	<p style="text-align: center;">REGIONE SICILIANA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE ENNA</p>
<p>DELIBERA N. ..... <u>914</u> .....</p> <p>DEL ..... <u>25 GIU. 2020</u> .....</p>	
<p>OGGETTO: <b>Relazione sulla Performance ASP Enna - anno 2019</b></p>	
<p>U.O. PROPONENTE: U.O.C. COORDINAMENTO STAFF AZIENDALE</p>	
<p>PROPOSTA DI DELIBERAZIONE N. ....</p> <p>DEL .....</p>	
<p>IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO <b>Dr Maria Concetta Alloro</b></p> <p><i>Maria Concetta Alloro</i></p>	<p>U.O.C. COORDINAMENTO STAFF AZIENDALE <b>IL DIRETTORE</b> <b>Avv. Giuseppe Capizzi</b></p> <p><i>Giuseppe Capizzi</i></p>
<p style="text-align: center;">S.E.F.P.</p> <p>Si attesta la copertura finanziaria e la compatibilità con il bilancio di previsione vigente.</p> <p><input type="checkbox"/> come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizzazione n. _____ del _____ <input type="checkbox"/> C.E. / <input checked="" type="checkbox"/> C.P. _____</p>	
<p>IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO</p>	<p>IL DIRETTORE DEL S.E.F.P.</p>
<p>DATA RICEZIONE DELLA PROPOSTA PRESSO U.O.C. STAFF _____</p>	

## PREMESSO

**Che** il D.lgs. 150/2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" e s.m.i. recante disposizioni in tema di misurazione, valutazione e trasparenza della performance, all'art. 10, comma 1 lett. a) e lett. b) fa obbligo alle aziende sanitarie di redigere annualmente:

- entro il 31 gennaio il documento programmatico triennale denominato "Piano della performance";
- entro il 30 giugno la "Relazione sulla performance" che a consuntivo evidenzia i risultati organizzativi e individuali raggiunti riferiti all'anno precedente.

**Che** con delibera n. 106 del 30/01/2019 è stato adottato il Piano della Performance ASP Enna triennio 2019-2021 in osservanza al succitato art. 10 c.1 lett. a) del D. Lgs n. 150/2009;

**Che** la Struttura Tecnica Permanente (S.T.P.), afferente all' U.O.C. Coordinamento STAFF Aziendale ha predisposto la Relazione sulla Performance che a consuntivo evidenzia i risultati organizzativi e individuali raggiunti nell'anno '2019 rispetto ai singoli obiettivi programmati, ai sensi dell'art. 10 del D. Lgs. 150/2009;

## CONSIDERATO

**Che** la suddetta relazione, allegata al presente atto quale parte integrante e sostanziale, è stata redatta in osservanza dell'art.10 del D.lgs. 150/1009 e alla delibera n. 5/2012 con la quale la CIVIT (Commissione per la valutazione la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche) a suo tempo ha emanato le linee guida sulle modalità di redazione della relazione, ad oggi vigenti;

**Che** occorre approvare la "Relazione sulla Performance anno 2019" e relativi allegati nel rispetto dei termini previsti dalla normativa citata in premessa, dandone evidenza sul sito Istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente".

## VISTO IL SEGUENTE ALLEGATO ALLA PRESENTE DELIBERAZIONE

A. Relazione sulla Performance ASP Enna anno 2019 e allegati;

L'anno duemilaventi il giorno *Venticinque* del mese di *giugno*..... nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

### IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Francesco Iudica nominato con Decreto Presidenziale n. 189/serv.1/S.G. del 04/04/2019 coadiuvato dal Direttore Amministrativo Dr.ssa Sabrina Cillia e dal Direttore Sanitario, Dott. Emanuele Cassarà e con l'assistenza del Segretario Verbalizzante

## VISTI

- ✓ La Legge Regionale 5 /2009 e s.m.i.;
- ✓ L'Atto Aziendale adottato con delibera n.902 del 19/06/2020;
- ✓ Il D.lgs. 150/2009 e successivi D.lgs. 141/2011 e D.lgs. n.74/2017;
- ✓ Il D.A. 1821 del 26/09/2011.

**DATO ATTO** che la Direzione della U.O.C. che propone il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 3 del D.L. 23 ottobre 1996, come modificato dalla L. 20 dicembre 1996 n. 639, e che lo stesso è stato predisposto nel rispetto della Legge 6 novembre 2012 n. 190 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione – nonché nell'osservanza dei contenuti del Piano aziendale della prevenzione della corruzione 2020/2022;

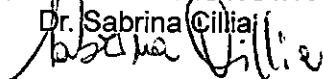
**Acquisito** il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

### DELIBERA

- 1. approvare** la "Relazione sulla Performance relativa anno 2019" redatta in osservanza dell'art.10 del D.lgs. 150/1009, allegata al presente atto quale parte integrante e sostanziale.
- 2. trasmettere** copia del presente provvedimento all'OIV ai fini della validazione ed al Responsabile della Prevenzione Corruzione Trasparenza per la pubblicazione sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente".
- 3. dichiarare** il presente provvedimento immediatamente esecutivo al fine del rispetto dei termini previsti dalla normativa in materia.

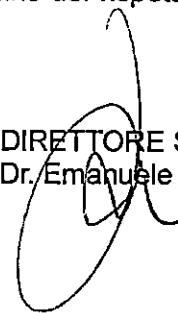
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dr. Sabrina Cillia



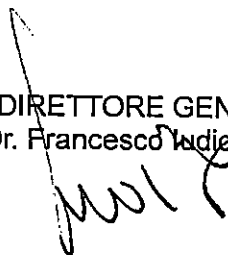
IL DIRETTORE SANITARIO

Dr. Emanuele Cassarà



IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Francesco Iudica



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE

Luisa Tranchida



## PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, su conforme relazione dell'addetto, è stata pubblicata in copia all'Albo Pretorio informatico dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n° 30/93 s.m.i., e dell'art. 32 della L. n. 69 del 18/06/2009

dal 28 GIU 2020

al 12 LUG 2020

L'incaricato

**PER DELEGA DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
IL DIRETTORE U.O.C. COORD. STAFF AZIENDALI  
Avv. Giuseppe Capizzi**

Notificata al Collegio Sindacale il ..... con nota prot. n° .....

### DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

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

SI ATTESTA

che l'Assessorato Regionale Sanità:

- ha pronunciato l'**approvazione** con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- ha pronunciato l'**annullamento** con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

come da allegato.

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

### DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

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

- immediatamente esecutiva dal 25 GIU. 2020

Enna li,

**IL FUNZIONARIO INCARICATO**

### REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

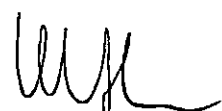
- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Modifica con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Enna li,

**IL FUNZIONARIO INCARICATO**

Delibera n. 914 del 25/06/2020

**REGIONE SICILIANA**  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**  
**ENNA**



**RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2019**

## Presentazione

La Relazione sulla Performance è il documento con cui l'Azienda illustra ai cittadini e a tutti gli *stakeholder*, interni ed esterni, i risultati ottenuti a conclusione del ciclo di gestione della performance nell'anno precedente (D. Lgs 150/2009, art. 10, c. 1, lettera b).

Accanto alla funzione di *accountability* che la Relazione riveste, la stessa è anche uno strumento funzionale al miglioramento del ciclo della performance, potendo orientare la riprogrammazione degli obiettivi e delle risorse.

Nella presente Relazione sono riportati i risultati relativi agli obiettivi programmati per l'anno 2019 e declinati nel Piano della Performance 2019-2021 e, inoltre, gli aggiornamenti degli obiettivi stessi sulla base delle indicazioni dell'Assessorato Regionale alla Salute come da deliberazione n. 96 del 13.3.2019 – Allegato A Obiettivi di salute e funzionamento delle Aziende Sanitarie Siciliane 2019-2020, e i relativi risultati.

La Relazione è redatta sulla base delle indicazioni contenute nella delibera CIVIT n. 5/2012, secondo criteri di trasparenza, intelligibilità, veridicità, verificabilità dei contenuti; contiene una descrizione quanto più possibile snella e comprensibile dei risultati raggiunti (D. Lgs 150/2009 art. 14 c.4c) ed è corredata da una serie di allegati in cui i dati dell'attività dell'Azienda a consuntivo sono riportati più nel dettaglio. Nella stesura si è tenuto conto anche delle indicazioni di carattere generale contenute nelle *Linee Guida per la Relazione annuale sulla performance* esitate nel novembre 2018 dal Dipartimento della Funzione Pubblica e rivolte ai ministeri, qualora applicabili alla nostra Amministrazione.

## Indice

Presentazione .....	2
Indice .....	3
<b>2 Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1 Il contesto esterno di riferimento .....</b>	<b>4</b>
<b>2.2 L' Amministrazione.....</b>	<b>8</b>
<b>2.3 I risultati raggiunti .....</b>	<b>18</b>
<b>2.4 Le criticità e le opportunità .....</b>	<b>30</b>
<b>3 Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti .....</b>	<b>32</b>
<b>3.1 Albero della performance .....</b>	<b>32</b>
<b>3.2 Obiettivi strategici .....</b>	<b>43</b>
<b>3.3 Obiettivi e piani operativi .....</b>	<b>48</b>
<b>3.4 Obiettivi individuali .....</b>	<b>56</b>
<b>4 Risorse, efficienza ed economicità .....</b>	<b>57</b>
<b>5 Pari opportunità e bilancio di genere .....</b>	<b>58</b>
<b>6 Il processo di redazione della relazione sulla performance.....</b>	<b>59</b>
<b>6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità .....</b>	<b>59</b>
<b>6.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo della performance .....</b>	<b>60</b>
<b>Allegati:.....</b>	<b>61</b>
<b>Allegato 1: Prospetto relativo alle pari opportunità e bilancio di genere.....</b>	<b>61</b>
<b>Allegato 2: Tabella obiettivi strategici.....</b>	<b>61</b>
<b>Allegato 3: Tabella Documenti del ciclo di gestione della Performance.....</b>	<b>61</b>
<b>Allegato 4: Organigramma .....</b>	<b>61</b>
<b>Allegato 5: Tabella P.A.A. ....</b>	<b>61</b>

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

### 2.1 Il contesto esterno di riferimento

L'ASP di Enna opera su tutto il territorio della provincia di Enna e comprende, inoltre, il Comune di Capizzi (ME), per un'estensione territoriale complessiva di 2.632,17 Km<sup>2</sup> e una popolazione residente al 30.11.2019 pari a 165.623 (Dati ISTAT provvisori al 30.11.2019).

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

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



Si riportano di seguito alcuni dati demografici rilevanti per il loro impatto sul sistema sanitario.

#### BILANCIO DEMOGRAFICO ANNO 2019 - PROVINCIA DI ENNA (ISTAT - DATI PROVVISORI AL 30/11/2019)

	Popolazione Inizio Periodo	Popolazione fine periodo
PERIODO GENNAIO- NOVEMBRE 2019	164788	162633

#### BILANCIO DEMOGRAFICO ANNO 2019 - COMUNE DI CAPIZZI (ISTAT - DATI PROVVISORI AL 30/11/2019)

	Popolazione inizio periodo	Popolazione fine periodo
PERIODO GENNAIO- NOVEMBRE 2019	3051	2990

I dati mostrano dall'1 gennaio al 30 novembre un calo della popolazione confermando la tendenza degli ultimi anni.

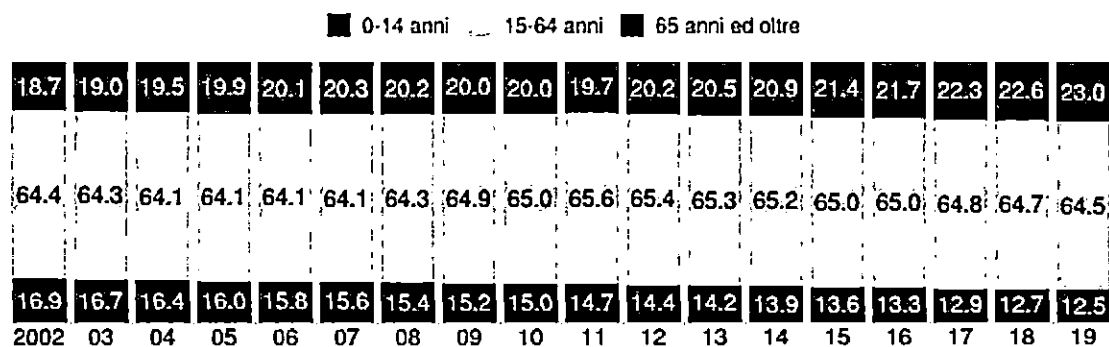
Si riportano di seguito i dati per ciascun singolo comune che insiste sul territorio dell'ASP di Enna, anch'essi aggiornati al 30/11/2019 (ISTAT); il calo della popolazione interessa in maniera diffusa e pressocché uniforme tutti i comuni.



Comune	Maschi	Femmine	Totale 30/11/2019	Δ (rif. 2018)
Agira	3978 (S)	4085 (S)	8063 (S)	-69 (8132)
Aidone	2392	2316	4708	-117 (4825)
Assoro	2474	2536	5010	-26 (5036)
Barrafranca	5941	6668	12609	-191 (12800)
Calascibetta	2077	2241	4318	-61 (4379)
Catenanuova	2255	2378	4633	-63 (4696)
Centuripe	2597	2668	5265	-96 (5361)
Cerami	951	975	1926	-26 (1952)
Enna	12710	13928	26638	-366 (27004)
Gagliano C.to	1667	1800	3467	-51 (3518)
Leonforte	6212 (S)	6612 (S)	12824 (S)	-138 (12962)
Nicosia	6442 (S)	6799(S)	13241 (S)	-174 (13415)
Nissoria	1480	1467	2947	-54 (3001)
Piazza Armerina	10572	10975	21547	-179 (21726)
Pietraperzia	3120	3522	6642	-126 (6768)
Regalbuto	3503	3496	6999	-94 (7093)
Sperlinga	348	368	716	-21 (737)
Troina	4354 (S)	4646 (S)	9000 (S)	-94 (9094)
Valguarnera C.	3485	3935	7420	-137 (7557)
Villarosa	2220 (S)	2440 (S)	4660 (S)	-72 (4732)
Capizzi	1469	1521	2990	-61 (3051)
<b>TOTALE</b>	<b>80247</b>	<b>85376</b>	<b>165623</b>	<b>-2216 (167839)</b>

Uth  
of

Di seguito è rappresentata la struttura della popolazione per età dal 2002 al 2019 nella provincia di Enna e nel Comune di Capizzi. L'analisi della struttura per età ripartisce la popolazione in tre fasce: giovani 0-14 anni, adulti 15-64 anni e anziani 65 anni ed oltre. In base alle diverse proporzioni fra tali fasce di età, la struttura di una popolazione viene definita di tipo *progressiva*, *stazionaria* o *regressiva* a seconda che la popolazione giovane sia maggiore, equivalente o minore di quella anziana. Lo studio di tali rapporti è importante per valutarne l'impatto sul sistema sanitario:



Struttura per età della popolazione (valori %)

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

all

0-14 anni		15-64 anni		65 anni ed oltre													
19.6	20.0	19.7	19.4	19.3	19.4	19.3	19.1	19.1	19.0	19.3	19.3	19.3	19.5	20.1	20.5	21.5	20.6
62.5	62.1	62.4	62.9	63.2	63.2	63.3	63.8	63.9	63.8	63.8	64.2	64.2	64.0	64.1	64.0	63.2	64.7
17.9	17.9	17.9	17.7	17.6	17.4	17.4	17.1	17.0	17.2	16.9	16.5	16.5	16.5	15.8	15.6	15.3	14.7
2002	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Struttura per età della popolazione (valori %)

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

Si riportano i principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente nella provincia di Enna (ISTAT)

Anno	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di ricambio della popolazione attiva	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico di figli per donna feconda	Indice di natalità (x1.000 ab.)	Indice di mortalità (x1.000 ab.)
	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1 gen-31 dic	1 gen-31 dic
2013	117,1	55,7	88,0	105,5	22,3	10,6	14,3
2014	116,6	55,8	91,3	110,8	21,8	11,7	12,9
2015	118,7	56,2	89,0	114,7	21,8	6,9	13,1
2016	127,5	56,0	80,5	116,1	20,4	6,3	9,2
2017	131,6	56,3	80,0	119,3	20,9	8,7	15,7
2018	140,9	58,3	87,5	117,1	21,6	5,9	11,7
2019	140,1	54,6	90,4	123,2	18,3	-	-

Si riportano i principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente nel comune di Capizzi (ISTAT)

Anno	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di ricambio della popolazione attiva	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico di figli per donna feconda	Indice di natalità (x1.000 ab.)	Indice di mortalità (x1.000 ab.)
	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1 gen-31 dic	1 gen-31 dic
2013	145,0	53,1	108,3	110,5	24,9	7,3	10,5
2014	150,4	53,5	109,5	112,4	24,6	7,4	11,4
2015	157,1	53,8	111,0	113,9	24,7	7,5	11,6
2016	163,3	53,9	113,9	115,9	24,7	7,1	11,3
2017	172,1	54,4	115,8	118,2	25,0	7,3	12,2
2018	178,1	54,7	117,8	120,3	25,4	7,0	11,4
2019	183,6	55,1	120,6	121,4	17,1	-	-

La struttura della popolazione e gli indici demografici mostrano l'aumento percentuale della popolazione anziana e la riduzione di quella dei giovani.

I dati sopra riportati (struttura per età, indici demografici) evidenziano che il territorio aziendale presenta una struttura di tipo regressivo (la popolazione anziana prevale su quella dei giovani). L'indice di vecchiaia (rapporto percentuale fra il numero degli ultrasessantacinquenni e il numero dei giovani fino a 14 anni) mostra un andamento in crescita, descrivendo anch'esso il crescente invecchiamento della popolazione. Altro indice significativo è l'indice di dipendenza strutturale, che fornisce una misura del carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni e oltre) su quella attiva (15-64 anni).

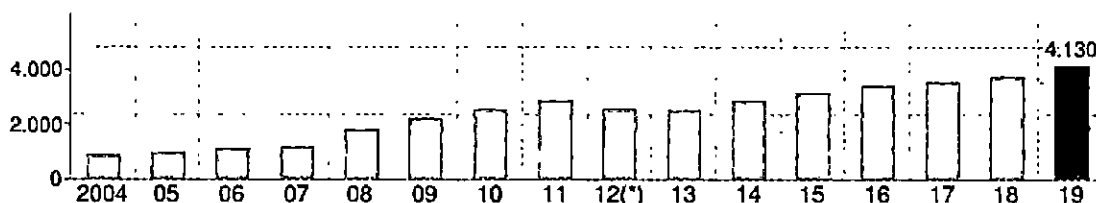
Il valore dell'indice di *ricambio della popolazione attiva* (rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro) indica che nella provincia di Enna la popolazione in età lavorativa è molto anziana; nel comune di Capizzi, invece, la popolazione che entra nel mondo del lavoro e quella che ne esce si equivale.

L'invecchiamento della popolazione, con il conseguente aumento delle patologie croniche legate all'età, ha orientato le politiche sanitarie regionali e locali nel perseguimento di obiettivi finalizzati a dare risposte a tale fascia di popolazione (es. alcuni degli obiettivi del PNE, gli obiettivi del P.A.A. - area della cronicità e della disabilità e non autosufficienza).

Il calo demografico può essere considerato un indicatore delle scarse opportunità di vita e lavorative offerte da un territorio; l'elevato valore dell'indice di *ricambio della popolazione attiva* è rappresentativo della difficoltà delle nuove leve ad entrare nel mondo del lavoro anche in ragione delle poche persone che ne escono: è l'immagine di una situazione statica che può sostenere le condizioni di disagio esistenziale nelle fasce giovanili e non solo. Il tema del disagio diffuso è stato oggetto della progettualità del Dipartimento di Salute Mentale nelle sue diverse articolazioni (CSM e SPDC, SERT, NPIA, DCA); su tale disagio è più facile si innestino condizioni di franca patologia psichiatrica; si riporteranno nelle sezioni successive alcuni dati di attività.

Un altro dato significativo ai fini della definizione di risposte di natura sanitaria o socio-sanitaria alla popolazione è quello relativo alla popolazione straniera residente. Sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia.

Si rappresenta di seguito l'andamento della popolazione con cittadinanza straniera nella provincia di Enna (dato al 1° gennaio 2019 - ISTAT) e si riportano i dati per singolo comune, includendo anche il comune di Capizzi:



Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2019

LIBERO CONSORZIO COMUNALE DI ENNA - Dati ISTAT 1° gennaio 2019 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(\*) post-censimento

La popolazione straniera residente nei comuni dell'ASP di Enna al 01.01.2019 era pari a 4145, distribuita per comune come nella tabella seguente:

Comune - Stranieri	Comune - Stranieri	Comune - Stranieri
Enna: 936	Centuripe: 142	Pietraperzia: 62
Agira: 79	Cerami: 40	Regalbuto: 317
Aidone: 337	Gagliano C. : 73	Sperlinga: 11
Assoro: 63	Leonforte: 228	Troina: 142
Barrafranca: 180	Nicosia: 208	Valguarnera C.: 117
Calascibetta: 88	Nissoria: 26	Villarosa: 111
Catenanuova: 108	P. Armerina: 862	Capizzi: 15

Distribuzione della popolazione straniera residente dei comuni dell'ASP (ISTAT 01.01.2019)

La popolazione straniera residente (in aumento in tutti i comuni dell'ASP) rappresenta un'altra area di fragilità, per le problematiche legate all'ingresso nel mondo del lavoro in un territorio che abbiamo visto poco dinamico dal punto di vista del ricambio occupazionale e per le problematiche legate all'integrazione. Anche in questo

contesto diventano endemiche situazioni di disagio, che coinvolgono le diverse età della vita, per le quali i servizi della tutela della salute mentale hanno dato vita ad azioni di tutela in termini di prevenzione e di cura (Progetto IN e OUT – Intervento integrato transculturale per l’assistenza psichiatrica)

## 2.2 L' Amministrazione

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

Articolazioni organizzative:

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

### AREA TERRITORIALE

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

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

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

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

L’Azienda adotta l’organizzazione dipartimentale come modello ordinario di gestione operativa di tutte le sue strutture; tale organizzazione consente di operare per “processi” e condividere risorse finalizzate ad uno stesso obiettivo.

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

L’Atto Aziendale individua i seguenti Dipartimenti strutturali

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Prevenzione Veterinario
- Dipartimento della Salute Mentale
- Dipartimento Assistenza Ospedaliera

L’Azienda individua i sottoindicati **Dipartimenti Funzionali**, il cui principale obiettivo è migliorare la pratica clinico assistenziale, favorendo l’acquisizione e il mantenimento di competenze tecnico professionali adeguate, definendo

UAF

*[Handwritten signature]*

percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e verificandone la reale applicazione, riducendo le difformità nelle pratiche clinico-assistenziali che possono caratterizzare le diverse articolazioni organizzative allo stesso afferenti

- Ambito territoriale:
  - Dipartimento dell'Assistenza Distrettuale e dell'Integrazione Socio-Sanitaria
- Ambito ospedaliero:
  - Dipartimento di emergenza e accettazione (DEA)
  - Dipartimento di Medicina
  - Dipartimento di Chirurgia
  - Dipartimento dei Servizi
- Ambito transmurale:
  - Dipartimento Materno-Infantile
  - Dipartimento Oncologico
- Ambito Amministrativo
  - Dipartimento Amministrativo

Si rimanda all'Atto Aziendale (del. n. 429 del 01.06.2017 e come modificato dalla Del. 749 del 5.11.2018, per un quadro più dettagliato della struttura organizzativa aziendale, e in particolare all'allegato 4\_ "Organigramma delle Strutture Organizzative" (si fa presente che con D.A. n. 483 del 4 giugno 2020 è stato approvato il nuovo Atto Aziendale).

Nell'anno 2019 l'offerta relativa all'assistenza ambulatoriale è stata garantita dalle strutture riepilogate nei seguenti prospetti

Distribuzione per livello di assistenza delle strutture a gestione diretta (alcune strutture espletano più tipologie di assistenza)												
TIPO STRUTTURA	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
Ambulatorio/ Laboratorio	34	4	4									
Struttura residenziale									2		1	
Struttura semi-residenz.					1					1	2	
Altro tipo di struttura				9	19	3						1

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

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

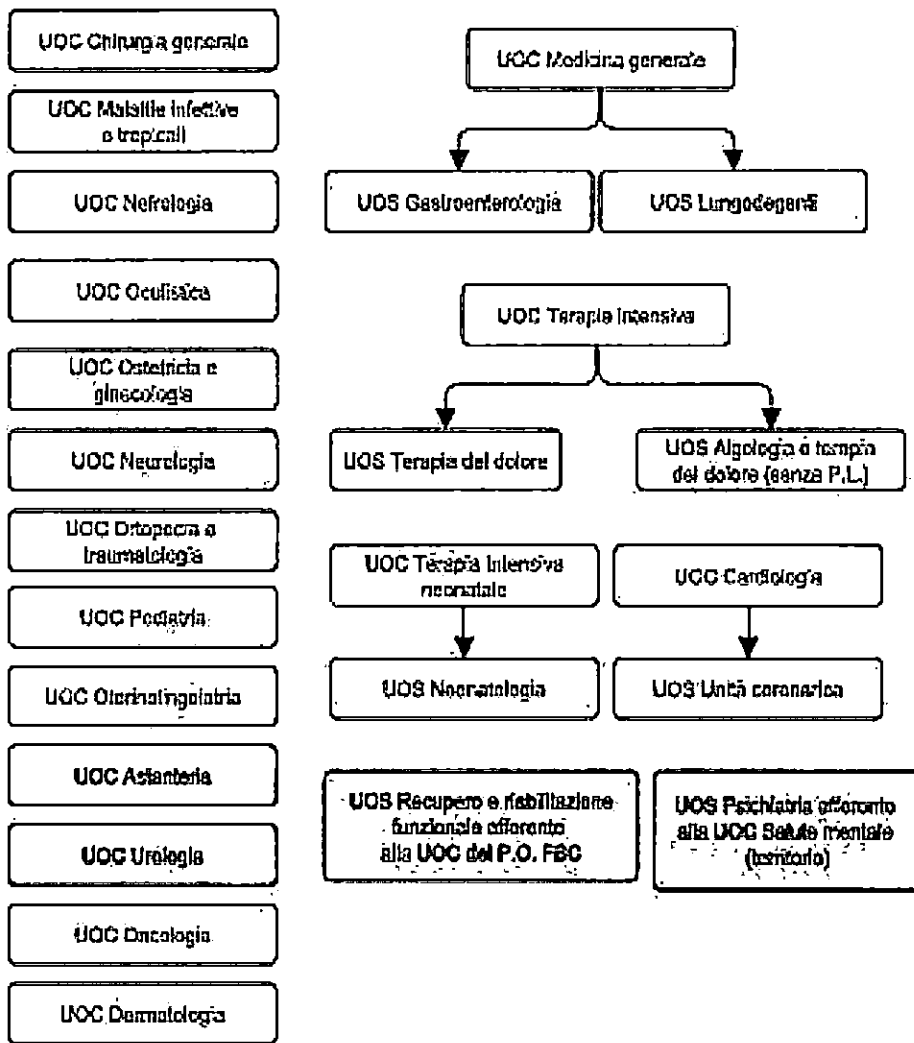
Relativamente l'Assistenza sanitaria di base, nell'anno 2019, l'ASP di Enna ha operato mediante 140 Medici di Medicina Generale (MMG) e 23 Pediatri di Libera Scelta (PLS) per una popolazione assistita rispettivamente di 141.715 e 15.277 unità.

#### AREA OSPEDALIERA

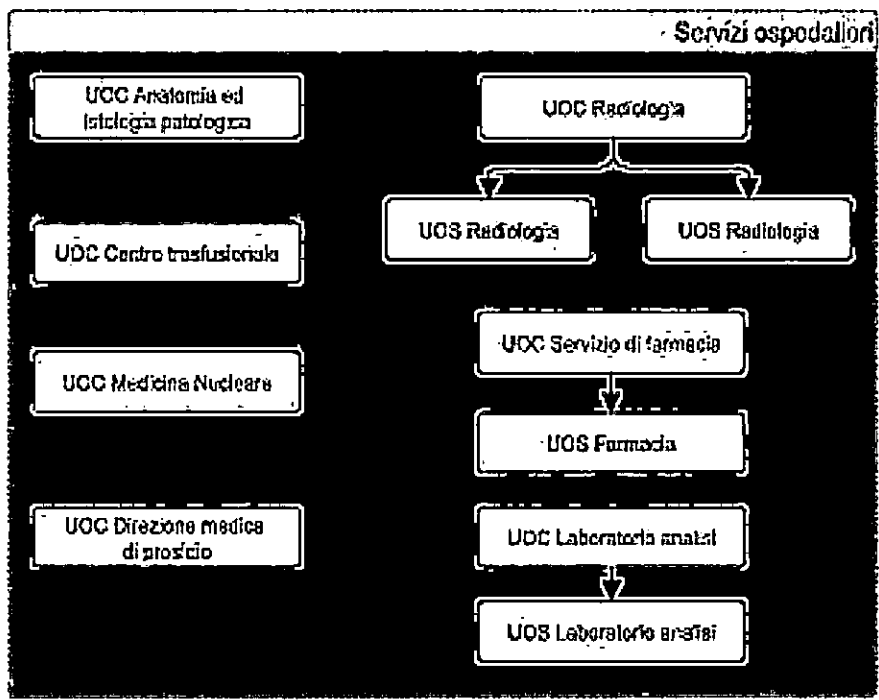
L'assistenza ospedaliera è stata erogata mediante l'attività dei quattro Presidi Ospedalieri sopra individuati.

Si rappresentano di seguito le UOC dell'area ospedaliera e si rimanda all'Atto Aziendale (del. n. 429 del 01/06/2017) per una descrizione dettagliata UOC e UOS, ricordando che con D.A. n. 483 del 04.06.2020 è stato approvato dall'Assessorato il nuovo Atto Aziendale.

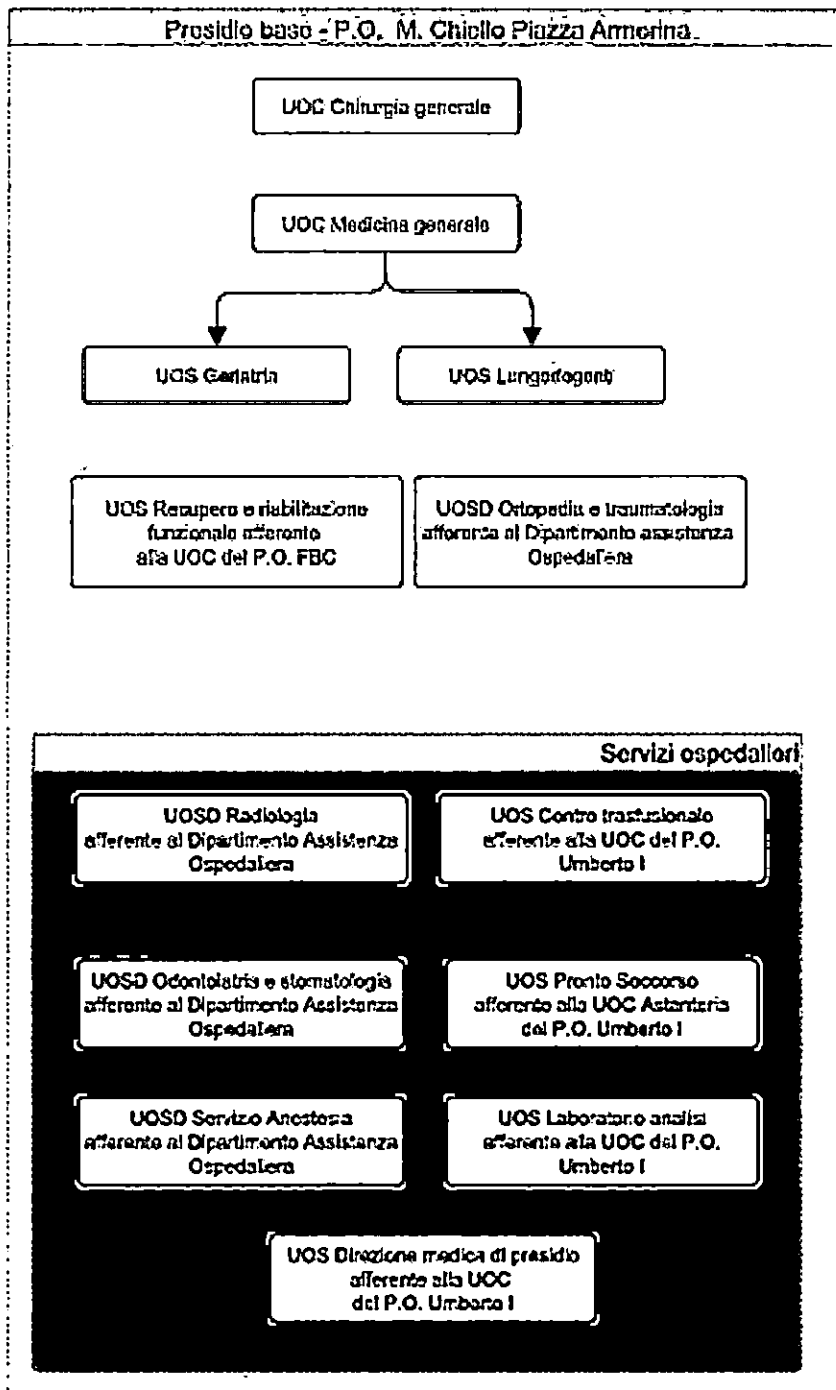
DEA I Livello P.O. Umberto I Enna



*Handwritten signature*

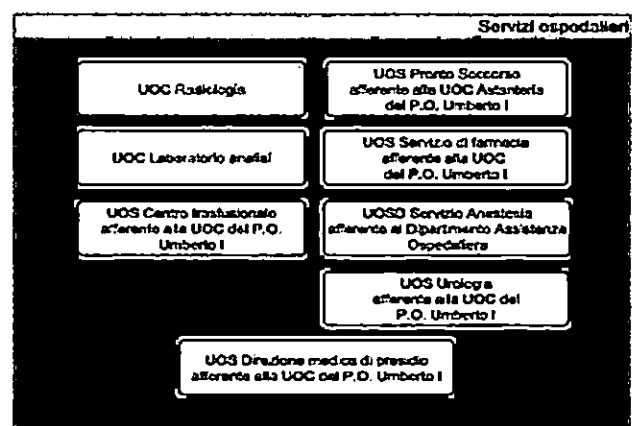
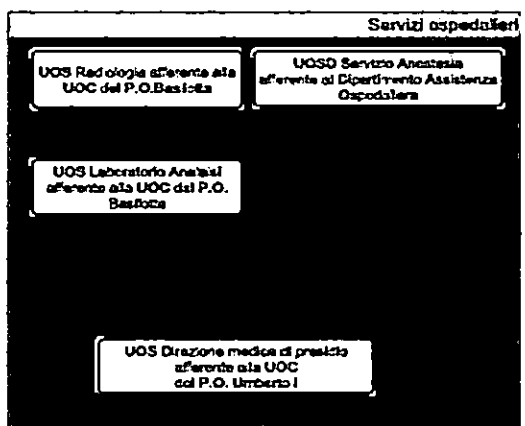
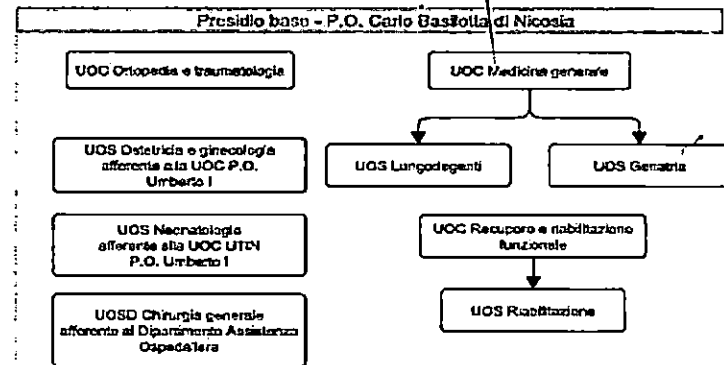
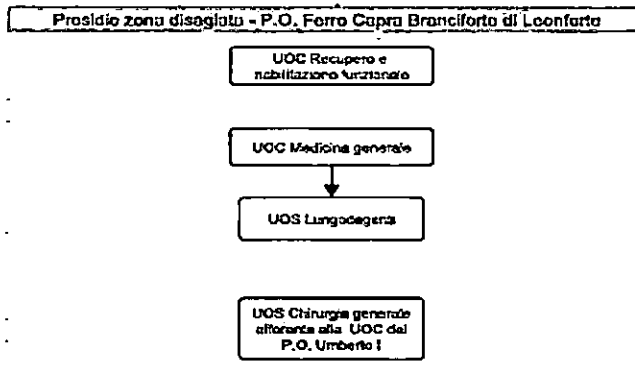


all





*el* *UHF*

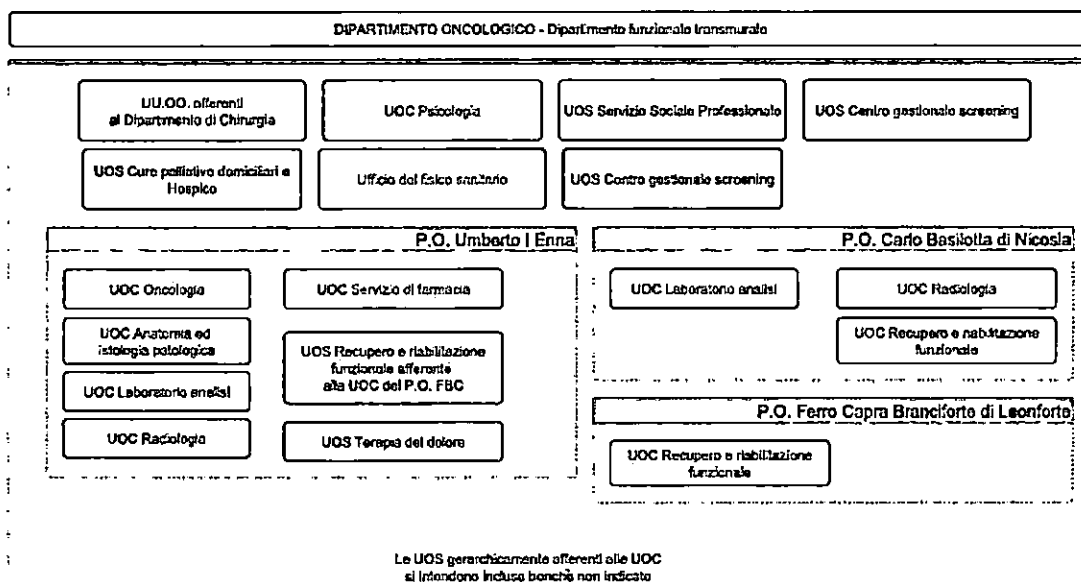


I Presidi Ospedalieri sono organizzati secondo un modello dipartimentale, che garantisce il coordinamento e la sinergia tra le attività delle UU.OO.CC e delle UU.OO.SS.

La nuova organizzazione ha istituito il Dipartimento dell'Assistenza Ospedaliera (di tipo strutturale) e i Dipartimenti Funzionali sottoindicati:

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

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



I Presidi ospedalieri erogano attività a ciclo continuo e diurno per acuti, lungodegenza e riabilitazione post-acuzie. Si riportano di seguito alcuni dati:

Distribuzione di posti letto anno 2019					
Regime	Struttura	PL strutturali Mod. HSP 12 (PL strutturali deliberati)		PL strutturali Mod. HSP 22 bis (PL operativi)	
		PL ordinari	PL DH	PL ordinari	PL DH
Acuti	S.O. Umberto I	236	28	207	26
	S.O. Chiello	55	13	40	12
	S.O. Basilotta	62	10	31	15
	S.O. F.B.C.	20	4	12	8
<b>Totale Posti letto per acuti</b>		<b>373</b>	<b>55</b>	<b>290</b>	<b>61</b>
Lungodegenza	S.O. Umberto I	10	0	4	0
Lungodegenza	S.O. Chiello	4	0	4	0
Lungodegenza	S.O. Basilotta	4	0	2	0
Lungodegenza	S.O. F.B.C.	8	0	6	0
Riabilitazione post acuzie	S.O. Umberto I	2	0	2	0
Riabilitazione post acuzie	S.O. Basilotta	2	0	4	0
Riabilitazione post acuzie	S.O. F.B.C.	12	0	12	0
<b>Totale Posti letto effettivi</b>		<b>415</b>	<b>55</b>	<b>324</b>	<b>61</b>

Distribuzione di posti letto anno 2019

Si riportano infine, in tabella e grafici, alcuni dati relativi il personale dipendente presente al 31/12/2019. Nella tabella le unità di personale vengono quantificate in termini di FTE (Full Time Equivalent, - equivalente di dipendente a tempo pieno), così da ricomprendere tutto il personale presente al 31.12.19, mentre in tabella è riportato il numero dei dipendente presenti nell'anno:

Ruolo	Profilo	Anno 2018	Anno 2019	Δ	
Amministrativo	Assistente amministrativo	70	63	-7	
	Commesso	38	30	-8	
	Coadiutore amministrativo	90	87	-3	
	Collaboratore amministrativo	31	29	-2	
	Dirigenti amministrativo	15	14	-1	
	<b>Totale</b>	<b>244</b>	<b>223</b>	<b>-21</b>	
Professionale	Assistente religioso	4	4	0	
	Avvocato	1	1	0	
	Ingegnere	2	2	0	
	<b>Totale</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	
Sanitaria	Assistente sanitario	1	1	0	
	Ostetrica	31	31	0	
	Infermiere	649	689	40	
	Infermiere generico	7	5	-2	
	Infermiere pediatrico	1	1	0	
	Educatore professionale	1	1	0	
	Fisioterapista	28	30	2	
	Logopedista	1		-1	
	Ortottista assistente di oftalmologia	2	2	0	
	Tecnico audiometrista	1	1	0	
	Puericultrice	5	2	-3	
	Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	40	42	2	
	Tecnico sanitario di radiologia medica	33	33	0	
	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	15	15	0	
	Veterinario	26	26	0	
	Medico	390	378	-12	
	Psicologo	14	11	-3	
	Biologo	7	13	6	
	Chimico				
	Fisico	1	1	0	
	Pedagogista	6	6	0	
	Dirigente delle professioni sanitarie		1	1	
	Farmacista	12	13	1	
	<b>Totale</b>	<b>1271</b>	<b>1302</b>	<b>31</b>	
	Tecnica	Assistente tecnico	8	7	-1
		Ausiliario specializzato	187	175	-12
Collaboratore tecnico		5	5	0	
Operatore tecnico		94	92	-2	
Assistente sociale		33	29	-4	
Operatore socio sanitario		20	19	-1	
Operatore tecnico addetto all'assistenza		9	7	-2	
Analista		1	1	0	
Sociologo		3	3	0	
<b>Totale</b>		<b>360</b>	<b>338</b>	<b>-22</b>	
<b>Totale complessivo</b>		<b>1881</b>	<b>1870</b>	<b>-11</b>	

WSE

1

TESTE-Dati per genere



Genere  
 F 1.065,06  
 M 1.066,35



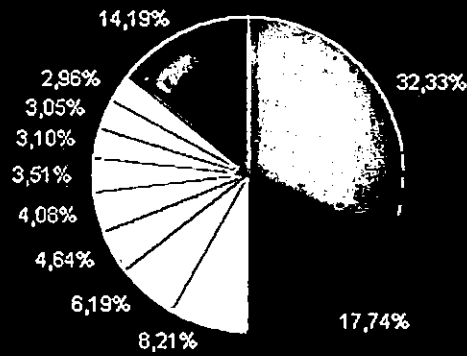
*Handwritten signature*

TESTE-Dati per profilo

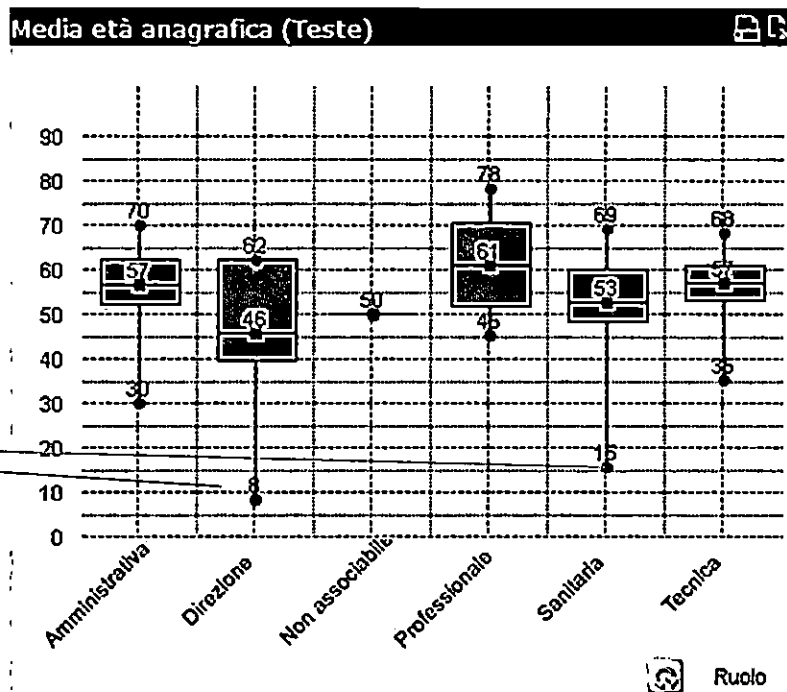


Profilo

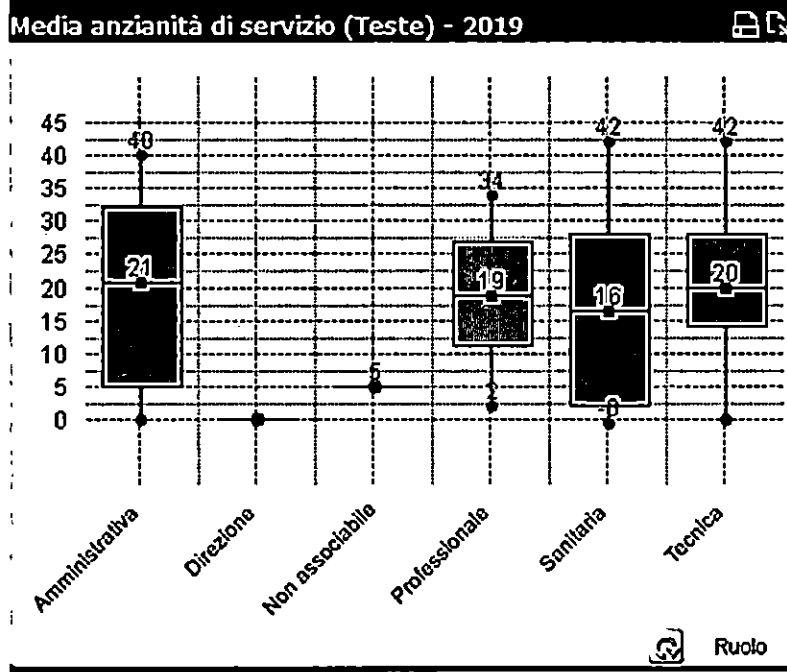
<input type="checkbox"/>	Infermiere	689
<input type="checkbox"/>	Medico	378
<input type="checkbox"/>	Ausiliario spec	175
<input type="checkbox"/>	Medico della...	132
<input type="checkbox"/>	Operatore te...	99
<input type="checkbox"/>	Coadiutore a...	87
<input type="checkbox"/>	Tecnico sani...	75
<input type="checkbox"/>	Medico Sp...	66
<input type="checkbox"/>	Veterinario	65
<input type="checkbox"/>	Assistente a...	63
<input type="checkbox"/>	Altri (<2%)	302



Uff  
el



Errore statistico, non inficia la media



Il cronoprogramma relativo l'attività del Gruppo di lavoro Stress Lavoro Correlato (SLC) per il 2019 non prevedeva lo svolgimento di indagini sul benessere organizzativo, condotte nel 2018 con la somministrazione al personale del Questionario QVP SLC10 - effettuata online- e l'individuazione delle aree critiche e delle misure da adottare. Nel corso del 2019 è stata svolta l'attività di formazione (novembre 2019, in quattro giornate) rivolta ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) sulle tematiche, in generale, della sicurezza e, in particolare e nello specifico, del **benessere organizzativo** e individuale del lavoratore e delle ripercussioni dello SLC sulla salute, nonché sulle tecniche di comunicazione. In aderenza al cronoprogramma definito dal Gruppo di Lavoro la rivalutazione del rischio e l'aggiornamento del DVR sono previsti nel 2020.

All'atto della stesura della presente relazione è in corso l'iter di adozione del rendiconto generale, da definire entro il 30/6 p.v.

## 2.3 I risultati raggiunti

Nel corso del 2019 l'Azienda, attraverso le proprie articolazioni organizzative (paragrafo 2.2), ha svolto i propri compiti istituzionali e perseguito gli obiettivi strategici e operativi riportati nel Piano della Performance 2019-2021 e poi integrati e/o modificati sulla base delle indicazioni assessoriali del marzo 2019, come evidenziato nella presentazione.

Le misure messe in atto hanno perseguito, prioritariamente, l'obiettivo di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA - DPCM 12.01.2017)), cioè quelle prestazioni e quei servizi che, per la loro rilevanza in termini di promozione della salute e del benessere della persona, vanno garantiti dal SSN a tutta la popolazione, o gratuitamente o dietro corresponsione di un ticket. Il DPCM sopra citato individua tre grandi livelli di assistenza: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera.

### Prevenzione collettiva e sanità pubblica:

comprende le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi, ambientali, legati alle condizioni di lavoro, correlati agli stili di vita. Tale livello si articola nelle aree di intervento riportate in tabella. Si sintetizzano alcuni risultati raggiunti dall'Azienda nel 2019; maggiori dettagli saranno riportati nelle sezioni successive della presente relazione e negli allegati

Prevenzione collettiva e sanità pubblica Aree di intervento
Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati
Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
Salute animale e igiene urbana veterinaria
Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori
Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale
Attività medico legali per finalità pubbliche

Nell'ambito della macro-area **Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica** nel corso del 2019 è stata data continuità alle azioni di controllo delle principali zoonosi attuate negli anni precedenti (controllo sanitario degli insediamenti produttivi e delle specie sensibili in essi presenti e controllo anagrafico dei capi bovini e ovi-caprini) e i risultati attesi relativi gli obiettivi individuati nel P.A.A. - Sanità veterinaria - sono stati raggiunti.

Per quanto riguarda i **programmi vaccinali**, l'attività di informazione specifica rivolta alla popolazione e di formazione per i MMG, PLS, medici igienisti ha certamente sostenuto il mantenimento di elevati livelli di copertura vaccinale per tutte le vaccinazioni offerte, sia obbligatorie sia raccomandate (P.A.A. - Coperture vaccinali e sorveglianza delle malattie infettive); si è registrato il costante superamento del 95% per il ciclo di base dei vaccini di tutte le coorti d'obbligo, con coperture

spesso ampiamente superiori alla media regionale. In aumento il consenso per le vaccinazioni antimeningococco B e anti Men ACWK. Dati più dettagliati nell'Allegato 5.

Nell'ambito dell'attività di **Prevenzione nei luoghi di lavoro** nell'80% dei casi di lavoratori segnalati per esposizione ad asbesto sono state eseguite le interviste previste; sono stati arruolati 29 nuovi lavoratori per sorveglianza sanitaria e tutti sono stati visitati secondo protocollo (P.A.A. - Prevenzione luoghi di lavoro).

Anche gli obiettivi relativi l'ambito della **sicurezza alimentare** (P.A.A.) hanno trovato attuazione al 100%, sia per quanto riguarda gli obiettivi a più immediato impatto sullo stato di benessere della popolazione (attività di controllo sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano per verificarne la conformità ai criteri di sicurezza; attività previste dal Piano Nazionale Residui), che per quanto riguarda obiettivi di natura gestionale (alimentazione del sistema informativo regionale).

Sono stati realizzati incontri formativi/informativi sul corretto uso di cellulari e sulla eccessiva esposizione ai raggi UV. (**tutela ambientale**).

Nell'ambito delle attività di **prevenzione** rientrano fra i livelli essenziali di assistenza gli **screening oncologici** per tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colon retto; la diagnosi precoce, che le campagne di screening consentono di implementare, è in grado di ridurre la mortalità per le sopra citate patologie. Si riportano in tabella i dati dell'attività svolta dal 2017.

Obiettivo screening	Indicatore	Target	Risultato anno 2017	Risultato anno 2018	Risultato anno 2019
Tumore cervice uterina	n test eseguiti/ popolazione target (donne residenti 25-64 anni)	50%	21,8%	14,76%	23,7%
Tumore mammella	n test eseguiti/ popolazione target (donne residenti 50-69 anni)	60%	15,40%	11,07%	14,6%
Tumore colon retto	n test eseguiti/ popolazione target (popolazione residente 50-69 anni)	59%	0%	1,63%	9,3%

Si evidenzia un trend in miglioramento sebbene i risultati siano ancora distanti dall'atteso.

### Assistenza distrettuale:

include tutte le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio

Assistenza distrettuale Attività e servizi
Assistenza sanitaria di base (erogata dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta)
Continuità assistenziale (l'assistenza di base nelle ore notturne e nei giorni prefestivi e festivi, e l'assistenza ai turisti)
Emergenza sanitaria territoriale (stabilizzazione delle condizioni del malato e trasporto presso il presidio ospedaliero, coordinata dalla Centrale operativa 118), e assistenza sanitaria in occasione di maxi emergenze, eventi o manifestazioni
Assistenza farmaceutica (erogazione dei medicinali attraverso le farmacie convenzionate e le farmacie direttamente gestite dalle ASP e dagli ospedali)
Assistenza integrativa (erogazione di dispositivi medici e di alimenti particolari) a specifiche categorie di pazienti
Assistenza specialistica ambulatoriale (prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate dai medici specialisti ambulatoriali)
Assistenza protesica (erogazione di protesi, ortesi, ausili tecnologici e dispositivi medici a persone con disabilità permanenti)
Assistenza termale (erogazione di cicli di prestazioni terapeutiche in ambiente termale a specifiche tipologie di pazienti)
Cure domiciliari alle persone non autosufficienti affette da malattie croniche;
Assistenza alle donne, alle coppie, alle famiglie e ai minori, per la tutela della gravidanza e della maternità, la procreazione responsabile, il supporto all'affidamento e all'adozione, la prevenzione degli abusi e della violenza nell'ambito familiare, ecc. (consultori familiari)
Cure palliative in ambito domiciliare e residenziale alle persone nella fase finale della vita (Unità di Cure palliative e Hospice)
Assistenza diagnostica, terapeutica e riabilitativa in ambito domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, ai minori per la prevenzione e il trattamento di disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo (Servizi di Neuropsichiatria infantile; comunità terapeutico-riabilitative)
Assistenza diagnostica, terapeutica e riabilitativa in ambito domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali (Servizi di salute mentale, comunità terapeutico-riabilitative, e socio-riabilitative)
Assistenza diagnostica, terapeutica e riabilitativa in ambito domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità (Servizi di riabilitazione, strutture di riabilitazione intensive, estensive e di mantenimento delle abilità funzionali)
Assistenza diagnostica, terapeutica e riabilitativa in ambito domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche (Servizi per le dipendenze, comunità terapeutico-riabilitative e pedagogico-riabilitative)

Il DPCM 12 gennaio 2017 individua, inoltre, le categorie di cittadini a cui va garantita l'assistenza sociosanitaria, cioè le prestazioni necessarie a soddisfare il bisogno di salute associando azioni di supporto e di protezione sociale alle prestazioni sanitarie:

- malati cronici non autosufficienti (incluse le demenze)
- malati in fine vita
- persone con disturbi mentali
- minori con disturbi in ambito psichiatrico e del neurosviluppo
- persone con dipendenze patologiche
- persone con disabilità.

Si riportano alcuni dati relativi l'assistenza distrettuale.

Nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base nel 2019 l'Azienda ha operato attraverso 140 medici di medicina generale e 23 pediatri di libera scelta, per un numero di assistiti pari a 141.715 e 15.277 rispettivamente (Modello FLS.12)

Di seguito alcuni dati di attività relativi i servizi di continuità assistenziale (Guardia Medica):

Guardia medica	
Punti	30
Medici titolari	106
Ore totali	15.0211
Contatti effettuati	61.080
Ricoveri prescritti	972
Ore di apertura del servizio	11.3640

### Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali

Al fine di superare le criticità legate ai lunghi tempi di attesa l'Assessorato della salute ha assegnato anche per l'anno 2019 l'obiettivo del monitoraggio dei tempi di attesa, attraverso le modalità ex ante ed ex post, al fine di attivare tempestivamente eventuali azioni correttive. Gli indicatori di riferimento sono quelli riportati nel Piano Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa (PRGTA) 2019-2021, come riportato in tabella. Le prestazioni ambulatoriali oggetto del monitoraggio ex post sono state: visita oculistica, mammografia, TAC torace senza e con contrasto, ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RNM colonna vertebrale, ecografia ostetrica e ginecologica, visita ortopedica, visita cardiologica.

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato	% raggiungimento	
Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa (PNGLA e PRGLA 2019-2021)	1. Monitoraggio ex ante dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	Ex Ante: Somma N. prestazioni richieste (da 1 a 69/Totale prestazioni prenotate in classe B Ex Ante: Somma N. prestazioni richieste (da 1 a 69/Totale prestazioni prenotate in classe D	≥90%	B=94,73% D=96,83%	100%
	2. Monitoraggio ex post dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	Ex Post: Numero di prestazioni garantite entro i tempi classe di priorità B/Totale prestazioni classe B Ex Post: Numero di prestazioni garantite entro i tempi, classe di priorità D/Totale prestazioni classe D	Classe B SI/NO  Classe D SI/NO	a) SI  b) SI	100%
	3. Monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri programmati	n. di prestazioni per la classe di priorità A erogate nei tempi previsti/ n. di prestazioni totali per la classe di priorità A	Secondo Indicazioni PRGLA par. 8.3	/	In fase di attivazione
	4. Piena attuazione degli interventi previsti (IDG e IGO) nella checklist per la verifica delle linee di interventi del PRGLA	n. interventi previsti dalla checklist garantiti/totale interventi previsti	SI = 100%  No = 0	>95%	/



## Assistenza Domiciliare Integrata

Al fine di garantire un adeguato sostegno al paziente con particolari necessità assistenziali sono garantiti diversi servizi gratuiti forniti a domicilio, differenziati a seconda delle esigenze del cittadino.

Si riportano alcuni dati e il confronto con l'anno/gli anni precedenti (Flusso SIAD):

### Assistenza domiciliare integrata

	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
<b>Casi trattati</b>	<b>2.240</b>	<b>2.550</b>	<b>2.172</b>
di cui anziani	1.812	2.023	1.678
di cui malati terminali	206	273	271
altri assistiti	222	254	223
<b>Utenti in lista di attesa</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

### ATTIVITA' ANNI 2018 e 2019

	Anno 2018	Anno 2019
<b>Accessi del Personale Medico</b>	<b>11.363</b>	<b>9.380</b>
di cui x anziani	7.533	4.845
di cui x malati terminali	3.135	3.996
altri assistiti	695	539

### ATTIVITA' ANNI 2018 e 2019

	Anno 2018				Anno 2019			
	Terapisti della riabilitazione	Infermieri Professionali	Altri Operatori	Totale	Terapisti della riabilitazione	Infermieri Professionali	Altri Operatori	Totale
<b>Ore di assistenza erogata</b>	<b>35.715</b>	<b>33.286</b>	<b>18.482</b>	<b>87.483</b>	<b>32.317</b>	<b>27.617</b>	<b>9.214</b>	<b>69.148</b>
di cui x anziani	28.109	23.050	8.776	59.935	25.912	23.861	6.391	56.164
di cui x malati terminali	1.808	5.840	6.416	14.064	2.358	8.048	7.280	17.686
altri assistiti	5.798	4.396	3.290	13.484	6.125	3.354	2.720	12.199
<b>Accessi degli operatori</b>	<b>47.627</b>	<b>49.291</b>	<b>22.323</b>	<b>119.241</b>	<b>45.860</b>	<b>52.895</b>	<b>20.108</b>	<b>118.83</b>
di cui x anziani	37.479	34.575	10.532	82.586	34.548	35.791	7.670	78.009
di cui x malati terminali	2.417	8.122	7.843	18.382	3.145	12.072	9.174	24.391
altri assistiti	7.731	6.594	3.948	18.273	8.167	5.032	3.264	16.463

### Cure palliative domiciliari

La funzione delle cure palliative è di garantire un'assistenza globale al paziente con patologie croniche in fase terminale nei vari setting assistenziali, attraverso la realizzazione di una rete integrata di servizi: Domicilio, Ambulatorio, Hospice, Ospedale di Comunità, Centri Servizi per Anziani.

Le cure palliative e di fine vita sono ricomprese nei livelli essenziali di assistenza. Esse corrispondono ad imprescindibili criteri etici e ad un'ottimale organizzazione della medicina territoriale e dei servizi sanitari aziendali, considerato che un numero sempre più elevato di malati in fase avanzata o terminale affetti da patologie oncologiche e non oncologiche, ha bisogno di adeguata assistenza da parte di equipe multidisciplinari in grado di affrontare in modo coordinato tutte le problematiche legate alla particolarità della situazione, compreso il supporto alla famiglia. Nel corso del 2019 tutti i pazienti i cui MMG hanno fatto richiesta di attivazione o di proroga di cure palliative domiciliari sono stati caricati nel portale ADI-EDOM, come da obiettivo assegnato (totale pazienti proroghe e attivazioni n. 191).

### Assistenza residenziale agli anziani e disabili

L'ASP di Enna gestisce 60 posti a gestione pubblica diretta e 38 a gestione privata accreditata:

- Distretto di Piazza Armerina: R.S.A. pubblica "Flavia Martinez", allocata presso l'ex Ospedale Rosina di Natale di Pietraperzia,
- Distretto di Agira:
  - o R.S.A. pubblica, presso il P.O. "Ferro Branciforte Capra" di Leonforte
  - o R.S.A. a gestione privata accreditata "Villa Maria – Salustra SRL", sita in Leonforte

Si riepilogano i dati di attività per struttura nell'anno 2019:

Assistenza residenziale anno 2019 (mod. STS24)

Struttura	Posti letto	N. Utenti	Utenti in lista di attesa	Ammissioni	Giorni di assistenza	Dimissioni
R.S.A. "FLAVIA MARTINEZ" (anziani)	40	58	0	31	9869	28
R.S.A. LEONFORTE (disabili fisici)	20	94	0	95	4359	84
R.S.A. Villa Maria – Salustra SRL (anziani)	18	94	0	94	5.279	93
(disabili psichici)	20	35	0	35	4706	32

Le problematiche relative la **tutela della salute mentale** sono oggetto dell'attività del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) nelle sue diverse articolazioni. Il Dipartimento programma, promuove e verifica le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie psichiatriche in tutte le età della vita.

I bisogni inerenti la tutela della salute mentale sono bisogni complessi, non gestibili in termini esclusivamente sanitari; la multidisciplinarietà degli interventi e il lavoro di rete caratterizzano l'operatività delle unità operative afferenti al Dipartimento.

Si riportano di seguito alcuni dati di attività.

U.S.L.  
ef

Centro Salute Mentale (CSM) - Dati attività – anno 2019

CSM Enna - Utenza				CSM Agira – Utenza			
	Maschi	Femm.	M+F		Maschi	Femm.	M+F
Ambulatorio centrale - Enna	242	272	514	Ambulatorio centrale -Leonforte	243	331	574
Ambulatorio Catenanuova	49	42	91	Ambulatorio Agira	68	115	183
Ambulatorio Valguarnera	17	10	27	Ambulatorio Regalbuto	55	69	124
Ambulatorio Villarosa	9	15	24				
<b>Totale</b>	<b>317</b>	<b>339</b>	<b>656</b>	<b>Totale</b>	<b>366</b>	<b>515</b>	<b>881</b>

CSM Nicosia - Utenza				CSM Piazza Armerina – Utenza			
	Maschi	Femm.	M+F		Maschi	Femm.	M+F
Ambulatorio Centrale Nicosia	322	408	730	Ambulatorio Centrale - Piazza Armerina	370	572	942
Ambulatori Gagliano	9	9	18	Ambulatorio di Barrafranca	107	118	225
Ambulatorio Troina	13	9	22	Ambulatorio di Pietraperzia	47	50	97
Centro Diurno	7	3	10				
<b>Totale</b>	<b>351</b>	<b>429</b>	<b>780</b>	<b>Totale</b>	<b>524</b>	<b>740</b>	<b>1264</b>

CSM Dati di attività - ANNO 2019

PRESTAZIONI	Centro di Salute Mentale			
	Enna	Leonforte	Nicosia	P. Armerina
VISITE PSICHIATRICHE	596	88	825	101
COLLOQUI PSICHIATRICI/PSICOLOGICI CLINICI	2114	6626	4696	2470
COLLOQUI PEDAGOGICI	1	607	460	2
COLLOQUI DI SOSTEGNO, COUNSELING, ETC.	2729	1868	950	2995
PSICOTERAPIE INDIVIDUALI	256	1357	148	0
PSICOTERAPIA DI GRUPPO/FAMILIARE	15	182	0	0
INTERVENTI PSICOEDUCATIVI DI GRUPPO	10	63	414	0
SOMMINISTRAZIONE QUESTIONARI DI VALUTAZIONE	22	73	207	0
SOMMINISTRAZIONE TEST	196	90	103	0
SOMMINISTRAZIONE FARMACI	537	582	201	1791
ESAMI E PROCEDURE CLINICHE	4	21	9	906
ATTIVITÀ DI SUPPORTO AL PAZIENTE	330	0	3602	7092
PROGETTI TERAPEUTICI INDIVIDUALIZZATI	39	8	83	6
ATTIVITÀ DI COORDINAMENTO DI RETE	235	10	4812	11
RELAZIONI SUL CASO, CERTIFICAZIONI, ETC.	4175	2307	8428	5639
ATTIVITÀ TELEFONICA	209	867	436	233
ATTIVITÀ AMMINISTRATIVA	135	23	110	12

RICOVERI IN STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI - ANNO 2019

CSM	Struttura															
	S.P.D.C. (TSO)				C.T.A.				COMUNITA' ALLOGGIO				GRUPPO APPARTAMENTO			
	Prov.	Reg.	Extrar.	Tot.	Prov.	Reg.	Extrar.	Tot.	Prov.	Reg.	Tot.	Prov.	Reg.	Extrar.	Tot.	
ENNA	3	0	0	3	11	2	1	14	40	3	43	3	0	0	3	
LEONFORTE	5	0	0	5	8	4	0	12	29	0	29	2	1	1	4	
NICOSIA	9	0	0	9	12	1	0	13	26	11	37	0	1		1	
P. ARMERINA	13	0	0	13	8	6	0	14	17	18	35	9	0	0	9	
<b>TOTALE</b>	<b>30</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>39</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>53</b>	<b>112</b>	<b>32</b>	<b>144</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	

La U.O.C. Salute Mentale ha attivato inoltre, già da tre anni, la progettualità dei PAL (Piani di Azione Locale), cioè la presa in carico degli utenti attraverso l'assistenza domiciliare e aggregativa con il coinvolgimento dei Comuni e delle Cooperative inserite nell'Albo Aziendale. Nel corso del 2019 i Centri di Salute Mentale (CCSSMM) hanno integrato il PAL con proprie iniziative, come di seguito esemplificato (obiettivo di budget):

## CSM Enna:

- Progetto Piscina (Enna Nuoto Murgano)
- Progetto Grest (Associazione Montika)
- 2 rappresentazioni teatrali presso il Teatro Comunale Garibaldi di Enna con Attori/Utenti ad opera delle Cooperative "La Piramide" e "La Contea"
- Si sta procedendo, in attuazione del Piano di Zona 2013/2015, all'inserimento lavorativo di n. 32 pazienti in tutto il Distretto di Enna.

## CSM Leonforte:

- Progetto "GEOLAB" (finalizzato all'inserimento lavorativo degli utenti)
- Apertura di un Centro Diurno a Leonforte, denominato "FREESTIGMALAB"
- Proseguimento dei Gruppi Multifamiliari, con l' utilizzo degli Utenti Facilitatori.

## CSM Nicosia:

- Laboratorio di fotografia
- Progetto Presepe
- Progetto aggiuntivo: visita del mago Forrest nei due centri, riabilitavo e socio ricreativo, del territorio
- Progetto Teatro (*Stato di avanzamento 40 %*)
- Partecipazione all'infiorata con due pannelli

## CSM Piazza Armerina:

- Progettazione e avvio di un Centro di Aggregazione sul Territorio di Barrafranca e Comuni limitrofi (Protocollo di intesa tra la Cooperativa "Farinato" e l'ASP di Enna)
- Sono state attivate 8 borse lavoro: 4 nel territorio di Piazza Armerina, 1 nel territorio di Aidone, 3 nel territorio di Barrafranca.

Si riportano di seguito alcuni dati di attività relativi le altre articolazioni del DSM.

Dati di attività anno 2019  
Servizio psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)  
- Ricoveri

ASP	M	F	totale
<b>provenienza</b>			
Enna	77	56	133
Agrigento	2	0	2
Caltanissetta	1	1	2
Catania	2	1	3
Palermo	1	0	1
Ragusa	0	1	1
Milano	0	1	1
<b>totale</b>	<b>83</b>	<b>60</b>	<b>143</b>

Al fine di assicurare la continuità terapeutica degli utenti ricoverati presso l'SPDC sono state adottate tutte le strategie di integrazione tra SPDC e Centri di Salute Mentale (CSM); sono state attuate 94 dimissioni protette.

L'Unità operativa per il trattamento dei DCA svolge attività di prevenzione, diagnosi e cura dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione, rivolta sia all' età evolutiva che all' età adulta.

In tabella sono riportati alcuni dati di attività. Nel corso del 2019 sono stati svolti, inoltre, programmi di educazione alimentare e di prevenzione primaria e secondaria nelle scuole e attività di sensibilizzazione/informazione rivolta ai PLS.

UKK  
el

**DCA - dati di attività anno 2019**

Prestazioni	N.
1 - Attività telefonica	228
2 - Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	673
3 - Attività di accompagnamento	19
4 - Visite	47
5 - Colloqui	319
6 - Esami e procedure cliniche	2
8 - Interventi psicoterapeutici individuali	178
9 - Interventi psicoterapeutici coppia - famiglia	213
11 - Test psicologici	202
12 - Attività di supporto generale al paziente	15
13 - Predisposizione/revisione PTI e neg. t.	305
16 - Prestazioni generali di prevenzione primaria	246
18 - Riunioni organizzative e dipartimentali	25
19 - Partecipazione a commissioni, comitati esterni	1
20 - Riunioni organizzativo-metodologiche interne	25
21 - Attività di coordinamento/ di rete	478
22 - Attività di progetto (ricerca ed interv. spec.)	219
23 - Attività di formazione e addestram. per operatori	46
24 - Stesura di rapporti/relazioni dell'attiv. dell'UO	27
25 - Prestazioni amministrative	486

**Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) - Dati di attività anno 2019**

	Utenza		
	M	F	Totale
nuovi ingressi	2	29	31
già in carico	13	54	67
totale	15	83	98

L' UOC **Dipendenze Patologiche** ha il compito di coordinamento organizzativo e tecnico-scientifico di tutte le funzioni delle strutture (Ser.T., presidi per Tossicodipendenti presso le Case Circondariali) che a livello distrettuale erogano le prestazioni in materia di dipendenze patologiche.

Gli Utenti che nel 2019 si sono rivolti ai tre Ser.T. aziendali (Enna, Nicosia, Piazza Armerina) sono stati 1781; di questi 753 sono stati presi in carico per trattamento, come riportato nelle tabelle che seguono.

Si segnalano l'incremento dell'utenza afferita ai servizi nel 2019 rispetto all'anno 2018, l'aumento di soggetti che assumono una pluralità di sostanze e/o farmaci, di immigrati affetti da patologia di dipendenza, di sex offender tra i detenuti delle case circondariali che richiedono intervento, nonché il diffondersi delle dipendenze senza sostanza (tra le quali le dipendenze legate al gioco d'azzardo).

Fra le attività dei Sert nel 2019 i numerosi interventi di prevenzione svolti nelle scuole

secondarie del territorio.

**UOC Dipendenze Patologiche**

anno	utenza totale													
	totale utenza		utenza in trattamento		utenza di passaggio		tossicodipendenti		alcolisti		nuove dipendenze		ut. Carcere	
	nuovi	già in carico o rientrati	nuovi	già in carico o rientrati	nuovi	già in carico o rientrati	nuovi	già in carico o rientrati	nuovi	già in carico o rientrati	nuovi	già in carico o rientrati	nuovi	già in carico o rientrati
2018	1529	443	996	294	575	183	509	152	331	97	176	58	217	121
2019	1781	753	1051	363	769	442	522	184	349	107	169	75	277	162

Ser.T. – dati attività anno 2019

Prestazioni	Enna	Nicosia	P.Armerina	totale
Totale utenti	600	830	351	1781
Utenti in trattamento	364	426	261	1051
Tossicodipendenti in trattamento	169	153	200	522
Alcolisti in trattamento	65	207	77	349
Utenti di passaggio	241	434	94	769
Utenti con nuove dipendenze	47	105	17	169
Utenti c.o Casa circondariale	190	0	87	277
Trattamenti farmacologi	64	177	84	325
Interventi psicosociali/ riabilitativi	45	294	0	339
Trattamenti psicoterapici	41	0	0	41
Visite psichiatriche	510	3497	705	4712
Colloqui psichiatrici/psicologici	1721	233	848	2802
Psicoterapie di gruppo/di coppia	22	0	0	22
Psicoterapie individuali	215	0	0	215
Test	6	2	6	14
Questionari	278	0	87	365
Coll. informativi, di supporto, counseling	1145	9327	2446	12918
Esami e procedure cliniche	1015	5597	1853	8465
Prelievi per esami tossicologici	782	3616	1041	5539
Esecuzione drug-screen	155	1857	141	2153
Test con etilometro	38	0	0	38
Raccolta campione per esame capello	7	0	2	9
Raccolta/invio materiali biologici	32	3	0	35
Somministrazione farmaci	3541	5431	2670	11642
Attività di prevenzione primaria	312	367	104	783
Attività di rete	103	144	1095	1342

Il Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) si occupa della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi neurologici, neuropsicologici, psicologici/psichiatrici, del neuro sviluppo nell'età evolutiva (fascia di età 0-18 anni).

Si sintetizzano di seguito alcuni dati di atti attività relativi l'anno 2019:

NPIA DATI DI ATTIVITÀ ANNO 2019 - UTENZA

	Maschi	Femmine	Totale
ENNA	4.060	3.054	7.114
P. ARMERINA	2.551	1.422	3.973
AGIRA	4.366	3.554	7.920
NICOSIA	3.878	3.425	7.303
TOTALE	14.855	11.455	26.310

NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA (NPJA)  
 DATI DI ATTIVITÀ ANNO 2019 – PRESTAZIONI

PRESTAZIONI TARIFFABILI PER COMPILAZIONE STS21

VISITE NEUROLOGICHE	822
COLLOQUI (PSICHIATRICI/PSICOLOGICI/PEDAGOGICI)	22769
ANAMNESI BREVI	1759
VISITE NPJA DI CONTROLLO	1567
PSICOTERAPIE INDIVIDUALI	856
PSICOTERAPIE FAMILIARI	866
PSICOTERAPIE DI GRUPPO	1510
TEST PROIETTIVI E DI PERSONALITÀ	3112
TEST DI INTELLIGENZA	1303
TEST SVILUPPO INTELLETTIVO	673
TEST MEMORIA	294
TEST FUNZIONI ESECUTIVE	477
TEST ABILITÀ VISUO-SPAZIALI	788
ESAME AFASIA	20
TEST VALUTAZIONE DISABILITÀ SOCIALE	17
QUESTIONARI E RATING SCALES	2730
VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE	1688
VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIA	66
VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE	799
VALUTAZIONE MANUALE FUNZIONE MUSCOLARE GENERALE	70
VALUTAZIONE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI	343
VALUTAZIONE ORTOTTICA	108
VALUTAZIONE PROTESICA	20
RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA INDIVIDUALE	5306
MOBILITAZIONE COLONNA VERTEBRALE	270
ESERCIZI RESPIRATORI	1107
TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO	5400
RIEDUCAZIONE MOTORIA FUNZIONALE	969
RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO	1067
TRAINING DISLESSIA INDIVIDUALE	3028
TRAINING DISORTOGRAFIA INDIVIDUALE	2950
TRAINING DISGRAFIA INDIVIDUALE	2259
TRAINING DISCALCULIA INDIVIDUALE	2145
TRAINING DISFASIA INDIVIDUALE	528
TRAINING DISTURBI COGNITIVI INDIVIDUALE	2529
TRAINING ORTOTTICO	215
TERAPIA OCCUPAZIONALE INDIVIDUALE	733
CENTRO DIURNO (INTERVENTI ED./AUTONOMIE DI BASE	8628
INTERVENTI IN FATTORIA SOCIALE (AUTISMO)	92
PARENT TRAINING	491
TEST VALUTAZ. CARICO FAMILIARE/STRATEGIE DI COPING	52
TOTALE	80471

**PRESTAZIONI NON TARIFFABILI**

ORE DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE E PREVENZIONE (ÉQUIPE)	970
CERTIFICATI E RELAZIONI	808
DIAGNOSI FUNZIONALI	364
PROFILO DINAMICO-FUNZIONALE	292
PROGRAMMI EDUCATIVI INDIVIDUALIZZATI	1057
INTERVENTI SOCIALI	11219
INTERVENTI INFERMIERISTICI	2240
INTERVENTI EDUCATORE	894
TEACHER TRAINING	830
VERBALI H	339
RELAZIONI DSA	173
RELAZIONI BES	78
TRAINING EDUCATORI COMUNITÀ/	59
SCREENING VISIVO ORTOTTICO	375

*Well*

L'Unità operativa, con l'utilizzo di fondi del PSN 2014, ha attivato percorsi di presa in carico rivolti a minori con disturbo da comportamento dirompente e del controllo degli impulsi, che hanno coinvolto i minori, i genitori (*parent training*), gli insegnanti (*teacher training*) con interventi specifici individuali e di gruppo, differenziati per fascia di età, e interventi diagnostico-abilitativi rivolti a minori con disturbi precoci del neurosviluppo, anche con finalità preventiva di disturbi successivi:

Tipologia trattamento	Psicoterapia di gruppo (minori >6anni)	numero minori <6 anni (presa in carico indiretta)	numero minori >6 anni (presa in carico diretta)	Parent training (PT) (minori <6anni)	Parent training (minori >6anni)	Psicoterapie di gruppo genitori	2 percorsi di Teacher training (TT) n partecipanti	Training x operatori di comunità (n partecipanti per incontro)
NPI Enna	180	16	21	3	4	122	429	-
NPI P.Armerina	130	6	19	2	3	104	209	29 x 2
NPI Agira	179	7	23	2	2	33	214	-
NPI Nicosia	168	3	18	1	4	88	351	-
<b>TOTALE</b>	<b>657</b>	<b>32</b>	<b>81</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>347</b>	<b>1203</b>	<b>58</b>

Tipologia trattamento	Numero trattamenti riabilitazione logopedica	N. minori <6 anni presi in carico per disturbi della comunicazione/ linguaggio)	N. trattamenti riabilitazione neuropsicomotoria	Numero minori <6 anni presi in carico per disturbi del neurosviluppo	TOTALE minori trattati	TOTALE trattamenti per sede
NPI Enna	1023	49	1054	42	91	2077
NPI Catenanuova	978	35	169	12	47	1147
NPI P. Armerina	913	34	170	16	50	1083
NPI Agira	195	25	580	30	55	775
NPI Nicosia	513	38	572	32	70	1085
<b>TOTALE</b>	<b>3622</b>	<b>181</b>	<b>2535</b>	<b>132</b>	<b>313</b>	<b>6167</b>



Assistenza ospedaliera,

erogata in regime di ricovero e articolata nelle aree di attività riportate in tabella:

Assistenza ospedaliera Aree di attività
Pronto soccorso
Ricovero ordinario per acuti
Day surgery
Day hospital
Riabilitazione e lungodegenza post acuzie
Attività trasfusionali
Attività di trapianto di cellule, organi e tessuti
Centri antiveleni (CAV)

Le Strutture Ospedaliere dell' ASP nel corso dell'anno 2019 hanno concorso al raggiungimento degli obiettivi assessoriali assegnati al Direttore Generale dall'Assessorato, nonché degli obiettivi negoziati dai responsabili e formalizzati nelle schede di budget (in corso di valutazione da parte dell'OIV)

Si dà evidenza di alcuni obiettivi di interesse regionale, riportando di seguito i risultati relativi i seguenti obiettivi del Programma Nazionale Esiti (PNE):

- tempestività interventi per frattura femore su pazienti over 65
- riduzione incidenza parti cesarei primari
- tempestività PTCA nei casi di infarto miocardico acuto -STEMI
- degenze operatorie inferiori a 3 giorni - colecistectomie laparoscopiche

Si riportano di seguito alcuni dati relativi i sopra citati obiettivi del PNE anno 2019, raffrontandoli con i risultati del 2017 e 2018; dati più approfonditi saranno riportati nelle successive sezioni della relazione e nell'All. 2:

OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI ESITI					
<b>Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti over 65</b>					
RISULTATI AL 31/12/2017	target	RISULTATI AL 31/12/2018	target	RISULTATI AL 31/12/2019	target
51%	Soglia >60% Target ≥90	69%	Soglia >60% Target ≥90%	94%	Soglia >60% Target ≥94,3%
<b>Riduzione incidenza parti cesarei</b>					
RISULTATI AL 31/12/2018	target	RISULTATI AL 31/12/2018	target	RISULTATI AL 31/12/2019	target
28%	Soglia <28% Target <20	31%	Soglia <28% Target <20%	19%	Soglia <27% Target <25%
<b>Tempestività effettuazione PTCA in IMA STEMI</b>					
RISULTATI AL 31/12/2018	target	RISULTATI AL 31/12/2018	target	RISULTATI AL 31/12/2019	target
88%	Soglia >78% Target ≥91%	100%	Soglia >78% Target ≥91%	97%	Soglia >60% Target ≥91,8%
<b>Proporzione colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni</b>					
RISULTATI AL 31/12/2018	target	RISULTATI AL 31/12/2018	target	RISULTATI AL 31/12/2019	target
82%	Soglia ≥70% Target >97	88%	Soglia >70% Target ≥97	91%	Soglia ≥70% Target ≥95,3

I dati sopra riportati evidenziano il pieno raggiungimento degli obiettivi relativi la riduzione dell'incidenza dei cesarei primari e la tempestività della PTCA, e una performance al di sopra dei valori soglia per gli altri obiettivi.

Un altro importante obiettivo della programmazione regionale e aziendale nell'anno 2019 - in continuità con gli anni precedenti - è stato garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita. Per quanto riguarda la sicurezza dei punti nascita - misurata attraverso la congruenza con gli standard identificati in una checklist - l'Azienda ha garantito oltre l'85% dei requisiti previsti; gli obiettivi relativi l'appropriatezza dei ricoveri e delle cure neonatali sono stati raggiunti al 100% (vedi par. 3.3 e Allegato 2)

L'attività di emergenza urgenza ospedaliera è assicurata dai quattro pronto soccorso allocati nei presidi ospedalieri. Si riportano i dati relativi gli accessi nel 2019 e nell'anno precedente:

Accessi al Pronto Soccorso

	2018	2019
P.O. Umberto I	22.660	23.321
P.O. Chiello	12.261	12.430
P.O. FBC	5.328	5.111
P.O. Basilotta	10.777	11.044
	51.026	51.906

Al fine di contrastare il sovraffollamento nei Pronto Soccorso e le correlate conseguenze negative in termini di *outcome* e di potenziali eventi avversi l'Assessorato ha assegnato l'obiettivo di contrastare il fenomeno attraverso puntuali misure di monitoraggio, tali da consentire il tempestivo rilievo delle criticità e mettere in atto le necessarie misure correttive, così da raggiungere nel triennio il miglioramento atteso, misurato attraverso l'indicatore di efficienza operativa, come sarà meglio specificato nella sezione 3.3 della presente relazione.

L'Azienda ha messo in atto tutti gli adempimenti previsti nel 2019:

- monitoraggio
- attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento
- adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento
- Relazione annuale

Per quanto riguarda le azioni finalizzate a migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente (Area di intervento 2 del P.A.A.) si rimanda all'Allegato 5- PAA, rappresentando la difficoltà alla rendicontazione finale a causa della situazione emergenziale legata alla pandemia COVID 19, che ha rallentato tutte le attività dell'Azienda.

## 2.4 Le criticità e le opportunità

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

### Criticità

Anche nel 2019 la carenza di personale è stato uno dei principali determinanti del non raggiungimento di alcuni obiettivi: per esempio non è stato possibile raggiungere il target previsto per nessuno dei tre screening oncologici avviati, sebbene l'Azienda abbia messo in atto alcune misure correttive (campagne di informazione e sensibilizzazione, coinvolgimento dei MMG per la correzione delle liste degli assistiti):

Uffe  
el

Screening	Indicatore	Target	Anno 2017	Anno 2018	Scostamento
Cervico carcinoma	N. di test eseguiti / popolazione target (donne residenti 25-64 anni)	50%	21,81%	24%	+2,19%
Tumore mammella	N. di test eseguiti / popolazione target (donne residenti 50-69 anni)	60%	15,40%	15%	-0,40%
Tumore Colon retto	N. di test eseguiti / popolazione target (uomini e donne residenti 50-69 anni)	50%	0,00%	9%	+9%

Sempre in merito alla carenza di personale, al fine di un migliore utilizzo delle sale operatorie, l'Azienda nel corso del 2019 ha indetto bandi per l'assunzione di personale medico (ortopedici e anestesisti); purtroppo a tali bandi non sono andati a buon fine per la carenza delle figure specialistiche richieste.

Ancora in fase di attivazione l'obiettivo relativo il monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri programmati (sono stati raggiunti gli obiettivi relativi il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali classe di priorità B e D).

La riorganizzazione dei Pronto Soccorso Aziendali non ha ancora determinato i risultati attesi in termini di contrasto del sovraffollamento e delle sue conseguenze negative, ma il sistema di monitoraggio attivato, secondo le direttive regionali, ha già consentito di mettere in atto misure correttive.

Per quanto riguarda l'ambito della prevenzione il Dirigente del Dipartimento Veterinario ha segnalato l'impossibilità a garantire per il 2019 la percentuale di riduzione attesa della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina, in quanto le movimentazioni non controllate dai territori limitrofi hanno condizionato negativamente le azioni di controllo realizzate negli anni dal Dipartimento della nostra Azienda.

### Opportunità

La revisione della rete ospedaliera ed i conseguenti atti di attuazione continuano ad indirizzare la programmazione verso l'obiettivo di una riduzione della ospedalizzazione a favore di un incremento delle attività territoriali.

In effetti la rendicontazione relativa le attività dell'area distrettuale evidenzia l'impegno dell'Azienda a favore di tutte le fragilità (assistenza domiciliare integrata, assistenza residenziale agli anziani e disabili, cure palliative, procedure per l'attivazione del Centro autismo, etc) con il conseguimento di risultati significativi sia in termini quantitativi che qualitativi, con riferimento, in particolare, alla capacità di integrazione dei servizi aziendali con le agenzie ed enti del territorio ai fini di una presa in carico globale del paziente e di un uso razionale delle risorse.

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

L'avanzamento nell'utilizzo da parte dell'UOC Controllo di Gestione e SIS di un nuovo programma informatico ha consentito un monitoraggio più puntuale e prontamente oggettivo dei risultati delle azioni messe in atto.

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


Si vogliono inoltre segnalare, per l'impatto positivo in termini di outcome, i risultati raggiunti nell'ambito della prevenzione e fra questi sottolineare come le iniziative di sensibilizzazione, informazione e formazione attuate dai vari servizi si configurano come opportunità per l'Azienda di interfacciarsi con i cittadini e di sostenerne l'attenzione consapevole verso la propria salute

### **3 Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti**

Vengono presentati i risultati di performance conseguiti dall'ASP di Enna nel corso del 2019, secondo una logica a cascata. La sezione si articola nei seguenti paragrafi:

- albero della performance
- obiettivi strategici
- obiettivi e piani operativi
- obiettivi individuali

#### **3.1 Albero della performance**

 L'albero della performance è la mappa logica che rappresenta i legami tra *mission* aziendale, aree strategiche d'intervento, obiettivi strategici ed obiettivi operativi, risultati raggiunti. Nel presente paragrafo è riportato l'albero di cui al Piano della Performance 2019-2021 (Del. n. 106 del 30.01.2019).

Subito di seguito è rappresentata la correlazione fra aree strategiche d'intervento, obiettivi strategici ed obiettivi operativi come aggiornati a seguito della deliberazione dell'Assessorato della Salute n. 96 del 13.03.2019, sottolineando la sostanziale continuità con la programmazione riportata nel Piano della performance, salvo la ridefinizione dei alcuni valori obiettivo alla luce delle risultanze a livello nazionale o regionale e l'inserimento, fra gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, degli obiettivi relativi la gestione del fenomeno del sovraffollamento nel Pronto Soccorso e di implementazione del coinvolgimento dei cittadini all'uso del fascicolo sanitario elettronico.

L'albero riporta, oltre alle aree/obiettivi strategici e agli obiettivi operativi, anche l'indicazione delle unità operative coinvolte per ciascun obiettivo e del risultato raggiunto al 31.12.2019; ai fini della leggibilità e immediatezza dell'informazione sono stati utilizzati dei colori standard per rappresentare i dati di rilievo, come di seguito indicato: in verde il dato relativo al raggiungimento dell'obiettivo, in rosso il mancato raggiungimento o la presenza di criticità. Gli obiettivi operativi che non sono descritti per esteso a vantaggio dell'immediatezza espositiva sono riportati con maggiore dettaglio negli Allegati alla presente Relazione.

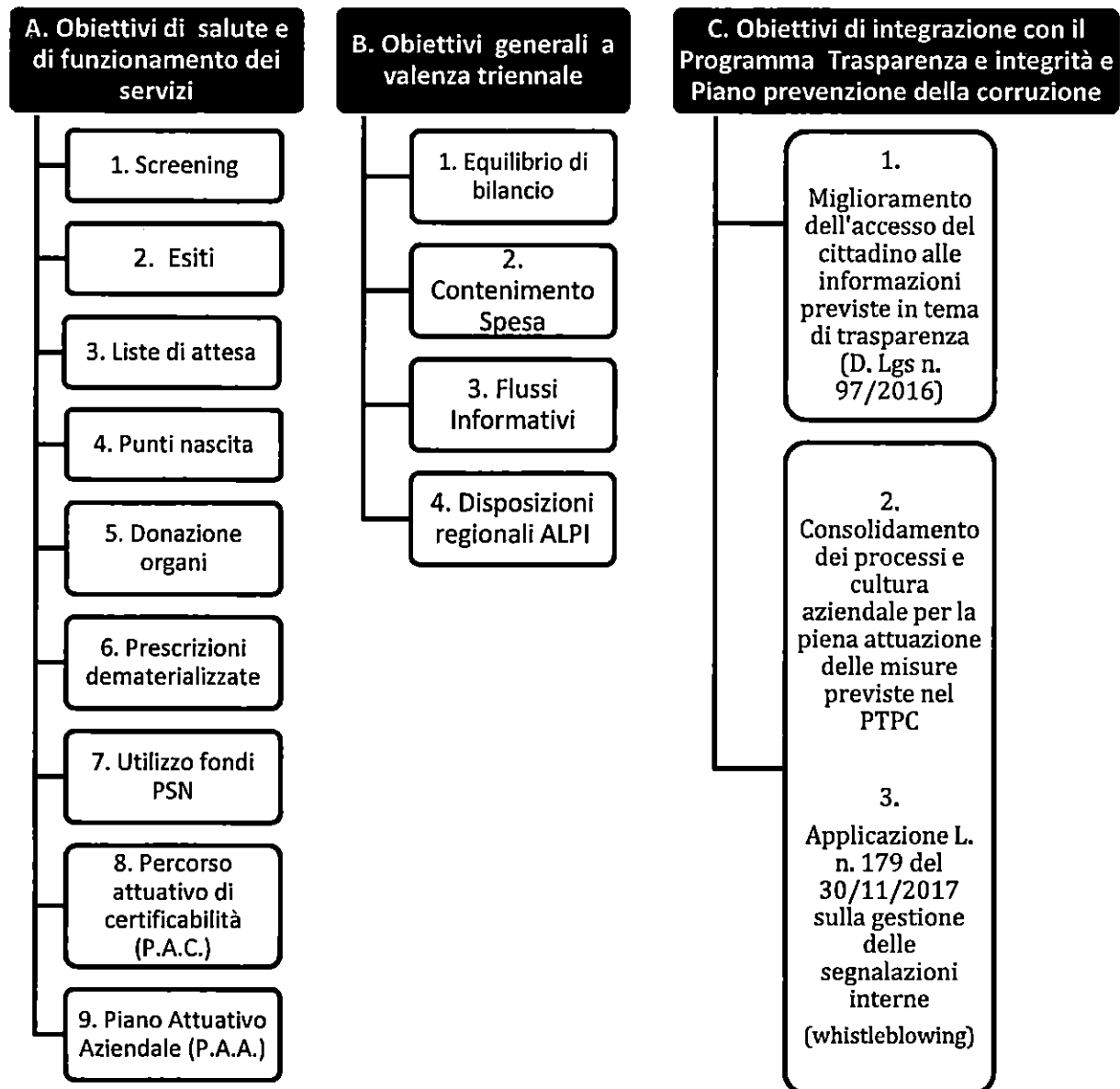
Handwritten signature or initials in the top right corner.

## Albero della performance

Piano della Performance 2019-2021 – Del. 106 del 30.01.2019

### MISSION

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



**A. Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi**

1. Screening

2. Esiti

3. Liste di attesa

4. Punti nascita

5. Pronto soccorso

6. Donazione organi

7. Prescrizioni modalità dematerializzata

8. Fascicolo sanitario elettronico

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

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

**B. Obiettivi gestionali a carattere generale**

1. Equilibrio di bilancio

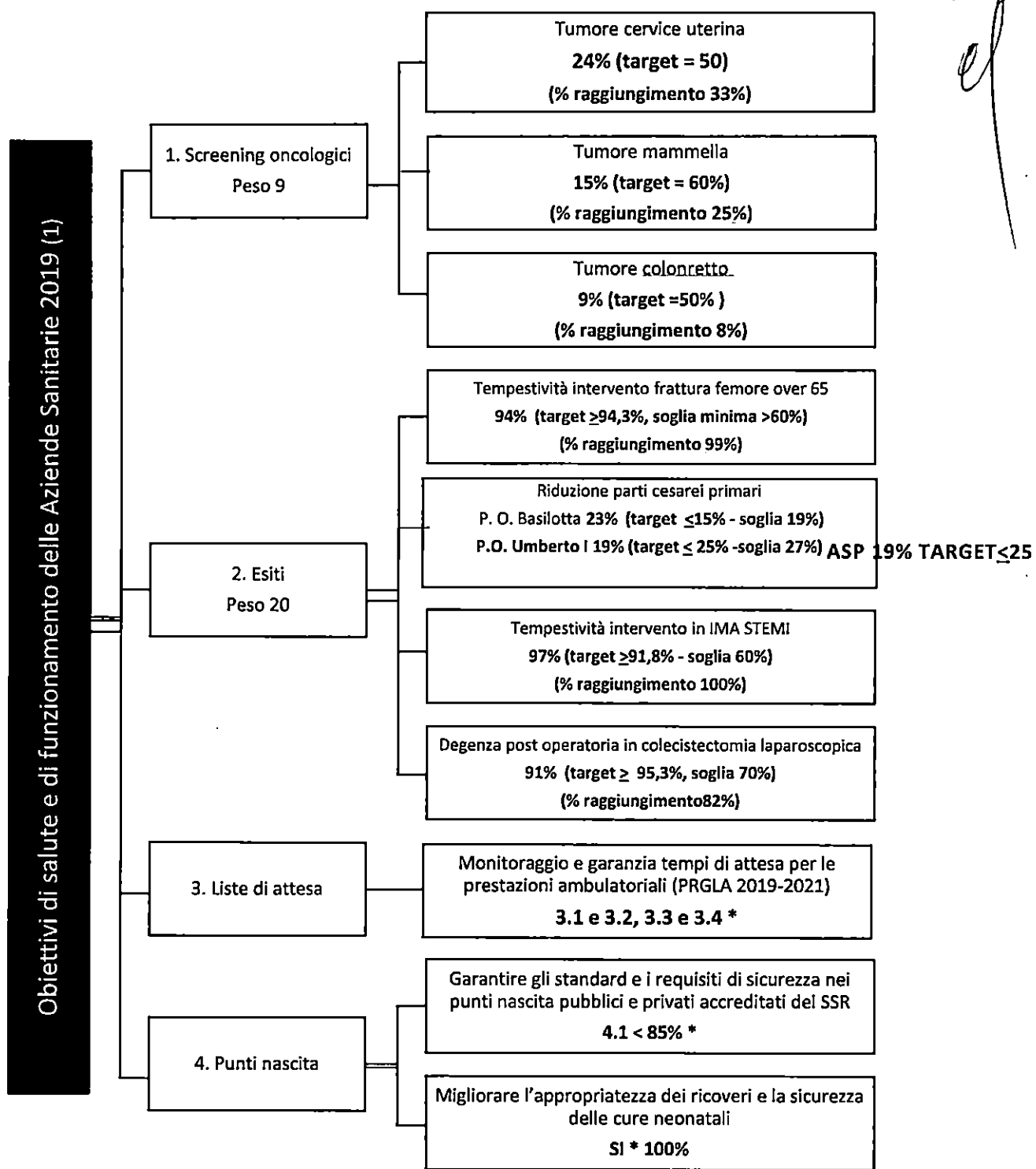
2. Liste di attesa

3. Contenimento Spesa

4. Flussi Informativi

5. Obblighi prevenzione corruzione

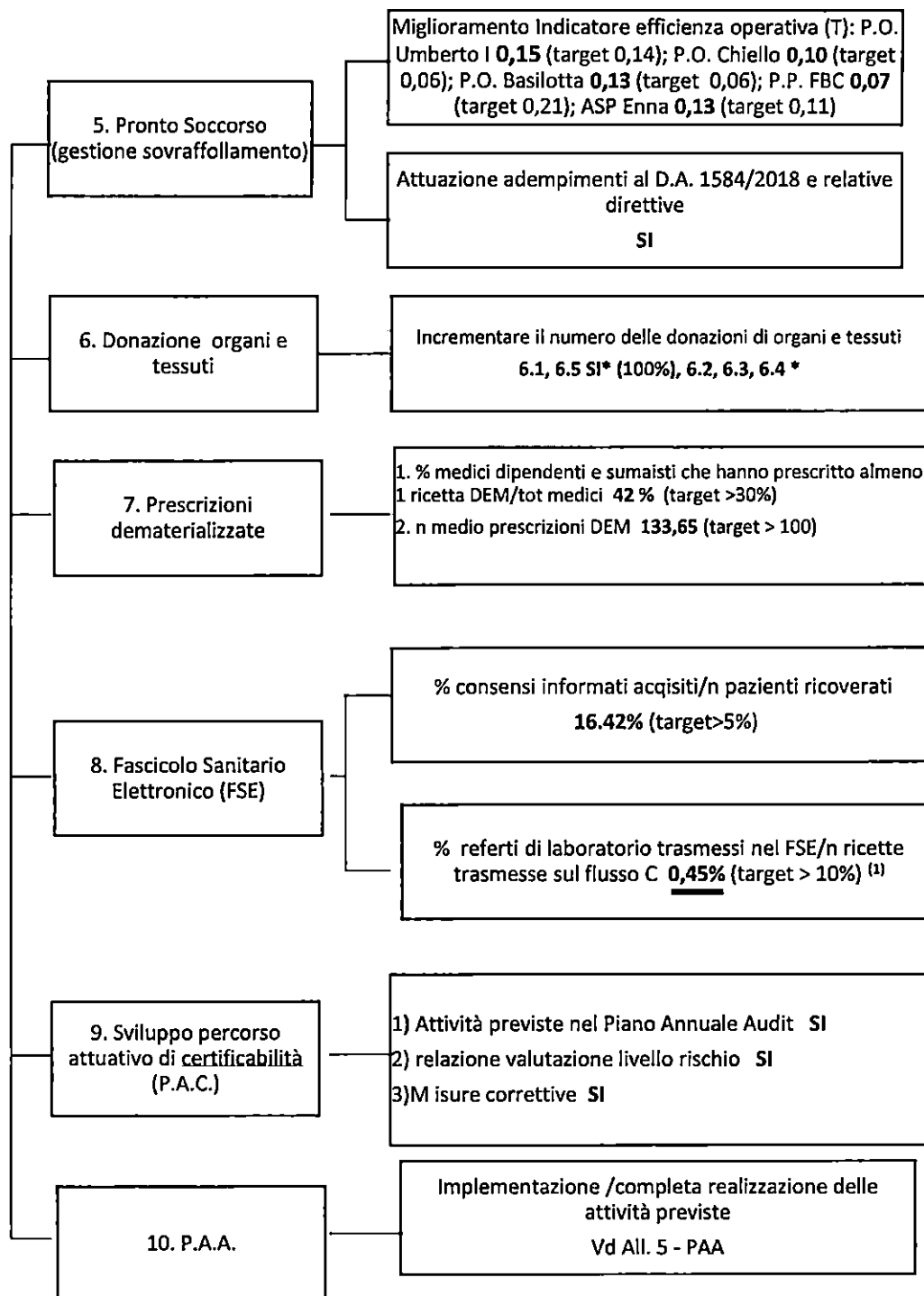
4. Disposizioni regionali ALPI



\*Vedi All. 2

*Albero della performance – Obiettivo strategico e obiettivi operativi*

Obiettivi di salute e di funzionamento delle Aziende Sanitarie 2019 (2)



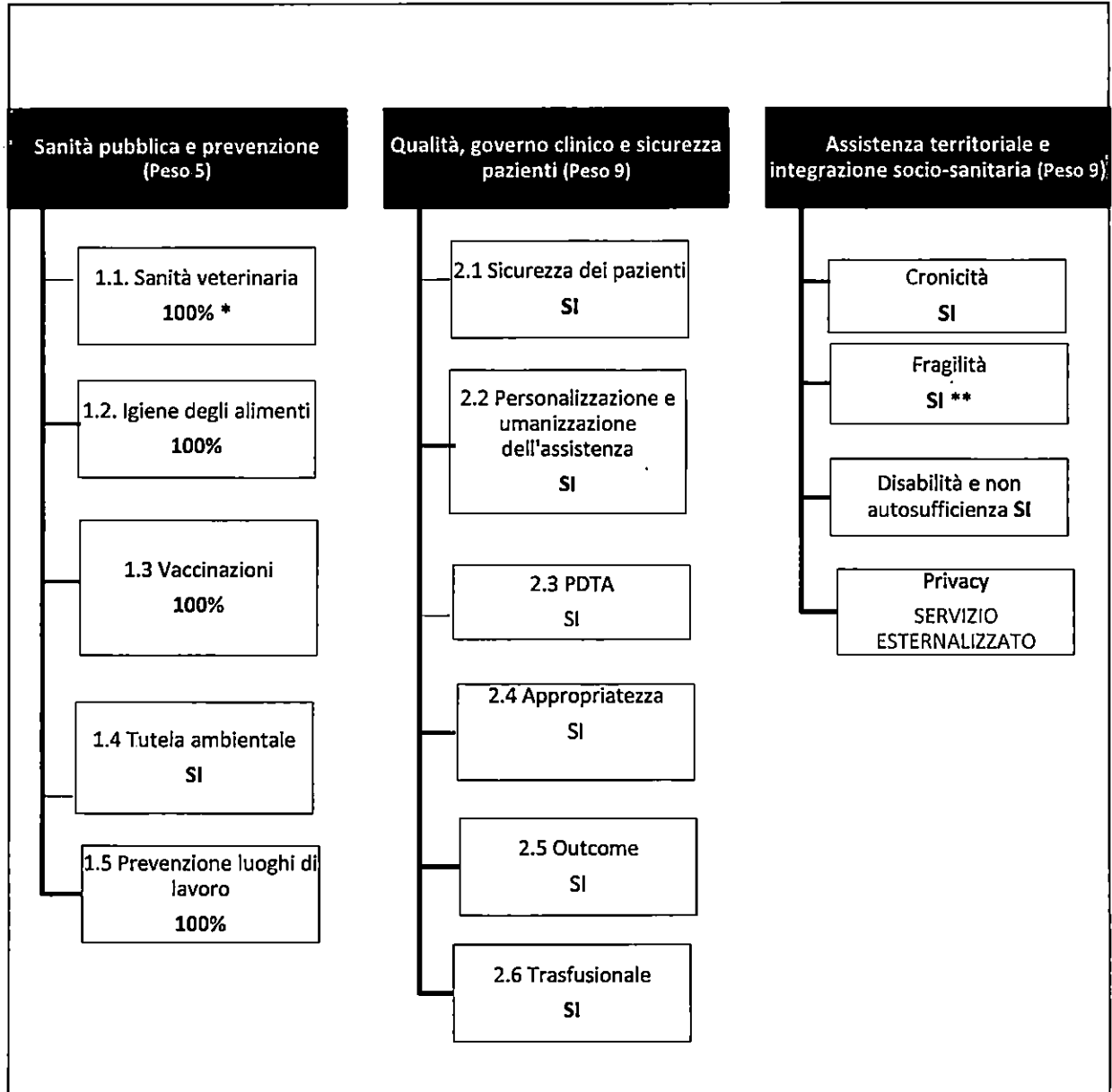
\* Vedi All. 2

\*\* Vedi All. 5 PAA



*Handwritten signature*

**Piano Attuativo Aziendale - AREE**



\* Obiettivo 1.1.E - riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto al 2018 (-15%) non attuabile in quanto le movimentazioni non controllate dai territori limitrofi condizionano negativamente le azioni intraprese negli anni dal Dipartimento

\*\*Sono state espletate le procedure di selezione del personale per il Centro diurno per l'autismo, ma le selezioni sono andate deserte. Sono stati individuati e arredati locali per ospitare il Centro (a causa della successiva emergenza COVID 19 sono adibiti ad altro uso; in corso individuazione di altra sede).

## B. Obiettivi gestionali a carattere generale

a. Equilibrio di bilancio  
Dato non disponibile \*

b. Liste di attesa  
Ob.3.1, 3.2: 100%  
Ob. 3.3, 3.4

c. Contenimento spesa  
Dato non disponibile \*

d. Flussi informativi  
SI

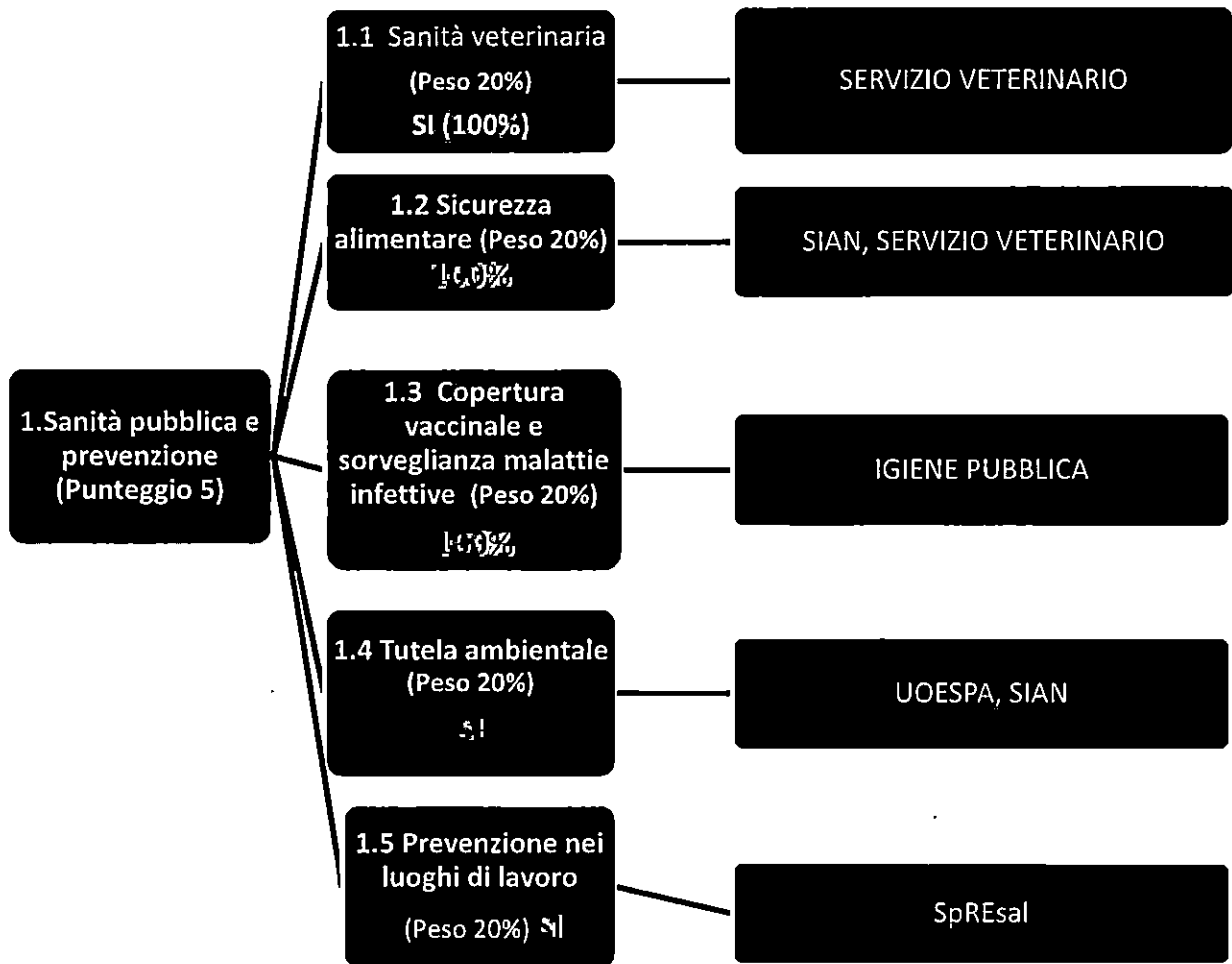
e. Obblighi prevenzione  
corruzione \*\*  
Monitoraggio OIV in corso

f. Osservanza disposizioni  
regionali ALPI (L. 120/2007)  
SI

\*Dato non disponibile in quanto a causa dell'emergenza COVID 19 il termine per l'adozione del bilancio consuntivo di esercizio anno 2019 è stato rinviato al 30.06.2019

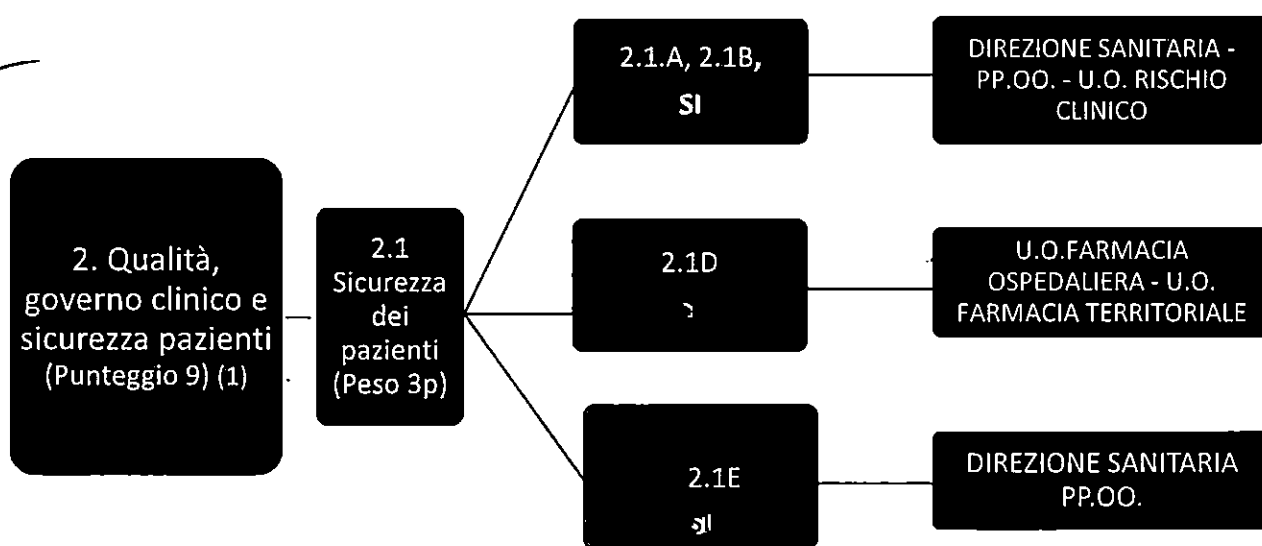
\*\* In corso monitoraggio OIV adempimenti obblighi di pubblicazione, essendo stata prorogata al 30.06.2020 l'attestazione della pubblicazione dei dati (Del. ANAC 213/20)

Handwritten signature or initials in the top right corner.



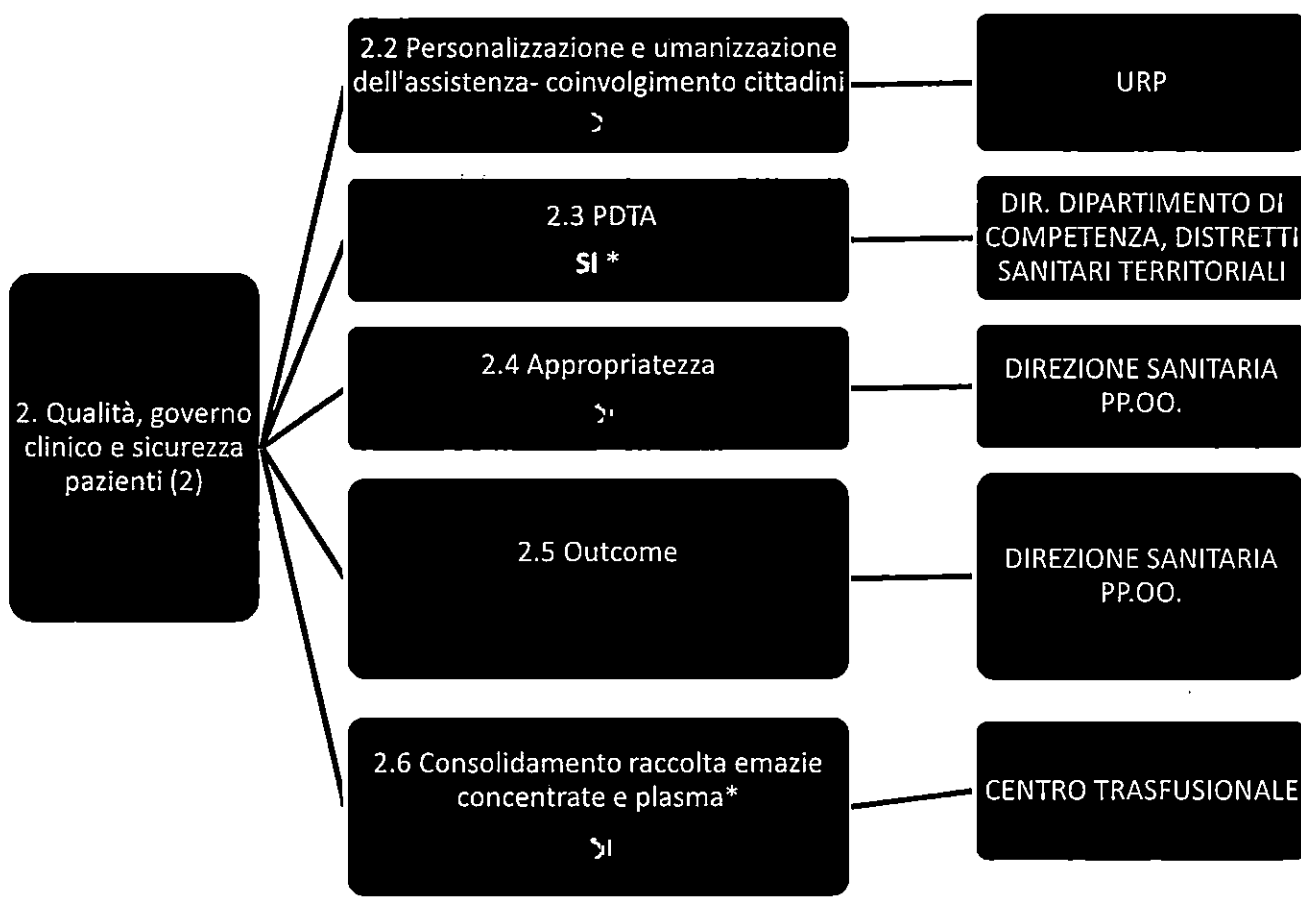
Allegato 5 - PAA

*lll*



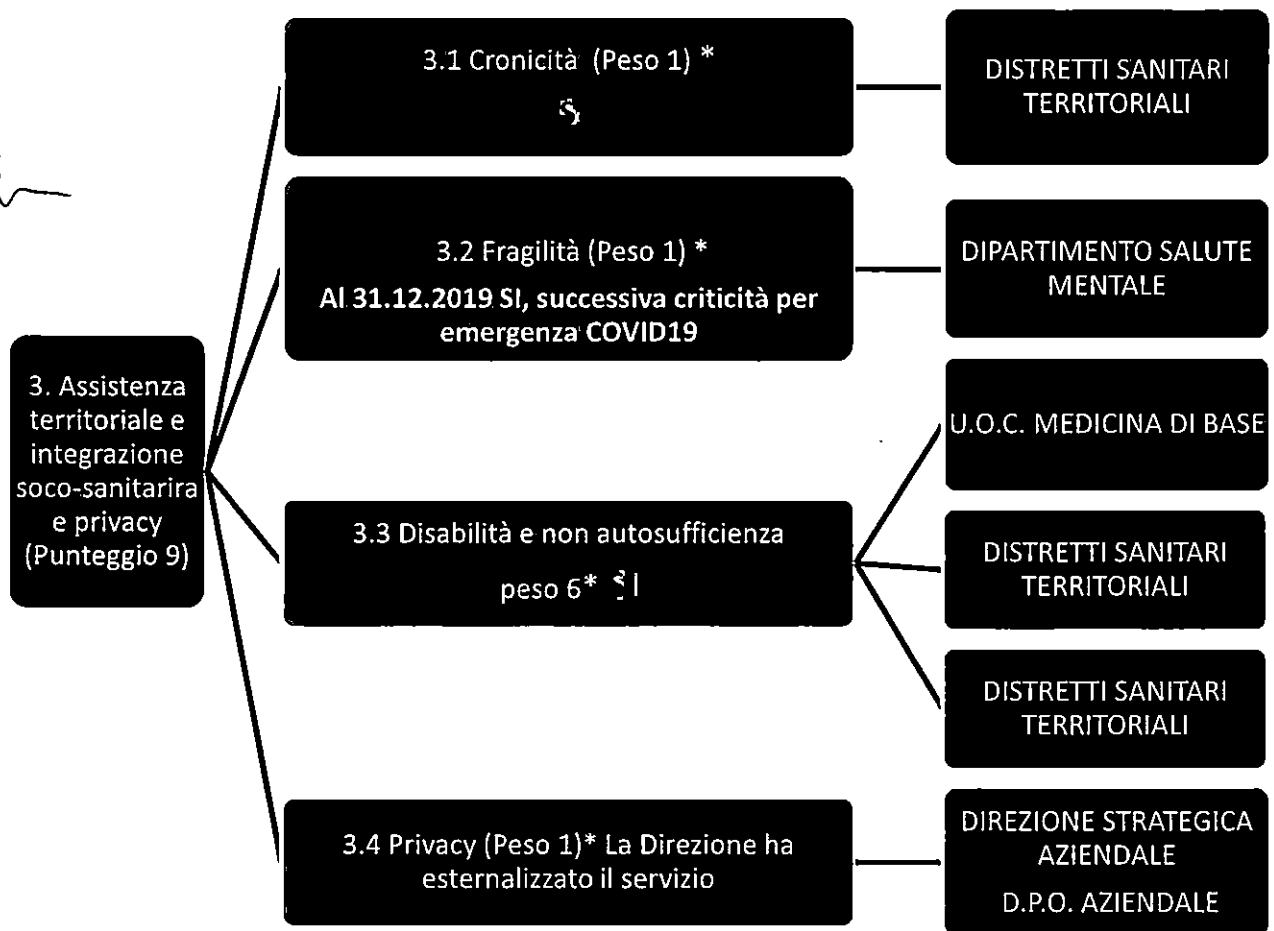
\*Allegato 5 - PAA

URP  
el



\*Allegato 5 - PAA

*Ullse*



\*ALLEGATO 5 - PAA

Uff  
d

### 3.2 Obiettivi strategici

Come già detto, gli obiettivi riportati nel Piano della Performance esitato dalla Direzione aziendale con delibera n. 106 del 30 gennaio 2019 sono stati in parte rimodulati in seguito alle indicazioni dell'Assessorato Regionale della Salute (Del. n. 96 del 13.03.2019). Nell'aggiornamento all'albero della performance è stato rappresentato l'inserimento di due nuovi obiettivi strategici (gestione del sovraffollamento nei Pronto Soccorso e implementazione del coinvolgimento dei cittadini nell'uso del Fascicolo Sanitario elettronico) e la ridefinizione dei valori target per alcuni obiettivi, come verrà chiarito in seguito.

Nel corso del 2019 l'Azienda ha messo in atto tutte le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi strategici relativi i seguenti ambiti:

- A. Obiettivi di salute e di funzionamento delle Aziende Sanitarie
- B. Obiettivi gestionali a valenza triennale

La Direzione Aziendale ha tradotto gli obiettivi strategici in obiettivi e piani operativi assegnati alle strutture organizzative aziendali, in relazione con la specificità e i compiti istituzionali di ciascuna. Nella presente relazione sono riportati i risultati raggiunti al 31.12.2019, come da reportistica dei Dirigenti delle strutture organizzative e sulla base dell'attività di monitoraggio del Controllo di Gestione.

L'avanzamento nell'utilizzo da parte dell'UOC Controllo di Gestione e SIS di un nuovo programma informatico ha consentito un monitoraggio più puntuale e prontamente oggettivo dei risultati delle azioni messe in atto.

Di seguito si riportano alcuni dati sul raggiungimento degli obiettivi strategici afferenti a ciascuna delle aree sopra indicate e si rimanda all'Allegato 2 per dati più dettagliati, con riferimento a indicatori, peso, target, strutture di riferimento, valore dell'indicatore a consuntivo, scostamenti.

#### Sistema Obiettivi di salute e di funzionamento delle Aziende Sanitarie (Del. Ass. 96 del marzo 2019)

1. Screening oncologici
2. Esiti
3. Liste di attesa
4. Punti nascita
5. Pronto Soccorso
6. Donazione organi
7. Prescrizioni in modalità dematerializzata
8. Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
9. Sviluppo Percorso Attuativo di Certificazione (PAC)
10. Piano Attuativo Aziendale

1. **Screening** (punteggio totale indicatore 9): gli screening oncologici per tumore della cervice uterina, della mammella, del colon retto rientrano fra i Livelli Essenziali di Assistenza. L'Azienda ha dato continuità alle azioni intraprese negli anni precedenti al fine di aumentare l'estensione e l'adesione della popolazione agli screening, anche attraverso l'impegno di maggiori risorse; in particolare il Piano del fabbisogno ha previsto l'incremento di personale dedicato (radiologi per screening mammografico, endoscopisti per screening del colon retto); la procedura per l'assunzione di endoscopisti non è andata a buon fine, essendo andato il concorso deserto. Gli obiettivi relativi gli screening sono stati presentati al Comitato Consultivo Aziendale nell'incontro del 29.05.2019 e alla popolazione in occasione della "Giornata della Salute in memoria di Pietro Farinato, il medico dei poveri" svoltasi ad Enna l'1.06.2019. Gli obiettivi di risultato prefissati al 31.12.2019 non sono stati raggiunti ( % di raggiungimento del peso regionale pari al 33% per cervico carcinoma, al 25% per tumore della mammella, al 8% per tumore colon), tuttavia si è avuto un miglioramento del dato rispetto al 2018 (dati più dettagliati, nella sezione 2.4 della presente Relazione. Oltre all'obiettivo di risultato, sono stati valutati

anche i seguenti obiettivi di processo (Piano Regionale della Prevenzione): istituzione dell' U.O. di screening (istituita), coinvolgimento e collaborazione dei MMG (% raggiungimento del peso regionale: 0,46%), aggiornamento della banca dati, presenza di PDTA per ogni screening, utilizzo di HPV-DNA come test primario (obiettivi non ancora raggiunti).

2. Anche per il 2019 sono stati confermati i seguenti obiettivi previsti dal **Programma Nazionale Esiti** (punteggio totale indicatore 20) e relativi a: Frattura femore nei pazienti over 65, Parti cesari, Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI, Colectomia laparoscopica. Il Programma Nazionale Esiti, sviluppato da AgeNAS per conto del Ministero della Salute, consente il confronto dei risultati raggiunti dalle diverse strutture su tutto il territorio nazionale ed è uno strumento di miglioramento delle performance attraverso l'analisi delle criticità e l'attività di audit. Nella sezione 3.3 della Relazione e nell'All. 2 sono riportati dati dettagliati sui risultati relativi ciascun obiettivo individuato. In sintesi l'Azienda ha raggiunto al 100% del peso regionale gli obiettivi relativi l'incidenza dei parti cesarei primari e l'esecuzione della PTCA nei casi di IMA STEMI, al 99% l'obiettivo relativo la tempestività dell'intervento per frattura di femore, al 94,9% del peso regionale l'obiettivo relativo la degenza post-operatoria in colectomia laparoscopica; al 82% l'obiettivo relativo la colectomia laparoscopica.

3. L'abbattimento dei **tempi di attesa** (punteggio totale indicatore 10) per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi sanitari prioritari del SSN e l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA. Per il 2019 l'obiettivo è stato valutato sulla base degli indicatori riportati nel Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2019-2021. Il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali è stato effettuato attraverso le modalità ex ante ed ex post e l'obiettivo prefissato è stato raggiunto al 100% del peso regionale. Il monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri programmati è, invece, a tutt'oggi, in fase di attivazione (0% del punteggio regionale). E' stato raggiunto un valore >95% per quanto riguarda l'attuazione degli interventi previsti nella checklist per la verifica delle linee di interventi del PRGLA (indicatore: n.ro di interventi previsti dalla checklist/ totale interventi previsti).

Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA e al PRGLA 2019-2021 (Punteggio 10)						
Referente dr Leanza						
Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore minimo	target	Risultato raggiunto	%	U.O. coinvolte
Monitoraggio ex ante prestazioni ambulatoriali (Peso 4)	Ex ante: somma n prestazioni richieste (da 1 a 69)/totale prenotate classe B  Ex ante: somma N prestazioni richieste (da 1 a 69)/totale prenotate classe D	I liv (100%) B e/o D >=90%  II liv (50%) B e/o D >=85% e 89%  Il mancato raggiungimento anche in una sola classe=0	≥90%	B = 94,73%  D = 96,83%	100%	UOC Specialistica
Monitoraggio ex post prestazioni ambulatoriali (Peso 2)	Ex post: n prestazioni garantite entro i tempi classe priorità B/ prestazioni classe B  Ex post: n prestazioni garantite entro i tempi classe priorità B/ prestazioni classe B  Per ciascuna delle otto prestazioni previste	a.pre-requisito: valorizzazione al 90% dei campi previsti  b.Le 8 prestazioni in entrambe le classi B e D al 50% per ognuna  Il mancato raggiungimento	a.SI/NO  b.SI/NO	a. SI (>90%)  b. SI (classe B 97%, classe D 99,35%)	100%	UOC Specialistica



Uff  
el

	l'indicatore viene calcolato come da PRGLA	anche in una sola classe Ob=0				
Monitoraggio tempi attesa ricoveri programmati (Pesokk 2)	n prestazioni classe A erogate nei tempi previsti/n prestazioni totali classe A	Secondo le indicazioni di cui al par. 8 del PRGLA	Indicazioni di cui al par. 8 del PRGLA	In fase di attivazione		GTI - Reparti Ospedalieri
Piena attuazione interventi previsti nella checklist (Peso 2)	n interventi previsti dalla checklist garantiti/ totale interventi previsti	SI=100% No = 0	SI=100%	>95%		Dr Leanza

Risorse: l'Azienda, in linea con le indicazioni fornite dall'Assessorato, ha fatto ricorso alle prestazioni aggiuntive e ha anche attivato iniziative specificamente finalizzate a ridurre i tempi di attesa per quanto riguarda alcune prestazioni specialistiche, fra queste l'apertura dell'ambulatorio nella giornata di domenica es. cardiologia).

4. Al fine di incrementare gli standard e i requisiti di sicurezza nei **punti nascita** pubblici e privati accreditati del SSR (punteggio totale indicatore 10) (Referente obiettivo Direttore Dipartimento Materno Infantile) è stata predisposta una checklist per la verifica degli standard per la riorganizzazione della rete dei punti nascita: i requisiti previsti sono stati soddisfatti per oltre l'85%. Il monitoraggio - attraverso indicatori dedicati - dell'appropriatezza dei ricoveri e del livello di sicurezza delle cure neonatali nei Punti Nascita di 1° e 2° livello (senza UTIN e con UTIN) ha evidenziato il pieno raggiungimento degli obiettivi prefissati (vedi Allegato 2)

5. Con D.A. 1584/2018 sono state adottate le "Linee di indirizzo alle aziende sanitarie per la gestione del sovraccollamento nelle strutture di pronto soccorso della Regione Sicilia" pubblicate sulla GURS n. 41 del 21/9/2018 con lo scopo di fornire alle aziende sanitarie le strategie per **contrastare e gestire il fenomeno del sovraccollamento nei servizi di Pronto Soccorso (PS)** e prevenire le sue conseguenze negative in termini di outcome e potenziali eventi avversi. L'obiettivo principale delle linee di indirizzo è quello di contrastare il sovraccollamento attraverso il monitoraggio continuo, l'analisi delle criticità e l'attuazione degli specifici interventi volti alla riduzione del fenomeno, da attivare in rapporto alla gravità delle situazioni attraverso i Piani Aziendali per la Gestione del Sovraccollamento. Per la valutazione dell'obiettivo vengono considerati l'indicatore di efficienza operativa T (indicatore di outcome) e l'attuazione delle attività previste dal D.A. 1584/2018 per la gestione del sovraccollamento (indicatore di processo). L'indicatore di efficienza operativa misura la capacità del Pronto Soccorso di dimettere/ricoverare i pazienti entro le 24 ore; l'indicatore è costruito rapportando i pazienti "oltre le 24 h" sui pazienti "entro le 24 h". Il valore ideale dell'indicatore è zero, in quanto non dovrebbe essere presente alcun paziente con una permanenza maggiore di 24h. Nel corso del 2019 tutti gli adempimenti previsti dal D.A. 1548/2028 sono stati espletati.

6. Per quanto riguarda l'obiettivo di incrementare le **donazioni di organi e tessuti** (punteggio totale indicatore 3), gli obiettivi sono stati presentati al Comitato Consultivo Aziendale nel marzo 2019. E' stato istituito il Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti segnala e sono stati organizzati due corsi di formazione.

7. L'obiettivo di aumentare di un ulteriore 30% il numero dei medici dipendenti e sumaisti abilitati alla **prescrizione dematerializzata**, all'interno del processo di semplificazione delle procedure di prescrizione di farmaci e prestazioni specialistiche (peso regionale indicatore 5), è stato raggiunto (Allegato 2), così come è stato raggiunto l'obiettivo di aumentare il numero medio di prescrizioni annue per medico (sistema TS) (risultato raggiunto 133,65, target >100).

8. Il **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** è lo strumento digitale attraverso il quale il cittadino può consultare la storia della propria vita sanitaria e condividerla con i professionisti sanitari al fine di un servizio più efficace e più efficiente.

Per il buon esito del progetto è necessario coinvolgere un numero significativo di cittadini ricorrendo a tutte le azioni possibili per acquisire il consenso informato per l'attivazione del Fascicolo e per alimentarlo con i referti di laboratorio e - a seguire - con altre tipologie di referto. La progettualità aziendale nel merito è stata illustrata al Comitato Consultivo Aziendale nell'incontro del 29.05.2019.

L'obiettivo aziendale per il 2019 (punteggio 5) consisteva nell'aumentare il numero dei consensi all'attivazione del fascicolo da parte dei pazienti ricoverati (target >5%) e la percentuale di referti trasmessi nel FSE. Entrambi gli obiettivi sono da considerare raggiunti.

9. La Regione Siciliana ha provveduto all'adozione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) per gli enti del Servizio sanitario regionale. L'obbligo della certificabilità dei dati impone agli enti del SSR di garantire, sotto la responsabilità e il coordinamento della Regione, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci.

L'implementazione dei **Percorsi Attuativi di Certificabilità** ha impegnato le Aziende Sanitarie negli anni 2016-2018; sono state effettuate anche le verifiche di audit volte ad accertare lo stato di attuazione delle procedure aziendali. All'esito delle verifiche, sono emerse criticità che hanno indotto l'Amministrazione regionale ad adottare il D.A. n. 10/2019, con il quale è stato differito al 31.12.2019 il termine entro il quale definire il percorso di consolidamento del PAC regionale.

La nostra Azienda al 31.12.2019 ha pienamente attuato tutti gli adempimenti previsti.

Nel corso del 2019 l'Azienda messo in atto tutte le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi generali a valenza triennale assegnati dall'Assessorato alla Direzione Aziendale:

- a) Equilibrio di bilancio
- b) Adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) al fine del superamento delle criticità connesse ai lunghi tempi di attesa
- c) Osservanza delle politiche nazionali e regionali di contenimento della spesa, con riguardo a
  - Tetto di spesa per il personale assegnato all'Azienda (L. n. 190/2014 art. 1 c. 584 e programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato L. n. 122 /2010)
  - Acquisto di beni e servizi nel rispetto della normativa vigente (Codice dei contratti)
  - Area di emergenza e urgenza e Pronto Soccorso: attivazione delle procedure connesse al completo utilizzo delle somme assegnate a valere sulle risorse residue accantonate nella GSA per l'adeguamento delle strutture ai requisiti previsti dal D.A. 890/2002; al 31.12.2019 progettazione esecutiva
  - Assistenza farmaceutica: rispetto delle risorse definite in sede di negoziazione
- d) Osservanza degli obblighi in materia di "Flussi informativi" (rispetto di tempi di trasmissione, qualità del dato, completezza)
- e) Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza al fine di rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per i cittadini
- f) Osservanza delle disposizioni regionali in materia di libera professione intramuraria (ALPI) (L. 120/2007)

A causa dell'emergenza determinata dalla pandemia COVID 19 è stato rinviato al 30 giugno 2020 il termine per l'adozione del bilancio consuntivo di esercizio dell'anno 2019; in atto l'Assessorato non ha trasmesso l'assegnazione definitiva della quota del Fondo Sanitario Regionale e sono in corso di accertamento le ulteriori poste di bilancio da parte del Servizio Economico Finanziario dell'Azienda.

- a) **Equilibrio di bilancio:** per quanto sopra premesso non è possibile all'atto della stesura della presente Relazione indicare se la chiusura del bilancio è in utile.
- b) Adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle **Liste di Attesa (PRGLA):** l'obiettivo relativo al monitoraggio dei tempi di attesa per le *prestazioni ambulatoriali*, effettuato attraverso le modalità ex ante ed ex post, è stato raggiunto al 100%, mentre il monitoraggio dei tempi di attesa per i *ricoveri programmati* è in fase di attivazione (0% del punteggio regionale).

UML

E' stato raggiunto un valore >95% per quanto riguarda l'attuazione degli interventi previsti nella checklist per la verifica delle linee di interventi del PRGLA (indicatore: n.ro di interventi previsti dalla checklist/ totale interventi previsti).

c) **Contenimento della spesa**


- riferita del personale:
  - . Il tetto di spesa del personale è stato fissato in euro 108.776.506,00 (L. 191/2009 art. 2 c.71); la stima a finire della spesa nell'anno 2019 si attesta in euro 91.220.111,00
  - . Il tetto di spesa per il personale a tempo determinato è stato fissato in euro 4.581.000,00; per raggiungere tale limite negli anni è stata operata una progressiva riduzione della spesa per il personale a tempo determinato. Nell'anno 2019 si prevede che la spesa del personale a tempo determinato si attesterà in euro 4.599.115,00, evidenziando uno scostamento dal limite di spesa di soli euro 18.115,00. Si prevede che nel corso del 2020 si rientrerà completamente entro il limite di spesa, considerato che, in seguito al concorso per n. 78 dirigenti medici di varie specialità (del. 1259 del 30.10.2019) il numero di dirigenti medici con incarico a tempo determinato diminuirà in modo sensibile.
- Beni e servizi: tutte le procedure di gara sono state espletate nel rispetto della normativa nazionale, regionale e atti regolamentari vigenti in materia di appalti pubblici.
- Area di emergenza e urgenza e Pronto Soccorso: attivazione delle procedure connesse al completo utilizzo delle somme assegnate a valere sulle risorse residue accantonate nella GSA per l'adeguamento delle strutture ai requisiti previsti dal D.A. 890/2002; al 31.12.2019 progettazione esecutiva -: con D.A. n. 2726/2017 è stata assegnata all'ASP di Enna la somma di 1.010.000,00 così ripartita:
  - . 1. Rifunionalizzazione Area Emergenza del P.O: Umberto I di Enna € 800.000,00,
  - . 2. Ristrutturazione del P.S. del P.. Basilotta e realizzazione Camera Calda € 50.000,00
  - . 3. Rifunionalizzazione Triage e Camera Calda P.S. Umberto I di Enna € 80.000,00 ,
  - . 4. Ristrutturazione del P.S. e Camera Calda del P.O. FBC € 80.000,00.

Risultati: per quanto riguarda l'*intervento 1* è stato redatto il progetto definitivo ed è in itinere la procedura per l'espletamento della gara d'appalto per la progettazione esecutiva e la realizzazione dei lavori (completamento dei lavori previsto entro il 30.04.2021); la progettualità relativa l'*intervento 2* è stata sospesa per mutate esigenze aziendali; per quanto riguarda l'*intervento 3* sono stati riorganizzati spazi e percorsi e si è proceduto all'acquisto di attrezzature sanitarie (strumentazione per diagnosi veloci) e arredi (letti e barelle); per quanto riguarda l'*intervento 4* i lavori sono conclusi ed è in itinere la stesura degli atti di contabilità finale

- Farmaceutica: per quanto concerne la spesa farmaceutica convenzionata il tetto di spesa di euro 21.453.000 (budget negoziato) è stato rispettato; a dicembre 2019 la spesa registrata è stata di euro 20.996.937, con un decremento rispetto al 2018 del 2,13%.
- d) Osservanza degli obblighi in materia di **flussi informativi**: il debito informativo aziendale è stato adeguatamente assolto per quanto riguarda tempi di trasmissione, qualità, completezza del dato (monitoraggio del Responsabile CED), rilevandosi una criticità relativa l'invio dei flussi ospedalieri (A, Day Service, RAD, CEDAP) del terzo trimestre legata al fatto che il personale prima preposto è andato in quiescenza e i nuovi operatori non erano ancora sufficientemente esperti; altra criticità un ritardo nell'invio del flusso CE del III trimestre, in quanto la nuova normativa ha cambiato il piano dei conti e la piattaforma è stata aggiornata e resa disponibile solo da novembre
- e) Osservanza degli **obblighi in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza** al fine di rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per i cittadini: all'atto della

stesura della presente relazione è in corso da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) il monitoraggio degli adempimenti sugli obblighi di pubblicazione, essendo stata prorogata - a causa dell'emergenza COVID 19 - al 30 giugno l'attestazione della pubblicazione dei dati (del. ANAC 213/2020) e al 31 luglio la pubblicazione.

- f) Osservanza delle disposizioni regionali in materia di **libera professione intramuraria (ALPI)** (L. 120/2007 e smi): in linea con la normativa in materia (L. 120/2007 e s.m.i.) e con il Regolamento aziendale che disciplina tale attività, le verifiche effettuate hanno evidenziato il rispetto dei volumi di attività complessivi in ALPI in rapporto all'attività istituzionale.



### 3.3 Obiettivi e piani operativi

Nel presente paragrafo sono sviluppati gli obiettivi operativi ai quali si è fatto riferimento nel paragrafo 2.3 e rappresentati nell'albero della performance. Sono descritti i singoli obiettivi, i relativi indicatori e valori target, i risultati raggiunti. Ai fini della leggibilità del documento gli obiettivi del P.A.A. sono trattati in forma sintetica; per una descrizione più dettagliata si rimanda all'Allegato 5 - PAA. Le Unità operative coinvolte per ciascun obiettivo/azione sono già state indicate nell'albero della performance.

Gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi correlati al sistema di incentivazione sono articolati nelle seguenti macro aree:

1. Screening oncologici
2. Esiti
3. Liste di attesa
4. Punti nascita
5. Pronto Soccorso
6. Donazione organi
7. Prescrizioni in modalità dematerializzata
8. Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
9. Sviluppo Percorso Attuativo di Certificazione (PAC)
10. Piano Attuativo Aziendale

Nell'ambito di ciascuna macro area, come già detto, sono stati individuati obiettivi operativi, indicatori, valori attesi di risultato al 31.12.2019 (Allegato 2).

**Screening** (punteggio totale 9): gli screening oncologici (tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colon retto) sono posti fra i livelli essenziali di assistenza; la diagnosi precoce, che le campagne di screening consentono di implementare, è in grado di ridurre la mortalità per le sopra citate patologie. Nonostante le azioni messe in atto (attività di informazione e sensibilizzazione, coinvolgimento da parte del GCS dei Medici di Medicina generale) i risultati attesi non sono stati raggiunti, ma si segnala un trend in miglioramento rispetto al 2018, come di seguito evidenziato:

UPE  
el

Screening	Indicatore	Target	Anno 2018	Anno 2019	Δ	Unità operative coinvolte	Referente
Cervico carcinoma	N. di test eseguiti / popolazione target (donne residenti 25-64 anni)	50%	14,76%	23,7%	+8,94	CGS, Materno Infantile, Consultorio, Lab. Analisi Cliniche P.O. Chiello, Anatomia Patologica, Ostetricia P.O. Umberto I	Dr R. Licenziato
Tumore mammella	N. di test eseguiti / popolazione target (donne residenti 50-69 anni)	60%	11,07%	14,6%	+3,53	CGS, Radiologia P.O. Umberto I, Senologia	Dr L. Di Conza
Tumore Colon retto	N. di test eseguiti / popolazione target (uomini e donne residenti 50-69 anni)	50%	1,63%	9,3%	+7,67	CGS, Laboratorio Analisi P.O. Umberto I e FBC, Gastroenterologia Area Sud, Gastroenterologia Area Nord	Dr S. Fisicaro

#### Esiti (punteggio totale 20):

Anche nel 2019 l'Azienda ha perseguito il miglioramento delle performance relativamente ai seguenti obiettivi operativi misurabili tramite indicatori di esito previsti dal **Programma Nazionale Esiti (PNE)** (punteggio totale indicatore 20):

*tempestività dell'intervento per frattura di femore:* le linee guida internazionali raccomandano che il paziente con frattura del femore venga operato entro 24 ore dall'ingresso in ospedale al fine di ridurre il rischio di mortalità e di disabilità. L'Azienda ha raggiunto l'obiettivo al 99% del peso regionale (Allegato 2). Si riportano di seguito in tabella dati più dettagliati;

*riduzione dell'incidenza dei parti cesarei primari:* le evidenze nazionali e internazionali indicano l'opportunità di ridurre il ricorso alla procedura del taglio cesareo quale modalità di assistenza al parto nelle gravidanze prive di complicazioni, essendo il parto naturale la modalità più appropriata di conclusione della gravidanza. L'Azienda ha raggiunto l'obiettivo al 100% del peso regionale (All. 2). Si riportano di seguito in tabella dati più dettagliati;

*tempestività dell'esecuzione della PTCA nei casi di IMA STEMI:* la tempestività nell'attuazione dell'angioplastica percutanea su paziente con diagnosi di infarto miocardico acuto STEMI è cruciale per la sopravvivenza del paziente. L'Azienda ha raggiunto al 100% del peso regionale l'obiettivo relativo la *tempestività dell'esecuzione della PTCA nei casi di IMA STEMI* (All. 2)

*degenza post-operatoria in colecistectomia laparoscopica:* la colecistectomia per via laparoscopica oggi è considerata l'intervento di elezione nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati, in quanto non comporta alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze rispetto all'intervento classico a cielo aperto ma si associa ad una degenza e ad una convalescenza significativamente più brevi. L'Azienda ha raggiunto l'obiettivo al 82% del peso regionale (All. 2).

Obiettivi	PP.OO.	2018		TARGET REGIONALE	2019		TARGET REGIONALE
		Ricoveri complessivi	Performance		Ricoveri complessivi	Performance	
Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti over 65 anni	Umberto I	47/75	63%	valore minimo >60% - target ≥90%	51/56	91,07%	valore minimo >60% target ≥94,3%
	Chiello	14/49	29%		28/33	84,85%	
	Basilotta	89/92	97%		76/76	100%	
	<b>Totale ASP</b>	<b>150/216</b>	<b>69%</b>		<b>155/165</b>	<b>93,9%</b>	
Riduzione incidenza parti cesarei	Umberto I	256/803	32%	valore minimo <28% target ≤20%	139/740	18,78%	valore minimo <27% target <25%
	Basilotta	41/163	25%		33/144	22,92%	
	<b>Totale ASP</b>	<b>297/966</b>	<b>31%</b>		<b>172/884</b>	<b>19,46%</b>	
Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI	Umberto I	26/26	100%	valore minimo >78% target ≥91%	34/35	97,14%	valore minimo >60 target ≥91,8%
	Basilotta	1/1	100%		1/1	100%	
	FBC	-	-		-	-	
	<b>Totale ASP</b>	<b>27/27</b>	<b>100%</b>		<b>35/36</b>	<b>97,22%</b>	
Colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Umberto I	27/33	82%	valore minimo >70% - target ≥97%	18/23	78,26%	valore minimo >70% target ≥95,3%
	Chiello	21/21	100%		27/27	100%	
	Basilotta	-	-		4/4	100%	
	FBC	1/2	50%		-	-	
	<b>Totale ASP</b>	<b>49/55</b>	<b>88%</b>		<b>49/54</b>	<b>90,7%</b>	

#### Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA (punteggio totale 10)

L'abbattimento dei tempi di attesa (punteggio totale indicatore 10) per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi sanitari prioritari del SSN e l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA. Per il 2019 l'obiettivo è stato valutato sulla base degli indicatori riportati nel Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2019-2021. Il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali è stato effettuato attraverso le modalità ex ante ed ex post e l'obiettivo prefissato è stato raggiunto al 100% del peso regionale. Il monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri programmati è, invece, a tutt'oggi, in fase di attivazione (0% del punteggio regionale). E' stato raggiunto un valore >95% per quanto riguarda l'attuazione degli interventi previsti nella checklist per la verifica delle linee di interventi del PRGLA (indicatore: n.ro di interventi previsti dalla checklist/ totale interventi previsti).

UAS  
el

Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNLGA e al PRGLA 2019-2021 (Punteggio 10) Referente Dr. Leanza						
Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore minimo	target	Risultato raggiunto	%	U.O. coinvolte
Monitoraggio ex ante prestazioni ambulatoriali (Peso 4)	Ex ante: somma n prestazioni richieste (da 1 a 69)/totale prenotate classe B	I liv (100%) B e/o D >=90%		B = 94,73%	100%	UOC Specialistica (Dr La Tona)
	Ex ante: somma N prestazioni richieste (da 1 a 69)/totale prenotate classe D	II liv (50%) B e/o D >=85% e 89% Il mancato raggiungimento anche in una sola classe=0	>=90%	D = 96,83%		
Monitoraggio ex post prestazioni ambulatoriali (Peso 2)	Ex post: n prestazioni garantite entro i tempi classe priorità B/ prestazioni classe B	a. pre-requisito: valorizzazione al 90% dei campi previsti	a.SI/NO	a. SI (>90%)	100%	UOC Specialistica (Dr La Tona)
	Ex post: n prestazioni garantite entro i tempi classe priorità B/ prestazioni classe B Per ciascuna delle otto prestazioni previste l'indicatore viene calcolato come da PRGLA	b. Le 8 prestazioni in entrambe le classi B e D al 50% per ognuna Il mancato raggiungimento anche in una sola classe Ob=0	b.SI/NO	b. SI (classe B 97%, classe D 99,35%)		
Monitoraggio tempi di attesa ricoveri programmati (Peso 2)	n prestazioni classe A erogate nei tempi previsti/n prestazioni totali classe A	Secondo le indicazioni di cui al par. 8 del PRGLA	Indicazioni di cui al PRGLA (par. 8)	In fase di attivazione		GTI (Dr Viscuso) - Reparti Ospedalieri
Piena attuazione interventi previsti nella checklist (Peso 2)	n interventi previsti dalla checklist garantiti/ totale interventi previsti	SI=100% No = 0	SI=100%	>95%		Dr Leanza

#### Punti nascita (punteggio totale 10)

Al fine di incrementare gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR è stata predisposta una Checklist per la verifica degli standard per la riorganizzazione della rete dei punti nascita: oltre l'85% dei requisiti previsti dalla checklist sono stati rispettati. Il monitoraggio - attraverso indicatori dedicati - del livello di sicurezza e delle modalità organizzative delle prestazioni erogate dai Punti Nascita di 1° e 2° livello (senza UTIN e con UTIN) ha evidenziato il pieno raggiungimento degli obiettivi prefissati (vedi anche Allegato 2).

#### GARANTIRE GLI STANDARD E I REQUISITI DI SICUREZZA NEI PUNTI NASCITA PUBBLICI E PRIVATI

##### Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali nei Punti Nascita senza UTIN

Presidio Ospedaliero BASILOTTA	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	
	n. nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno)	VALORE TARGET AL 31/12/2019
	Monitoraggio al 31/12/2019	0 (FONTE SDO E CEDAP)
	0	

Ridurre il tasso di trasferimento dei neonati pretermine entro le prime 72 ore			
Monitoraggio al 31/12/2019			TARGET AL 31/12/2019
neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita	totale neonati ricoverati	%	
2	173	1,16%	< 8% (FONTE SDO E CEDAP)

*Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali nei Punti Nascita con UTIN*

Controllo analitico su un campione del 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73 a cura dei NOC aziendali. Il controllo dovrà verificare la coerenza tra cartella clinica e rispetto dei criteri del documento di monitoraggio				TARGET ELABORAZIONE REPORT informazioni a) b) c)
Monitoraggio al 31/12/2019				
a) numero totale di cartelle cliniche di neonati ricoverati (accettati) da codice 73	b) numero di cartelle cliniche controllate di neonati ricoverati (accettati) da codice 73	c) numero di cartelle cliniche non conformi di neonati ricoverati (accettati) da codice 73		SI
91	15	0		SI


  

Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 73)			
Monitoraggio al 31/12/2019			TARGET AL 31/12/2019
N. di neonati direttamente dimessi (modalità di dimissione codice 2 dimissione ordinaria a domicilio del paziente) da Terapia Intensiva Neonatale	Totale dei neonati ricoverati (accettati) nella TIN (cod. 73) al netto dei deceduti (modalità di dimissione: codice 1)	%	
0	89	0,00%	< 5%

**Pronto soccorso Gestione del sovraffollamento (punteggio totale 10)**

Al fine di contrastare il fenomeno del sovraffollamento nei Pronto Soccorso la Regione Sicilia ha adottato (D.A. 1584/2018) le "Linee di indirizzo alle aziende sanitarie per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di pronto soccorso della Regione Sicilia" pubblicate nella GURS n. 41 del 21/9/2018. Tali linee di indirizzo individuano nell'indicatore di efficienza operativa Eff(t) una misura della capacità del PS di dimettere /ricoverare i pazienti entro le 24 ore; il valore - ideale - dell'indicatore pari a 0 indica che non è presente alcun paziente con una permanenza maggiore di 24 ore; il valore atteso di accettabilità è stato posto pari a  $\leq 0,05$ , da raggiungere al 31.12.2021; per gli anni precedenti sono stati fissati dei valori di Eff(t) attesi per categoria di Pronto Soccorso. La gestione del sovraffollamento viene misurata anche attraverso indicatori di processo, così come previsto nel D.A. 1584/2018 e come esplicitato nella seguente tabella, in cui sono riportati obiettivi, indicatori, valori soglia e target, risultati raggiunti al 31.12.2019, Unità operative coinvolte:



UMK  


Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento Referente BED MANAGER						
Obiettivo	Indicatore	Valore minimo	Target	Risultato raggiunto	Δ	Unità operative coinvolte
A) Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa (D.A. 1584/2018)  (Punteggio 8)	Efficienza operativa (T)=n. pazienti con permanenza >24h al P.S. al tempo T/n. pazienti con permanenza <24 al P.S. al tempo T Eff(t)= (K2+K3)/K1 (da garantire nella totalità dei Pronto Soccorso)	Pronto Soccorso P.O. Umberto I Miglioramento atteso: 50% Eff(t) anno 2018 (0,28)	0,14	0,15	-0,01	P.S. P.O. Umberto I
		Pronto Soccorso P.O. Chiello Mantenimento Eff(t) anno 2018 (0,06)	0,06	0,10	-0,04	P.S. P.O. Chiello
		Pronto Soccorso P.O. Basilotta Miglioramento atteso: 50% Eff(t) anno 2018 (0,12)	0,06	0,13	0,07	P.S. P.O. Basilotta
		Pronto Soccorso P.O. FBC Miglioramento atteso: 50% Eff(t) anno 2018 (0,42)	0,21	0,07	+0,14	P.S. P.O. FBC
		ASP Enna categoria II Miglioramento atteso: 50% Eff(t) anno 2018 (0,23)	0,11	0,13	-0,02	Pronto Soccorso dei 4 Presidi Ospedalieri
B) Attuazione adempimenti previsti dal D.A. 1584/2018 e relative direttive  (Punteggio 2)	1) Monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ; 2) Attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento; 3) Adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento; 4) Relazione annuale del P.A.G.S sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori	SI (evidenza documentale per singolo P.S.)	SI	SI		Pronto Soccorso e Bed Manager

### Donazione organi e tessuti (punteggio totale 3)

Il numero delle donazioni di organi e tessuti in Sicilia nel 2018 ha subito un notevole decremento rispetto al 2017; per il 2019, in relazione alla necessità di migliorare il procurement degli organi solidi e dei tessuti, sono stati assegnati alle aziende sanitarie gli obiettivi riportati nella seguente tabella unitamente a indicatori, target, valori soglia, risultati raggiunti al 31.12.2019, percentuale di raggiungimento, Unità operative coinvolte, e referenti.

Donazione organi e tessuti						
Referente: Coordinatore Aziendale Dott.ssa Cancaro						
Obiettivo	Indicatore	Valore minimo	Target	Risultato raggiunto	%	Unità operative coinvolte
Incremento delle donazioni di organi e tessuti (Punteggio 3)	1. Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (Peso 0,3)		SI	SI	100%	Direzione Sanitaria, Pronto Soccorso, Neurologia, Oculistica, Terapia intensiva, Sale operatorie
	2. Incremento numero accertamenti di morte con metodo neurologico (Peso 0,9)	≥10% anno 2018 (n 4 casi) = 50%	>20% = 100% >15% = 80% >10% = 50% <10% = 0	n 1		
	3. Tasso di opposizione alla donazione (Peso 0,9)	<45%=50%	<38%=100% <41%=80% <45%=50% >45%= 0	0%		
	4. Incremento <i>procurement</i> di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore battente) (Peso 0,6)	>20% anno 2018=50%	>30% = 100% >25% = 80% >20% = 50% <20% = 0	n 3		
	5. Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione (Peso 0,3)		SI	SI	100%	

#### Prescrizioni dematerializzate (punteggio totale 5)

Ai fini della semplificazione delle procedure di prescrizione di farmaci e prestazioni specialistiche, in attuazione alle disposizioni contenute nei decreti di riferimento (D.A. 12/8/2010 e D.A. 2234/2015), l'Azienda aveva l'obiettivo di aumentare del 30% il numero di medici dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata; tale obiettivo risulta raggiunto (valore raggiunto: 42%). Per quanto riguarda il secondo obiettivo operativo, che prevedeva un aumento del numero medio di prescrizioni annue effettuate da ciascun medico prescrittore (cruscotto integrato del sistema TS), lo stesso è stato ugualmente raggiunto (valore medio di prestazioni annue pari a 133,65 a fronte di un valore target pari a >100)

#### Fascicolo Sanitario Elettronico (punteggio 5)

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è lo strumento digitale attraverso il quale il cittadino può consultare e gestire i propri documenti clinici, che, in caso di necessità, potranno essere disponibili agli operatori sanitari per finalità di cura.

L'obiettivo aziendale per il 2019 (punteggio 5) consisteva nell'aumentare la percentuale dei consensi informati all'attivazione del fascicolo da parte dei pazienti ricoverati (target >5%) e la percentuale di referti di laboratorio trasmessi nel FSE (target >10%). È stato acquisito il 16,42 dei consensi, risultando pertanto ampiamente raggiunto il target fissato; al 31.12.2019 non era stato raggiunto il secondo obiettivo, essendosi presentati problemi tecnici sulle modalità di interfacciamento fra il sistema SOGEI e il sistema aziendale; la criticità è stata risolta in seguito agli aggiustamenti messi in atto sia dalla SOGEI che dalle ditte produttrici di sistemi informativi di laboratorio analisi e, in considerazione della complessità evidenziatasi, le Aziende sanitarie che comunque entro la fine di Gennaio 2020 hanno avviato la trasmissione dei referti nel formato richiesto sono state valutate positivamente; fra queste la nostra Azienda.

La progettualità aziendale relativa al FSE è stata illustrata al Comitato Consultivo Aziendale nell'incontro del 29.05.2019

### Percorso attuativo di certificabilità (punteggio totale 5)

Il decreto del 17/9/2012 dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze e il successivo decreto attuativo dell'1/3/2013 hanno avviato il Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei Bilanci delle aziende sanitarie, che sono tenute a strutturare processi amministrativo-contabili interni secondo un programma di attività definito dalle singole Regioni. L'Assessorato Regionale della Salute con D.A. n. 2128 del 12/11/2013 ha adottato i "Percorsi attuativi di certificabilità per gli Enti del Servizio Sanitario Regionale, per la GSA e il bilancio consolidato per la Regione Sicilia" e con successivi provvedimenti (D.A. n. 402/2015 e D.A. n. 1559/2016) ha individuato le aree di intervento, gli obiettivi, le priorità e tempistiche massime per il completamento del percorso, per singola area. L'implementazione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità ha impegnato le Aziende Sanitarie negli anni 2016-2018; all'esito delle verifiche di audit volte ad accertare lo stato di attuazione delle procedure aziendali, sono emerse criticità che hanno indotto l'Amministrazione regionale ad adottare il D.A. n. 10/2019, con il quale è stato differito al 31.12.2019 il termine entro il quale definire il percorso di consolidamento del PAC regionale. Di seguito indicatori, target, peso, percentuale di raggiungimento dell'obiettivo e Unità operative coinvolte:

Sviluppo percorso attuativo di certificabilità (P.A.C.) (Punteggio 5)						
Referenti: dr Glarrizzo - Dr Monasteri						
Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto	Peso	% raggiungimento	U.O. coinvolta
Consolidamento adempimenti P.A.C.	1)Svolgimento delle attività previste nel Piano Annuale Audit		SI			
	2)Relazione di valutazione del livello di rischio	SI	SI	5	100%	Internal Audit
	3)Misure correttive indicate in sede di Audit e pubblicate sul sito		SI			


### Piano Attuativo Aziendale

Il Piano Attuativo Aziendale si articola nelle seguenti tre aree e ambiti operativi, come indicato nel Sistema obiettivi di salute e funzionamento 2019-2020.

- 1) Sanità pubblica e prevenzione (Peso 5)
  - 1.1 Sanità veterinaria
  - 1.2 Igiene degli alimenti
  - 1.3 Vaccinazioni
  - 1.4 Tutela ambientale
  - 1.5 Prevenzione nei luoghi di lavoro
- 2) Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti (Peso 9)
  - 2.1. Sicurezza dei pazienti
  - 2.2 Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza
  - 2.3 PDTA
  - 2.4 Appropriatelyzza
  - 2.5 Outcome
  - 2.6 Trasfusionale
- 3) Assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria (Peso 9)
  - 4.1 Cronicità

- 4.2 Fragilità
- 4.3 Disabilità e non autosufficienza
- 4.4 Privacy

Per quanto riguarda i risultati raggiunti nell'area della Sanità pubblica e prevenzione si rimanda a quanto riportato alla pagina 18 e per ulteriori più approfonditi dettagli all'Allegato 5 – Tabella P.A.A. Ad integrazione si riporta la presente tabella, con i dati relativi il 2018 e il 2019, evidenziando la continuità delle azioni messe in atto e dei risultati. In merito al dato relativo la leucosi enzootica si fa presente il pieno raggiungimento dell'obiettivo in quanto il Piano di sorveglianza regionale 2018-2023 prevedeva il controllo del 20% delle aziende soggette al programma su base annuale, di conseguenza l'obiettivo è stato pienamente raggiunto.



Piano di Profilassi	n. totale delle aziende		n. aziende soggette al programma		n. aziende controllate		% aziende controllate	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Brucellosi bovina/bufalina	1.319	1314	1.307	1.302	1.307	1302	100%	100%
Brucellosi ovi-caprina	1.176	1.164	1.154	1.161	1.154	1.161	100%	100%
Tubercolosi	1.319	1.314	1.312	1.308	1.312	1.308	100%	100%
Leucosi enzootica	1.319	1.314	1.305	1.238	1.305	393	100%	31.74%

Nell'ambito della macro-area **Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica** nel corso del 2019 è stata data continuità alle azioni di controllo delle principali zoonosi (controllo sanitario degli insediamenti produttivi e delle specie sensibili in essi presenti e controllo anagrafico dei capi bovini e ovi-caprini) e i risultati attesi relativi gli obiettivi individuati nel P.A.A. - Sanità veterinaria - sono stati raggiunti..

Per quanto riguarda i **programmi vaccinali**, l'attività di informazione specifica rivolta alla popolazione e di formazione per i MMG, PLS, medici igienisti ha certamente sostenuto il mantenimento di elevati livelli di copertura vaccinale per tutte le vaccinazioni offerte, sia obbligatorie sia raccomandate (P.A.A. – Coperture vaccinali e sorveglianza delle malattie infettive); si è registrato il costante superamento del 95% per il ciclo di base dei vaccini di tutte le coorti d'obbligo, con coperture spesso ampiamente superiori alla media regionale. In aumento il consenso per le vaccinazioni antimeningococco B e anti Men ACWK. Dati più dettagliati nell'Allegato 5 -PAA.

Nell'ambito dell'attività di **Prevenzione nei luoghi di lavoro** nell'80% dei casi di lavoratori segnalati per esposizione ad asbesto sono state eseguite le interviste previste; sono stati arruolati 29 nuovi lavoratori per sorveglianza sanitaria e tutti sono stati visitati secondo protocollo (P.A.A.- Prevenzione luoghi di lavoro).

Anche gli obiettivi relativi l'ambito della **sicurezza alimentare** (P.A.A.) hanno trovato attuazione al 100%, sia per quanto riguarda gli obiettivi a più immediato impatto sullo stato di benessere della popolazione (attività di controllo sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano per verificarne la conformità ai criteri di sicurezza; attività previste dal Piano Nazionale Residui) che per quanto riguarda obiettivi di natura gestionale (alimentazione del sistema informativo regionale).

Sono stati realizzati incontri formativi/informativi sul corretto uso di cellulari e sulla eccessiva esposizione ai raggi UV (**tutela ambientale**).

Si rimanda all'Allegato 5 per ulteriori dati.

### 3.4 Obiettivi individuali

Per il 2019 gli obiettivi individuali sono stati assegnati ai dirigenti responsabili dei centri di negoziazione e formalizzati nella Scheda di budget; con la sottoscrizione della stessa i dirigenti hanno assunto la responsabilità individuale del raggiungimento degli obiettivi stessi. Le schede, corredate dei risultati raggiunti a consuntivo (al 31.12.2019), sulla base della rendicontazione dei dirigenti e come monitorati dall'UOC Controllo di Gestione e SIS, sono in atto oggetto della valutazione dell'OIV.



alla Direzione Aziendale, unitamente all'**equilibrio di bilancio**. Tali dati, sebbene non definiti a consuntivo presentano una proiezione attendibile al 31.12.2019:

### **Contenimento della spesa**

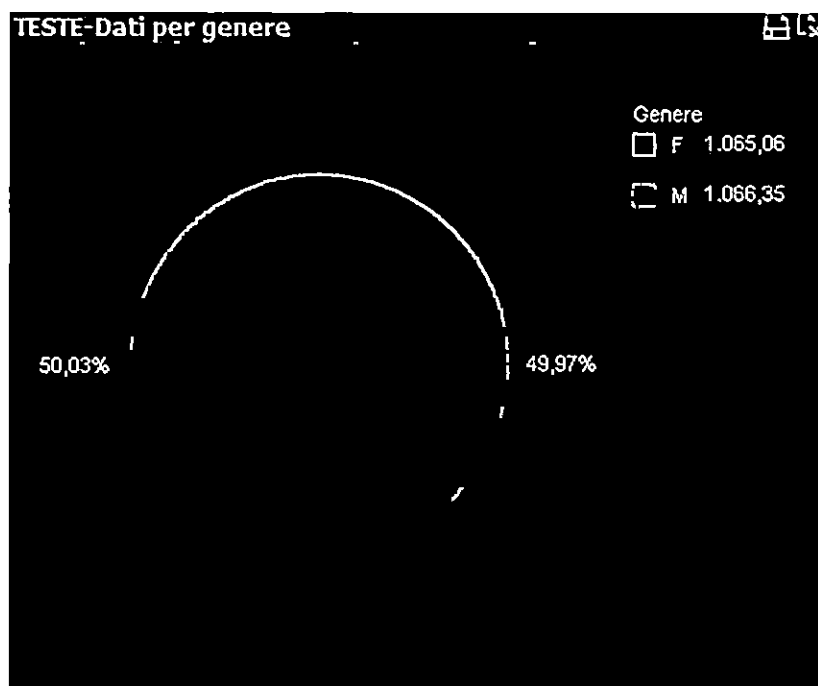
- riferita del personale:
  - Il tetto di spesa del personale è stato fissato in euro 108.776.506,00 (L. 191/2009 art. 2 c.71); la stima a finire della spesa nell'anno 2019 si attesta in euro 91.220.111,00
  - Il tetto di spesa per il personale a tempo determinato è stato fissato in euro 4.581.000,00; per raggiungere tale limite negli anni è stata operata una progressiva riduzione della spesa per il personale a tempo determinato. Nell'anno 2019 si prevede che la spesa del personale a tempo determinato si attesterà in euro 4.599.115,00, evidenziando uno scostamento dal limite di spesa di soli euro 18.115,00. Si prevede che nel corso del 2020 si rientrerà completamente entro il limite di spesa, considerato che, in seguito al concorso per n. 78 dirigenti medici di varie specialità (del. 1259 del 30.10.2019) il numero di dirigenti medici con incarico a tempo determinato diminuirà in modo sensibile.
- Beni e servizi: tutte le procedure di gara sono state espletate nel rispetto della normativa nazionale, regionale e atti regolamentari vigenti in materia di appalti pubblici.
- Area di emergenza e urgenza e Pronto Soccorso: attivazione delle procedure connesse al completo utilizzo delle somme assegnate a valere sulle risorse residue accantonate nella GSA per l'adeguamento delle strutture ai requisiti previsti dal D.A. 890/2002; al 31.12.2019 progettazione esecutiva -: con D.A. n. 2726/2017 è stata assegnata all'ASP di Enna la somma di 1.010.000,00 così ripartita:
  - 1. Rifunionalizzazione Area Emergenza del P.O: Umberto I di Enna € 800.000,00,
  - 2. Ristrutturazione del P.S. del P.. Basilotta e realizzazione Camera Calda € 50.000,00
  - 3. Rifunionalizzazione Triage e Camera Calda P.S. Umberto I di Enna € 80.000,00
  - 4. Ristrutturazione del P.S. e Camera Calda del P.O. FBC € 80.000,00.

Risultati: per quanto riguarda l'*intervento 1* è stato redatto il progetto definitivo ed è in itinere la procedura per l'espletamento della gara d'appalto per la progettazione esecutiva e la realizzazione dei lavori (completamento dei lavori previsto entro il 30.04.2021); la progettualità relativa l'*intervento 2* è stata sospesa per mutate esigenze aziendali; per quanto riguarda l'*intervento 3* sono stati riorganizzati spazi e percorsi e si è proceduto all'acquisto di attrezzature sanitarie (strumentazione per diagnosi veloci) e arredi (letti e barelle); per quanto riguarda l'*intervento 4* i lavori sono conclusi ed è in itinere la stesura degli atti di contabilità finale

- Farmaceutica: per quanto concerne la spesa farmaceutica convenzionata il tetto di spesa di euro 21.453.000 (budget negoziato) è stato rispettato; a dicembre 2019 la spesa registrata è stata di euro 20.996.937, con un decremento rispetto al 2018 del 2,13%.

## **5 Pari opportunità e bilancio di genere**

Si riporta nel seguente grafico la distribuzione per genere e percentuale del personale dipendente (teste pesate):



UM  
el

Il grafico conferma la rappresentazione omogenea per i due sessi (nel 2018 maschi 49,6%, femmine 50,4%)  
Presso l'Azienda è istituito il "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG) (Del. n. 335 del 9 maggio 2016 e successiva integrazione n. 570 del 14/07/2016, l) con le finalità di

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

## 6 Il processo di redazione della relazione sulla performance

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

### 6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità

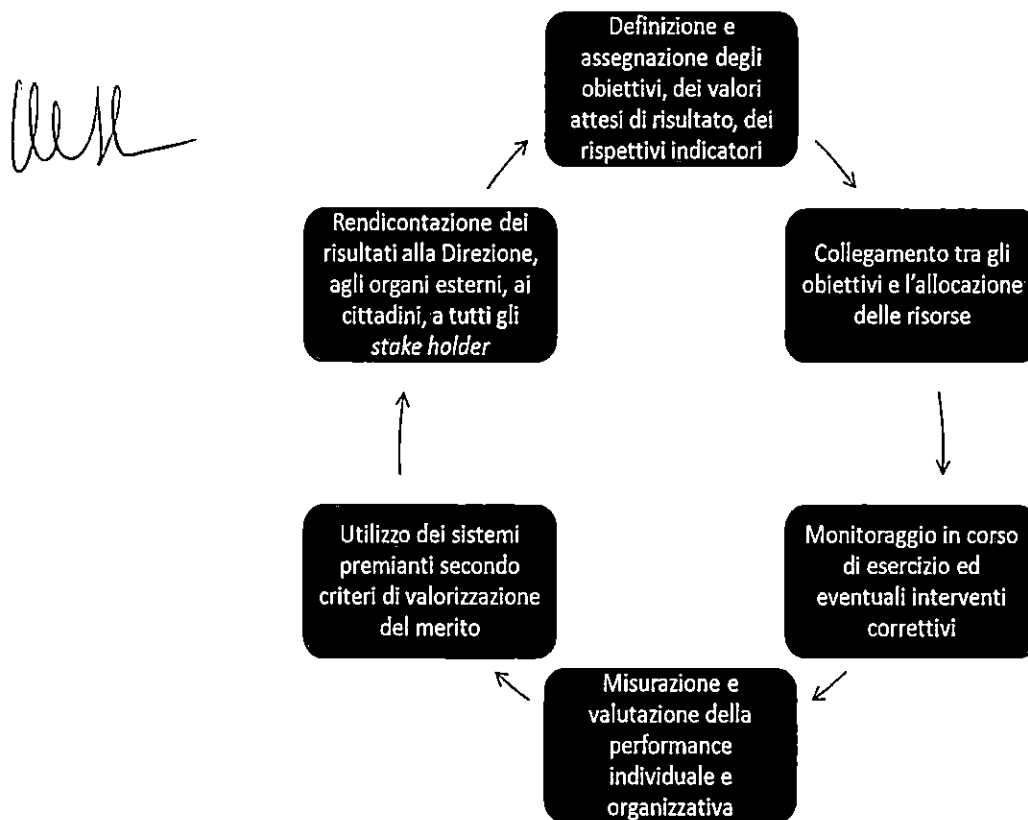
Premesso che la STP già a partire dal mese di gennaio 2020 ha messo in atto azioni finalizzate alla rendicontazione dei risultati relativi al ciclo della *performance*, in collegamento le articolazioni aziendali di seguito specificate, si presenta più nel dettaglio il percorso seguito, ai fini della trasparenza e del riconoscimento delle responsabilità:

- UOC Programmazione e Controllo di Gestione: ha fornito i dati quali-quantitativi relativi ai servizi resi e agli aspetti economici
- Responsabile SIS: ha fornito i dati di struttura e di attività di competenza
- Responsabile URP: incontri ai fini del monitoraggio dei dati relativi all'attività di informazione/comunicazione interna ed esterna

- Responsabile prevenzione corruzione e Trasparenza; ha fornito un quadro delle azioni messe in atto nel corso di incontri con l'OIV
- Referente P.A.A.: ha fornito la rendicontazione di competenza

## 6.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo della performance

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



### Punti di forza e punti di debolezza

#### *Punti di forza:*

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

Nel corso del 2019 il puntuale monitoraggio in corso di esercizio attuato dagli organi di programmazione e controllo aziendali, supportato dall'utilizzo di un nuovo programma informatico, ha costituito un punto di forza del sistema, con la possibilità di porre in atto in alcuni casi interventi correttivi funzionali al raggiungimento degli obiettivi.



E' stata completata la valutazione della performance organizzativa delle unità operative per l'anno 2018 e il processo si è concluso con la distribuzione delle risorse del fondo incentivante, secondo i criteri di valorizzazione del merito previsti dall'Accordo Aziendale vigente. In atto sono in corso la valutazione delle UU.OO. da parte dell'OIV e la valutazione individuale dei dipendenti da parte del superiore gerarchico per l'anno 2019, il che evidenzia la coerenza fra le diverse fasi del ciclo e il rispetto dei tempi.

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

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

*Punti di debolezza:*

Gli obiettivi assessoriali sono stati definiti con deliberazione n. 96 del 13 marzo 2019, con la conseguenza che il processo di negoziazione per tutte le unità operative si è concluso avanti nell'anno. Si evidenzia, tuttavia, la sostanziale continuità degli obiettivi assegnati/rimodulati con gli obiettivi declinati nel Piano della performance 2019-2021.

Neanche nel 2019 il processo di adeguamento del sistema di misurazione e valutazione della performance aziendale ai dettami del D. Lgs 150/2009 e s.m.i. ha trovato compimento; il lavoro di revisione del Regolamento aziendale del sistema di misurazione e valutazione della performance si è concluso nell'agosto 2019 con l'atto deliberativo di adozione. Di conseguenza, ancora nel 2019, non si è proceduto all'attribuzione di obiettivi individuali a tutti i dipendenti, e alla valutazione e sulla base di criteri oggettivi coerenti con il profilo professionale di ciascuno.

La criticità rappresentata dall'emergenza COVID 19 a partire dal marzo 2020 ha rallentato i processi di rendicontazione e di analisi dei risultati da parte dei servizi preposti, con ricadute anche sulla completezza dei dati riportati nella presente relazione.

Permane la scarsa integrazione fra il ciclo della programmazione e del bilancio

**Allegati:**

**Allegato 1: Prospetto relativo alle pari opportunità e bilancio di genere**

**Allegato 2: Tabella obiettivi strategici**

**Allegato 3: Tabella Documenti del ciclo di gestione della Performance**

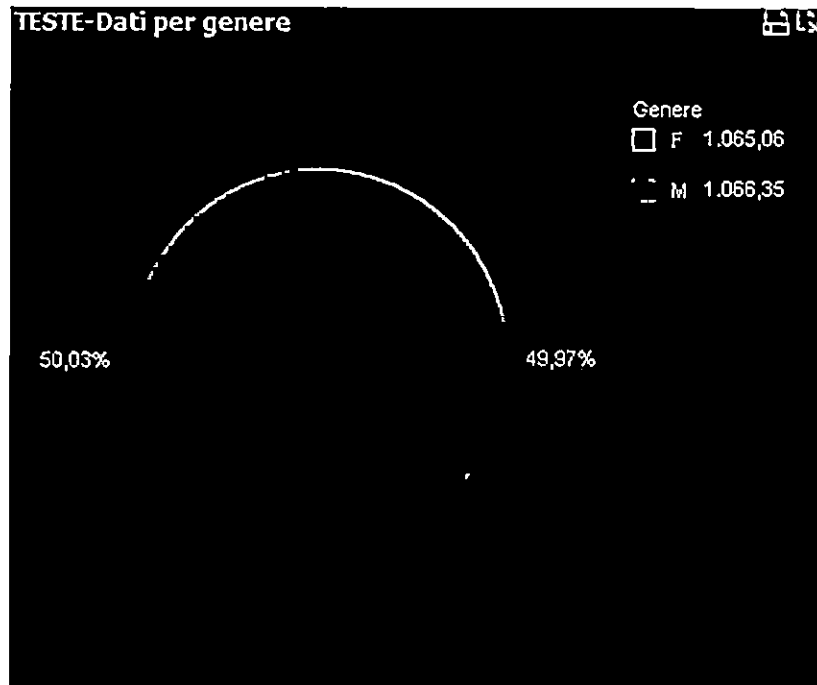
**Allegato 4: Organigramma**

**Allegato 5: Tabella P.A.A.**

ALLEGATO 1\_Prospetto relativo alle pari opportunità e al bilancio di genere

unse  
el

Si riporta nel grafico la distribuzione per genere del personale dipendente:



Si evidenzia la rappresentazione omogenea per i due sessi (nel 2018 maschi 49,6%, femmine 50,4%)

Presso l'Azienda è istituito il "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG) (Del. n. 335 del 9 maggio 2016 e successiva integrazione n. 570 del 14/07/2016, l) con le finalità di

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

ALLEGATO 2\_OBIETTIVI STRATEGICI

Obiettivi di salute e funzionamento delle Aziende Sanitarie Anno 2019

Obiettivo	Descrizione obiettivo Peso	Indicatore	Valore minimo	Target	Risultato raggiunto	%raggiungimento peso regionale	Unità Operative coinvolte	Referente	
1 Screening oncologici Peso 9	Cervico carcinoma Peso 3	n. di test eseguiti / popolazione target (donne residenti 25-64 anni)	≥ 5 (scala LEA)	50%	24%	33%	CGS - Materno Infantile - Consultorio - Laboratorio analisi Chiello - Anatomia Patologica - Ostetricia Umberto I	Dr Roberto Licenziato	
	Potenziamento Screening Tumore della mammella Peso 3	n. di test eseguiti / popolazione target (donne residenti 50-69 anni)	≥ 5 (scala LEA)	60%	15%	25%	CGS - Radiologia Umberto I - Senologia	Dr Luisa Di Conza	
	Potenziamento Screening Tumore Colonretto Peso 3	n. di test eseguiti / popolazione target (uomini e donne residenti 50-69 anni)	≥ 5 (scala LEA)	50%	9%	8%	CGS - Lab. Analisi Umberto I e FBC, Gastroenterologia (area sud e nord)	Dr Salvatore Fisicaro	
	O b i e t t i v i d i p r o c e s s o	Istituzione U.O. Screening			SI/NO	SI	100%	CGS - Assistenza Sanitaria di Base - Materno Infantile	Dr Luigia Bellina
		Coinvolgimento/collaborazione MMG	% MMG con pulizia liste			23%	0,46%		
		Aggiornamento banca dati anagrafici			SI/NO	NO	0		
		Presenza PDTA per ogni screening			SI/NO	NO	0		
		Utilizzo HPV-DNA come test primario			SI/NO	NO	0		

ALLEGATO 2\_OBIETTIVI STRATEGICI

Obiettivi di salute e funzionamento delle Aziende Sanitarie Anno 2019								
Obiettivo	Descrizione obiettivo Peso	Indicatore	Valore minimo	Target	Risultato raggiunto	% raggiungimento peso regionale	Unità Operative coinvolte	Referente
2 Esiti Peso 20	Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 Peso 5	Interventi chirurgici per frattura femore over 65 anni eseguiti entro 2 gg dal giorno di ricovero)	>60%	≥94,3% (da 61 a 94,3 in funzione lineare	94%	99%	Pronto Soccorso, Ortopedie, Anestesiologie, Radiologie	Dr Russo Dr Favazza Dr Caputo
	Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo) Peso 5	Parti cesarei primari/ totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	Ostetricia Umberto I = 27%	≤25%	19%		Ostetricia PO Umberto I	Dr Falzone
			Ostetricia Basilotta = 19%	≤15	23%		Ostetricia PO Basilotta	Dr Di Costa
			ASP ≤27	≤25%	19%	100%	Ostetricia PO Umberto I e PO Basilotta	Dr Falzone Dr Di Costa
	Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI Peso 5	PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / numero totale di I.M.A. STEMI diagnosticati Peso 5	≥60%	≥91,8%	97%	100%	Cardiologie	Dr Vasco
Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-	≥70%	≥95,3% (da 70 a 95 in	91%	82%	Chirurgia Generale	Dr Muratore Dr Costanzo	

ALLEGATO 2\_OBIETTIVI STRATEGICI

Obiettivi di salute e funzionamento delle Aziende Sanitarie Anno 2019								
Obiettivo	Descrizione obiettivo Peso	Indicatore	Valore minimo	Target	Risultato raggiunto	% raggiungimento peso regionale	Unità Operative coinvolte	Referente
	Peso 5	operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica		funzione lineare)				
3 Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA e PRGLA 2019-2021 Peso 10	3.1 Monitoraggio ex ante dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali (Peso 4)	Ex Ante: Somma N. prestazioni richieste (da 1 a 69/Totale prestazioni pre-notate in <b>classe B</b> Ex Ante: Somma N. prestazioni richieste (da 1 a 69/Totale prestazioni prenotate in <b>classe D</b>		≥90%	B=94,73% D= 96,83%	100%	Specialistica	Referente GLA Dr Leanza
	3.2 Monitoraggio ex post dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali (Peso 2)	Ex Post: Numero di prestazioni garantite entro i tempi classe di priorità B/Totale prestazioni classe B Ex Post: Numero di prestazioni garantite entro i tempi, classe di priorità D/Totale prestazioni classe D	a)Pre-requisito: valorizzazione 90% dei campi previsti b) 50% per classi B e D	a) SI/NO  b)SI/NO	a)>90%  b)Classe B=97% Classe D= 99,35%	100%	Specialistica	
	3.3 Monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri programmati (Peso 2)	n. di prestazioni per la classe di priorità A erogate nei tempi previsti/ n. di prestazioni totali per la classe di priorità A	Secondo Indicazioni PRGLA par. 8.3	Secondo Indicazioni PRGLA par. 8.3	In fase di attivazione	GTI – Reparti ospedalieri		

ALLEGATO 2\_OBIETTIVI STRATEGICI

Obiettivi di salute e funzionamento delle Aziende Sanitarie Anno 2019								
Obiettivo	Descrizione obiettivo Peso	Indicatore	Valore minimo	Target	Risultato raggiunto	% raggiungimento peso regionale	Unità Operative coinvolte	Referente
	3.4 Piena attuazione degli interventi previsti (IDG e IGO)) nella checklist per la verifica delle linee di interventi del PRGLA (P2)	n. interventi previsti dalla checklist garantiti/totale interventi previsti	SI = 100% No = 0	SI = 100%	>95%		Dr Leanza	
4 Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza dei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR Peso 10	<b>4.1 Punti nascita:</b> garantire il raggiungimento dei requisiti contemplati dalla Checklist. I dati dovranno essere inseriti sulla piattaforma qualitasiciliasr. Saranno effettuate verifiche a campione sulla congruità dei dati inseriti. (Peso 5)	Pre-requisito: requisiti strutturali e organizzativi previsti nell'allegato A della del. 96 del 13.03.2019  n requisiti garantiti/totale requisiti previsti dalla checklist	Presenza del pre-requisito  85%	Livello I = 100% (100% dei requisiti previsti nella totalità dei punti nascita dell'Azienda) Livello II = 90% (95% dei requisiti nella totalità dei punti nascita dell'Azienda) Livello III = 75% (85% dei requisiti previsti nella totalità dei punti nascita)	>85%		Ostetricia Dipartimento Materno Infantile Neonatologia e UTIN	Direttore Dipartimento Materno Infantile

ALLEGATO 2\_OBIETTIVI STRATEGICI

Obiettivi di salute e funzionamento delle Aziende Sanitarie Anno 2019								
Obiettivo	Descrizione obiettivo Peso	Indicatore	Valore minimo	Target	Risultato raggiunto	% raggiungimento peso regionale	Unità Operative coinvolte	Referente
				dell'Azienda)				
	4.2.1 Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e delle cure neonatali nei <u>P.N. senza UTIN</u>	4.2.1.1) n. nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno)		4.2.1.1) 0 (fonte: SDO e CEDAP)	0	100%	Ostetricia e Ginecologia - Dipartimento Materno Infantile	
		4.2.1.2) % neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita/ totale neonati ricoverati		4.2.1.2) <8 %	1.16%	100%		
	4.2.2 Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e delle cure neonatali nei <u>P.N. con UTIN</u>	4.2.2.1) Report di monitoraggio		4.2.2.1. SI	SI	100%	Direzione Medica di Presidio Umberto I (Ufficio NOC)	
		4.2.2.2) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 73). Numero neonati direttamente dimessi (modalità dimissione: codice 2 dimissione ordinaria a domicilio)	<5%	SI	0%	100%	UTIN	

ALLEGATO 2\_OBIETTIVI STRATEGICI

Obiettivi di salute e funzionamento delle Aziende Sanitarie Anno 2019								
Obiettivo	Descrizione obiettivo Peso	Indicatore	Valore minimo	Target	Risultato raggiunto	% raggiungimento peso regionale	Unità Operative coinvolte	Referente
		del paziente) da TIN (Cod. 73)/ Totale dei neonati ricoverati (accettati) nella TIN (cod.73) al netto dei deceduti (modalità dimissione: codice 1)						
5 Pronto Soccorso Gestione del sovraffollamento Peso 10	Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa – D.A. 1584/2018 (misura la capacità del PS di dimettere/ricoverare entro le 24 ore (pazienti oltre le 24 ore/pazienti entro le 24 ore)	A) efficienza operativa (T)= n. pazienti con permanenza al PS al tempo T oltre 24 ore/n. pazienti con permanenza < 24 ore (da garantire in tutti i PS)	PS Umberto I 50% Eff(T)2018	0,14	0,15		Pronto Soccorso P.O. Umberto I	Bed Manager
			PS Chiello Eff(T)2018	0,06	0,10		Pronto Soccorso P.O. Chiello	
			PS Basilotta 50% Eff(T)2018	0,06	0,13		Pronto Soccorso P.O. Basilotta	
			PS FBC 50% Eff(T)2018	0,21	0,07		Pronto Soccorso P.O. FBC	
			ASP Enna categoria II 50% Eff(T)2018	0,11	0,13		Pronto Soccorso dei 4 PP.OO.	
	Attuazione adempimenti D.A. 1584 e relative direttive (processo)	B) 1) Monitoraggio continuo sulla base degli indicatori D.A. 1584/2018 2) Interventi e azioni di prevenzione e contrasto	SI (evidenza documentale per singolo PS)	SI	SI	100%	P.S. e Bed Manager	



ALLEGATO 2\_OBIETTIVI STRATEGICI

Obiettivi di salute e funzionamento delle Aziende Sanitarie Anno 2019								
Obiettivo	Descrizione obiettivo Peso	Indicatore	Valore minimo	Target	Risultato raggiunto	% raggiungimento peso regionale	Unità Operative coinvolte	Referente
		3)Adozione Piano Aziendale per la gestione del sovrappollamento 4) Relazione annuale del PAGS sui risultati e stato avanzamento lavori						
6 Donazione organi e tessuti Peso 3	Incremento delle donazioni organi e tessuti	1.Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e tessuti (P. 10%)		SI	SI	100%	Coordinatore Aziendale Dr.ssa Cancaro	Coordinatore Aziendale Dr.ssa Cancaro
		2. incremento n. accertamenti di morte con metodo neurologico non <20% rispetto al 2018 (P. 30%)	≥10% anno 2018 (n.4 casi) = 50%	>20%= 100% >15%= 80% ≥10%= 50% <10%=0%	1		Direzione Sanitaria – Pronto soccorso – Neurologia – Oculistica – Terapia intensiva – sale operatorie	
		3. Tasso di opposizione alla donazione (P 30%)	<45% = 50%	<38% =100% <41% =80% <45% =50% >45%=0	0%			
		4. Incremento del procurement di cornee in toto (P 20%) (da cadavere a cuore fermo e a cuore battente)	>20% anno 2018=50%	>30% =100% >25% =80% >20% =50% <20%=0	3			

ALLEGATO 2\_OBIETTIVI STRATEGICI

Obiettivi di salute e funzionamento delle Aziende Sanitarie Anno 2019								
Obiettivo	Descrizione obiettivo Peso	Indicatore	Valore minimo	Target	Risultato raggiunto	% raggiungimento peso regionale	Unità Operative coinvolte	Referente
		5. Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione (P10%)		SI	2 eventi	100%		
7 Prescrizioni dematerializzate Peso 5	1) Aumento numero di medici dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata	1) % medici dipendenti e sumaisti che abbiano effettuato almeno una prescrizione/totale dei medici abilitati		1)>30%	1) 42%	100%	Tutti i medici dipendenti (ospedalieri e territoriali) e SUMAISTI	
	Aumento delle prescrizioni effettuate	2) n medio di prescrizioni annue per medico		2)>100	2)133,65			
8 FSE Peso 5	Attivazione FSE	1) % dei consensi informati acquisiti rispetto al n dei pazienti ricoverati		>5%	16,42%	100%	Direzione medica PP.OO. – Dir. Distretti Sanitari – Referente per Assessorato	
		2)% dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al n delle ricette trasmesse con il flusso C		>10%	0,45%	Si considera raggiunto		

ALLEGATO 2\_OBIETTIVI STRATEGICI

Obiettivi di salute e funzionamento delle Aziende Sanitarie Anno 2019								
Obiettivo	Descrizione obiettivo Peso	Indicatore	Valore minimo	Target	Risultato raggiunto	% raggiungimento peso regionale	Unità Operative coinvolte	Referente
9 Percorso di Certificabilità Peso 5	Consolidamento adempimenti PAC	1)Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale		SI	SI	100%	Internal Audit	Dr Giarrizzo Dr Monasteri
		2) Relazione di valutazione del livello di rischio			SI	100%		
		3) Misure correttive indicate in sede di audit e pubblicazione sul sito			SI	100%		
10 PAA Peso 23	Attuazione del PAA	Completa realizzazione di tutte le attività previste per l'anno 2019		100%	Vd Allegato 5			

ALLEGATO 3\_ TABELLA DOCUMENTI DEL CICLO DI GESTIONE DELLA *PERFORMANCE* (Relazione Performance 2019)

DOCUMENTO	DATA DI APPROVAZIONE	DATA DI PUBBLICAZIONE	DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO	LINK DOCUMENTO
Sistema di misurazione e valutazione della <i>performance</i>	Accordo Aziendale		Del. 881 del 01.08.2019 (si applica dal 2020)	<a href="https://www.aspenna.it/amm-trasparente/regolamento-sistema-di-misurazione-e-valutazione-della-performance/">https://www.aspenna.it/amm-trasparente/regolamento-sistema-di-misurazione-e-valutazione-della-performance/</a>
Piano della <i>performance</i> 2019-2021	Delibera n. 106 del 30/01/2019	31/01/2019		<a href="https://www.aspenna.it/trasparenza/piano-della-performance/">https://www.aspenna.it/trasparenza/piano-della-performance/</a>
Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Delibera n. 111 del 23/01/2020			<a href="https://www.aspenna.it/amm-trasparente/piano-triennale-di-prevenzione-della-corruzione-e-trasparenza-2020-2022-2/">https://www.aspenna.it/amm-trasparente/piano-triennale-di-prevenzione-della-corruzione-e-trasparenza-2020-2022-2/</a>
Carta dei servizi e Standard di qualità	08/02/13		19/04/2019	<a href="https://www.aspenna.it/urp-3/carta-dei-servizi/">https://www.aspenna.it/urp-3/carta-dei-servizi/</a>

lll  
y

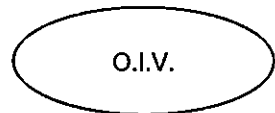
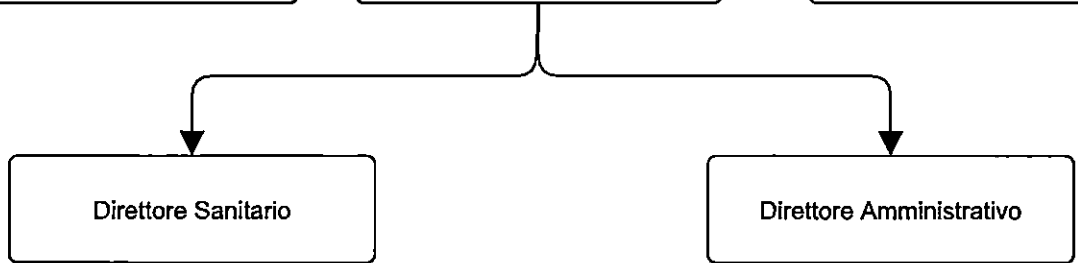
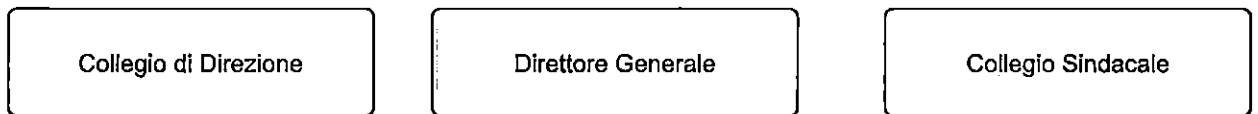
ALLEGATO 4 ORGANIGRAMMA DELLE STRUTTURE ORGANIZZATIVE



ATTO AZIENDALE

ORGANIGRAMMA DELLE STRUTTURE ORGANIZZATIVE

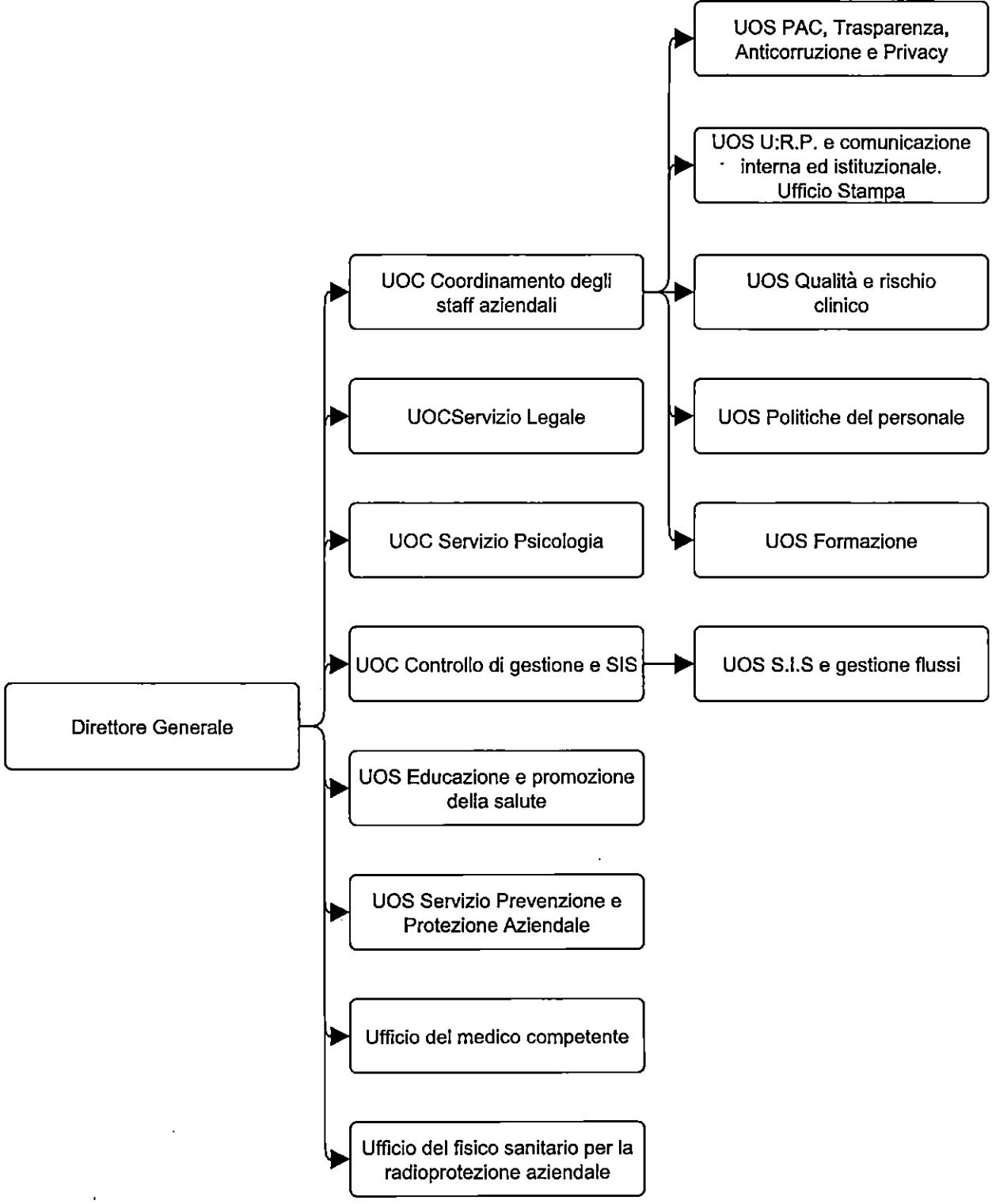
ASSETTO ISTITUZIONALE



*Handwritten signature*

*lll*  
*01*

DIREZIONE GENERALE



PROFESSIONI SANITARIE E SERVIZI SOCIALI

Direttore Sanitario

UOS Servizio sociale  
professionale

UOS Professioni sanitarie  
riabilitative

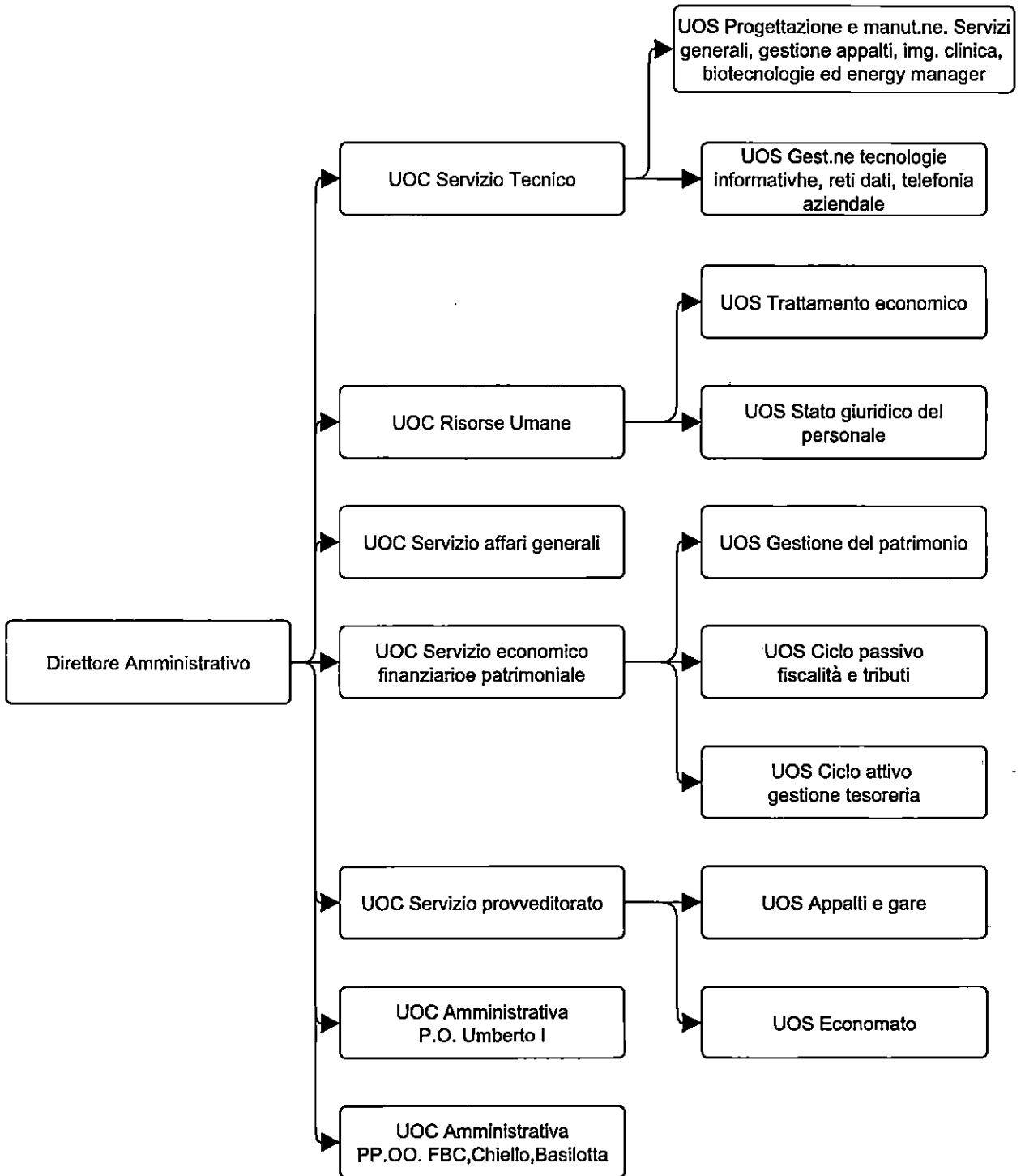
UOS Prof.ni tecnico sanitarie

UOS Prof.ni San. Infermieristiche  
ed ostetriche

UOS Prof.ni tecnico di prevenz.  
vigilanza ed ispezione



DIREZIONE AMMINISTRATIVA



DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO

Dipartimento Amministrativo - Funzionale

UOC Servizio tecnico

UOC Servizio affari generali

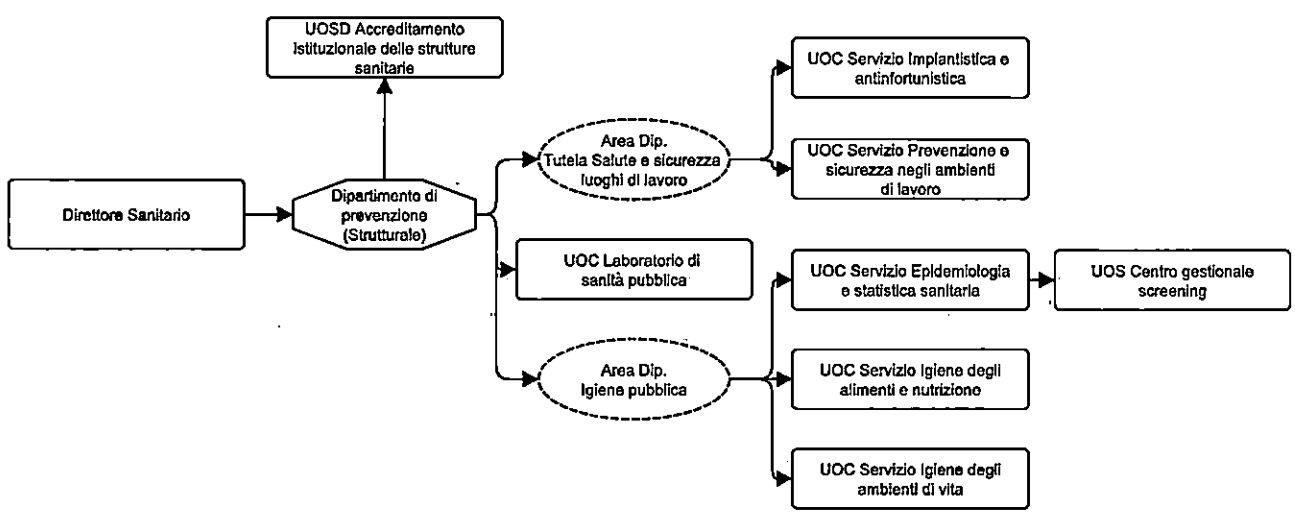
UOC Servizio provveditorato

UOC Servizio economico  
finanziario e patrimoniale

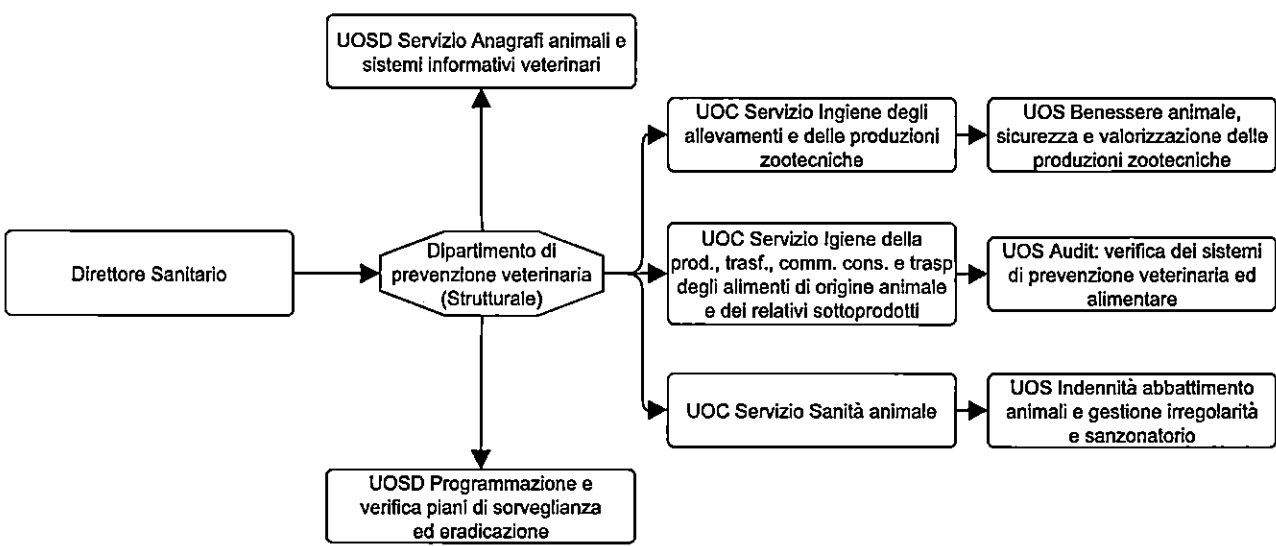
UOC Risorse Umane

all  
el

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA



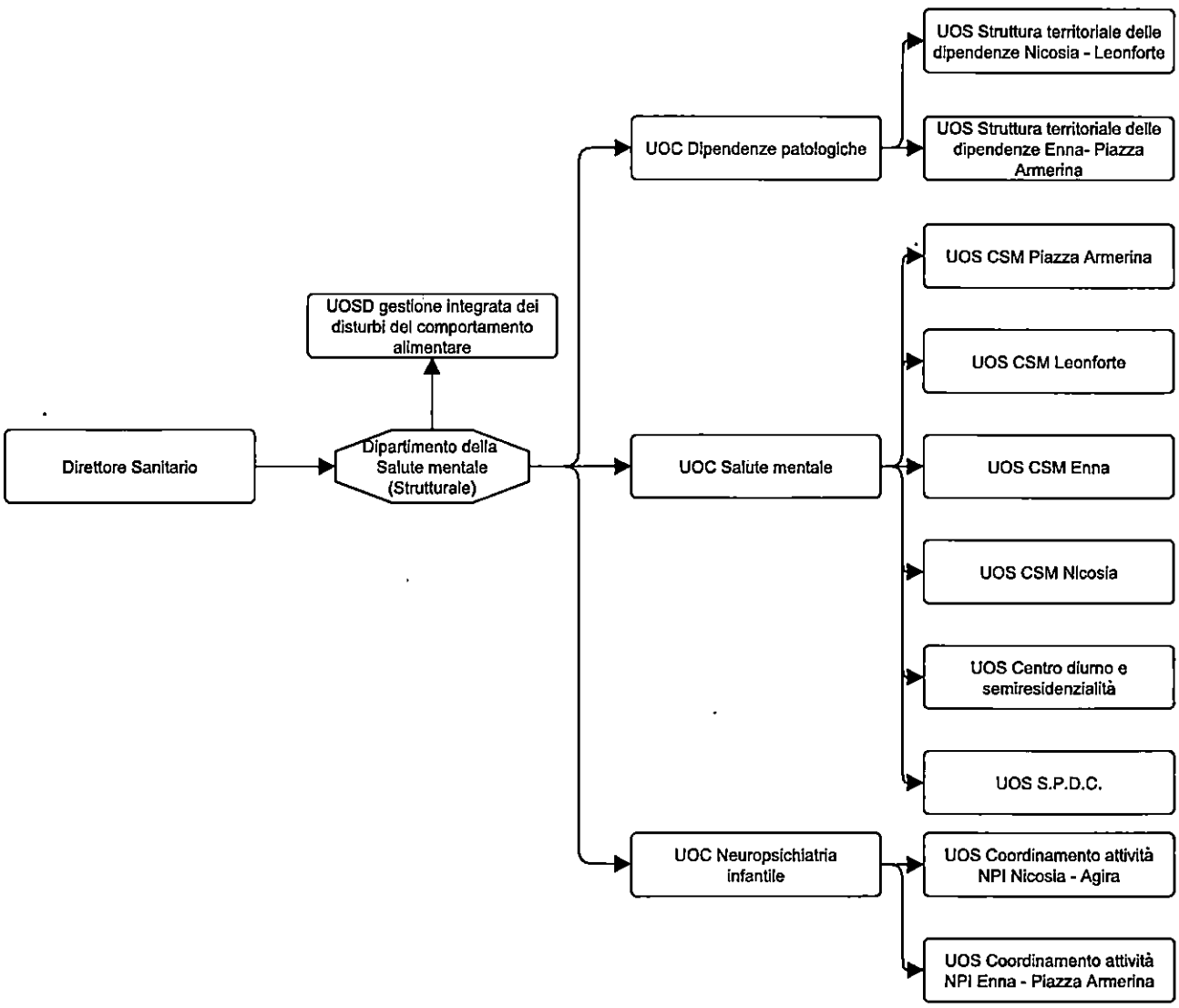
*Handwritten signature*

Handwritten signature

Handwritten mark

All. 2/C

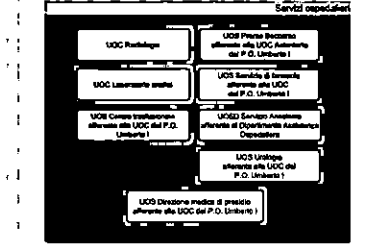
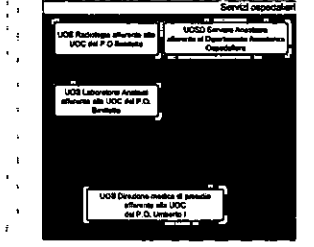
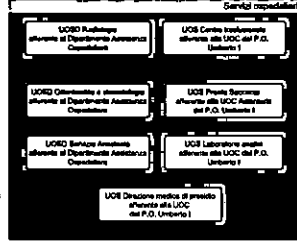
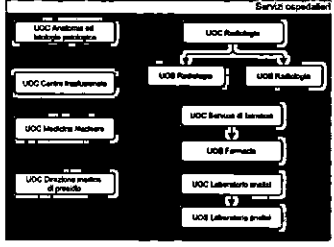
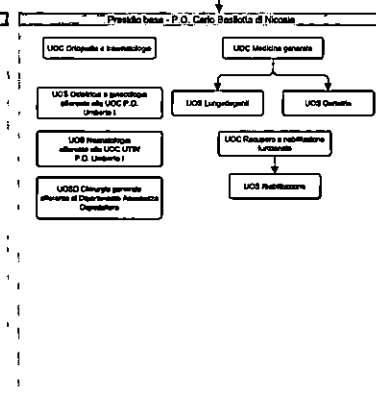
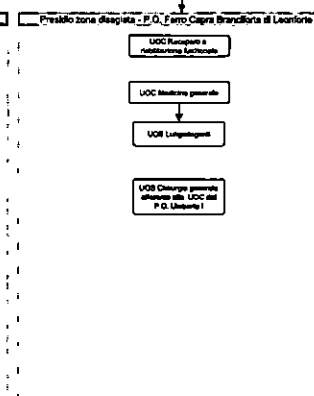
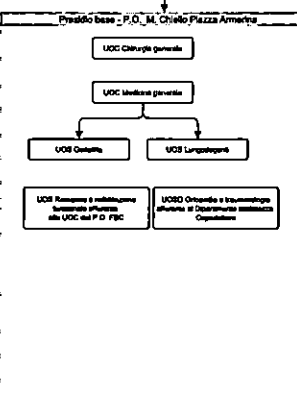
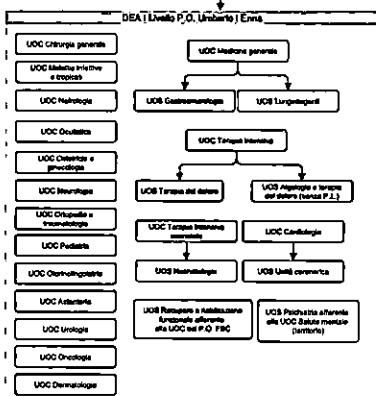
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE



AL 210  
DIPARTIMENTO ASSISTENZA OSPEDALIERA

Direttore Esistente

Coordinamento Assistenza Accademica (Dipartimento Medico)



Handwritten signature

Handwritten signature and initials.

All. 2/E

DIPARTIMENTO DEL MATERNO INFANTILE - Dipartimento funzionale

UOC Ostetricia e  
ginecologia P.O. Umberto I

UOC Pediatria  
P.O. Umberto I

UOC Servizio Assistenza materno  
infantile del territorio

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

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

Distretto Sanitario  
di Piazza Armerina

UOS Cure palliative domiciliari  
e Hospice

Distretto Sanitario  
di Enna

UOC Servizio Assistenza sanitaria  
di base, anziani e cure  
domiciliari

Distretto Sanitario  
di Agira

UOC Servizio Assistenza  
specialistica, riabilitativa  
e protesica e CUP

Distretto Sanitario  
di Nicosia

UOC Servizio Medicina legale  
fiscale e necroscopica

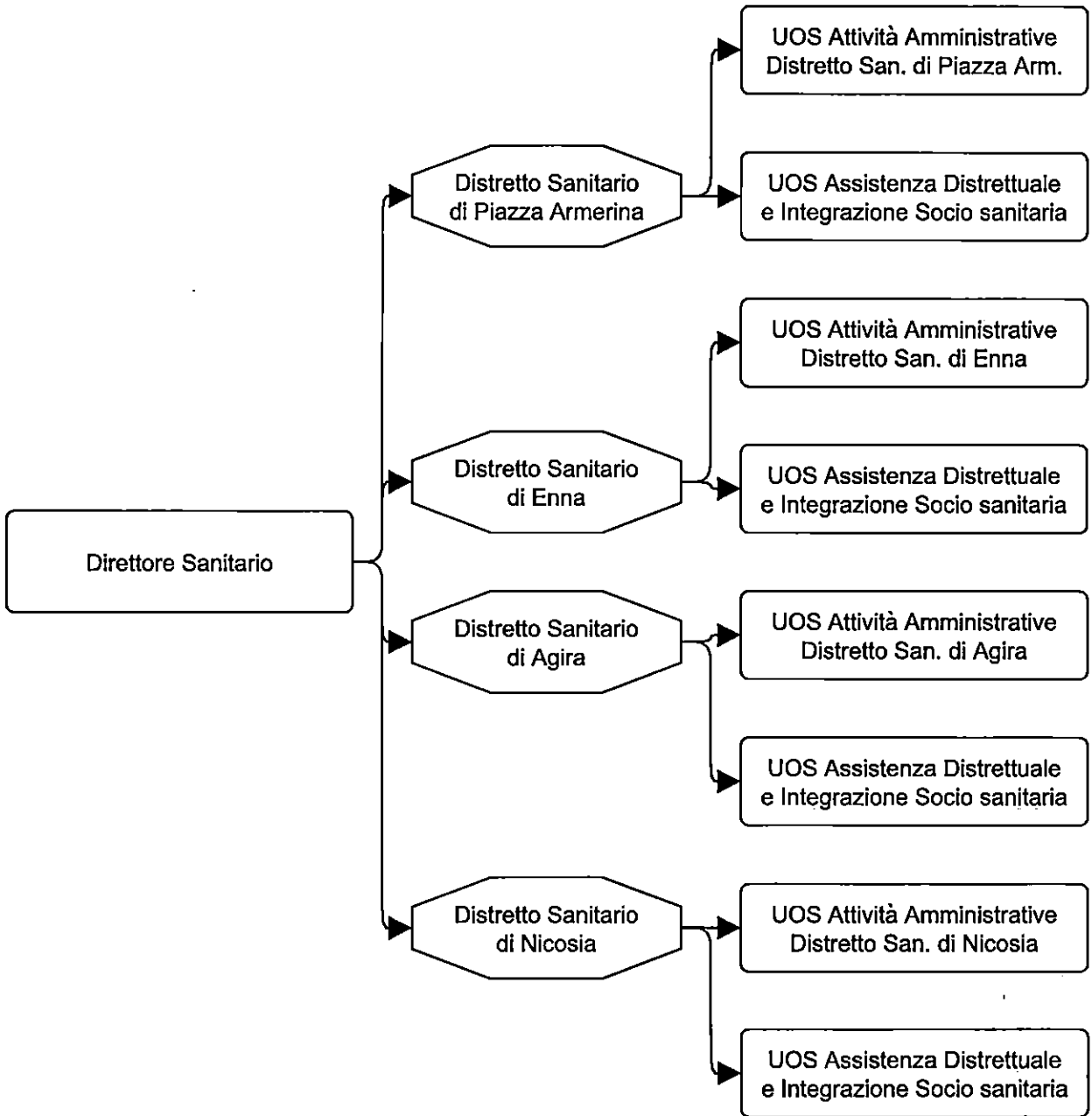
Le UOS gerarchicamente afferenti alle UOC  
si intendono incluse benchè non indicate



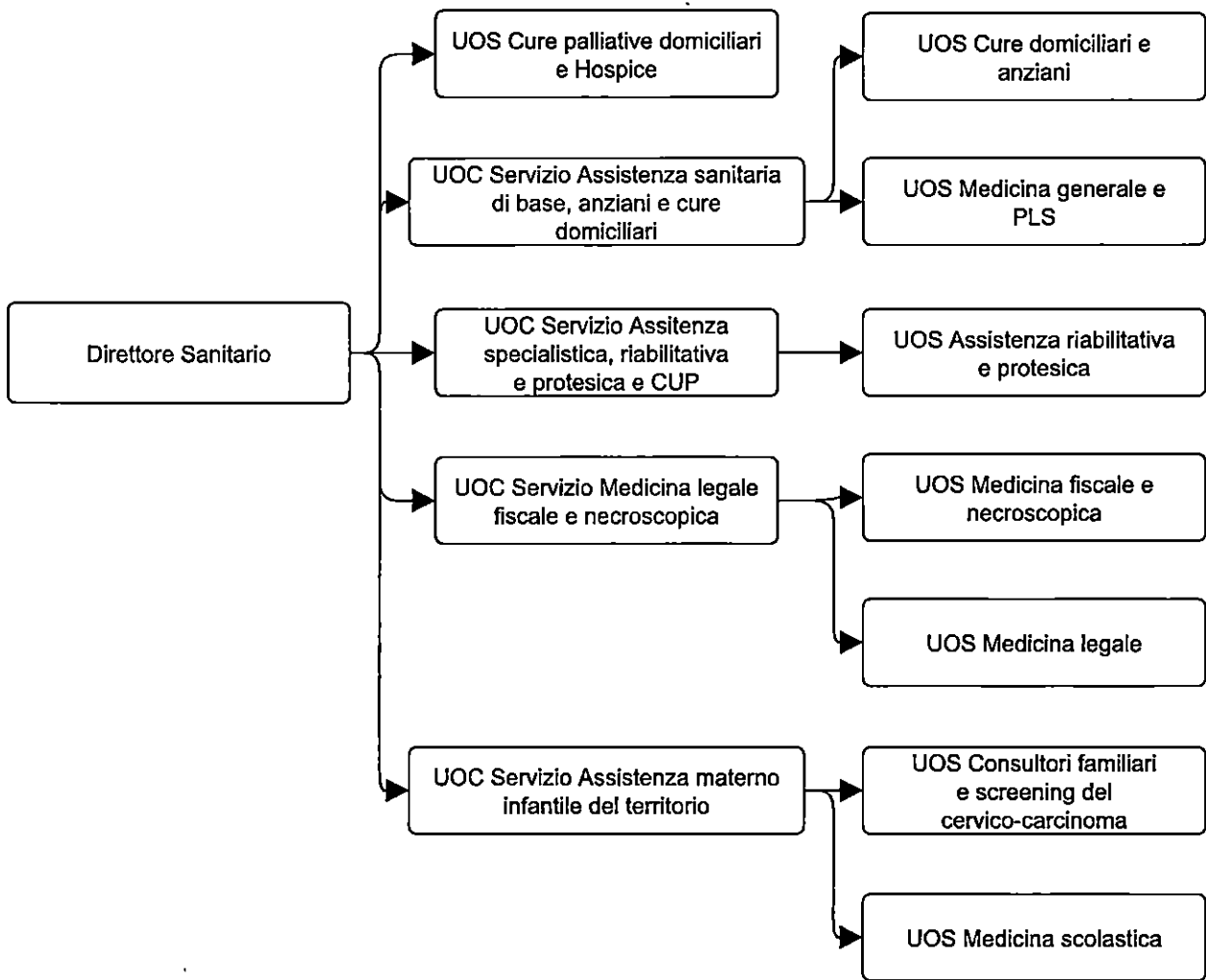
all  
ef

All. 2/F.1

ASSISTENZA TERRITORIALE DISTRETTUALE



ASSISTENZA TERRITORIALE INTERDISTRETTUALE E SOCIO-SANITARIA

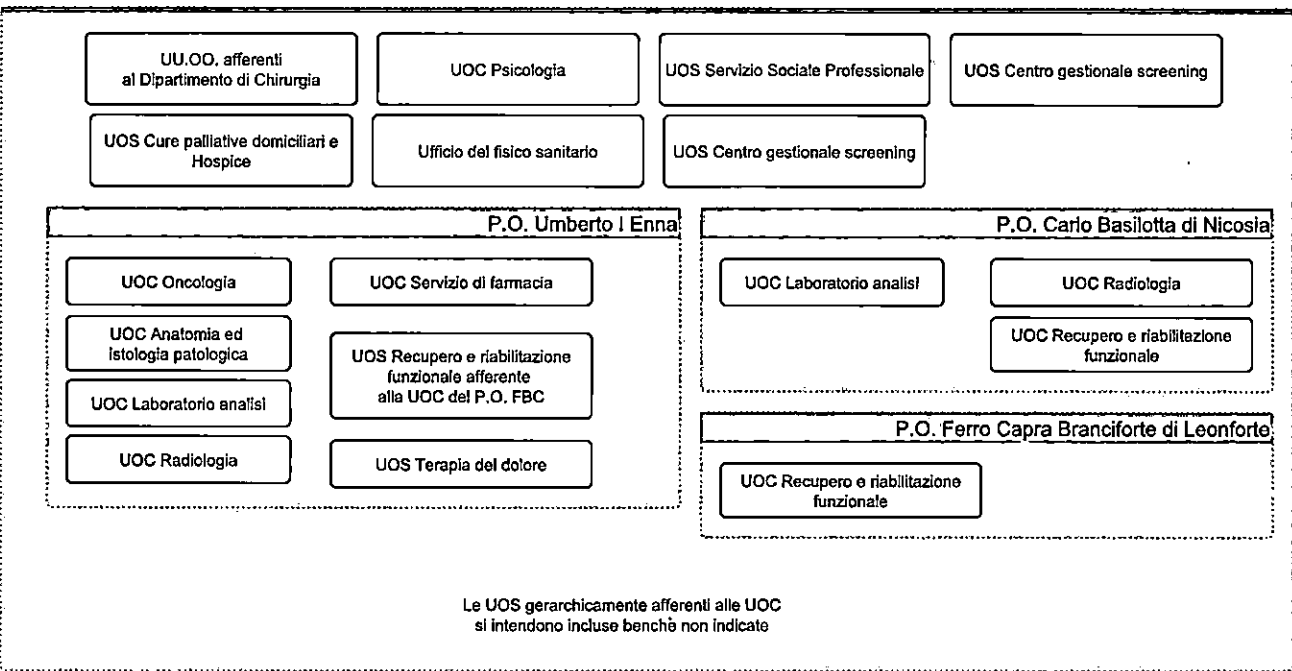


*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

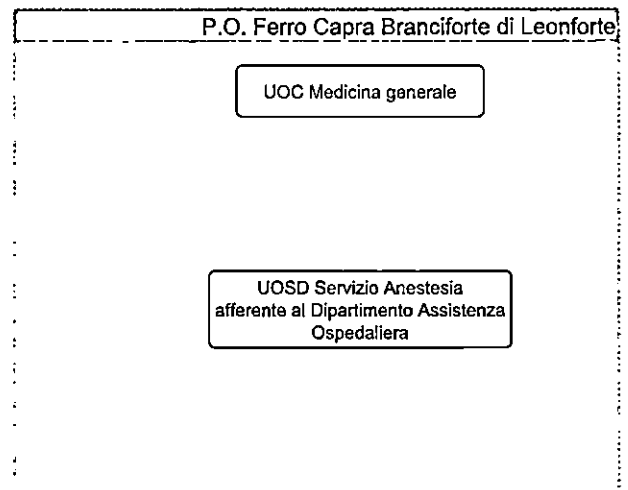
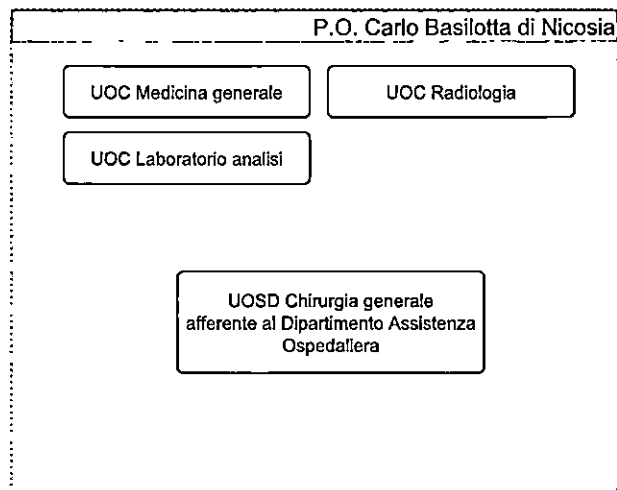
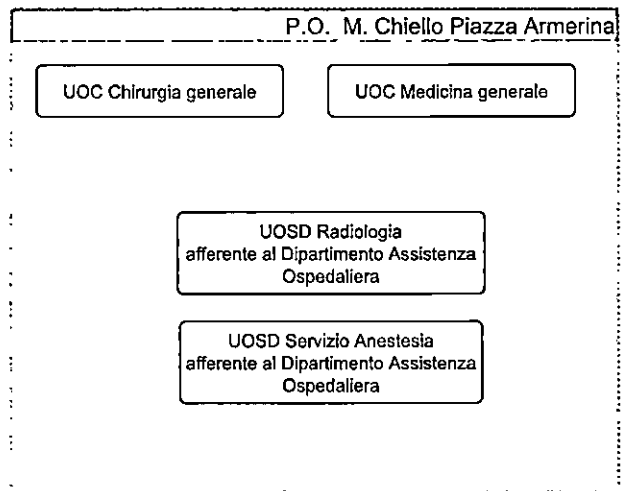
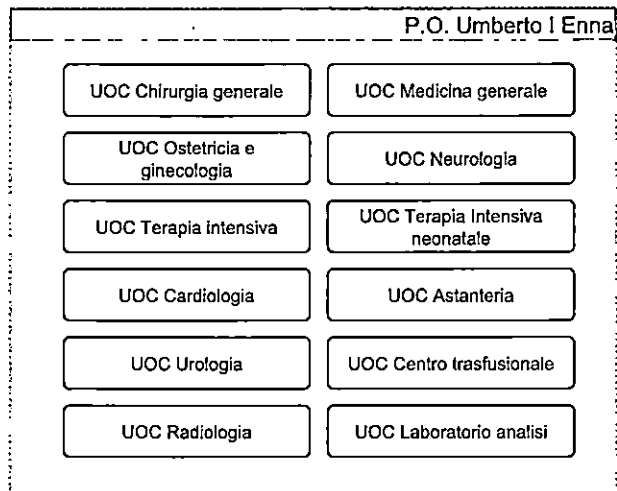
Al. 2/G

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO - Dipartimento funzionale trasmurale



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

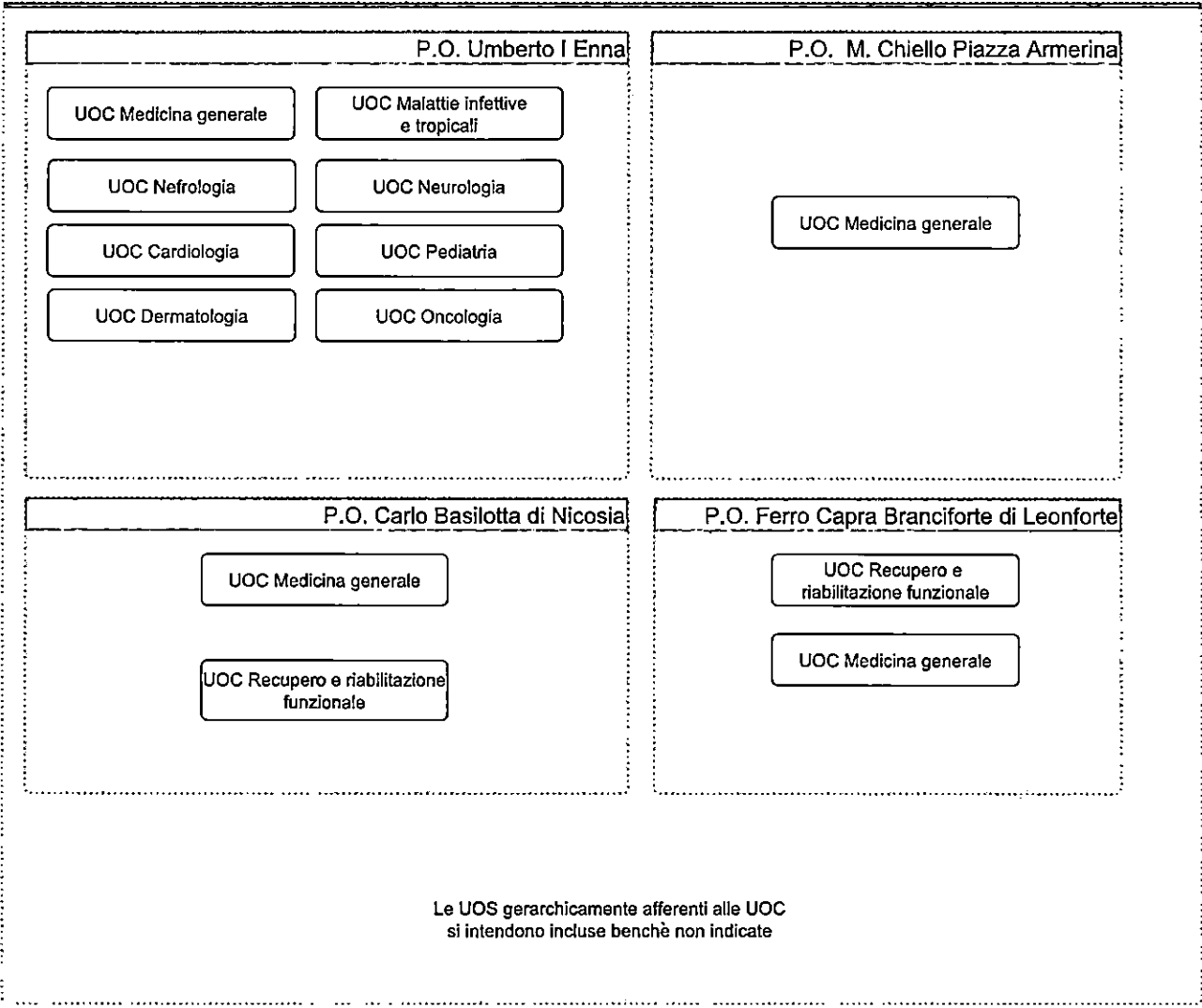
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ED ACCETTAZIONE - Dipartimento funzionale



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

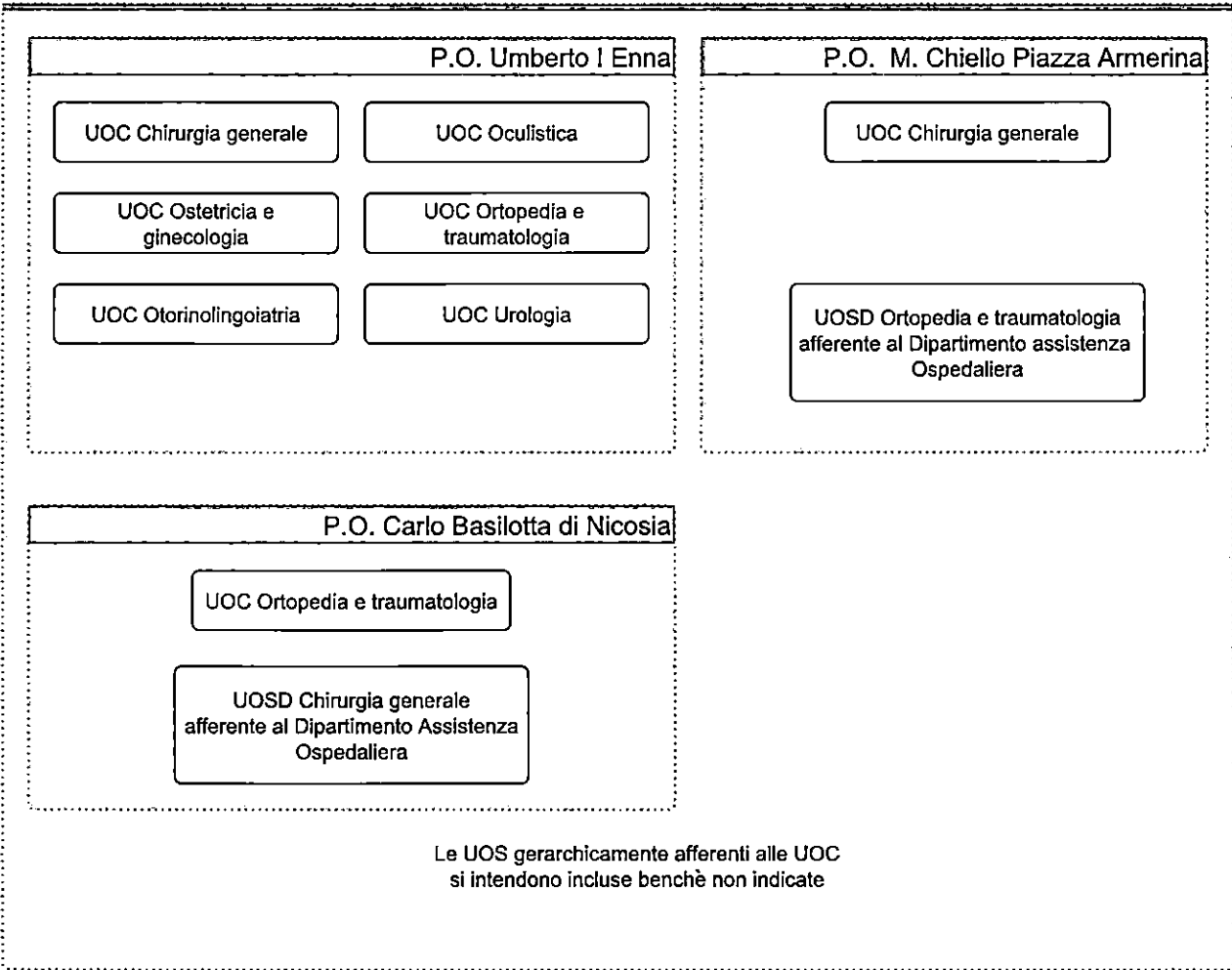
*Handwritten signature and vertical line*

DIPARTIMENTO DI MEDICINA - Dipartimento funzionale transmurale



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

DIPARTIMENTO CHIRURGIA - Dipartimento funzionale

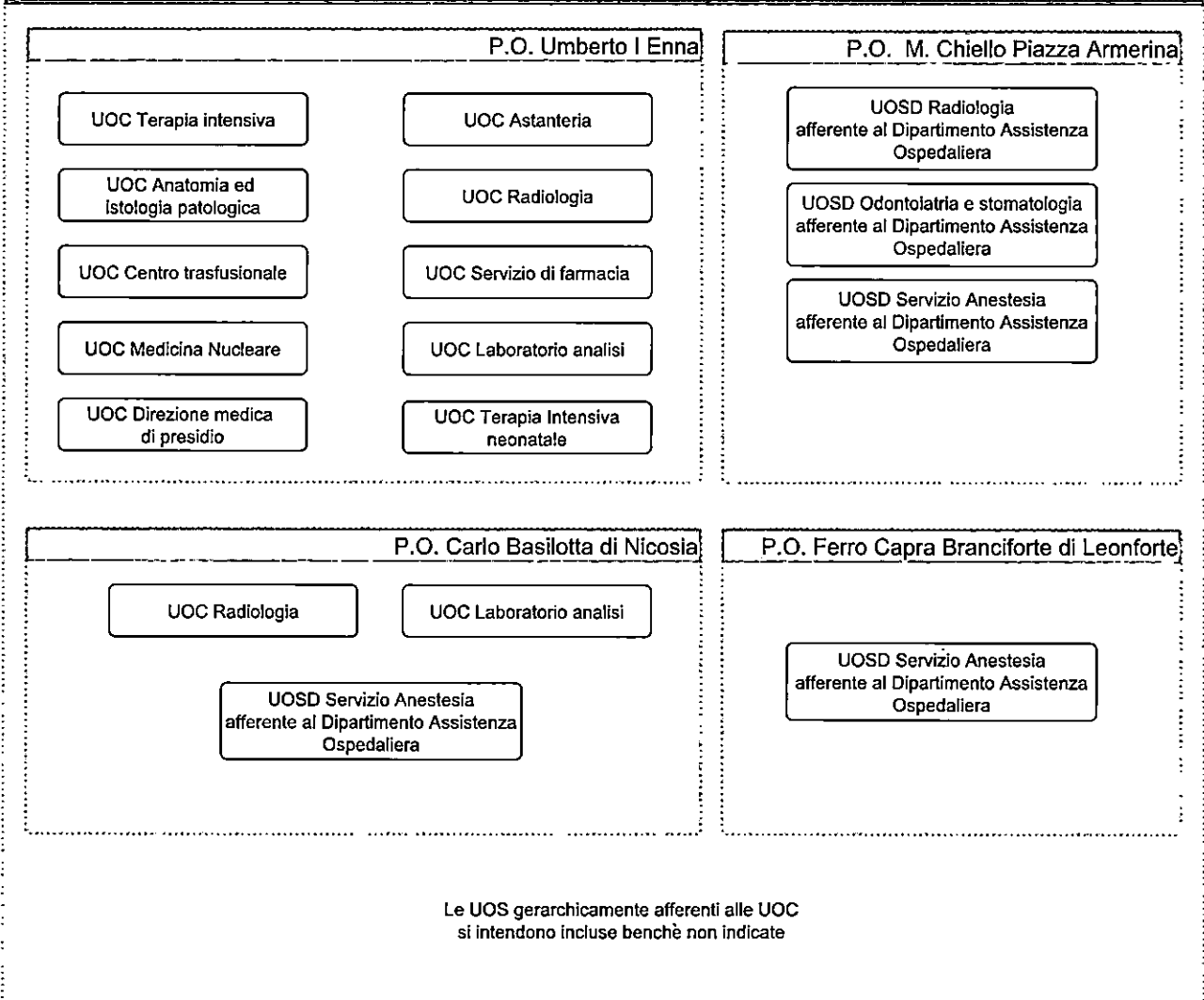


*Handwritten signature*

*Handwritten signature and a vertical line pointing downwards.*

Al. 2/M

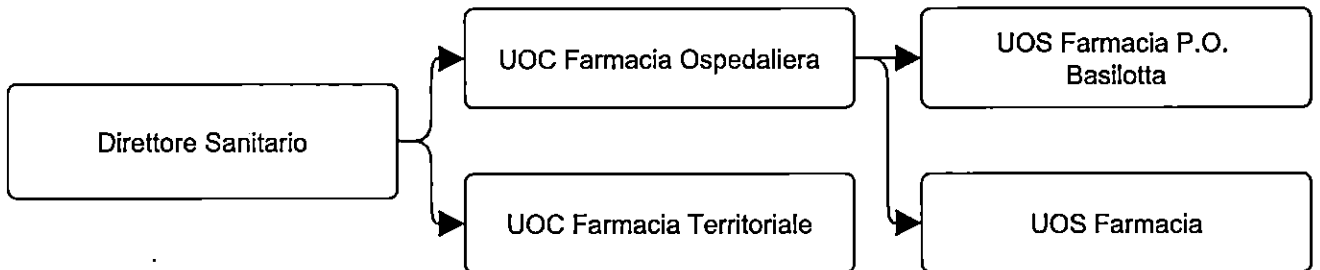
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI - Dipartimento funzionale



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

All. 2/N

ASSISTENZA FARMACEUTICA



*Handwritten signature*



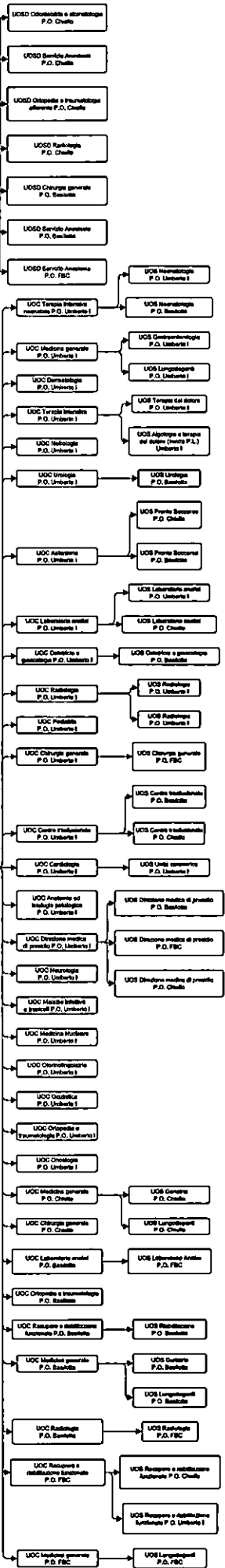
ORGANIGRAMMA DELL'AREA OSPEDALIERA

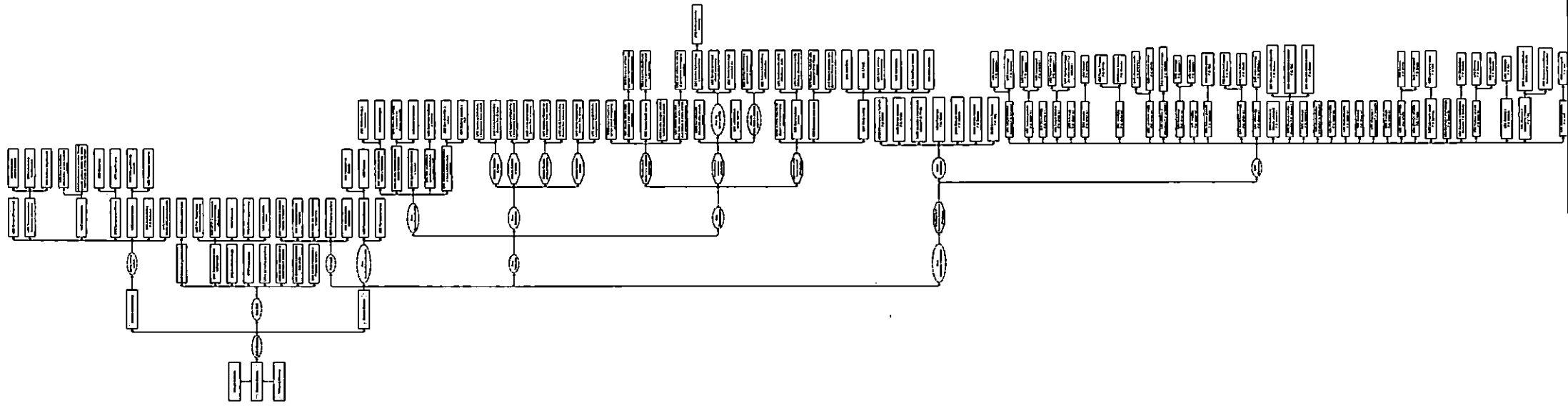
Area  
Assistentia Ospedaliera

Direzione e  
Assistentia Ospedaliera  
(Distretto)

UCSD  
Dipartimento

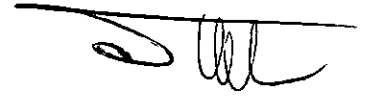
UCD  
Dipartimento





WHL

ALLEGATO 5\_PAA



## PIANO ATTUATIVO AZIENDALE

2019

llh

AREA DI INTERVENTO 1		Sanità Pubblica e Prevenzione				
		Punteggio: 5				
Interventi previsti	Peso intervento	Referente Aziendale di intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Note
				Indicatore di risultato	Valore obiettivo anno 2019	
1.1 – Sanità veterinaria	20%	Direttore Dip. Veterinario	1.1.A - Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)	1.1.A - n. Aziende bovine e ovi caprine controllate/n. Aziende bovine e ovi caprine controllabili	1.1.A - 100%	100% TBC bovina-bufalina 1308/1308 Brucellosi bovina-bufalina 1302/1302 Brucellosi ovi-caprina 1164/1164
			1.1.B – Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina	1.1.B – numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi	1.1.B – 21-28 giorni ≤ 28 gg 100% ≤ 30gg 75% ≤ 32gg 50% < 32 gg 0%	100% Bovini – 25 gg Ovi-caprini – 26 gg
			1.1.C - Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	1.1.C – numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi	1.1.C – 42-63 giorni ≤ 63 gg 100% ≤ 68 gg 75% > 68 gg 0%	100% 50 gg
			1.1.D - Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovi-caprine sulla base di criteri riportati, rispettivamente dai Regolamenti (Ce) n. 1082/2003 e n. 1505/2006.	1.1.D - n. Aziende bovine e ovi-caprine controllate anagraficamente /n. Aziende bovine e ovi-caprine controllabili	1.1.D 5% Aziende bovine 3% Aziende ovi-caprine	100% Aziende bovine: 240/1279 (18,78%) Aziende ovi-caprine 180/1190 (15,13%)
			1.1.E - Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2018	1.1.E - Percentuale di riduzione della prevalenza	1.1.E – 15%	Non attuabile per il 2019, in quanto le movimentazioni non controllate dai territori limitrofi condizionano negativamente le azioni intraprese negli anni dal Dipartimento in merito all'obiettivo(ovcp 2018 0.43% - 2019 1.79%  Bov 2018 1.76% - 2019 2.12%)

1.2 – Sicurezza alimentare	20%	LPS	1.2.A Garantire la disponibilità di Laboratori per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (Criticità POCS);	1.2.A – Provvedimento che attesti la piena funzionalità e lo stato di accreditamento dei Laboratori di Sanità Pubblica per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (o, in alternativa, l'acquisizione della disponibilità presso altri Laboratori Pubblici)	1.2.A – SI/NO	SI  Accreditamento per analisi Acque n. 1741L del 18/12/2018  Alimenti inviati all'istituto zooprofilattico Palermo
		Responsabile SIAN	1.2.B Attuazione dei Piani di Controllo Ufficiale sugli Alimenti (PRIC Sicilia), nonché:  Piano Nazionale Residui	1.2.B – Rendicontazione dell'attività svolta al 30/06 e al 31/12 rispettivamente, entro il 31 Luglio ed il 31 Gennaio dell'anno successivo, secondo i modelli all'uopo predisposti, da cui si evinca almeno il 98% di attività svolta rispetto a quella programmata	1.2.B – SI/NO	SI  Le azioni sono in linea con le direttive regionali.  È in corso una riorganizzazione interna al fine di sostituire il personale in quiescenza
			1.2.C Garantire la piena funzionalità (riversamento massivo e aggiornamento costante) del Sistema informativo regionale Demetra in sicurezza alimentare (Criticità PRP)	1.2.C – Elaborazione e report dei dati registrati nel sistema a cura del DASOE Servizio 7 sicurezza Alimentare	1.2.C – SI/NO	SI  Tutte le ispezioni effettuate sono state caricate nel sistema Demetra
1.3 – Copertura Vaccinale e Sorveglianza Malattie Infettive	20%	Responsabile U.O. di Epidemiologia SIAV	1.3.A - Implementazione della copertura vaccinale (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017)	1.3.A – n. soggetti vaccinati/popolazione target residente	1.3.A 92 – 95% a 24 mesi per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	Esavalente 98%, PN13 97,6%, MPR 98,4%, Varicella 98,3%, meningococco C/ACWY 85,6% Media 95,58%  SI

			1.3.B - Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla <i>evidence</i> per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017 – nota prot. n. 76451 del 16 Ottobre 2018 – disposizioni operative vaccini)	1.3.B - Relazione sulle attività svolte	1.3.B - SI/NO	SI Azioni in continuità con attività svolte nel 2018 (partecipazione di dirigenti del Dipartimento di prevenzione a master biennale e produzione di project work utilizzato per la comunicazione istituzionale)  Attività divulgative nel corso del 2019 rivolte a medici igienisti PLS, MMG (presso Ordine dei Medici di Enna), anziani (gruppi strutturati), studenti (presso istituti scolastici del territorio aziendale)
			1.3.C - Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscotto regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale	1.3.C - Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul Cruscotto Regionale	1.3.C - SI/NO	SI
			1.3 D – Offerta attiva delle vaccinazioni ai soggetti extracomunitari sbarcati sulle coste siciliane  (DIRETTIVA – NOTA Prot. n. 71734 del 28/09/2018)	1.3D – Relazione sulle modalità di offerta dei vaccini, in conformità del calendario regionale, ai soggetti extracomunitari momentaneamente residenti sul territorio regionale con relativa rendicontazione	1.3.D – SI/NO	SI
			1.3.E - Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	1.3.E – Casi di morbillo, rosolia e rosolia congenita con isolamento virale	1.3.E - 100 %	100%
			1.3.F- Notifica delle malattie infettive	1.3F – notifica infettive su numero di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	1.3.F – 70%	100% delle malattie notificate. I dati vengono inseriti nella piattaforma PREMIAL

llll

1.4 – Tutela ambientale	20%	UTIN	1.4.A – Sorveglianza Malformazioni Congenite	1.4.A – Segnalazioni anni 2018 e 2019 +/- 10% rispetto 2017	1.4.A – SI/NO	SI 12 segnalazioni caricate
		Responsabile OUEPSA	1.4.B - PRP macro obiettivo 2.8 ambiente e salute	1.4.B – Raggiungimento degli standard previsti dal PRP linea 2.8 ambiente e salute al 31/12/2019	1.4.B – SI/NO	SI A- Già effettuati 5 incontri Radiazioni UV presso gli istituti scolastici provinciali con il coinvolgimento di circa 140 tra studenti e docenti. B - REACH-CLP partecipazione ai tavoli tecnici regionali
		Responsabile SPresal	1.4.D – Amianto	1.4.D – registro mesoteliomi Esecuzione interviste su esposizione in tutti i casi segnalati nel 2019	1.4.D - >80% al 31/12/2019	SI 4 interviste /5 segnalazioni (80%)
		Responsabile SIAV e OUEPSA	1.4. E - Evidenza di avvio interventi di promozione della salute sul corretto uso di cellulari e sulla eccessiva esposizione ai raggi UV (Direttiva 32187 dell'8.4.2016)	1.4.E – Invio Report entro il 30/10/2019	1.4.E – SI/NO	SI effettuati incontri presso gli istituti scolastici provinciali rivolti a studenti e docenti
1.5 – Prevenzione nei luoghi di lavoro	20%	Responsabile Spresal	1.5.A Sorveglianza Lavoratori ex esposti	1.5.A – Invio report trimestrale, aumento 10% inviti, e adesioni e implementazione base arruolabili	1.5.A – SI/NO	SI Nel corso del 2019 sono stati trasmessi regolarmente al DASOE i report trimestrali.  Dagli elenchi trasmessi dall'INAIL sono stati invitati n. 137 lavoratori ex esposti su 137 censiti. Sono stati arruolati 29 nuovi lavoratori per la sorveglianza sanitaria degli ex esposti e sono stati tutti visitati secondo il protocollo sanitario del Coordinamento interregionale e di cui alla L.R. 10/2014

AREA DI INTERVENTO 2		Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti				
		Punteggio 9				
Interventi previsti	Peso intervento	Referente Aziendale di intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Note
				Indicatore di risultato	Valore obiettivo anno 2019	
2.1 Sicurezza dei Pazienti	3 punti	Direzione sanitaria PP.OO.  Rischio Clinico	2.1 A - Monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento	Sarà valutata:  1) la percentuale di completezza*1 della compilazione della Scheda A e della Scheda B*2 degli interventi sentinella, individuazione dei fattori contribuenti e piano di miglioramento, in coerenza al protocollo nazionale (SIMES)  2) il monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive (Report su piattaforma Qualitasicilia SSR)	90%  SI	Ad oggi si sono presentati solo due eventi avversi.  Tutte le attività di monitoraggio vengono regolarmente effettuate.
			2.1 B - Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella	2.1 B valutazione e produzione di report annuale secondo la metodologia Agenas	SI	SI - Valutazione caricata sul Sistema
			2.1 C - Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali	2.1 C 1) Report secondo schema disponibile su piattaforma Qualitasicilia SSR  2.1 C 2) svolgimento di almeno 20 osservazioni dirette per azienda sanitaria	2.1 C 1) SI  2.1 C 2) 100%	2.1 C 1) SI  2.1 C 2) SI 25 osservazioni



		U.O. Farmacia Ospedaliera  U.O. Farmacia Territoriale	2.1 D Aderenza agli Obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PINCAR) 2017-2020" ai sensi del D.A. n°1162 del 27 Giugno 2018	Aderenza agli obiettivi e alle direttive	SI	SI totale aderenza agli Obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale Contrasto all'Antibiotico-Resistenza  Territorio - Incontri trimestrali con i MMG e i PLS monitoraggio per appropriatezza d'uso degli antibiotici.  Ospedaliera – viene compilata scheda motivata da parte dei medici ospedalieri prescrittori
		Direzione Sanitaria PP.OO.	2.1. E adempimenti Legge 24/2017	Aderenza agli obiettivi e alle direttive	SI	Le attività si svolgono in ottemperanza alla disposizione normativa n.24/2017
2.2 Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini / pazienti	1 punto	URP	2.2 A - Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale	2.2 A - Attuazione delle direttive regionali sulla misurazione della qualità percepita	SI	SI  La rilevazione relativa ai tre quadrimestri dell'anno 2019 è stata condotta presso le strutture territoriali e ospedaliere dell'ASP di Enna rispettando i parametri assegnati. Il report annuale e relativo all'intero 2019 è stato sviluppato e consegnato alle Aziende Sanitarie della Regione Sicilia dal Dipartimento di Scienze Economiche e Statistiche dell'Università di Palermo che ha valutato l'obiettivo sui tre quadrimestri del 2019 assegnando all'ASP di Enna la misura dell'aderenza al progetto del 100%. Il report è pubblicato sul sito del DASOE:  <a href="http://www.qualitasiciliassr.it">www.qualitasiciliassr.it</a>

						e sul sito istituzionale <a href="http://www.asp.enna.it">www.asp.enna.it</a> alla voce URP – Qualità Percepita
			2.2 B - La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas	2.2 B - Attuazione delle direttive regionali	SI	<p>SI</p> <p>Le Direttive Regionali sono state attuate, nel corso degli anni 2017/2018, in riferimento all'indagine dal nome: "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino", realizzata nei 4 Presidi Ospedalieri dell'ASP di Enna e il cui report, a carico dell'AGENAS, è stato inviato alle Aziende del SSR in data 2 maggio 2018.</p> <p>Il report è stato pubblicato sul sito dell'Azienda per la diffusione dei risultati e inviato ai riferimenti civici e al presidente del CCA; in data 24 maggio è stata realizzata la riunione per il piano di miglioramento individuato per l'area dell'accessibilità in riferimento alla Ricerca condotta negli anni precedenti (biennio 2016/17). Gli interventi sono in itinere. La sistemazione degli spazi comuni, l'allestimento delle sale lettura e l'acquisto totem sono le azioni già compiute; completato l'acquisto e la messa in opera delle bande orizzontali per ipovedenti nel percorso per disabili dell'Ospedale Umberto I.</p>

llll

2.3 PDTA	1 punto	Dir. Dipartimento di Competenza - Distretti Sanitari Territoriali	2.3 A - Implementazione delle Linee guida cliniche attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) sia in ambito ospedaliero che territoriale secondo direttive regionali	2.3 A Report sulla base degli indicatori di implementazione specifici previsti dai singoli PDTA secondo direttive regionali	SI	I PDTA sono stati sviluppati e sono pubblicati sul sito istituzionale ASP Enna. Per ogni singolo PDTA la fase di monitoraggio è effettuata secondo le singole direttive regionali
2.4 Appropriatezza	1 punto	Direzione Sanitaria PP.OO.	2.4 A - Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	2.4 A - Rispetto degli adempimenti previsti	SI	2.7 A - Si - Rispetto degli adempimenti previsti. In atto istituzione nuovo nucleo NOC per sostituzione personale in quiescenza
2.5 Outcome	1 punto	Direzione Sanitaria PP.OO.	2.5 A - Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE	2.5 A Report secondo modalità indicate dalla Regione	SI	SI - report inviati
2.6  Consolidamento della raccolta delle Emazie concentrate nel plasma da destinare alla produzione di medicinali plasmaderivati	2 punti	Centro Trasfusionale	2.6.A - Rispetto delle previsioni di raccolta delle EC già programmata dai Servizi Trasfusionali per l'anno 2019 (DDG n.51 del 17/01/2019) presso le Aziende sanitarie (ASP - AO - ARNAS - AOU) delle provincie di AG, CL, CT, EN, PA, RG, SR, TP.  2.6.B - Incremento della quantità di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e B) presso ciascuna azienda sanitaria regionale non inferiore a 60kg rispetto alla quantità di plasma raccolta nel 2018	2.6.A • 100% con l'attribuzione di 1 punto al raggiungimento della previsione 2019  2.6.B • 100% con l'attribuzione di 1 punto all'atto del raggiungimento della quantità di Plasma prevista per il sub-obiettivo 2 pari a +60kg di Plasma rispetto al 2018 • La riduzione tra la previsione di raccolta (60 Kg) non superiore al 10% sarà valutato con 0.8 punto • Per scostamenti > al 10% l'obiettivo sarà considerato non raggiunto	SI	2.6.A - SI Nel 2019 sono state raccolte 8470 di Emazie, obiettivo oltre le previsioni  2.6.B - SI Nell'anno 2018 la produzione di plasma da inviare al frazionamento industriale è stata di Kg.2290,306 mentre nel 2019 la produzione di plasma da inviare al frazionamento industriale è stata di Kg.2368,341.  L'aumento di produzione del plasma da inviare al frazionamento industriale è stato di Kg.74,035 superiore ai 60 Kg. previsti

Area di intervento 3		Assistenza Territoriali ed Integrazione Socio-sanitaria e Privacy					
		Punteggio: 9					
Interventi previsti	Peso intervento	Referente Aziendale di intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento			Note
				Indicatore di risultato	Valore obiettivo anno 2019	Valore obiettivo anno 2020	
3.1 Cronicità	1 Punto	Distretti Sanitari Territoriali	3.1.A Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scopenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c (EMOGLOBINA GLICATA) >= 6.5 Progetto IGEA; Scopenso Cardiaco a media complessità classificati in II° classe NYHA.)	3.1.A Diabetici e scompensati cardiaci arruolati attivamente / N. Pazienti media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico x 100	3.1.A > 90%	3.1.A > = 90%	Tutti i pazienti inviati dai PP.OO. vengono presi in carico ai Distretti territoriali.  Sono in corso attività di sensibilizzazione alle dimissioni facilitate presso i reparti ospedalieri
3.2 Fragilità	1 Punto	DSM	3.2.A Attuazione di quanto previsto dal PIANO Regionale Unitario per l'Autismo	3.2.A completamento procedure di reclutamento del personale per i servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativi  3.2.B Implementazione RETE Centri diurni e Centri residenziali	3.2.A SI/NO	3.2.B attivazione di almeno un Centro pubblico o privato convenzionato	3.2.A – sono state espletate le procedure di selezione del personale interessato. Si sta provvedendo ad avviare una mobilità per le figure di logopedista ed educatore in quanto le selezioni sono andate deserte o non idonee. I locali sono stati ristrutturati e completi di arredamento. Criticità Emergenza COVID 19  3.2.B – è stato rinnovato il contratto con "I Corrieri dell'Oasi", al quale è stato aggiunto l'ambito di intervento educativo 0-6 nelle more dell'attivazione della struttura pubblica dell'ASP

3.3 Disabilità e Non Autosufficienza	6	2	U.O.C. Medicina di Base	3.3.A Implementazione dei PUA/ Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i Front-Office distrettuali per i portatori di disabilità	3.3.A piena realizzazione delle linee guida assessoriali relative al PUA compresa la realizzazione della procedura per i portatori di disabilità	3.3.A SI	3.3.A SI DE CENZO	<p>Con delibera n.829 del 18.07.2019, allegata alla presente, è stato approvato il progetto finalizzato alla implementazione dei PUA nei quattro Distretti Territoriali insistenti nell'ASP, redatto nel rispetto delle Linee Guida regionali di cui alla nota assessoriale Serv 11 "Tutela della fragilità" prot. n. 0072445 del 03.10.2018.</p> <p>Nell'ambito di detto progetto è prevista anche l'acquisizione di un programma informatico finalizzato a gestire, in maniera uniforme, le istanze volte al riconoscimento dei benefici spettanti ai soggetti affetti da Disabilità gravissima.</p> <p>E' in fase di definizione la procedura per il percorso facilitato dell'utente disabile volto all'acquisizione del beneficio.</p>
		2	Distretti Sanitari Territoriali	3.3.B Liquidazione indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini stabiliti dalle Direttive assessoriali	3.3.B Tempestivo pagamento del 100%	3.3.B SI	3.3.B SI	SI – le liquidazioni vengono effettuate tempestivamente. Ad oggi è in corso di liquidazione Agosto 2019
		2	Distretti Sanitari Territoriali	3.3.C Attuazione delle valutazioni multidimensionali (UVM) effettuate presso il domicilio dell'utenza	3.3.C n. valutazioni multidimensionali domiciliari / N. valutazioni multidimensionali totali = X100	3.3.C >=80%	3.3.C >=80%	<p>Con atto deliberativo sono stati sostituiti i membri in quiescenza ed integrati con nuovi operatori ospedalieri. È stato riorganizzato il protocollo di intervento.</p> <p>La media ASP si attesta al di sopra dell'obiettivo</p>

3.4 Privacy	1 punto	Direzione Strategica Aziendale  D.P.O. aziendale	3.4 Applicazione regolamento europeo sulla protezione dei dati	3.4 Costituzione ufficio per la protezione dei dati  Costituzione gruppo di lavoro	3.4 SI/NO	3.4 SI	Nel nuovo atto aziendale approvato dall'Azienda è prevista la costituzione dell'ufficio Privacy. La Direzione ha esternalizzato il Servizio.
----------------	---------	---	---	---	-----------	--------	--

*Handwritten signature*