

# Relazione sulla performance

2023





# Sommario

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>5</b>
<b>I PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI</b>	<b>7</b>
<b>ASSISTENZA OSPEDALIERA</b>	<b>10</b>
<b>PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA</b>	<b>15</b>
<b>VALORE PUBBLICO</b>	<b>18</b>
OVP.2023.01. - PIANO NAZIONALE ESITI: MIGLIORARE L'EFFICIENZA NEL TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLA FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE NEI PAZIENTI OVER 65 ANNI.	19
OVP.2023.02 - PIANO NAZIONALE ESITI: RIDUZIONE INCIDENZA PARTI CESAREI PRIMARI (IN DONNE SENZA PREGRESSO CESAREO).	19
OVP.2023.03 - EFFICIENTAMENTO ENERGETICO: AUMENTO DELL'EFFICIENZA ENERGETICA.	20
VALORE PUBBLICO IN SENSO AMPIO COMPLESSIVAMENTE REALIZZATO	21
<b>ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE</b>	<b>23</b>
<b>IL CONTESTO ESTERNO</b>	<b>26</b>
MUTAMENTI SIGNIFICATIVI DEL CONTESTO	26
AMBITO TERRITORIALE E POPOLAZIONE ASSISTITA	26
POPOLAZIONE ANIMALE E ALLEVAMENTI	28
STAKEHOLDER DELL'OFFERTA INTEGRATA	29
QUALITÀ PERCEPITA	30
<b>IL CONTESTO INTERNO</b>	<b>34</b>
L'AZIENDA	36
LE RISORSE UMANE	36
BENESSERE ORGANIZZATIVO	38
L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI	39
LE RISORSE ECONOMICHE	41
<b>MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE</b>	<b>43</b>
<b>L'ATTIVITÀ COMPLESSIVA</b>	<b>45</b>
COLLEGAMENTO TRA PERFORMANCE E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	47
<b>LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA</b>	<b>49</b>
OBIETTIVI ANNUALI	49
<b>MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI</b>	<b>51</b>
<b>IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE</b>	<b>51</b>
<b>CONCLUSIONI</b>	<b>53</b>
GRUPPO DI LAVORO	55
ALLEGATI	56



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 2023 e rendiconta i risultati ottenuti e gli scostamenti

rilevati rispetto alla programmazione contenuta del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025 adottato con delibera [478 del 28/03/2023](#). Nello specifico rendiconta i risultati ottenuti in relazione agli **obiettivi di valore pubblico, 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 2023

In questa sezione verranno illustrati i principali risultati ottenuti nel 2023 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 2023.

Nel corso del 2023 non si sono manifestati mutamenti apprezzabili del contesto operativo.

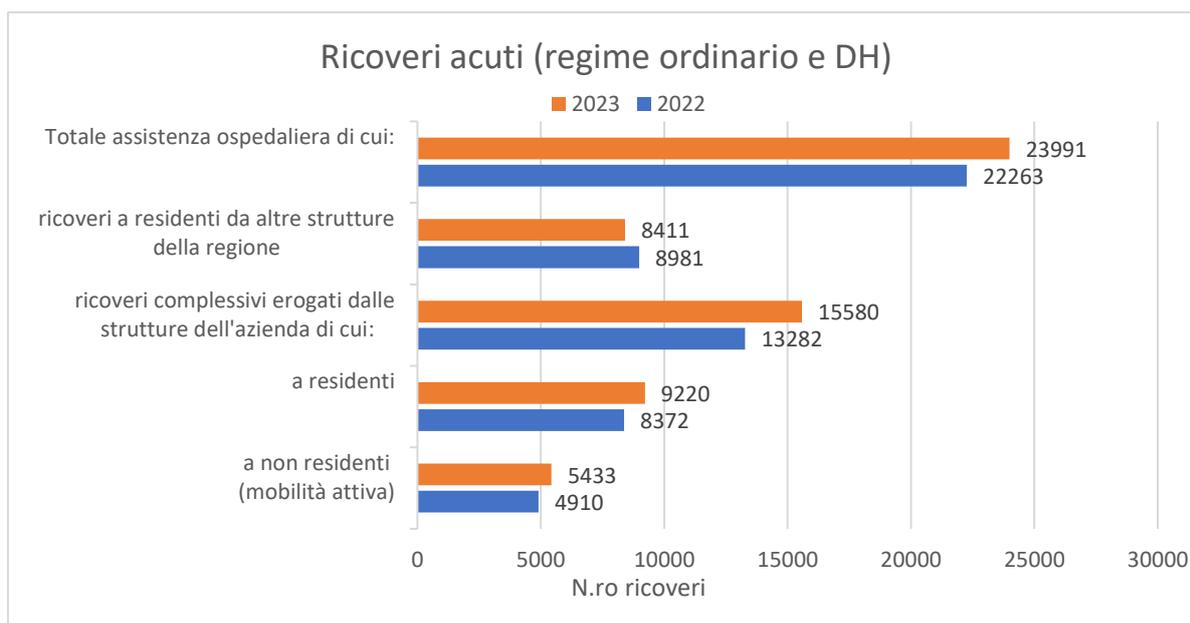


Figura 1 - Fonti: SDO e, per la mobilità passiva, piattaforma regionale rsslute

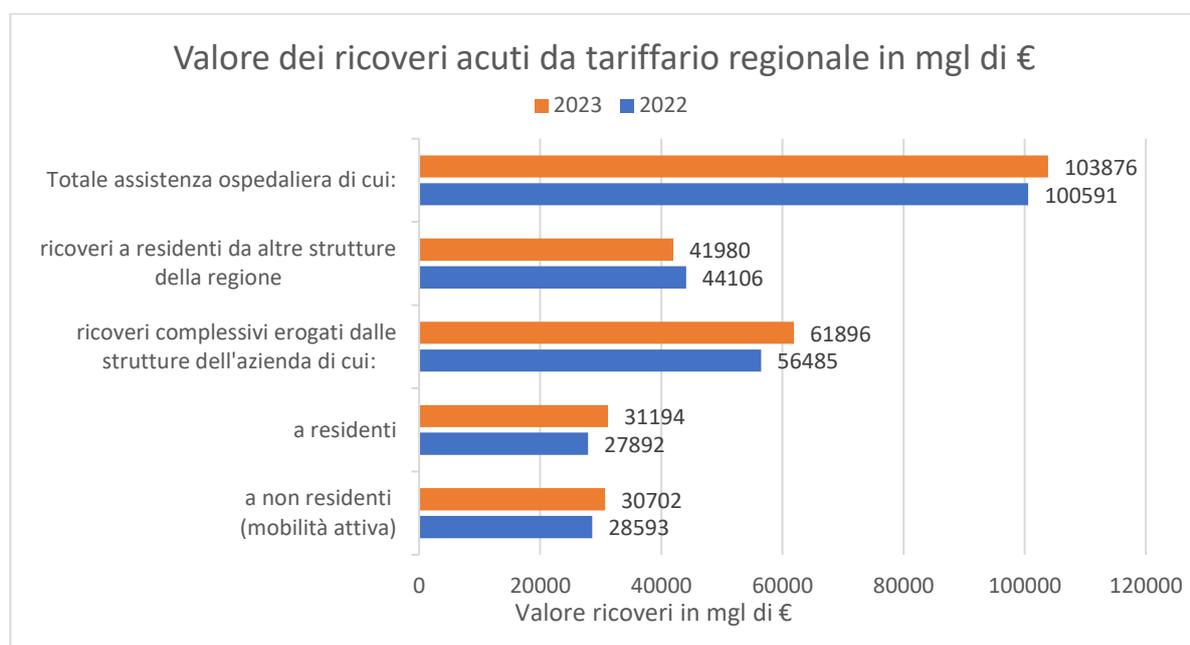


Figura 2 - Fonti: SDO e, per la mobilità passiva, piattaforma regionale rsslute

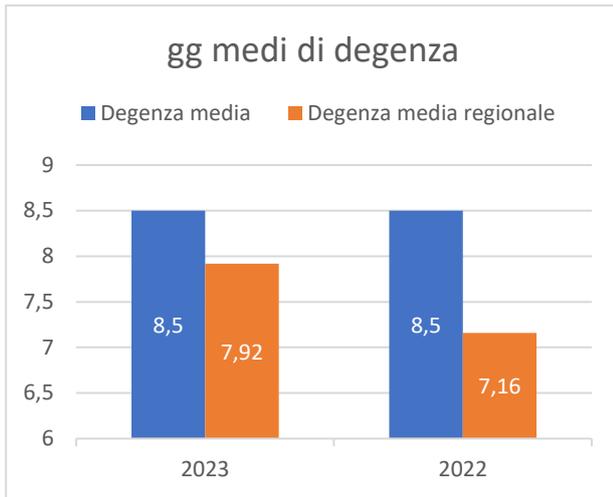


Figura 3 - degenza media

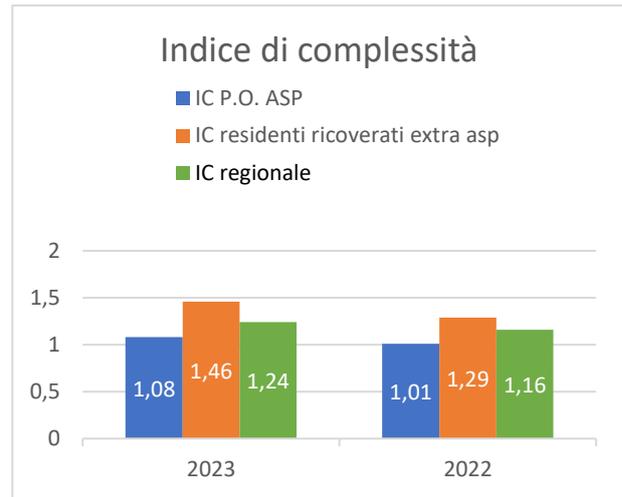


Figura 4 - Peso medio



Figura 5 - degenza media

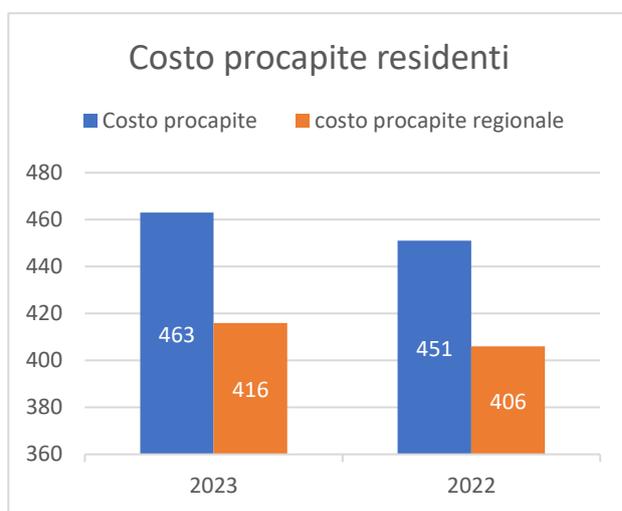


Figura 6 – costo medio per residente

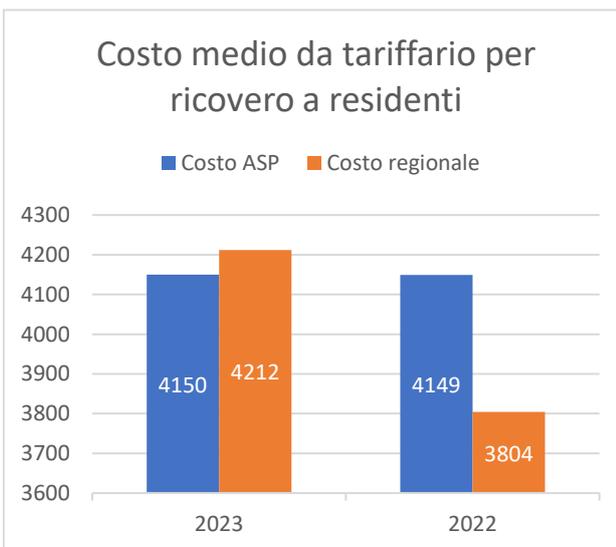


Figura 7 – costo per ricovero a residenti da tariffario

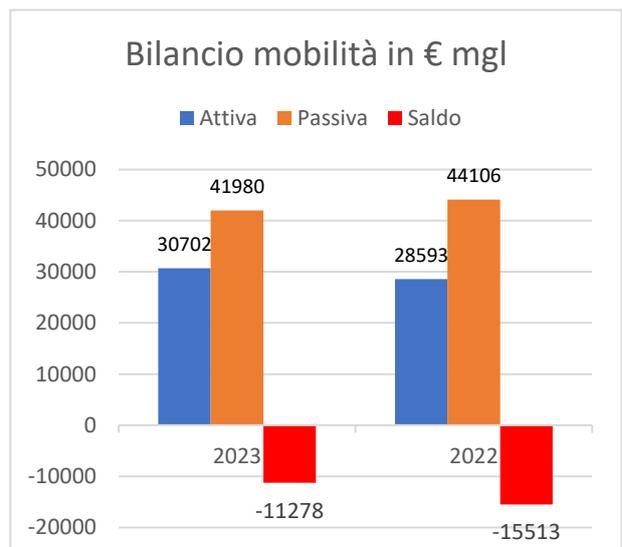


Figura 8 – bilancio mobilità

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 del progressivo aumento dei ricoveri. I ricoveri erogati dalle strutture dell'azienda sono aumentati del 8,74% mentre una tendenza inversa registrano i ricoveri erogate da altre strutture della regione con una riduzione del -4,82% (cfr. fig. 1.)

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**<sup>1</sup> 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 2023 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 che ha inciso anche complessivamente sul peso medio.

<sup>1</sup> 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](#)

Performance dei reparti chirurgici in ordine all'umento del peso medio chirurgico sui ricoveri ordinari e del numero dei ricoveri ordinari con drg chirurgico									
Reparto	Periodo				Miglioramento PM		Miglioramento ricoveri		
	2022		2023		Assoluto	%	Assoluto	%	
	PM	Ricoveri	PM	Ricoveri					
CHIRURGIA GENERALE - P.O. Basilotta - Nicosia	1,20	160	1,47	168	0,27	22,62%	8	5,0%	
CHIRURGIA GENERALE - P.O. Chiello - Piazza Armerina	1,02	159	1,32	156	0,30	29,24%	-3	-1,9%	
CHIRURGIA GENERALE - P.O. Umberto I - Enna	1,78	400	1,74	519	-0,04	-2,11%	119	29,8%	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - P.O. Basilotta - Nicosia	1,61	128	1,63	100	0,02	1,45%	-28	-21,9%	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - P.O. Chiello - Piazza Armerina	1,73	142	1,65	162	-0,08	-4,60%	20	14,1%	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - P.O. Umberto I - Enna	1,54	454	1,53	526	-0,01	-0,51%	72	15,9%	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA - P.O. Basilotta - Nicosia	0,74	88	0,75	70	0,01	1,01%	-18	-20,5%	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA - P.O. Umberto I - Enna	0,82	462	0,81	519	-0,01	-0,81%	57	12,3%	
OTORINOLARINGOIATRIA, AUDIOLOGIA - P.O. Umberto I - Enna	1,41	124	1,37	166	-0,04	-2,56%	42	33,9%	
UROLOGIA - P.O. Umberto I - Enna	1,08	257	1,10	337	0,02	1,74%	80	31,1%	

Tabella 1 - Fonte: Schede di dimissione ospedaliere

Sul fronte del **Piano Nazionale Esiti**, i dati evidenziano una lieve flessione rispetto all'anno precedente. Mentre i dati relativi alla tempestività degli interventi su fratture del femore su pazienti over 65 anni e alla tempestività dell'effettuazione del PTCA nei casi di IMA STEMI, evidenziano risultati, sui rispettivi indicatori, in netto miglioramento rispetto all'anno precedente.

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, ha saputo sopperire alle carenze strutturali registrando risultati eccellenti. Inoltre la riorganizzazione dei processi avvenuta nel corso del 2023 ha consentito di superare le disfunzioni che hanno influito negativamente sul risultato 2022.

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 ha consentito di ottenere delle performance superiori alle attese. Per ulteriori approfondimenti si rimanda al sito ufficiale del [Piano Nazionale Esiti](#).

Rimane purtroppo fuori soglia massima accettabile l'incidenza dei parti cesarei che rispetto al 2022 registra, anche se lieve, un aumento.

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  $\geq 94\%$  con polarità positiva

Risultati								
Anno	2020		2021		2022		2023	
Presidio	TG	TA	TG	TA	TG	TA	TG	TA
Umberto I	75,29%	81,01%	66,29%	84,29%	42,64%	49,11%	74,76%	82,80%
Chiello	40,24%	62,26%	40,28%	70,73%	42,31%	71,7%	51,30%	83,7%
Basilotta	78,40%	87,9%	69,40%	85,7%	68,30%	90,3%	80,50%	91,7%
<b>Totale ASP</b>	<b>66,19%</b>	<b>79,65%</b>	<b>60,99%</b>	<b>82,30%</b>	<b>46,77%</b>	<b>61,38%</b>	<b>67,41%</b>	<b>84,83%</b>

#### 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  $\leq 25\%$  con polarità negativa

Risultati								
Anno	2020		2021		2022		2023	
Presidio	TG	TA	TG	TA	TG	TA	TG	TA
Umberto I	20,76%	20,76%	26,79%	26,79%	30,61%	30,61%	31,91%	31,91%
Basilotta	34,59%	34,59%	21,99%	21,99%	20,63%	20,63%	18,40%	18,40%
<b>Totale ASP</b>	<b>23,08%</b>	<b>23,08%</b>	<b>25,95%</b>	<b>25,95%</b>	<b>29,10%</b>	<b>29,10%</b>	<b>29,92%</b>	<b>29,92%</b>

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	2020		2021		2022		2023	
Presidio	TG	TA	TG	TA	TG	TA	TG	TA
Umberto I	78,13%	89,29%	76,00%	90,48%	56,25%	62,67%	56,67%	80,95%
<b>Totale ASP</b>	<b>78,13%</b>	<b>89,29%</b>	<b>76,00%</b>	<b>90,48%</b>	<b>56,25%</b>	<b>62,67%</b>	<b>57,67%</b>	<b>80,95%</b>

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	2020		2021		2022		2023	
Presidio	TG	TA	TG	TA	TG	TA	TG	TA
Umberto I	92,59%	92,59%	97,22%	97,22%	100%	100%	96,49%	96,49%
Chiello	86,67%	86,67%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Basilotta	80%	80%	100%	100%	100%	100%	93,55%	93,55%
<b>Totale ASP</b>	<b>89,36%</b>	<b>89,36%</b>	<b>98,67%</b>	<b>98,67%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>96,26%</b>	<b>96,26%</b>

## Prevenzione collettiva e sanità pubblica

Nell'ambito della prevenzione collettiva, il 2023 è stato un "anno cruciale" caratterizzato dalle fasi di progettazione e stesura del Piano Aziendale di Prevenzione, con la partecipazione attiva della Direzione Strategica Aziendale e degli attori coinvolti nel processo. Durante questa fase, sono state individuate le criticità nei processi di screening oncologici e sono state delineate azioni specifiche per affrontarle. Inoltre, sono stati definiti obiettivi dettagliati e azioni propedeutiche al loro raggiungimento.

Le azioni specifiche delineate nel Piano sono state suddivise in quattro Azioni Trasversali, definite a livello regionale dal DASOE, e undici Azioni Specifiche Aziendali, garantendo così un approccio integrato e multidisciplinare al problema della prevenzione oncologica.

Nel corso del 2023, l'attenzione è stata concentrata sulla progettazione delle azioni, richiedendo un impegno costante e una stretta collaborazione tra le diverse unità operative coinvolte nel processo degli screening oncologici. È stata data particolare importanza alla pianificazione delle attività, alla loro supervisione e al sistema di monitoraggio dei risultati.

**Il Piano Aziendale di Prevenzione 2020-2025 screening oncologici - programmazione attività anno 2024-2025 è stato approvato giorno 8 novembre 2023 con giunta delibera n.1739.**

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 103% nello screening del cervicocarcinoma, l'88% nello screening mammografico e l'89% nello screening del colon retto. Il tasso di adesione ha tuttavia registrato un decremento rispetto al 2022. Per lo screening del cervicocarcinoma il **tasso di adesione LEA** si è attestato al 25% (-14% rispetto al 2022); lo

screening mammografico ha registrato il 26% (-28%) mentre si è ottenuto e il 9% (-3%) nello screening del colon retto.

Nello screening mammografico il calo registrato è riconducibile alla riorganizzazione del servizio che ha inevitabilmente inciso sulla capacità produttiva che ha risentito della tempistica occorrente per la messa a regime dei nuovi protocolli e della riorganizzazione delle risorse umane e strumentali.

Anche lo screening del cervicocarcinoma è stato interessato da una radicale riorganizzazione riconducibile all'introduzione del nuovo test HPV-DNA che ha determinato un periodo di sospensione per consentire: l'aggiornamento dei sistemi informativi, la logistica dei campioni, la riorganizzazione dei percorsi di arruolamento e la formazione agli operatori sui nuovi protocolli.

Pure lo screening del colonretto ha subito nel corso del 2023 una sostanziale ristrutturazione nel processo di erogazione a seguito delle criticità rilevate dall'Osservatorio Nazionale di Screening. Sono stati individuati nel corso del 2023 precisi ambiti di intervento descritti nel piano aziendale di prevenzione. Tali processi anche per lo screening del colonretto hanno determinato una

temporanea ridotta capacità di erogazione che tipicamente si riscontra nell'ambito della riorganizzazione operativa e funzionale.

Di seguito si riportano graficamente i dati sopra esposti (rapporto regionale 2023).

### Focus informativo

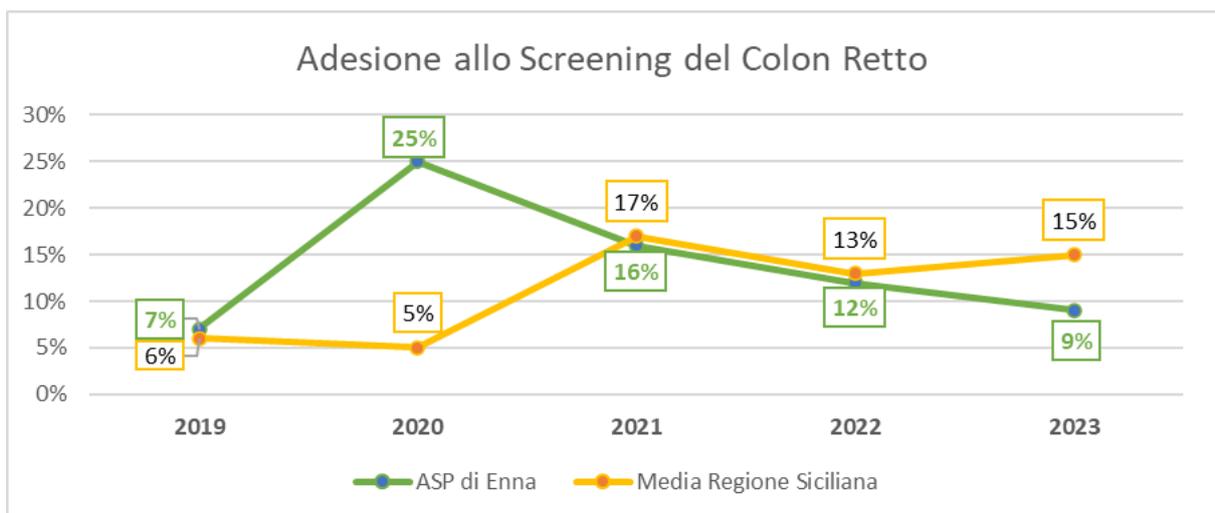
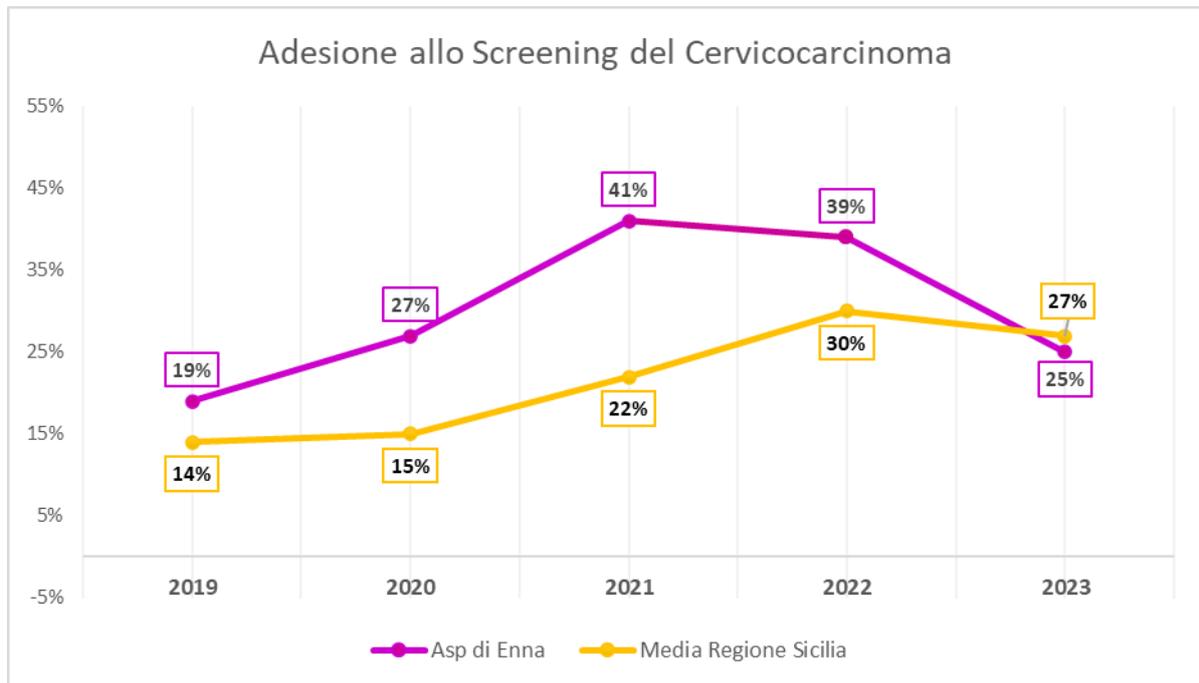
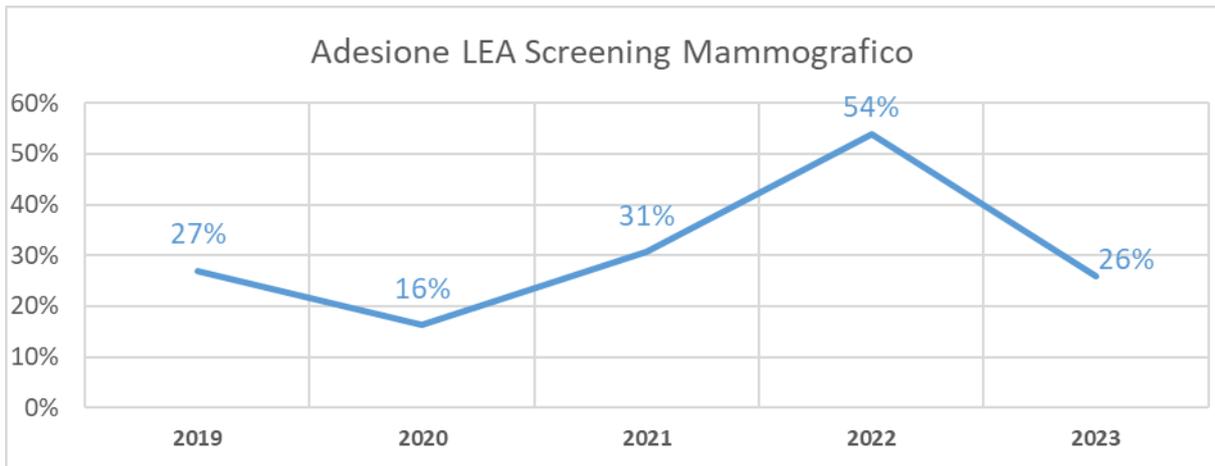
*L'attività di prevenzione, relativa allo screening oncologico, pone l'azienda in un ruolo attivo.*

*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.*

Tipo Screening	Mammografico	Citologico	Colon Retto
Popolazione istat 2022 - Donne 25-64*	-	42.721	-
Popolazione istat 2022 - Donne 50-69	24.293	-	24.293
Popolazione istat 2022 - Uomini 50-69	-	-	22.229
<b>Popolazione Target 2023</b>	<b>12.147</b>	<b>14.240</b>	<b>23.261</b>
Esclusioni Definitive	75	174	0
Esclusioni Temporanee Precedenti all'invito	19	124	90
Esclusioni Temporanee Successive all'invito	131	676	16
Inesitati	7	78	2
N° inviti spediti	10.672	14.334	20.646
N° test eseguiti	3.168	3.285	2.144
<b>Estensione Corretta</b>	<b>88%</b>	<b>103%</b>	<b>89%</b>
<b>Adesione Corretta</b>	<b>30%</b>	<b>24%</b>	<b>10%</b>
<b>LEA</b>	<b>26%</b>	<b>25%</b>	<b>9%</b>



[Nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025](#) l'Azienda ha declinato i seguenti obiettivi di valore pubblico:

- OVP.2023.01. - Piano Nazionale Esiti: Migliorare l'efficienza nel trattamento chirurgico della frattura del collo del femore nei pazienti over 65 anni.
- OVP.2023.02 - Piano Nazionale Esiti: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza pregresso cesareo).
- OVP.2023.03 - Efficientamento energetico: Aumento dell'efficienza energetica.

Gli obiettivi di valore pubblico sono stati declinati nelle due prospettive gestionali:

- **Prospettiva olistica** dell'ente inteso istituito con personalità giuridica che persegue la mission istituzionale creando valore riconosciuto dal contesto degli stakeholder diretti e collaterali;
- **Prospettiva organizzativa** ovvero prospettiva interna dell'ente inteso come sistema organico di unità operative specializzate in attività distinte e orientate a soddisfare specifici bisogni.

Nella **prospettiva olistica** gli obiettivi di valore pubblico sono stati declinati con la finalità di misurare, in termini di miglioramento di impatto, la capacità dell'ente di creare valore rispetto a specifici determinanti considerati di particolare interesse pubblico.

Nella **prospettiva organizzativa** gli obiettivi di valore pubblico sono stati declinati in obiettivi operativi e assegnati alle unità organizzative con la finalità di misurare, in termini di performance, il contributo

di ciascuna unità organizzativa al grado di valore pubblico realizzato dall'ente.

Gli obiettivi di valore pubblico sono stati strutturati secondo un paradigma<sup>2</sup> che integra:

- La performance organizzativa;
- La gestione dei rischi corruttivi e delle disfunzioni gestionali;
- La salute organizzativa/professionale.

Per maggiori dettagli in merito alla programmazione degli obiettivi di valore pubblico si rinvia al [PIAO 2023/2025](#).

In questa sezione si rendiconta il valore pubblico creato nella **prospettiva olistica**, misurato secondo la metodologia descritta nel PIAO 2023/2025. **Gli indici rendicontati misurano il livello di miglioramento rispetto ai valori soglia.**

Si rinvia all'**allegato 3 – Misurazione valore pubblico**, per la reportistica dettagliata del valore pubblico.

### Focus informativo

*Ai fini della corretta esposizione dei dati si evidenzia che nel PIAO 2023/2025 per mero refuso:*

- L'obiettivo OVP.2023.03 presenta un target di TEP pari a 3121 anziché 3605. La misurazione è effettuata su 3605.
- Le formule con risultato intermedio tra Min e Max e con polarità positiva (miglioramento con tendenza verso il Max) sono state indicate  $\text{PesoX}((\text{Risultato realizzato} - \text{Min}) / (\text{Max} - \text{Min}))$  anziché  $\text{PesoX}((\text{Risultato realizzato} - \text{Min}) / (\text{Max} - \text{Min}))$ . La misurazione è stata effettuata con  $\text{PesoX}((\text{Risultato realizzato} - \text{Min}) / (\text{Max} - \text{Min}))$ .
- Le formule con risultato intermedio tra Min e Max e con polarità negativa (miglioramento con tendenza verso il Min) sono state indicate  $(\text{Max} - \text{qualità erogata}) / (\text{Max} - \text{Min})$  anziché  $\text{PesoX}(\text{Max} - \text{qualità erogata}) / (\text{Max} - \text{Min})$ .
- L'obiettivo OVP.2023.01.P01 presenta delle soglie il cui valore stimato ha risentito del periodo COVID che ha registrato una drastica riduzione dell'attività ospedaliera e pertanto risultano sottodimensionate rispetto al periodo di normale attività. Sono state ricalcolate nel corso del 2023 rimodulando a min: € 400; max: € 900

<sup>2</sup> Cfr Metodologia [PIAO 2023/2025](#)

OVP.2023.01. - Piano Nazionale Esiti: Migliorare l'efficienza nel trattamento chirurgico della frattura del collo del femore nei pazienti over 65 anni.

Nel corso del 2023, il trattamento chirurgico della frattura del femore è stato

riorganizzato con dei percorsi focalizzati che hanno consentito di ottenere un netto miglioramento degli indicatori del Piano Nazionale Esiti.

In termini di valore pubblico i risultati ottenuti sono i seguenti:

Misurazione valore pubblico in senso ampio			
Codice	Descrizione	Atteso	Realizzato <sup>3</sup>
VP.2023.01	Valore pubblico PNE frattura femore over 65 anni	100%	+79%
Obiettivo di valore pubblico			
Codice	OVP.2023.01	100%	+38%
Descrizione	Piano Nazionale Esiti: Migliorare l'efficienza nel trattamento chirurgico della frattura del collo del femore nei pazienti over 65 anni		
Obiettivo di performance organizzativa			
Codice	OVP.2023.01.P01	100%	+58%
Descrizione	Piano Nazionale esiti: Aumento proporzione del trattamento chirurgico della frattura del collo del femore, entro 2 giorni dal ricovero, nei pazienti over 65 anni.		
Obiettivo di anticorruzione e trasparenza			
Codice	OVP.2023.01.A01	100%	100%
Descrizione	Verifica trimestrale dell'indicatore con l'indicazione delle motivazioni dell'eventuale ritardo negli interventi chirurgici ed i correttivi da adottare per il miglioramento.		
Obiettivi di salute organizzativa			
Codice	OVP.2023.01.O01	100%	100%
Descrizione	Riorganizzare i processi e le risorse umane funzionalmente al raggiungimento dello standard atteso inerente al PNE frattura del collo del femore in soggetti over 65 anni		
Obiettivi di salute professionale			
Codice	OVP.2023.01.U01	100%	100%
Descrizione	Reclutamento delle professionalità mediche necessarie alla piena copertura dei turni		

Il risultato raggiunto con riferimento all'obiettivo OVP.2023.01 è stato pari al 67,41%. In altri termini il 67,41% delle fratture del femore in pazienti over 65 anni è stato trattato entro le 48 ore dal ricovero.

Il dato si attesta tra la soglia minima del 59,68% e il target previsto per il 2024 pari all'80%. In termini di impatto è stato raggiunto un valore pubblico del 38% misurato come **miglioramento registrato rispetto alla soglia minima e il target**. Il miglioramento del valore pubblico complessivamente realizzato si attesta a +79%.

OVP.2023.02 - Piano Nazionale Esiti: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza pregresso cesareo).

Nonostante gli sforzi profusi nel 2023 soprattutto nella promozione del parto

naturale con appositi corsi di preparazione al parto, l'obiettivo di valore pubblico OVP.2023.02 si è attestato sostanzialmente al valore del 2022 con un indicatore pari al 29,92% ossia le donne senza pregresso parto cesareo, residenti nell'ambito territoriale dell'ASP di Enna, che hanno partorito con parto cesareo, rappresentano il 29,90% dei parti che sono stati registrati nei PP.OO. dell'ASP di Enna. L'indicatore ha superato il target programmato per il 2024 pari al 29%. Pertanto **rispetto alla soglia minima non vi è stato alcun miglioramento**.

Le azioni che sono state effettuate hanno avuto comunque un impatto positivo grazie ai corsi di preparazione al parto naturale che hanno diffuso maggiore consapevolezza, soprattutto tra le neo-mamme, in merito ai benefici, al benessere psico-fisico, ai

<sup>3</sup> VP%= Media (A%, B%, C%, D%, E%)

minori rischi e al minore tempo recupero che il parto naturale presenta rispetto al parto cesareo.

Tuttavia l'intervento pur dimostrandosi efficace nell'ambito della promozione e prevenzione della salute, ha un impatto minore rispetto alla prassi adottata in ambito ospedaliero.

Risulta evidente che è necessaria un'azione maggiormente incisiva in ambito ospedaliero mediante un coinvolgimento

più alto e l'adozione di misure organizzative e azioni adeguate a promuovere "culturalmente" la prassi del parto naturale.

Alla luce di quanto descritto il miglioramento del valore pubblico complessivamente realizzato si attesta a +39%.

Si riportano i risultati di valore pubblico:

Misurazione valore pubblico in senso ampio			
Codice	Descrizione	Atteso	Realizzato <sup>4</sup>
VP.2023.02	Valore pubblico PNE appropriatezza parto cesareo	100%	+39%
Obiettivo di valore pubblico			
Codice	OVP.2023.02	100%	0%
Descrizione	Piano Nazionale Esiti: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza pregresso cesareo)		
Obiettivo di performance organizzativa			
Codice	OVP.2023.02.P01	100%	+56%
Descrizione	Piano Nazionale esiti: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza pregresso cesareo).		
Obiettivo di anticorruzione e trasparenza			
Codice	OVP.2023.02.A01	100%	0%
Descrizione	Attuazione del PDTA presso le ostetriche a supporto del parto naturale in una prospettiva di integrazione e continuità con il percorso avviato nei servizi territoriali.		
Obiettivi di salute organizzativa			
Codice	OVP.2023.02.O01	100%	100%
Descrizione	Realizzare una campagna informativa sulle iniziative socio-assistenziali per incentivare l'adesione ai percorsi finalizzati al supporto del parto naturale		

#### OVP.2023.03 - Efficientamento energetico: Aumento dell'efficienza energetica.

Con riferimento all'obiettivo di efficientamento energetico, sebbene nel corso del 2023 non si sia attuato il cogeneratore previsto, le politiche promosse hanno consentito di ottenere una riduzione di 445 TEP consumati (-12% rispetto al 2021) attestandosi sotto la soglia massima programmata di 3.605 TEP. Ciò ha consentito di soddisfare al 72% l'indicatore dell'obiettivo di valore pubblico misurato in termini di miglioramento della riduzione di TEP rispetto alla soglia massima. Il miglioramento del valore pubblico complessivamente realizzato si attesta a +85,50%.

<sup>4</sup> VP%= Media (A%, B%, C%, D%)

Misurazione valore pubblico in senso ampio			
Codice	Descrizione	Atteso	Realizzato <sup>5</sup>
VP.2023.03	Valore pubblico efficientamento energetico	100%	85,50%
Obiettivo di valore pubblico			
Codice	OVP.2023.03	100%	72%
Descrizione	Efficientamento energetico: Aumento dell'efficienza energetica		
Obiettivo di performance organizzativa			
Codice	OVP.2023.03.P01	100%	70%
Descrizione	Efficientamento energetico: Aumento dell'efficienza energetica		
Obiettivo di anticorruzione e trasparenza			
Codice	OVP.2023.03.A01	100%	100%
Descrizione	Adozione della programmazione aziendale, contenente criteri predefiniti e modalità di abbattimento degli sprechi energetici		
Obiettivi di salute organizzativa			
Codice	OVP.2023.03.O01	100%	100%
Descrizione	Integrare il monitoraggio energetico nei processi aziendali		

### Valore pubblico in senso ampio complessivamente realizzato

. Il valore pubblico in senso ampio, è il valore pubblico creato dall'organizzazione, nella **prospettiva olistica**, in termini di miglioramento degli impatti e in base ai contributi del performance management, del risk management, dell'HR management.

In definitiva il valore pubblico in senso ampio sarà il valore pubblico creato dall'azienda e sarà la base di riflessione per avviare la valutazione partecipativa con gli stakeholder atteso che la programmazione, nella sua interezza, è stata decisa dalla gestione strategica.

**In termini di miglioramento degli impatti l'azienda ha realizzato nel 2023 il 67,83%** degli obiettivi con una prospettiva, rispetto ai target dichiarati per il prossimo 2024, che certamente presenta ampi margini di azione per perseguire un miglioramento dell'impatto soprattutto sanitario.

Il monitoraggio al 2023 evidenzia un ottimo risultato che depone favorevolmente rispetto alla qualità della programmazione effettuata e al commitment del personale aziendale che ha consentito di realizzare in buona parte gli obiettivi di valore pubblico prefissati.

Valore pubblico in senso ampio complessivamente realizzato			
Codice	Descrizione	Atteso	Realizzato <sup>6</sup>
VP.2023.01	Valore pubblico PNE frattura femore over 65 anni	100%	+79%
VP.2023.02	Valore pubblico PNE appropriatezza parto cesareo	100%	+39%
VP.2023.03	Valore pubblico efficientamento energetico	100%	+85,50%
<b>Totale valore pubblico realizzato</b>		<b>100%</b>	<b>+67,83%</b>

<sup>5</sup> VP%= Media (A%, B%, C% , D% )

<sup>6</sup> VPT%= Media(VP01% , VP02% , VP03%)



# 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

Il 2023 non registrano significativi mutamenti del contesto.

### 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 21 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.

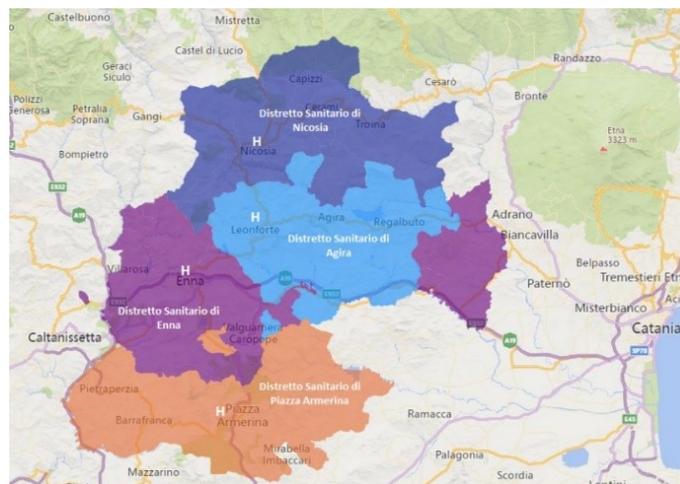


Figura 10 - Ambiti territoriali dei distretti sanitari

Il totale della popolazione assistibile aggiornata al 31/12/2023 è di 158.325 (-1.853 rispetto al 2022) residenti<sup>7</sup>. Il bacino di assistiti over 60 anni rappresenta il 32,76% della popolazione residente che rispetto al 2022 ha registrato una variazione in aumento del 5,60%. La fascia tra i 30 e i 59 anni rappresenta il 39,46% della popolazione con una variazione negativa rispetto al 2022 del -6,03% il bacino di assistiti compresi tra i 30 e i 59 anni. La popolazione giovanile tra i 0 e i 29 anni si attesta al 27,78% della popolazione residente con una diminuzione rispetto al 2022 del -14,80%;

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

Lo slittamento della popolazione verso la fascia anziana è maggiormente accentuato dal decremento che si registra nella fascia infantile (-5,09% della fascia 0-6 anni) e adolescenziale (-6,41% della fascia 7-13 anni). Complessivamente la fascia giovanile 14-29 anni ha registrato anch'essa una singolarità variazione negativa (-3,29%)

<sup>7</sup> Fonte: servizi anagrafici comunali

La distribuzione della popolazione per distretto sanitario evidenzia il Distretto di Enna il più popolato con 50.277 residenti pari al 31,76% della popolazione, segue Il Distretto di Piazza Armerina con 43.776 residenti pari al

27,65%, il Distretto di Agira con 34.507 residenti pari al 21,80% e infine il Distretto di Nicosia con 29.765 residenti pari al 18,80%.

Popolazione assistibile residente per fasce di età 2022										
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%			
<b>Totale</b>	<b>160.178</b>									

Popolazione assistibile residente per fasce di età 2023										
Età	00-06	07-13	14-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	over 80
Nro	6.409	10.155	9.528	17.891	18.039	19.837	24.604	22.565	17.261	12.036
%	4,05%	6,41%	6,02%	11,30%	11,39%	12,53%	15,54%	14,25%	10,90%	7,60%
	27,78%			39,46%			32,76%			
<b>Totale</b>	<b>158.325</b>									

Variazione 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	-344	-696	-109	-395	-310	-591	-361	335	451	167
%	-5,09%	-6,41%	-1,13%	-2,16%	-1,69%	-2,89%	-1,45%	1,51%	2,68%	1,41%
	-14,80%			-6,03%			5,60%			
<b>Totale</b>	<b>-1.853</b>									

Distribuzione popolazione 2023 per genere ed età					
fascia di età	Genere				Totale
	Femminile		Maschile		
	Assititi	%	Assititi	%	
00-06	3.161	49,32%	3.248	50,68%	6.409
07-13	4.951	48,75%	5.204	51,25%	10.155
14-19	4.543	47,68%	4.985	52,32%	9.528
20-29	8.701	48,63%	9.190	51,37%	17.891
30-39	8.823	48,91%	9.216	51,09%	18.039
40-49	10.021	50,52%	9.816	49,48%	19.837
50-59	12.673	51,51%	11.931	48,49%	24.604
60-69	12.021	53,27%	10.544	46,73%	22.565
70-79	9.430	54,63%	7.831	45,37%	17.261
over 80	7.294	60,60%	4.742	39,40%	12.036
<b>Totale</b>	<b>81.618</b>	<b>51,55%</b>	<b>76.707</b>	<b>48,45%</b>	<b>158.325</b>

Oltre la popolazione residente l'ASP eroga i servizi sanitari anche ai cittadini italiani non residenti e ai cittadini stranieri. Nel 2023, con riferimento all'assistenza ospedaliera dei presidi ospedalieri a gestione diretta, sono stati erogati 3.029 ricoveri a non

residenti di cui 2.823 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 complessivamente 1.858.738 le prestazioni rese di cui 187.384 a non residenti.



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 2023 risultano 34.708 gli esenti per reddito (il 21,92% della popolazione residente) mentre gli esenti altri motivi risultano 59.958 (il 37,87% della popolazione residente) di cui 1.300 per malattie rare. Complessivamente la popolazione esente ammonta a 95.966 residenti ed incide per il 60,61% 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	48.034	1.260	38,12	304,43	7,98
SPECIE OVICAPRINA	103.633	1.167	88,80	656,80	7,39
SPECIE EQUINA	6.207	1.470	4,22	39,33	9,31
SPECIE SUINA	5.897	121	48,73	37,37	0,76
SPECIE AVINICOLA	1.170.640	60	19.510,66	7.419,30	0,38
<b>Totale</b>	<b>1.334.411,00</b>	<b>4.078,00</b>	<b>19.690,53</b>	<b>8.457,23</b>	<b>25,82</b>

Figura 13 - popolazione animale e allevamenti anno 2023. Fonte: Anagrafica Dipartimento veterinario

Tipologia	N.ro
STABILIMENTI CON RICONOSCIMENTO CE (853)	54
STABILIMENTI REGISTRATI (852 - V)	411
STABILIMENTI REGISTRATI (852 - C)	796
<b>Totale</b>	<b>998</b>

Tabella 2 - Stabilimenti di produzione e commercializzazione alimenti di origine animale anno 2023. 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

contemperata 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	132
Continuità assistenziale	22
Assistenza farmaceutica	80
Assistenza integrativa e protesica	5
Assistenza specialistica ambulatoriale	50
Assistenza alle persone con disabilità (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale)	3
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
<b>Totale</b>	<b>298</b>

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

### Qualità percepita

L'esposizione 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 istituzionale: gli assistiti.

La differente visione che spesso si instaura tra organizzazione sanitaria e stakeholders, cittadini/utenti, nasce dalla cosiddetta "asimmetria informativa" propria di ogni situazione in cui il contenuto professionale del servizio prodotto ed erogato è elevato ed i destinatari non possiedono lo stesso livello di conoscenza di chi eroga il servizio: il cittadino diventa in questo caso un "soggetto debole". Il soggetto forte, ossia l'istituzione sanitaria dovrà, dunque, risolvere positivamente l'asimmetria "formando" il cittadino, e quindi comunicando con quest'ultimo attraverso strumenti e linguaggi a lui affini, trasmettendo

informazioni, spiegazioni, confutando pregiudizi che possono rivelarsi fuorvianti. Ciò deve avvenire in maniera organizzata e strutturata.

È in questo contesto che diventa fondamentale progettare la Valutazione Partecipativa intesa come forma di valutazione della performance che avviene nell'ambito di un rapporto di collaborazione tra amministrazione pubblica e cittadini che comprende diversi ambiti e strumenti.

All'interno di tale rapporto, il processo può essere guidato prevalentemente dall'amministrazione (valutazione partecipativa) o dai cittadini (valutazione civica).

Il punto di vista dei cittadini è considerato oggetto di indagine, ovvero uno dei tanti punti di vista da tenere in considerazione durante la valutazione. Nella valutazione partecipativa, invece, tale prospettiva si ribalta. Il cittadino e/o l'utente cessa di essere esclusivamente oggetto di indagine, diventando co-valutatore delle attività e dei servizi di cui beneficia, anche ai fini del miglioramento organizzativo (cfr. Linee Guida Valutazione Partecipativa Dipartimento Funzione Pubblica).

La valutazione partecipativa è svolta in collaborazione con i cittadini e/o gli utenti, mediante l'utilizzo di metodologie dichiarate e controllabili aventi anche lo scopo di ridurre l'asimmetria informativa, per la formulazione di giudizi motivati sull'operato dell'amministrazione. Sono dunque i cittadini e/o gli utenti stessi, dotati di adeguati strumenti, a produrre informazioni rilevanti per la valutazione dei servizi. L'attività di valutazione partecipativa consente così di monitorare e verificare, ad esempio, il rispetto di determinati standard quanti-qualitativi previsti da impegni contrattuali o carte dei servizi o il grado di rispondenza di determinate attività e servizi alle attese dei cittadini e/o utenti.

In quest'ottica l'ASP di Enna, attraverso le sue articolazioni, ha implementato

fino a oggi il sistema di relazioni con gli utenti e di valutazione attraverso “l’ascolto” e utilizzando le tecniche più diffuse (indagine qualità percepita, analisi reclami, sportelli URP, social, email, ecc.).

Di alcune azioni, qualità percepita e analisi dei reclami sottoscritti, si presenterà di seguito una sintetica relazione relativa all’anno 2023.

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 2023, in totale, i reclami sottoscritti dagli utenti (escludendo, quindi, i verbali e i telefonici che ammontano a più di 1500) sono stati n. 215 così suddivisi:

- n. 141 raccolti presso le postazioni URP Enna (territorio e ospedale)
- n. 36 a Piazza Armerina
- n. 14 a Leonforte/Agira
- n. 24 a Nicosia.

Di essi, n. 85 hanno ricevuto risposta da parte del dirigente della struttura e/o del servizio, per una percentuale pari al 39,5 %. Gli elogi ricevuti sono stati n. 10 per altrettanti servizi e reparti in totale.

I reclami informali sono stati 615; le richieste di informazioni pari a 5450.

Disservizio	Reclami	Riscontri	%
Assistenza sanitaria territoriale ritenuta insoddisfacente per più motivi	42	21	50%
Lista di attesa per prestazioni specialistiche	30	13	43%
Comportamenti ritenuti scorretti	19	10	52%
Assistenza sanitaria ospedaliera insoddisfacente	20	7	35%
Comfort strutture insoddisfacente	9	4	44%
Disguidi per problematica COVID	52	17	32%
Disguidi sistema di prenotazione	21	4	19%
Altri	22	9	41%
<b>Totale</b>	<b>215</b>	<b>85</b>	<b>39,5%</b>

Tabella 4 -Reclami sottoscritti 2023

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.

La procedura prevede inizialmente la raccolta del consenso informato da parte dell'utente all'intervista telefonica che sarà effettuata in un secondo momento dall'operatore URP.

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.

Nell'anno 2023, è stata data la possibilità all'utente di esprimere la propria soddisfazione anche grazie alla possibilità del sondaggio on line.

Di seguito, si presentano i risultati, corredati di tabelle e grafici, relativi alle interviste per le prestazioni specialistiche ambulatoriali ricevute e per il ricovero avuto presso una delle strutture ospedaliere.

### Qualità percepita assistenza specialistica

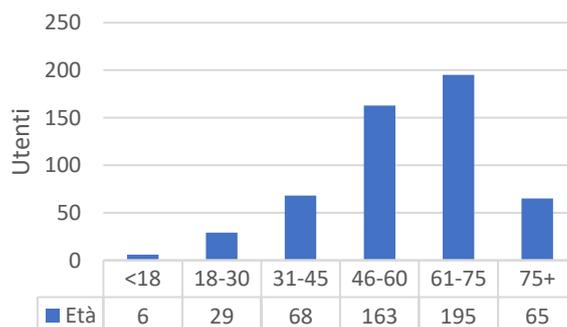
Gli intervistati nel 2023 sono stati 544 di cui 267 di genere maschile e 277 di genere femminile. Il 97% (527) residenti nell'ambito territoriale della ASP di Enna e il 3% (17) residenti in comuni extra ASP di Enna.

#### Interviste

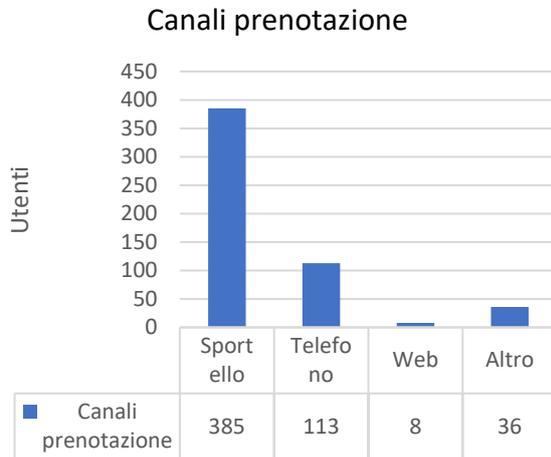


la distribuzione per età è concentrata nelle fasce over 45 anni.

#### Età



Prenotazione prestazione. Il 71% degli intervistati ha dichiarato di aver prenotato presso uno degli sportelli del CUP, Centro Unico di Prenotazione; il 21% tramite i numeri telefonici a disposizione. Le frequenze si distribuiscono nel modo seguente:



Il 51% giudica buona la modalità di prenotazione scelta, il 42% eccellente, il 7% insoddisfacente.

Sulla pulizia degli ambienti prevale il giudizio buono prevale con una percentuale del 70%, a seguire eccellente con il 28% e in ultimo insoddisfacente con il 2%.

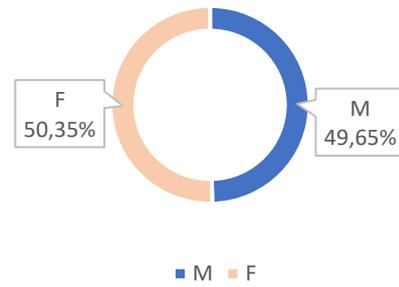
Il giudizio sulla cortesia ha evidenziato la prevalenza di eccellente al 67%, buono al 32%, insoddisfacente all'1%.

Il giudizio medio complessivo è stato di 8,8/10.

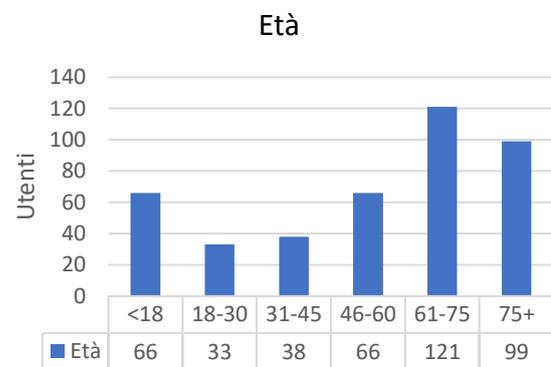
#### Qualità percepita assistenza specialistica.

Gli intervistati nel 2023 sono stati 423 di cui il 49,65% di genere maschile e il 50,35%. 83% (353) residenti nell'ambito territoriale della ASP di Enna e il 17% (70) residenti in comuni extra ASP di Enna.

#### Interviste



La distribuzione per età è concentrata nelle fasce over 45.



L'87% degli intervistati si è dichiarato soddisfatto per la cortesia ricevuta dal personale infermieristico. In merito alla qualità dell'assistenza fornita il 56% l'ha giudicata eccellente, buona il 40% e insoddisfacente il 4%.

Il 62% degli intervistati ha giudicato buona la pulizia degli ambienti, eccellente il 29% e insoddisfacente il 9%.

La qualità del vitto è giudicata buona dal 73% degli intervistati, insoddisfacente dal 15% e a seguire eccellente dal 12%.

Complessivamente la qualità del trattamento ricevuto ha registrato un giudizio medio di 8,7 su 10 e il 92% degli intervistati consiglierebbe il ricovero presso il reparto della struttura.

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 acclara 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	<a href="http://www.aspenna.it">www.aspenna.it</a>
PEC	<a href="mailto:protocollo.generale@pec.asp.enna.it">protocollo.generale@pec.asp.enna.it</a>
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 2023 la consistenza del personale è quantificata in 1.887 invariata rispetto al 2022.

Ruolo	2023			2022			Variazione		
	T.I.	T.D.	Tot.	T.I.	T.D.	Tot.	T.I.	T.D.	Tot.
Amministrativo	212	9	221	173	53	226	39	-44	-5
Professionale	8	3	11	3	8	11	5	-5	0
Sanitario	1.213	84	1297	1141	186	1.327	72	-102	-30
Tecnico	192	4	196	285	38	323	-93	-34	-127
Socio Sanitario	112	50	162	0	0	0	112	50	162
<b>Totale</b>	<b>1.737</b>	<b>150</b>	<b>1.887</b>	<b>1.602</b>	<b>285</b>	<b>1.887</b>	<b>135</b>	<b>-135</b>	<b>0</b>

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

La variazione dell'incidenza del contratto a tempo indeterminato evidenzia un significativo incremento. Le unità di

personale a tempo indeterminato nel 2023 si attestano all'92% a fronte dell'85% del 2022.

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.

Ruolo	N.ro		%		Totale
	F	M	F	M	
Amministrativo	128	93	58%	42%	221
Professionale	2	9	18%	82%	11
Sanitario	683	614	53%	47%	1.297
Tecnico	94	102	48%	52%	196
Socio sanitario	100	62	62%	38%	162
<b>Totale</b>	<b>1.007</b>	<b>880</b>	<b>53%</b>	<b>47%</b>	<b>1.887</b>

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

#### Distribuzione per ruolo e genere anno 2023

Ruolo	Profilo	2023				2022				Delta						
		N.ro		%		N.ro		%		N.ro		%				
		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M			
Amministrativo	Assistente amministrativo	45	30	60%	40%	75	46	27	62%	38%	73	-1	3	-2%	2%	2
	Commesso	8	8	50%	50%	16	10	10	50%	50%	20	-2	-2	0%	0%	-4
	Coadiutore amministrativo	41	24	63%	37%	65	43	27	62%	38%	70	-2	-3	1%	-1%	-5
	Collaboratore amministrativo	24	23	51%	49%	47	23	22	51%	49%	45	1	1	0%	0%	2
	Dirigenti amministrativi	10	8	56%	44%	18	10	9	53%	47%	19	0	-1	3%	-3%	-1
<b>Amministrativo Totale</b>		<b>128</b>	<b>93</b>	<b>57,92%</b>	<b>42,08%</b>	<b>221</b>	<b>132</b>	<b>95</b>	<b>58%</b>	<b>42%</b>	<b>226</b>	<b>-4</b>	<b>-2</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>-6</b>
Professionale	Assistente religioso	0	4	0%	100%	4	0	4	0%	100%	4	0	0	0%	0%	0
	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%	74%	4	0	0	0%	1%	0
<b>Professionale Totale</b>		<b>2</b>	<b>9</b>	<b>18,18%</b>	<b>81,82%</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>18%</b>	<b>82%</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>
Sanitario	Assistente sanitario	0	1	0%	100%	1	0	1	0%	100%	1	0	0	0%	0%	0
	Ostetrica	24	7	77%	23%	31	23	7	77%	23%	30	1	0	0%	0%	1
	Infermiere	385	322	54%	46%	707	402	335	55%	45%	737	-17	-13	-1%	1%	-30
	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	13	7	65%	35%	20	14	9	61%	39%	23	-1	-2	4%	-4%	-3
	Ortottista assistente di oftalmologia	0	1	0%	100%	1	0	1	0%	100%	1	0	0	0%	0%	0
	Tecnico audiometrista	0	2	0%	100%	2	2	0	100%	0%	2	-2	2	-100%	100%	0
	Terapista della neuro epsicomotricista dell'età	2	0	100%	0%	2	0	1	0%	100%	1	2	-1	100%	-100%	1
	Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	30	19	61%	39%	49	31	18	63%	37%	49	-1	1	-2%	2%	0
	Tecnico sanitario di radiologia medica	17	20	46%	54%	37	15	20	43%	57%	35	2	0	3%	-3%	2
	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei	4	10	29%	71%	14	3	8	27%	73%	11	1	2	2%	-2%	3
	Veterinario	4	19	17%	83%	23	4	22	15%	85%	26	0	-3	2%	-2%	-3
	Medico	172	191	47%	53%	363	161	197	45%	55%	358	11	-6	2%	-2%	5
	Psicologo	4	1	80%	20%	5	5	2	71%	29%	7	-1	-1	9%	-9%	-2
Biologo	16	6	73%	27%	22	17	7	71%	29%	24	-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	0	3	0%	100%	3	1	2	33%	67%	3	-1	1	-33%	33%	0	
Farmacista	8	5	62%	38%	13	9	5	64%	36%	14	-1	0	-2%	2%	-1	
<b>Sanitario Totale</b>		<b>683</b>	<b>614</b>	<b>52,66%</b>	<b>47,34%</b>	<b>1297</b>	<b>692</b>	<b>634</b>	<b>52%</b>	<b>48%</b>	<b>1327</b>	<b>-9</b>	<b>-20</b>	<b>1%</b>	<b>-1%</b>	<b>-29</b>
Tecnico	Assistente tecnico	3	16	16%	84%	19	4	19	17%	83%	23	-1	-3	-1%	1%	-4
	Ausiliario specializzato	58	42	58%	42%	100	65	42	61%	39%	107	-7	0	-3%	3%	-7
	Collaboratore tecnico	2	4	33%	67%	6	2	5	29%	71%	7	0	-1	4%	-4%	-1
	Operatore tecnico	27	37	42%	58%	64	29	40	42%	58%	69	-2	-3	0%	0%	-5
	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	2	0	100%	0%	2	3	0	100%	0%	3	-1	0	0%	0%	-1
<b>Tecnico Totale</b>		<b>93</b>	<b>101</b>	<b>47,94%</b>	<b>52,06%</b>	<b>194</b>	<b>104</b>	<b>108</b>	<b>54%</b>	<b>46%</b>	<b>212</b>	<b>-11</b>	<b>-7</b>	<b>-6%</b>	<b>6%</b>	<b>-18</b>
U-Sociosanitaria	Assistente sociale	28	3	90%	10%	31	24	2	92%	8%	26	4	1	-2%	2%	5
	Operatore sociosanitario	73	60	55%	45%	133	46	39	54%	46%	85	27	21	1%	-1%	48
<b>Sociosanitario Totale</b>		<b>101</b>	<b>63</b>	<b>61,59%</b>	<b>38,41%</b>	<b>164</b>	<b>70</b>	<b>41</b>	<b>63%</b>	<b>37%</b>	<b>111</b>	<b>31</b>	<b>22</b>	<b>-1%</b>	<b>1%</b>	<b>53</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>1007</b>	<b>880</b>	<b>53,37%</b>	<b>46,63%</b>	<b>1887</b>	<b>999</b>	<b>887</b>	<b>53%</b>	<b>47%</b>	<b>1887</b>	<b>8</b>	<b>-7</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>

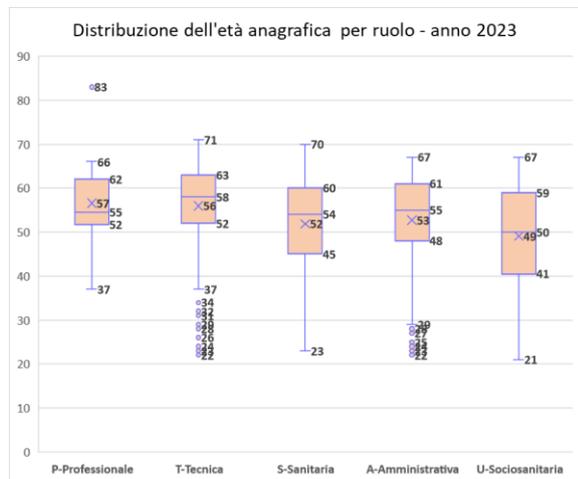
Tabella 6 - Distribuzione per profilo e per genere

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.

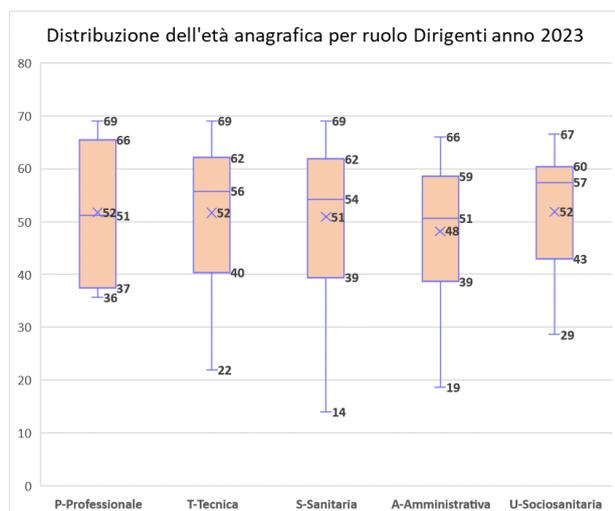
Si ritiene pertanto rilevante rappresentare le risorse umane dell'Azienda sotto

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 52 anni. Il ruolo Amministrativo registra una media di 53 anni, il ruolo Sanitario di 52 anni, il Tecnico di 56 anni, il professionale di 57 anni e il ruolo Socio-sanitario (introdotto con il nuovo CCNL 2019-2021) di 49 anni.

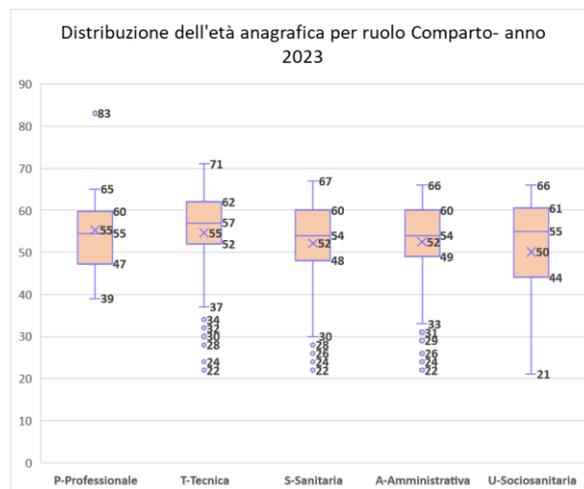
I dati aggregati per area dirigenziale presentano differenze significative nel ruolo Amministrativo e Tecnico.



Nel ruolo Amministrativo si registra un'età media di 48 anni e una mediana di 51, nel ruolo tecnico la media si attesta a 52 anni, 51 anni nel ruolo Sanitario, e nei ruoli

Professionale e Socio-Sanitario la media di età anagrafica è 52 anni.

L'area del Comparto evidenzia una media di 55 anni nei ruoli Professionale e tecnico, 52 anni nei ruoli Sanitario e Amministrativo e 50 nel ruolo Socio-Sanitario.



In conclusione si può affermare che il ruolo che presenta maggiore anzianità anagrafica è il ruolo Tecnico dell'area dirigenziale 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 2023 sono state evase 370 istanze di accesso ai benefici previsti dal regolamento aziendale (Determinazione 85/2024 e 134/2024).

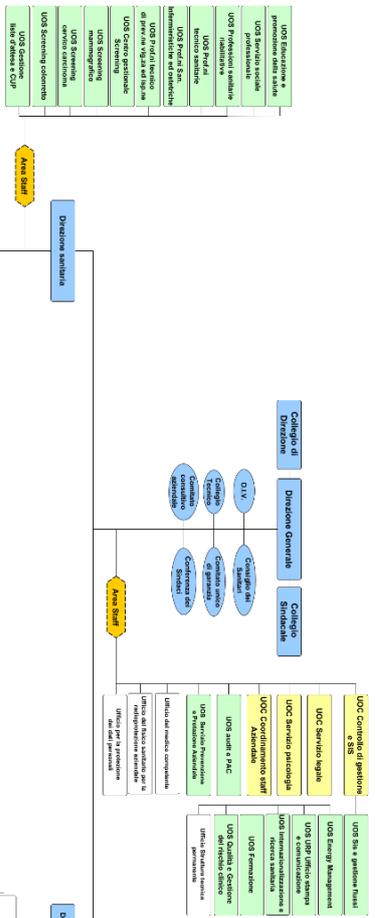
## L'organizzazione dei servizi

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.

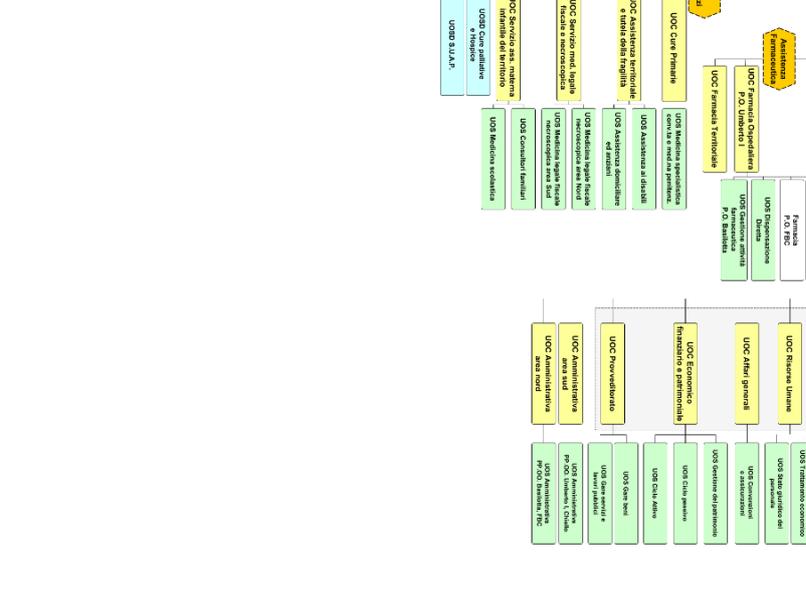
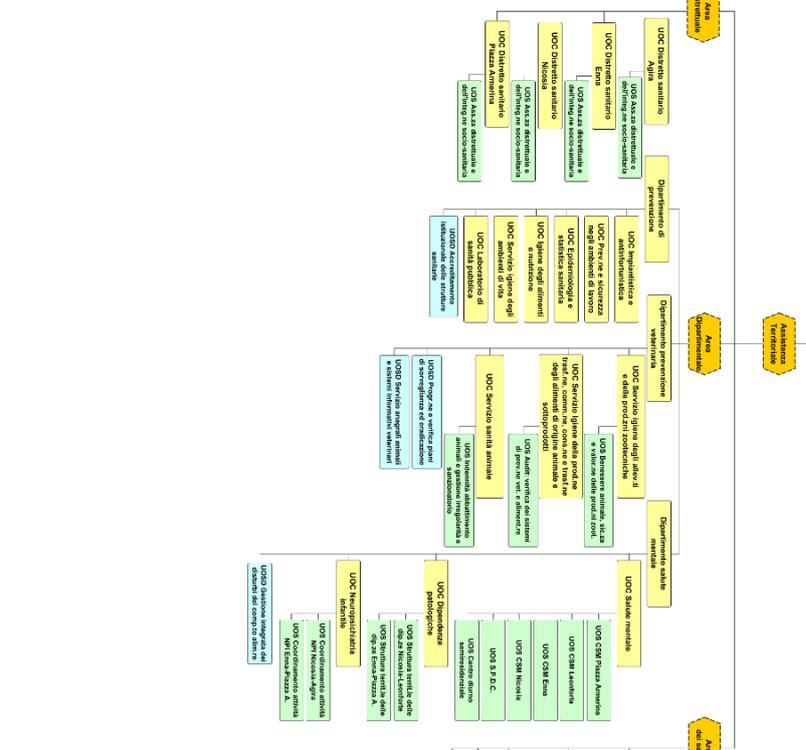
La struttura organizzativa prevede una forma dipartimentale funzionale per quanto attiene i servizi ospedalieri, i servizi di

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.



Area Chirurgica	Area Medica	Area Diagnostica							
UOC Chirurgia e Traumi P.O. Umberto I	UOC Medicina Generale P.O. Civile	UOC Diagnostica per Immagini P.O. Civile	UOC Diagnostica per Immagini P.O. Civile	UOC Diagnostica per Immagini P.O. Civile	UOC Diagnostica per Immagini P.O. Civile	UOC Diagnostica per Immagini P.O. Civile	UOC Diagnostica per Immagini P.O. Civile	UOC Diagnostica per Immagini P.O. Civile	UOC Diagnostica per Immagini P.O. Civile
UOC Diagnostica per Immagini P.O. Civile									



## Le risorse economiche

Alla data attuale il bilancio consuntivo non è in corso di approvazione.

Tuttavia l'attuale la performance realizzata ha tenuto conto del vincolo del pareggio di bilancio e dell'uso appropriato delle risorse economiche disponibili.

Bilancio sintetico per macro conti anno 2022	
Macroconto	Importo
A.1) Contributi in c/esercizio	€ 359.370.772
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	€ -2.203.913
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	€ 2.915.190
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	€ 39.663.648
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	€ 5.001.789
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	€ 1.477.060
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	€ 6.775.566
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	€ 0
A.9) Altri ricavi e proventi	€ 264.663
<b>Totale valore della produzione (A)</b>	<b>€ 413.264.775</b>
B.1) Acquisti di beni	€ 44.751.161
B.2) Acquisti di servizi	€ 228.273.868
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	€ 4.842.374
B.4) Godimento di beni di terzi	€ 1.006.265
B.5) Personale del ruolo sanitario	€ 89.377.856
B.6) Personale del ruolo professionale	€ 562.889
B.7) Personale del ruolo tecnico	€ 13.501.675
B.8) Personale del ruolo amministrativo	€ 9.391.822
B.9) Oneri diversi di gestione	€ 2.252.845
B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	€ 864.422
B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	€ 6.816.724
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	€ 0
B.13) Variazione delle rimanenze	€ -2.457.416
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	€ 9.660.823
<b>Totale costi della produzione (B)</b>	<b>€ 408.845.308</b>
C.1) Interessi attivi	€ 15
C.2) Altri proventi	€ 0
C.3) Interessi passivi	€ 273.907
C.4) Altri oneri	€ 49.629
<b>Totale proventi e oneri finanziari (C)</b>	<b>€ -323.521</b>
D.1) Rivalutazioni	€ 0
D.2) Svalutazioni	€ 0
<b>Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)</b>	<b>€ 0</b>
E.1) Proventi straordinari	€ 8.228.414
E.2) Oneri straordinari	€ 3.743.597
<b>Totale proventi e oneri straordinari (E)</b>	<b>€ 4.484.817</b>
<b>Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)</b>	<b>€ 8.580.763</b>
Y.1) IRAP	€ 8.290.237
Y.2) IRES	€ 190.535
<b>Totale imposte e tasse (Y)</b>	<b>€ 8.480.772</b>
<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	<b>€ 99.991</b>





## 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 2023				
Presidio	Posti letto operativi	Ricoveri	Gg di degenza	Accessi pronto soccorso
Umberto I Enna	245	11.673	65.772	21.488
Chiello Piazza A.	56	1.690	13.822	13.823
Basilotta Nicosia	63	2.321	14.837	9.040
FBC Leonforte	20	663	5.301	5.709
<b>Totale</b>	<b>379</b>	<b>16.347</b>	<b>99.732</b>	<b>50.060</b>

Attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica anno 2023		
Attività (LEA)	N.ro punti di erogazione	N.ro prestazioni erogate
Vaccinazioni	17	55.956
Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati	21	908
Prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro	1	896
Salute animale e igiene urbana veterinaria	4	11.605
Sicurezza alimentare	4	6.282
Attività medico legali per finalità pubbliche	4	7.312
<b>Totale</b>	<b>51</b>	<b>82.959</b>

## Attività di assistenza distrettuale anno 2023

Attività (LEA)	N.ro punti erogatori	N.ro prestazioni erogate	U.M.
Assistenza sanitaria di base	132	147.785	Assistiti
Continuità assistenziale	22	56.773	Prestazioni
Assistenza farmaceutica	80	1.635.696	Ricette
Assistenza integrativa e protesica	5	50.155	Prestazioni
Assistenza specialistica ambulatoriale	50	1.388.269	Prestazioni
Cure domiciliari e ADI	4	1.751	Casi
Assistenza a minori, donne, coppie, famiglia (consultori) (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale)	9	5.953	Prestazioni
Assistenza ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale)	4	14.568	Prestazioni
Assistenza alle persone con disturbi mentali (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale)	8	77.328	Ricoveri, Prestazioni, Giornate
Assistenza alle persone con disabilità (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale)	3	28.781	Ricoveri, Giornate
Assistenza alle persone non autosufficienti (semiresidenziale e residenziale)	2	18.470	Ricoveri, Giornate
Assistenza alle persone con dipendenze patologiche (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale)	3	44.325	Prestazioni
Assistenza presso strutture sanitarie interne alle carceri	2	14.954	Prestazioni
Assistenza alle persone nella fase terminale della vita (domiciliare e residenziale)	1	480	Casi
<b>Totale</b>	<b>347</b>	<b>4.518.940</b>	

## Collegamento tra performance e prevenzione della corruzione e trasparenza

La Delibera n° [478, del 28/03/2023](#) del Commissario Straordinario ha approvato il Piano di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023/2025 che assorbe, tra l'altro anche la programmazione triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

La pianificazione degli obiettivi di prevenzione della corruzione e della trasparenza si è quindi concretizzata con il risk management integrato nella programmazione della performance. Con il [PIAO 2023/2025](#) ciò si è concretizzato con la formalizzazione della struttura degli obiettivi di **valore pubblico** secondo un paradigma<sup>8</sup> che integra:

- Salute organizzativa
- Rischi corruttivi e trasparenza
- Performance organizzativa.

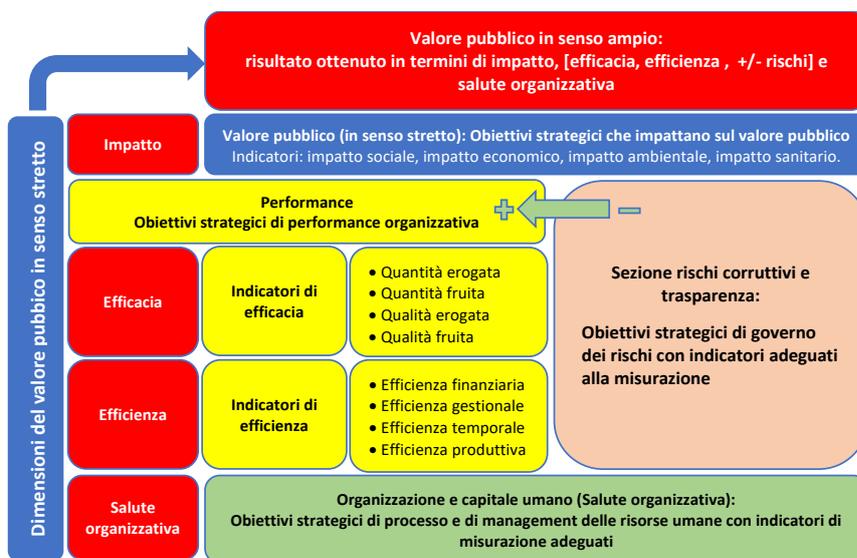


Figura 14 paradigma strutturale e delle interdependenze della programmazione nella prospettiva del valore pubblico

Le linee strategiche della programmazione aziendale, di conseguenza, sono state rimodulate in funzione degli obiettivi strategici e operativi direttamente collegati con il valore pubblico che è stato declinato, nelle prospettive sopra elencate, in obiettivi operativi collegati direttamente alla gestione del

rischio inerente alla corruzione e alla disfunzione gestionale i quali sono fattori negativi che tipicamente erodono i livelli di performance organizzativa raggiunti. In questo senso 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.

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 programmate

per la prevenzione dei fenomeni corruttivi e per la promozione della 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

<sup>8</sup> Cfr Metodologia [PIAO 2023/2025](#)

adottate anche 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 alla rendicontazione 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 la programmazione è stata strutturata su tre livelli.

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

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 2023.

Si rappresenta che alcuni obiettivi collegati con le risorse di bilancio presentano una valutazione provvisoria considerato che il bilancio 2023 è in corso di chiusura.

Linea strategica	Target atteso	Target soddisfatto	% performance
LS01 OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO	20	16,80	84%
LS02 EFFICACIA ED EFFICIENZA ASSISTENZA OSPEDALIERA	30	26,72	89,07%
LS03 EFFICACIA ED EFFICIENZA ASSISTENZA TERRITORIALE	25	23,24	92,96%
LS04 EFFICIENZA GESTIONALE ED EFFICACIA PROCESSI AMMINISTRATIVI	25	21,08	84,32%
PERFORMANCE COMPLESSIVAMENTE OTTENUTA	100	87,84	87,84%

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 Obiettivo strategico	peso sodisfatto	% performance
<b>LS02 EFFICACIA ED EFFICIENZA ASSISTENZA OSPEDALIERA</b>	<b>30</b>		<b>26,72</b>	<b>89,07</b>
LS02.OS01 ANTIBIOTICO RESISTENZA - REALIZZARE PERCORSI E PROCESSI PER IL GOVERNO DELLA RESISTENZA AGLI ANTIBIOTICI.		2,8	2,72	97,14
LS02.OS02 ATTIVARE LA TELEMEDICINA IN AMBITO OSPEDALIERO		0,5	0,25	50
LS02.OS03 OTTIMIZZAZIONE DELLE RIMANENZE DI REPARTO		2,8	2,1	75
LS02.OS04 MIGLIORARE L'EFFICIENZA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA		18,7	16,74	89,52
LS02.OS05 MIGLIORARE L'ASSISTENZA ANCHE ATTRAVERSO L'INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO		0,65	0,57	87,69
LS02.OS06 QUALITA' E RISCHIO CLINICO		2,85	2,64	92,63
LS02.OS07 SVILUPPARE PERCORSI FORMATIVI E DI AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE		0,1	0,1	100
LS02.OS08 PERCORSO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO		0,6	0,6	100
LS02.OS09 SCREENING		1	1	100
<b>LS03 EFFICACIA ASSISTENZA TERRITORIALE</b>	<b>25</b>		<b>23,24</b>	<b>92,96</b>
LS03.OS01 MIGLIORARE I PERCORSI ASSISTENZIALI E L'EROGAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI PREVENZIONE ED ASSISTENZA		8	7,87	98,38
LS03.OS02 PIANO DI MIGLIORAMENTO DEI FLUSSI GESTITI DAI SERVIZI TERRITORIALI		1	0,92	92
LS03.OS03 PREVENZIONE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA		6,5	6,5	100
LS03.OS04 PREVENZIONE MEDICA E PROMOZIONE DELLA SALUTE IN AMBITO TERRITORIALE		5	5	100
LS03.OS05 SCREENING		4	2,58	64,5
LS03.OS06 U.V.M. - Unità di valutazione multidimensionale		0,5	0,37	74
<b>LS04 EFFICIENZA GESTIONALE ED EFFICACIA DEI PROCESSI</b>	<b>25</b>		<b>21,08</b>	<b>84,32</b>
LS04.OS04 EFFICIENZA DEI PROCESSI AMMINISTRATIVI E ADEMPIMENTI PREVISTI DALLA NORMATIVA VIGENTE		15	13,48	89,87
LS04.OS05 PIANO DI MIGLIORAMENTO DEI FLUSSI GESTITI DAI SERVIZI AMMINISTRATIVI		4	3,04	76
LS04.OS06 QUALITA' E RISCHIO CLINICO		2	1,64	82
LS04.OS07 F.S.E: GESTIONE INFORMATIZZATA DELL'ATTIVITA' AMBULATORIALE		3	1,92	64
LS04.OS08 EQUILIBRIO DI BILANCIO		1	1	100
<b>TOTALE peso strategico</b>		<b>100</b>	<b>87,84</b>	

Figura 15 - 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 2023 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 2023 è stato l'anno della resilienza dallo stato di emergenza alla gestione ordinaria post pandemia Covid-19.

La riorganizzazione delle attività, in un contesto di nuova normalità, che è caratterizzato da iniziative volte a potenziare soprattutto i servizi territoriali con la riorganizzazione degli stessi e l'attuazione del modello di cui al D.M. 77/2022, è la sfida avviata nel corso del 2023 e che interesserà i prossimi anni in funzione anche degli obiettivi sottostanti al PNRR.

L'organizzazione aziendale non può non adattarsi al mutamento del contesto al fine di rendere l'Azienda assonante alla sua missione e capace di creare valore riconosciuto da tutti gli stakeholder.

In questa prospettiva, la performance organizzativa non può più essere autoreferenziale e dissociata dai bisogni espressi e non espressi dalla popolazione degli assistiti.

Pertanto, questa Direzione, che è subentrata alla precedente a febbraio 2024, partendo dalle performance rilevate nel 2023 e dalla programmazione già vigente, nell'ottica di perseguire il miglioramento necessario che è la leva fondamentale per rendere compatibile l'organizzazione al contesto dei bisogni, si pone nell'ottica di creare un collegamento tra l'organizzazione e i suoi stakeholder al fine di realizzare quella "prossimità", a cui si ispira il SSN, che non consiste solo nella vicinanza fisica di un servizio ma nella più reale capacità di soddisfare il fabbisogno di salute riducendo sempre di più le barriere di ingresso ai servizi che per lo più sono costituite da disfunzioni e inefficienze dei processi.

La prossimità quindi si persegue con l'ammmodernamento dei percorsi e l'utilizzo consapevole delle tecnologie informatiche e telematiche senza che queste costituiscano un'ulteriore barriera per l'utenza.

Un impulso determinante verso questa direzione l'ha dato il modello di riorganizzazione dell'assistenza territoriale con la previsione delle Centrali Operative Territoriali, delle Case di Comunità, degli Ospedali di Comunità e della Telemedicina.

Tutte attività che rientrano nell'attuale programmazione emergente e nella programmazione futura. Programmazione che dovrà trasformare la sfida del cambiamento in una realtà tangibile e apprezzabile sotto il profilo della creazione di maggior valore pubblico amplificato dalle nuove tecnologie che consistono non solo in soluzioni strumentali moderne, ma anche e soprattutto in nuovi e più efficienti processi che, governati da risorse umane professionalmente valide e motivate, costituiscono i fattori critici di successo che saranno il focus della nuova sanità.

Mario Zappia  
Direttore Generale

#### Gruppo di lavoro

UOC Controllo di gestione e SIS

Supervisione: D.ssa Lorenza Garofalo

Redazione: Dott. Natale Lagrotteria

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;

- **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.
- **All'allegato 3** – Misurazione valore pubblico