



Regione Siciliana

Servizio Sanitario Regionale



Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani



*Piano della
Performance
2016-2018*

Sommario

1. Introduzione e Finalità.....	5
2. Chi Siamo	6
3. Cosa Facciamo	13
4. Come Operiamo.....	14
5. L'Amministrazione in cifre	16
6. Mandato Istituzionale e i principi di riferimento.....	21
7. L'albero della performance	24
8. Analisi Del Contesto Interno ed Esterno	25
9. Principi Fondamentali alla base del Piano della Performance	28
10. Caratteri Generali degli Obiettivi.....	29
11. Obiettivi Strategici	30
11.1 Sanità pubblica e Prevenzione.....	32
11.1.1 La sanità veterinaria	32
11.1.2. La Sicurezza Alimentare.....	33
11.1.3. Gli screening oncologici e non	34
11.1.4. Coperture Vaccinali	36
11.1.6. Sorveglianza Malattie Infettive.....	36
11.1.5. Tutela Ambientale	37
11.1.6. Prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro in attuazione dei Piani regionali di Prevenzione	37
11.2 Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti.....	38
11.2.1. La sicurezza dei pazienti	38
11.2.2. Tempi di Attesa.....	39
11.2.3. Formazione in ambito del rischio clinico	41
11.2.4. Umanizzazione.....	41
11.2.5. Appropriatezza	42
11.3 Reti.....	44
11.3.1.Rete IMA.....	44
11.3.2.Rete Stroke	45
11.3.3.Rete Politrauma.....	46
11.3.4.Rete Oncologica.....	47

11.3.4. Percorso Nascita	47
11.4 Assistenza Territoriale ed Integrazione Socio - Sanitaria	47
11.5 Sviluppo Organizzativo	49
11.6 Trasparenza e Anticorruzione.....	50
11.7 Pari Opportunità e conciliazione vita privata/lavoro.	51
11.8 Partecipazione a Programmi di sviluppo e innovazione.....	52
11.8.1. La Progettazione Aziendale	52
11.8.2. Le attività di Health Technology Assessment – HTA	53
11.8.3. Prescrizione dematerializzata.....	53
11.8.4. Percorso attuativo di certificabilità	53
11.8.5. L’innovazione.....	54
11.9 Le risorse, la programmazione degli investimenti, la razionalizzazione della spesa e riorganizzazione dei processi dell’Azienda.	54
11.9.1. Cambiamento organizzativo e gestionale	54
11.9.2. Attrezzature.....	55
11.9.3. Adeguamenti strutturali ed impiantistici	57
12. Aree di Intervento, Obiettivi Strategici ed Obiettivi Operativi.....	59
13 Obiettivi assegnati al Personale Dirigenziale.....	61
14. Coerenza con la Programmazione Economica-Finanziaria e di Bilancio	62
15. Ciclo della Gestione della Performance.....	64
16. Comunicazione del Piano	65
17. Terminologia del Piano	66

Indice delle Tabele

Tabella 1: Distribuzione comunale della popolazione residente. (Elaborazione su dati ISTAT).....	7
Tabella 2: Popolazione Distretto n. 50.	10
Tabella 3: Popolazione Distretto 51.	10
Tabella 4: Popolazione Distretto n. 52.	11
Tabella 5: Popolazione Distretto n. 53.	11
Tabella 6: Popolazione Distretto n.54.	11
Tabella 7: Popolazione Distretto n. 55.	12
Tabella 8: Dati da Conto Annuale Confronto 2012 – 2014.....	16
Tabella 9: Indicatori elaborati su dati del Conto Annuale confronto 2012 – 2014.	16
Tabella 10:Indicatori di benessere organizzativo Confronto 2012 – 2014.....	17
Tabella 11: Analisi di genere confronto 2012 – 2014.....	17
Tabella 12: Dati Strutturali.	18
Tabella 13: Comparazione Ricoveri Ordinari Presidi (2013-2014).	18
Tabella 14:Comparazione DH Presidi (2013 – 2014).	19
Tabella 15:Comparazione Day Service 2012 – 2014.....	19
Tabella 16: Assistenza Territoriale anno 2014.	20
Tabella 17: Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per Branca 2014 (Flussi C ed M).	20
Tabella 18: Analisi Swot.....	28
Tabella 19: Attrezzature.	56
Tabella 20: Schema di sintesi Obiettivi e indicatori.....	60
Tabella 21: Modello CE.....	63

PREMESSA

Il Piano della Performance 2016-2018 nasce in un momento di grande trasformazione del Servizio Sanitario Regionale ed in particolare della nostra Azienda Sanitaria Provinciale. La presente edizione, così come già enunciato nella premessa della prima stesura deliberata con Atto del Direttore Generale n° 577 del 09/03/2016, si è resa necessaria in conseguenza al percorso riorganizzativo intrapreso all'indomani della pubblicazione del Decreto Assessoriale del 14/01/2015 "Riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera-territoriale della Regione Siciliana" e del Decreto Assessoriale del 01/07/2015 "Recepimento del decreto del Ministero della salute del 02/04/2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", che hanno portato alla stesura di un nuovo Atto Aziendale approvato con delibera del DG n 756 10/03/2016 che sarà pienamente efficace non appena verrà adeguato al citato decreto ministeriale.

Inoltre l'assegnazione definitiva degli obiettivi da parte dell'assessorato Regionale della Salute al Direttore Generale, avvenuta con nota n° 59336 del 12/07/2016, e la definizione del Piano attuativo aziendale 2016 – 30 giugno 2017 adottato con delibera del Direttore Generale n° 2688 del 25/07/2016 ha imposto una revisione dell'impianto del presente documento.

E' indispensabile precisare che in questa edizione del documento, sono stati individuati specifici obiettivi sul tema dell'Anticorruzione alla luce delle intervenute circolari dell'ANAC che ne hanno raccomandato l'introduzione proprio fin dalla stesura dei documenti di programmazione aziendale ed obiettivi legati alle pari opportunità e al benessere organizzativo.

In conclusione si rassicura tutta la comunità, attivamente coinvolta nelle iniziative della nostra Azienda, che l'impianto programmatico delle azioni individuate è stato globalmente mantenuto in virtù di una coerente scelta strategica di continuità su specifiche tematiche già affrontate in questi anni.

1. Introduzione e Finalità

Il Piano della Performance è il Documento di Programmazione triennale che rappresenta, come previsto dall' art. 4 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150¹, il presupposto sostanziale per la realizzazione del *ciclo di gestione delle performance*².

Il Piano si configura pertanto come l'elemento fondante sul quale si sviluppa l'intero ciclo ed in esso si esplicita il mandato politico istituzionale assegnato all'azienda che viene tradotto in *obiettivi, scelte ed azioni* volti ad assicurare e a garantire elevati standards qualitativi ed economici del servizio erogato, tramite la valorizzazione dei risultati e delle performance organizzativa ed individuale.

Il *ciclo di gestione delle performance* deve garantire il collegamento tra gli obiettivi e l'allocatione delle risorse e pertanto il Piano deve svilupparsi in coerenza con il ciclo della programmazione economico-finanziaria partendo dagli obiettivi strategici ed operativi, passando dalla individuazione degli indicatori necessari alla misurazione ed alla valutazione dei risultati conseguiti dall'Azienda fino ad arrivare alla analitica assegnazione degli obiettivi da attribuire al personale dirigenziale con i rispettivi indicatori.

La finalità del presente documento è quella di rendere partecipe l'intera comunità variamente coinvolta, come portatrice di interessi, rispetto al ruolo istituzionale dell'Azienda Sanitaria di Trapani: gli enti locali operanti sul territorio; gli utenti delle prestazioni sanitarie erogate dall'azienda e i loro familiari, le organizzazioni di rappresentanza dei cittadini, i sindacanti, Il Personale Dirigente e di Comparto, i fornitori, le associazioni di volontariato etc.

Atteso che ogni operatore condivide la responsabilità del raggiungimento dei risultati attesi e che un forte coinvolgimento di ognuno di essi aumenta l'impegno nella gestione aziendale, è necessario che chiunque comprenda come il proprio lavoro contribuisce al risultato strutturale e aziendale. Risulta pertanto indispensabile produrre ogni utile informazione sulle strategie dell'Azienda, sulla sua Mission, sulla Vision e sulle priorità aziendali, al fine di assicurare un elevato standard di trasparenza e di fattiva partecipazione.

¹ L'Azienda ha recepito il dettato normativo avviando un percorso innovativo aziendale, anche in ossequio alle indicazioni ed ai contenuti forniti dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) oggi ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle Amministrazioni Pubbliche).

² Il ciclo di gestione della performance si articola nelle seguenti fasi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocatione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

2. Chi Siamo

In ottemperanza alla Legge Regionale di Riordino n. 5 del 14 aprile 2009, la ex ASL n. 9 di Trapani e la ex Azienda Ospedaliera S. Antonio Abate di Trapani sono confluite, a decorrere dal 1° Settembre 2009, nella nuova Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani n.9.

La ragione sociale dell'Azienda è: "Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani n.9" (ASP Trapani n.9).

L'Atto Aziendale di questa ASP di Trapani è stato adottato, giusta deliberazione n. 332 del 09/02/2011, ai sensi dell'art. 3, comma 1-bis, del D.Lgs. n. 502/92, come modificato dal D.Lgs. n. 229/1999, del D.P.R. 23/04/2003 (Piano Sanitario Nazionale 2003 – 2005), del D.P.R.S. 11 maggio 2000 (Piano Sanitario Regionale 2000/2002), dell'art. 9 commi 3 e 4 della L.R. n. 5 del 14/04/2009 e nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti con D.A n. 736 dell'11/03/2010.

L'Azienda ASP di Trapani è Ente con personalità giuridica di diritto pubblico, dotata di autonomia imprenditoriale.

La Sede Legale dell'Azienda è a Trapani, in Via Mazzini n. 1

Codice Fiscale – P. IVA 02363280815.

Il Legale Rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale.

Il logo dell'Azienda, da inserire in tutti gli atti ufficiali, è il seguente:



Il sito web ufficiale dell'Azienda è: www.asptrapani.it.

L'ASP di Trapani opera su tutto il territorio della Provincia di Trapani, comprendente 24 comuni, una estensione territoriale di 2.459,8 Km² isole comprese, con una densità

abitativa di 177,4 abitanti per Km² ed una popolazione residente di 436.296 abitanti al 01/01/2015, oltre gli immigrati temporaneamente presenti, (dato ufficiale ISTAT).

Tabella 1: Distribuzione comunale della popolazione residente. (Elaborazione su dati ISTAT).

Comuni	Maschi	Femmine	Totale	Superficie territoriale Km ²	Densità Abitanti/Km ²
Alcamo	22.219	23.285	45.504	130,8	347,9
Buseto Palizzolo	1.387	1.596	2.983	72,7	41,0
Calatafimi-Segesta	3.301	3.491	6.792	154,7	43,9
Campobello di Mazara	5.899	6.053	11.952	65,8	181,6
Castellammare del Golfo	7.390	7.752	15.142	127,1	119,1
Castelvetrano	15.380	16.401	31.781	206,4	154,0
Custonaci	2.770	2.803	5.573	69,6	80,1
Erice	13.812	14.544	28.356	47,3	599,5
Favignana	2.165	2.065	4.230	37,4	113,1
Gibellina	1.956	2.196	4.152	45	92,3
Marsala	40.529	42.539	83.068	241,6	343,8
Mazara del Vallo	25.527	26.272	51.799	275,5	188,0
Paceco	5.556	5.909	11.465	58,3	196,7
Pantelleria	3.839	3.904	7.743	83	93,3
Partanna	5.202	5.494	10.696	82,4	129,8
Petrosino	4.044	3.975	8.019	44,5	180,2
Poggioreale	750	742	1.492	37,6	39,7
Salaparuta	808	912	1.720	41,7	41,2
Salemi	5.124	5.523	10.647	181,8	58,6
San Vito Lo Capo	2.276	2.361	4.637	63,5	73,0
Santa Ninfa	2.439	2.599	5.038	59,6	84,5
Trapani	33.414	35.768	69.182	271,7	254,6
Valderice	6.083	6.181	12.264	52,9	231,8
Vita	986	1.075	2.061	8,9	231,6
Totale Provincia	212.856	223.440	436.296	2.459,8	177,4

La figura seguente mostra la piramide delle età relativa alla provincia di Trapani. La distribuzione della popolazione nelle diverse classi mostra il caratteristico fenomeno dell'erosione della base della piramide, connesso all'invecchiamento della popolazione tipico delle economie occidentali, riconducibile alla diminuzione del tasso di natalità ed al contestuale aumento della speranza di vita

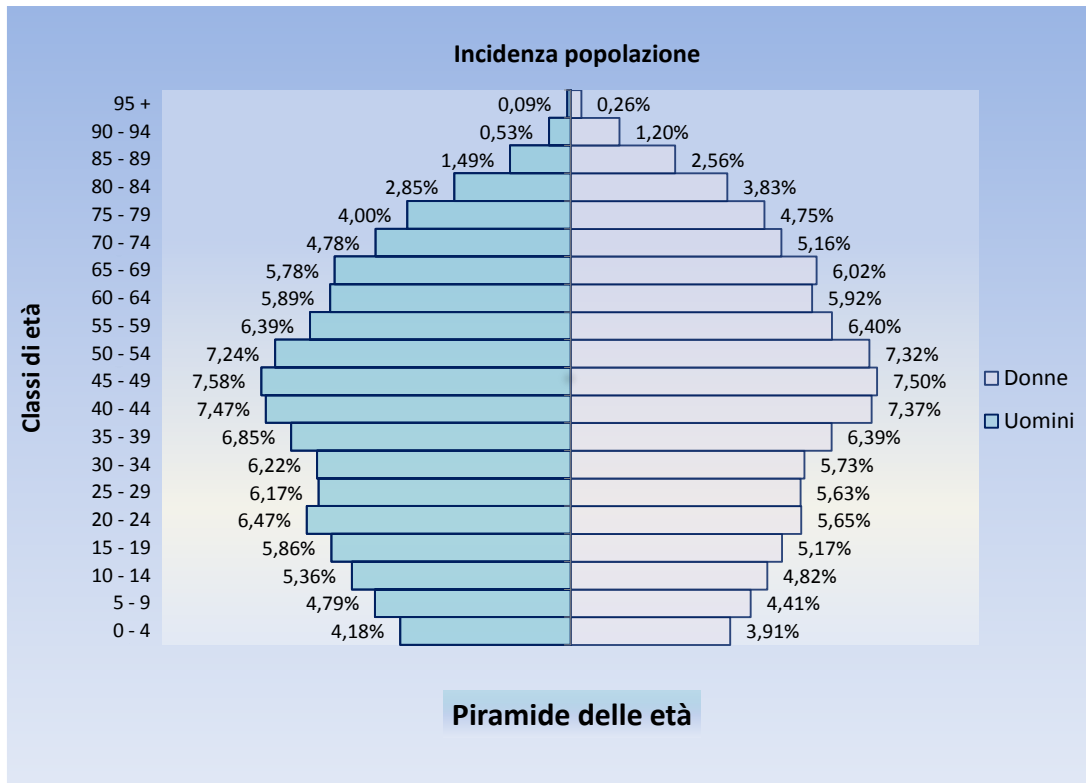


Figura 1: Piramide delle età. (Elaborazione su dati ISTAT).

Nel seguente grafico si evidenziano ulteriormente gli effetti del progressivo invecchiamento della popolazione:

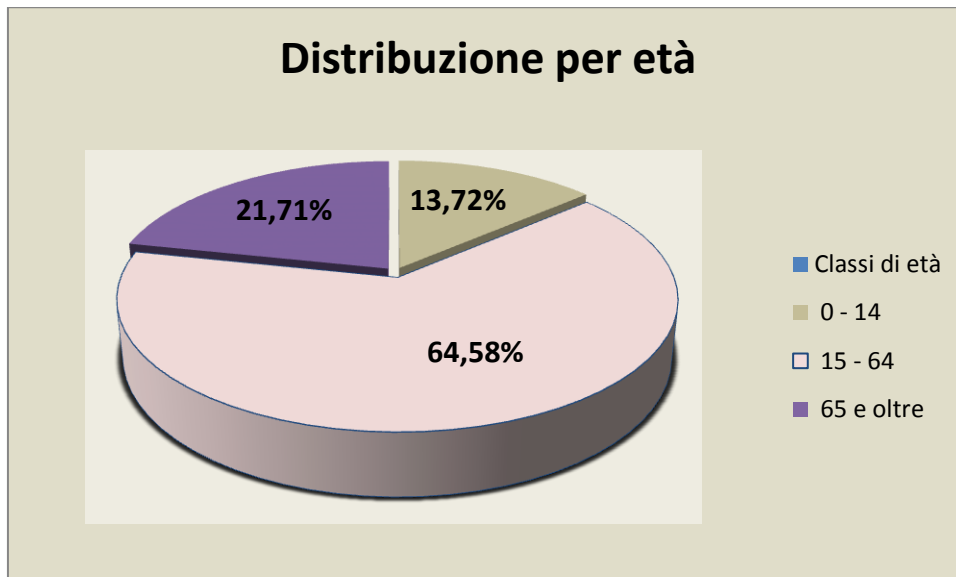


Figura 2: Distribuzione residenti per classi di età. (Elaborazione su dati ISTAT).

I due grafici seguenti propongono il raffronto tra alcuni indicatori demografici riferiti ad ambiti territoriali diversi (Provincia di Trapani, Sicilia e Italia).

In primo luogo si evidenzia il dato relativo a l'età media della popolazione che nella provincia di Trapani (43,87) manifesta un valore superiore rispetto al dato regionale (42,87) ma più contenuto rispetto al dato nazione (44,42).

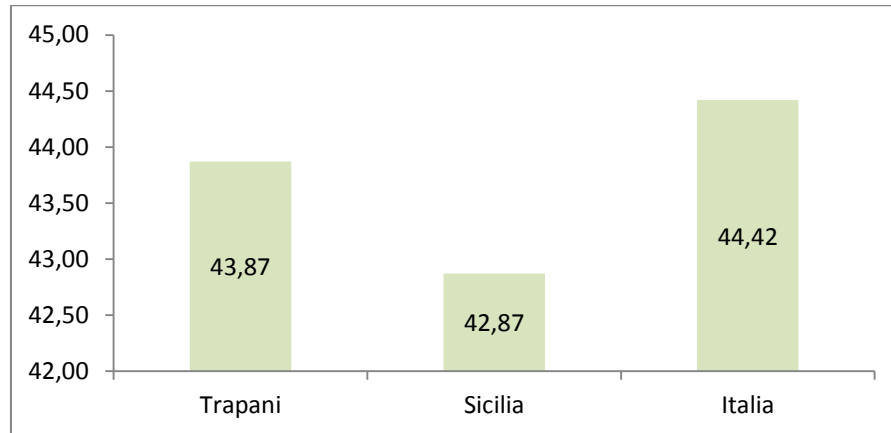


Figura 3: Raffronto territoriale Età Media.

I seguenti dati relativi agli aspetti strutturali della popolazione denotano una significativa caratterizzazione del territorio della provincia di Trapani.

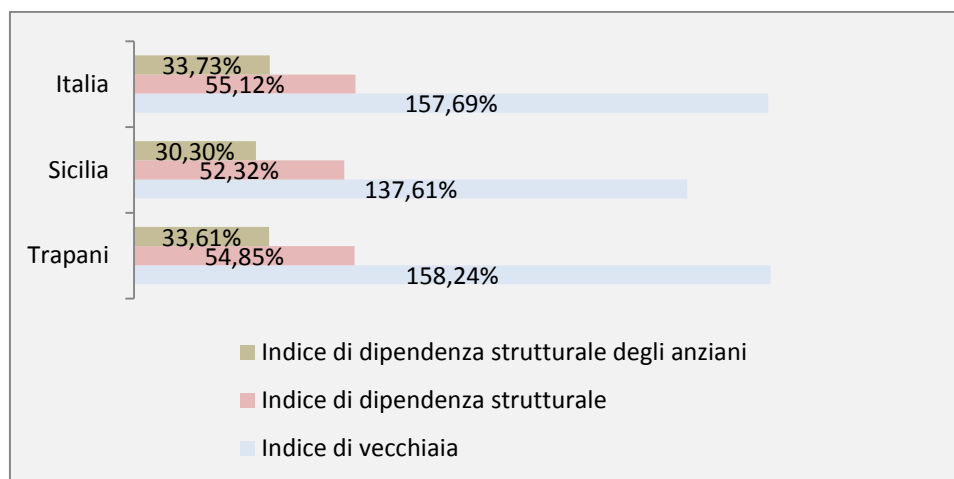


Figura 4:Raffronto territoriale Indicatori di struttura demografica.

I tre indicatori esaminati (indice di dipendenza strutturale degli anziani³, indice di

³ L'indice di dipendenza strutturale degli anziani è il rapporto tra la popolazione di età 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

dipendenza strutturale⁴ e indice di vecchiaia⁵) manifestano dei valori sostanzialmente in linea rispetto al corrispondente dato nazionale ma decisamente disallineati rispetto ai medesimi dati regionali.

La struttura demografica attuale è pertanto correlata al generalizzato declino della fecondità e si caratterizza per l'elevata dipendenza della popolazione anziana rispetto alla popolazione attiva attuale e prospettica.

L'Azienda è articolata territorialmente in Distretti Sanitari come di seguito individuati dal Decreto del Presidente della Regione Siciliana del 22/09/2009:

- *Distretto Sanitario di Trapani n.50*, comprendente i comuni di Buzeto Palizzolo, Custonaci, Erice, Favignana, Paceco, San Vito Lo Capo, Trapani, Valderice e la cui popolazione complessiva è di circa 138.690 abitanti:

Tabella 2: Popolazione Distretto n. 50.

Etichette di riga	Somma di Totale
Buzeto Palizzolo	2.983
Custonaci	5.573
Erice	28.356
Favignana	4.230
Paceco	11.465
San Vito Lo Capo	4.637
Trapani	69.182
Valderice	12.264
Totale complessivo	138.690

- *Distretto Sanitario di Pantelleria n.51*, comprendente il solo comune di Pantelleria la cui popolazione complessiva è di circa 7.743 abitanti;

Tabella 3: Popolazione Distretto 51.

Etichette di riga	Somma di Totale
Pantelleria	7.743
Totale complessivo	7.743

⁴ L'indice di dipendenza strutturale è il rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

⁵ L'indice di vecchiaia è il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0-14 anni, moltiplicato per 100.

- *Distretto Sanitario di Marsala n.52*, comprendente i comuni di Marsala e Petrosino, la cui popolazione complessiva è di circa 91.087 abitanti:

Tabella 4: Popolazione Distretto n. 52.

Etichette di riga	Somma di Totale
Marsala	83.068
Petrosino	8.019
Totale complessivo	91.087

- *Distretto Sanitario di Mazara del Vallo n.53*, comprendente i comuni di Gibellina, Mazara del Vallo, Salemi, Vita e la cui popolazione complessiva è di circa 68.659 abitanti:

Tabella 5: Popolazione Distretto n. 53.

Etichette di riga	Somma di Totale
Gibellina	4.152
Mazara del Vallo	51.799
Salemi	10.647
Vita	2.061
Totale complessivo	68.659

- *Distretto Sanitario di Castelvetro n.54*, comprendente i comuni di Campobello di Mazara, Castelvetro, Partanna, Poggioreale, Salaparuta, Santa Ninfa e la cui popolazione complessiva è di circa 62.679 abitanti:

Tabella 6: Popolazione Distretto n.54.

Etichette di riga	Somma di Totale
Campobello di Mazara	11.952
Castelvetro	31.781
Partanna	10.696
Poggioreale	1.492
Salaparuta	1.720
Santa Ninfa	5.038
Totale complessivo	62.679

- *Distretto Sanitario di Alcamo n.55*, comprendente i comuni di Alcamo, Calatafimi Segesta, Castellammare del Golfo e la cui popolazione complessiva è di circa 67.438 abitanti:

Tabella 7: Popolazione Distretto n. 55.

Etichette di riga	Somma di Totale
Alcamo	45.504
Calatafimi-Segesta	6.792
Castellammare del Golfo	15.142
Totale complessivo	67.438

Nell'ambito del medesimo territorio provinciale, insistono i seguenti Distretti Ospedalieri:

- *Distretto Ospedaliero TP1* comprendente gli stabilimenti di Trapani, Alcamo e Pantelleria;



Figura 5: TP 1

- *Distretto Ospedaliero TP2* comprendente gli stabilimenti di Marsala, Mazara del Vallo, Castelvetro e Salemi.



Figura 6: TP 2

L'Azienda inoltre dispone di una rete di ambulatori territoriali, 15 consultori, 1 Dipartimento di Salute Mentale, 1 Dipartimento di Prevenzione per la Salute, 1 Dipartimento del Farmaco, 1 Dipartimento Prevenzione Veterinaria, 1 Dipartimento Amministrativo, 6 Dipartimenti Funzionali.

Nel territorio di questa ASP operano, altresì, quattro Case di Cura Private (in pre-accreditamento) dislocate nei comuni di Erice (Case di Cura Gerani e Sant'Anna), Marsala (Casa di Cura Morana) e Castelvetro (Casa di Cura Vanico) per un totale di 174 posti letto, distinti in 145 per il regime ordinario e 29 per il DH.

L'ASP di Trapani, facente parte del Bacino "Sicilia Occidentale", partecipa, in relazione agli accertati fabbisogni sanitari, alla programmazione interaziendale di Bacino a cui è demandata una migliore integrazione delle attività sanitarie delle Aziende medesime.

3. Cosa Facciamo

La Missione Istituzionale dell'Azienda mira alla soddisfazione dei bisogni di salute della sua comunità di riferimento prendendosi cura delle persone – siano esse residenti o provenienti dai flussi migratori – e cooperando in tal modo alla realizzazione del bene comune. Tale Mission viene perseguita nel rispetto di tutti gli attori dell'organizzazione, quali ad esempio la comunità, il professionista, l'utente e – in generale – tutti i portatori di interesse.

La Visione Strategica dell'ASP di Trapani consiste nel *promuovere la relazione di cura fondata sull'appropriatezza e sulla umanizzazione – garantita dalla disponibilità e professionalità dei suoi operatori – che vivano il senso di appartenenza all'azienda e operino in un clima di cooperazione, finalizzato a soddisfare i bisogni di salute della persona, in modo integrato ed efficace.*

Le definizioni citate sono fortemente orientate alla centralità della persona, la tutela della salute come strumento per migliorare la qualità della vita, e segna in tal senso un netto passaggio da un modello centrato sulla cura della malattia ad uno basato sul concetto di presa in carico del paziente.

Le condizioni di efficacia impongono la continua ricerca della qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati, dell'appropriatezza e continuità di cura nei percorsi assistenziali da conseguire attraverso la formazione continua del personale e l'utilizzo di metodi HTA basati sulla valutazione dell'appropriatezza dell'utilizzo delle tecnologie sanitarie.

Le condizioni di efficienza da realizzare mediante la continua propensione verso la ricerca di condizioni di equilibrio economico-finanziario nella gestione del sistema azienda.

Le finalità suesposte si concretizzano pertanto nelle seguenti condotte:

- prendersi cura dei pazienti, rispondendo in modo adeguato e nel rispetto delle conoscenze elaborate dalla medicina ai loro bisogni di salute, ponendo attenzione alla centralità della persona e perseguendo l'umanizzazione nei

- rapporti interpersonali tra operatori sanitari ed utenti-pazienti;
- prendersi cura di coloro che mettono la loro professionalità al servizio dell'Azienda, assicurando idonei percorsi formativi e di crescita professionale in relazione alle capacità di ognuno, nonché assicurando la tutela della sicurezza e della salute sui luoghi di lavoro;
 - prendersi cura della legalità, assicurando che gli atti ed i comportamenti posti in essere siano rispondenti alle disposizioni normative vigenti, sia a livello nazionale che a livello regionale;
 - prendersi cura dei portatori di interessi, garantendo relazioni trasparenti e volte al confronto costruttivo e collaborativo con le istituzioni locali, le organizzazioni sindacali di comparto, le associazioni di volontariato esponenziali di interessi diffusi, nel rispetto dei seguenti principi ispiratori dell'*actio* aziendale: uguaglianza, imparzialità, efficacia ed efficienza.

L'attuale assetto organizzativo e gestionale è stato delineato funzionalmente alle citate azioni, valorizzando risorse e professionalità acquisite, allo scopo di realizzare un sistema flessibile e dinamico, idoneo a rispondere ad esigenze di semplificazione dei processi e di efficacia e di efficienza nell'erogazione dei servizi offerti, evitando duplicazioni e garantendo livelli diversificati e molteplici prestazioni.

4. Come Operiamo

Le strategie aziendali e le conseguenti attività gestionali sono state improntate, fin dalla nascita della nuova Azienda, ad una intensa operatività indirizzata a percorsi di programmazione tesi al superamento delle criticità legate, soprattutto, a carenze di organico dovute a quiescenze anticipate, a difficili e non sempre popolari applicazioni in ordine a mobilità interne, al riequilibrio economico attraverso procedure finalizzate al contenimento dei costi afferenti l'assistenza da privato, l'assistenza farmaceutica convenzionata e la spesa del personale. L'orientamento aziendale è rivolto al potenziamento dell'integrazione ospedale-territorio, ove la centralità del paziente richiede, necessariamente, l'intervento integrativo di strutture socio-assistenziali che, nel medio termine, costituiranno una concreta soluzione all'inappropriatezza di alcune tipologie di ricoveri ospedalieri. Tant'è che particolare attenzione è dedicata alla prevenzione e cura delle malattie oncologiche e all'incremento dell'assistenza domiciliare integrata, definendo la complessità assistenziale in relazione ai diversi bisogni della persona malata, prevedendo le diverse azioni in ragione alle esigenze del caso "concreto", riqualificando l'offerta delle cure domiciliari in termini di intensità assistenziale al paziente "fragile" e di interventi professionali che obbediscano a standard strutturali. Ed altresì, sempre nel rispetto delle direttive assessoriali in tema di razionalizzazione di servizi e risorse, questa ASP ha aderito, in qualità di socio, alla Società Consortile denominata "Sicilia Emergenza-Urgenza Sanitaria Società Consortile per Azioni", i cui scopi e oggetto sociale concernono l'organizzazione e la gestione del Servizio di Trasporto per l'emergenza-urgenza 118, per l'intero territorio regionale, nonché tutti i servizi inerenti l'emergenza-urgenza secondo le previsioni di cui all'art.

24 della L.R. n. 5 del 14/04/2009. Nell'ambito della gestione del patrimonio immobiliare dell'ASP si continuerà a porre in essere quanto necessario per la valorizzazione dell'esistente dotazione e per un conseguente incremento degli interventi manutentivi del patrimonio. Entro l'anno 2016 si dovrebbero concludere i lavori relativi alla ristrutturazione edilizia del P.O. di Mazara del Vallo realizzati grazie a specifici fondi del Programma Operativo FESR 2007/2013. Nell'ambito della ristrutturazione verranno create le condizioni per realizzare l'Unità di Radioterapia, la cui sede prevista è quella del suddetto Presidio. Grazie alla comunione di intenti tra le varie Agenzie territoriali coinvolte nella tutela della salute pubblica, nonché all'impegno profuso dalle Associazioni di volontariato, anche per gli utenti della città di Trapani si è concretizzata la possibilità di potere usufruire di una Unità di Radioterapia, presso il P.O. S. Antonio Abate, di cui al finanziamento art. 20 L. n. 67/1988, mentre con i fondi del PO-FESR 2007-2013 è già stata installata una CT/PET strumento diagnostico all'avanguardia soprattutto nella prevenzione dei tumori. Pertanto, l'impegno di questa Amministrazione nel medio termine mirerà alla riqualificazione ed al miglioramento dell'offerta dei servizi sanitari in senso generale. La realizzazione di quanto precede, oltre a determinare sicure economie di scala riducendo anche gli indici di mobilità sanitaria passiva e l'inappropriatezza di alcune tipologie di ricoveri ospedalieri, mirerà a:

- ricondurre il tasso di ospedalizzazione allo standard nazionale;
- migliorare la qualità percepita dai cittadini;
- implementare il sistema regionale per la gestione del rischio clinico;
- migliorare l'appropriatezza prescrittiva.

5. L'Amministrazione in cifre

La presente rilevazione concerne l'analisi del personale in servizio effettuata alla data del 31/12/2014

Tabella 8: Dati da Conto Annuale Confronto 2012 – 2014.

Indicatori	2014	2013	2012
DIPENDENTI A TEMPO INDETERMINATO	3.296	3.348	3.367
DIPENDENTI A TEMPO DETERMINATO	323	356	377
TOTALE DIPENDENTI ASP	3619	3.704	3.744
Indicatori	2014	2013	2012
TOTALE PERSONALE COMPARTO (A Tempo Ind.)	2495	2.527	2.533
TOTALE PERSONALE DIRIGENZA (A Tempo Ind.)	801	821	834

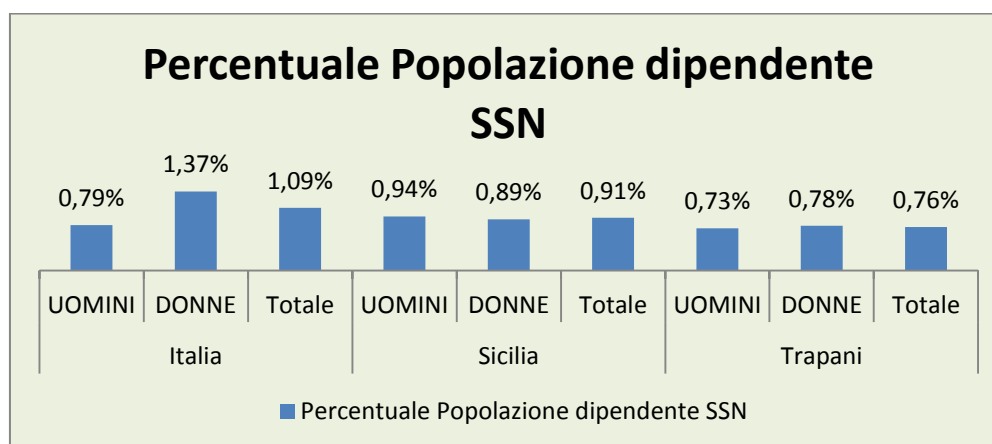


Figura 7:Raffronto territoriale % Popolazione/dipendenti SSN Anno 2014.

Analisi caratteri qualitativi/quantitativi

Tabella 9: Indicatori elaborati su dati del Conto Annuale confronto 2012 – 2014.

Indicatori relativi al Personale	2014	2013	2012
Età media del personale (anni)	52	52	51
Età media dei dirigenti (anni)	54	53	52
% di dipendenti in possesso di laurea	35,32	35,40%	37,6%
% di dirigenti in possesso di laurea	100%	100%	100%
Ore di formazione (media per dipendente)	h. 0:53	h. 1:36	h. 1:22
Tasso <i>Turnover</i> del personale	3,22%	3,55%	8,64%
Costi di formazione/spese del personale	0,08%	0,08%	0,07%

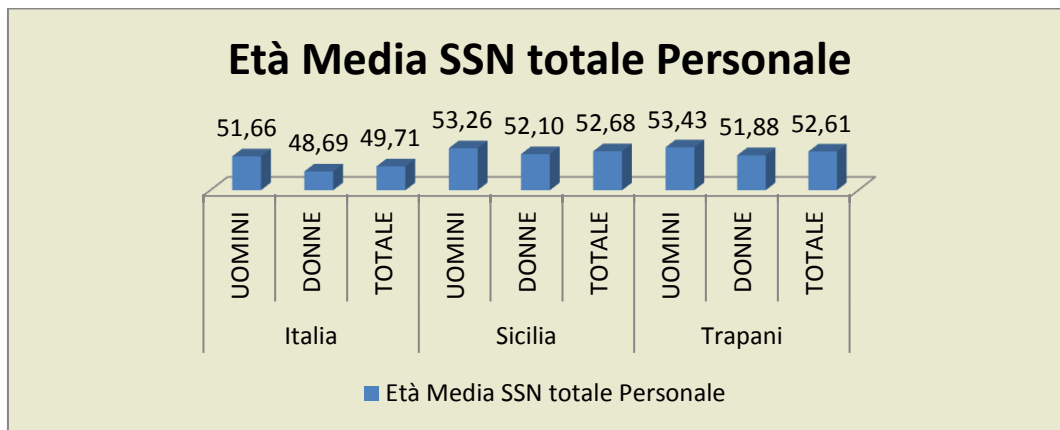


Figura 8: Raffronto territoriale età Media personale SSN 2014.

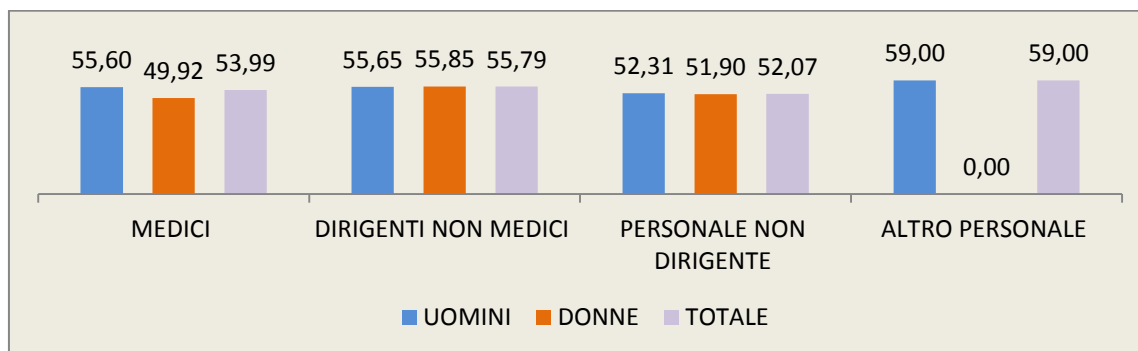


Figura 9: Età Media personale ASP Trapani per categorie dipendenti 2014.

Analisi Benessere organizzativo

Tabella 10: Indicatori di benessere organizzativo Confronto 2012 – 2014.

Indicatori	2014	2013	2012
Tasso di assenze	21,12%	21,13%	20,69%
Stipendio medio percepito dai dipendenti	€ 39.659	€ 39.701	€ 39.301

Analisi di genere

Tabella 11: Analisi di genere confronto 2012 – 2014.

Indicatori	2014	2013	2012
% di dirigenti donne	34,59	34,23%	33,01%
% di donne rispetto al totale del personale	52,77%	52,62%	52,12%
Spesa media personale donna Dirigenza	78.704	€ 77.198	€ 80.363
Spesa media personale donna Comparto	€ 30.683	€ 30.689	€ 28.746
Età media del personale femminile Dirigenza	51	51	50
Età media del personale femminile Comparto	51	51	50
% di personale donna laureato rispetto al totale personale femminile	27,56%	27,61%	33,2%
Ore di Formazione femminile (media per dipendente di sesso femminile)	h. 0:46	h. 1:36	h. 1:24

Il bacino di utenza servito è pari a 436.296 abitanti

Tabella 12: Dati Strutturali.

STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA	N.	STRUTTURE E PROFESSIONISTI CONVENZIONATI	N.
Ospedali	7	Medici di Medicina Generale	347
Posti Letto Totali (Attivi)	653	Pediatri di Libera scelta	58
Dipartimenti	11	Farmacie	131
UU.OO.CC.	103	Specialisti Convenzionati Interni	68
Poliambulatori/PTA	13	Centri Convenzionati Esterni	43
Consultori	15	Laboratori di Analisi	35
SERT	5	Ambulatori di Fisiokinesiterapia	19
Centri di Salute Mentale	5	Centri di Emodialisi	9

Assistenza Ospedaliera

Tabella 13: Comparazione Ricoveri Ordinari Presidi (2013-2014).

Strutture	2013						2014					
	Posti letto	Ricoveri	Chirurgici %	Degenza Media ⁶	Rischio Inappr. %	Valore DRG (€)	Posti letto	Ricoveri	Chirurgici %	Degenza Media	Rischio Inappr. %	Valore DRG (€)
P.O. A. Ajello di Mazara del Vallo	4	27	0	4,7	14,81	€ 77.335,00						
Acuti	4	27	0	4,7	14,81	€ 77.335,00						
P.O. B. Nagar di Pantelleria	18	492	44,83	50,08	17,41	€ 1.204.504,00	14	550	55,77	32,03	18,12	€ 1.120.776,00
Acuti	10	425	44,83	4,99	17,41	€ 1.009.156,00	10	447	55,77	4,48	18,12	€ 974.540,00
Lungodegenza	2	34		23,15		€ 102.235,00	2	42		12,62		€ 81.620,00
Nido	4	16		3		€ 13.875,00	0	48		3,08		€ 26.448,00
Riabilitazione	2	17		18,94		€ 79.238,00	2	13		11,85		€ 38.168,00
P.O. S. Antonio Abate di Trapani	229	13.730	64,59	27,84	13,1	€ 41.509.105,00	227	12.593	72,33	26,1	12,64	€ 37.726.124,00
Acuti	219	12.852	64,59	5,68	13,1	€ 40.974.174,00	225	11.820	72,33	5,71	12,64	€ 37.240.944,00
Nido	8	868		3,06		€ 472.256,00	0	766		2,96		€ 427.840,00
Riabilitazione	2	10		19,1		€ 62.675,00	2	7		17,43		€ 57.340,00
P.O. S. Vito e Santo Spirito di Alcamo	50	2.107	48,6	28,61	18,01	€ 5.857.874,00	50	1.900	52,05	32,59	15,66	€ 5.062.890,00
Acuti	46	2.049	48,6	6,63	18,01	€ 5.661.146,00	46	1.845	52,05	7,03	15,66	€ 4.846.366,00
Lungodegenza	4	58		21,98		€ 196.728,00	4	55		25,56		€ 216.524,00
P.O. San Biagio di Marsala	124	6.368	57,85	9,55	11,79	€ 17.927.653,00	122	5.563	56,62	10,48	12,22	€ 16.109.724,00
Acuti	120	5.817	57,85	6,46	11,79	€ 17.618.167,00	122	5.009	56,62	7,3	12,22	€ 15.778.419,00
Nido	4	551		3,09		€ 309.486,00	0	554		3,18		€ 331.305,00

⁶ Degenza media=Numero giornate di degenza / Numero ricoveri

Strutture	2013						2014					
	Posti letto	Ricoveri	Chirurgici %	Degenza Media ⁶	Rischio Inappr. %	Valore DRG (€)	Posti letto	Ricoveri	Chirurgici %	Degenza Media	Rischio Inappr. %	Valore DRG (€)
P.O. Vittorio Emanuele II di Castelvetrano	119	6.149	55,25	9,44	14,91	€ 15.811.672,00	114	5.856	55,29	9,6	15,58	€ 14.691.206,00
Acuti	114	5.367	55,25	6,51	14,91	€ 15.387.712,00	114	5.130	55,29	6,72	15,58	€ 14.275.037,00
Nido	5	782		2,93		€ 423.960,00	0	726		2,88		€ 416.169,00
P.O. Vittorio Emanuele III di Salemi	24	644	102,94	19,94	15,01	€ 1.874.924,00	24	456	103,23	28,12	18,32	€ 1.319.500,00
Acuti	12	553	102,94	5,73	15,01	€ 1.675.155,00	12	382	103,23	8,86	18,32	€ 1.100.050,00
Lungodegenza	12	91		14,21		€ 199.769,00	12	74		19,26		€ 219.450,00

Tabella 14:Comparazione DH Presidi (2013 – 2014).

Strutture	2013							2014						
	Posti letto	Ricoveri	N° accessi	Chirurgici %	Valore DRG (€)	Accessi Medi AM ⁷	Indice Rotazione Per Posto Letto ⁸	Posti letto	Ricoveri	N° accessi	Chirurgici %	Valore DRG (€)	Accessi Medi AM	Indice Rotazione Per Posto Letto
P.O. B. Nagar di Pantelleria	4	22	135	80	€ 45.838,00	6,14	0,13	4	30	116	96,15	€ 51.603,00	3,87	0,11
P.O. S. Antonio Abate di Trapani	36	3.623	14.167	77,29	€ 4.429.264,00	3,91	1,46	37	2.449	9.175	82,36	€ 2.976.921,00	3,75	0,92
P.O. S. Vito e Santo Spirito di Alcamo	10	341	1.060	78,46	€ 356.126,00	3,11	0,39	10	298	950	72,52	€ 321.069,00	3,19	0,35
P.O. San Biagio di Marsala	13	1.995	5.029	67,11	€ 1.723.840,00	2,52	1,43	13	1.522	3.670	75,84	€ 1.506.030,00	2,41	1,05
P.O. Vittorio Emanuele II di Castelvetrano	18	1.183	4.060	77,55	€ 1.252.594,00	3,43	0,84	18	779	2.441	87,88	€ 906.091,00	3,13	0,50
P.O. Vittorio Emanuele III di Salemi	14	929	2.462	68,5	€ 814.045,00	2,65	0,65	14	610	1.568	70,42	€ 563.205,00	2,57	0,41

Tabella 15:Comparazione Day Service 2012 – 2014.

Strutture	2012			2013			2014		
	N° casi	N° giornate	Valore PAC (€)	N° casi	N° giornate	Valore PAC (€)	N° casi	N° giornate	Valore PAC (€)
P.O. A. Ajello di Mazara del Vallo	422	1.462	€ 420.687,00						
Chirurgia generale	1	1	€ 120,00						
Oculistica	421	1.461	€ 420.567,00						
P.O. S. Antonio Abate di Trapani	1.512	5.189	€ 696.839,00	1.749	5.104	€ 1.039.169,00	2.372	4.525	€ 1.190.303,00
Chirurgia generale	43	83	€ 30.923,00	71	113	€ 49.088,00	82	109	€ 46.439,00
Chirurgia pediatrica							15	15	€ 12.487,00
Dermatologia	914	1.975	€ 110.127,00	652	1.074	€ 83.600,00	754	893	€ 112.630,00
Malattie infettive e tropicali				17	59	€ 3.265,00	18	25	€ 3.641,00
Medicina generale				1	1	€ 173,00	81	82	€ 14.594,00
Nefrologia							70	78	€ 12.990,00
Neurologia							3	10	€ 567,00
Oculistica	179	488	€ 179.000,00	387	765	€ 298.149,00	506	522	€ 326.700,00
Oncologia	214	2.289	€ 228.900,00	254	2.581	€ 370.286,00	201	2.082	€ 312.138,00
Ortopedia e traumatologia	98	269	€ 87.089,00	113	215	€ 83.357,00	133	134	€ 91.272,00
Ostetricia e ginecologia							9	9	€ 8.262,00
Otorinolaringoiatria				63	82	€ 27.620,00	166	231	€ 76.643,00
Pediatria				4	5	€ 805,00	35	36	€ 7.194,00
Pneumologia							9	9	€ 1.458,00

⁷ AM (Accessi Medi) = Numero accessi / Numero ricoveri

⁸ Indice rotazione per posto letto (media): Numero accessi / (Posti letto * 22,5 * Numero dei mesi richiesti).

Strutture	2012			2013			2014		
	N° casi	N° giornate	Valore PAC (€)	N° casi	N° giornate	Valore PAC (€)	N° casi	N° giornate	Valore PAC (€)
Urologia	64	85	€ 60.800,00	187	209	€ 122.826,00	290	290	€ 163.288,00
P.O. S. Vito e Santo Spirito di Alcamo	379	448	€ 61.150,00	436	484	€ 64.192,00	436	436	€ 70.053,00
Chirurgia generale	357	417	€ 44.700,00	411	438	€ 48.858,00	423	423	€ 63.296,00
Day Surgery	22	31	€ 16.450,00	23	44	€ 14.893,00	6	6	€ 5.483,00
Medicina generale				2	2	€ 441,00	7	7	€ 1.274,00
P.O. San Biagio di Marsala	606	985	€ 409.973,00	758	1.233	€ 387.051,00	1.050	1.679	€ 514.480,00
Cardiologia							12	27	€ 2.090,00
Chirurgia generale	218	365	€ 26.968,00	284	432	€ 45.263,00	332	518	€ 58.620,00
Malattie endocrine, ricambio nutriz.							55	69	€ 9.570,00
Medicina generale				2	4	€ 443,00	15	37	€ 2.517,00
Oculistica	349	530	€ 349.000,00	317	544	€ 243.721,00	312	573	€ 241.672,00
Ortopedia e traumatologia	38	88	€ 33.885,00	71	141	€ 49.639,00	82	131	€ 48.421,00
Ostetricia e ginecologia				13	13	€ 11.402,00	80	95	€ 77.652,00
Otorinolaringoiatria	1	2	€ 120,00	6	11	€ 3.430,00	8	12	€ 1.440,00
Pediatria				2	4	€ 357,00	10	23	€ 1.523,00
Pneumologia							3	3	€ 486,00
Urologia				63	84	€ 32.796,00	141	191	€ 70.489,00
P.O. Vittorio Emanuele II di Castelvetro	712	4.325	€ 565.487,00	1.325	5.259	€ 1.096.990,00	1.804	7.799	€ 1.604.872,00
Chirurgia generale	174	715	€ 92.947,00	195	630	€ 94.240,00	179	677	€ 98.441,00
Chirurgia plastica	74	293	€ 61.140,00	64	228	€ 41.866,00	67	242	€ 37.754,00
Medicina generale				4	6	€ 771,00	71	157	€ 15.851,00
Oculistica	94	211	€ 94.000,00	741	1.499	€ 556.243,00	883	1.858	€ 688.850,00
Oncoematologia	31	465	€ 46.500,00	38	901	€ 102.174,00	72	1.560	€ 228.661,00
Oncologia	324	2.574	€ 257.400,00	227	1.885	€ 253.700,00	331	2.825	€ 423.288,00
Ortopedia e traumatologia	15	67	€ 13.500,00	16	67	€ 9.041,00	25	84	€ 14.716,00
Ostetricia e ginecologia				39	41	€ 38.815,00	69	86	€ 78.005,00
Pediatria				1	2	€ 140,00	107	310	€ 19.306,00
P.O. Vittorio Emanuele III di Salemi	140	446	€ 77.350,00	291	798	€ 163.879,00	518	1.435	€ 363.919,00
Chirurgia generale	140	446	€ 77.350,00	288	792	€ 160.425,00	475	1.341	€ 326.604,00
Day Surgery				3	6	€ 3.454,00	43	94	€ 37.315,00
Totale complessivo	3.771	12.855	€ 2.231.486,00	4.559	12.878	€ 2.751.281,00	6.180	15.874	€ 3.743.627,00

Assistenza Territoriale

Tabella 16: Assistenza Territoriale anno 2014.

Distretti	Poliambulatori /PTA	Consultori	Guardie Mediche e Turistiche	PTE	SERT	TOTALI
Trapani	3	5	13 e 3T	2	1	27
Pantelleria	1	1	1	0	0	3
Marsala	2	3	4	0	1	10
Mazara del Vallo	2	2	4 e 1T	1	1	11
Castelvetro	2	2	6 e 2T	0	1	13
Alcamo	3	2	4 e 3T	0	1	13
Totale	13	15	32 e 9T	3	5	77

Tabella 17: Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per Branca 2014 (Flussi C ed M).

Branca	Privato			Pubblico		
	N° ricette	N° prestazioni	Importo lordo (€)	N° ricette	N° prestazioni	Importo lordo (€)
01-Anestesia				621	2.596	€ 68.719,51
02-Cardiologia	40.041	67.613	€ 1.666.125,02	90.828	151.574	€ 3.281.795,16
03-Chirurgia generale				52.676	61.532	€ 1.261.469,60
04-Chirurgia plastica				9.114	13.587	€ 204.873,08

Branca	Privato			Pubblico		
	N° ricette	N° prestazioni	Importo lordo (€)	N° ricette	N° prestazioni	Importo lordo (€)
05-Chirurgia vascolare - Angiologia				15.905	19.102	€ 745.331,57
06-Dermosifilopatia	39.806	47.446	€ 791.246,69	50.790	64.958	€ 1.103.816,91
07-Diagnostica per immagini-Medicina nucleare	6.968	13.915	€ 1.379.397,28	6.130	7.429	€ 361.098,40
08-Diagnostica per immagini-Radiologia diagnostica	243.106	319.199	€ 19.199.790,78	86.320	117.373	€ 5.021.160,81
09-Endocrinologia				19.388	24.152	€ 539.520,98
10-Gastroenterologia				19.855	21.317	€ 1.079.324,63
11-Laboratorio analisti chimico cliniche e microbiologiche	1.736.880	10.190.420	€ 35.437.031,21	340.257	1.601.288	€ 8.475.224,85
12-Medicina fisica e riabilitazione	177.438	1.430.443	€ 34.177.534,50	33.188	101.334	€ 1.773.036,96
13-Nefrologia	23.915	123.522	€ 24.559.434,96	36.327	86.758	€ 9.199.834,56
14-Neurochirurgia				300	821	€ 26.813,35
15-Neurologia	14.713	64.564	€ 812.161,32	14.333	15.932	€ 335.485,88
16-Oculistica	62.510	120.145	€ 3.248.835,28	93.414	108.299	€ 2.107.216,67
17-Odontostomatologia - chirurgia maxillofacciale	39.811	103.326	€ 2.396.793,50	19.510	26.805	€ 482.727,46
18-Oncologia				20.083	25.817	€ 456.780,81
19-Ortopedia e traumatologia	10.607	13.807	€ 305.550,14	26.412	34.541	€ 624.693,28
20-Ostetricia e ginecologia	3.780	6.788	€ 163.769,19	26.822	49.589	€ 1.065.685,91
21-Otorinolaringoiatria	11.245	14.675	€ 238.316,66	64.905	85.733	€ 1.385.823,09
22-Pneumologia				27.242	49.605	€ 1.019.201,70
23-Psichiatria				6.872	25.261	€ 472.079,78
24-Radioterapia				1	1	€ 1.208,04
25-Urologia				42.503	45.410	€ 1.312.725,29
26-Altro				362.906	1.909.827	€ 21.526.385,88
27-Allergologia				819	1.702	€ 23.397,73
28-Diabetologia				23.770	24.404	€ 377.972,55
29-Medicina dello sport				2.990	2.991	€ 134.453,18
30-Reumatologia				6.633	6.637	€ 116.776,29
Totale complessivo	2.410.820	12.515.863	€ 124.375.986,53	1.500.914	4.686.375	€ 64.584.633,91

6. Mandato Istituzionale e i principi di riferimento.

In ossequio all'art. 10 della L.R. n. 5/2009, l'ASP opera all'interno del Sistema Sanitario Regionale, garantendo l'erogazione dell'offerta sanitaria, utilizzando approcci multidisciplinari e applicando modelli e linee guida finalizzati a migliorare percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali.

I principi ai quali l'azienda si ispira per conseguire la propria Missione Istituzionale è improntata ai seguenti elementi:

- *l'utente*, nei confronti del quale assicurare ottimali prestazioni di salute in campo assistenziale;
- *il professionista e le strutture aziendali*, che dovranno garantire percorsi di

qualità, coerenza, continuità e compatibilità etica ed economica nell'erogazione del servizio;

- *la comunità*, rispetto alla quale, in ossequio al Mandato ricevuto, professionisti e organizzazione aziendali si rapportano.

Costituiscono punti essenziali di tale missione:

- La responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute;
- La libera scelta del luogo di cura tra i soggetti, le strutture e i professionisti accreditati;
- La programmazione delle attività Aziendali conforme agli atti e agli indirizzi nazionali e regionali;
- L'economicità del sistema Aziendale, che assicuri la sostenibilità economica e garantisca il mantenimento degli obiettivi di riqualificazione del SSR;
- La razionalità della rete ospedaliera e l'organizzazione dei servizi territoriali;
- La tutela ed il miglioramento delle condizioni di accesso ai servizi per residenti ed utenti;
- Il coinvolgimento dei cittadini, anche attraverso l'accessibilità e la trasparenza degli atti, nonché la verifica del gradimento dell'utenza per i servizi erogati;
- La valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori, la loro partecipazione alle attività di ricerca e di formazione continua, nonché il loro coinvolgimento nei processi decisionali, anche attraverso le loro organizzazioni di rappresentanza;
- La collaborazione interaziendale ed interistituzionale quale condizione necessaria per la funzionalità del sistema;
- La compartecipazione degli Enti locali alla programmazione delle attività ed alla verifica dei risultati di salute;
- Il decentramento dei servizi come leva per aumentare il valore aggiunto per l'utenza, favorendo la prossimità ed il diritto di accesso alle cure e mantenendo, pur nella unicità del percorso, la necessaria capillarità dei punti di accesso.

L'azienda, inoltre, pone a fondamento della propria azione i seguenti ulteriori principi:

- Rispetto della dignità umana, equità ed etica professionale;
- Centralità del valore salute e orientamento ai bisogni del paziente-utente sulla base di analisi epidemiologiche finalizzate alla redazione di atti di programmazione quanto più aderenti alle reali necessità degli utenti del territorio di competenza;
- Sviluppo delle cure primarie, appropriatezza clinica ed organizzativa;
- Garanzia della coerenza, qualità, continuità e compatibilità etica ed economica nell'erogazione del servizio;
- Compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti, nel quadro degli indirizzi regionali;
- Programmazione dell'impiego delle risorse disponibili secondo criteri di costo-

efficacia, in funzione del soddisfacimento prioritario dei bisogni fondamentali di salute, garantendo una programmazione attenta alla distribuzione quantitativa dell'offerta, all'appropriatezza della produzione e all'utilizzazione dei servizi;

- Diffusione dell'assistenza di primo livello, al fine di assicurare in modo generalizzato e coordinato la protezione e la promozione della salute, la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie, la riabilitazione dei pazienti, l'assistenza alle persone sofferenti, a quelle disabili ed ai malati terminali;
- Miglioramento continuo nell'erogazione dei servizi e dei processi produttivi;
- Appropriatezza delle performance cliniche e gestionali;
- Valorizzazione delle risorse interne, integrazione delle professionalità e responsabilizzazione del personale sugli obiettivi Aziendali;
- Flessibilità organizzativa in relazione ai bisogni espressi dalla comunità che insiste sul territorio di riferimento;
- Partecipazione alla propria attività dei singoli cittadini e delle loro associazioni, nel rispetto delle norme vigenti;
- Partecipazione dei volontari con competenze professionali accreditate al fine di offrire ed erogare prestazioni rispondenti ai bisogni manifesti e latenti dei cittadini utenti, in una logica di sussidiarietà e di partecipazione qualificata;
- Trasparenza (Accountability) definita come un diritto a conoscere da parte di tutti coloro che hanno un interesse verso l'attività svolta dall'organizzazione, uno strumento utile per orientare la definizione delle strategie organizzative, un modo concreto per esprimere rispetto per la dignità della persona umana. Con la trasparenza si realizza il concetto di Accountability, cioè del dare conto del modo in cui sono state utilizzate le risorse e del modo in cui si è realizzata la Mission Istituzionale.

7. L'albero della performance

L'albero della performance è uno schema riassuntivo che rappresenta, graficamente, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree d'intervento, obiettivi strategici ed obiettivi operativi. In altri termini, la mappa sottostante dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale ed alla missione. Essa fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione. Nella logica dell'albero della performance, o ciclo della programmazione, il mandato istituzionale e la missione sono articolate in Aree d'intervento, a loro volta declinate in uno o più obiettivi strategici programmati su base triennale ed aggiornati annualmente sulla base delle priorità politiche dell'amministrazione. Ogni obiettivo strategico è articolato in obiettivi operativi cui si associano uno o più indicatori con un target di periodo. Agli obiettivi operativi sono associate le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento.

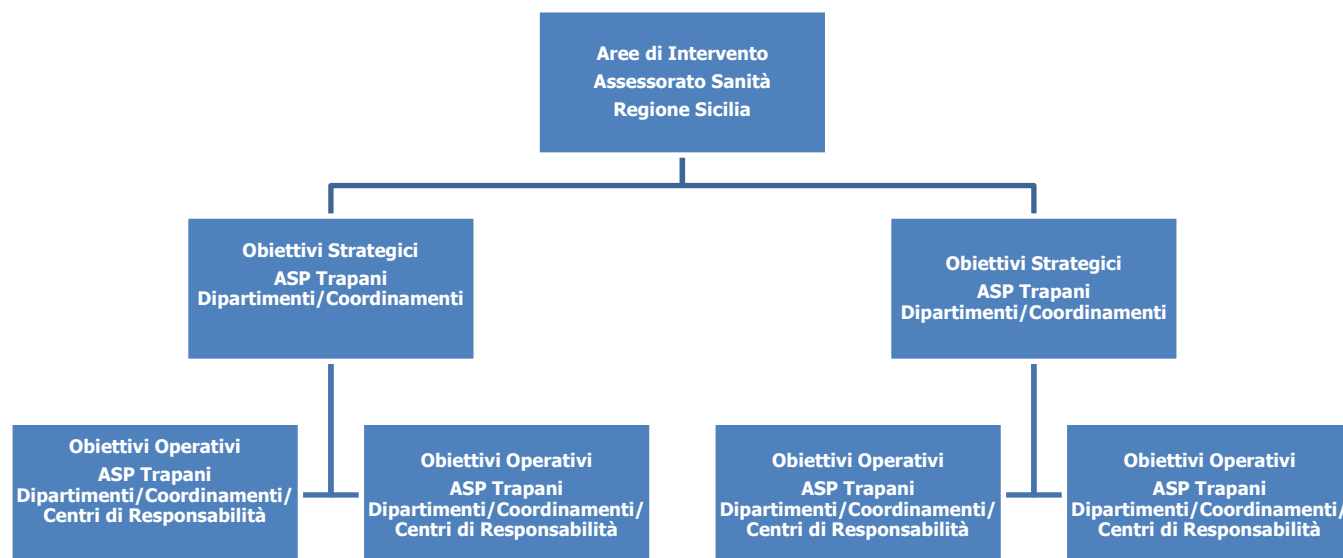


Figura 10:Albero delle Performance.

8. Analisi Del Contesto Interno ed Esterno

Considerato che la Legge di Riforma ha radicalmente innovato il concetto di assistenza sanitaria, laddove ha inteso invertire il precedente rapporto utente – ospedale, basato sulla centralità di quest'ultimo, per porre al centro delle azioni proprie di ogni Azienda Sanitaria il paziente, con le proprie specificità individuali da rispettare e con le proprie esigenze da anticipare oltre che da soddisfare, l'azione di questa ASP è articolata in maniera specifica e "flessibile", in grado di adeguarsi al contesto esterno e alla situazione soggettiva della persona da assistere in continuo divenire. Il contesto interno ed esterno, pertanto, genera azioni combinate tra di loro finalizzate alla riqualificazione dell'assistenza verso forme di appropriatezza sanitaria, con razionalizzazione di risorse e conseguente implementazione di alternative tipologie assistenziali (centralità del paziente/utente, assistenza al paziente "fragile", miglioramento dell'assistenza domiciliare, incremento delle attività dei PP.TT.AA., C.U.P. Aziendale, attivazione posti letto lungodegenza e riabilitazione, riduzione dell'assistenza sanitaria ospedaliera per acuti, implementazione dell'assistenza residenziale e semi-residenziale, etc.).

Nei capitoli precedenti sono stati individuati alcuni indicatori demografici relativi al territorio della Provincia di Trapani.

In particolare si è già sottolineato come gli indici di vecchiaia, di dipendenza strutturale e di dipendenza strutturale degli anziani manifestino dei valori sostanzialmente in linea rispetto al corrispondente dato nazionale ma decisamente disallineati rispetto ai medesimi dati regionali suggerendo come la struttura demografica attuale risulti pertanto correlata al generalizzato declino della fecondità e si caratterizzi per l'elevata dipendenza della popolazione anziana rispetto alla popolazione attiva attuale e prospettica.

Tali considerazioni sono ulteriormente confermate dai grafici seguenti:

Il tasso di crescita naturale⁹ negativo denota una tendenziale decrescita della popolazione (al netto dei fenomeni migratori) decisamente più consistente rispetto al corrispondente dato nazionale e regionale.

⁹ Tasso di crescita naturale: differenza tra il tasso di natalità e il tasso di mortalità.

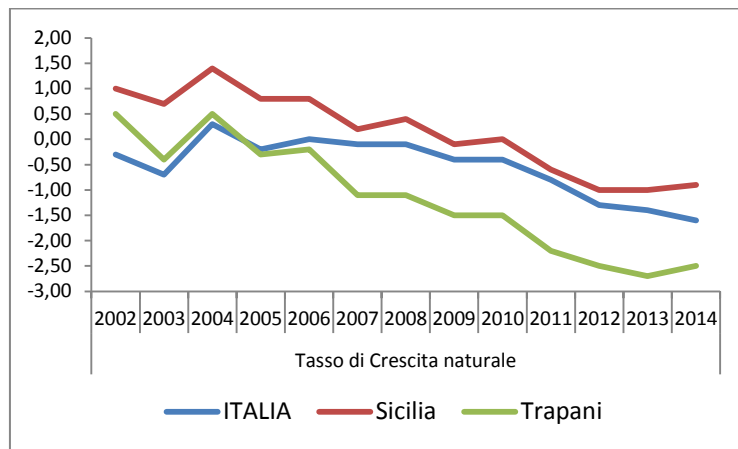


Figura 11: Tendenza tasso di crescita naturale. Confronto territoriale

La lettura dei due grafici seguenti consente di ricondurre il fenomeno segnalato dal dato di cui sopra alla contestuale presenza di un minore tasso di natalità¹⁰ e di un maggiore tasso di mortalità¹¹.

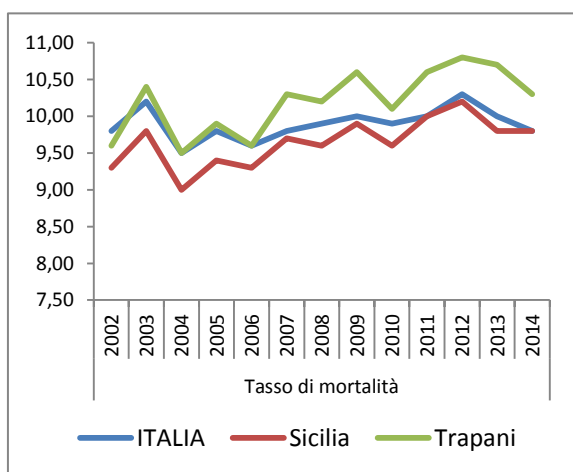


Figura 12: Tendenza tasso di Mortalità

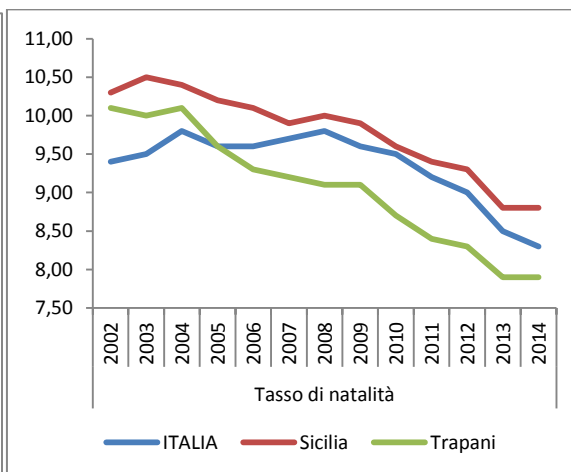


Figura 13: Tendenza tasso di Natalità.

Se si esamina il dato relativo ai flussi migratori, dovuti esclusivamente ai trasferimenti di residenza, si nota come Saldo Migratorio Totale¹² risulta positivo e sostanzialmente in linea rispetto al corrispondente dato nazionale anche se più elevato

¹⁰ Tasso di Natalità: rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.

¹¹ Tasso di Mortalità: rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.

¹² Saldo migratorio totale: differenza tra il numero degli iscritti ed il numero dei cancellati dai registri anagrafici per trasferimento di residenza (per mille abitanti).

rispetto al dato regionale.

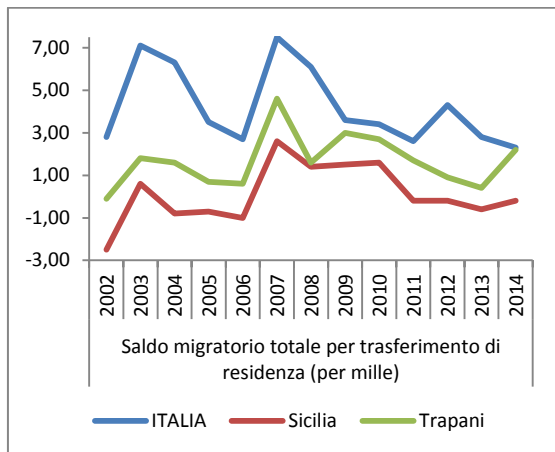


Figura 14: Tendenza Saldo Migratorio totale Per trasferimento

di residenza. Confronto territoriale

Se si scompone ulteriormente il dato del grafico precedente analizzandolo attraverso le sue determinanti si nota che esso deriva da un saldo negativo dei flussi migratori interni¹³ e positivo dei flussi migratori con l'estero¹⁴.

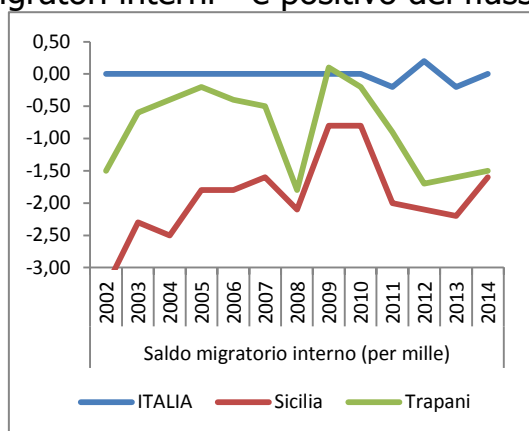


Figura 15: Saldo Migratorio Interno per trasferimento.

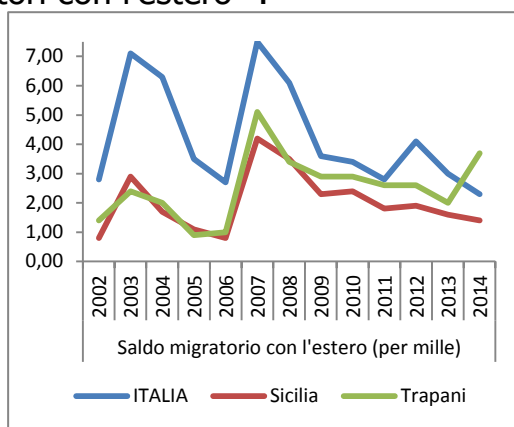


Figura 16: Saldo Migratorio estero per trasferimento

¹³ Saldo migratorio interno: differenza tra il numero degli iscritti per trasferimento di residenza da altro Comune e il numero dei cancellati per trasferimento di residenza in altro Comune (per Mille).

¹⁴ Saldo migratorio con l'estero: differenza tra il numero degli iscritti per trasferimento di residenza dall'estero ed il numero dei cancellati per trasferimento di residenza all'estero (per Mille).

Il contesto di analisi così delineato è sinteticamente rappresentato dalla seguente tabella:

Tabella 18: Analisi Swot.

<p style="text-align: center;">PUNTI DI FORZA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sviluppo della rete assistenziale territoriale con la piena realizzazione dei PTA come modello organizzativo ordinario di assistenza territoriale; 2. Miglioramento degli indicatori di performance dell'attività ospedaliera; 3. Investimenti in formazione; 4. Riequilibrio economico, conseguito attraverso interventi di: <ul style="list-style-type: none"> - Efficienza della spesa per beni e servizi (centralizzazione degli acquisti e gare consorziate); - Efficienza e razionalizzazione della spesa, attraverso sistemi metodologici concernenti i tetti di spesa per attività di erogazione diretta ed indiretta (strutture aziendali e/o convenzionate); - Contenimento della spesa per il personale, quale logica conseguenza della razionale riorganizzazione aziendale. 	<p style="text-align: center;">PUNTI DI DEBOLEZZA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mobilità passiva intraregionale ed extraregionale; 2. Problematiche legate ad un sistema aziendale informativo ed informatico ancora da adeguare alle nuove esigenze aziendali. 3. Procedure di controllo interno; 4. Livello di integrazione dei MMG e PLS nella struttura organizzativa; 5. Attività di promozione della salute poco sviluppata e sottostimata; 6. Diffusione di strutture specialistiche omologhe non coerenti con i fabbisogni epidemiologici; 7. Modello di assistenza specialistica unico non ancora realizzato; 8. Uffici relazioni con il pubblico non adeguatamente conosciuti dall'utenza.
<p style="text-align: center;">OPPORTUNITA'</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Progetto Si Act: Progetto da piano sanitario Nazionale che prevede la realizzazione di un software dedicato all'accoglienza, controllo e trasmissione dei flussi informativi; 2. Sviluppo di una cultura orientata alla valutazione della gestione aziendale in base ai risultati, attraverso lo sviluppo di un cruscotto direzionale; 3. Adozione del nuovo Atto Aziendale; 4. Programmazione delle strategie per affrontare le patologie derivanti dal flusso migratorio proveniente dai paesi transfrontalieri; 5. Condivisione dell'identità aziendale con gli operatori dei Distretti, dei Presidi e dei Dipartimenti; 6. Adozione di un sistema di rendicontazione sociale, come nuovo strumento di comunicazione e condivisione delle attività realizzate; 7. Piante organiche in via di definizione. 	<p style="text-align: center;">MINACCE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vincoli economico finanziari legati alla costante revisione della spesa sanitaria Regionale con possibili reazioni dei portatori di interesse alle misure di razionalizzazione delle risorse; 2. Mancata cognizione dei percorsi di innovazione in termini di performance aziendale con conseguente depauperamento della qualità e quantità dell'offerta assistenziale; 3. Inadeguata capacità di risposta all'incremento progressivo della popolazione anziane, con conseguente aumento delle patologie croniche e dei costi correlati per l'assistenza; 4. Introduzione di nuove norme sull'appropriatezza che rendono difficile la programmazione del Mix di prestazioni da erogare; 5. Tensioni migratorie.

9. Principi Fondamentali alla base del Piano della Performance

Il Piano della performance, come documento programmatico triennale, è alla base del processo di misurazione e valutazione dei processi aziendali.

La consapevolezza e la volontà di intendere tale strumento come momento fondamentale di condivisione e coinvolgimento di tutti i portatori di interesse, variamente coinvolti nell'ambito del sistema territoriale di riferimento, ha indotto L'ASP di Trapani a prevedere una responsabilizzazione a cascata, nell'ambito della stessa Azienda, ed un'articolazione di compiti con lo specifico scopo di ricercare la partecipazione di tutte le strutture organizzative al fine di realizzare gli obiettivi aziendali.

Il Piano della performance ha pertanto una pluralità di funzioni volte non solamente

ad attuare le strategie mediante la programmazione di obiettivi per ognuno dei livelli organizzativi il monitoraggio della relativa attuazione e la conseguente verifica dei risultati, ma serve anche:

- a promuovere la diffusione di buone pratiche, l'attivazione di dinamiche relazionali positive che si sviluppano lungo tutta la filiera dei processi aziendali;
- a realizzare la messa a punto di strumenti di misurazione e di analisi per conseguire e accrescere livelli motivazionali tali da diffondere un elevato senso di appartenenza e di affezione al lavoro.

La programmazione triennale persegue pertanto la valorizzazione delle competenze tecniche, amministrative e gestionali, la responsabilizzazione per i risultati, l'integrità e la trasparenza amministrativa.

Il monitoraggio e verifica dei risultati potranno realizzarsi attraverso una puntuale reportistica e gli obiettivi annuali sono finalizzati espressamente al conseguimento degli obiettivi pluriennali.

Con il Piano della Performance viene data dimostrazione, anche attraverso "l'albero della Performance", della coerenza e dell'allineamento dei diversi livelli in cui le visioni e gli obiettivi sono articolati.

Ogni informazione relativa al documento programmatico, utilizzato nell'ambito del ciclo della Performance, nonché gli atti adottati, saranno resi disponibili a chiunque mediante pubblicazione nell'apposita sezione del sito web istituzionale.

Il Piano è presentato a tutti gli stakeholder.

10. Caratteri Generali degli Obiettivi

Il governo manageriale delle Aziende Sanitarie, sorte a seguito della Legge Regionale n. 5, è un governo per obiettivi, imperniato sulla capacità di definire linee di indirizzo strategico e di tradurle in tattiche gestionali, verificando periodicamente il grado di raggiungimento degli obiettivi stessi e la loro coerenza, il perseguimento degli indirizzi strategici e la loro validità, alla luce dell'eventuale modifica nello scenario ambientale di riferimento e del suo contesto aziendale, in un processo continuamente in progress, che proietta le dinamiche aziendali nell'ambiente e l'ambiente nelle dinamiche aziendali.

Ecco perché, se dovessero verificarsi mutazioni nello scenario di riferimento, variazioni dei contesti interni e/o esterni all'Azienda, questa dovrà procedere a revisionare le linee di indirizzo, le tattiche gestionali e, conseguentemente, dovrà provvedere a rinegoziare gli obiettivi già individuati.

Pertanto, la determinazione degli obiettivi non può rappresentare un processo meccanico esclusivamente di ordine razionalistico, in quanto verrebbe a crearsi un sistema chiuso rispetto all'ambiente esterno, non confacente, dunque, ad una Azienda che instaura con l'esterno relazioni importanti.

Assumono, così, particolare rilevanza alcuni aspetti immateriali della gestione aziendale, riferibili esclusivamente all'uomo, quali l'intelligenza, la creatività, l'intuito, l'esperienza, la cultura, che possono condizionare gli esiti delle combinazioni aziendali.

Tuttavia, qualunque revisione dovrà essere coerente con la programmazione e con gli obiettivi di ordine superiore.

Si distingue tra Obiettivi Strategici e Operativi sulla base dell'arco temporale a cui fanno riferimento, di lungo periodo o, comunque, pluriennale nel caso di Obiettivi Strategici, di breve periodo nel caso di Obiettivi Operativi.

La Pianificazione, la programmazione ed il controllo strategico costituiscono, in tale ottica, all'interno delle Aziende Sanitarie, momenti di un processo complesso che riguarda tutti i soggetti impegnati nel governo delle Aziende, dal soggetto economico-politico (Stato e Regione), che ha il compito di definire il quadro degli obiettivi strategici di sistema, alle Direzioni Aziendali che definiscono le linee di strategia, politica aziendale ed obiettivi, ai Responsabili dei Dipartimenti ed Unità Operative che, nel concreto, gestiscono le azioni concernenti le proprie aree di responsabilità.

La periodica misurazione dei risultati ottenuti ed il confronto con gli obiettivi individuati fa sì che ad ogni livello dell'organizzazione si possa svolgere la funzione di gestione, misurando e "controllando" le performance gestionali e, a tal proposito, assumono rilevanza fondamentale e determinante i sistemi informativi contabili ed extracontabili.

La misurazione della performance serve soprattutto a fornire informazioni utili sui processi gestionali, svolgendo una funzione di supporto e di indicazione operativa per i soggetti dell'ASP, funzione invero, di rendicontazione degli aspetti salienti della gestione aziendale per gli "stakeholder".

Il management può legittimare la funzione dell'intera organizzazione aziendale che gestisce nel sistema socio-politico di riferimento solo attraverso la credibilità e le dimostrazioni del corretto svolgimento della propria opera orientata al bene della collettività.

11. Obiettivi Strategici

Le scelte strategiche impongono delle riflessioni d'insieme volte ad orientare l'individuazione degli obiettivi strategici ed operativi indicando le modalità con le quali l'amministrazione intende perseguirli.

A tal fine, la Regione Siciliana ha ritenuto di:

- completare il Piano di Contenimento e riqualificazione 2007-2009 avvalendosi di un Programma Operativo per gli anni 2010-2012 e di Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo (POCS) per gli anni 2013-2015;
- emanare il Piano Sanitario Regionale - "Piano della Salute" 2011-2013;
- adottare il Patto per la Salute 2010-2012 integrato dal POCS 2013-2015;
- impegnarsi per il conseguimento degli obiettivi derivanti dal Piano Sanitario

Nazionale per gli anni che vanno dal 2009 al 2015.

L'ASP di Trapani conseguentemente ha scelto di attivarsi affinché le azioni da intraprendere siano allineate ai documenti citati ed inducano gli Obiettivi Strategici Aziendali. Inoltre l'Azienda, per l'individuazione degli Obiettivi, deve tenere altresì conto:

- delle relazioni funzionali con le strutture private accreditate presenti nel contesto Provinciale;
- degli atti specifici di programmazione sanitaria regionale per singoli ambiti assistenziali;
- dei Progetti Obiettivo da Piano Sanitario Nazionale per l'anno di riferimento;
- degli obiettivi annualmente assegnati in sede contrattuale al Direttore Generale dall'Assessorato Regionale della Salute.

Con il Piano della Performance si è inteso sviluppare una programmazione più efficace e vincolata delle risorse disponibili, assicurando l'erogazione dei LEA e prevedendo non solo un forte controllo dell'andamento della spesa sanitaria, ma anche la rimozione delle cause strutturali di inadeguatezza e inappropriata, attraverso adempimenti organizzativi e gestionali. Inoltre, il presente documento, ha fatto propri alcuni principi di fondo del Piano Regionale della Salute quali: l'universalità; il rispetto della libertà di scelta; il pluralismo erogativo da parte di strutture pubbliche e private accreditate; l'equità di accesso alle attività di prevenzione diagnosi cura e riabilitazione per tutti i cittadini e ha condiviso l'ottimizzazione della programmazione sulle seguenti aree:

- riorganizzazione della rete per l'assistenza ospedaliera;
- assistenza farmaceutica;
- governo del personale;
- qualificazione dell'assistenza specialistica;
- assistenza territoriale e post-acuta ivi compresa l'assistenza residenziale e domiciliare ai pazienti anziani ed ai soggetti non autosufficienti;
- rilancio delle attività di prevenzione.

AREE D'INTERVENTO

Questa edizione del Piano della Performance 2016-2018 segue temporalmente il Piano Attuativo Aziendale 2016 – giugno 2017 (La Redazione e trasmissione del Piano Attuativo Aziendale nonché la Realizzazione delle azioni previste dallo stesso rappresenta uno specifico intervento previsto all'interno del sistema degli obiettivi assegnati alla Direzione Generale - S.O.D.G.) che è, ai sensi dell'art.5 della Legge Regionale 14/04/2009, n.5, atto della programmazione sanitaria locale, ed è ai sensi del comma 2 dello stesso art.5 *"l'atto con il quale le Aziende Sanitarie Provinciali e le Aziende Ospedaliere programmano, nei limiti delle risorse disponibili, dei vincoli e dei termini previsti dal Piano Sanitario Regionale, le attività da svolgere nel periodo di vigenza del Piano medesimo"*.

Le Aree di Intervento che l'ASP di Trapani intende sviluppare, sono coerenti rispetto alle indicazioni già fornite dal "Piano della Salute 2011-2013" approvato con Decreto Presidenziale del 18/07/2011 e pubblicato nel supplemento ordinario n.2 della GURS n.32 del 29/07/2011.

11.1 Sanità pubblica e Prevenzione

L'ambito di operatività della presente area di intervento è diretta ad implementare e a promuovere efficaci strategie di prevenzione, a garanzia della salute pubblica, rivolte:

- alla tutela della sanità e del benessere delle popolazioni animali da compagnia e da reddito, sia per la prevenzione delle malattie trasmissibili all'uomo sia per la produzione di alimenti destinati all'uomo;

- alla verifica, attraverso azioni ispettive, del rispetto delle norme poste a tutela della sicurezza alimentare e del consumatore;

- alla popolazione provinciale, relativamente alla diffusione delle conoscenze sui comportamenti a rischio per la salute e sui comportamenti finalizzati alla riduzione dei fattori di rischio modificabili.

11.1.1 La sanità veterinaria

Nell'ambito della sanità veterinaria l'attività di prevenzione riveste un ruolo di primaria importanza in relazione ad alcune criticità, emerse nell'ambito del territorio Siciliano, che hanno caratterizzato lo stato sanitario delle popolazioni animali relativamente alle malattie trasmissibili all'uomo o a quelle che comportano forti riflessi economici sulle attività produttive.

In particolare si sono rilevati, a partire dal 2008, livelli di prevalenza nei confronti di forme di brucellosi bovina, brucellosi ovi-caprina e tubercolosi bovina non compatibili con gli obiettivi comunitari e nazionali.

Pertanto, anche per il triennio di analisi del presente piano, l'attenzione dei servizi di sanità veterinaria dovrà essere rivolta in via prioritaria ad elevare lo stato sanitario

delle popolazioni animali, promuovendo azioni orientate all'eradicazione delle malattie animali ancora presenti sul territorio ed al potenziamento della sorveglianza epidemiologica nei confronti di quelle già eradicatae o non presenti.

-Eradicazione della tubercolosi bovina

L'eradicazione della tubercolosi bovina è perseguibile attraverso le seguenti azioni:

1. Controllo annuale del 100% delle aziende controllabili;
2. Controllo anagrafico delle aziende bovine;
3. Monitoraggio del numero medio di giorni intercorrenti tra un intervento ed il successivo in tutti i focolai di tubercolosi.

-Eradicazione della brucellosi bovina

L'eradicazione della brucellosi bovina è perseguibile attraverso le seguenti azioni:

1. Controllo annuale del 100% delle aziende controllabili.
2. Controllo anagrafico delle aziende bovine;
3. Monitoraggio del numero medio di giorni intercorrenti tra un intervento ed il successivo in tutti i focolai di brucellosi

-Eradicazione della brucellosi ovi-caprina

L'eradicazione della brucellosi ovi-caprina è possibile attraverso le seguenti azioni:

1. Controllo annuale del 100% delle aziende controllabili;
2. Controllo anagrafico delle aziende Ovi-caprine;

11.1.2. La Sicurezza Alimentare

I controlli ufficiali eseguiti dalle strutture aziendali deputate all'attività di Prevenzione destinate al controllo delle unità che producono e distribuiscono prodotti alimentari sono organizzati conformemente ai criteri stabiliti dalla normativa vigente e utilizzano tecniche appropriate sviluppate a tal fine: audit, ispezioni, verifiche, monitoraggio, sorveglianza e campionamenti.

La Regione Siciliana in attuazione del programma nazionale dei controlli ufficiali sui prodotti fitosanitari da realizzare nel 2016 in linea con la programmazione del Piano Nazionale Integrato 2015 - 2018, del Piano di Azione Nazionale (D.L. vo 150/2012, D.M. 22 gennaio 2014) e del Reg.(UE) n.595/2015 ha revocato il piano regionale coordinato dell'Unione Europea per la verifica dei residui di fitosanitari negli alimenti(PCC), approvato con DDG. n. 404/2015 e pubblicato sulla GURS n. 16 del 17 aprile 2015 e sostituito con la linea di intervento n. 4 del piano Piano regionale di controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari – 2016.

Al fine di dare attuazione al programma l'azienda dovrà rispettare tempi e contenuti dei flussi informativi previsti e definire la procedura che garantisca il rispetto dei tempi di rilascio del provvedimento di riconoscimento definitivo agli stabilimenti che trattano alimenti di origine animale con riconoscimento condizionato.

11.1.3. Gli screening oncologici e non

-Gli screening oncologici

In merito all'attività diagnostica e terapeutica delle malattie neoplastiche le UU.OO. dell'ASP agiscono secondo le linee guida nazionali e internazionali nell'ambito delle proprie specialità con un coordinamento delle attività a livello aziendale.

Gli obiettivi aziendali riguardanti la diagnosi e le terapie nelle principali patologie oncologiche (tumori della mammella, della cervice uterina, del distretto cervico-facciale, del polmone, della prostata e melanomi) prevedono il coinvolgimento delle figure professionali competenti nelle specifiche patologie oncologiche d'organo, nella diagnostica per immagini, istopatologica e di laboratorio e nella strategia complessiva della malattia neoplastica al fine di costruire un percorso integrato che accompagni il paziente dalla prevenzione alla diagnosi alle terapie.

Dal punto di vista strutturale in questi anni si è attuata l'implementazione della rete Provinciale Oncologica attraverso l'incremento delle attività dell'ambulatorio presso il P.O. di Pantelleria e l'ulteriore aumento delle prestazioni erogate dell'ambulatorio oncologico presso il P.O. di Marsala.

Nell'ambito dell'attività di prevenzione, l'obiettivo del potenziamento delle attività di screening oncologici individua un'area di intervento fondamentale in quanto il cancro può essere diagnosticato sempre più precocemente consentendo così di intervenire sul tumore fin dai primi stadi e aumentando le possibilità di guarigione dei pazienti con particolare riguardo al cancro al seno, al collo dell'utero e al colon-retto.

I tumori rappresentano in Sicilia la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari, costituendo, insieme a queste ultime, circa i 2/3 dei decessi complessivi. Per questo motivo viene dedicata particolare attenzione alle risposte assistenziali correlate alla patologia oncologica.

Il potenziamento degli screening oncologici per la prevenzione e la diagnosi precoce del cancro alla mammella, all'utero e al colon retto è stato individuato come un obiettivo strategico per i Direttori Generali, divenendo oggetto di monitoraggio e misurazione con l'attribuzione di un adeguato peso, tale che il suo parziale raggiungimento determini una significativa riduzione dell'indennità di risultato corrisposta.

La Regione ha ritenuto pertanto di introdurre alcuni strumenti utili ad individuare l'evoluzione del processo di implementazione di tale potenziamento avviando il monitoraggio di alcuni indicatori di processo:

1. Effettiva istituzione delle UO di Screening (100%);
2. Coinvolgimento e collaborazione MMG (almeno il 30%);
3. Riduzione degli inviti inesitati (inferiori al 3%).

La prevenzione quindi rappresenta la forma più concreta di lotta ai tumori.

In particolare le strategie preventive sono di due tipi:

- Primaria, finalizzata a ridurre l'incidenza della patologia tumorale attraverso un'azione di contrasto ai principali fattori di rischio ed attraverso una capillare

campagna informativa nelle scuole e negli ambienti lavorativi, specie quelli a rischio;

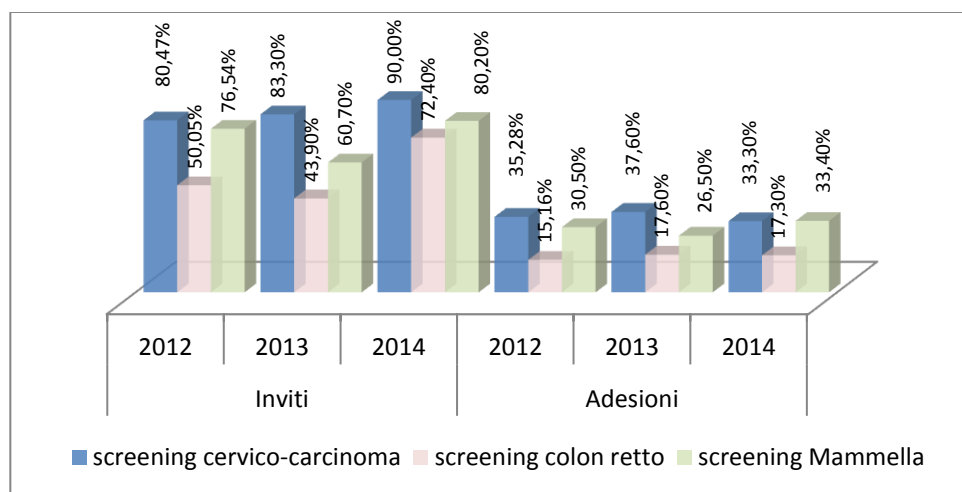
- Secondaria, finalizzata a ridurre la mortalità attraverso interventi che consentano di individuare i tumori in una fase precoce in modo da limitare i danni all'organismo e di modificare la prognosi alla malattia.

Considerato che i programmi di diagnosi precoce più efficaci sono gli screening, in particolare quelli per il tumore della mammella, per il carcinoma della cervice e del colon retto, è indispensabile un raccordo con il Registro Tumori al fine di valutare l'impatto degli stessi sulla mortalità rilevata sul territorio.

In relazione alle considerazioni precedenti pertanto la pianificazione dell'ASP, che già nel 2015 si è mossa in coerenza con le linee di programmazione precedentemente individuate, prevede un ulteriore incremento delle attività di promozione dei seguenti screening oncologici:

- screening cervico-carcinoma;
- screening mammografico;
- screening colon retto.

Figura 17: Evoluzione Indicatori Screening Oncologici.



-Screening uditivo neonatale.

La sordità per il 30% deriva da cause ereditarie, per il 45% è acquisita e per il restante 25% ha una causa sconosciuta. Rispetto alla sordità acquisita vi sono manifestazioni che derivano da cause prenatali, perinatali o post-natali.

Considerato che la diagnosi viene in genere posta nel corso del secondo anno di vita e che tale ritardo determina una scarsa efficacia della terapia riabilitativa è stata individuata la necessità, nell'ambito della programmazione regionale, di attivare ed estendere lo screening neonatale universale al fine di consentire l'individuazione e la protesizzazione precoce dei bambini affetti da sordità neonatale.

Pertanto in coerenza con le indicazioni fornite dal Programma Operativo di

Consolidamento e Sviluppo della Regione Sicilia, l'ASP attuerà l'implementazione dello screening uditivo neonatale estendendolo alla totalità dei neonati.

Tale attività iniziata nel 2014 viene confermata anche per il prossimo triennio.

11.1.4. Coperture Vaccinali

La vaccinazione rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri per la prevenzione primaria delle malattie infettive. Tale pratica comporta benefici non solo per effetto diretto sui soggetti vaccinati, ma anche in modo indiretto, inducendo protezione ai soggetti non vaccinati. Con il Decreto Assessoriale n.1819 del 13/07/2010, la Regione Siciliana si è dotata di un nuovo calendario vaccinale che prevede l'inserimento di nuovi vaccini raccomandati, attualmente disponibili ed ulteriori richiami per alcune vaccinazioni già previste nel precedente calendario. L'ASP di Trapani, come da mandato della Regione Siciliana, è sempre stata precisa nel garantire l'offerta attiva e gratuita di tutti i vaccini "obbligatori" e "raccomandati" e favorevole ad un continuo miglioramento dell'offerta vaccinale.

Le attività programmate riguarderanno il riversamento dei dati di copertura vaccinale già caricati sul portale dell'Anagrafe (anni 2014, 2015 e 2016) sul cruscotto regionale, l'aumento delle coperture vaccinali nel pieno rispetto del "calendario vaccinale per la vita", la pianificazione di un programma di comunicazione basato sulla "evidence" per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole.

11.1.6. Sorveglianza Malattie Infettive

Il capitolo relativo alla Sorveglianza delle Malattie infettive introduce delle novità rispetto alla programmazione dello scorso anno promuovendo azioni discendenti dal POCS 2013-2015 e dal Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018.

Tra i macro obiettivi individuati dal Piano Nazionale della Prevenzione è ricompreso, tra gli altri, quello inerente alla Riduzione della frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie. Tale Obiettivo viene declinato all'interno della programmazione Regionale attraverso l'implementazione delle attività di "consolidamento del sistema di sorveglianza e di notifiche delle malattie infettive con particolare riguardo alla sorveglianza speciale su Morbillo e Rosolia congenita; e di ampliamento della copertura della popolazione regionale con anagrafe vaccinale informatizzata anche al fine dei target previsti di percentuale di copertura".

Le azioni definite all'interno del sistema di pianificazione aziendale riguarderanno per il 2016:

- le notifiche dei casi di morbillo, rosolia e rosolia congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio;
- L'individuazione di focolai di morbillo, rosolia e rosolia congenita mediante l'identificazione del genotipo virale isolato;
- Le notifiche delle malattie infettive (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi, e Malattie Batteriche invasive).

11.1.5. Tutela Ambientale

Occorre promuovere la realizzazione e l'attuazione del D.lgs. 81/08 e s.m.i., prevedendo una verifica, nelle strutture sanitarie, della presenza di idonei sistemi di organizzazione aziendale della salute e sicurezza sul lavoro nel rispetto della circolare assessoriale n.1273 del 26/7/10, nonché della presenza di standard di igiene e sicurezza adeguati ad impedire eventi infortunistici e malattie professionali. I Piani di prevenzione prevedono dei controlli volti alla verifica delle condizioni igienico sanitarie delle carceri e delle scuole di ogni ordine e grado l'avvio di interventi di promozione della salute sul corretto uso di cellulari, sulla eccessiva esposizione ai raggi UV e controlli sulle acque di balneazione ed interventi di monitoraggio ambientale.

11.1.6. Prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro in attuazione dei Piani regionali di Prevenzione

Il nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2014 – 2018, partendo dai risultati e dalle criticità emerse dall'attuazione del precedente documento, ha ridefinito gli elementi portanti della nuova programmazione adottando dei percorsi metodologici condivisi anche a livello centrale.

Particolare attenzione è stata offerta agli indirizzi del documento di valutazione nazionale, intercettando la duplice funzione di misurazione dell'impatto che il Piano produce sia nei processi, sia negli esiti di salute, sia nel sistema, a livello centrale, regionale e locale e di verifica dell'adempimento LEA (certificazione).

Nell'ambito della prevenzione relativa alla tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, la precedente attività di programmazione regionale, al fine di definire le linee di indirizzo e di programmare un sistema organico e integrato di azioni, ha articolato le misure di intervento, individuando tre aree tematiche distinte in tre Piani mirati di prevenzione:

- Piano regionale di prevenzione in edilizia - P.R.E.;
- Piano regionale di prevenzione in agricoltura – P.R.A.;
- Piano regionale di prevenzione per l'emersione delle malattie professionali – MalProf.

Contestualmente, sul piano strumentale ed organizzativo, era stato avviato un percorso di adeguamento dei Servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (S.Pre.S.A.L) e dei Servizi impiantistici-antifortunistici (S.I.A) con il diretto coinvolgimento dei direttori delle strutture preposte alla sicurezza in seno alle singole AASSPP provinciali.

In continuità con l'attività del recente passato l'attuale programma regionale è stato elaborato in collaborazione con un Gruppo di Lavoro per la prevenzione in agricoltura con rappresentanti degli SPRESAL e SIA delle ASP della Sicilia.

Sul piano operativo in coerenza con le azioni programmate e realizzate negli anni precedenti si prevede di dare attuazione:

- Alle direttive del Gruppo di Lavoro "Edilizia" nazionale e regionale e del Gruppo di Lavoro "Agricoltura" nazionale e regionale promuovendo le attività di controllo nei cantieri edili e nelle aziende agricole, le attività di informazione e formazione, con le modalità e secondo gli indicatori previsti dal PRP;
- Alle direttive del Gruppo di Lavoro "Agenti cancerogeni" nazionale e regionale promuovendo la sorveglianza Sanitaria degli "ex esposti" e le attività di controllo delle aziende per i rischi connessi;
- Alle procedure previste in merito alle verifiche periodiche di sicurezza su attrezzature di lavoro ed impianti, incrementando il numero di apparecchi verificati e il numero di iniziative di informazione/formazione/assistenza promosse in merito alla sicurezza delle apparecchiature, macchine, impianti.

11.2 Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti.

Il Governo Clinico deve porre al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini valorizzando il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità.

Il Governo Clinico viene definito come "il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi, garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica".

Per conseguire la qualità e la sicurezza delle prestazioni, occorre impiegare metodologie e strumenti basati su un approccio di tipo integrato e partecipato che necessitano il coinvolgimento di tutti gli attori interessati nel processo: Regione, management aziendale, medici, infermieri ed operatori sanitari erogatori dei servizi nonché pazienti.

Nei trascorsi anni di programmazione ed attuazione delle politiche che riguardano il tema, l'Azienda ha sviluppato le azioni per la Qualità, il governo clinico e la sicurezza dei pazienti seguendo le linee definite dalla programmazione regionale e proseguirà nei prossimi anni realizzando azioni di miglioramento ed ulteriori implementazioni sulle principali linee di intervento: La sicurezza dei pazienti, i tempi di attesa, la formazione, l'umanizzazione e l'appropriatezza.

11.2.1. La sicurezza dei pazienti

La sicurezza dei pazienti è una delle principali direttrici lungo la quale si sviluppa e si misura la qualità dell'assistenza sanitaria.

L'obiettivo fondamentale da perseguire riguarda la prevenzione degli eventi avversi, ovvero degli eventi inattesi, non intenzionali correlati al processo assistenziale e che comportano un danno ai pazienti.

Pertanto diventa imprescindibile una corretta progettazione ed implementazione dei sistemi operativi e dei processi con l'ottica della minimizzazione delle probabilità di errore al fine di ridurre i potenziali danni per i pazienti.

In tale contesto l'azienda dopo aver definito ed implementato la procedura per la segnalazione e la gestione degli eventi sentinella proseguirà nell'azione di monitoraggio degli eventi e nell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento anche attraverso il coordinamento interaziendale.

In linea con il Programma regionale Global Trigger Tool si procederà a valutare l'1% delle cartelle cliniche dei dimessi in ricovero ordinario (con degenza superiore ad un giorno) dalle UU.OO. delle seguenti discipline: Area Medica, Area Chirurgica, Area Ostetrica, Area Pediatrica, Area Rianimazione.

In ambito oncologico, in aderenza con le indicazioni previste dal cronoprogramma allegato al D.A. 1914/13 s.m.i., si provvederà ad implementare e monitorare le azioni ivi indicate per garantire la sicurezza, l'appropriatezza e la corretta gestione complessiva della terapia antitumorale.

Il tema del monitoraggio inoltre verrà ulteriormente sviluppato anche in relazione:

- agli adempimenti connessi alle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti che condurrà alla redazione di Report semestrali comprensivi della sintesi del sistema di monitoraggio AGENAS;
- all'uso sistematico della checklist in Sala Operatoria. Verrà definita condivisa ed applicata la metodologia di valutazione on site con i diversi operatori coinvolti nei processi sulla sicurezza in sala operatoria.

Sempre in relazione alla tutela della sicurezza dei pazienti sono previste azioni volte al contrasto dell'Antibioticoresistenza attraverso il monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale, la promozione di una campagna di comunicazione per aumentare la consapevolezza nell'uso degli antibiotici. L'attività aziendale sarà monitorata attraverso l'obbligo di produzione di reportistica in coerenza con le indicazioni regionali.

In merito alla ulteriori indicazioni assessoriali in tema di sicurezza dei pazienti si prevede:

- di aderire al Programma regionale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza;
- lo sviluppo organizzativo del Percorso Nascita attraverso l'autovalutazione dei Punti Nascita (pubblici e privati) sulla base della checklist predisposta dai professionisti ed inviata dall'Assessorato.

11.2.2. Tempi di Attesa

Il miglioramento dell'accessibilità ai servizi sanitari anche nell'ottica dell'autosufficienza territoriale rappresenta un obiettivo fondamentale da realizzare attraverso il consolidamento dell'attività di monitoraggio dei tempi d'attesa.

E' emersa l'esigenza di migliorare il feedback di informazione dei diversi

monitoraggi, in modo da favorire una visione anche complessiva ed integrata dei diversi aspetti attraverso una reportistica che si affianca, alle scadenze previste, agli adempimenti LEA.

La programmazione del piano attuativo disciplina l'attività e il funzionamento del Gruppo interaziendale per il governo delle liste di attesa prevedendo al contempo il debito informativo posto a capo dell'azienda da adempiere attraverso la produzione di reportistica annuale riguardante:

a. Il monitoraggio e analisi dei dati derivanti dai flussi informativi dei tempi di attesa delle strutture erogatrici pubbliche e private accreditate ricadenti nell'area metropolitana e/o provinciale di competenza;

b. L'analisi delle cause profonde dei fattori favorevoli le criticità locali;

c. L'individuazione e pianificazione di soluzioni condivise, anche attraverso la formalizzazione di accordi interaziendali e/o interprovinciali;

d. La pianificazione e realizzazione di programmi formativi aziendali per il governo delle liste di attesa in coerenza alle indicazioni della Cabina di Regia Regionale di cui all'art.3.

Attraverso l'analisi del flusso SDO si procederà alla produzione di report semestrali finalizzati alla verifica della corretta compilazione dei campi data prenotazione, classe di priorità.

In merito all'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in ambito aziendale è prevista l'applicazione del modello delle priorità cliniche condivise RAO¹⁵ (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) in linea con le indicazioni regionali ed Agenas.

Le modalità di prenotazione informatizzata dovranno essere condivise tra gli erogatori pubblici e privati in ambito di area metropolitana/provincia almeno nelle 43 prestazioni critiche.

Si avvierà il monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni. L'effettivo monitoraggio dovrà essere comprovato da idonea documentazione da parte dell'Azienda sugli interventi messi in atto dalle strutture sanitarie per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni.

Sul tema della trasparenza dei dati sui tempi e sulle liste di attesa viene posto l'obbligo di pubblicare e puntualmente aggiornare sul sito web dell'Azienda, la sezione "Liste di attesa/ Tempi di Attesa".

La precedente programmazione prevedeva, in linea con l'azione 3.5.2.3 del POCS, la produzione della reportistica semestrale del monitoraggio ex-ante istituzionale ed ex-ante ALPI, secondo i disciplinari ministeriali, con puntuale registrazione, controllo informatizzato dei punti erogatori delle attività ALPI e codifica delle relative prestazioni erogate. In generale, l'osservanza delle disposizioni impartite dalla Regione in merito alla libera professione intramuraria, ai sensi della L.120 del 3/8/2007, rappresenta uno degli obiettivi specifici assegnati alla Direzione Generale e si attuerà attraverso la

¹⁵ Categorie di attesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali, i cui contenuti clinici sono definiti in base ad accordi locali (regionali e aziendali) fra rappresentanti dei medici delle cure primarie e rappresentanti dei medici specialisti

stesura di un documento di programmazione ed il relativo bilancio di previsione per l'ALPI.

Inoltre, a livello aziendale si avvierà la proceduralizzazione informatizzata dei processi di prenotazione dei ricoveri programmati.

11.2.3. Formazione in ambito del rischio clinico

Il tema della formazione professionale prevede la partecipazione ai programmi formativi, promossi dall'Assessorato, per lo sviluppo delle competenze in ambito materno-infantile e la programmazione e realizzazione di percorsi formativi in materia di rischio clinico in raccordo con il Servizio 5 del DASOE secondo Direttiva Assessoriale.

11.2.4. Umanizzazione

Il tema dell'umanizzazione rappresenta un ambito trasversale di tutti i processi che coinvolgono la relazione medico-paziente e la comunicazione, lungo tutto il complesso sviluppo dell'iter assistenziale, rappresenta un tassello fondamentale del più vasto programma delle cosiddette clinical humanities.

Per tale motivo la programmazione ha individuato uno specifico obiettivo volto a migliorare la relazione medico paziente promuovendo:

- la misurazione della qualità percepita secondo il Sistema Regionale dando attuazione alle direttive Regionali sulla misurazione della qualità;
- La valutazione della qualità delle Strutture Ospedaliere in aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas.

In merito alla valutazione e gestione del dolore cronico la programmazione regionale chiarisce che *"a tutti i pazienti deve essere garantito il processo di gestione del dolore attraverso la rilevazione, misurazione e il relativo trattamento"*.

Le cure palliative e le terapie del dolore costituiscono obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662

L'art. 2 della legge n° 38 del 15 marzo 2010 definisce:

- Al comma 1 le cure palliative "l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici";
- Al comma 2 la terapia del dolore "l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti ad individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee ed appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e

riabilitative, tra loro variamente integrate allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione ed il controllo del dolore”.

Pertanto sia le cure palliative che le terapie del dolore sono ricomprese tra i Livelli Essenziali di Assistenza e sono rivolte alla *“persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita a tutti i malati affetti da patologie inguaribili in fase avanzata ed evolutiva”*.

Il trend aziendale fotografa una situazione attuale frutto di un progressivo incremento delle percentuali delle prestazioni erogate ai pazienti accolti in Hospice, sia di natura oncologica che di natura non oncologica e di un sostanziale mantenimento dei livelli di assistenza del servizio di Day/Hospice.

Le cure palliative, in coerenza con quanto disposto dalla norma, sono volte ad assicurare programmi di cura individuali per il malato attraverso interventi domiciliari , ricoveri in Hospice, o in Day/Hospice e con l’assistenza ambulatoriale.

La definizione normativa esplicita la necessità che tali cure coprano l’intera gamma dei bisogni del malato in fase terminale coinvolgendo contemporaneamente la dimensione biologica, psichica, sociale e spirituale dell’individuo. Pertanto l’approccio palliativo non può che essere un approccio multidisciplinare è conseguibile con il contributo di una pluralità di competenze.

In questi anni L’ASP di Trapani, stante l’insufficiente disponibilità di mezzi di cura adeguati, rispetto alla platea potenziale dei pazienti, è stata impegnata a definire piani per la corretta valutazione del bisogno e la messa in atto di programmi di cure personalizzati nel tentativo di attuare un modello organizzativo ed assistenziale che garantisca la continuità delle cure nell’ambito dei diversi livelli assistenziali (domicilio, Hospice, ambulatorio, ciclo diurno).

In merito alla gestione della terapia del dolore cronico, al fine di consentire il monitoraggio dei processi connessi, si realizzeranno tre cicli di Audit sul tema in questione. L’Azienda partecipa al sistema di rilevazione promosso da Agenas-Ministero della Salute che ha l’obiettivo di consentire una valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero attraverso la produzione di Report annuali.

11.2.5. Appropriatezza

L’efficacia e l’appropriatezza sono altre due fondamentali dimensioni della qualità dell’assistenza sanitaria ed esprimono da un lato la capacità degli interventi sanitari di migliorare gli esiti delle condizioni cliniche a cui si riferiscono, dall’altro la possibilità di erogare le prestazioni sanitarie necessarie nel servizio più adatto, in un arco di tempo ragionevole e secondo criteri di economicità. L’efficacia, come è noto, esprime il rapporto tra risultati ed obiettivi ed è dipendente principalmente dalle scelte tecniche (cliniche-assistenziali-riabilitative) degli operatori. La pratica clinica basata sulle evidenze consente ai professionisti di superare i limiti dell’autoreferenzialità e di ridurre la variabilità dei comportamenti, delle scelte e dei risultati. L’appropriatezza si

distingue in clinica ed organizzativa:

- L'appropriatezza clinica riguarda l'indicazione o l'effettuazione di un intervento sanitario i cui benefici superino i potenziali rischi;
- L'appropriatezza organizzativa è intesa come erogazione di prestazioni sulla base: delle sedi dei servizi, dei tempi di attesa, delle modalità di erogazione, degli aspetti della sicurezza e delle valutazioni economiche.

Sui temi dell'efficacia e dell'appropriatezza l'Azienda vuole in via prioritaria rispettare gli adempimenti e gli obiettivi regionali previsti dal D.A. 578 del 7 aprile 2014.

In merito all'efficacia ed alla appropriatezza dei ricoveri, tra gli obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento dei servizi assegnati alla Direzione Generale, è previsto:

- Il Rispetto degli standard di sicurezza dei Punti Nascita da realizzare attraverso il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri:
 - E' stata predisposta una Checklist per la verifica degli standard per la riorganizzazione dei punti nascita di I livello, dei punti nascita in deroga e dei punti nascita di II livello, in coerenza all'Accordo Stato Regioni del 16/12/2010 e al D.A. 2536 del 2/12/11 "Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita". Le Aziende Sanitarie con Punto Nascita dovranno garantire il raggiungimento di tutti i requisiti contemplati dalla Checklist. I dati dovranno essere inseriti sulla piattaforma "qualitasiciliassr". Saranno effettuate verifiche a campione sulla congruità dei dati inseriti.
 - PREREQUISITO: Obbligo di presenza del personale ostetrico-gin., guardia attiva H24 di tutta la catena produttiva.
 - Nei Punti Nascita senza UTIN:
 - Garantendo che nessun parto avvenga con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute, con ricovero per più di 1 giorno
 - Riducendo il tasso di trasferimento dei neonati pretermine entro le prime 72 ore;
 - Nei Punti Nascita con UTIN:
 - Migliorando il modello organizzativo per un corretto utilizzo delle risorse tramite il passaggio (se dovuto) dei neonati da Terapia Intensiva a Patologia Neonatale nel corso del ciclo di cura;
 - Definendo i criteri di ricovero in TIN (cod. 73) e Patologia Neonatale (cod. 62) e gli indicatori per il monitoraggio dell'effettiva attuazione.
- L'incremento delle attività in day service al fine di consentire l'adempimento LEA F.2.1 "Assistenza Ospedaliera", considerato che la Regione Siciliana ha ampliato, con le precedenti programmazioni, il numero delle PACC/DRG erogabili nel setting assistenziale Day Service da considerare alternativo ai ricoveri in DH. L'azienda ASP dovrà monitorare i risultati raggiunti in termini di riduzione del ricorso alle prestazioni in DH laddove e di contestuale incremento del ricorso al regime di Day Service;
- Il monitoraggio trimestrale dei ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica. L'obiettivo tendenziale prevede il contenimento della degenza

post-operatoria entro 3 giorni.

Nell'ambito del S.O.D.G. (Sistema Obiettivi Direzione Generale) è incluso anche:

- a. l'obiettivo relativo alla tempestività per gli interventi a seguito di frattura del femore su pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni che tendenzialmente dovrebbe portare alla effettuazione di almeno il 90% (con un valore non inferiore al 60%) degli interventi entro i primi 2 giorni dal ricovero (Anno 2013 – 50,16%; Anno 2014 – 46,81%; Anno 2015 – 54,72%);
- b. Riduzione dell'incidenza dei parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) sul totale dei parti di donne con nessun pregresso cesareo (Anno 2013 – 35,02%; Anno 2014 – 35,23%; Anno 2015 – 35,49%);
- c. Osservare i tempi per l'esecuzione dell'angioplastica in caso di IMA STEMI, in coerenza con la tempistica prevista dalle linee guida, che tendenzialmente dovrebbe portare alla effettuazione di almeno il 91% di PTCA entro un intervallo temporale di 0-1 giorni dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI sul totale di IMA STEMI diagnosticati su pazienti residenti in Provincia (Anno 2013 - 79,52% Anno 2014 - 81,76%; Anno 2015 - 76,38%);

Anche il tema delle donazioni di organi è incorporato nell'ambito del sistema degli obiettivi assegnati al Direttore Generale e implica interventi volti al:

- Miglioramento del processo di accertamento di morte con metodo neurologico nei decessi per grave neurolesione;
- Miglioramento del processo di reclutamento dei donatori definiti come i soggetti per i quali sia stato completato il processo di accertamento di morte con metodo neurologico e sia stato firmato dagli aventi titolo il modulo di non opposizione;
- Miglioramento del processo di donazione delle cornee da soggetti che rientrano nei parametri di idoneità alla donazione per come definiti dal CRT.

11.3 Reti

Nell'ambito della gestione delle reti la Regione ha individuato una serie di indicatori per la verifica dei risultati:

11.3.1.Rete IMA

Molti studi a livello internazionale individuano nella prevenzione lo strumento prioritario per la riduzione dell'impatto del rischio cardiovascolare. Una prevenzione attiva ed efficace può pertanto essere perseguita adottando delle strategie integrate orientate all'individuo e all'intera popolazione.

Il rischio cardiovascolare è reversibile e la riduzione dei principali fattori che lo determinano riduce sensibilmente la frequenza e la gravità degli eventi. La riduzione della frequenza e l'allontanamento dell'epoca di manifestazione dei primi sintomi sono obiettivi perseguibili e utili a diminuire la gravità e le conseguenze invalidanti delle malattie cardiovascolari.

Le azioni promosse in tal senso sono state indirizzate ai pazienti con pregressa malattia coronarica e/o vascolare, ma anche a soggetti asintomatici, ad alto rischio per la presenza di diabete mellito, ipertensione arteriosa, familiarità ma anche incongruo stile di vita. Sul piano strettamente organizzativo si è avviato un progressivo processo di implementazione e adeguamento delle strutture di prevenzione secondaria, dove possono avere grande impatto gli interventi preventivi, rivolti sia ai soggetti ad alto rischio sia all'intera popolazione.

In applicazione alle direttive Regionali relativamente alla rete IMA si prevede l'osservanza dei tempi per l'esecuzione dell'angioplastica in caso di IMA STEMI viene monitorata attraverso:

- Il Timing da PCM all'esecuzione di una PCI primaria;
- Il Timing da una Trombolisi inefficace all'esecuzione di una PCI rescue;
- Timing da una Trombolisi efficace all'esecuzione di una coronarografia.

11.3.2.Rete Stroke

Il campo delle conoscenze e delle competenze relative alle malattie del sistema nervoso e dell'apparato muscolare in Sicilia ha trovato un terreno fertile di sviluppo contraddistinto dalla presenza di Centri dedicati negli Ospedali, negli IRCCS e nelle Università.

Ciononostante la diffusione delle neuroscienze ha avuto uno sviluppo non omogeneo sul territorio Regionale determinando un impatto negativo sui saldi di mobilità extraregionale.

Sulla base di questi presupposti pertanto il piano della salute regionale ha orientato le azioni delle aziende verso l'ottimizzazione delle risorse disponibili nel tentativo di creare delle reti di competenze che possano realmente dare risposte concrete alla domanda di Salute dei Cittadini.

In linea con tali obiettivi regionali l'ASP di Trapani ha adottato in questi anni delle azioni finalizzate a sviluppare:

- La rete per l'emergenza neurologica;
- La rete per le malattie neurologiche croniche;
- La Riabilitazione Neurologica.

La parte prevalente delle patologie neurologiche si manifesta in forma acuta con la necessità di interventi d'urgenza.

Peraltro le urgenze neurologiche riguardano generalmente patologie severe, con elevati tassi di mortalità che generano elevati costi di gestione e che comportano la necessità di diagnosi tempestive ed interventi immediati.

Pertanto l'ambito dell'emergenza neurologica ha impegnato L'ASP di Trapani nell'attività di implementazione della relativa rete con particolare riferimento ai percorsi diagnostico terapeutici di diagnosi precoce dell'ictus, attraverso l'attivazione delle Stroke Units di I e II livello ed all'implementazione della SHIFT (Stroke Home Integrated Functional Treatment).

La naturale prosecuzione di tali attività comporterà per i prossimi anni l'implementazione dell'attività di monitoraggio e rendicontazione nonché di incremento delle prestazioni erogate:

- l'incremento delle attività (N. trombolisi sistemiche effettuate) per la Stroke Unit (Spoke) di II livello (U.O.C. Neurologia P.O. Trapani).
- La corretta comunicazione dei codici Stroke da parte delle Stroke Unit (Spoke) di I Livello (U.O.C. Medicina P.O.Marsala e U.O.C. Medicina P.O.Castelvetrano) per l'ottimale funzionamento della rete.

11.3.3.Rete Politrauma

I traumi rappresentano uno degli eventi di maggiore rilevanza clinica che giungono all'attenzione dei servizi di Pronto Soccorso e costituiscono la prima causa di morte per la fascia di età sotto i 40 anni.

Pertanto negli ultimi anni si è resa indispensabile la necessità di elaborare specifici programmi di prevenzione, cura e riabilitazione.

La prima valutazione effettuata nel luogo del trauma permette in genere il riconoscimento del traumatizzato grave con conseguente "centralizzazione" della persona verso ospedali dotati di reparti specialistici attrezzati per la gestione delle emergenze traumatologiche (chirurgia toracica, neurochirurgia). Il trauma maggiore rappresenta una patologia ad alta complessità i cui esiti, in termini di mortalità e di disabilità, dipendono fortemente dal fattore tempo e dalla qualità degli interventi assistenziali, dal territorio all'ospedale, fino alle strutture di riabilitazione.

La criticità dei problemi connessi alla gestione delle patologie da trauma ha imposto la necessità di adottare un approccio integrato che ha condotto alla definizione di ambiti di operatività extra-aziendali richiedendo l'integrazione tra più strutture variamente dislocate sul territorio regionale.

Con la costituzione di tali Sistemi Integrati si è definita pertanto una organizzazione a rete che tende ad integrare le professionalità e le competenze con le tecnologie presenti nei territori, promuovendo sia la costituzione di Trauma Center di altissima specializzazione, sia lo sviluppo di sistemi aziendali in grado di valorizzare tutte le competenze specifiche presenti negli Ospedali Provinciali.

Il Trauma center rappresenta pertanto un sistema di trattamento che fa riferimento ad un modello assistenziale composto da un centro guida collegato con il servizio 118 e tutte le strutture ospedaliere che già operano sul territorio e sono in possesso dei requisiti necessari per assicurare interventi tempestivi, continui ed appropriati nelle

diverse fasi assistenziali.

L'ASP di Trapani in questi anni ha collaborato alla creazione della rete di servizi che prevede l'interdipendenza e l'integrazione fra centri ad elevata specializzazione e la rete di centri periferici che provvedono ad inviare pazienti che necessitano di un livello più elevato di assistenza.

Lo sviluppo di tale rete consente di utilizzare in modo appropriato ed efficiente le risorse delle diverse strutture riabilitative.

L'ASP di Trapani pertanto è collegata ai centri HUB (Trauma center) individuati dalla Regione Siciliana e svolgerà le funzioni di centro SPOKE con i seguenti compiti:

- L'identificazione del paziente;
- La trasmissione dei dati al Centro Hub;
- Il trasporto dei pazienti ad alto rischio al centro hub di riferimento;
- La terapia a basso rischio.

La Programmazione dei prossimi anni prevede, nell'ambito della rete del Politrauma, la revisione dei Protocolli interaziendali sul transito dei pazienti politraumatizzati fra SPOKE e HUB della rete del trauma in sinergia con il servizio 118.

11.3.4.Rete Oncologica

Il monitoraggio della rete Oncologica sarà finalizzato all'armonizzazione delle prestazioni Oncologiche attraverso l'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici concordati ed approvati : Mammella; Colon-retto; Collo dell'utero; Melanoma; Vescica.

A livello procedurale si punta al miglioramento dei percorsi ambulatoriali diagnostico terapeutici prevedendo l'incremento delle prime visite oncologiche contrassegnate con la priorità B erogate entro 10 gg dalla richiesta.

11.3.4.Percorso Nascita

L'ambito del Percorso Nascita sarà sottoposto a verifiche inerenti gli standard di Sicurezza/Tecnologici/Organizzativi previsti attraverso Audit presso i Punti Nascita (compresa la Struttura Privata ed escluso il presidio Pantelleria). Inoltre si promuove lo screening uditivo ed oftalmico neonatale al 100% dei neonati.

11.4 Assistenza Territoriale ed Integrazione Socio - Sanitaria

La continuità assistenziale, intesa come *“estensione non interrotta nel tempo degli obiettivi assistenziali attraverso una linearità di svolgimento degli interventi fra i diversi livelli e ambiti di erogazione delle cure e dell'assistenza”*, si articola in un processo

dove, individuati i bisogni del paziente, viene prestata assistenza continuativa da un livello di cura ad un altro sia esso domicilio, ospedale o altra realtà.

In questi anni gli approcci adottati per garantire la continuità assistenziale sono stati oggetto di una profonda revisione culturale che ha visto un progressivo spostamento da una metodologia basata essenzialmente su di una visione centrata sulla cura della malattia ad una basata sul concetto di presa in carico del paziente.

Pertanto il tentativo di superare una visione monodimensionale fortemente centrata sulla malattia (disease centred) e conseguentemente su di un approccio specialistico sempre più affinato e su tecniche operative sempre più sofisticate ha condotto ad adottare un orientamento multidisciplinare basato sul paziente (patient centred) che richiede l'intervento di più operatori in un processo nel quale ogni prestazione viene collegata alla precedente e alla seguente sempre nel rispetto del principio di *pertinenza e adeguatezza* rispetto ad obiettivi condivisi con il paziente stesso e con i suoi familiari.

È evidente che in tale contesto il concetto di integrazione tra assistenza territoriale continuità assistenziale ed assistenza ospedaliera diventa cruciale.

La necessità di massimizzare l'appropriatezza dei servizi offerti dal sistema sanitario al fine di garantire l'efficienza e la sostenibilità del sistema ha determinato quindi una rilevante focalizzazione della programmazione nazionale regionale ed aziendale verso le tematiche volte a privilegiare l'integrazione delle reti assistenziali: Ospedaliera Territoriale e dell'Emergenza-Urgenza.

L'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali rappresenta pertanto un presupposto fondamentale rispetto all'azione volta alla riorganizzazione delle strutture ospedaliere, senza la quale si potrebbe manifestare:

- una strutturale incapacità di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero;
- forti ripercussioni negative sull'utilizzo appropriato dell'ospedale.

In tal senso il territorio deve rappresentare un filtro per il contenimento dei ricoveri ospedalieri inappropriati liberando risorse strutturali e competenze professionali per realizzare l'incremento:

- del numero di posti letto destinati alla riabilitazione e/o lungodegenza;
- della residenzialità e semiresidenzialità con la contestuale riduzione del tasso di ospedalizzazione.

Lungo queste linee generali di tendenza, il modello di riqualificazione e di riordino della rete ospedaliera e delle reti assistenziali tende a realizzare un progressivo adeguamento agli standard di riduzione dei posti letto previsti dalla legge 135/2012 e la conseguente riduzione delle UU.OO.CC., finalità il cui conseguimento è imprescindibilmente legato alla preventiva attuazione dei processi di integrazione.

Sul piano degli interventi sull'area dell'assistenza territoriale e dell'integrazione socio-sanitaria la programmazione degli anni precedenti ha dato attuazione alle azioni volte a rafforzare il ruolo dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) con la finalità di mettere al centro dell'attenzione innanzitutto la persona nel suo accesso ai servizi e nel suo iter assistenziale complessivo sia verso le componenti assistenziali all'interno del sistema

delle Cure Primarie, sia verso la collaborazione con le Amministrazioni locali per il soddisfacimento dei bisogni di natura socio-sanitaria.

Le azioni che verranno ulteriormente sviluppate dal 2016 riguardano:

- L'implementazione della rete degli Ambulatori a Gestione Integrata (A.G.I.) da realizzarsi attraverso l'incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso cardiaco arruolati attivamente;
- L'attivazione di Ambulatori a Gestione Integrata. N. 2 AGI presso i Distretti di Trapani e Marsala per la broncopneumopatia cronica ostruttiva e N. 2 AGI presso i Distretti di Trapani e Mazara del Vallo per il Diabete Pediatrico.

Sul piano della gestione delle disabilità e della non autosufficienza si prevede:

- la realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali;
- l'attuazione di percorsi di inclusione per i disabili mentali in età evolutiva
- l'attuazione di valutazioni multidimensionali (U.V.M.) effettuate presso il domicilio dell'utenza.

Il tema della riabilitazione in ambito territoriale prevede l'attivazione di un percorso di riabilitazione precoce (iniziale) sul 100 % dei pazienti con frattura del femore over 65 presso i PP.OO. di Trapani, Marsala e Castelvetro. Inoltre si procederà alla realizzazione di progetti riabilitativi relativi all'area della socialità individuando una quota parte di servizi da riservare alla cooperazione sociale finalizzati all'inserimento lavorativo di soggetti in trattamento psichiatrico, tossicodipendenti e/o alcolisti.

La programmazione del Piano Attuativo prevede inoltre, in relazione al tema della salute mentale, l'attuazione del programma regionale ed interaziendale di implementazione delle azioni di tutela della salute mentale in età adulta programmate dal PANSM per l'area di bisogni prioritaria.

Il tema della violenza su donne e minori è affrontato prevedendo Azioni di Prevenzione Primaria e Secondaria sulla popolazione vulnerabile attraverso incontri presso le scuole medie-superiori ed eventi socio-sanitari.

11.5 Sviluppo Organizzativo

Il sistema normativo che supporta il processo di riqualificazione dell'offerta sanitaria in Sicilia ha riconosciuto il ruolo strategico svolto dai processi di comunicazione, formazione, internazionalizzazione e telemedicina.

L'Assessorato della Salute ha predisposto le "Linee guida per la stesura del piano di comunicazione Aziendale" con il preciso intento di fornire delle linee metodologiche uniformi su tutto il territorio regionale. Pertanto in aderenza alle indicazioni assessoriali si è provveduto a redigere ed adottare il Piano di Comunicazione Aziendale.

Sarà posta particolare attenzione all'area della comunicazione verso l'esterno. Verranno infatti posti in essere interventi finalizzati al miglioramento della

comunicazione nel tentativo di qualificare ulteriormente i servizi attraverso l'ascolto partecipativo dei cittadini e degli operatori adottando un approccio sempre meno autoreferenziale.

Nello specifico la programmazione prevede, oltre le altre attività già consolidate con gli interventi attuati negli anni precedenti, l'attivazione di Campagne di comunicazione in materia di screening e donazione di organi

Il tema della formazione del personale ha assunto un ruolo centrale nel processo di trasformazione del Servizio Sanitario Regionale avviato con la legge regionale n.5/2009. E' necessario individuare i bisogni formativi alla luce dei processi innovativi in atto.

Sul piano strutturale e funzionale, il D.A. 1771 del 07/09/2012 ha definito le linee guida per ridisegnare l'assetto organizzativo delle unità operative per la formazione nelle aziende sanitarie.

Sono stati individuati gli standard ai quali attenersi nei processi di riorganizzazione aziendale sia in termini di risorse umane che di risorse finanziarie.

In linea con le direttive regionali sono state programmate le attività di implementazione delle funzioni inerenti la ricerca e l'internazionalizzazione in ambito aziendale:

- Costituzione e/o completamento degli Uffici SIRS mediante l'istituzione di una Unità Operativa Semplice con personale dedicato;
- Elaborazione e presentazione di progetti su bandi Regionali, Nazionali ed Internazionali, nonché organizzazione di incontri formativi/informativi dedicati alla ricerca ed internazionalizzazione

La diffusione delle innovazioni tecnologiche è stata individuata quale leva strategica di miglioramento dei servizi sanitari, sia in termini di modernizzazione e crescita della qualità, che di accessibilità all'offerta dei servizi sanitari.

In tale ambito L'ASP dovrà promuovere l'utilizzo della telemedicina (es.: procedure di telecardiologia, teleradiologia, ecc.) attraverso la valorizzazione delle professioni sanitarie.

11.6 Trasparenza e Anticorruzione

In questi anni le Amministrazioni pubbliche, in coerenza con l'evoluzione della normativa volta al contrasto ed alla prevenzione dei fenomeni di corruzione, hanno dovuto rivedere l'assetto organizzativo e procedurale interiorizzando concetti e procedure che col tempo hanno inciso profondamente nella cultura lavorativa Aziendale.

I recenti interventi normativi hanno quindi ridisegnato in questi anni il complesso degli adempimenti a carico delle amministrazioni.

In relazione alla disciplina dell'attività di prevenzione della corruzione la norma ha individuato una analitica gerarchia delle competenze e delle connesse responsabilità

legate a ben definiti obblighi e iniziative.

L'organo di indirizzo politico individua il responsabile della prevenzione della corruzione, adotta il Piano triennale di prevenzione della corruzione e lo trasmette al Dipartimento della funzione Pubblica.

Il responsabile della prevenzione della corruzione oltre a proporre l'adozione del Piano:

- Definisce le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati a operare in settori esposti alla corruzione; Verifica l'efficace attuazione del piano e della sua idoneità e propone eventualmente la sua modifica;
- Verifica la rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività in cui è elevato il rischio di corruzione;
- Individua il personale da inserire nei programmi di formazione;
- Pubblica sul sito web una relazione recante i risultati dell'attività svolta;
- Trasmette la relazione all'organo di indirizzo politico;

Nell'ambito delle specifiche attribuzioni dei compiti aziendali, l'ASP ha predisposto un regolamento aziendale in materia di patti e protocolli d'integrità e legalità negli affidamenti per la fornitura di beni e servizi, nonché le linee guida operative atte a prevenire l'uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa e l'elusione delle regole minime di concorrenza negli affidamenti diretti sotto le soglie di legge. Nei prossimi anni si implementeranno azioni rivolte al tema dell'anticorruzione che incideranno sia nell'ambito amministrativo che in quello sanitario: Controllo trimestrale matricole per evitare illegittime corresponsioni economiche; diminuzione degli affidamenti in economia e cottimi fiduciari; verifica sulle autorizzazioni sanitarie e/o pareri finalizzati al rilascio di provvedimenti autorizzativi e/o concessioni; verifica trimestrale sulla gestione e distribuzione di farmaci e materiale sanitario presso le UU.OO. al fine di prevenire l'indebita appropriazione.

In riferimento alle azioni relative all'ambito della trasparenza si darà luogo alla Pubblicazione, nella sezione del sito "Amministrazione Trasparente", delle tipologie/categorie dei procedimenti/processi aziendali ai sensi dell'art. 35 del D.Lgs n.33/2013 con individuazione nominativa del responsabile del procedimento e si procederà alla verifica del Risultato conseguito, delle informazioni presenti all'interno del sito web aziendale attraverso il portale www.magellanopa

11.7 Pari Opportunità e conciliazione vita privata/lavoro.

La materia oggetto del presente capitolo riguarda il complesso delle scelte strategiche e relative azioni volte a rafforzare la disponibilità dei servizi o interventi di cura della persona finalizzate alla promozione della conciliazione tra tempi di vita e di lavoro.

Il Comitato Unico di Garanzia dell' ASP di Trapani è stato costituito con Deliberazione del Direttore Generale N. 1332 del 25/03/2011, rinnovato con Deliberazione N. 221 del

03/02/2016 ed è formato da n.51 componenti. I componenti ed il Presidente del C.U.G. durano in carica 4 anni e svolgono le attività previste a titolo gratuito.

Il comitato rappresenta l'interlocutore più efficace e completo al quale i lavoratori potranno rivolgersi nel caso subiscano una discriminazione e vogliono porvi rimedio.

Il conseguimento dell'obiettivo strategico del conseguimento del benessere dei lavoratori ha condotto all'individuazione di alcune proposte operative che nell'immediato porteranno:

- Alla predisposizione di un Piano contenente azioni volte a promuovere il Benessere lavorativo anche attraverso la conciliazione tra vita privata/lavoro;
- All'attuazione dell'intervento che si sostanzierà nella distribuzione di un quantitativo prestabilito di acqua a tutti i dipendenti.

11.8 Partecipazione a Programmi di sviluppo e innovazione.

Il raggiungimento degli obiettivi di salute, richiede la realizzazione di concreti processi di innovazione e di cambiamento organizzativo che possono realizzarsi mediante l'acquisizione e lo sviluppo non solo di know-how specialistico ma anche di sapere organizzativo. Le esigenze di innovazione tecnologica, organizzativa e gestionale del servizio sanitario possono essere soddisfatte quindi solo con la sperimentazione e con lo sviluppo della conoscenza e trovano nella integrazione tra la ricerca biomedica e la ricerca sui servizi sanitari la risposta in grado di sostenere la crescita del sistema.

11.8.1. La Progettazione Aziendale

L'ASP di Trapani, dopo la formalizzazione dell'istituzione del Nucleo di Progettazione Aziendale, che opera nell'ambito della ricerca e della cooperazione internazionale, ha realizzato le azioni previste dalla precedente programmazione:

- Piena funzionalità dei Nuclei di progettazione aziendali;
- Partecipazione ai laboratori organizzati in materia di progettazione di sanità e ricerca con il POAT Salute 2007-2013, partnership Formez PA;
- Presentazione di progetti aziendali/interaziendali/partnership internazionali a valere sui bandi regionali, nazionali ed internazionali;
- Implementazione della banca dati dei progetti di ricerca e cooperazione internazionale.

In linea con il Decreto Assessoriale n.1268 dell' 1 Luglio 2013 (che modifica e integra il decreto 8 novembre 2010, concernente l'istituzione di una rete di referenti aziendali per la ricerca e l'internalizzazione nel settore sanitario) sono state programmate le attività di implementazione delle funzioni inerenti la ricerca e l'internazionalizzazione in ambito aziendale:

- Incontri annuali aziendali del Nucleo con i ricercatori (laddove inseriti in elenco;
- Aggiornamento della Sezione web dedicata a "Ricerca e Internazionalizzazione" sul sito aziendale;
- Implementazione della banca dati dei ricercatori e dei progetti dell'Assessorato della Salute.

11.8.2. Le attività di Health Technology Assessment – HTA

Il campo della programmazione organizzativa e dei connessi strumenti progettuali a supporto dei meccanismi decisionali che caratterizzano il governo aziendale trova un fondamentale supporto nei metodi HTA che si basano sulla valutazione dell'appropriatezza dell'utilizzo delle tecnologie sanitarie.

Si tratta di una metodologia che assume un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi, basata sulle evidenze scientifiche, sulle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali delle tecnologie, intese nell'ampia accezione che comprende le apparecchiature biomedicali, dispositivi medici, farmaci, procedure cliniche, così come modelli organizzativi, programmi di prevenzione e promozione della salute.

L'Azienda ha perseguito alcuni obiettivi operativi quali la partecipazione qualificata ai laboratori in materia di HTA organizzati con il POAT Salute 2007-2013; l'adozione di provvedimenti organizzativi/tematici connessi alle Linee guida regionali; l'attuazione del Piano regionale di Sviluppo dell'HTA 2010-2012.

11.8.3. Prescrizione dematerializzata

Nell'ambito del S.O.D.G. (Sistema Obiettivi Direzione Generale) è incluso anche l'obiettivo relativo al processo di dematerializzazione delle prescrizioni.

Gli interventi previsti riguardano:

- L'incremento del numero dei medici dipendenti pubblici (Ospedalieri e Territoriali + SUMAISTI) abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata;
- L'incremento del numero delle prescrizioni in modalità dematerializzata sia di farmaci che di prestazioni specialistiche.

11.8.4. Percorso attuativo di certificabilità

L'insieme degli interventi scaturenti dall'obbligo della certificabilità dei dati, come disposto dall'art.2 del Decreto Certificabilità, impone agli enti del SSR, in ottemperanza a quanto stabilito dall'art.1, comma 291 della legge 23/12/2005, n.266 e dall'art.11 del Patto per la Salute 2010-2012, di garantire, sotto la responsabilità ed il coordinamento della Regione, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci. A tal fine le azioni

discendenti da tali interventi sono state inserite all'interno del Sistema degli Obiettivi della Direzione Generale.

Gli interventi previsti intendono assicurare una maggiore incisività del processo di implementazione del PAC attraverso

- 1) L'evidenza, realizzata per il tramite del sito web aziendale, del percorso di certificabilità dei bilanci, dando l'indicazione della specifica fase del processo in corso di realizzazione per dare atto dello stato di avanzamento del percorso ai fini del suo completamento (ANAC Determinazione n.12 del 28/10/2015- II Sanità: punto 2.1.3);
- L'effettiva implementazione, funzionalità e affidabilità presso L'Azienda delle azioni previste nel crono programma del PAC approvato dalla Regione.

11.8.5. L'innovazione

La diffusione delle innovazioni tecnologiche è stata individuata quale leva strategica di miglioramento dei servizi sanitari, sia in termini di modernizzazione e crescita della qualità, che di accessibilità all'offerta dei servizi sanitari.

In tale ambito L'ASP ha implementato le prestazioni di Telediagnosi e Teleconsulto avviando la partecipazione qualificata al network regionale di telemedicina ed ai laboratori sulla Telemedicina, organizzati con il POAT Salute 2007-2013; adottando provvedimenti organizzativi/tematici connessi alle Linee guida regionali; partecipando ai progetti TELETAC – SETT – Teleradiologia – Network telemedicina.

Tali attività verranno pertanto ulteriormente sviluppate.

In tal senso si provvederà all'adozione dell'atto di indirizzo aziendale per l'utilizzo della Check list progetti di telemedicina, per l'utilizzo dei sistemi di teleconsulto già operativi (TELETAC e SETT). Inoltre si provvederà a far partecipare i referenti aziendali alle attività di implementazione della rete regionale TELENEURES.

11.9 Le risorse, la programmazione degli investimenti, la razionalizzazione della spesa e riorganizzazione dei processi dell'Azienda.

11.9.1. Cambiamento organizzativo e gestionale

Dalla Legge Regionale n.5 del 2009 tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale sono impegnate a perseguire obiettivi che fanno riferimento sostanzialmente ad azioni che richiedono una volontà di cambiamento organizzativo e gestionale specifico per portare a regime nuove soluzioni su alcune aree prioritarie. In particolare i temi da sviluppare sono:

1. Riduzione della spesa farmaceutica;

2. Adozione e messa a regime del flusso del Personale;
3. Messa a regime del Sistema di Valutazione della Performance;
4. Messa a regime dei flussi dell'Area Beni e Servizi;
5. Riduzione degli acquisti in economia attraverso l'applicazione del nuovo RAE (Regolamento Acquisti in Economia);
6. Rispetto dei tempi di realizzazione delle "gare di bacino" in ottica di integrazione tra capofila ed aziende partecipanti nonché delle quantità di acquisto previste;
7. Incremento dell'utilizzo dei setting assistenziali post-acutie.

Il Tema del contenimento della spesa attraverso trasversalmente diversi ambiti gestionali ed organizzativi:

- Contenimento della spesa del Personale che si esplicita nel monitoraggio della spesa volto al rispetto del tetto annuale determinato ai sensi della legge 135/12 e nell'attuazione del programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato (Legge 122/10).
- Beni e Servizi che implica l'applicazione del Regolamento Aziendale sugli Acquisti in Economia nel pieno rispetto della normativa vigente in materia.
- Monitoraggio della spesa finalizzato al rispetto dei tetti che discendono da normativa specifica, nazionale e/o regionale e/o da disposizioni assessoriali.
- Monitoraggio della spesa relativa all'assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera finalizzato al rispetto dei tetti di spesa coerenti con le risorse negoziate annualmente.

Anche gli adempimenti derivanti dall'applicazione della Direttiva Flussi Informativi (Decreto di Approvazione n.1174/08 del 30/05/2008) possono essere ricondotti nell'alveo della razionalizzazione e riorganizzazione dei processi aziendali. Invero lo stesso citato Decreto esplicitamente afferma che "le informazioni che sono oggetto di trasferimento e condivisione tramite i flussi hanno rilevanza rispetto all'andamento gestionale sia relativamente all'aspetto economico-finanziario che all'attività sanitaria resa". Pertanto anche il rispetto della direttiva è stato incorporato nell'ambito del sistema degli obiettivi assegnati al Direttore Generale e implicherà l'attività di invio tempestivo dei flussi, compresi quelli di nuova istituzione, con particolare riguardo alle procedure di certificazione (congruità), alla qualità dei flussi ed alla riduzione degli scarti delle forniture rese.

11.9.2. Attrezzature

L'innovazione tecnologica è un fattore chiave del miglioramento della performance clinica. Presso questa Azienda negli ultimi anni sono stati attuati importanti investimenti tecnologici, in particolare relativamente agli ambiti della diagnostica per immagini, a quelli cui afferiscono le attività di sala operatoria e delle terapie intensive, nonché quelli necessari all'apertura di PTA, PPI, RSA, per favorire l'integrazione ospedale-territorio.

Nel medio periodo, compatibilmente con le risorse economiche disponibili e nel

rispetto degli obiettivi aziendali, si riportano di seguito gli interventi più significativi che si intendono realizzare:

- Continuare la modernizzazione tecnologica radiologica mediante l'acquisto di alcune importanti attrezzature, anche attraverso fondi appositamente destinati dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale, in particolare nel biennio 2015 2016 (nel corso del 2016 è stata inaugurata presso il Presidio Ospedaliero S. Antonio Abate la PET – Tomografia ad emissione di positroni);
- Assicurare il rinnovo delle tecnologie sanitarie presenti in Azienda sulla base di precisi e codificati criteri di obsolescenza attraverso metodiche proprie del "Health Technology Assessment".

Tabella 19: Attrezzature.

ATTREZZATURE	2016
Adeguamento punti nascita: 2015)apparecchio screening uditivo e misuratore pressione PO. Tp- 2016) n. 10 monitor multiparametrici+ n. 11 lettini a cielo aperto+ n. 12 incubatrici+ n. 7 lampade per fototerapia+ n. 8 pannelli radianti	€ 587.000,00
Angiografo per sala emodinamica TP (impianto radiologico+poligrafo+sistema IVUS+Sistema wireless+Stazione elaborazione immagini+sistema monitoraggio+iniettore)	€ 1.195.000,00
Monitoraggio ECG (n. 2) secondo holter Cardiologia P.O. TP e Castelvetro	€ 58.400,00
Campimetro distretto Pantelleria	€ 9.000,00
Sollevapazienti per ortopedia (n. 2)di Trapani ed (N. 2)Alcamo ed (n. 1)anestesia TP	€ 11.958,23
Videostereoscopi (N. 4) ginecologia P.O. TP, Alcamo, Marsala e Cstelvetro	€ 314.784,00
Litotritore Urologia P.O. TP	€ 450.000,00
Sistemi (n. 3) per videoscopia per chirurgie endoscopiche di Alcamo, Salemi e TP	€ 349.205,00
Sistema di monitoraggio e telemetria per UTIC e Cardiologia P.O. TP	€ 181.045,00
Ventilatori (n. 2) meccanici per UTIN P.O. TP	€ 71.438,00
Ventilatori (n. 2) polmonari da trasporto per P.S. di Marsala e Castelvetro	€ 20.876,00
Ecografi (n. 26) fascia medio-alta per UU.OO. varie	€ 2.664.100,00
Linfoscintigrafo per la dermo del P.O. di Trapani	€ 40.000,00
Videodermatoscopio per la dermo del P.O. di Trapani	€ 30.000,00
Telecomandato digitale per Radiologia P.O. Castelvetro	€ 288.600,00
Unità mobili (n. 2) per Radiologia P.O. Marsala	€ 173.688,00
Lettini (n. 4) a cielo aperto per Neonatologia P.O. Trapani	€ 31.400,00
Monitor (n. 2) transcutanei per Neonatologia P.O. Trapani	€ 19.600,00
CPAP (n. 4) per Neonatologia P.O. Trapani	€ 20.000,00
Pompe infusionali (n. 5) per Neonatologia P.O. Trapani	€ 4.950,00
Ossimetri (n8) per Neonatologia P.O. Trapani	€ 14.000,00
Incubatrici (n. 3) per termoterapia e manovre intensive in alto prematuro per Neonatologia P.O. Trapani	€ 73.500,00
Dispositivi (n. 3) per erogazione alti flussi per Neonatologia P.O. Trapani	€ 28.500,00
Mastossutture (n. 3) biposto elettronico intermittente per Neonatologia P.O. Trapani	€ 18.000,00
Monitor (n. 10) multiparametrici per Neonatologia P.O. Trapani	€ 20.000,00
Sistema urodinamica per Ostetricia e Ginecologia P.O. TP	€ 22.500,00
Sistema di monitoraggio in RMN per Anestesia P.O. TP	€ 73.249,00
Generatore elettrochirurgico per Urologia P.O. Marsala	€ 40.000,00
Fibroscan per Malattie Infettive P.O. TP	€ 100.000,00
Apparecchiature per elettrochemioterapia per la dermatologia PoTP	€ 100.000,00
Cabina per irradiazione totale per la dermatologia del PO di TP	€ 150.000,00
Microscopio laser per la dermatologia del PO di TP	€ 150.000,00
Microscopio per Oncoematologia Castelvetro	€ 9.669,98
Defibrillatori per UU.OO. e ambulatori dei vari PP.OO. (n. 40+58)	€ 350.000,00
Carrelli di emergenza (n. 20+23)+ aspiratori (20+37) + saturimetri (n. 4)	€ 62.000,00
Sistema di riabilitazione Brainer Psicogeriatrics	€ 100.000,00
Sistema di stimolatore transcranici Psicogeriatrics	€ 100.000,00
Laser CO2 per ORL	€ 115.000,00
Videobroncoscopio per Pneumologia P.O. TP	€ 62.998,40
Sistema Coleman (Chirurgia Plastica)	€ 30.000,00
Apparecchio per Vac Terapy (Chirurgia Plastica)	€ 50.000,00
Apparecchi (n.2) per ischemia c. operatorio Trapani	€ 24.680,00
Motorizzati(n. 2) per ortopedia PO di Trapani	€ 50.000,00
Elettrobisturi(n. 2) per pantelleria-mazara	€ 50.000,00
Centrale di monitoraggio per l'Anestesia di Trapani	€ 160.000,00
ATTREZZATURE P.O.MAZARA	€ 1.360.660,00
ARREDI NON SANITARI P:O.MAZARA	€ 479.660,74
Arredi stanze degenza UU.OO. di ortopedia e chirurgia P.O. trapani	€ 174.798,98
Arredi vari occorrenti a diverse UU.OO. Aziendali (carrelli -paraventi-postazione per ipovedente) + arredi per i PP.OO. aziendali	€ 150.000,00
ARREDI SANITARI P.O. MAZARA	€ 868.870,06
UPS (n. 200)	€ 10.000,00
Stampanti laser ed aghi (n. 40)	€ 5.000,00
Hardware	€ 120.000,00
Interventi per adeguamento ai sensi del D.Lgs. n. 81/2008	€ 167.518,10
Totale	€ 11.811.649,49

11.9.3. Adeguamenti strutturali ed impiantistici

L'ASP di Trapani intende proseguire nella realizzazione dell'obiettivo prioritario dell'adeguamento delle proprie strutture sanitarie ai requisiti minimi previsti dal D.A. n. 890 del 17/06/2002 e s.m.i., il quale ha recepito in ambito regionale il D.P.R. 14/01/97.

Tali adeguamenti riguardano tutti gli aspetti strutturali ed impiantistici, a partire dai requisiti di ordine generale di seguito elencati:

- adeguamento alle norme di prevenzione incendi, con particolare riguardo alla regola tecnica per le strutture sanitarie approvata con D.M. 18/09/2002;
- protezione acustica;
- adeguamento degli impianti elettrici;
- sicurezza anti-infortunistica;
- igiene dei luoghi di lavoro;
- protezione dai rischi di radiazioni ionizzanti;
- eliminazione delle barriere architettoniche;
- smaltimento dei rifiuti;
- adeguamento delle condizioni microclimatiche;
- adeguamento degli impianti di distribuzione dei gas medicali;
- protezione antisismica.

Tali interventi riguardano tutti gli aspetti strutturali ed impiantistici ed assumono una rilevanza preponderante, in particolare, quelli strutturali legati alla protezione antisismica, cui devono essere sottoposti tutti gli edifici "sensibili" ai sensi dell'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3274 del 20/03/2003 e la successiva circolare del Dipartimento della Protezione Civile del 04/06/2003.

Il programma triennale degli interventi è coerente con i criteri indicati dal comma 3 dell'art. 6 della L.R. n.12/2011 e prevede interventi di manutenzione dell'esistente (22 interventi) e nuove realizzazioni (2 interventi).

La copertura finanziaria degli interventi è assicurata, in parte con risorse di bilancio dell'A.S.P. ed in parte con fondi derivanti dal redigendo Programma poliennale di interventi ex art. 20 Legge n. 67/88, dall'Asse 6 PO FESR 2007/2013 linea 6.1.2.3 o da risorse del Dipartimento Regionale di Protezione Civile.

Gli impegni relativi all'attuazione del Programma Operativo Fondo Europeo per lo Sviluppo Regionale si declinano, relativamente all'ASP di Trapani, nell'opportunità di utilizzo dei relativi fondi e le attività connesse alla realizzazione degli interventi programmati: trasmissione delle fatture quietanzate, entro le date indicate, propedeutica alla certificazione delle risorse derivanti dai fondi europei nella misura dei target di spesa annualmente assegnati all'Azienda.

Il programma di interventi prevede:

- LAVORI DI RIORGANIZZAZIONE DEL PRONTO SOCCORSO E DEL LABORATORIO DI ANALISI DELL'OSPEDALE "BERNARDO NAGAR" DI PANTELLERIA;
- LAVORI DI ADEGUAMENTO DELL'IMPIANTO ELETTRICO DELL'OSPEDALE "S. ANTONIO ABATE" DI TRAPANI;
- LAVORI DI RIQUALIFICAZIONE DELL'HOSPICE PRESSO L'OSPEDALE "VITTORIO EMANUELE III" DI SALEMI;
- LAVORI DI REALIZZAZIONE DI UNA SCALA ESTERNA DI SICUREZZA PRESSO L'OSPEDALE "S. ANTONIO ABATE" DI TRAPANI;
- LAVORI DI RIORGANIZZAZIONE E MANUTENZIONE STRAORDINARIA DELLA COMUNITÀ TERAPEUTICA ASSISTITA E DEL CENTRO DIURNO DELL'EX OSPEDALE PSICHIATRICO DI TRAPANI;
- LAVORI DI RIFUNZIONALIZZAZIONE DELL'EX CHIESA DELL'OSPEDALE "S. ANTONIO ABATE" DI TRAPANI DA DESTINARE A SEDE DELL'IMPIANTO IPERBARICO E SPOGLIATOI DEL PERSONALE;
- LAVORI DI RICONVERSIONE DELL'EX ALLOGGIO SUORE DELL'OSPEDALE "S. ANTONIO ABATE" DI TRAPANI PER ATTIVITÀ SANITARIE;
- LAVORI DI RIQUALIFICAZIONE DEL CENTRO DIURNO ALZHEIMER DI TRAPANI;
- LAVORI DI COMPLETAMENTO DELL'ELISUPERFICIE DELL'OSPEDALE "S. ANTONIO ABATE" DI TRAPANI;
- LAVORI DI REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO DI RADIOTERAPIA ED AMPLIAMENTO DELL'OSPEDALE "S. ANTONIO ABATE" DI TRAPANI;
- LAVORI DI REALIZZAZIONE DEL NUOVO PRESIDIO SANITARIO DI ALCAMO;
- LAVORI DI ADEGUAMENTO AI REQUISITI DI CUI AL D.A. SANITÀ N. 890/2002 DELL'OSPEDALE "S. ANTONIO ABATE" DI TRAPANI;
- LAVORI DI ADEGUAMENTO SISMICO DELL'OSPEDALE "S. ANTONIO ABATE" DI TRAPANI;
- LAVORI DI ADEGUAMENTO E MESSA A NORMA DELLA SEDE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DI TRAPANI – VIA AMMIRAGLIO STAITI;
- LAVORI DI RIQUALIFICAZIONE DEGLI IMPIANTI DI CLIMATIZZAZIONE E TRATTAMENTO ARIA DELL'OSPEDALE "VITTORIO EMANUELE II" DI CASTELVETRANO;
- LAVORI DI RIQUALIFICAZIONE PRONTO SOCCORSO E DEL COMPLESSO OPERATORIO DELL'OSPEDALE "VITTORIO EMANUELE II" DI CASTELVETRANO;
- LAVORI DI MIGLIORAMENTO SISMICO DEL P.T.A. POLIAMBULATORIO DI CASTELVETRANO;
- LAVORI DI AMPLIAMENTO E MESSA A NORMA DEGLI IMPIANTI DI TRATTAMENTO DEI RIFIUTI SPECIALI OSPEDALIERI PRESSO L'OSPEDALE "VITTORIO EMANUELE II" DI CASTELVETRANO;
- LAVORI DI ADEGUAMENTO DELLA CITTADELLA DELLA SALUTE - CASA SANTA ERICE;
- LAVORI DI ADEGUAMENTO AI REQUISITI DEL D.A. SANITA' N. 890/2002 DEI PRESIDI SANITARI DEL DISTRETTO DI TRAPANI;

- LAVORI DI ADEGUAMENTO AI REQUISITI DEL D.A. SANITA' N. 890/2002 DEI PRESIDI SANITARI DEL DISTRETTO DI MARSALA;
- LAVORI DI ADEGUAMENTO AI REQUISITI DEL D.A. SANITA' N. 890/2002 DEI PRESIDI SANITARI DEL DISTRETTO DI CASTELVETRANO;
- LAVORI DI ADEGUAMENTO AI REQUISITI DEL D.A. SANITA' N. 890/2002 DEI PRESIDI SANITARI DEL DISTRETTO DI ALCAMO;
- LAVORI DI ADEGUAMENTO SISMICO DELLA SEDE CENTRALE DELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI TRAPANI.

12. Aree di Intervento, Obiettivi Strategici ed Obiettivi Operativi

All'interno della logica di albero della performance, ogni area di intervento declinata in obiettivi strategici prevede un'articolazione di obiettivi operativi che vengono illustrati di seguito in apposite schede riassuntive con l'indicazione anche delle Unità Organizzative responsabili delle singole azioni:

AREA D'INTERVENTO	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORI	UNITA' DI MISURA	TARGET DI PERIODO			STRUTTURE ORGANIZZATIVE COINVOLTE
					2016	2017	2018	
SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)	N. Aziende bovine e ovi-caprine controllate -----x100 N. Aziende bovine e ovi-caprine controllabili	%	100%	100%	100%	DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIA
SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina	N. medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi	%	tra 21 e 28 giorni. L'obiettivo è raggiunto: <= 28 gg. 100%; <= 30 gg. 75%; <= 32 gg. 50%; > 32 gg. 0%	tra 21 e 28 giorni. L'obiettivo è raggiunto: <= 28 gg. 100%; <= 30 gg. 75%; <= 32 gg. 50%; > 32 gg. 0%	tra 21 e 28 giorni. L'obiettivo è raggiunto: <= 28 gg. 100%; <= 30 gg. 75%; <= 32 gg. 50%; > 32 gg. 0%	DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIA
SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	N. medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi	%	tra 42 e 63 giorni. L'obiettivo è raggiunto: <= 63 gg. 100%; <= 68 gg. 75%; > 68 gg. 0%	tra 42 e 63 giorni. L'obiettivo è raggiunto: <= 63 gg. 100%; <= 68 gg. 75%; > 68 gg. 0%	tra 42 e 63 giorni. L'obiettivo è raggiunto: <= 63 gg. 100%; <= 68 gg. 75%; > 68 gg. 0%	DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIA
SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovi-caprine sulla base di criteri riportati, rispettivamente dai Regolamenti (Cee) n. 1082/2003 e n. 1505/2006.	N. Aziende bovine e ovi-caprine controllate anagraficamente -----x100 N. Aziende bovine e ovi-caprine controllabili	%	>= 5% Aziende Bovine; >= 3% Aziende Ovi-Caprine.	>= 5% Aziende Bovine; >= 3% Aziende Ovi-Caprine.	>= 5% Aziende Bovine; >= 3% Aziende Ovi-Caprine.	DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIA
SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina ed ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015	Percentuale di riduzione della prevalenza	%	<= Anno 2015 – 15%	<= Anno 2015 – 15%	<= Anno 2015 – 15%	DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIA
SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE	IGIENE DEGLI ALIMENTI	Attuazione del Piano Regionale di controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari 2016 ai sensi del DDG n. 324/03/2016	Rispetto del flusso informativo	V/F	SI/NO	SI/NO	SI/NO	DIPARTIMENTO PREVENZIONE DELLA SALUTE
SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE	IGIENE DEGLI ALIMENTI	Definizione di una procedura che garantisca il rispetto dei tempi di rilascio del provvedimento di riconoscimento definitivo agli stabilimenti che trattano alimenti di origine animale con riconoscimento condizionato	Invio entro il 31/10/2016 del provvedimento di approvazione della procedura di programmazione e della procedura di monitoraggio e verifica	V/F.	SI/NO	SI/NO	SI/NO	DIPARTIMENTO PREVENZIONE DELLA SALUTE
SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE	COPERTURE VACCINALI E SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE	Implementazione della copertura vaccinale (D.A. n.38/2015)	N° soggetti vaccinati -----x100 popolazione target residente	%	Morbillo Parotite Rosolia: 1° dose – 95% Coorte 2014; 2° dose – 95% Coorti 2000 e 1998. Varicella: 1° dose – 95% Coorte 2014; 2° dose – 95% Coorti 2000 e 1998.	Morbillo Parotite Rosolia: 1° dose – 95% Coorte 2015; 2° dose – 95% Coorti 2001 e 1999. Varicella: 1° dose – 95% Coorte 2015; 2° dose – 95% Coorti 2001 e 1999.	***	DIPARTIMENTO PREVENZIONE DELLA SALUTE
SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE	COPERTURE VACCINALI E SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE	Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole (D.A. n.38/2015)	Relazione sulle attività svolte	V/F	SI/NO	SI/NO	SI/NO	DIPARTIMENTO PREVENZIONE DELLA SALUTE
SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE	COPERTURE VACCINALI E SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE	Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscoatto Regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale negli anni 2012-2015 (PRP 2014/2018)	Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate negli anni 2012-2016	V/F	SI/NO	SI/NO	SI/NO	DIPARTIMENTO PREVENZIONE DELLA SALUTE
SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE	COPERTURE VACCINALI E SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE	Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	Casi di morbillo, rosolia e rosolia congenita con isolamento virale notificati	%	>= 80%	>= 80%	>= 80%	DIPARTIMENTO PREVENZIONE DELLA SALUTE
SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE	COPERTURE VACCINALI E SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE	Genotipizzazione virale	Individuazione dei focolai di morbillo, rosolia e rosolia congenita mediante l'identificazione del genotipo virale isolato	n.	100%	100%	100%	DIPARTIMENTO PREVENZIONE DELLA SALUTE
SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE	COPERTURE VACCINALI E SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE	Notifica delle malattie infettive (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	N. notifiche di malattie infettive -----x100 Totale casi di malattie infettive rilevati dalle SDO	n.	>= 70%	>= 70%	>= 70%	DIPARTIMENTO PREVENZIONE DELLA SALUTE
SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE	TUTELA AMBIENTALE	Evidenza di avvio di interventi di promozione della salute sul corretto uso di cellulari e sulla eccessiva esposizione ai raggi UV (Direttiva 32187 dell'08/04/2016)	Report: Invio entro il 31/10/2016	V/F	SI/NO	***	***	DIPARTIMENTO PREVENZIONE DELLA SALUTE
SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE	TUTELA AMBIENTALE	Delibera di costituzione del "focalpoint" (Direttiva 32187 del 08/04/2016)	Invio delibera entro il 31/10/2016	V/F	SI/NO	***	***	DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIA
SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE	TUTELA AMBIENTALE	Acque di balneazione	Aggiornamento dei profili delle acque di balneazione. Consolidamento delle linee di costa, rideterminazione dei punti di monitoraggio ed acquisizione di tutte le informazioni propedeutiche alla predisposizione del provvedimento regionale di regolamentazione della	V/F	SI/NO	SI/NO	SI/NO	DIPARTIMENTO PREVENZIONE DELLA SALUTE
SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE	PREVENZIONE LUOGHI DI LAVORO	Attuazione delle direttive del Gruppo di Lavoro "Edilizia" nazionale e regionale e del Gruppo di Lavoro "Agricoltura" nazionale e regionale.	Attività di controllo nei cantieri edili e nelle aziende agricole, attività di informazione e formazione, con le modalità e secondo gli indicatori previsti dal PRP.	V/F	SI/NO	SI/NO	SI/NO	DIPARTIMENTO PREVENZIONE DELLA SALUTE
SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE	PREVENZIONE LUOGHI DI LAVORO	Attuazione delle direttive del Gruppo di Lavoro "Agenti cancerogeni" nazionale e regionale	Sorveglianza Sanitaria degli ex esposti secondo il protocollo del Coordinamento interregionale di cui alla L.R. 10/2014 ed attività di controllo delle aziende per rischio agenti cancerogeni con le modalità e secondo gli indicatori previsti dal PRP	V/F	SI/NO	SI/NO	SI/NO	DIPARTIMENTO PREVENZIONE DELLA SALUTE

AREA D'INTERVENTO	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORI	UNITA' DI MISURA	TARGET DI PERIODO			STRUTTURE ORGANIZZATIVE COINVOLTE
					2016	2017	2018	
SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE	PREVENZIONE LUOGHI DI LAVORO	Attuazione delle procedure previste dal D.M. 11/04/2011 di cui all'art.71 del D.lgs. 81/08 e al D.A. n. 773/12. Verifiche periodiche di sicurezza su attrezzature di lavoro ed impianti.	N. apparecchi verificati -----x100 N. di richieste di verifica pervenute N. di iniziative di informazione/formazione/assistenza promosse in merito alla sicurezza di apparecchiature, macchine, impianti.	%/N.	70% 1	70% 1	70% 1	DIPARTIMENTO PREVENZIONE DELLA SALUTE
QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	SICUREZZA DEI PAZIENTI	Monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento.	Segnalazione della totalità degli eventi sentinella rispetto a quelli conosciuti (SIMES) Coerenza rispetto al protocollo nazionale (SIMES) Monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive (report su piattaforma Qualitasicilia SSR)	V/F	SI SI	SI SI	SI SI	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	SICUREZZA DEI PAZIENTI	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella.	Valutazione e produzione di report annuale secondo la metodologia Agenas	V/F	SI	SI	SI	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	SICUREZZA DEI PAZIENTI	Programma regionale Global Trigger Tool: Valutare l'1% delle cartelle cliniche dei dimessi in ricovero ordinario (con degenza superiore ad un giorno) dalle UU.OO. delle seguenti discipline: Area Medica, Area Chirurgica, Area Ostetrica, Area Pediatrica, Area Rianimazione (qualora mancasse una disciplina garantire comunque l'1% dei dimessi)	Numero di casi inseriti nella piattaforma regionale GTT in modo completo e coerente secondo il protocollo di rilevazione regionale	%	1% dei dimessi in ricovero ordinario con degenza superiore ad 1 giorno	1% dei dimessi in ricovero ordinario con degenza superiore ad 1 giorno	1% dei dimessi in ricovero ordinario con degenza superiore ad 1 giorno	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	SICUREZZA DEI PAZIENTI	Programma di implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica in coerenza al D.A. 1914/13 s.m.i. di approvazione del programma regionale per la sicurezza, appropriatezza e gestione complessiva della terapia antitumorale.	Monitoraggio annuale e produzione report	%	100% delle azioni programmate	100% delle azioni programmate	100% delle azioni programmate	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	SICUREZZA DEI PAZIENTI	Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali	Report secondo schema disponibile su piattaforma Qualitasicilia SSR Svolgimento di almeno 20 osservazioni dirette per azienda sanitaria	V/F-%	SI 100%	SI 100%	SI 100%	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	SICUREZZA DEI PAZIENTI	Sviluppo organizzativo del Percorso Nascita. Autovalutazione dei Punti Nascita (pubblici e privati) sulla base della checklist predisposta dai professionisti.	Realizzazione autovalutazione su piattaforma Qualitasicilia SSR	V/F	SI	SI	SI	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	SICUREZZA DEI PAZIENTI	Aderenza al Programma regionale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Aderenza alle indicazioni regionali	V/F	SI	SI	SI	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	SICUREZZA DEI PAZIENTI	Azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza: a. Azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza; b. Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale; c. Antimicrobial Stewardship; d. Realizzazione di una campagna di comunicazione basata sull'evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale.	a. Aderenza alle indicazioni regionali; b. Report relativo al consumo di antibiotici; c. Aderenza al protocollo regionale; d. Report sulla realizzazione delle campagne di comunicazione e Report di monitoraggio sulla valutazione di impatto (pre e post intervento) delle campagne di comunicazione.	V/F	SI	SI	SI	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	SICUREZZA DEI PAZIENTI	Programma di riduzione delle batteriemie/sepsi correlate all'utilizzo di cateteri vascolari – targeting zero: a. Adesione a studi periodici di prevalenza ICA-ECDC; b. Diffusione e formazione sull'utilizzo del Bundle; c. Individuazione team dedicato; d. Procedura di conferimento dei privileges e valutazione dell'effettiva applicazione; e. Scheda di gestione CVC; f. Conduzione di audit periodici su almeno 100 procedure eseguite.	Aderenza alle indicazioni regionali: a. Adesione a studi e relativo report; b. Brochure ed eventi formativi; c. Delibera aziendale; d. Schede dei privileges e report della relativa valutazione; e. Compilazione della scheda di gestione sulla piattaforma informatica sulla totalità dei pazienti trattati; f. Report aziendale su audit svolti.	V/F	SI	SI	SI	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO

AREA D'INTERVENTO	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORI	UNITA' DI MISURA	TARGET DI PERIODO			STRUTTURE ORGANIZZATIVE COINVOLTE
					2016	2017	2018	
QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	MONITORAGGIO DEI TEMPI D'ATTESA	Attività e funzionamento del Gruppo Interaziendale per il governo delle liste di attesa dell'art.2 del D.A. 439 – 2015: a. Monitoraggio e analisi dei dati derivanti dai flussi informativi dei tempi di attesa delle strutture erogatrici pubbliche e private accreditate ricadenti nell'area metropolitana e/o provinciale di competenza; b. Analisi delle cause profonde dei fattori favorevoli le criticità locali; c. Individuazione e pianificazione di soluzioni condivise, anche attraverso la formalizzazione di accordi interaziendali e/o interprovinciali; d. Pianificazione e realizzazione di programmi formativi aziendali per il governo delle liste di attesa in coerenza alle indicazioni della Cabina di Regia Regionale di cui all'art.3.	Report Annuale sui punti a) b) c) d) dell'art.2 di cui all'art. 2 DA 439/2015 da pubblicare sul sito web aziendale.	V/F	SI	SI	SI	DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	MONITORAGGIO DEI TEMPI D'ATTESA	Analisi campi flusso SDO: report semestrale che analizza tutti i campi del flusso SDO e livelli di garanzia. NOTA: Si procederà all'esame dei dati così come indicato nelle Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa (dicembre 2010).	N. campi compilati (data prenotazione, classe di priorità) -----x100 N. campi da compilare	%	>=90%	>=90%	>=90%	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	MONITORAGGIO DEI TEMPI D'ATTESA	Applicazione del modello delle priorità cliniche condivise (RAO) per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in ambito aziendale.	Aderenza alle indicazioni regionali/Agenas	V/F	SI	SI	SI	DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	MONITORAGGIO DEI TEMPI D'ATTESA	Modalità di prenotazione informatizzata condivisa tra gli erogatori pubblico/privato in ambito di area metropolitana/provincia almeno nelle 43 prestazioni critiche. (Coordinamento da parte delle ASP)	Realizzazione di una modalità di prenotazione condivisa	V/F	SI	SI	SI	DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	MONITORAGGIO DEI TEMPI D'ATTESA	Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni: a. Il monitoraggio deve essere effettuato come da Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa (dicembre 2010); b. Sulla base delle criticità correlate alla sospensione delle prestazioni devono essere predisposti i relativi interventi correttivi; c. Pubblicazione dei report semestrali e degli interventi correttivi sul sito web. NOTA: Viene richiesto l'effettivo monitoraggio (comprovato da idonea documentazione) da parte dell'Azienda sugli interventi messi in atto dalle strutture sanitarie per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni.. Inoltre si chiede se l'Azienda sia venuta a conoscenza dell'eventuale sospensione dell'attività di prenotazione e quali interventi abbia intrapreso.	Monitoraggio: a. Report Semestrale; b. Report con interventi correttivi; c. Pubblicazione sul sito web aziendale.	V/F	SI	SI	SI	DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	TRASPARENZA DEI DATI SUI TEMPI E LISTE DI ATTESA	Pubblicare e puntualmente aggiornare sui siti web delle Aziende erogatrici, la sezione "Liste di attesa/ Tempi di Attesa"	Evidenza di pubblicazione ed aggiornamento sul web	V/F	SI	SI	SI	DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI	Partecipazione ai programmi formativi promossi dall'Assessorato per lo sviluppo delle competenze a partire dai privileges in ambito materno-infantile.	Svolgimento dei corsi formativi previsti secondo le indicazioni regionali. Report secondo schema disponibile su piattaforma "Qualitasicilia SSR"	V/F	SI	SI	SI	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI	Programmazione e realizzazione di percorsi formativi in materia di rischio clinico in raccordo con il Servizio 5 del DASOE secondo Direttiva Assessoriale	Attuazione secondo indicatori della direttiva regionale	V/F	SI	SI	SI	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA
QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	PERSONALIZZAZIONE ED UMANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA E COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI/PAZIENTI	Misurazione della qualità percepita secondo il Sistema Regionale	Attuazione delle direttive Regionali sulla misurazione della qualità percepita	V/F	SI	SI	SI	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA
QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	PERSONALIZZAZIONE ED UMANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA E COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI/PAZIENTI	La valutazione della qualità delle Strutture Ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: Aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas	Attuazione delle direttive regionali	V/F	SI	SI	SI	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA
QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	PERSONALIZZAZIONE ED UMANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA E COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI/PAZIENTI	Valutazione e gestione del dolore cronico: Realizzazione di tre cicli di Audit sul tema della gestione del dolore cronico in coerenza al crono programma previsto dal DG 2488 del 27/12/2013.	Report annuale su piattaforma Osservatorio dolore	V/F	SI	SI	SI	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA

AREA D'INTERVENTO	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORI	UNITA' DI MISURA	TARGET DI PERIODO			STRUTTURE ORGANIZZATIVE COINVOLTE
					2016	2017	2018	
QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale	Implementazione delle Linee Guida Cliniche attraverso i Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDT) sia in ambito ospedaliero che territoriale secondo direttive regionali: <ul style="list-style-type: none"> • PDTA Frattura Femore (2016, 2017); • PDTA in pazienti con Fibrillazione Atriale (2017); • PDTA Scompenso cardiaco (2017); • PDTA Carcinoma Colon Retto (2017); • PDTA Carcinoma Polmonare (2017); • PDTA in Pronto Soccorso del paziente con dolore toracico (2017) 	Report sulla base degli indicatori di implementazione specifici previsti dai singoli PDTA	V/F	SI	SI	SI	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA
QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	APPROPRIATEZZA	Conseguimento degli obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	Rispetto degli adempimenti previsti	V/F	SI	SI	SI	DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	OUTCOME	Aderenza al PNE; Svolgimento di attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE	Report secondo le modalità indicate dalla Regione.	V/F	SI	SI	SI	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA
QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	SANGUE	Rinnovo dell'autorizzazione e dell'accreditamento delle strutture trasfusionali, delle articolazioni organizzative e delle Unità di Raccolta associative collegate	Decreto di autorizzazione ed accreditamento	V/F	SI	SI	SI	DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	SANGUE	Soddisfacimento dei requisiti del plasma da destinare alla produzione di medicinali plasmaderivati	Esito favorevole della visita di verifica condotta dall'azienda farmaceutica.	V/F	SI	SI	SI	DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
RETI	RETE IMA	Osservanza dei tempi per l'esecuzione dell'angioplastica in caso di IMA STEMI	Timing da una Trombolisi inefficace all'esecuzione di una PCI rescue; Timing da una Trombolisi efficace all'esecuzione di una coronarografia	V/F	Rispetto dei tempi previsti dalle linee guida	Rispetto dei tempi previsti dalle linee guida	Rispetto dei tempi previsti dalle linee guida	DIPARTIMENTO DI MEDICINA
RETI	RETE STROKE	Incremento delle attività per la Stroke Unit (Spoke) di II livello – U.O.C. Neurologia P.O. Trapani	N. trombolisi sistemiche effettuate	%	>= anno 2015 + 5%	>= anno 2016	>= anno 2017	DIPARTIMENTO DI MEDICINA
RETI	RETE STROKE	Corretta comunicazione dei codici Stroke da parte delle Stroke Unit (Spoke) di I Livello - U.O.C. Medicina P.O.Marsala e Stroke Unit (Spoke) di I Livello - U.O.C. Medicina P.O.Castelvetrano per l'ottimale funzionamento della rete	Comunicazione dei codici Stroke	V/F	SI	SI	SI	DIPARTIMENTO DI MEDICINA
RETI	RETE POLITRAUMA	Protocolli interaziendali su transito pazienti politraumatizzati fra SPOKE e HUB della rete del trauma in sinergia con il servizio 118	Revisione protocolli	V/F	SI	SI	SI	DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA
RETI	RETE ONCOLOGICA	N. protocolli adottati (Mammella; Colon-retto; Collo dell'utero; Melanoma; Vescica)	N. protocolli adottati (Mammella; Colon-retto; Collo dell'utero; Melanoma; Vescica)	N. -V/F	5	Revisione protocolli	Revisione protocolli	DIPARTIMENTO ONCOLOGICO
RETI	RETE ONCOLOGICA	Miglioramento dei percorsi ambulatoriali diagnostico terapeutici	Prime visite oncologiche contrassegnate con la priorità B erogate entro 10 gg dalla richiesta	%	>=70% delle prime visite richieste (Ambul. di Trapani e Castelvetrano)	>=75% delle prime visite richieste (Ambul. di Trapani e Castelvetrano)	***	DIPARTIMENTO ONCOLOGICO
RETI	PERCORSO NASCITA	Verifica degli standard (Sicurezza/Tecnologici/Organizzativi) previsti per i Punti Nascita (compresa la Struttura Privata escluso Pantelleria).	Audit per la verifica degli standard presso i Punti Nascita	V/F	SI	SI	SI	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
RETI	PERCORSO NASCITA	Promozione screening uditivo ed oftalmico neonatale	N° soggetti testati -----x100 N° neonati	%	100%	100%	100%	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
ASSISTENZA TERRITORIALE ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	CRONICITA'	Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c(EMOGLOBINA GLICATA) >=6,5 Progetto IGEA; Scompenso Cardiaco a media complessità classificati in II° classe NYHA.)	N. Diabetici e Scompenso cardiaco arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico x 100	%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
ASSISTENZA TERRITORIALE ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	CRONICITA'	Attivazione AGI per la BPCO	N. 2 presso i Distretti di Trapani e Marsala	V/F	AGI Trapani	AGI Marsala	***	DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
ASSISTENZA TERRITORIALE ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	CRONICITA'	Attivazione AGI per il Diabete Pediatrico	N. 2 presso i Distretti di Trapani e Mazara del Vallo	V/F	AGI Trapani	AGI Mazara del Vallo	***	DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
ASSISTENZA TERRITORIALE ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA	Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per i portatori di disabilità	Formalizzazione della procedura	V/F	SI	Attuazione della medesima	***	DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
ASSISTENZA TERRITORIALE ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA	Attuazione di percorsi di inclusione per i disabili mentali nell'età evolutiva	N. incontri nelle scuole elementari e medie	N.	>= 3 x scuola	>= 3 x scuola	>= 3 x scuola	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
ASSISTENZA TERRITORIALE ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA	Attuazione delle valutazioni multidimensionali (U.V.M.) effettuate presso il domicilio dell'utenza	N. valutazioni multidimensionali domiciliari -----x100 N. valutazioni multidimensionali totali	%	>=80%	>=80%	>=80%	DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
ASSISTENZA TERRITORIALE ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	RIABILITAZIONE	Attivazione di un percorso di riabilitazione precoce (iniziale) sul paziente con frattura del femore over 65	% pazienti trattati presso i P.O. di Trapani, Marsala e Castelvetrano	%	100%	100%	100%	DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO

AREA D'INTERVENTO	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORI	UNITA' DI MISURA	TARGET DI PERIODO			STRUTTURE ORGANIZZATIVE COINVOLTE
					2016	2017	2018	
ASSISTENZA TERRITORIALE ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	RIABILITAZIONE	Realizzazione di progetti riabilitativi relativi all'area della socialità, dell'abitare e dell'inserimento lavorativo: "Individuare una quota parte di servizi – su proposta del Direttore del Dipartimento Salute Mentale di concerto con il Direttore dell'Area Tecnica e Patrimoniale - da riservare alle Cooperative Sociali di Tipo B che prevedano l'inserimento lavorativo di soggetti in trattamento psichiatrico, tossicodipendenti e/o alcolisti, nelle modalità previste dalla legge 381/91, allo scopo di dare maggiore impulso e continuità all'attività di riabilitazione psicosociale posta in essere dal Dipartimento Salute Mentale ed in linea con quanto stabilito dal Piano di Azione Locale del Dipartimento Salute Mentale citato in premessa".	Individuazione di una quota parte di servizi da riservare alla cooperazione sociale di tipo B finalizzati all'inserimento lavorativo di soggetti in trattamento psichiatrico, tossicodipendenti e/o alcolisti	V/F	Affidamento, secondo le procedure di legge, di almeno il 60% dei lavori per servizi di pulizia di spazi esterni e/o cura di spazi verdi.	***	***	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
ASSISTENZA TERRITORIALE ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	SALUTE MENTALE	Invio corretto flusso SISM entro il tempo richiesto	Corretta produzione del flusso	%	100%	100%	100%	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
ASSISTENZA TERRITORIALE ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	SALUTE MENTALE	Attuazione del programma regionale ed interaziendale di implementazione delle azioni di tutela della salute mentale in età adulta programmate dal PANSM per l'area di bisogni prioritaria: Disturbi gravi Persistenti e Complessi	Implementazione delle attività progettuali	V/F	SI	SI	***	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
ASSISTENZA TERRITORIALE ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	VIOLENZA SU DONNE E MINORI	Creazione della rete interistituzionale per le attività di prevenzione	Attivazione Rete	V/F	SI	***	***	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
ASSISTENZA TERRITORIALE ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	VIOLENZA SU DONNE E MINORI	Azioni di Prevenzione Primaria e Secondaria sulla popolazione vulnerabile	N. incontri presso le scuole medie-superiori N. eventi socio-sanitari	N.	>=8 >=6	***	***	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
SVILUPPO ORGANIZZATIVO	COMUNICAZIONE	Campagna di comunicazione in materia di screening e donazione di organi	Relazione sull'attività svolta	V/F	SI/NO	SI/NO	SI/NO	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA
SVILUPPO ORGANIZZATIVO	FORMAZIONE	Assegnazione risorse alla struttura della Formazione Aziendale (art. 6,7 DA 1771/2012)	Risorse Umane Attribuite -----x100 Risorse Umane Previste Budget Assegnato -----x100 Budget Previsto	%	>= 80% >= 50%	>= 90% >=60%	***	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA
SVILUPPO ORGANIZZATIVO	INTERNAZIONALIZZAZIONE E RICERCA SANITARIA	Costituzione e/o completamento degli Uffici SIRS mediante l'istituzione di una Unità Operativa Semplice con personale dedicato (Direttiva n. 15730/2015 e successive integrazioni)	Relazione sullo stato di attuazione degli Uffici SIRS	V/F	SI/NO	SI/NO	SI/NO	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA
SVILUPPO ORGANIZZATIVO	INTERNAZIONALIZZAZIONE E RICERCA SANITARIA	Elaborazione e presentazione di progetti su bandi Regionali, Nazionali ed Internazionali, nonché organizzazione di incontri formativi/informativi dedicati alla ricerca ed internazionalizzazione	Relazione sui progetti elaborati presentati e sulle attività formative/informative svolte dai SIRS	V/F	SI/NO	SI/NO	SI/NO	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA
SVILUPPO ORGANIZZATIVO	TELEMEDICINA	Promuovere l'utilizzo della telemedicina (es.: procedure di telecardiologia, teleradiologia, ecc.) attraverso la valorizzazione delle professioni sanitarie.	Relazione sulle attività svolte e sul numero delle Unità Operative coinvolte nelle attività di telemedicina	V/F	SI/NO	SI/NO	SI/NO	DIPARTIMENTO SDEI SERVIZI
EQUILIBRIO DI BILANCIO	CONSEGUIMENTO DELL'EQUILIBRIO DI BILANCIO	Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio valutato attraverso il pre-consuntivo in relazione alle risorse negoziate con l'Assessorato tenendo conto anche dello storno del budget funzioni correlato alla quota obiettivi non raggiunta	Equilibrio di Bilancio	V/F	SI (Valutazione attraverso il preconsuntivo)	SI (Valutazione attraverso il preconsuntivo)	SI (Valutazione attraverso il preconsuntivo)	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
PO - FESR	UTILIZZO DEI FONDI EUROPEI	Pieno Utilizzo dei Fondi Europei. Trasmissione delle fatture quietanzate nella data indicata propedeutica alla certificazione delle risorse derivanti dai fondi europei nella misura dei target di spesa annualmente assegnati all'Azienda	Espletamento degli adempimenti previsti dalla nota dell'Assessorato n. 28266 del 25/03/2016	V/F	SI	SI	SI	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
SPENDING REVIEW	CONTENIMENTO DELLA SPESA	PERSONALE: • Rispetto del tetto di spesa annuale determinato ai sensi della legge 135/12; • Programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato (Legge 122/10)	Tetto di spesa rispettato Riduzione spesa per il personale a tempo determinato secondo le percentuali previste da apposito cronoprogramma	€-%	€/mgl 191.463 % di riduzione del cronoprogramma	(da concordare) % di riduzione del cronoprogramma	***	DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
SPENDING REVIEW	CONTENIMENTO DELLA SPESA	BENI E SERVIZI: • Rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento Aziendale sugli Acquisti in Economia	Applicazione della normativa e del Regolamento Aziendale sugli Acquisti in Economia	V/F	SI	SI	SI	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
SPENDING REVIEW	CONTENIMENTO DELLA SPESA	RISPETTO TETTI DI SPESA: • Rispetto dei tetti di spesa che discendono da interventi normativi specifici, nazionali e/o regionali e/o da disposizioni assessoriali	Osservanza dei tetti di spesa	V/F	SI	SI	SI	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO

AREA D'INTERVENTO	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORI	UNITA' DI MISURA	TARGET DI PERIODO			STRUTTURE ORGANIZZATIVE COINVOLTE
					2016	2017	2018	
SPENDING REVIEW	CONTENIMENTO DELLA SPESA	ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE ED OSPEDALIERA: • Rispetto delle risorse negoziate annualmente	Osservanza dei tetti di spesa per la farmaceutica	V/F	SI (negoziazione 2016)(Valori da Bilancio di Previsione 2016) 1) Spesa annuale complessiva €/mg106.582; 2) Prodotti Farmaceutici ed emoderivati (BA0030 = BA0040+BA0050) €/mg142.226; 3) Acquisto servizi sanitari per farmaceutica da convenzione (BA0500) €/mg164.356	SI (programmazione 2017) 1) Spesa annuale complessiva €/mg1; 2) Prodotti Farmaceutici ed emoderivati (BA0030) €/mg1; 3) Acquisto servizi sanitari per farmaceutica da convenzione (BA0500) €/mg1	SI (programmazione 2017) 1) Spesa annuale complessiva €/mg1; 2) Prodotti Farmaceutici ed emoderivati (BA0030) €/mg1; 3) Acquisto servizi sanitari per farmaceutica da convenzione (BA0500) €/mg1	DIPARTIMENTO PREVENZIONE DELLA SALUTE
DEBITO INFORMATIVO	DIRETTIVA FLUSSI INFORMATIVI	Rispetto della direttiva flussi informativi, di cui al decreto interdepartimentale n.1174/08 del 30/05/2008 e successivi aggiornamenti ed integrazioni, compresi i flussi di nuova istituzione, con particolare riguardo al rispetto dei tempi di trasmissione, alle procedure di certificazione (congruità) e alla qualità dei flussi.	% di scarti dei record trasmessi	%	<= 1%	<= 1%	<= 1%	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
ALPI	LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA	Osservanza delle disposizioni impartite dalla Regione in merito alla libera professione intramuraria ai sensi della L.120 del 3/8/2007	Stesura di un documento di programmazione ed il relativo bilancio di previsione per l'ALPI anno 2016 e 1 Semestre 2017	V/F	SI	SI	***	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI	CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI	Conseguimento degli obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento dei servizi	Valore percentuale di conseguimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi	%	>= 60%	>= 60%	>= 60%	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
SCREENING	PERCORSI DI SCREENING	Effettiva istituzione delle UO di Screening. Coinvolgimento e collaborazione MMG. Riduzione Inviti inesitati	N° UO Istituite -----x100 N° UO da Istituire N° MMG coinvolti -----x100 N° MMG Totali N° inviti inesitati -----x100 N° inviti inviati	%	100% entro il 2016 30% entro il 2016 <= 3% entro il 2016	***	***	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
SCREENING	CERVICO CARCINOMA	Promozione screening cervico-carcinoma 100% Estensione 50% Adesione Popolazione Target:Donne Residenti 25-64 anni (dato ISTAT) / 3 (il test va fatto ogni tre anni). Dalla popolazione target possono essere sottratte, tramite certificazione degli MMG, le donne isterectomizzate o con diagnosi di cervicocarcinoma da meno di 5 anni.	N° Test Eseguiti -----x100 Popolazione target	%	> 50%	> 50%	> 50%	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
SCREENING	TUMORE MAMMELLA	Promozione screening mammografico 100% Estensione 60% Adesione Popolazione Target: Donne Residenti 50-69 anni (dato ISTAT) / 2 (il test va fatto ogni due anni). Dalla popolazione target possono essere sottratte, tramite certificazione degli MMG, le donne con mastectomia o con diagnosi di tumore della mammella da meno di 5 anni.	N° Test Eseguiti -----x100 Popolazione target	%	> 50%	> 50%	> 50%	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
SCREENING	COLON RETTO	Promozione screening colon retto 100% Estensione 50% Adesione Popolazione Target:Uomini e Donne residenti 50-69 anni (dato ISTAT) / 2 (il test va fatto ogni due anni). Dalla popolazione target possono essere sottratti, tramite certificazione degli MMG, gli uomini e le donne con malattia infiammatoria del colon (m. di Chron e rettocolite ulcerosa), con colectomia totale o con diagnosi di tumore del colonretto da meno di 5 anni	N° Test Eseguiti -----x100 Popolazione target	%	> 50%	> 50%	> 50%	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
ESITI	FRATTURA DEL FEMORE	Tempestività per gli interventi a seguito di frattura del femore su pazienti >= 65 anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data d'intervento e quella di ricovero) di 0 <=2 giorni. (L'obiettivo è raggiunto se è applicato il DA 2525/2015)	Interventi effettuati entro 0<=2 giorni dal ricovero / Totale casi frattura femore over 65	%	>=90% Residenti (valore minimo >= 60%)	>=90% Residenti (valore minimo >= 60%)	***	DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

AREA D'INTERVENTO	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORI	UNITA' DI MISURA	TARGET DI PERIODO			STRUTTURE ORGANIZZATIVE COINVOLTE
					2016	2017	2018	
ESITI	PARTI CESAREI	Riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate.	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / Totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	%	<= 20% Residenti (valore minimo <= 28%)	<= 20% Residenti (valore minimo <= 28%)	***	DIPARTIMENTO ONCOLOGICO
ESITI	TEMPESTIVITA' PTCA NEI CASI IMA STEMI	Tempestività nell'effettuazione del P.T.C.A. nei casi I.M.A. STEMI (tempestività nell'esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro: 1) 0-1 giorno; 2) 90 minuti	PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI / Totale IMA STEMI diagnosticati su pazienti residenti in Provincia PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 90 min. dal ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI / Totale IMA STEMI diagnosticati su pazienti residenti in Provincia	%	>= 91% Residenti (valore minimo >= 78%) >= 91% Residenti (utilizzo del flusso RAD-Esito. In caso di copertura "valida" del RAD-Esito < 85% l'Obiettivo non è raggiunto) (v.m.>60%)	>= 91% Residenti (valore minimo >= 78%) >= 91% Residenti (utilizzo del flusso RAD-Esito. In caso di copertura "valida" del RAD-Esito < 85% l'Obiettivo non è raggiunto) (v.m.>60%)	***	DIPARTIMENTO ONCOLOGICO
ESITI	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 0-3 giorni	N. ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria < 3 gg / Totale ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	%	>=97% Residenti (valore minimo >= 70%)	>=97% Residenti (valore minimo >= 70%)	***	DIPARTIMENTO ONCOLOGICO
LISTE DI ATTESA	MONITORAGGIO LISTE DI ATTESA EX ANTE	Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali: L'obiettivo viene valutato in considerazione di tutti gli elementi riportati nella Tabella di rilevazione del monitoraggio dei tempi di Attesa (P.N.G.L.A 2010-2012 e PRGTA 2011). Per l'anno 2016/17 le prestazioni da monitorare sono tutte quelle contenute nel paragrafo 3.1 del PRGTA.	\sum N. prestazioni richieste (da 1 a 43) x % di garanzia in classe B -----x100 N. totale di prestazioni prenotate in classe B \sum N. prestazioni richieste (da 1 a 43) x % di garanzia in classe D -----x100 N. totale di prestazioni prenotate in classe D	%	OBJ 100% se: Per le 43 prest. crit. in media per le classi B e D la soglia di garanzia è >= 90%. OBJ 90% se: Per le 43 prest. crit. in media per le classi B e D la soglia di garanzia è compresa tra 85% e 89%. OBJ 75% se: Per le 43 prest. crit. in media per le classi B e D la soglia di garanzia è compresa tra 75% e 84%. OBJ 0% se < 75%	OBJ 100% se: Per le 43 prest. crit. in media per le classi B e D la soglia di garanzia è >= 90%. OBJ 90% se: Per le 43 prest. crit. in media per le classi B e D la soglia di garanzia è compresa tra 85% e 89%. OBJ 75% se: Per le 43 prest. crit. in media per le classi B e D la soglia di garanzia è compresa tra 75% e 84%. OBJ 0% se < 75%	***	DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
LISTE DI ATTESA	MONITORAGGIO LISTE DI ATTESA EX POST	Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali: In modalità ex-post la valutazione dell'obiettivo prevede: • Per tutte le prestazioni rispetto alla corretta copertura dei campi relativi: Data di prenotazione, Data di erogazione della prestazione, Tipo di accesso, Classe di priorità, Garanzia dei tempi massimi; • Si procederà all'esame dei dati pervenuti alla Regione individuando le stesse soglie di garanzia richieste alla Regione come adempimenti LEA; • Il raggiungimento del valore soglia per ognuna delle otto prestazioni (visita oculistica; mammografia; TAC torace senza e con contrasto, Ecocolor Doppler dei tronchi sovraortici; RMN colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica-Ginecologica; Visita Ortopedica; Visita Cardiologica.	N. di prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B -----x100 N. totale di prestazioni con classe di priorità B N. di prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità D -----x100 N. totale di prestazioni con classe di priorità D	%	OBJ 100% se: Per le 43 prest. crit. in media per le classi B e D la soglia di garanzia è >= 50% e nelle 8 prestazioni indicate si raggiunge per le classi B e D la soglia del 50% per ognuna di esse. OBJ 90% se: Per le 43 prest. crit. in media per le classi B e D la soglia di garanzia è >= 50% e nelle 8 prestazioni indicate si raggiunge per le classi B e D la soglia del 50% come media delle stesse. OBJ 75% se: Per le 43 prest. crit. in media per le classi B e D la soglia di garanzia è >= 50% e nelle 8 prestazioni indicate si raggiunge per le classi B e D la soglia del 50% come media delle stesse. OBJ 0% se < 50%	OBJ 100% se: Per le 43 prest. crit. in media per le classi B e D la soglia di garanzia è >= 50% e nelle 8 prestazioni indicate si raggiunge per le classi B e D la soglia del 50% per ognuna di esse. OBJ 90% se: Per le 43 prest. crit. in media per le classi B e D la soglia di garanzia è >= 50% e nelle 8 prestazioni indicate si raggiunge per le classi B e D la soglia del 50% come media delle stesse. OBJ 75% se: Per le 43 prest. crit. in media per le classi B e D la soglia di garanzia è >= 50% e nelle 8 prestazioni indicate si raggiunge per le classi B e D la soglia del 50% come media delle stesse. OBJ 0% se < 50%	***	DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
PUNTI NASCITA	REQUISITI DEI PUNTI NASCITA	E' stata predisposta una Checklist per la verifica degli standard per la riorganizzazione dei punti nascita di I livello, dei punti nascita in deroga e dei punti nascita di II livello, in coerenza all'Accordo Stato Regioni del 16/12/2010 e al D.A. 2536 del 2/12/11 "Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita". Le Aziende Sanitarie con Punto Nascita dovranno garantire il raggiungimento di tutti i requisiti contemplati dalla Checklist. I dati dovranno essere inseriti sulla piattaforma "qualitasiciliassr". Saranno effettuate verifiche a campione sulla congruità dei dati inseriti.	N. requisiti garantiti -----x100 Totale requisiti previsti dalla Checklist	%	100% OBJ:100%; >=95% OBJ:90%; >=85% OBJ:75%; <85% OBJ:0%;	100% OBJ:100%; >=95% OBJ:90%; >=85% OBJ:75%; <85% OBJ:0%;	100% OBJ:100%; >=95% OBJ:90%; >=85% OBJ:75%; <85% OBJ:0%;	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

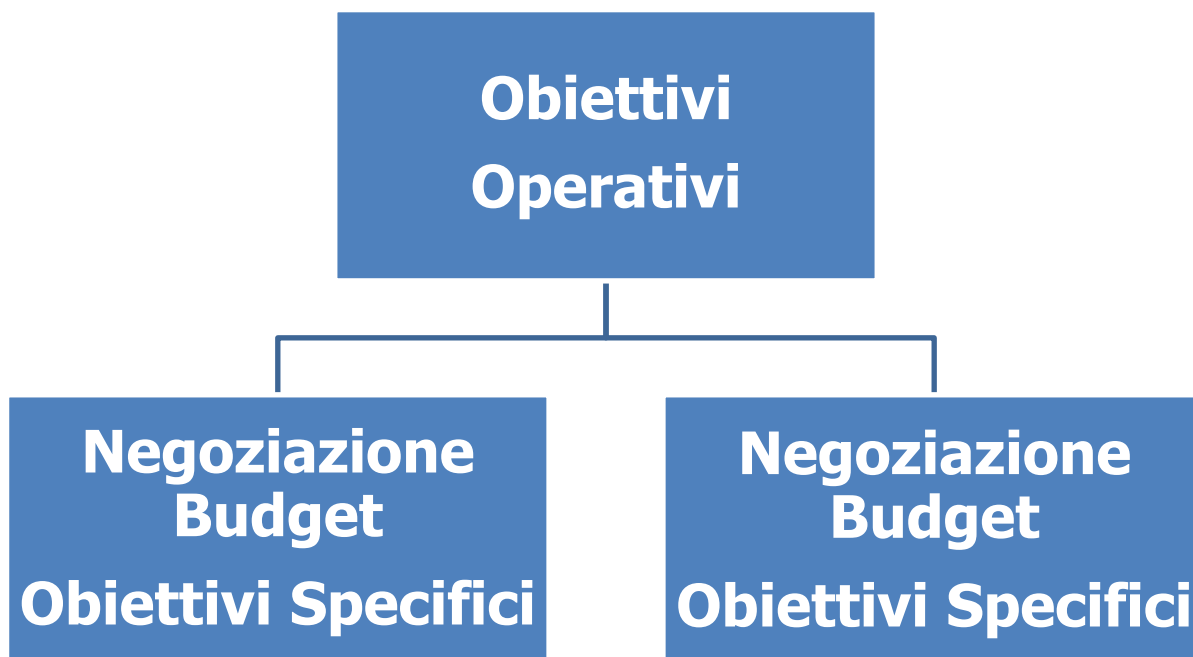
AREA D'INTERVENTO	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORI	UNITA' DI MISURA	TARGET DI PERIODO			STRUTTURE ORGANIZZATIVE COINVOLTE
					2016	2017	2018	
PUNTI NASCITA	APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI E LA SICUREZZA DELLE CURE NEONATALI	Nei PN senza UTIN: Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri garantendo che nessun parto avvenga con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute, con ricovero per più di 1 giorno; (Appropriatezza Organizzativa) Nei PN senza UTIN: Ridurre il tasso di trasferimento dei neonati entro le prime 72 ore verso l'UTIN di riferimento.	N. di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno); Neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita / Totale neonati ricoverati.	N.-%	0 < 8%	0 < 8%	0 < 8%	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
PUNTI NASCITA	APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI E LA SICUREZZA DELLE CURE NEONATALI	Nei PN con UTIN: Migliorare il modello organizzativo per un corretto utilizzo delle risorse tramite il passaggio (se dovuto) dei neonati da Terapia Intensiva a Patologia Neonatale nel corso del ciclo di cura;	Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio. (Il report trimestrale dovrà prevedere le seguenti informazioni: 1) N. totale di cartelle cliniche di neonati ricoverati (accettati) da cod.73; 2) N. di cartelle cliniche controllate di neonati ricoverati (accettati) da cod.73; 3) N. di cartelle cliniche non conformi di neonati ricoverati (accettati) da cod.73.	V/F	SI Controllo analitico su un campione del 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73 a cura dei NOC aziendali.	SI Controllo analitico su un campione del 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73 a cura dei NOC aziendali.	SI Controllo analitico su un campione del 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73 a cura dei NOC aziendali.	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
PUNTI NASCITA	APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI E LA SICUREZZA DELLE CURE NEONATALI	Nei PN con UTIN: Definire i criteri di ricovero in TIN (cod. 73) e Patologia Neonatale (cod. 62) e gli indicatori per il monitoraggio dell'effettiva attuazione.	Neonati dimessi (modalità di dimissione codice 2 direttamente dall'UTIN (cod. 73) / Totale Neonati ricoverati in Utin al netto dei deceduti (cod. dim. 1)	%	< 10%	< 7%	***	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
DONAZIONE ORGANI	PROCESSO DI PROCUREMENT DI ORGANI E TESSUTI	Al fine di incrementare il numero della donazione di organi e tessuti, le Aziende dovranno assicurare il raggiungimento dei seguenti obiettivi: • Miglioramento del processo di accertamento di morte con metodo neurologico nei decessi per grave neurolesione; • Miglioramento del processo di reclutamento dei donatori definiti come i soggetti per i quali sia stato completato il processo di accertamento di morte con metodo neurologico e sia stato firmato dagli aventi titolo il modulo di non opposizione; • Miglioramento del processo di donazione delle cornee da soggetti che rientrano nei parametri di idoneità alla donazione per come definiti dal CRT.	Organizzazione dell'Ufficio di Coordinamento locale per i prelievi e trapianti di organi e tessuti N. di accertamenti di morte con il metodo neurologico -----x100 N. di decessi per gravi neurolesioni registrati presso le Terapie Intensive; N. di donatori procurati -----x100 Totale accertamenti eseguiti N. cornee prelevate -----x100 N. decessi registrati Organizzazione in ambito aziendale di un evento formativo per gli operatori sanitari coinvolti nel processo di procurement di organi e tessuti	%-V/F	SI i = indicatore 1) 29,8% ≤ i ≤ 30% e oltre (100%); 2) 24% ≤ i ≤ 29,7% (80%); 3) 15% ≤ i ≤ 23,9% (50%); 4) i < 15% (0 %). i = indicatore 1) 49,6% ≤ i ≤ 50% e oltre (100%); 2) 40% ≤ i ≤ 49,5% (80%); 3) 25% ≤ i ≤ 39,9% (50%); 4) i < 25% (0 %). i = indicatore 1) 4,96% ≤ i ≤ 5% e oltre (100%); 2) 4% ≤ i ≤ 4,95% (80%); 3) 2,5% ≤ i ≤ 3,9% (50%); 4) i < 2,5% (0 %). SI	SI i = indicatore 1) 29,8% ≤ i ≤ 30% e oltre (100%); 2) 24% ≤ i ≤ 29,7% (80%); 3) 15% ≤ i ≤ 23,9% (50%); 4) i < 15% (0 %). i = indicatore 1) 49,6% ≤ i ≤ 50% e oltre (100%); 2) 40% ≤ i ≤ 49,5% (80%); 3) 25% ≤ i ≤ 39,9% (50%); 4) i < 25% (0 %). i = indicatore 1) 4,96% ≤ i ≤ 5% e oltre (100%); 2) 4% ≤ i ≤ 4,95% (80%); 3) 2,5% ≤ i ≤ 3,9% (50%); 4) i < 2,5% (0 %). SI	SI i = indicatore 1) 29,8% ≤ i ≤ 30% e oltre (100%); 2) 24% ≤ i ≤ 29,7% (80%); 3) 15% ≤ i ≤ 23,9% (50%); 4) i < 15% (0 %). i = indicatore 1) 49,6% ≤ i ≤ 50% e oltre (100%); 2) 40% ≤ i ≤ 49,5% (80%); 3) 25% ≤ i ≤ 39,9% (50%); 4) i < 25% (0 %). i = indicatore 1) 4,96% ≤ i ≤ 5% e oltre (100%); 2) 4% ≤ i ≤ 4,95% (80%); 3) 2,5% ≤ i ≤ 3,9% (50%); 4) i < 2,5% (0 %). SI	DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA
PRESCRIZIONE	PRESCRIZIONE DEMATERIALIZZATA	Aumentare il numero dei medici dipendenti pubblici (Ospedali e Territoriali + SUMAISTI) abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata.	N. di medici dipendenti + SUMAISTI abilitati alla P.D. ed invianti (sistema TS) -----x100 Totale medici dipendenti pubblici + SUMAISTI	%	≥ 20% (100%); < 20% (0 %)	≥ 30% (100%); < 30% (0 %)	***	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
PRESCRIZIONE	PRESCRIZIONE DEMATERIALIZZATA	Aumentare il numero delle prescrizioni in modalità dematerializzata sia di farmaci che di prestazioni specialistiche.	N. medio di prescrizioni mensili di farmaci e prestazioni specialistiche in dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante nei periodi considerati (Maggio-Dicembre 2016 e Anno 2017), come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS.	%	≥ 5 (100%); < 5 (0 %).	≥ 10 (100%); < 10 (0 %).	***	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO

AREA D'INTERVENTO	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORI	UNITA' DI MISURA	TARGET DI PERIODO			STRUTTURE ORGANIZZATIVE COINVOLTE
					2016	2017	2018	
UTILIZZO FONDI P.S.N.	UTILIZZO FONDI P.S.N.	<p>Al fine di monitorare lo stato di attuazione dei progetti obiettivo di PSN, in continuità a quanto disposto con nota assessoriale prot. n. 19922 del 26/02/2016, l'Azienda trasmette con cadenza trimestrale un report, con specifiche caratteristiche, sulle attività svolte. Tale report è elaborato mediante la compilazione di un prospetto con i seguenti contenuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Progetto Assegnato; • Stato di Attuazione; • Somma Assegnata; • Somma Impegnata; • Somma Spesa; • Somma Residua (somma impegnata e non spesa); • Previsioni di chiusura per i progetti non ancora ultimati; • Somma non spesa e non impegnata; • Note. <p>Il prospetto dovrà essere corredato, per ciascun progetto, da una relazione esplicativa delle attività svolte in attuazione del medesimo. La mancata definizione dei progetti correnti nella tempistica dichiarata nell'ambito delle previsioni di chiusura degli stessi, e comunque non oltre il 30 Aprile 2017, preclude il raggiungimento dell'obiettivo.</p>	<p>Puntuale trasmissione dei report Trimestrali</p> <p>Rispetto delle tempistiche dichiarate per la chiusura dei progetti (non oltre il 30/04/2017)</p>	%	SI (100%)	SI (100%)	SI (100%)	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.)	PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.)	<p>La Regione Siciliana con i Decreti dell'Assessore alla Salute n.2128 del 12 Novembre 2013 e n. 402 del 10 Marzo 2015 ha provveduto all'adozione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) per gli enti del Servizio Sanitario Regionale. L'obbligo della certificabilità dei dati, come disposto dall'art.2 del Decreto Certificabilità, impone agli enti del SSR, in ottemperanza a quanto stabilito dall'art.1, comma 291 della legge 23/12/2005, n.266 e dall'art.11 del Patto per la Salute 2010-2012, di garantire, sotto la responsabilità ed il coordinamento della Regione, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci.</p> <p>L'obiettivo intende assicurare un diretto coinvolgimento nel processo di realizzazione del PAC ed in particolare sui seguenti punti</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1) Dare evidenza, attraverso il sito web aziendale, del percorso di certificabilità dei bilanci, dando l'indicazione della specifica fase del processo in corso di realizzazione per dare atto dello stato di avanzamento del percorso ai fini del suo completamento (ANAC Determinazione n.12 del 28/10/2015- II Sanità; punto 2.1.3); • Garantire l'effettiva implementazione, funzionalità e affidabilità presso gli Enti delle azioni previste nel crono programma del PAC approvato dalla Regione. 	<p>Dare evidenza, attraverso il sito web aziendale, dello stato di avanzamento del PAC della Regione presso l'Ente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicare la specifica fase del processo (area, Obiettivo ed Azione); • Indicare il livello d'implementazione: <p>o Obiettivo pienamente conseguito e pienamente implementato; o Obiettivo in corso di conseguimento e parzialmente implementato; o Azione implementata ma obiettivo non conseguito;</p> <p>- Istituzione di una funzione di INTERNAL AUDIT; PUNTI 1 - Implementazione di sistemi informatici integrati, idonei alla realizzazione del PAC; PUNTI 2</p> <p>- Pieno conseguimento ed implementazione presso l'Azienda degli obiettivi PAC relativi alle Aree : Rimanenze, Immobilizzazioni e Patrimonio Netto. PUNTI 1</p> <p>Pieno conseguimento ed implementazione presso l'Ente degli obiettivi PAC relativi alle aree: Crediti e Ricavi; Debiti e Costi; Disponibilità</p>	V/F	SI al 30/06/2016	***	***	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA
PERFORMANCE PAA	REDAZIONE ED APPROVAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO AZIENDALE	Redazione del documento di sintesi del Piano Attuativo Aziendale (PAA) per l'anno 2016 e l'anno 2017, in linea con le indicazioni relative alle priorità indicate nel "Sistema Obiettivi 2016-2017" che individua 5 Aree di Intervento.	Redazione e trasmissione del PAA	V/F	SI	SI	***	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA
PERFORMANCE PAA	REALIZZAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE DAL PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2016/2017	<p>Realizzazione delle azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale 2016/2017</p> <p>SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sanità Veterinaria; 2. Igiene degli Alimenti; 3. Coperture Vaccinali e sorveglianza malattie infettive; 4. Tutela Ambientale; 5. Prevenzione Luoghi di Lavoro. 	SI	%	100%	100%	100%	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELLA SALUTE
PERFORMANCE PAA	REALIZZAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE DAL PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2016/2017	<p>Realizzazione delle azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale 2016/2017</p> <p>QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sicurezza dei Pazienti; 2. Monitoraggio dei tempi di attesa; 3. Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa; 4. Formazione dei Professionisti; 5. Personalizzazione e Umanizzazione dell'Assistenza e coinvolgimento dei Cittadini/Pazienti; 6. PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale); 7. Appropriately; 8. Outcome; 	SI	%	100%	100%	100%	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO

AREA D'INTERVENTO	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORI	UNITA' DI MISURA	TARGET DI PERIODO			STRUTTURE ORGANIZZATIVE COINVOLTE
					2016	2017	2018	
PERFORMANCE PAA	REALIZZAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE DAL PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2016/2017	Realizzazione delle azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale 2016/2017 RETI: 1. Rete IMA; 2. Rete STROKE; 3. Rete POLITRAUMA; 4. Rete ONCOLOGICA; 5. Percorso NASCITA.	SI	%	100%	100%	100%	DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA DIPARTIMENTO DI MEDICINA DIPARTIMENTO ONCOLOGICO DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
PERFORMANCE PAA	REALIZZAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE DAL PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2016/2017	Realizzazione delle azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale 2016/2017 ASSISTENZA TERRITORIALE ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: 1. Cronicità; 2. Disabilità e non autosufficienza; 3. Riabilitazione; 4. Salute Mentale; 5. Violenza su donne e minori.	SI	%	100%	100%	100%	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
PERFORMANCE PAA	REALIZZAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE DAL PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2016/2017	Realizzazione delle azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale 2016/2017 SLILUPPO ORGANIZZATIVO: 1. Comunicazione; 2. Formazione; 3. Internazionalizzazione e Ricerca; 4. Telemedicina	SI	%	100%	100%	100%	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
AZIONI DI PREVENZIONE NEI SETTORI AMMINISTRATIVI	PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	Controllo trimestrale matricole per evitare illegittime corresponsioni economiche	Report su eventuali anomalie	V/F	SI	SI	SI	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
AZIONI DI PREVENZIONE NEI SETTORI AMMINISTRATIVI	PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	Diminuzione degli affidamenti in economia e cottimi fiduciari	N. affidamenti e cottimi < anno 2015	N.	< anno 2015	< anno 2016	< anno 2017	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
AZIONI DI PREVENZIONE NELLE UU.OO. SANITARIE	PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	Verifica sulle autorizzazioni sanitarie e/o pareri finalizzati al rilascio di provvedimenti autorizzativi e/o concessioni	Report su eventuali anomalie	V/F	SI	SI	SI	DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO
AZIONI DI PREVENZIONE NELLE UU.OO. SANITARIE	PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	Verifica trimestrale sulla gestione e distribuzione di farmaci e materiale sanitario presso le UU.OO. al fine di prevenire l'indebita appropriazione	report su eventuali anomalie	V/F	SI	SI	SI	DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO DIPARTIMENTO DEL FARMACO
BENESSERE DEI DIPENDENTI	PARI OPPORTUNITA'	Proposta operativa del C.U.G. per il miglioramento delle condizioni di lavoro dei dipendenti	Distribuzione di un quantitativo prestabilito di acqua a tutti i dipendenti	V/F	SI	SI	SI	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA
BENESSERE DEI DIPENDENTI	PARI OPPORTUNITA'	Predisposizione di un Piano contenente azioni volte a favorire: 1) Benessere lavorativo 2) Conciliazione vita privata/lavoro	Predisposizione Piano	V/F	SI	SI	SI	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA

13 Obiettivi assegnati al Personale Dirigenziale

Per ciò che concerne l'assegnazione di obiettivi specifici alle UU.OO. Complesse, UU.OO. Semplici ed ai singoli Dirigenti in posizione di autonomia e responsabilità, si dovrà fare riferimento oltre al presente documento anche al Piano Attuativo Aziendale, relativo all'anno 2016, ed alle schede specifiche derivanti dalla negoziazione di budget legata all'incentivazione salariale 2016.



14. Coerenza con la Programmazione Economica-Finanziaria e di Bilancio

Gli obiettivi programmati, le connesse azioni strategiche ed il complesso degli indicatori misurabili e quantificabili che qualificano gli esiti della pianificazione del presente documento si devono sviluppare in coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio. Il percorso logico che conduce all'integrazione tra la pianificazione delle Performance e la necessità di conseguire puntualmente l'equilibrio economico finanziario si concretizza nella necessità di realizzare un incessante confronto tra tutte le unità operative variamente coinvolte, siano esse direttamente legate ai processi di pianificazione (Unità organizzativa di Programmazione e Controllo di Gestione, Economico finanziario e Patrimoniale con le sue articolazioni interne Contabilità Generale, Contabilità Analitica e Gestione del Patrimonio) o più strettamente coinvolte nella gestione delle attività sanitarie dell'azienda.

È evidente che l'elemento di estrema sintesi al quale si riconduce l'esito di tale sforzo organizzativo è rappresentato dal conseguimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio che, oltre a rappresentare un specifico e imprescindibile obiettivo contrattuale assegnato alla Direzione Generale, definisce, nel bene e nel male, i confini entro i quali la programmazione può disegnare la visione strategica e la missione aziendale.

In tale contesto pertanto il sistema degli strumenti che supportano la pianificazione la programmazione e il controllo gestionale assumono una rilevanza tanto più incisiva quanto più sono capaci di integrarsi tra loro. L'ASP in coerenza con tali orientamenti è impegnata a creare i presupposti strutturali e funzionali utili alla realizzazione delle indicazioni tracciate:

1. In coerenza con le linee guida per l'implementazione della metodologia regionale uniforme di controllo di gestione adottate con Decreto del 23 maggio 2014 l'azienda ha sviluppato e implementato un progetto che ha portato alla piena autosufficienza gestionale dei nuovi flussi regionali istituiti nell'ambito dell'attuazione delle disposizioni contenute nell'art.79, comma 1-sexies, lettera c) del D.L. n. 112/2008.
2. Dal D.LGS. 118/2011 che prescrive che il modello LA sia inserito nella relazione sulla gestione, a livello aziendale e regionale. La finalità è quella di produrre un miglioramento della qualità nella compilazione del modello LA attraverso:
 - a. un controllo puntuale dei costi relativi ad alcune celle con quelli rilevati in altri flussi informativi;
 - b. la completezza dell'articolazione dei costi per i vari sub-livelli assistenziali di pertinenza.

Tabella 21: Modello CE.

CODICE	VOCE NUOVO MODELLO CE	CE IV TRIM.(Preconsuntivo) 2015	CE PREVISIONALE (Provvisorio) 2016	DELTA
AA0020	A.1.A) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	663.910	663.939	29
AA0050	A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo)	1.077	1099	22
AA0180	A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca	0	0	0
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-7.771	-10.968	-3.197
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	2.151	0	-2.151
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	18.997	19.103	106
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	4.560	4.508	-52
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.520	2.675	155
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	7.080	8.281	1.201
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0	0
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	146	141	-5
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	692.670	688.777	-3.893
BA0010	B.1) Acquisti di beni	64.447	62.950	-1.497
BA0020	B.1.A) Acquisti di beni sanitari	62.805	61.312	-1.493
BA0310	B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	1.642	1.637	-5
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	384.738	390.156	5.418
BA0410	B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base	50.431	50.919	488
BA0490	B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	64.904	65.325	421
BA0530	B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	52.087	52.003	-84
BA0640	B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	21.669	21.656	-13
BA0700	B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	8.395	8.302	-93
BA0750	B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	9.416	9.452	36
BA0800	B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	106.721	106.710	-11
BA0900	B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	8.760	8.767	7
BA0960	B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	13.483	13.406	-77
BA1030	B.2.A.10) Acquisto prestazioni termali in convenzione	868	868	0
BA1090	B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario	1.760	1.769	9
BA1140	B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	15.365	19.444	4.079
BA1200	B.2.A.13) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)	1.124	1.122	-2
BA1280	B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari	1.488	1.588	100
BA1350	B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	581	878	297
BA1490	B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	3.098	3.159	61
BA1560	B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	24.588	24.788	200
BA1570	B.2.B.1) Servizi non sanitari	24.158	24.140	-18
BA1750	B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	309	337,5	29
BA1880	B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)	121	310	189
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	8.390	7.563	-827
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	3.000	3.082	82
BA2080	Totale Costo del personale	190.702	190.427	-275
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	2.281	2.237	-44
BA2560	Totale Ammortamenti	10.724	11.665	941
BA2570	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	97	73.56666	-23
BA2580	B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	10.627	11.592	965
BA2630	B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0	0	0
BA2660	B.15) Variazione delle rimanenze	-1.498	0	1.498
BA2690	B.16) Accantonamenti dell'esercizio	9.522	7.673	-1.849
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	672.306	675.753	3.447
CA0010	C.1) Interessi attivi	0	0	0
CA0110	C.3) Interessi passivi	1.514	2.220	706
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	-1.514	-2.220	-706
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0
EA0010	E.1) Proventi straordinari	5.580	0	-5.580
EA0260	E.2) Oneri straordinari	10.166	0	-10.166
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	-4586	0	4.586
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	14.264	10.804	-3.460
YZ9999	Totale imposte e tasse	14.214	14.268	54
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	50	-3.464	-3.514

15. Ciclo della Gestione della Performance

Le attività di misurazione e valutazione della performance costituiscono una fase del ciclo generale di gestione della performance che, con riferimento ad un periodo pluriennale, è così articolato:

1. definizione ed assegnazione alle macrostrutture aziendali degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi;
2. ribaltamento degli obiettivi operativi ai responsabili di Struttura complessa e semplice;
3. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali correttivi;
4. misurazione e valutazione della performance, organizzativa ed individuale, al termine del periodo considerato;
5. utilizzo dei sistemi premianti, in ossequio ai criteri di valorizzazione del merito (stabiliti ex ante) e del contributo dato alla performance organizzativa;
6. rendicontazione dei risultati agli Organi di indirizzo politico-amministrativo (Assessorato), alla Direzione Strategica, ai competenti Organi esterni, ai cittadini interessati, agli utenti, agli stakeholder.

Nel rilevare che trattasi del classico "processo di budget" da anni in uso nell'Azienda di Trapani, in relazione al quale si sono resi necessari solo alcuni adattamenti coerenti con le linee guida fornite dalla Commissione ex art. 13, si dà atto che per il miglioramento del Ciclo della gestione della performance diventa di rilevanza strategica l'attuazione del **Regolamento di Organizzazione**, nonché delle **deleghe di funzioni**.

Con l'Atto Aziendale, in via di approvazione dal competente Assessorato, vengono individuate dall'Azienda esclusivamente le macrostrutture e le strutture complesse, mentre con il Regolamento di Organizzazione verranno descritte tutte le strutture semplici, le competenze di ciascuna struttura, e le funzioni delegabili a ciascun Dirigente responsabile.

Questa stesura del Piano della Performance individua gli obiettivi per le strutture organizzative a carattere dipartimentale.

Per un miglioramento del **Ciclo di gestione delle performance** si rende, pertanto, necessaria la tempestiva attivazione delle fasi di seguito indicate, discendendo da ciò una completa messa a regime del nuovo "Sistema".

FASE	ATTIVITA'	SOGGETTI COINVOLTI
Fase 1	Attivazione Comitato di Negoziazione budget	Direzione strategica aziendale U.O. Programmazione e Controllo di Gestione
Fase 2	Rappresentazione della Struttura nel rispetto del Regolamento di Organizzazione -Definizione delle competenze, delle deleghe di funzioni e degli indicatori di qualità	Direzione strategica aziendale U.O. Organizzazione Aziendale, Comunicazione istituzionale, sito web e URP. U.O. Qualità
Fase 3	Definizione obiettivi	Direzione strategica aziendale U.O. Programmazione e Controllo di Gestione
Fase 4	Validazione del processo come da linee guida CIVIT	Organismo Indipendente di valutazione
Fase 5	Predisposizione delle schede e loro negoziazione	Comitato budget Direttori di Struttura Complessa
Fase 6	Attuazione Piano della trasparenza	Direzione aziendale U.O. Organizzazione Aziendale , Comunicazione istituzionale, sito web e URP.
Fase 7	Collegamento/Integrazione coi documenti di programmazione economico finanziaria	Direzione aziendale U.O. Controllo di Gestione U.O. Contabilità

Quanto sopra premesso, nel corso del 2016 saranno, comunque, poste in essere tutte le azioni necessarie per **il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance** nel rispetto del decreto legislativo n. 150/09.

16. Comunicazione del Piano

L'Azienda ha l'obbligo di comunicare il processo e i contenuti del piano in coerenza con la disciplina del decreto e gli indirizzi della delibera n. 105/2010 della CIVIT dove ai sensi dell'articolo 11, comma 8, del decreto, il piano viene pubblicato sul sito internet istituzionale www.asptrapani.it in apposita sezione di facile accesso e consultazione, denominata: "Amministrazione Trasparente".

17. Terminologia del Piano

Per una migliore intelligibilità dei contenuti del presente Piano, per una agevole verifica dei criteri e per una necessaria trasparenza dei fatti aziendali, si ritiene di dovere elencare le definizioni contenute nel Piano e di dovere esplicitarne la terminologia fondamentale:

PERFORMANCE: contributo che qualunque soggetto (soggetto giuridico, organizzazione, unità operativa, gruppo o singolo individuo) può apportare al raggiungimento degli obiettivi per i quali l'Azienda vive ed opera;

PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: la performance ottenuta dall'Azienda nel suo complesso ovvero dalle singole UU.OO. nelle quali si articola;

PERFORMANCE INDIVIDUALE: performance ottenuta dai singoli individui o microgruppi di individui;

CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE: il processo posto in essere per la definizione degli obiettivi e per i piani di attività ad essi legati e attraverso cui si provvede alla misurazione, valutazione e rendicontazione dei risultati alla fine del ciclo;

PIANO DELLA PERFORMANCE: l'insieme degli obiettivi strategici ed operativi su cui si fonda l'attività dell'Amministrazione, approvato e revisionato annualmente dalla stessa Azienda;

MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE: attività di riscontro degli scostamenti tra i singoli obiettivi prefissati e i conseguenti risultati raggiunti, rapportati ad indicatori misurabili in termini quantitativi e/o economici ovvero riferiti a processi di qualità e/o impatti sui cittadini;

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE: attività di analisi e valutazione dei risultati ottenuti sulla base della misurazione della performance, delle aspettative e del grado di soddisfacimento dei bisogni di utenti e cittadini;

RENDICONTAZIONE SULLA PERFORMANCE: descrizione periodica degli esiti dell'attività di misurazione e valutazione della performance dell'Azienda o dei singoli gruppi o individui, indirizzata agli Organi di indirizzo politico-amministrativo (Assessorato), ai cittadini, agli stakeholder;

SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE: l'insieme dei criteri che fissano le metodologie da utilizzarsi, i vari steps ed il ruolo dei soggetti coinvolti nel processo di misurazione e valutazione della performance;

INDICATORE: caratteristica del processo, misurabile, che evidenzia significative informazioni sull'efficacia, efficienza o qualità dell'attività realizzata ovvero sul grado di raggiungimento dell'obiettivo;

BENCHMARKING: operazione di confronto attraverso cui comprendere ed importare le buone pratiche che si sviluppano in altre organizzazioni;

STAKEHOLDER: gruppo qualificato di individui che può essere influenzato direttamente o indirettamente dal raggiungimento degli obiettivi aziendali o, comunque, dalla sua azione;

OUTCOME: effetto risultato finale dell'azione, conseguenza dell'attività dal punto di vista dell'utente del servizio erogato o, più in Modificare, dello stakeholder;

ACCOUNTABILITY: il necessario rendiconto dei risultati di un'azione amministrativa, tramite informazioni corrette agli utenti e tale da permettere l'espressione di un valido giudizio.

Indice delle Figure

Figura 1: Piramide delle età. (Elaborazione su dati ISTAT).....	8
Figura 2: Distribuzione residenti per classi di età. (Elaborazione su dati ISTAT).....	8
Figura 3: Raffronto territoriale Età Media.....	9
Figura 4:Raffronto territoriale Indicatori di struttura demografica.	9
Figura 5: TP 1	12
Figura 6: TP 2	12
Figura 7:Raffronto territoriale % Popolazione/dipendenti SSN Anno 2014.....	16
Figura 8: Raffronto territoriale età Media personale SSN 2014.....	17
Figura 9: Età Media personale ASP Trapani per categorie dipendenti 2014.....	17
Figura 10:Albero delle Performance.	24
Figura 11: Tendenza tasso di crescita naturale. Confronto territoriale	26
Figura 12: Tendenza tasso di Mortalità Figura 13: Tendenza tasso di Natalità.....	26
Figura 14: Tendenza Saldo Migratorio totale Per trasferimento	27
Figura 15:Saldo Migratorio Interno per trasferimento. Figura 16: Saldo Migratorio estero per trasferimento	27
Figura 17:Evoluzione Indicatori Screening Oncologici.....	35