assistenziale e dei medici specialisti ambulatoriali esterni per l'attività ambulatoriale istituzionale (c.d. Sumaisti) ecc.

Il rapporto con tale categoria di fornitori rientra in una tipologia di relazione, pubblico-privato, in cui l'autonomia gestionale e la finalità del profitto del privato è temperata dall'esigenza di integrare l'offerta

sanitaria pubblica con quella privata, perché il servizio pubblico non è nelle condizioni di potere erogare i servizi richiesti o perché prevale la condizione di maggiore convenienza in termini di efficienza ed efficacia a vantaggio del cittadino. In altri termini, sotto determinate condizioni, l'interesse pubblico è perseguito anche grazie all'offerta privata.

La contemperanza è ottenuta con un sistema di coordinamento normativo la cui finalità è favorire una cooperazione costruttiva e finalizzata all'interesse pubblico.

Le suddette considerazioni inducono a rendicontare in questa sezione la consistenza volumetrica dei fornitori citati che in alcuni casi integrano l'offerta pubblica dell'ente (ad esempio le strutture private convenzionate) e in altri costituiscono l'offerta pubblica (ad esempio i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) pur non rientrando istituzionalmente nella gerarchia organizzativa dell'Azienda.

Attività LEA	N.ro fornitori
Assistenza sanitaria di base	139
Continuità assistenziale	27
Assistenza farmaceutica	77
Assistenza integrativa e protesica	5
Assistenza specialistica ambulatoriale	28
Assistenza alle persone con disabilità (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale)	6
Assistenza alle persone con disabilità (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale)	1
Assistenza alle persone non autosufficienti (semiresidenziale e residenziale)	2
Assistenza alle persone con dipendenze patologiche (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale)	3
Totale	288

Tabella 3 - numero dei fornitori dell'offerta integrata per LEA 2022

Qualità percepita

L'analisi del contesto esterno si conclude con una disamina dell'efficacia in termini di monitoraggio del grado di soddisfazione degli stakeholder a cui è diretta l'attività istituzione: gli assistiti.

Il sistema di monitoraggio della soddisfazione dell'utente, o qualità percepita, si è finora estrinsecato attraverso due macro direttrici: l'analisi dei reclami degli utenti e la conduzione delle interviste telefoniche in seguito a raccolta consensi informati. Si presentano di seguito e, in forma sintetica, i report anno 2022.

La reportistica relativa ai reclami sottoscritti assume una valenza oltremodo rilevante per cogliere la soddisfazione dell'utenza. Particolare valenza hanno i reclami sottoscritti dagli utenti che ritengono di avere subito un torto o un disagio a causa del disservizio che segnalano.

Occorre puntualizzare infatti che gli utenti, dopo colloquio con gli operatori URP, preferiscono segnalare la disfunzione piuttosto che presentare reclamo formale e sottoscritto. Il colloquio, infatti, oltre a stemperare lo stato d'animo della persona che ha chiamato per telefono o si è presentata direttamente presso la postazione URP, riesce a fornire gli elementi per la risoluzione immediata del problema sollevato o a fornire la prospettiva credibile di una risoluzione a posteriori.

In base alla procedura contenuta nel regolamento aziendale, il reclamo è raccolto dall'URP attraverso posta elettronica, protocollo generale, telefono o contatto diretto con l'utente: in seguito all'esame del contenuto, esso sarà inoltrato al responsabile del servizio dove l'utente sostiene aver subito il disservizio. In casi di rilevanza particolare il reclamo è indirizzato anche a organi superiori come le direzioni aziendali.

Si chiede in modo sistematico il riscontro a quanto segnalato, sottolineando come

occorra rispondere all'utente. La procedura, qui sintetizzata, prevede la chiusura con risposta indirizzata al segnalante.

I reclami raccolti sono in seguito analizzati in base a una suddivisione che consente di rappresentarli in una tabella sinottica da pubblicare annualmente sul sito aziendale per agevolarne la facile consultazione.

Nel corso dell'anno 2022, in totale, i reclami sottoscritti dagli utenti (escludendo, quindi, i verbali e i telefonici che ammontano a più di 1500) sono stati n. 151 così suddivisi:

- n. 94 raccolti presso le postazioni URP Enna (territorio e ospedale)
- n. 24 a Piazza Armerina
- n. 17 a Leonforte
- n. 16 a Nicosia.

Di essi, n. 45 hanno ricevuto risposta da parte del dirigente della struttura e/o del servizio, per una percentuale pari al 29,8 %. Gli elogi ricevuti sono stati n.4 per altrettanto servizi e reparti in totale.

Disservizio	Numero Reclami	%
Assistenza sanitaria territoriale ritenuta insoddisfacente per più motivi (assenza specialistica, disagi burocratici, ritardi forniture e presidi ecc.)	52	34
Lista di attesa per prestazioni specialistiche	20	13
Comportamenti ritenuti scorretti	18	12
Assistenza sanitaria ospedaliera insoddisfacente	14	9
Comfort strutture insoddisfacente	3	2
Disguidi per problematica COVID	19	13
Disguidi sistema di prenotazione	22	15
Comunicazioni poco chiare all'utenza	3	2
Totale	151	

Tabella 4 - Reclami sottoscritti 2022

L'UOS URP e Comunicazione ha realizzato un piano di interviste. Il disegno della ricerca punta a rilevare la soddisfazione della

prestazione ricevuta in ambito ospedaliero e ambulatoriale sulla base di un questionario con domande a risposta multipla e spazi aperti.

Nel 2022, si è puntato a indagare la percezione degli utenti in merito all'assistenza sanitaria e al Covid, introducendo, nelle ultime due domande a risposta multipla con spazio aperto, la valutazione della pandemia nei confronti del giudizio espresso in precedenza sulla qualità percepita.

Le interviste condotte sono state in totale n. 549, suddivise tra prestazioni ambulatoriali e ricoveri. Il 96% delle persone intervistate consiglia la struttura sanitaria dove ha ricevuto assistenza.

Cosa hanno apprezzato di più. I motivi maggiormente indicati (potevano essere date risposte multiple) sono:

1. la competenza dei medici, indicata da 475 persone;
2. la cortesia del personale sanitario, n. 214 persone;
3. aiuto per le necessità personali, n.129 persone;
4. più motivi, n. 128 risposte.

Cosa hanno apprezzato di meno. In questo caso, sono state poche le risposte fornite:

1. competenza n. 8 persone;
2. cortesia n.5;
3. pulizia locali n.27;
4. aiuto per necessità personali n.7;
5. vitto n.7.

La ricerca si è anche soffermata a **indagare l'impatto della pandemia sulla qualità**

Il 53% degli intervistati, 278 su 521 risposte, ritiene che il **Covid abbia peggiorato nell'anno 2022 l'assistenza sanitaria**; 243 ritengono che non l'abbia peggiorata.

Tra i motivi indicati per il peggioramento avvertito, dopo **l'aumento dei tempi di attesa e la chiusura di ambulatori**, nello

spazio aperto è emersa anche l'**insoddisfazione per il senso di "distacco" avvertito con gli operatori sanitari durante la fase più rilevante del picco pandemico**. Alcune pazienti di sesso femminile, però, hanno evidenziato, durante l'intervista, il senso di vicinanza mostrata dai medici proprio durante la pandemia.

Alla domanda: Nella sua esperienza personale, ha ricevuto un disservizio dovuto alla pandemia?

67 intervistati rispondono sì e indicano, tra le cause più ricorrenti, l'impossibilità di accompagnare e visitare i parenti nelle strutture.

In conclusione dalle stime del campione intervistato è emerso che l'impatto della pandemia sulla regolarità e la qualità dei servizi sanitari non collegati alle patologie covid, è stato negativo e dal quadro emerge la necessità di avviare una strategia di recupero dei livelli "normali" di erogazione delle prestazioni agendo sulle liste di attese.

Il contesto interno

Il contesto interno dell'organizzazione, altrimenti definito **salute organizzativa**, è l'elemento fondamentale per conseguire la mission istituzionale nel quadro della buona amministrazione definito dai pilastri: efficienza, efficacia ed economicità.

Oggi, il concetto della buona amministrazione si è arricchito di un altro importante elemento: **la sostenibilità**, ovvero la capacità dell'organizzazione di creare valore anche in prospettiva futura per garantire l'equità intergenerazionale al fine di evitare che le generazioni future possano subire contrazioni quali-quantitative dei livelli di servizio a vantaggio delle generazioni attuali.

La quarta dimensione della buona amministrazione, che sostanzialmente integra gli obiettivi dell'Agenda ONU 2030 declinati

nei 17 SDG, amplia il concetto di **valore pubblico** che, nell'ambito della programmazione delle attività della pubblica amministrazione, è stato introdotto con la riforma del contesto normativo mediante l'introduzione del PIAO (art. 6 D.L. 80/2021, DPR 81/2022, DPCM 132/2022).

Il concetto di valore pubblico amplia anche il concetto di performance la cui misurazione non si esaurisce più con i soli indicatori di attività ma si arricchisce con adeguati indicatori che misurano l'**impatto** che le attività poste in essere hanno generato su dimensioni che influenzano (positivamente o negativamente) il contesto esterno e il contesto interno.

La performance quindi, ancorché siano rispettati gli equilibri di efficacia, efficienza ed economicità, deve trovare l'equilibrio su un altro baricentro ossia nel quarto perno della sostenibilità misurata dagli impatti dell'attività.

Con questa accezione, il contesto interno assume un ruolo rilevante in quanto solo una salute organizzativa qualitativamente elevata è capace di generare valore all'interno dell'organizzazione (efficienza dei processi) che si proietta verso l'esterno (efficacia delle attività e dei servizi) creando valore pubblico (prevalenza degli impatti positivi su quelli negativi).

Richiamando la letteratura (M.H. Moore e altri) e in particolare il modello del valore pubblico del prof. Enrico Gagliardo Deidda, *"un ente crea valore pubblico quando, coinvolgendo e motivando i dirigenti e i dipendenti, cura la salute organizzativa e delle risorse (capitale umano e strumentale) e migliora la performance organizzativa in modo funzionale al miglioramento degli impatti"*.

I concetti sopra esposti sono stati recepiti e declinati in termini di principio già nel 2017 dalle linee guida n. 2 del Dipartimento della funzione pubblica: *"La fase della programmazione serve ad orientare le*

performance individuali in funzione della performance organizzativa attesa e quest'ultima in funzione della creazione di valore pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere dei destinatari delle politiche e dei servizi".

Il contesto interno quindi non può essere inteso in forma dissociata dal contesto esterno ma in forma assolutamente integrata e la malta legante dei due elementi è proprio la capacità dell'ente di creare valore pubblico e soddisfazione con una prospettiva olistica aziendale che trascende la mera forma organizzativa.

Ad esempio:

- una politica di governo del personale che crea insoddisfazione e demotivazione, si riflette verso l'esterno con la diminuzione della capacità dell'ente di attrarre le migliori professionalità.
- Un deficit organizzativo dei processi che non consente di ottenere tempi di pagamento accettabili, rende meno attraente l'ente per i migliori fornitori in termini di qualità dei beni e servizi forniti.

I due esempi di deficit organizzativo di contesto interno sopra esemplificati sono causa di disvalore dei servizi erogati che, con un effetto domino, si trasmette, in forma di impatti negativi, sulla qualità del benessere sociale e di conseguenza diminuisce complessivamente il valore pubblico dell'ente fino all'estrema conseguenza della sua acclarata inutilità.

Le considerazioni sopra evidenziate giustificano concretamente, oltre la mera formalità di aderire alle linee guida, la necessità di rappresentare il contesto interno dell'azienda, la sua evoluzione a seguito della strategia adottata e dei cambiamenti del contesto esterno che hanno avuto impatti significativi.

L'Azienda

L'ASP di Enna è stata istituita a seguito della riforma del SSR introdotta con la L.R. 5/2009. Nel corso del tempo si sono succedute alcune modifiche evolutive dell'assetto del SSR tra cui l'ultima relativa al D.M. 70/2015 a seguito del quale con Decreto Assessoriale 22/2019 che ha ridisegnato la rete

ospedaliera e dell'emergenza regionale è stato adottato il nuovo e vigente atto aziendale, approvato con delibera [902 del 19/06/2020](#), da cui discende l'attuale organigramma.

Settore di attività	Salute pubblica
Tipologia Ente	Ente sanitario pubblico territoriale
Ente sovraordinato	Regione Sicilia – Assessorato della Salute
Denominazione azienda	Azienda sanitaria provinciale di Enna
Acronimo	ASP di Enna
Logo	
Indirizzo	Direzione generale, 94100, Enna, Viale Diaz 7/9
P. Iva	01151150867
Sito web	www.aspenna.it
PEC	protocollo.generale@pec.asp.enna.it
Telefono	(+39)0935520111 - 0935516111
Ci trovi anche su	 

Le risorse umane

L'organico riferito alle risorse umane è suddiviso strutturalmente in quattro categorie definite tipicamente ruoli: Amministrativo, Tecnico, Professionale e Sanitario.

Al 31/12 2022 la consistenza del personale è quantificata in 1.887 unità a fronte di 1.884 unità registrate al 31/12/2021. La dotazione organica complessiva è rimasta sostanzialmente invariata.

Ruolo	2022			2021			Variazione		
	T.I.	T.D.	Tot.	T.I.	T.D.	Tot.	T.I.	T.D.	Tot.
Amministrativo	173	53	226	179	20	199	-5	33	28
Professionale	3	8	11	2	8	10	1	0	1
Sanitario	1.141	186	1327	1.141	199	1.340	-1	-13	-14
Tecnico	285	38	323	296	39	335	-11	-1	-12
Totale	1.602	285	1.887	1.618	266	1.884	-16	19	3

Tabella 5 - Distribuzione per rapporto di lavoro: T.I. Tempo indeterminato; T.D. Tempo determinato

La variazione dell'incidenza del contratto a tempo indeterminato ha subito una lieve flessione. Le unità di personale a tempo indeterminato nel 2022 si attestano all'85% a fronte dell'86% del 2021.

Sotto l'aspetto della distribuzione per genere, l'attuale conformazione dell'organico presenta una prevalenza del genere femminile (53%) rispetto al genere maschile (47%). Come riportato nel prospetto a fianco, il ruolo a maggiore incidenza del genere femminile è il ruolo Amministrativo (58%), seguito dal ruolo Tecnico (54% in cui una netta prevalenza si registra nel profilo di Assistente sociale e Sociologo), a cui segue il ruolo Sanitario (52%) e infine il ruolo

Professionale in cui la proporzione si inverte con l'82% di incidenza del genere maschile.

Distribuzione per ruolo e genere anno 2022					
Ruolo	N.ro		%		Totale
	F	M	F	M	
Amministrativo	131	95	58%	42%	226
Professionale	2	9	18%	82%	11
Sanitario	692	635	52%	48%	1327
Tecnico	174	149	54%	46%	323
Totale	999	888	53%	47%	1887

La distribuzione, sopra raggruppata per ruolo, si riporta di seguito nel dettaglio per profilo.

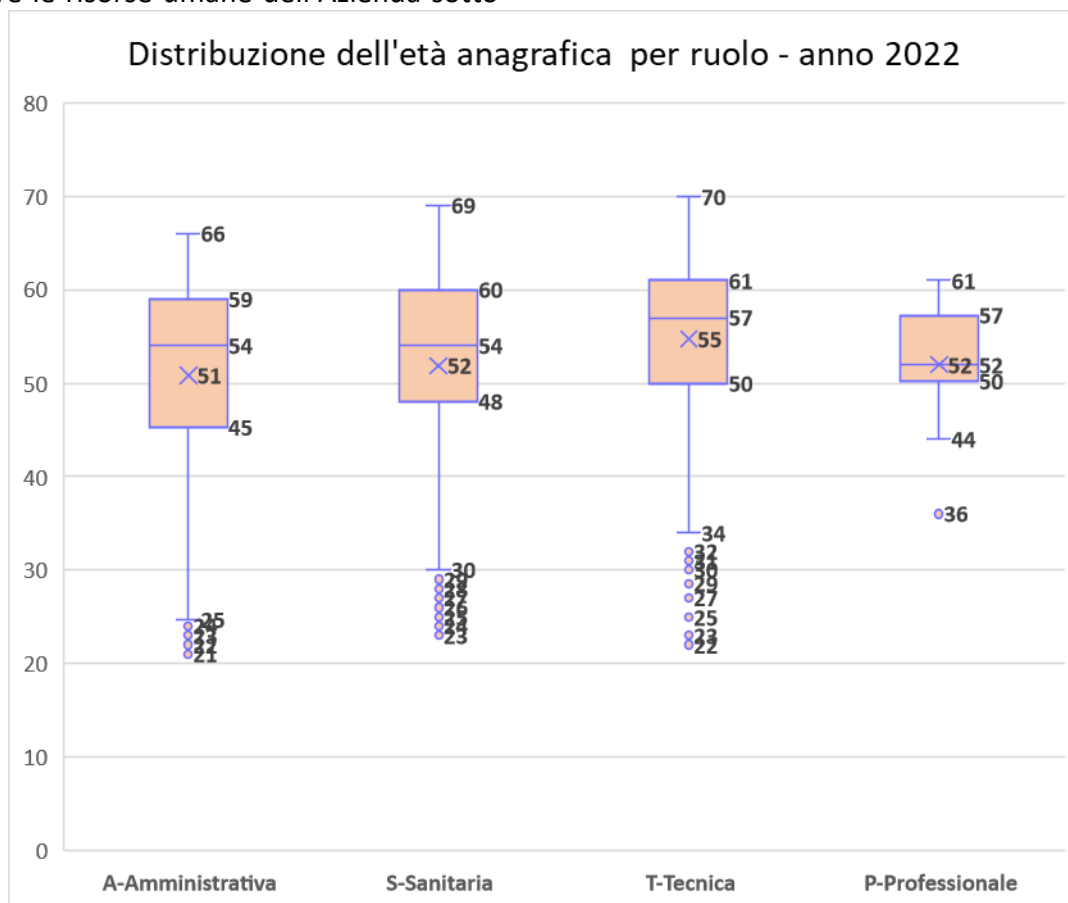
Ruolo	Profilo	2022					2021					Delta				
		N.ro		%		N.ro totale	N.ro		%		N.ro totale	N.ro		%		N.ro totale
		F	M	F	M		F	M	F	M		F	M	F	M	
Amministrativo	Assistente amministrativo	46	27	62%	38%	73	30	17	64%	36%	47	16	10	-1%	1%	26
	Commesso	10	10	50%	50%	20	12	11	52%	48%	23	-2	-1	-2%	2%	-3
	Coadiutore amministrativo	43	27	62%	38%	70	46	28	62%	38%	74	-3	-1	0%	0%	-4
	Collaboratore amministrativo	23	22	51%	49%	45	18	18	50%	50%	36	5	4	1%	-1%	9
	Dirigenti amministrativi	10	9	53%	47%	19	10	10	50%	50%	20	0	-1	3%	-3%	-1
Amministrativo Totale		131	95	58%	42%	226	116	84	58%	42%	199	15	11	0%	0%	27
Professionale	Assistente religioso	0	4	0%	100%	4	0	3	0%	100%	3	0	1	0%	0%	1
	Avvocato	1	2	33%	67%	3	1	2	33%	67%	3	0	0	0%	0%	0
	Ingegnere	1	3	25%	75%	4	1	3	25%	75%	4	0	0	0%	0%	0
Professionale Totale		2	9	18%	82%	11	2	8	20%	80%	10	0	1	-2%	2%	1
Sanitario	Assistente sanitario	0	1	0%	100%	1	0	1	0%	100%	1	0	0	0%	0%	0
	Ostetrica	23	7	77%	23%	30	26	7	79%	21%	33	-3	0	-2%	2%	-3
	Infermiere	402	335	55%	45%	737	407	345	54%	46%	752	-5	-10	0%	0%	-15
	Infermiere pediatrico	1	0	100%	0%	1	1	0	100%	0%	1	0	0	0%	0%	0
	Educatore professionale	1	0	100%	0%	1	1	0	100%	0%	1	0	0	0%	0%	0
	Fisioterapista	14	9	61%	39%	23	17	12	59%	41%	29	-3	-3	2%	-2%	-6
	Ortottista	0	1	0%	100%	1	0	1	0%	100%	1	0	0	0%	0%	0
	Terapista epsicomotricista	0	1	0%	100%	1	2	0	100%	0%	2	-2	1	-100%	100%	-1
	Tecnico audiometrista	2	0	100%	0%	2	0	0	0%	0%	0	2	0	100%	0%	2
	Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	31	18	63%	37%	49	28	16	64%	36%	43	3	2	-1%	1%	6
	Tecnico sanitario di radiologia medica	15	20	43%	57%	35	16	21	43%	57%	37	-1	-1	0%	0%	-2
	Tecnico della prevenzione	3	8	27%	73%	11	4	9	31%	69%	13	-1	-1	-3%	3%	-2
	Veterinario	4	22	15%	85%	26	5	22	19%	81%	27	-1	0	-3%	3%	-1
	Medico	161	197	45%	55%	358	151	200	43%	57%	351	10	-3	2%	-2%	7
	Psicologo	5	2	71%	29%	7	5	2	71%	29%	7	0	0	0%	0%	0
	Biologo	17	7	71%	29%	24	16	6	73%	27%	22	1	1	-2%	2%	2
	Pedagogista	2	0	100%	0%	2	2	0	100%	0%	2	0	0	0%	0%	0
Dirigente delle professioni sanitarie	1	2	33%	67%	3	1	2	34%	66%	3	0	0	-1%	1%	0	
Farmacista	9	5	64%	36%	14	9	5	64%	36%	14	0	0	0%	0%	0	
Sanitario Totale		692	634	52%	48%	1.327	691	648	52%	48%	1.340	1	-14	1%	-1%	-13
Tecnico	Assistente tecnico	4	19	17%	83%	23	1	16	6%	94%	17	3	3	12%	-12%	6
	Ausiliario specializzato	65	42	61%	39%	107	70	49	59%	41%	119	-5	-7	2%	-2%	-12
	Collaboratore tecnico	2	5	29%	71%	7	1	5	17%	83%	6	1	0	12%	-12%	1
	Operatore tecnico	29	40	42%	58%	69	32	43	43%	57%	75	-3	-3	0%	0%	-6
	Assistente sociale	24	2	92%	8%	26	24	3	89%	11%	27	0	-1	3%	-3%	-1
	Operatore socio sanitario	46	39	54%	46%	85	50	36	58%	42%	86	-4	3	-4%	4%	-1
	Operatore tecnico addetto all'assistenza	1	1	50%	50%	2	1	1	50%	50%	2	0	0	0%	0%	0
	Analista	0	1	0%	100%	1	0	1	0%	100%	1	0	0	0%	0%	0
	Sociologo	3	0	100%	0%	3	2	0	100%	0%	2	1	0	0%	0%	1
Tecnico Totale		174	149	54%	46%	323	181	154	54%	46%	335	-7	-5	0%	0%	-12
Totale complessivo		999	887	53%	47%	1.887	990	894	53%	47%	1.884	9	-7	0%	0%	3

Tabella 6 - Distribuzione per profilo e per genere con variazioni rispetto al 2021

Le caratteristiche anagrafiche delle risorse umane, inerenti in particolare all'età anagrafica, sono importanti ai fini della valutazione della prospettiva futura di implementazione o, quanto meno, di copertura del turn-over in fase di programmazione.

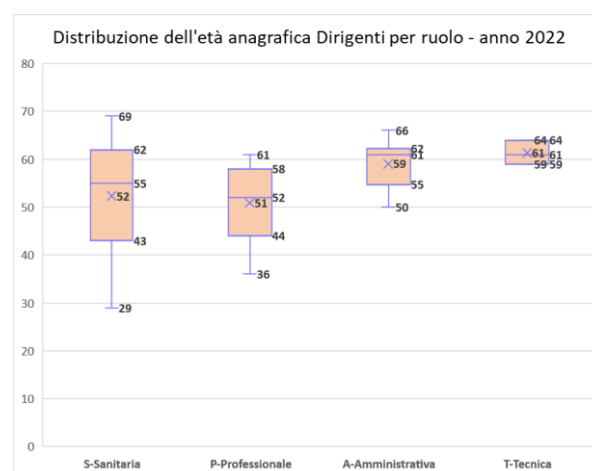
Si ritiene pertanto rilevante rappresentare le risorse umane dell'Azienda sotto

la prospettiva dell'età anagrafica riportando di seguito la rappresentazione grafica della distribuzione dell'età anagrafica per ruolo e ruolo con l'evidenza degli indicatori di sintesi significativi.



La media complessiva delle risorse umane si attesta a 53 anni. Il ruolo Amministrativo registra una media di 51 anni, il ruolo Sanitario di 52 anni, il Tecnico di 55 anni e il professionale di 52 anni.

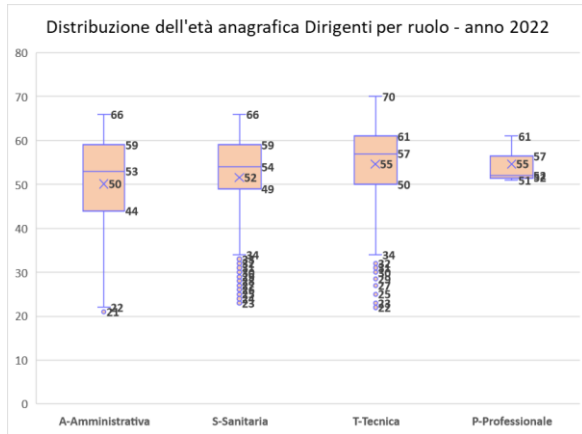
I dati aggregati per area dirigenziale presentano differenze significative nel ruolo Amministrativo e Tecnico.



Nel ruolo Amministrativo si registra un'età media di 59 anni e una mediana di 61,

mentre nel ruolo Tecnico si apprezza una maggiore concentrazione intorno alla media di 61 anni con mediana coincidente.

L'area del Comparto non presenta variazioni significative rispetto alla situazione complessiva.



In conclusione si può affermare che il ruolo che presenta maggiore anzianità anagrafica è il ruolo Tecnico ma anche che, in generale, l'età anagrafica tende ad attestarsi nella fascia di età over 50 anni. I dati esposti sono in linea con la tendenza nazionale nell'ambito della pubblica amministrazione.

Benessere organizzativo

Per promuovere il benessere organizzativo facendo leva sulla relazione Azienda-lavoratore caratterizzata dalla promozione del merito per iniziative personali di sviluppo di competenze ma anche a supporto di iniziative positive orientate alla concessione di

benefici di natura assistenziale e sociale in favore dei lavoratori, con delibera 601 del 16/04/2021 è stato istituito il sistema aziendale del [Welfare integrativo](#) previsto dai CC.CC.NN.LL delle aree dirigenziali e di comparto.

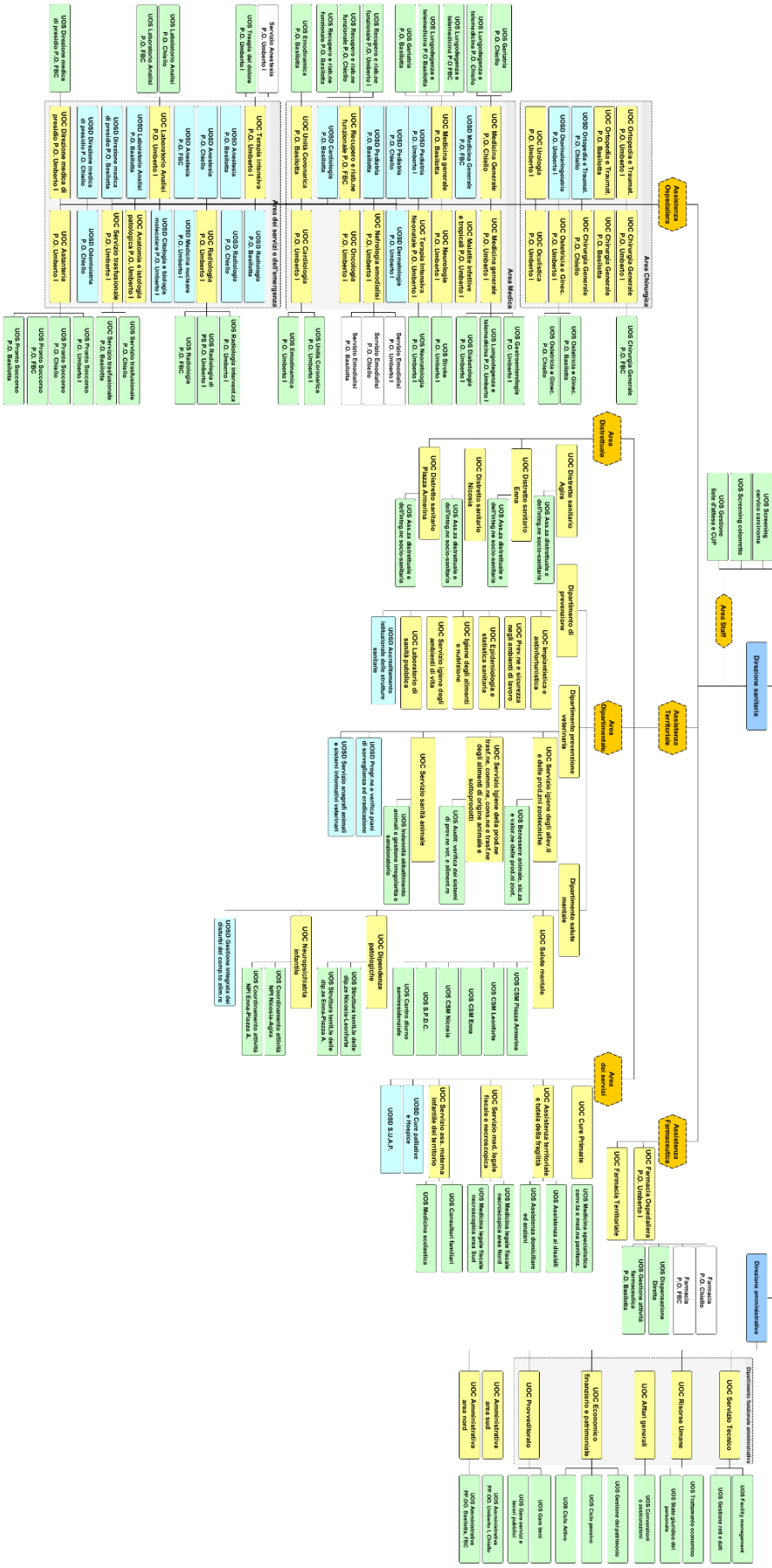
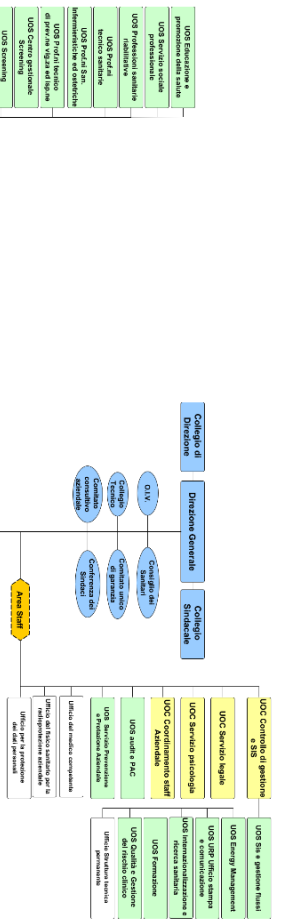
Nel 2022 sono state evase 110 istanze di accesso ai benefici previsti dal regolamento aziendale (Determina 326/2023).

L'organizzazione dei servizi

Con l'atto aziendale, approvato con delibera [902 del 19/06/2020](#), l'Azienda si è dotata di una propria struttura organizzativa in piena aderenza del principio di autonomia organizzativa e gestionale previsto dalla D.Lgs 502/1992 e s.m.i. e dalla L.R. 5/2009.

La struttura organizzativa prevede una forma dipartimentale funzionale per quanto attiene i servizi ospedalieri, i servizi di integrazione socio-sanitaria e di integrazione ospedale-territorio, strutturale per quanto attiene i servizi relativi alla prevenzione medica, prevenzione veterinaria e la salute mentale.

Di seguito si rappresenta l'organigramma delle strutture organizzative che identificano e allocano organizzativamente i centri di responsabilità inerenti alla performance organizzativa che successivamente verrà rendicontata.



Le risorse economiche

Alla data attuale il bilancio consuntivo non è stato ancora approvato ed è in corso di assestamento e di verifica regionale.

Tuttavia l'attuale assestamento lascia presupporre un basso impatto di eventuali future variazioni.

Bilancio sintetico per macro conti anno 2022	
Macroconto	Importo
A.1) Contributi in c/esercizio	€ 346.432.245
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	€ -3.946.353
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	€ 2.969.159
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	€ 38.604.470
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	€ 7.438.955
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	€ 1.317.755
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	€ 6.184.359
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	€ 0
A.9) Altri ricavi e proventi	€ 284.718
Totale valore della produzione (A)	€ 399.285.308
B.1) Acquisti di beni	€ 37.835.990
B.2) Acquisti di servizi	€ 231.719.178
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	€ 4.350.245
B.4) Godimento di beni di terzi	€ 944.468
B.5) Personale del ruolo sanitario	€ 89.968.517
B.6) Personale del ruolo professionale	€ 619.907
B.7) Personale del ruolo tecnico	€ 12.245.008
B.8) Personale del ruolo amministrativo	€ 8.906.428
B.9) Oneri diversi di gestione	€ 1.970.937
B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	€ 858.303
B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	€ 6.631.105
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	€ 0
B.13) Variazione delle rimanenze	€ -1.321.634
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	€ 8.769.256
Totale costi della produzione (B)	€ 403.497.708
C.1) Interessi attivi	€ 15
C.2) Altri proventi	€ 0
C.3) Interessi passivi	€ 176.042
C.4) Altri oneri	€ 3.865
Totale proventi e oneri finanziari (C)	€ -179.892
D.1) Rivalutazioni	€ 0
D.2) Svalutazioni	€ 0
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	€ 0
E.1) Proventi straordinari	€ 14.548.159
E.2) Oneri straordinari	€ 1.566.404
Totale proventi e oneri straordinari (E)	€ 12.981.755
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	€ 8.589.463
Y.1) IRAP	€ 8.307.868
Y.2) IRES	€ 188.547
Totale imposte e tasse (Y)	€ 8.496.415
RISULTATO DI ESERCIZIO	€ 93.048



Misurazione e valutazione della performance

L'attività complessiva

La misurazione della performance atiene alla metodologia orientata a quantificare la capacità di un'organizzazione di realizzare gli obiettivi pianificati e annunciati.

In altre parole misura la capacità dell'organizzazione di soddisfare le aspettative che gli stakeholder maturano in relazione alle promesse annunciate dalla pianificazione.

Tuttavia l'organizzazione agisce per eseguire un volume di attività necessarie

anche se non direttamente orientate a soddisfare le attese degli stakeholder.

Rendicontare, quindi, in termini generali, il volume delle attività prodotte, completa l'informazione al pubblico e conduce la performance ad una dimensione valutativa più appropriata.

Per quanto sopra si ritiene utile introdurre la misurazione della performance, nelle due prospettive tipiche, organizzativa e individuale, con la rappresentazione sintetica e schematica del volume delle attività complessivamente erogate dall'Azienda suddividendole in relazione ai macrolivelli LEA:

Attività ospedaliera anno 2022				
Presidio	Posti letto operativi	Ricoveri	Gg di degenza	Accessi pronto soccorso
Umberto I Enna	218	9.577	53.486	20.124
Chiello Piazza A.	62	1.667	12.642	11.741
Basilotta Nicosia	79	770	7.094	5.424
FBC Leonforte	27	2.776	17.367	4.797
Totale	386	14.790	90.589	42.086

Attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica anno 2022		
Attività (LEA)	N.ro punti di erogazione	N.ro prestazioni erogate
Vaccinazioni	15	5.737
Vaccinazioni Covid	31	87.701
Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati	1	1.720
Prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro	1	470
Salute animale e igiene urbana veterinaria	4	270.093
Sicurezza alimentare	1	87
Attività medico legali per finalità pubbliche	4	16.401
Totale	31	382.009

Attività di assistenza distrettuale anno 2022

Attività (LEA)	N.ro punti erogatori	N.ro prestazioni erogate	U.M.
Assistenza sanitaria di base	139	147.785	Assistiti
Continuità assistenziale	27	1.326.410	Prestazioni
Assistenza ai turisti	0	0	0
Assistenza farmaceutica	77	1.653.001	Ricette
Assistenza integrativa e protesica	5	4688	Prestazioni
Assistenza specialistica ambulatoriale	50	1.170.281	Prestazioni
Cure domiciliari e ADI	4	1.410	Casi
Assistenza a minori, donne, coppie, famiglia (consultori) (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale)	9	5.124	Prestazioni
Assistenza ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale)	4	24.895	Prestazioni
Assistenza alle persone con disturbi mentali (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale)	23	86.095	Ricoveri, Prestazioni, Giornate
Assistenza alle persone con disabilità (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale)	1	6.010	Ricoveri, Giornate
Assistenza alle persone non autosufficienti (semiresidenziale e residenziale)	2	17.845	Ricoveri, Giornate
Assistenza alle persone con dipendenze patologiche (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale)	3	56.500	Prestazioni
Assistenza alle persone affette da HIV (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale)	0	0	0
Assistenza termale	0	0	0
Assistenza presso strutture sanitarie interne alle carceri	2	18.558	Prestazioni
Assistenza alle persone nella fase terminale della vita (domiciliare e residenziale)	1	338	Casi
Totale	347	4.518.940	

Collegamento tra performance e prevenzione della corruzione e trasparenza

La Delibera n° 612, del 29/04/2022 del Direttore Generale ha approvato l'aggiornamento del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2022/2024, mentre la Delibera n. 1092/22 ha adottato il PIAO '22/'24. Nell'anno 2022 il Responsabile Prevenzione e Corruzione e Trasparenza ha provveduto a mantenere un raccordo con i Referenti del piano, al fine di monitorare la concreta ed effettiva attuazione delle predisposte misure di prevenzione.

Gli obiettivi strategici della performance aziendale, che sono stati trasfusi nella sezione 2.2. Performance del PIAO, hanno rappresentato anche la traduzione di alcune delle misure di trasparenza e di prevenzione di possibili comportamenti corruttivi, individuate ed elaborate in sede di mappatura dei processi e delle attività delle Unità Operative dell'ASP.

Gli obiettivi strategici aziendali 2022 sono stati incardinati in specifiche linee strategiche in cui si esplica la missione dell'ASP di Enna; all'interno delle predette linee strategiche, la Direzione Generale, dunque, ha individuato gli obiettivi strategici, formulati in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore.

Sulla base delle predette aree strategiche, è stato ritenuto opportuno continuare a perseguire i seguenti obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:

1) Migliorare la conoscenza dei fenomeni corruttivi e l'efficacia dell'azione di vigilanza in materia di anticorruzione, in modo da contrastare eventuali fenomeni corruttivi, attraverso l'accertata conoscenza del codice di comportamento.

2) Evoluzione e completezza della "Sezione Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale.

La sezione 2.2. Performance, pertanto, è stata strettamente coordinata con la Sezione di programmazione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO; attraverso la realizzazione della predetta integrazione e coordinamento tra le sopracitate sezioni è stata valorizzata l'interazione con i sistemi di controllo di gestione, misurazione della Performance e la sezione anticorruzione, laddove le misure della sezione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza hanno costituito la base di partenza per il controllo di gestione che è stato costruito, così come avvenuto per la misurazione della Performance, tenendo conto delle misure quindi adottate per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza.

In quest'ottica, l'integrazione tra le sottosezioni valore pubblico, performance e anticorruzione, ha assunto la duplice funzione di strumento concreto di presidio alla riduzione del rischio di corruzione e di elemento di efficace supporto alla creazione di valore pubblico.

Il monitoraggio sull'idoneità e l'attuazione delle misure di prevenzione è stata una fase fondamentale nel ciclo di gestione del rischio, infatti il monitoraggio ha avuto il ruolo di nodo cruciale del processo di gestione del rischio, volto sia a verificare l'attuazione delle misure di prevenzione programmate, sia a controllare che la strategia programmata abbia avuto un'effettiva capacità di contenimento del rischio corruttivo.

Il monitoraggio è stato progettato e poi attuato nel corso dell'anno dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza con il supporto dell'Ufficio del RPCT ed in particolare con il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei Dirigenti-referenti. Ciò nella prospettiva di superare l'autoreferenzialità nella valutazione dell'idoneità della strategia di prevenzione della corruzione elaborata, anche, sotto il profilo della pianificazione del monitoraggio.

Seguendo le indicazioni di cui al PNA 2019, sono stati concepiti due moduli di rendicontazione semestrale la “Scheda di rendicontazione delle misure specifiche” e le “Schede di rendicontazione delle misure generali”, che hanno richiesto due step di rendicontazione da parte dei Dirigenti-referenti: nel primo e nel secondo semestre dell’anno. Nelle summenzionate Schede di monitoraggio sono state indicate, per ciascuna misura, gli elementi e i dati da monitorare, al fine di verificare il grado di realizzazione delle misure riportate all’interno delle mappature, parametrato al target prefissato, nonché gli eventuali scostamenti rispetto ai risultati attesi. Per ciascuna misura, sono state indicate lo stato di attuazione, le fasi e i tempi di attuazione, il risultato raggiunto in rapporto all’indicatore di monitoraggio e al target, definiti in fase di programmazione delle misure e il soggetto responsabile.

Altresì, tra gli obblighi di monitoraggio è stata effettuata la trasmissione della Scheda semestrale “Registro Accessi”, nella quale sono state indicate le eventuali istanze di accesso civico generalizzato ai dati o ai documenti, ai sensi dell’art. 5, co. 2 del D.lgs. 33/2013 e della Circolare n. 2 /2017 del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione.

Infine, per la ricognizione dei procedimenti amministrativi si sottolinea che il processo di attuazione della Legge n. 190/2012 ha richiesto inoltre il monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti. L’adempimento a tal riguardo è avvenuto mediante le compilazioni da parte dei Dirigenti referenti di apposite “Schede di monitoraggio trimestrale dei termini procedimenti amministrativi e di quelli conclusi con ritardo”.

I Dirigenti-Referenti hanno compilato e trasmesso con cadenza semestrale al RPCT: le “Schede di rendicontazione delle misure specifiche”, le “Schede di

monitoraggio trimestrale dei termini procedimenti amministrativi e di quelli conclusi con ritardo”, il “Registro Accessi” e le “Schede di rendicontazione delle misure generali”.

Il RPCT ha rilevato nella sua Relazione annuale che lo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione è stato buono per la complessiva adozione dei targets delle misure previste e che da una lettura comparativa dei documenti di rendicontazione v’è stata una costante e continua attività di prevenzione della corruzione svolta.

Si rinvia, per il dettaglio inerente la programmazione annuale degli obiettivi di anticorruzione e trasparenza, alla [relazione annuale pubblicata sul sito aziendale](#) (amministrazione trasparente – altri contenuti).

La performance organizzativa

Obiettivi annuali

Di seguito si riportano gli obiettivi annuali e la performance organizzativa complessiva.

Il piano della performance 2022, integrato nel PIAO 2022, ha strutturato la pianificazione su tre livelli:

Il primo livello è definito Linea strategica e serve per sezionare la programmazione per area funzionale.

Il secondo livello sviluppa la linea strategica con gli obiettivi strategici tipici della direzione aziendale.

Il terzo livello declina gli obiettivi strategici in obiettivi operativi che costituiscono la base di valutazione del contributo del centro di responsabilità alla performance complessiva aziendale e, nell’ambito del regolamento aziendale, costituiscono altresì gli obiettivi individuali dei dirigenti preposti alla direzione delle unità organizzative.

Nel modello seguente si rappresentano le linee strategiche individuate nella pianificazione annuale.



Per quanto concerne la performance complessiva aziendale si riporta di seguito il prospetto riepilogativo, per ogni linea

strategica, dei risultati attesi dalla pianificazione e raggiunti dalla gestione nell'anno 2022.

Linea strategica	Target atteso	Target soddisfatto	% performance
LS01 OBIETTIVI DI INTERESSE REGIONALE	25	22,19	88,76%
LS02 EFFICIENZA ASSISTENZA OSPEDALIERA	25	23,56	94,24%
LS03 EFFICIENZA ASSISTENZA TERRITORIALE	25	25,00	100,00%
LS04 EFFICIENZA PROCESSI AMMINISTRATIVI	25	24,52	98,08%
PERFORMANCE COMPLESSIVAMENTE OTTENUTA	100	95,27	95,27%

Di seguito si riporta la gerarchia degli obiettivi strategici, che hanno declinato le rispettive linee strategiche, con l'indicazione,

per ogni obiettivo, del target atteso e del risultato ottenuto e la percentuale di performance raggiunta.

Obiettivi	Peso linea strategica	Peso strategico calcolato	Target atteso Obiettivo strategico	Num. assegnaz.	% valutata	Risultato ottenuto	% performa nce
LS01 OBIETTIVI DI INTERESSE REGIONALE	25					22,19	88,76
LS01.OS01 ESITI			4,59			3,32	72,33
LS01.OS02 FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO			5,09			4,08	80,16
LS01.OS03 SOVRAFFOLLAMENTO PRONTO SOCCORSO			1			1	100
LS01.OS04 1.09GARANTIRE GLI STANDARD E I REQUISITI NEI PUNTI NASCITA			3,18			3,18	100
LS01.OS05. PIANO ATTUATIVO AZIENDALE			3,59			3,34	93,04
LS01.OS06 SCREENING			2,18			2	91,74
LS01.OS07 LISTE D'ATTESA			2,09			2,05	98,08
LS01.OS08 PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE			1			1	100
LS01.OS09 PERCORSO ATTUATIVO CERTIFICABILITA' (PAC)			0,5			0,5	100
LS01.OS10 SORVEGLIANZA DEI FLUSSI			0,18			0,18	100
LS01.OS11 EQUILIBRIO DI BILANCIO			1,6			1,54	96,25
LS02 EFFICIENZA ASSISTENZA OSPEDALIERA	25					23,56	94,24
LS02.OS01. OTTIMIZZARE LA CORRELAZIONE TRA ATTIVITA' DI REPARTO E LA REALE ESIGENZA CLINICA			2			1,55	77,5
LS02.OS02 MIGLIORARE L'EFFICIENZA DEI SERVIZI DIAGNOSTICI			5,8			5,46	94,14
LS02.OS03 MIGLIORARE L'EFFICIENZA DEI SERVIZI DI SUPPORTO E DEI REPARTI DI DEGENZA			4			3,71	92,75
LS02.OS04 QUALITA' E RISCHIO CLINICO			8			7,64	95,5
LS02.OS05 ASSICURARE LA PREVENZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO			0,2			0,2	100
LS02.OS06 GARANTIRE L'ASSISTENZA A DOMICILIO DEL PAZIENTE			3			3	100
LS02.OS07 SVILUPPARE PERCORSI FORMATIVI E DI AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE			2			2	100
LS03 EFFICIENZA ASSISTENZA TERRITORIALE	25					25,00	100,00
LS03.OS01 MIGLIORARE I PERCORSI ASSISTENZIALI E L'EROGAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI PREVENZIONE ED ASSISTENZA			5			5	100
LS03.OS02 PIANO DI MIGLIORAMENTO DEI FLUSSI GESTITI DAI SERVIZI TERRITORIALI			2			2	100
LS03.OS03 PREVENZIONE MEDICA E PROMOZIONE DELLA SALUTE IN AMBITO TERRITORIALE			9			9	100
LS03.OS04 QUALITA' E RISCHIO CLINICO			1,5			1,5	100
LS03.OS05 PREVENZIONE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA			5			4,25	100
LS03.OS06 Prevenzione nei luoghi di lavoro			2,5			2,5	100
LS04 EFFICIENZA PROCESSI AMMINISTRATIVI	25					24,52	98,08
LS04.OS01 PIANO DI MIGLIORAMENTO DEI FLUSSI GESTITI DAI SERVIZI AMMINISTRATIVI			6,2			6,2	100
LS04.OS02 AGGIORNAMENTO DELL'INVENTARIO			3			2,94	98,00
LS04.OS03 ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA			3,5			3,23	92,29
LS04.OS04 GARANTIRE L'EFFICIENZA DEI PROCESSI AMMINISTRATIVI NEGLI STANDARD RICHIESTI DALLA NORMATIVA E DAI REGOLAMENTI INTERNI			7			6,85	97,86
LS04.OS05 EFFICIENZA DELLA PROGRAMMAZIONE DELLE RISORSE UMANE			4			4	100
LS04.OS06. APPLICAZIONE NORME CONTRATTUALI			1			1	100
LS04.OS07 QUALITA' E RISCHIO CLINICO			0,3			0,3	100
TOTALE peso strategico			100			95,27	

Figura 14 - Albero degli obiettivi strategici

Nell'allegato 1, albero della performance, si rendicontano gli obiettivi operativi che hanno sviluppato i suddetti obiettivi strategici.

Per ogni obiettivo operativo è riportato, in termini di contributo alla performance aziendale, l'U.O. a cui è stata assegnato (CDR) e, così come misurata dagli indicatori negoziati, la performance ottenuta dalla stessa.

Misurazione e valutazione degli obiettivi individuali

Collegati alla performance organizzativa sono gli obiettivi individuali assegnati ai dirigenti delle unità organizzative. Sulla base del regolamento aziendale del SMVP, gli obiettivi individuali dei dirigenti coincidono con gli obiettivi assegnati alle unità organizzative.

La misurazione è effettuata in base agli indicatori negoziati e riportati, per i rispettivi obiettivi, nell'apposita scheda di budget.

A consuntivo, **nell'allegato 2**, si riportano gli obiettivi operativi della struttura coincidenti con gli obiettivi individuali del dirigente responsabile. Per ogni obiettivo si riporta l'indicatore negoziato, il valore atteso, il valore raggiunti nella fase di misurazione e la performance riconosciuta nella fase di valutazione di prima istanza.

A seguito di valutazione di seconda istanza, così come previsto dall'art. 14 del D.Lgs 150/2009, a cura dell'OIV, le suddette performance potrebbero essere suscettibili di variazione. In tal caso la struttura tecnica permanente provvederà a darne contezza ai fini della trasparenza sul sito web istituzionale.

Il processo di misurazione e valutazione

In premessa si ritiene necessario puntualizzare che il ciclo della performance è in azienda gestito mediante un sistema informatico integrato con il sistema informativo del controllo di gestione.

Pertanto gli obiettivi e i relativi indicatori, così come negoziati e accettati, sono monitorati nella loro evoluzione con una finestra temporale minima semestrale, mediante una reportistica mirata ad informare tempestivamente i manager a tutti i livelli interessati.

Mediante il monitoraggio, possono essere identificate criticità nella programmazione inerenti alla modifica non prevedibile del contesto operativo per il quali eventualmente parte della programmazione potrebbe essere anacronistica e non realizzabile.

Pertanto, in tali casi si procede alla rinegoziazione o dell'intero obiettivo, o di parte di esso mediante la rideterminazione degli indicatori.

Nel 2022 non si sono registrati casi di rinegoziazione.

Gli indicatori sono misurati e certificati dalle fonti informative ufficiali (flussi informativi, dati di contabilità gestionale e analitica, dati di bilancio etc.). Per gli indicatori qualitativi che non attengono a misurazione numerica, le fonti di riferimento sono atti pubblici o certificazioni acquisite dai referenti competenti per le attività sottostanti alla misurazione dell'indicatore e quindi nel pieno rispetto del principio della terzietà e della segregazione.

La misurazione viene certificata mediante un controllo interno formalizzato dalle procedure PAC (Percorsi attuativi di certificabilità) che verifica la qualità dei dati e la congruità delle misurazioni.

La misurazione viene poi trasmessa ai singoli responsabili di budget al fine di acquisire eventuali elementi utili alla successiva fase di valutazione che è effettuata dalla Direzione Strategica.

La valutazione di prima istanza così effettuata è registrata a sistema come performance riconosciuta e trasmessa per quanto di competenza all'OIV.

Per quanto attiene alla valutazione dei dirigenti, il SMVP aziendale prevede, oltre la valutazione degli obiettivi individuali come sopra riportato, altri ambiti di valutazione che riguardano:

- La performance organizzativa;
- La capacità di valutazione;
- La qualità del contributo individuale;
- Le competenze manageriali;
- I comportamenti e le competenze professionali.

Tali ambiti sono sviluppati nella scheda individuale di valutazione secondo quanto previsto dal regolamento aziendale. La valutazione individuale dei dirigenti viene completata successivamente alla validazione della performance organizzativa da parte dell'OIV.

Si rimanda, per completezza di informazione, al [SMVP aziendale](#).

Infine, in merito al sistema della performance aziendale, alla metodologia applicata e alla redazione della presente relazione, nel solco del percorso di miglioramento, che integra eventuali punti di debolezza rilevate dall'OIV, sono state privilegiate le caratteristiche della sinteticità e della rappresentazione in tabella, chiarezza e rilevanza dei contenuti al fine di facilitare la lettura e la comprensione da parte degli stakeholder.



Conclusioni

Il 2022 è stato l'anno della transizione dallo stato di emergenza alla gestione ordinaria in cui il Covid-19, gradualmente, è stato integrato nei percorsi di cura e assistenza standard mediante l'adeguamento dei setting assistenziali.

La pandemia è stata affrontata con metodo scientifico e grazie alla massiccia campagna di vaccinazione che ha caratterizzato il 2021, si è raggiunta velocemente la cosiddetta massa critica immunologica che ha reso il Covid-19 non letale e trattabile clinicamente come ogni altra forma di patologia con alte probabilità di guarigione.

Ciò ha consentito di orientare l'attività dell'Azienda, la riorganizzazione dei servizi, verso la "nuova normalità", con la consapevolezza che sarebbe stato necessario recuperare il terreno perduto soprattutto nell'area della prevenzione oncologica che ha subito, nel corso del periodo emergenziale, un repentino rallentamento.

L'analisi complessiva dei dati, elaborati dalla UOC Controllo di gestione e SIS e rappresentati con fonti ufficiali reperibili nelle banche dati regionali e ministeriali, forniscono informazioni soddisfacenti di miglioramento (ad esempio nell'offerta ospedaliera, negli screening oncologici), ma rivelano anche punti di debolezza, come ad esempio in alcuni indicatori che riguardano il Piano Nazionale Esiti.

Con la consapevolezza della missione del manager, che deve certamente orientare la gestione al mantenimento e/o possibile miglioramento dei livelli di eccellenza raggiunti, al fine anche di proteggere il capitale umano e professionale creato, ma soprattutto intervenire per ridurre le disfunzioni che impattano negativamente sulla performance complessiva, sono state analizzate le criticità rilevate e sono state programmate le attività di miglioramento già nella pianificazione 2023-2025 (Cfr. PIAO 2023-2025).

Nell'ottica del continuo processo di miglioramento che contraddistingue il ciclo della performance, l'impegno dell'Azienda si concentra proprio nelle politiche di gestione finalizzate a uniformare verso l'alto il rendimento di tutti i servizi a sostegno del valore pubblico riconosciuto dagli stakeholder, in ogni dimensione e unità aziendale, che premia gli sforzi ad ogni livello operativo e gestionale aziendale. La sintesi della performance è proprio in questo premio.

Francesco Iudica
Commissario Straordinario

Gruppo di lavoro

La presente relazione è stata redatta dall'U.O. Controllo di gestione e SIS con la supervisione del Dirigente responsabile D.ssa Lorenza Garofalo.

Le fonti dei dati alla base delle informazioni rappresentate sono:

- I flussi informativi sanitari regionali e ministeriali;
- I flussi informativi economici e gestionali regionali e ministeriali;
- Dati demografici trasmessi dai comuni;
- Dati di contabilità analitica;

Allegati

- Allegato 1 – Albero della performance anno 2022. Rendiconta i risultati ottenuti rispetto ai target attesi riferiti alla performance aziendale programmata nel 2021 per il 2022.
- Allegato 2 – Obiettivi operativi anno 2022. Riporta, per ogni unità organizzativa, gli obiettivi operativi con i quali si sono declinati gli obiettivi strategici, i target attesi e i risultati raggiunti con dettaglio degli indicatori utilizzati e che hanno caratterizzato l'obiettivo.