

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
ENNA



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2018

Presentazione

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

Nella presente Relazione sono riportati i risultati relativi agli obiettivi programmati per l'anno 2018, che l'Azienda ha reso noti attraverso il Piano della Performance 2018-2020.

La Relazione è redatta sulla base delle indicazioni contenute nella delibera CIVIT n. 5/2012, secondo criteri di trasparenza, intelligibilità, veridicità, verificabilità dei contenuti, così da assolvere alla sua finalità primaria di strumento di comunicazione; contiene una descrizione quanto più possibile snella e comprensibile dei risultati raggiunti, con riferimento ai singoli obiettivi programmati e declinati nel Piano della Performance 2018-2020, ed è corredata da una serie allegati in cui i dati dell'attività dell'Azienda a consuntivo sono riportati più nel dettaglio.

Indice

| | |
|---|----|
| Presentazione..... | 2 |
| Indice..... | 3 |
| 2 Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni | 4 |
| 2.1 Il contesto esterno di riferimento..... | 4 |
| 2.2 L' Amministrazione | 6 |
| 2.3 I risultati raggiunti | 17 |
| 2.4 Le criticità e le opportunità | 24 |
| 3 Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti | 25 |
| 3.1 Albero della performance..... | 25 |
| 3.2 Obiettivi strategici | 41 |
| 3.3 Obiettivi e piani operativi..... | 47 |
| 3.4 Obiettivi individuali | 55 |
| 4 Risorse, efficienza ed economicità | 56 |
| 5 Pari opportunità e bilancio di genere..... | 60 |
| 6 Il processo di redazione della relazione sulla performance | 61 |
| 6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità..... | 61 |
| 6.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo della performance | 61 |
| Allegati:..... | 62 |
| Allegato 1: Prospetto relativo alle pari opportunità e bilancio di genere | 62 |
| Allegato 2: Tabella obiettivi strategici (1 e 2)..... | 62 |
| Allegato 3: Tabella Documenti del ciclo di gestione della Performance | 62 |
| Tabella PAA..... | 62 |

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

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

Popolazione assistiti per fasce di età al 31/12/2018 – Fonte dati: Anagrafe Regionale Assistiti

La popolazione straniera residente nei comuni dell'ASP di Enna al 01.01.2018 è pari a 3775 abitanti ((+ 210 rispetto al 2017), distribuita per comune come nella tabella seguente:

| Stranieri - comune | Stranieri - comune | Stranieri - comune |
|-------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Enna: 891 | Centuripe: 112 | Pietraperzia: 51 |
| Agira: 69 | Cerami: 23 | Regalbuto: 280 |
| Aidone: 265 | Gagliano C. : 51 | Sperlinga: 13 |
| Assoro: 58 | Leonforte: 160 | Troina: 172 |
| Barrafranca: 175 | Nicosia: 214 | Valguarnera C.: 110 |
| Calascibetta: 72 | Nissoria: 32 | Villarosa: 126 |
| Catenanuova: 107 | P. Armerina: 773 | Capizzi: 11 |

Distribuzione della popolazione straniera residente dei comuni dell'ASP (ISTAT 01.01.2018)

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

| 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 (x 1.000 ab.) | Indice di mortalità (x 1.000 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 | - | - |

Indici demografici - Istat

I dati riportati evidenziano un calo della popolazione residente rispetto al 2017 (trend che ha caratterizzato gli ultimi anni), con un aumento della popolazione straniera e degli anziani. In considerazione di ciò nel corso del 2018 l'Azienda ha previsto nella sua programmazione - come evidenziato nel Piano - una serie di attività, all'interno dei propri servizi, a sostegno di tali fasce deboli.

Nel Piano della Performance 2018-2020 sono stati riportati gli Obiettivi di Salute e di Funzionamento dei Servizi assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute alla Direzione Aziendale per il periodo 2016-2017; tali obiettivi hanno indirizzato la programmazione aziendale per l'anno 2018, nelle more di ricevere indicazioni dall'Assessorato Regionale. Come evidenziato nell'albero della Performance rappresentato nel Piano, la Direzione Aziendale ha tradotto gli obiettivi strategici assegnati dall'Assessorato in obiettivi 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 31.12.2018, come da reportistica dei Dirigenti delle strutture organizzative, e sulla base dell'attività di monitoraggio del Controllo di Gestione. Nel Piano della Performance 2018 sono stati, inoltre, inseriti, all'interno di un Piano Attuativo Aziendale, gli obiettivi e i programmi di attività individuati dall'Assessorato Regionale per l'anno 2017, al fine di garantire la continuità delle azioni intraprese nell'attesa di aggiornamenti/indicazioni regionali per l'anno 2018. Si riportano nella presente Relazione i risultati relativi ad obiettivi del PAA non portati a termine nel periodo precedente o ad attività previste da norme ben definite; per alcune attività non si dispone di un set completo di dati di monitoraggio a causa della mancata individuazione di un Responsabile, anche per il periodo di commissariamento dell'Azienda.

Agli Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi si affiancano gli Obiettivi generali a valenza triennale (equilibrio di bilancio, contenimento della spesa, rispetto degli obblighi relativi alla gestione dei flussi informativi, rispetto delle disposizioni regionali in merito all'attività libero professionale), come evidenziato nel Piano della Performance 2018-20 (Obiettivo strategico B) e gli Obiettivi di integrazione con il Programma di trasparenza e integrità e il Piano di prevenzione della corruzione (Obiettivo strategico C).

Nell'albero della Performance riportato al par. 3.3. del Piano della Performance 2018-20 sono stati rappresentati gli obiettivi strategici sopra citati, evidenziando la connessione con la *mission* aziendale, da un lato e con gli obiettivi e programmi di attività in cui sono stati declinati, dall'altro.

2.2 L'Amministrazione

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

Il Piano della Performance 2018-2020 riporta il disegno delle articolazioni organizzative aziendali come di seguito sintetizzato (Atto Aziendale del. 223 del 31/3/2016 e Atto Aziendale del. n. 429 del 01/06/2017).

AREA TERRITORIALE

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

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

L'Azienda adotta l'organizzazione dipartimentale come modello ordinario di gestione operativa di tutte le sue strutture; 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.

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

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

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

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

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

L'offerta relativa all'assistenza ambulatoriale è stata garantita dalle strutture riepilogate nei seguenti prospetti

| Distribuzione per livello di assistenza delle strutture a gestione diretta (alcune strutture espletano più tipologie di assistenza) | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------|--|-------------------------|--------------------------------|-------------------------|----------------------------------|-----------------|------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| TIPO STRUTTURA | Attività clinica | Diagnostica strumentale e per immagini | Attività di laboratorio | Attività consultorio familiare | Assistenza psichiatrica | Assistenza per tossicodipendenti | Assistenza AIDS | Assistenza idrotermale | Assistenza agli anziani | Assistenza ai disabili fisici | Assistenza ai disabili psichici | Assistenza ai malati terminali |
| Ambulatorio/ Laboratorio | 34 | 5 | 4 | | | | | | | | | |
| Struttura residenziale | | | | | | | | | 2 | | | |
| Struttura semi-residenziale | | | | | 1 | | | | | | 1 | |
| Altro tipo di struttura | | | | 9 | 19 | 3 | | | | | | 1 |

| Distribuzione per livello di assistenza delle strutture convenzionate (alcune strutture espletano più tipologie di assistenza) | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------|--|-------------------------|--------------------------------|-------------------------|----------------------------------|-----------------|------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| TIPO STRUTTURA | Attività clinica | Diagnostica strumentale e per immagini | Attività di laboratorio | Attività consultorio familiare | Assistenza psichiatrica | Assistenza per tossicodipendenti | Assistenza AIDS | Assistenza idrotermale | Assistenza agli anziani | Assistenza ai disabili fisici | Assistenza ai disabili psichici | Assistenza ai malati terminali |
| Ambulatorio/ Laboratorio | 6 | 9 | 13 | | | | | | | | | |
| Struttura residenziale | | | | 2 | | | | | 1 | | 1 | |
| Struttura semi-residenziale | | | | | | | | | | | | |
| Altro tipo di struttura | | | | | | | | | | | | |

Relativamente all'Assistenza sanitaria di base, nell'anno 2018, l'ASP di Enna ha operato mediante 140 Medici di Medicina Generale (MMG) e 23 Pediatri di Libera Scelta (PLS) per una popolazione assistita di 166.923 unità. Si riportano nelle seguenti tabelle i dati per Distretto:

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

Popolazione assistita MMG per Distretto

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

Popolazione assistita PLS per Distretto

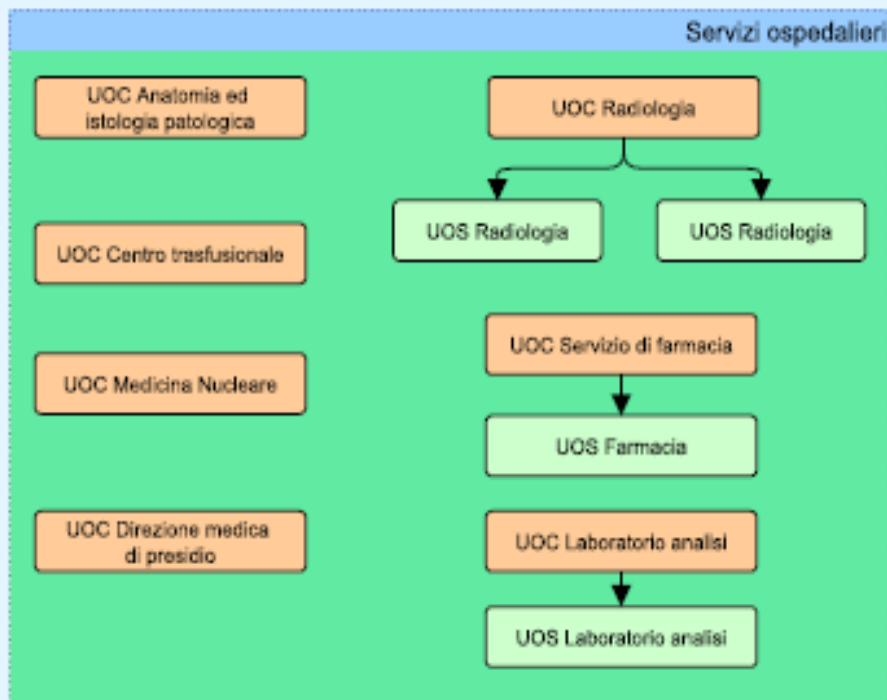
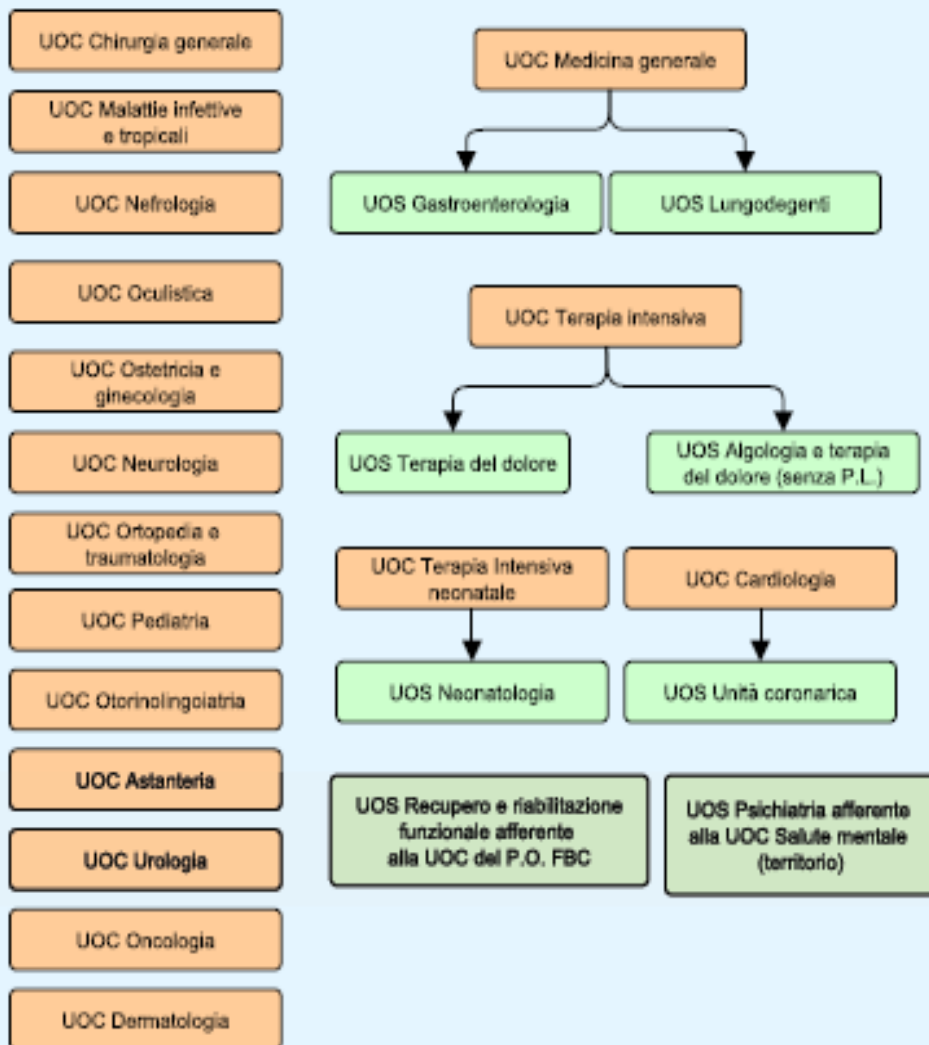
AREA OSPEDALIERA

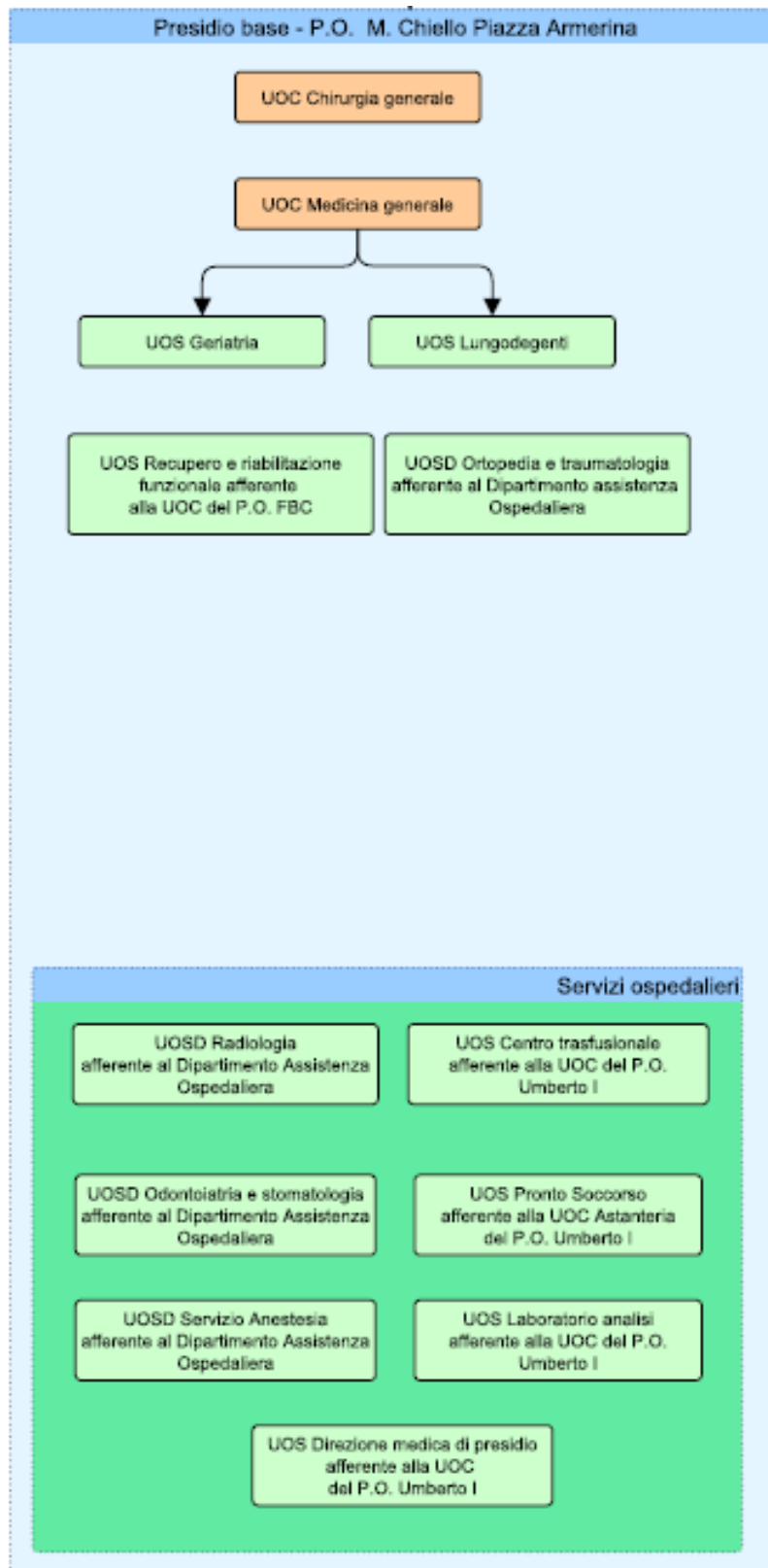
L'assistenza ospedaliera è erogata mediante l'attività di quattro Presidi Ospedalieri a gestione diretta classificati secondo la logica della razionalizzazione della rete d'emergenza di cui al D.A. 629/2017 come di seguito descritto:

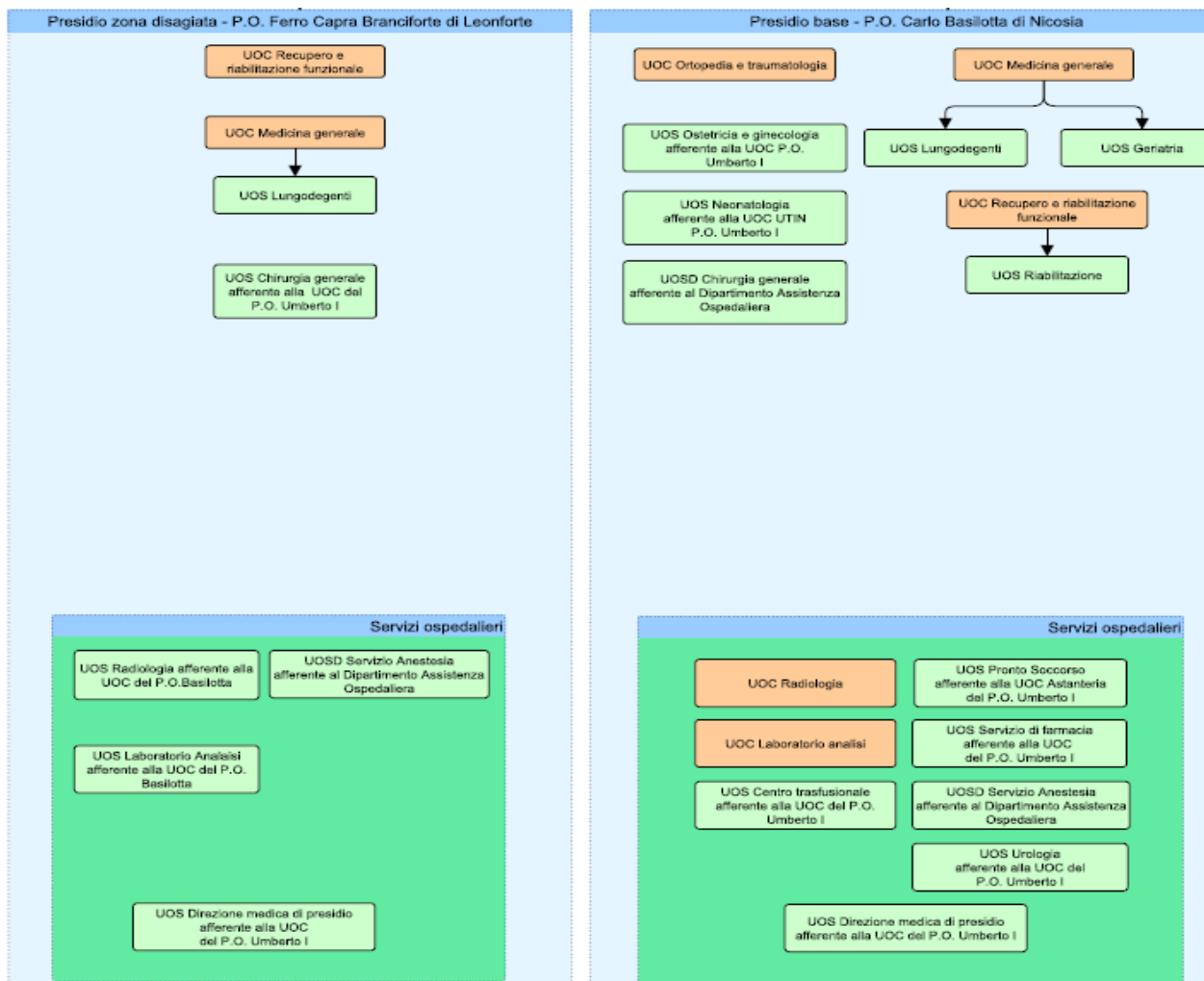
- P.O. Umberto I di Enna - HSP 190319 - Dipartimento di Emergenza Urgenza e di Accettazione (DEA) I livello
- P.O. Chiello di Piazza Armerina - HSP 190320 – Presidio Ospedaliero di base
- P.O. Basilotta di Nicosia – HSP 190322 – Presidio Ospedaliero di base
- P.O. Ferro-Branciforte-Capra di Leonforte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

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

DEA | Livello P.O. Umberto I Enna





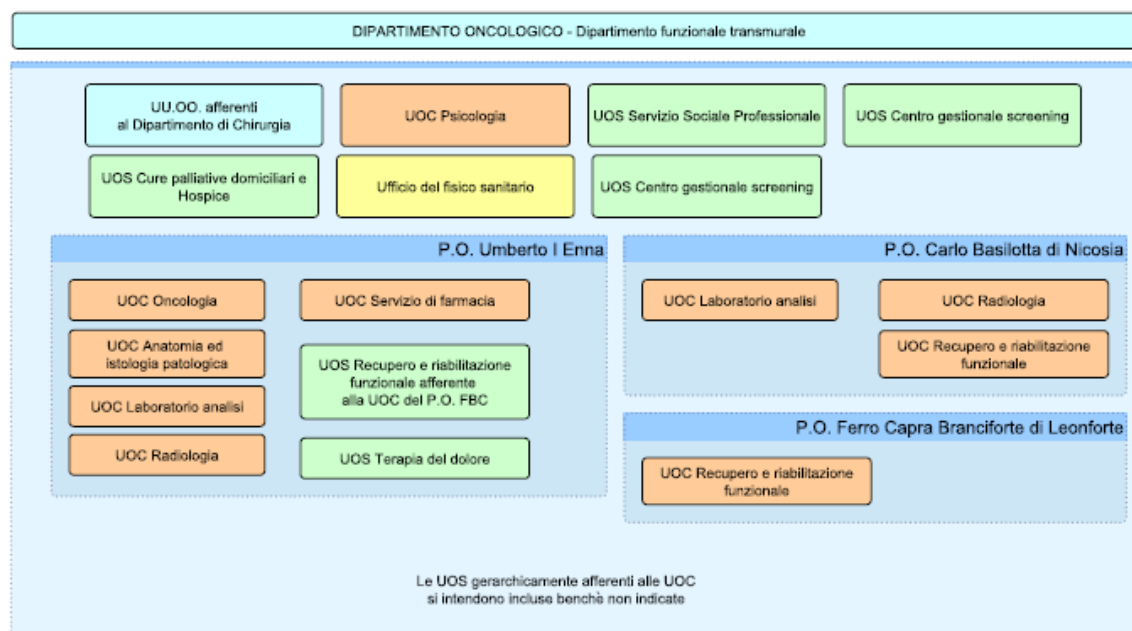


I Presidi Ospedalieri sono organizzati secondo un modello dipartimentale, che garantisce il coordinamento e la sinergia tra le attività delle UU.OO.CC e delle UU.OO.SS istituite.

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

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

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



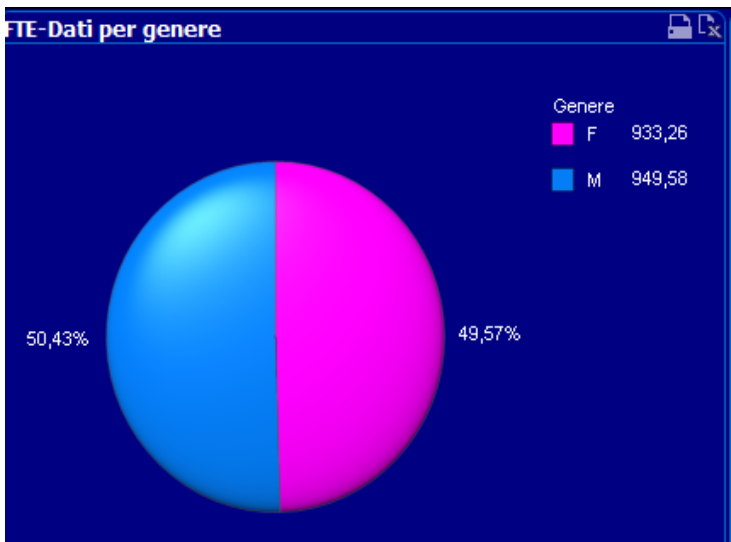
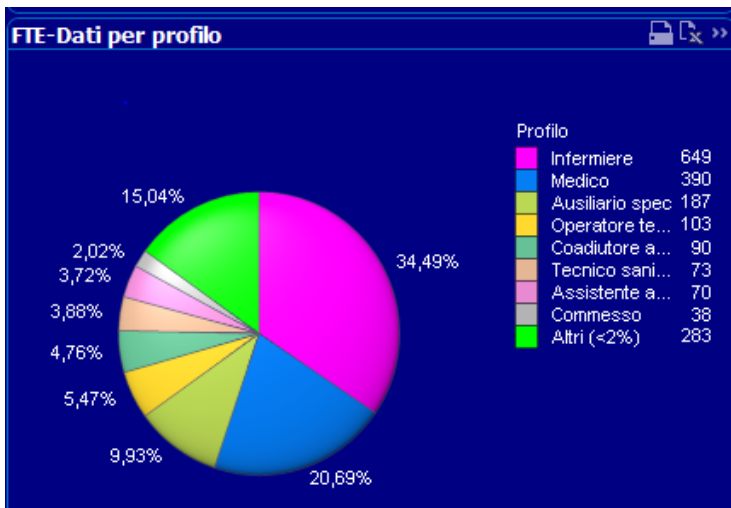
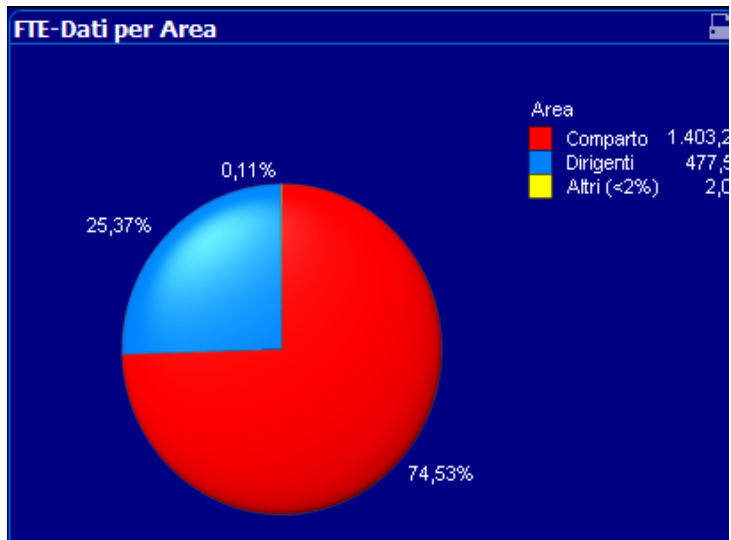
Si riportano di seguito alcuni dati di attività relativi all'assistenza ospedaliera. I Presidi ospedalieri erogano attività a ciclo continuo e diurno per acuti, lungodegenza e riabilitazione post-acuzie. Nel corso del 2018 i servizi sono stati erogati come di seguito schematizzato:

| Distribuzione di posti letto anno 2018 | | | | | |
|--|----------------|-------------------------------|-----------|-----------------------------------|-----------|
| Regime | Struttura | PL strutturali Mod. HSP 12 | | PL strutturali Mod. HSP 22 bis | |
| | | 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 |
| Totale Posti letto per acuti | | 373 | 55 | 290 | 61 |
| 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 |
| Totale Posti letto effettivi | | 415 | 55 | 324 | 61 |

Distribuzione di posti letto anno 2018

Si riportano di seguito, in tabella e grafici, alcuni dati relativi al personale dipendente presente al 31/12/2018. Nei grafici le unità di personale vengono quantificate in termini di FTE (Full Time Equivalent), così da ricomprendere oltre che il personale di ruolo a tempo indeterminato anche i rapporti a tempo determinato:

| Ruolo | Profilo | Anno 2017 | Anno 2018 | Valore % | Δ |
|---------------------------|--|-------------|-------------|-------------|------------|
| Amministrativo | Assistente amministrativo | 72 | 70 | 29% | -2 |
| | Commesso | 40 | 38 | 16% | -2 |
| | Coadiutore amministrativo | 93 | 90 | 37% | -3 |
| | Collaboratore amministrativo | 29 | 31 | 13% | 2 |
| | Dirigenti amministrativo | 16 | 15 | 6% | -1 |
| | Totale | 250 | 243 | 100% | -7 |
| Direzione | Direttore Amministrativo | 1 | | 0% | -1 |
| | Direttore Generale | 1 | 1 | 50% | 0 |
| | Direttore Sanitario | 1 | 1 | 50% | 0 |
| | Totale | 3 | 2 | 100% | -1 |
| Professionale | Assistente religioso | 4 | 4 | 57% | 0 |
| | Personale religioso in convenzione | 2 | | 0% | -2 |
| | Avvocato | 1 | 1 | 14% | 0 |
| | Ingegnere | 3 | 2 | 29% | -1 |
| | Totale | 10 | 7 | 100% | -3 |
| Sanitaria | Assistente sanitario | 1 | 1 | 0% | 0 |
| | Ostetrica | 30 | 31 | 2% | 1 |
| | Infermiere | 656 | 649 | 51% | -7 |
| | Infermiere generico | 9 | 7 | 1% | -2 |
| | Infermiere pediatrico | 1 | 1 | 0% | 0 |
| | Educatore professionale | 1 | 1 | 0% | 0 |
| | Fisioterapista | 23 | 28 | 2% | 5 |
| | Logopedista | 1 | 1 | 0% | 0 |
| | Ortottista assistente di oftalmologia | 2 | 2 | 0% | 0 |
| | Tecnico audiometrista | 1 | 1 | 0% | 0 |
| | Puericultrice | 5 | 5 | 0% | 0 |
| | Tecnico sanitario di laboratorio biomedico | 38 | 40 | 3% | 2 |
| | Tecnico sanitario di radiologia medica | 31 | 33 | 3% | 2 |
| | Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro | 16 | 15 | 1% | -1 |
| | Veterinario | 24 | 26 | 2% | 2 |
| | Medico | 422 | 390 | 31% | -32 |
| | Psicologo | 14 | 14 | 1% | 0 |
| | Biologo | 9 | 7 | 1% | -2 |
| | Chimico | 1 | | 0% | -1 |
| | Fisico | | 1 | 0% | 1 |
| | Pedagogista | 6 | 6 | 0% | 0 |
| | Farmacista | 12 | 12 | 1% | 0 |
| Totale | 1303 | 1271 | 100% | -32 | |
| Tecnica | Assistente tecnico | 8 | 8 | 2% | 0 |
| | Ausiliario specializzato | 202 | 187 | 52% | -15 |
| | Collaboratore tecnico | 6 | 5 | 1% | -1 |
| | Operatore tecnico | 98 | 94 | 26% | -4 |
| | Assistente sociale | 33 | 33 | 9% | 0 |
| | Operatore socio sanitario | 23 | 20 | 6% | -3 |
| | Operatore tecnico addetto all'assistenza | 10 | 9 | 3% | -1 |
| | Analista | 1 | 1 | 0% | 0 |
| | Sociologo | 3 | 3 | 1% | 0 |
| | Totale | 384 | 360 | 100% | -24 |
| Totale complessivo | | 1950 | 1883 | | |



Risorse finanziarie

Le risorse finanziarie ed economiche per l'anno 2018 derivano, principalmente, dalle assegnazioni effettuate dal Fondo Sanitario Regionale (Assessorato Regionale per la Salute), sulla base della cosiddetta "quota capitaria", oltre che dalla quota del Fondo Sanitario Nazionale.

| Cons | CODICE | VOCE NUOVO MODELLO CE (1) | Consuntivo 2018 | Preventivo 2018 | Diff | Consuntivo 2017 | Diff |
|------|--------|--|-----------------|-----------------|-------|-----------------|--------|
| | AA0010 | A.1) Contributi in c/ esercizio | 329.585 | 327.875 | 1.710 | 325.157 | 4.428 |
| | AA0240 | A.2) Rettifica contributi c/ esercizio per destinazione ad investimenti | -3.554 | -3.368 | -186 | -2.426 | -1.128 |
| | AA0270 | A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti | 4.283 | 1.417 | 2.866 | 1.723 | 2.560 |
| | AA0320 | A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria | 36.990 | 37.370 | -380 | 36.901 | 89 |
| | AA0750 | A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi | 3.345 | 2.901 | 444 | 2.904 | 441 |
| | AA0940 | A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) | 1.490 | 1.446 | 44 | 1.567 | -77 |
| | AA0980 | A.7) Quota contributi c/ capitale imputata all'esercizio | 4.588 | 4.548 | 40 | 4.531 | 57 |
| | AA1050 | A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | AA1060 | A.9) Altri ricavi e proventi | 345 | 313 | 32 | 201 | 144 |
| | AZ9999 | Totale valore della produzione (A) | 377.072 | 372.502 | 4.570 | 370.558 | 6.514 |
| | BA0010 | B.1) Acquisti di beni | 30.930 | 29.585 | 1.345 | 29.349 | 1.581 |
| | BA0390 | B.2) Acquisti di servizi | 209.211 | 209.814 | -603 | 204.044 | 5.167 |
| | BA1910 | B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata) | 3.877 | 3.733 | 144 | 3.798 | 79 |
| | BA1990 | B.4) Godimento di beni di terzi | 2.080 | 1.693 | 387 | 1.691 | 389 |
| | BA2080 | Totale Costo del personale | 108.529 | 108.636 | -107 | 108.544 | -15 |
| | BA2090 | B.5) Personale del ruolo sanitario | 86.263 | 86.548 | -285 | 86.368 | -105 |
| | BA2230 | B.6) Personale del ruolo professionale | 354 | 336 | 18 | 370 | -16 |
| | BA2320 | B.7) Personale del ruolo tecnico | 12.632 | 12.666 | -34 | 12.509 | 123 |
| | BA2410 | B.8) Personale del ruolo amministrativo | 9.280 | 9.086 | 194 | 9.297 | -17 |
| | BA2500 | B.9) Oneri diversi di gestione | 2.175 | 2.037 | 138 | 2.034 | 141 |
| | BA2560 | Totale Ammortamenti | 5.922 | 6.027 | -105 | 5.947 | -25 |
| | BA2570 | B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali | 224 | 253 | -29 | 261 | -37 |
| | BA2580 | B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali | 5.698 | 5.774 | -76 | 5.686 | 12 |
| | BA2590 | B.12) Ammortamento dei fabbricati | 3.162 | 3.201 | -39 | 3.163 | -1 |
| | BA2620 | B.13) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali | 2.536 | 2.573 | -37 | 2.523 | 13 |
| | BA2630 | B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti | 0 | 0 | 0 | 393 | -393 |
| | BA2660 | B.15) Variazione delle rimanenze | -279 | -527 | 248 | -947 | 668 |
| | BA2690 | B.16) Accantonamenti dell'esercizio | 8.427 | 4.371 | 4.056 | 9.179 | -752 |
| | BZ9999 | Totale costi della produzione (B) | 370.872 | 365.369 | 5.503 | 364.032 | 6.840 |
| | CZ9999 | Totale proventi e oneri finanziari (C) | -274 | -87 | -187 | -235 | -39 |
| | DZ9999 | Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | EZ9999 | Totale proventi e oneri straordinari (E) | 2.338 | 1.002 | 1.336 | 2.712 | -374 |
| | XA0000 | Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E) | 8.264 | 8.048 | 216 | 9.003 | -739 |
| | YZ9999 | Totale imposte e tasse | 8.115 | 8.048 | 67 | 8.110 | 5 |
| | ZZ9999 | RISULTATO DI ESERCIZIO | 149 | 0 | 149 | 893 | -744 |

Compatibilmente con la salvaguardia dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) - che costituisce obiettivo prioritario ed inderogabile del sistema sanitario regionale - al fine del raggiungimento dell'equilibrio di bilancio l'Azienda ha messo in atto una politica volta alla razionalizzazione e contenimento dei costi, che ha consentito la chiusura del bilancio con un utile di € 149.000,00. Si rimanda alla sezione 4 di questa Relazione per una trattazione più dettagliata.

Benessere organizzativo

In ottemperanza al DDG n. 472 del 23.03.2016, indicante Linee guida del sistema di valutazione e gestione dello Stress Lavoro Correlato nelle strutture sanitarie della Regione Siciliana sono stati istituiti il Gruppo di valutazione per la gestione dello SLC e il Punto di ascolto SLC. Ai fini dell'analisi dei dati "soggettivi" relativi alla percezione del lavoratore circa il contesto di lavoro e il contenuto del lavoro, è stato somministrato ai dipendenti il questionario QVP SLC 10, presente online sulla piattaforma aziendale Sicurweb. Si riporta di seguito un riepilogo delle modalità operative intraprese:

Prima fase: azioni propedeutiche (Costituzione del Gruppo di Valutazione, Raccolta delle informazioni relative all'Azienda, Individuazione degli strumenti di valutazione)

Seconda fase: informativa ai lavoratori (Finalità della valutazione e gestione dello stress lavoro correlato, Costituzione, competenze e responsabilità del "Gruppo di valutazione aziendale", Attività propedeutiche e modalità di raccolta dei questionari)

Terza fase: Valutazione

Valutazione oggettiva (Eventi sentinella, Fattori di contenuto del lavoro, Fattori di contesto del lavoro)

Valutazione soggettiva: consente di monitorare la percezione del rischio da parte dei lavoratori tramite questionario anonimo on line

I risultati della valutazione dello Stress Lavoro-Correlato saranno oggetto di studio da parte del Gruppo di Valutazione e della Direzione Strategica Aziendale per individuare le criticità emerse e programmare delle azioni correttive procedere con le fasi successive:

Quarta fase: Valutazione del Rischio (Individuazione delle aree critiche)

Quinta fase: misure da adottare, definite con interventi di tipo organizzativo, comunicativo, formativo, procedurale, tecnico/ergonomico

Sesta fase: Programmazione interventi correttivi e definizione tempistica (Priorità d'intervento, Cronoprogramma, Monitoraggio in itinere, Rivalutazione dopo due anni)

Settima fase: Report ai lavoratori (Risultati della valutazione, Programmazione, Azione di miglioramento)

Ai fini dell'implementazione del Benessere organizzativo l'Azienda ha istituito (del. n. 335 del 9/5/2016 e successiva integrazione n. 570 del 14/7/2016), il "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG), la cui attività programmatica e di raccordo con il Gruppo di Lavoro Aziendale per la Valutazione e la Gestione del Rischio Stress Lavoro Correlato è in corso.

2.3 I risultati raggiunti

Nel corso del 2018 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 2018-2020. Le misure messe in atto – perseguendo, prioritariamente, l'obiettivo di salvaguardare i L.E.A. - hanno portato alla chiusura del bilancio con un utile di € 149.000,00.

Attività ospedaliera

Le Strutture Ospedaliere dell' ASP nel corso dell'anno 2018 hanno concorso al raggiungimento degli obiettivi assessoriali assegnati al Direttore Generale dall'Assessorato, nonostante le forti criticità derivanti dal continuo turnover del personale sanitario assunto a tempo determinato e assegnato nelle diverse UU.OO. Si dà evidenza di alcuni obiettivi di interesse regionale, riportando di seguito i risultati relativi agli obiettivi del **Programma Nazionale Esiti (PNE)** Frattura femore, Parti cesari, Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI, Colectomia laparoscopica. Il PNE è sviluppato da Agenas per conto del Ministero della Salute e rappresenta uno strumento a disposizione delle regioni, delle aziende e degli operatori per il miglioramento delle performance e per l'analisi delle criticità, attraverso attività di audit.

| | |
|---|--|
|  | <p>TEMPESTIVITÀ INTERVENTI PER FRATTURA FEMORE SU PAZIENTI OVER 65</p> <ul style="list-style-type: none">• Con il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento dell'aspettativa di vita la proporzione di persone soggette a rischio di frattura del femore e la sopravvivenza in stato di disabilità sono fenomeni destinati ad aumentare nel tempo e ad avere un impatto crescente in termini di risorse dedicate. L'intervento tempestivo sulla frattura del collo del femore nell'anziano, riducendo la mortalità e l'insorgenza di complicanze post operatorie, determinando una minore durata del dolore e migliorando il recupero degli outcome funzionali, consente di controllare le ricadute economiche e sociali e in termini di salute di quella che, a livello globale, è tra le 10 maggiori cause di disabilità (OMS 2011). |
|  | <p>RIDUZIONE INCIDENZA PARTI CESAREI</p> <ul style="list-style-type: none">• L'OMS afferma che una proporzione di cesarei superiore al 15% non è giustificata. Il parto con taglio cesareo rispetto al parto vaginale comporta maggiori rischi per la donna e per il bambino e dovrebbe essere effettuato solo in presenza di indicazioni specifiche. È fissato (Mds) al 25% la quota massima di cesarei primari per le maternità con più di 1000 parti annui e al 15% per le maternità con meno di 1000 parti annui. |
|  | <p>TEMPESTIVITÀ PTCA NEI CASI DI INFARTO MIocardICO ACUTO-STEMI</p> <ul style="list-style-type: none">• La tempestività nell'effettuazione dell'angioplastica in pazienti con diagnosi di I.M.A. STEMI è cruciale per la sopravvivenza del paziente e pertanto deve essere oggetto di monitoraggio. L'indicatore ha lo scopo di valutare la qualità del percorso assistenziale complessivo del soggetto con Infarto Miocardico Acuto. |
|  | <p>DEGENZE OPERATORIE INFERIORI A 3 GIORNI- COLICISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE</p> <ul style="list-style-type: none">• La colecistectomia per via laparoscopica è oggi considerata il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati: rispetto all'intervento a cielo aperto è associata ad una degenza ospedaliera e ad una convalescenza significativamente più brevi. Una degenza post-operatoria più estesa del necessario non è associata a nessun beneficio in termini di salute e aumenta il rischio di complicanze legate alla permanenza in ospedale, in particolare il rischio di infezioni ospedaliere. |

Si riportano di seguito i dati relativi ai sopra citati obiettivi del PNE anno 2018:

| OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI | | |
|--|----------------------|-------------------------|
| ESITI | | |
| Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti over 65 | | |
| VALORE MINIMO DI PARTENZA | TARGET AL 31/12/2018 | RISULTATI AL 31/12/2018 |
| 60% | ≥90% | 69% |
| Riduzione incidenza parti cesarei | | |
| VALORE MINIMO DI PARTENZA | TARGET AL 31/12/2018 | RISULTATI AL 31/12/2018 |
| <28% | ≤20% | 31% |
| Tempestività effettuazione PTCA in IMA STEMI | | |
| VALORE MINIMO DI PARTENZA | TARGET AL 31/12/2018 | RISULTATI AL 31/12/2018 |
| >78% | ≥91% | 100% |
| Proporzione colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni | | |
| VALORE MINIMO DI PARTENZA | TARGET AL 31/12/2018 | RISULTATI AL 31/12/2018 |
| ≥70% | ≥97% | 88% |

I dati sopra riportati evidenziano l'ottimo risultato relativo all'obiettivo tempestività di effettuazione di PTCA nei casi di IMA-STEMI e la necessità di ulteriormente migliorare, nonostante il raggiungimento dei valori soglia minimi, i processi di assistenza per la gestione del paziente anziano con frattura del femore e relativi agli interventi di colecistectomia laparoscopica. Il risultato dell'obiettivo Riduzione incidenza parti cesarei evidenzia una criticità del sistema.

Un altro importante obiettivo della programmazione regionale e aziendale nell'anno 2018 è stato garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita. Nel 2018 presso l'ASP di Enna sono stati espletati n.1158 parti; l'Azienda ha garantito gli standard e i requisiti di sicurezza nei propri punti nascita, come di seguito rappresentato (vedi anche par. 3.3):

| SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI 2016-2017 | | | | |
|--|---|---------------------------|-------|----------------------------------|
| OBIETTIVO 4: Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei Punti Nascita pubblici e privati | | | | |
| <i>SUB-OBIETTIVO 2: Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali</i> | | | | |
| 2.1 (a) Nei P.N. senza UTIN | | | | |
| | 2.1.1. <u>Migliorare</u> l'appropriatezza dei ricoveri garantendo che nessun parto avvenga con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute, con ricovero per più di 1 giorno | | | |
| Stabilimento Ospedaliero | Monitoraggio al 31/12/2018 | | | VALORE TARGET AL 31/12/2018 |
| | n. nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) | | | |
| P.O. BASILOTTA | 0 | | | =0 (zero) (FONTE SDO E CEDAP) |
| 2.1.2) Ridurre il tasso di trasferimento dei neonati pretermine entro le prime 72 ore | | | | |
| Stabilimento Ospedaliero | Monitoraggio al 31/12/2018 | | | VALORE TARGET AL 31/12/2018 |
| | neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita | totale neonati ricoverati | % | |
| P.O. BASILOTTA | 0 | 191 | 0,00% | < 8% (FONTE SDO E CEDAP) |

| 2.2 (b) Nei P.N. con UTIN | | | | |
|---|---|--|---|-----------------------------|
| Stabilimento Ospedaliero | Monitoraggio al 31/12/2018 | | | |
| | numero totale di cartelle cliniche di neonati ricoverati (accettati) da codice 73 | numero di cartelle cliniche controllate di neonati ricoverati (accettati) da codice 73 | numero di cartelle cliniche non conformi di neonati ricoverati (accettati) da codice 73 | |
| P.O. UMBERTO I | 107 | 26 | 0 | |
| 2.2.4) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 73) | | | | |
| Stabilimento Ospedaliero | Monitoraggio al 31/12/2018 | | | VALORE TARGET AL 31/12/2018 |
| | N. di neonati direttamente dimessi (modalità di dimissione codice 2 dimissione ordinaria a domicilio del paziente) da Terapia Intensiva Neonatale | Totale dei neonati ricoverati (accettati) nella TIN (cod. 73) al netto dei deceduti (modalità di dimissione: codice 1) | % | |
| P.O. UMBERTO I | 0 | 100 | 0,00% | <5% |

L'attività di emergenza urgenza ospedaliera è assicurata da quattro pronto soccorso allocati nei quattro presidi ospedalieri. Presso i quattro Pronto Soccorso nel corso dell'anno 2018 sono stati registrati 51.900 accessi, di cui circa il 14% è stato poi seguito da ricovero (percentuale in linea con i dati nazionali).

Le maggiori criticità delle prestazioni in pronto soccorso sono state rappresentate, al pari degli altri PS del nostro paese, dal sovraffollamento, dall'allocazione appropriata dei pazienti che necessitano di ricovero, dall'elevato numero di pazienti che abbandona il pronto soccorso.

Nel Piano della Performance 2018-2020 sono stati riportati, come già detto, gli obiettivi del Piano Attuativo Aziendale (Par. 5 pag. 22 e allegato 3) assegnati dall'Assessorato regionale per il 2016-2017, nelle more di aggiornamenti/indicazioni regionali, al fine di garantire la continuità delle azioni intraprese:

1. Sanità pubblica e prevenzione
 - 1.1 Sanità veterinaria
 - 1.2 Sicurezza alimentare
 - 1.3 Copertura vaccinale e sorveglianza malattie infettive
 - 1.4 Prevenzione luoghi di lavoro
2. Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti
 - 2.1. Sicurezza dei pazienti
 - 2.2. Monitoraggio dei tempi di attesa
 - 2.3. Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa
 - 2.4. Formazione dei professionisti
 - 2.5. Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini/pazienti
 - 2.6. PDTA
 - 2.7. Appropriatezza
 - 2.8. Outcome
3. Reti assistenziali
 - 3.1. Rimodulazione rete ospedaliera
 - 3.2. Adeguamento offerta di posti letto di lungodegenza, riabilitazione
 - 3.3. Ottimizzazione delle reti assistenziali
 - 3.4. Rete IMA
 - 3.5. Miglioramento sistema delle cure palliative domiciliari

- 3.6. Rete regionale dello Stroke Unit Liv II
 - 3.7. Adesione alla Re.O.S.
 - 3.8. Implementazione percorsi di integrazione ospedale-territorio
 - 3.9. Promozione degli screening in età neonatale e pediatrica
4. Assistenza territoriale
 - 4.1. Implementazione delle “dimissione facilitate” da parte dei quattro PP.OO. aziendali nella gestione dei soggetti a rischio afferenti ai due target prioritari: “Diabete mellito di tipo 2” e “Scompenso”. Studio e sviluppo della rete per gli ambulatori specialistici ospedalieri/territoriali per pazienti cronici target
 - 4.2. Implementazione di un modello di gestione integrata dei soggetti a rischio e dei pazienti affetti dalle condizioni target: Obesità e Diabete mellito con il Centro regionale di riferimento di Caltanissetta
 - 4.3. Implementazione presa in carico pazienti non autosufficienti nel percorso ospedale-territorio
 - 4.4. Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata
 - 4.5. Realizzazione di interventi multidisciplinari negli ambiti della non autosufficienza/disabilità e m. Alzheimer
 - 4.6. Tutela sanitaria delle donne vittime di violenza
 - 4.7. Implementazione codice rosa
 - 4.8. Attuazione linee guida Piano strategico regionale per la Salute Mentale
 - 4.9. Definizione di modelli di assistenza ai bambini e adolescenti con “Disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta”
 5. Sviluppo organizzativo
 - 5.1. Comunicazione
 - 5.2. Formazione
 - 5.3. Internazionalizzazione e Ricerca sanitaria
 - 5.4. Telemedicina

Nell’ambito della macro-area **Sanità Pubblica e Prevenzione** - area **sanità veterinaria** - nel corso del 2018 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); più dettagliate informazioni sono state riportate nella Tabella PAA.

Per quanto riguarda l’ambito della **sicurezza alimentare** è stata data attuazione alle direttive del Piano regionale di controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari ai sensi del DDG n. 324/marzo 2016 e smi, con l’invio dei flussi 2018 entro il 31.01.2019, come previsto.

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

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

Nell’ambito dell’attività di **Prevenzione nei luoghi di lavoro** è stata data attuazione alle direttive del Gruppo di Lavoro “Edilizia” nazionale e regionale e del Gruppo di Lavoro “Agricoltura” nazionale e regionale (Ob.1.5A).

Per quanto riguarda le azioni finalizzate a migliorare la **qualità** delle prestazioni sanitarie e di garantire la sicurezza del paziente (Area di intervento 2) nel 2018 è stato effettuato il monitoraggio degli eventi sentinella ed è stato prodotto il report annuale secondo la metodologia AgeNas.

Al momento della stesura del Piano della Performance l’Azienda non aveva ricevuto dall’Assessorato gli obiettivi e le nuove linee di intervento da sviluppare nel nuovo PAA. Pertanto, l’Azienda ha continuato ad assicurare le attività ritenute fondamentali e facenti parte dei livelli essenziali di assistenza pur se con

qualche criticità registrata in relazione alla linea di intervento “qualità, governo clinico e sicurezza pazienti”.

Inoltre la mancata nomina per tutto l’anno 2018 del Direttore Generale non ha consentito di attribuire la responsabilità delle funzioni previste dall’Atto Aziendale e tra queste la funzione di responsabile rischio clinico.

Esiste invece evidenza del raggiungimento azioni di contrasto all’antibiotico-resistenza, pubblicazione delle liste di attesa con cadenza periodica sull’apposita sezione del sito web aziendale, formazione degli operatori, misurazione della qualità dell’assistenza percepita presso le Strutture territoriali e ospedaliere secondo le direttive regionali

Per quanto riguarda l’area di intervento **Assistenza territoriale**, presso i Distretti la programmazione e le azioni hanno perseguito gli obiettivi di rafforzamento dell’integrazione ospedale territorio anche attraverso la definizione di PDTA per condizioni target, di aumento dell’attività specialistica ambulatoriale, di abbattimento delle liste di attesa, di riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri. In particolare si sono intensificati i contatti fra le singole UU.OO. Ospedaliere e i Distretti Territoriali, con finalità informativa e formativa nella prospettiva di implementare le dimissioni facilitate e protette.

Le **dimissioni facilitate** riguardano i pazienti autosufficienti con necessità di continuità di cure perché affetti da patologie croniche, in particolare diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO i quali vengono inviati allo “Sportello del Paziente Cronico” attivato nei Distretti/PTA

Le **dimissioni protette** riguardano i pazienti non autosufficienti con necessità di continuità di cure.

Di seguito i dati relativi alle dimissioni facilitate e protette nel 2018:

| Distretto | Dimissioni facilitate | Dimissioni protette |
|-----------------|-----------------------|---------------------|
| ENNA | 126 | 235 |
| PIAZZA ARMERINA | 51 | 57 |
| NICOSIA | 12 | 148 |
| AGIRA | 33 | 52 |
| | | |

Dimissioni facilitate e protette nel 2018:

Più dettagliati dati relativi l’attività territoriale sono riscontrabili nell’Allegato C.

L’Azienda è stata impegnata in ulteriori attività oggetto di obiettivi assegnati dall’Assessorato Regionale della Salute al Direttore Generale per l’anno 2018 e di seguito indicati.

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 2018 l’obiettivo del monitoraggio dei tempi di attesa, attraverso le modalità ex ante ed ex post, al fine di attivare tempestivamente eventuali azioni correttive.

L’obiettivo viene valutato in considerazione di tutti gli elementi riportati nella Tabella di rilevazione del monitoraggio dei tempi di attesa (Piano Nazionale Governo delle Liste d’Attesa 2010-2012, Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa, dicembre 2010) e del Piano Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa (PRGTA) approvato con D.A. 1220 del 30 giugno 2011 e successive modifiche.

Per l’anno 2018 le prestazioni da monitorare sono state tutte quelle contenute nel paragrafo 3.1 del PRGTA. Per la modalità ex ante la percentuale di garanzia delle prenotazioni di prestazioni in classe B e D si attesta su valori complessivi che collocano l’Azienda a livello 3° del valore obiettivo.

Relativamente alla modalità ex post i dati raccolti evidenziano il raggiungimento del livello 1° del valore dell'obiettivo

| Descrizione obiettivo | Indicatore | Target | Valore a consuntivo | Grado % di raggiungimento anno 2018 |
|--|---|-------------|---|-------------------------------------|
| Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali | Ex Ante:Somma N.prestazioni richieste (da 1 a 43)*% di garanzia in classe B/Totale prestazioni prenotate in classe B | Da 75 a 100 | Classe B= n. 17.766 prest. richieste n. 14.150 prest. prenotate | 79,65% |
| | Ex Ante:Somma N.prestazioni richieste (da 1 a 43)*% di garanzia in classe D/Totale prestazioni prenotate in classe D | | Classe D= n. 14.476 prest. Richieste n. 14.008 prest. prenotate | 80,16% |
| | Ex Post:Numero di prestazioni garantite entro i tempi, della classe di priorità B/Totale prestazioni di classe B Ex Post:Numero di prestazioni garantite entro i tempi, della classe di priorità D/Totale prestazioni di classe D relativamente alle otto prestazioni (visita oculistica, mammografia, Tac torace senza e con contrasto,ecocolordoppler dei tronchi sovraortici e RMN Colonna vertebrale, ecografia ostetrica e ginecologica ,visita ortopedica,visita cardiologica) l'indicatore viene calcolato per ciascuna prestazione | Da 75 a 100 | Classe B= n. 1.291 prest. Garantite n. 1.291 prest. richieste Classe D= n. 1.112 prest. Garantite n. 1.112prest. richieste | 100% |

Assistenza Domiciliare Integrata

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

Si riportano alcuni dati relativi al triennio 2016-2018 (Flusso SIAD):

| <i>Assistenza Domiciliare Integrata</i> | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|
| | anno 2016 | anno 2017 | anno 2018 |
| Casi Trattati | 1.969 | 2.240 | 2.550 |
| <i>di cui anziani</i> | 1.553 | 1.812 | 2.023 |
| <i>di cui malati terminali</i> | 150 | 206 | 273 |
| <i>altri assistiti</i> | 266 | 222 | 254 |
| <i>Utenti in lista di Attesa</i> | 15 | 0 | 0 |

| ATTIVITA' ANNI 2017/2018 | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------|----------------|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------|----------------|--|
| | Anno 2017 | | | | Anno 2018 | | | | |
| Accessi del Personale Medico | 10.888 | | | | 11.363 | | | | |
| <i>di cui anziani</i> | 7.574 | | | | 7.533 | | | | |
| <i>di cui malati terminali</i> | 2.790 | | | | 3.135 | | | | |
| <i>altri assistiti</i> | 524 | | | | 695 | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | <i>Terapisti della Riabilitazione</i> | <i>Infermieri Professionali</i> | <i>Altri Operatori</i> | <i>Totale</i> | <i>Terapisti della Riabilitazione</i> | <i>Infermieri Professionali</i> | <i>Altri Operatori</i> | <i>Totale</i> | |
| Ore di Assistenza Erogata | 35.737 | 34.227 | 15.540 | 85.504 | 35.715 | 33.286 | 18.482 | 87.483 | |
| <i>di cui ad anziani</i> | 26.920 | 24.607 | 8.261 | 59.788 | 28.109 | 23.050 | 8.776 | 59.935 | |
| <i>di cui a malati terminali</i> | 1.960 | 4.627 | 3.947 | 10.534 | 1.808 | 5.840 | 6.416 | 14.064 | |
| <i>altri assistiti</i> | 6.857 | 4.993 | 3.332 | 15.182 | 5.798 | 4.396 | 3.290 | 13.484 | |
| | | | | | | | | | |
| | <i>Terapisti della Riabilitazione</i> | <i>Infermieri Professionali</i> | <i>Altri Operatori</i> | <i>Totale</i> | <i>Terapisti della Riabilitazione</i> | <i>Infermieri Professionali</i> | <i>Altri Operatori</i> | <i>Totale</i> | |
| Accessi degli Operatori | 47.431 | 50.786 | 18.320 | 116.537 | 47.627 | 49.291 | 22.323 | 119.241 | |
| <i>di cui ad anziani</i> | 35.894 | 36.911 | 9.914 | 82.719 | 37.479 | 34.575 | 10.532 | 82.586 | |
| <i>di cui a malati terminali</i> | 2.395 | 6.384 | 4.408 | 13.187 | 2.417 | 8.122 | 7.843 | 18.382 | |
| <i>altri assistiti</i> | 9.142 | 7.491 | 3.998 | 20.631 | 7.731 | 6.594 | 3.948 | 18.273 | |

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 rispondono a precisi criteri clinico-assistenziali definiti da una programmazione nazionale e regionale e sono ricomprese nei livelli essenziali di assistenza. Esse corrispondono, inoltre, 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 2018, l'Azienda, avendo già proceduto nell'anno precedente all'adeguamento della rete delle cure palliative richiesto dalla normativa, ha garantito livelli assistenziali adeguati soddisfacendo i bisogni delle persone interessate.

Assistenza residenziale agli anziani e disabili

Questa A.S.P. gestisce 60 posti a diretta gestione pubblica e 38 a gestione privata accreditata.

Nell'ambito del Distretto Sanitario Territoriale di Piazza Armerina si trova la R.S.A. pubblica "Flavia Martinez" di Pietraperzia (con 40 posti letto), allocata presso l'ex Ospedale Rosina di Natale, via Sant'Orsola, Pietraperzia.

Nel Distretto Sanitario Territoriale di Agira è presente la R.S.A. pubblica (con 20 posti letto), allocata al 5° piano dello Stabilimento Ospedaliero "Ferro Branciforte Capra" di Leonforte.

Con riguardo alla R.S.A. a gestione privata accreditata "Villa Maria – Salustra SRL", sita in Leonforte, essa gestisce 38 posti letto, di cui 18 per anziani non autosufficienti e 20 per soggetti affetti da disabilità psichica. Si riepilogano i dati di attività per ogni struttura, con riferimento all'anno 2018:

Assistenza residenziale agli anziani anno 2018

| Struttura | Posti letto | N. Utenti | Utenti in lista di attesa | Ammissioni | Giorni di assistenza | Dimissioni |
|-----------------------------------|-------------|-----------|---------------------------|------------|----------------------|------------|
| R.S.A."FLAVIA MARTINEZ" | 40 | 45 | 0 | 29 | 10.771 | 32 |
| R.S.A. LEONFORTE | 20 | 86 | 0 | 80 | 3735 | 77 |
| R.S.A. Villa Maria – Salustra SRL | 18 | 83 | 0 | 83 | 5.113 | 83 |

2.4 Le criticità e le opportunità

Nel presente paragrafo sono indicate sia le principali criticità, ovvero i risultati programmati nel Piano 2018 che non sono stati raggiunti, sia le opportunità, in termini di risultati maggiormente sfidanti e rilevanti per la collettività.

Criticità

Anche nel 2018 la carenza di personale è stato uno dei principali determinanti del non raggiungimento di alcuni obiettivi, nonostante le misure correttive che l'Azienda ha messo in atto. In particolare non è stato possibile migliorar e le performance sugli screening, sebbene a fine dicembre sia stata avviata l'attività di distribuzione dei fob per lo screening del colon retto:

| Screening | Indicatore | Target | Anno 2017 | Anno 2018 | Scostamento |
|---------------------------|--|--------|-----------|-----------|-------------|
| Cervico carcinoma | N. di test eseguiti / popolazione target (donne residenti 25-64 anni) | 50% | 21,81% | 14,76% | -7,05% |
| Tumore mammella | N. di test eseguiti / popolazione target (donne residenti 50-69 anni) | 60% | 15,40% | 11,07% | -4,33% |
| Tumore Colon retto | N. di test eseguiti / popolazione target (uomini e donne residenti 50-69 anni) | 50% | 0,00% | 1,63% | 1,63% |

Il Centro Gestionale Screening ha coinvolto i MMG per la correzione delle liste e degli indirizzi dei propri assistiti al fine di ridurre gli inviti inesitati.

Una ulteriore criticità si segnala per quanto riguarda l'attuazione degli obiettivi del Programma Nazionale Esiti: anche laddove è stato raggiunto il valore soglia minimo accettabile (tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti over 65 e proporzione colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni) l'Azienda deve attuare misure organizzative finalizzate ad ulteriormente tendere verso i target nazionali; i dati relativi l'obiettivo della riduzione dell'incidenza dei parti cesarei primari segnalano una grave criticità.

Il processo di adeguamento del sistema di misurazione e valutazione della performance aziendale ai dettami del D. Lgs 150/2009 e s.m.i. non ha trovato compimento; il lavoro di revisione del Regolamento aziendale del sistema di misurazione e valutazione della performance, che nel corso del 2018 ha comportato anche il confronto con i Sindacati e che è stato sottoposto recentemente al parere dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), non ha ancora avuto come esito l'atto deliberativo di adozione. Di conseguenza,

ancora nel 2018, 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.

Opportunità

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

L'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'implementazione della metodologia del controllo di gestione secondo le direttive regionali di cui al D.A. 835/2014 ha consentito di implementare, in continuità con l'attività svolta nel 2017, una reportistica direzionale rivolta a tutti i livelli dirigenziali per consentire il controllo autoreferenziale ed un governo consapevole delle attività svolte nell'ottica della "Vista domanda".

L'utilizzo di indicatori di esito, come previsto dal PNE, ha 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.

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

- Il coinvolgimento dei dipendenti delle indagini sul benessere organizzativo attraverso l'utilizzo della piattaforma intranet e il proseguimento dell'attività di raccordo del CUG con la programmazione delle attività del Gruppo di valutazione aziendale sullo stress lavoro correlato
- il mantenimento degli standard e requisiti di sicurezza nei punti nascita aziendali
- azioni di controllo delle principali zoonosi, con ulteriore riduzione (rispetto al 2016) della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina
- è stata garantita la presa in carico, in setting dedicati, dei pazienti affetti da obesità, diabete mellito (ob. 4.2), minori con disturbi dirompenti e del controllo degli impulsi (ob. 4.9)
- sono state messe in atto azioni di contrasto all'Antibiotico-resistenza come precisato nell'allegato 3 (ob. 2.1H)

3 Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti

Vengono presentati i risultati di performance conseguiti dall'ASP di Enna nel corso del 2018, secondo una logica a cascata. La sezione si articola nei seguenti paragrafi:

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

3.1 Albero della performance

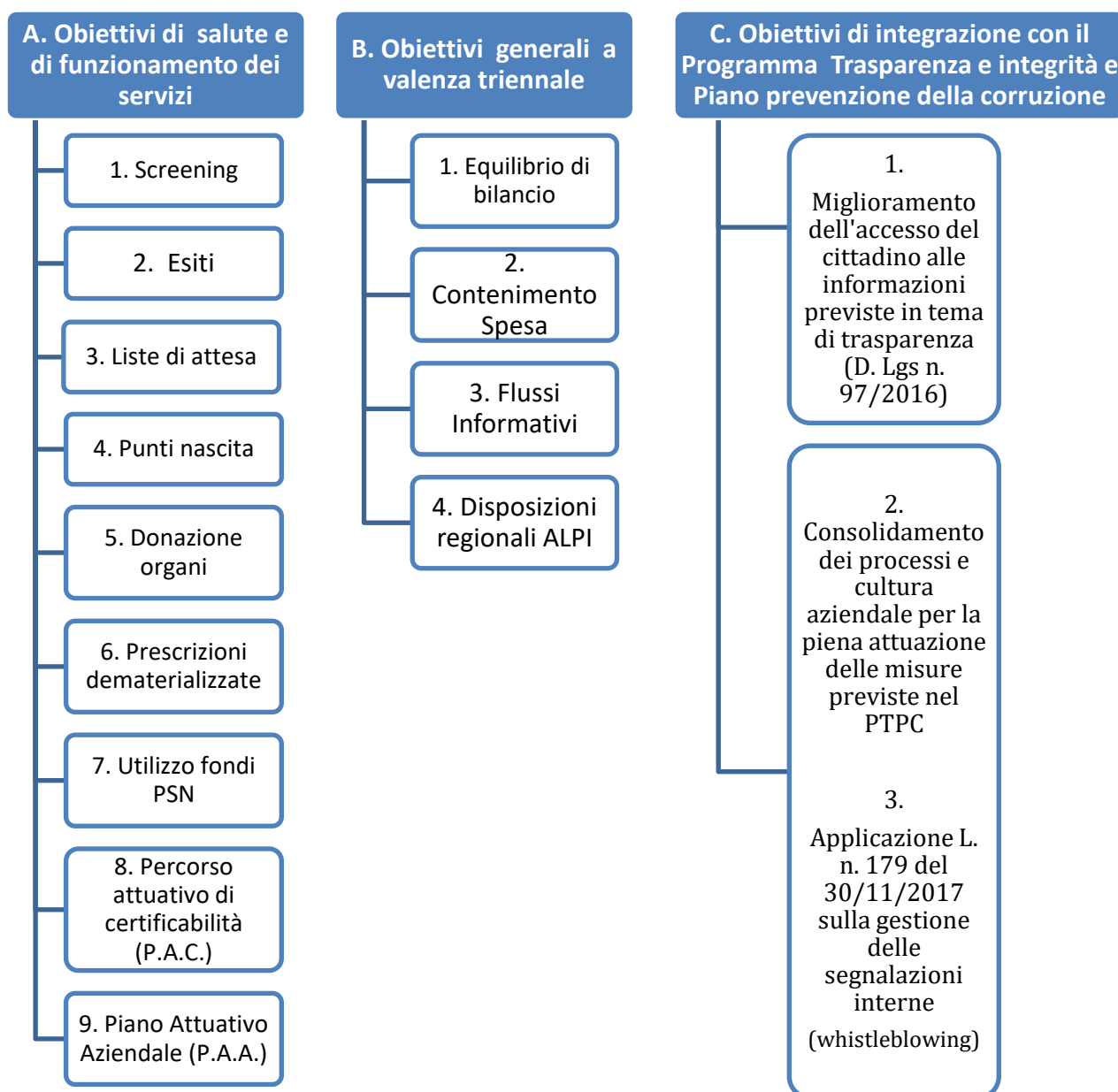
L'albero della performance è la mappa logica che rappresenta i legami tra *mission* aziendale, aree strategiche d'intervento, obiettivi strategici ed obiettivi operativi, risultati raggiunti. Nel presente paragrafo è proposto l'albero sviluppato nel Piano della Performance 2018-2020.

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 31.12.2018; ai fini della leggibilità e immediatezza dell'informazione sono stati utilizzati dei colori standard per rappresentare i dati di rilievo, come di seguito indicato: in verde il dato relativo al raggiungimento dell'obiettivo, in rosso il mancato raggiungimento o la presenza di criticità. Gli obiettivi operativi che non sono descritti per esteso a vantaggio dell'immediatezza espositiva sono riportati con maggiore dettaglio negli Allegati alla presente Relazione.

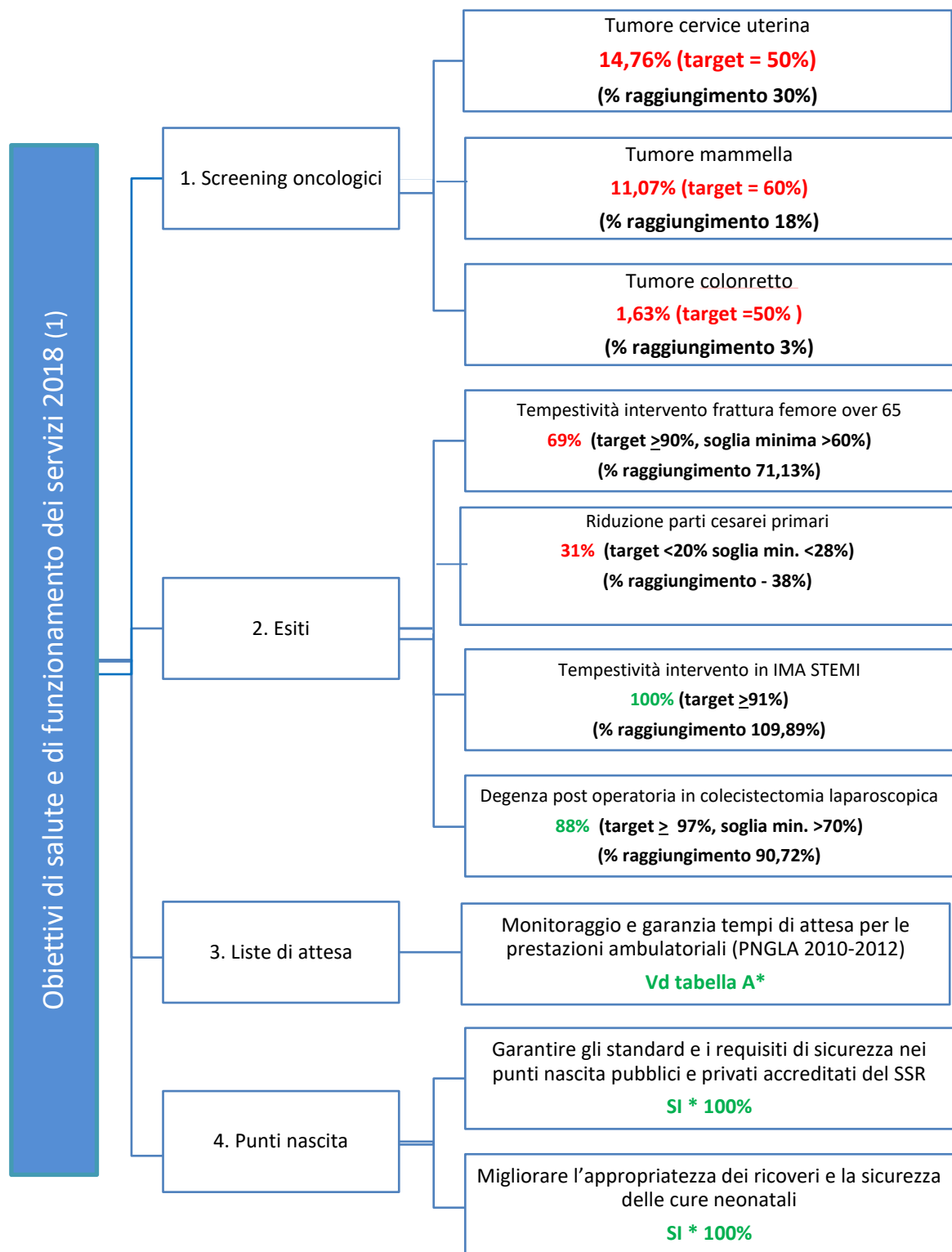
Albero della performance

MISSION

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

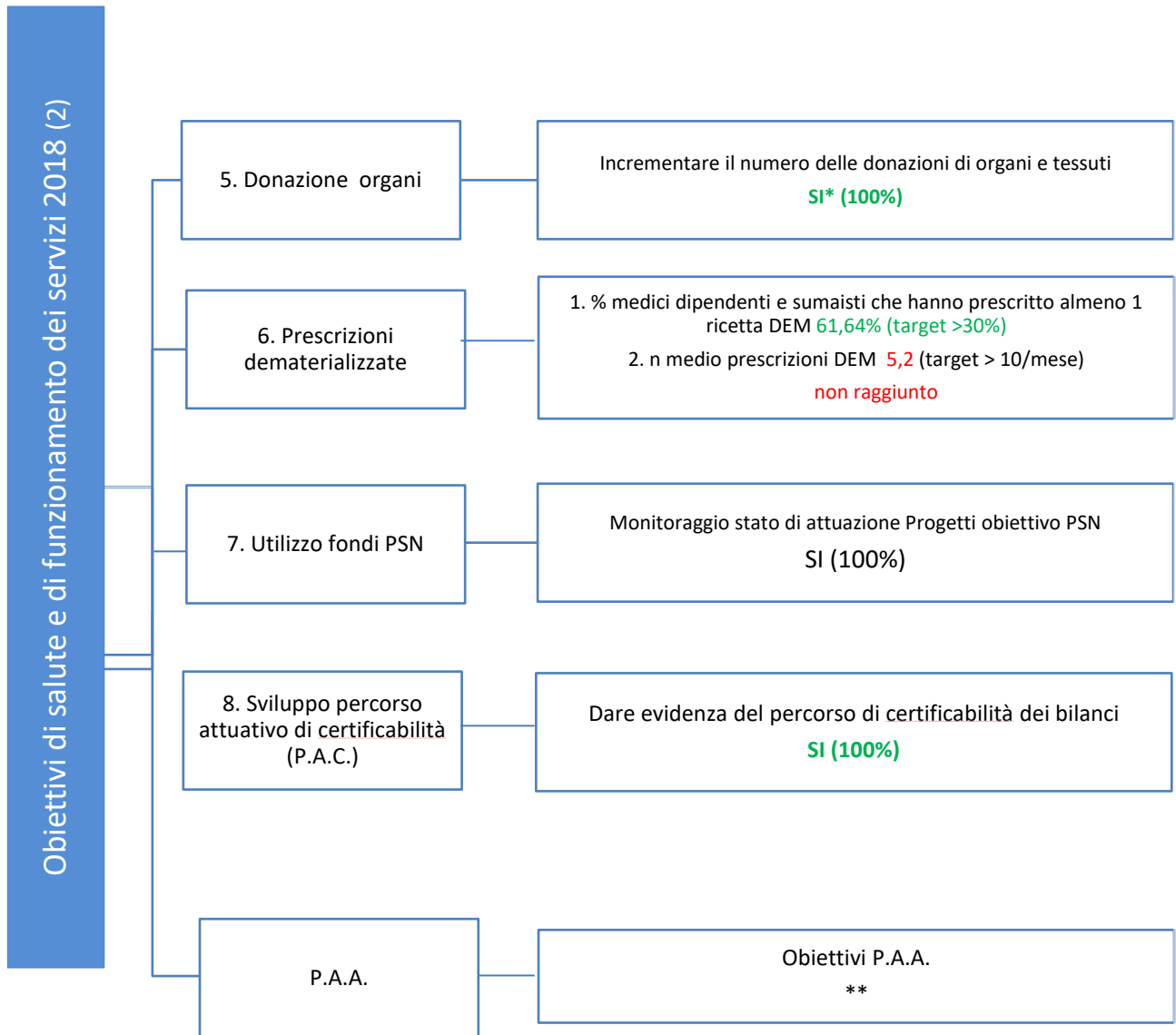


Albero della performance – Obiettivo strategico A e obiettivi operativi



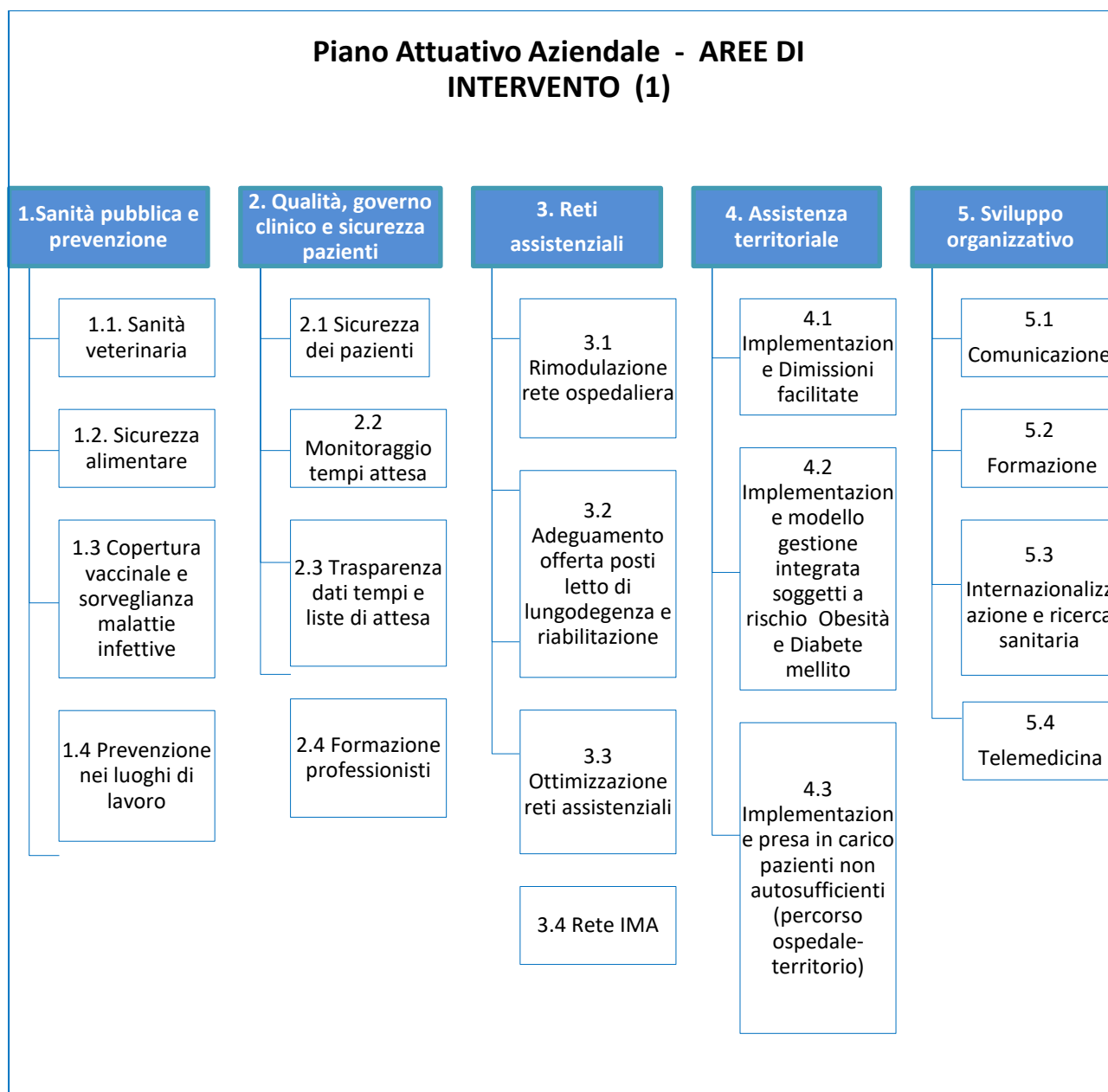
*Vedi Allegato 2- Tabella Obiettivi Salute e Funzionamento

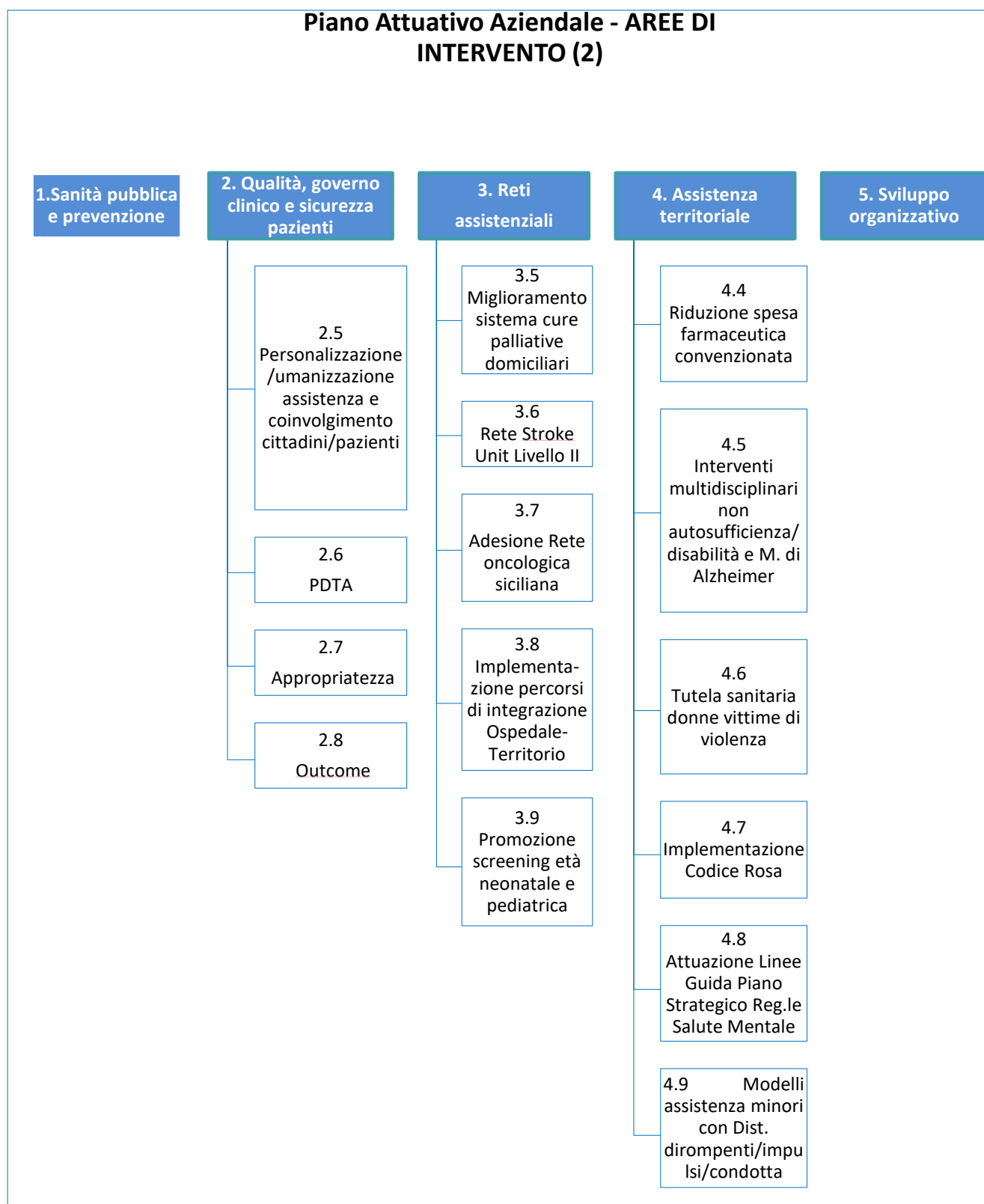
Albero della performance – Obiettivo strategico A e obiettivi operativi



* Vedi Allegato 2- Tabella Obiettivi Salute e Funzionamento

** Vedi Tabella PAA





B. Obiettivi di mandato a valenza triennale

1. Equilibrio di bilancio

100%

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

(vedi ALLEGATO 2)

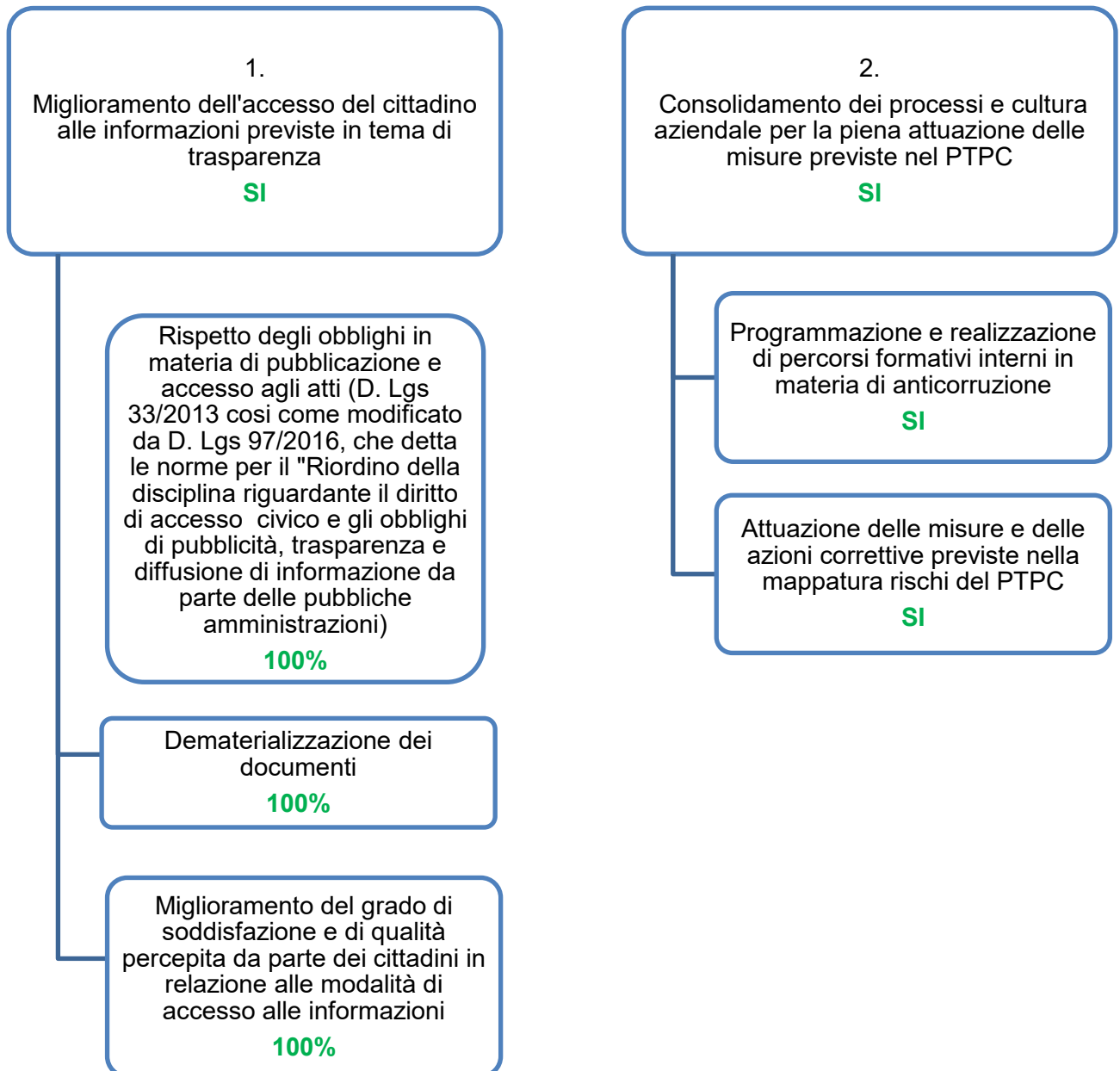
4. Rispetto direttiva "Flussi informativi"
(Decreto interdipartimentale n. 1174/08 e
Circ. Ass. n. 217 /15)

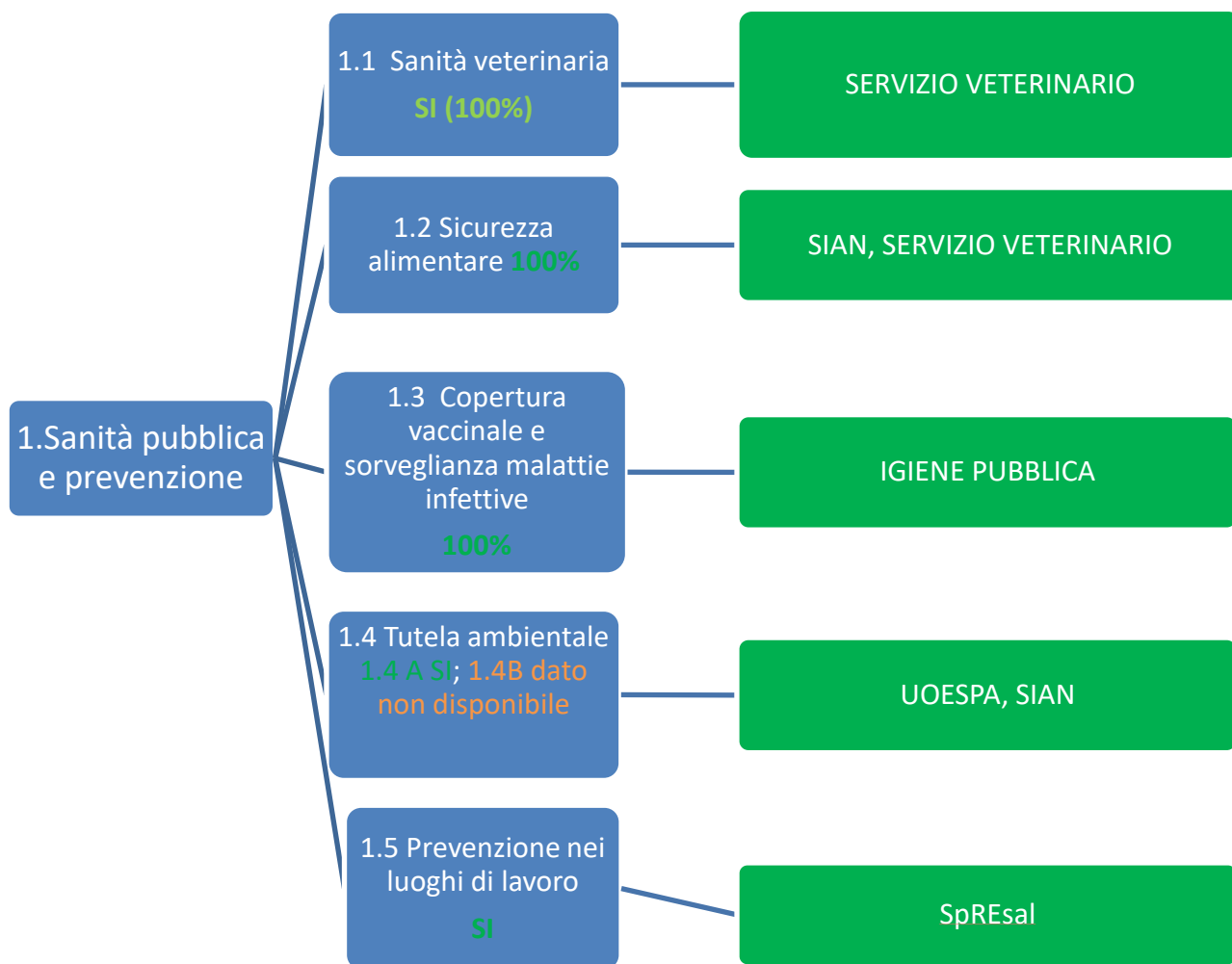
SI

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

SI

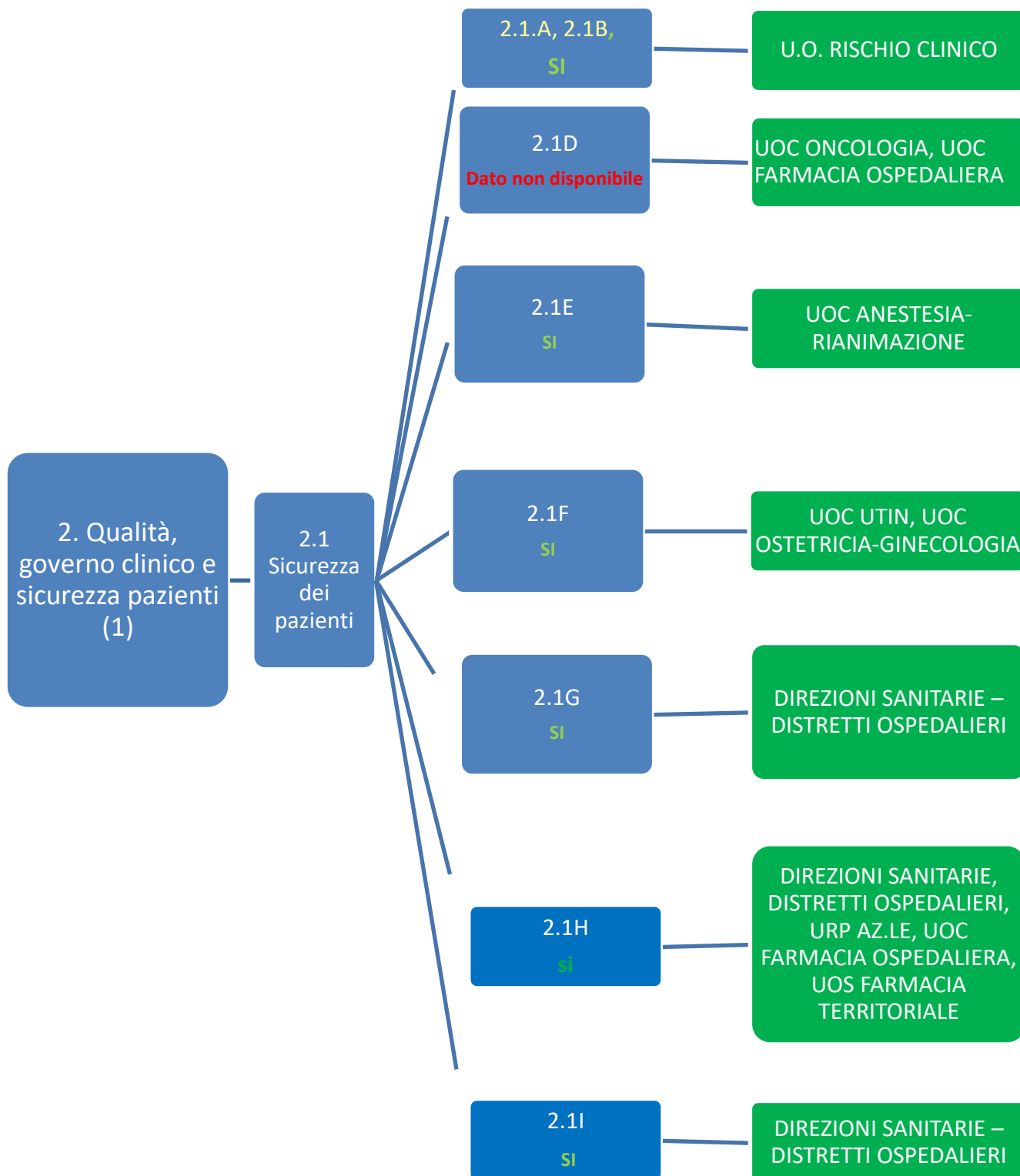
C Obiettivi di integrazione con il Programma di trasparenza e integrità e il Piano prevenzione della corruzione.



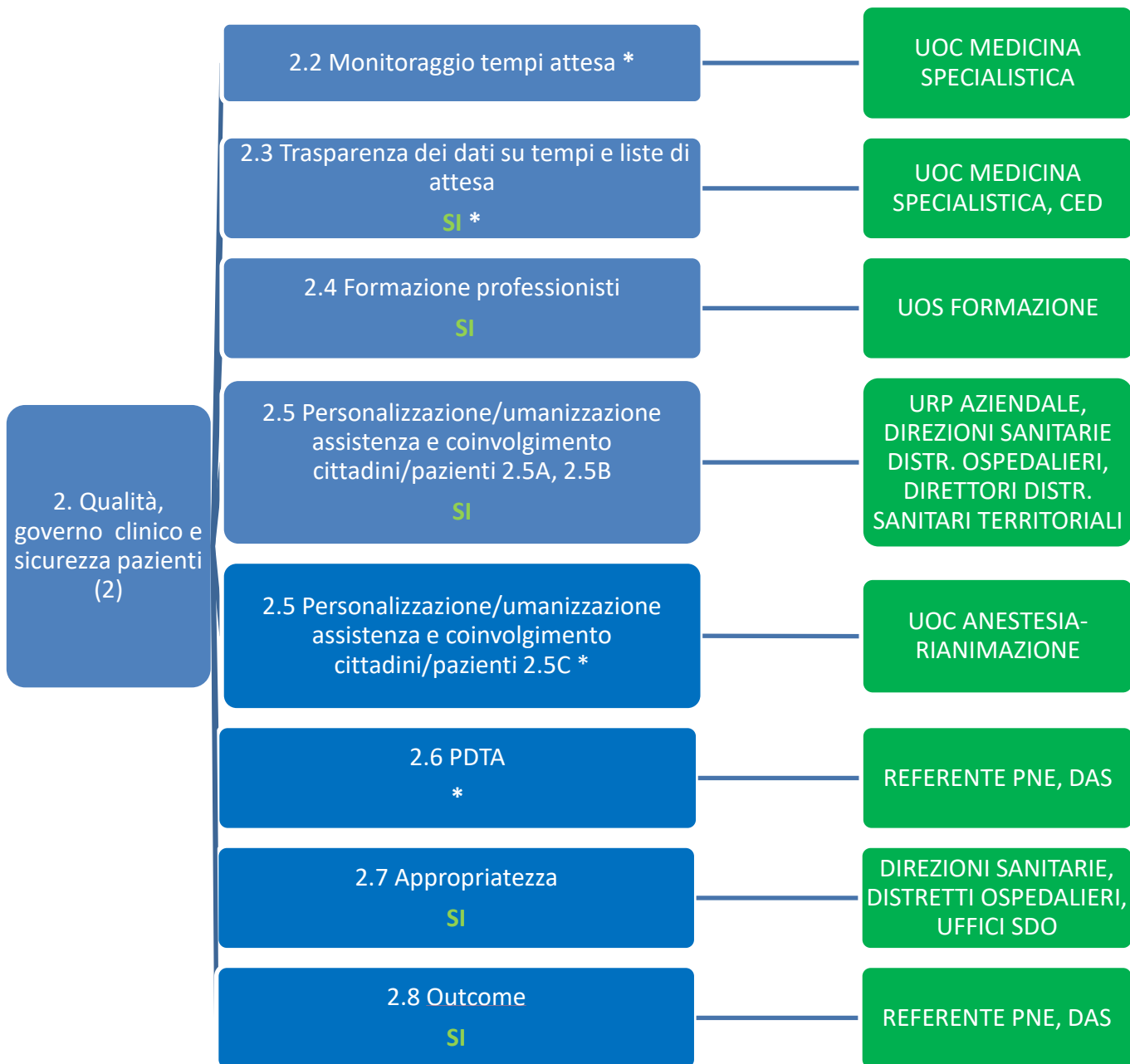


* Tab. PAA

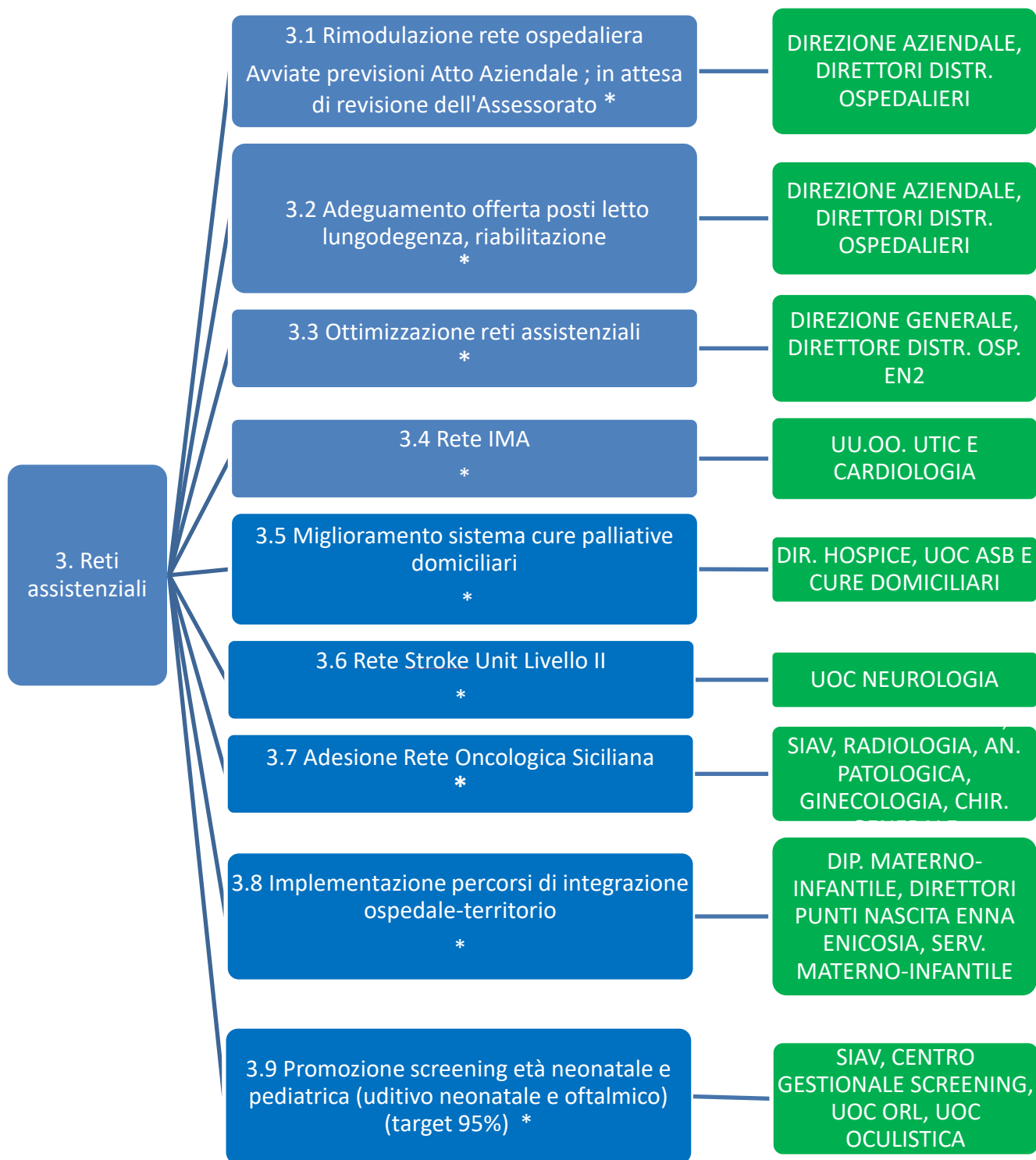
**Tab. PAA; criticità: carenza di personale



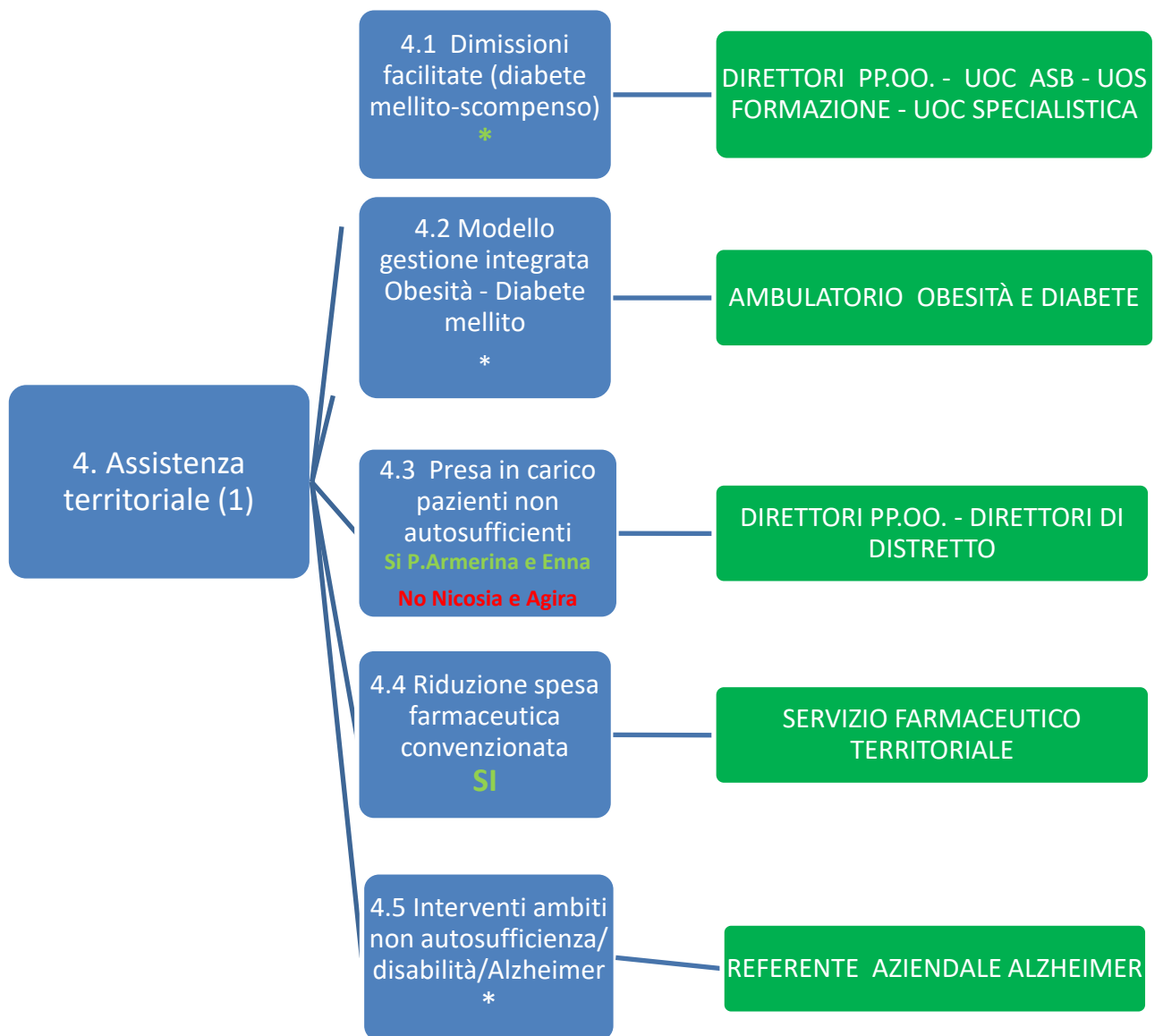
*Tab. PAA



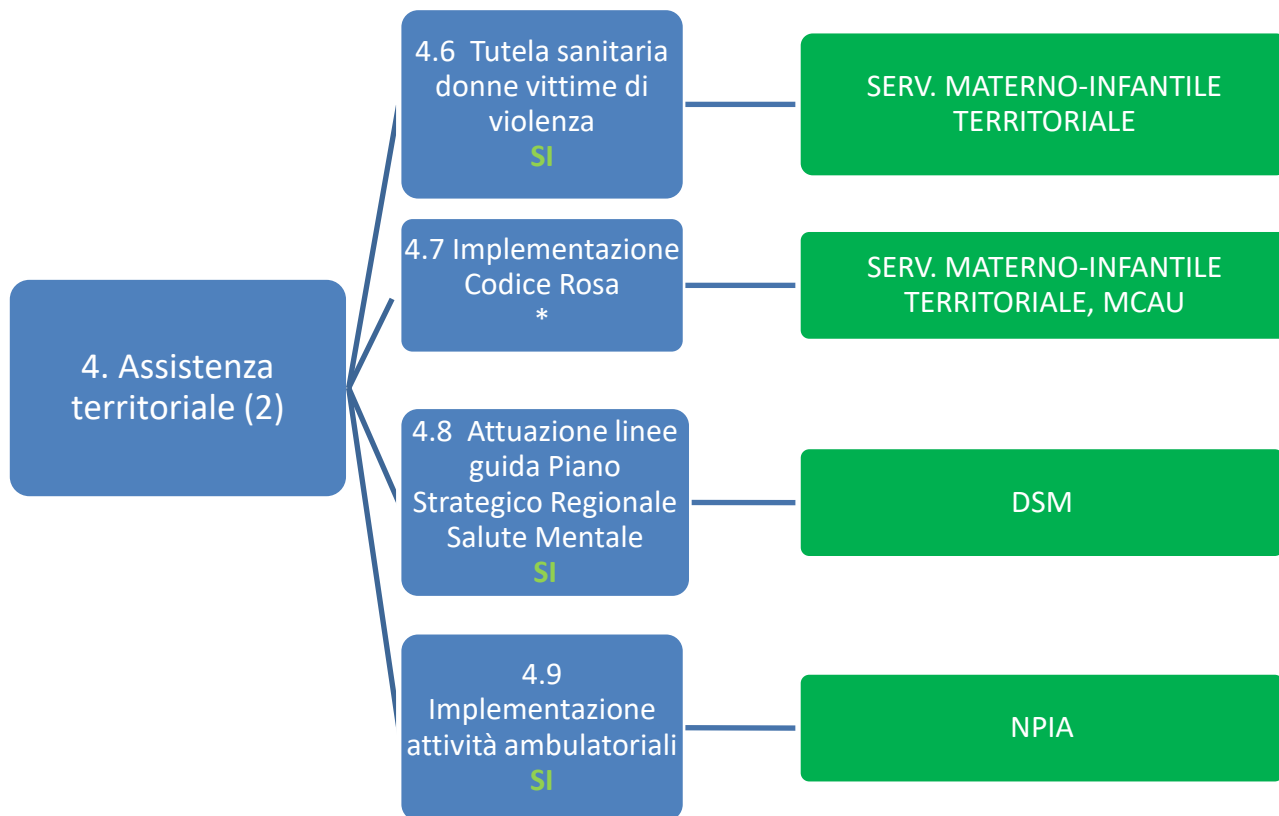
*Tab. PAA

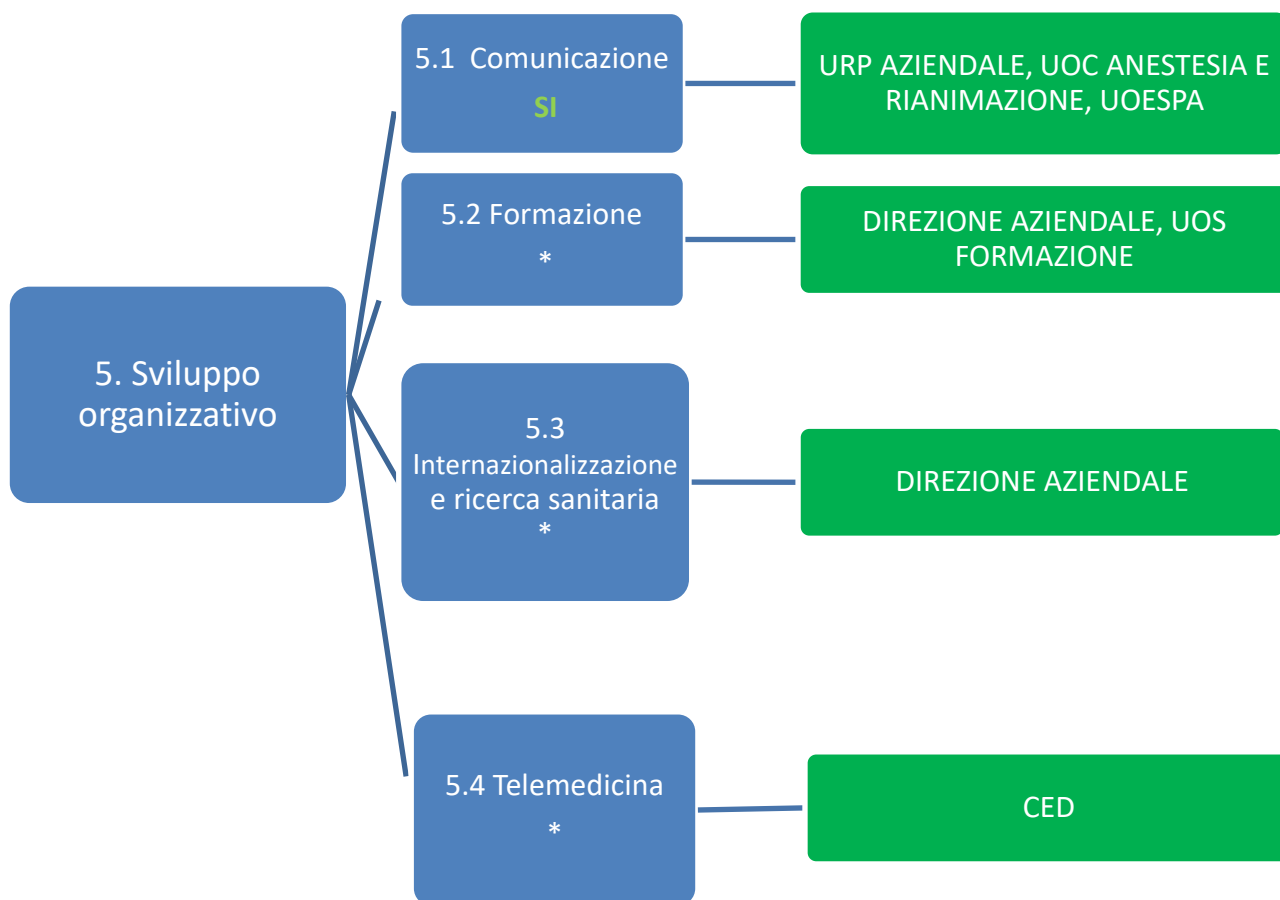


*Tab. PAA



*Tab. PAA





*Tab. PAA

3.2 Obiettivi strategici

Nel corso del 2018 l'Azienda ha messo in atto tutte le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi strategici individuati nel Piano relativamente alle seguenti aree strategiche:

- A. Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi
- B. Obiettivi di mandato a valenza triennale
- C. Obiettivi di integrazione con il PTPCT

Nel Piano della Performance 2018-2020 sono stati riportati gli obiettivi strategici gli Obiettivi di Salute e di Funzionamento dei Servizi assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute alla Direzione Aziendale per il periodo 2016-2017; tali obiettivi hanno indirizzato la programmazione aziendale per l'anno 2018, nelle more di ricevere indicazioni dall'Assessorato Regionale. Come evidenziato nell'albero della Performance rappresentato nel Piano, la Direzione Aziendale ha tradotto gli obiettivi strategici in obiettivi 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 31.12.2018, come da reportistica dei Dirigenti delle strutture organizzative, e sulla base dell'attività di monitoraggio del Controllo di Gestione.

Nel Piano della Performance 2018 sono stati, inoltre, inseriti, all'interno di un Piano Attuativo Aziendale, (Tabella PAA) gli obiettivi e i programmi di attività individuati dall'Assessorato Regionale per il 2016-2017, al fine di garantire la continuità delle azioni già intraprese, sempre nell'attesa di aggiornamenti/indicazioni regionali per l'anno 2018. Si riportano nella presente Relazione i risultati relativi ad obiettivi del PAA non portati a termine nel periodo precedente e che nel corso del 2018 sono stati oggetto dell'impegno aziendale, nonché i risultati relativi ad attività previste da norme specifiche e pertanto definiti per quanto riguarda i risultati attesi; alcuni obiettivi indicati nel Piano non sono stati rendicontati in quanto i target previsti per il periodo 2016-2017 erano stati già raggiunti e non sono pervenute indicazioni di aggiornamento da parte dell'Assessorato regionale; per alcune attività (Area Rischio Clinico, per esempio), infine, non si dispone di un set completo di dati di monitoraggio a causa della mancata individuazione del Responsabile del Rischio clinico, in conseguenza del periodo di commissariamento dell'Azienda.

Nella presente Relazione vengono riportati i risultati relativi agli Obiettivi generali a valenza triennale (equilibrio di bilancio, contenimento della spesa, rispetto degli obblighi relativi alla gestione dei flussi informativi, rispetto delle disposizioni regionali in merito all'attività libero professionale: Piano della Performance 2018-20 - Area strategica B) e gli Obiettivi di integrazione con il Programma di trasparenza e integrità e il Piano di prevenzione della corruzione (Area strategica C).

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

Area strategica A – Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi

- 1. Screening
- 2. Esiti
- 3. Liste di attesa
- 4. Punti nascita
- 5. Donazione organi

6. Prescrizioni dematerializzate
7. Utilizzo Fondi PSN
8. Percorso attuativo di certificabilità
9. Piano Attuativo Aziendale

1. **Screening** (punteggio totale indicatore 9): l'Azienda ha dato continuità alle azioni avviate negli anni precedenti con l'obiettivo di aumentare l'estensione e l'adesione della popolazione agli screening per le patologie oncologiche individuate, considerato che gli stessi rientrano fra i Livelli Essenziali di Assistenza (cioè fra gli interventi che devono essere garantiti a tutta la popolazione, in quanto efficaci nel ridurre la mortalità). Nonostante le azioni messe in atto, gli obiettivi di risultato prefissati al 31.12.2018 non sono stati raggiunti (grado % di raggiungimento pari al 30% per cervico carcinoma, al 18% per tumore della mammella, al 1,63% per tumore colon retto). Dati più dettagliati, anche sugli scostamenti e sulle loro cause nella sezione 2.4 della presente Relazione.

2. Tra gli obiettivi assegnati al Direttore Generale vi è il miglioramento delle performance degli obiettivi previsti dal **Programma Nazionale Esiti** (PNE) (punteggio totale indicatore 20) e riguardanti: Frattura femore, Parti cesari, Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI, Colecistectomia laparoscopica. Il Programma Nazionale Esiti è sviluppato da AgeNAS per conto del Ministero della Salute e consente il confronto dei risultati raggiunti dalle diverse strutture su tutto il territorio nazionale; la metodologia è funzionale al miglioramento delle performance a seguito dell'analisi delle criticità e dall'attività di audit. Nella sezione 3.3 della Relazione e nella Tabella Obiettivi di Salute e Funzionamento dell'Allegato 2 a sono riportati dati dettagliati sui risultati relativi a ciascun obiettivo individuato. In merito agli obiettivi ricompresi nel **Programma Nazionale Esiti** (PNE) (punteggio totale indicatore 20) l'Azienda ha raggiunto al 109.89 % l'obiettivo relativo la *tempestività dell'esecuzione della PTCA nei casi di IMA STEMI* (valore a consuntivo al 31.12.2018 pari al 100%, V.O. $\geq 91\%$, a, partire da un valore minimo del 78%), al 71.13% % l'obiettivo relativo la *tempestività dell'intervento per frattura di femore* (valore a consuntivo al 31.12.2018 pari al 69%, V.O. 90%, valore minimo di partenza 60%), al 90,72% l'obiettivo relativo la *degenza post-operatoria in colecistectomia laparoscopica* (valore a consuntivo al 31.12.2018 pari al 88%, V.O. $\geq 97\%$, valore soglia $\geq 70\%$); per quanto riguarda, invece, l'obiettivo relativo la *riduzione dell'incidenza dei parti cesarei primari* (valore a consuntivo al 31.12.2018 pari al 31%, V.O. $\leq 20\%$, valore minimo di partenza 28%) si è registrato uno scostamento negativo rispetto al risultato raggiunto nel 2017, con un grado di raggiungimento pari al - 38%.

3. L'abbattimento dei **tempi di attesa** (punteggio totale indicatore 15) per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi sanitari prioritari del SSN e l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA. L'obiettivo viene valutato in sulla base degli elementi riportati nella Tabella di rilevazione del monitoraggio dei tempi di attesa (Piano Nazionale Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012, Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa, dicembre 2010) e del Piano Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa (PRGTA) approvato con D.A. 1220 del 30 giugno 2011 e successive modifiche.

Per l'anno 2018 le prestazioni da monitorare sono state quelle contenute nel paragrafo 3.1 del PRGTA e il monitoraggio è stato effettuato, così come previsto, attraverso le modalità ex ante ed ex post.

Per la modalità ex ante la percentuale di garanzia delle prenotazioni di prestazioni in classe B e D si è attestata su valori complessivi che collocano l'Azienda a livello 3° del valore obiettivo, relativamente la modalità ex post i dati raccolti evidenziano il raggiungimento del livello 1° del valore dell'obiettivo, come riportato nella seguente tabella:

| Descrizione obiettivo | Indicatore | Target | Valore a consuntivo | Grado % di raggiungimento anno 2018 |
|--|---|-------------|---|-------------------------------------|
| Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali | Ex Ante:Somma N.prestazioni richieste (da 1 a 43)*% di garanzia in classe B/Totale prestazioni prenotate in classe B | Da 75 a 100 | Classe B= n. 17.766 prest. richieste n. 14.150 prest. prenotate | 79,65% |
| | Ex Ante:Somma N.prestazioni richieste (da 1 a 43)*% di garanzia in classe D/Totale prestazioni prenotate in classe D | | Classe D= n. 14.476 prest. Richieste n. 14.008 prest. prenotate | 80,16% |
| | Ex Post:Numero di prestazioni garantite entro i tempi, della classe di priorità B/Totale prestazioni di classe B Ex Post:Numero di prestazioni garantite entro i tempi, della classe di priorità D/Totale prestazioni di classe D relativamente alle otto prestazioni (visita oculistica, mammografia, Tac torace senza e con contrasto,ecocolordoppler dei tronchi sovraortici e RMN Colonna vertebrale, ecografia ostetrica e ginecologica ,visita ortopedica,visita cardiologica) l'indicatore viene calcolato per ciascuna prestazione | Da 75 a 100 | Classe B= n. 1.291 prest. Garantite n. 1.291 prest. richieste Classe D= n. 1.112 prest. Garantite n. 1.112prest. richieste | 100% |

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

5. Per quanto riguarda l'obiettivo di incrementare la **donazioni degli organi** (punteggio totale indicatore 3), sono stati eseguiti 4 accertamenti di morte cerebrale con criteri neurologici in pazienti con lesioni cerebrali accertate. I casi di decessi per gravi neurolesioni sono stati registrati nel sistema GEDON. E' stato effettuato un prelievo di cornee da un donatore a cuore fermo.

6. L'obiettivo di aumentare di un ulteriore 30% il numero dei medici dipendenti e sumaiisti abilitati alla **prescrizione dematerializzata**, all'interno del processo di semplificazione delle procedure di prescrizione di farmaci e prestazioni specialistiche (punteggio indicatore 5), è stato raggiunto (Allegato 2 - Tabella Obiettivi Salute e Funzionamento), mentre il numero medio di prescrizioni mensili si è mantenuto al di sotto dell'atteso; di conseguenza il processo di dematerializzazione delle prescrizioni specialistiche e farmaceutiche dovrà essere oggetto di ulteriore attenzione.

7. Per quanto riguarda i **progetti obiettivo di PSN** (punteggio indicatore 6) è stato ottemperato all'obbligo del rispetto delle tempistiche previste per l'anno 2017.

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

(D.A. n. 402/2015 e D.A. n. 1559/2016) ha individuato le aree di intervento, gli obiettivi, le priorità e tempistiche massime per il completamento del percorso, per singola area.

L'ASP di Enna ha assolto agli impegni assunti con l'Assessorato per il percorso di **certificabilità** (punteggio totale indicatore 6) (Allegato 2- Tabella Obiettivi Salute e Funzionamento).

Il **PAA** è il documento di sintesi dei programmi annuali di attività, degli interventi da attuare e delle relative responsabilità. Con il Piano della Performance 2018-20 l'Azienda, come già detto, ha fatto la scelta di impegnarsi nel raggiungimento di quegli obiettivi del PAA 2017 che risultavano coerenti con gli obiettivi generali di programmazione aziendale oltre che nazionale e regionale, relativi alle aree strategiche sotto riportate, nell'attesa di indicazioni da parte dell'Assessorato Regionale:

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

Nella tabella PAA sono riportati alcuni risultati raggiunti a consuntivo e il grado di raggiungimento degli obiettivi, come più sopra precisato.

Nel corso del 2018 l'Azienda messo in atto tutte le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi generali a valenza triennale assegnati dall'Assessorato alla Direzione Aziendale (Allegato 2 Tabella Obiettivi Strategici_1):

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

Equilibrio di bilancio: le misure che l'Azienda ha messo in atto - perseguendo comunque, prioritariamente, l'obiettivo di salvaguardare i L.E.A. - hanno portato alla chiusura del bilancio con un utile di € 149.000,00.

Utilizzo delle risorse derivanti dai Fondi Europei (PO-FESR): tutte le azioni sono state completate negli anni precedenti

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

Costi del personale

Il costo complessivo, di cui alla voce CE BA2080 è pari a € 108.529.000. Rispetto al dato del 2017, che si era attestato a € 108.544.000, si registra un decremento di € 15.000 determinando un sostanziale mantenimento del costo.

Ai fini del governo dei costi con riferimento alle disposizioni di politica di bilancio regionale declinata con la negoziazione, il costo del 2018 si attestato sotto la soglia negoziata di 108.636.000.

Il costo del personale a tempo determinato è diminuito € 1.666.000 rispetto al 2017 a fronte di un aumento del costo a tempo indeterminato, atteso lo sblocco delle assunzioni verificatosi nel 2018 che hanno appena coperto il turn over. Infatti il costo del personale a tempo indeterminato ha registrato un incremento pari a 1.734.000 nel conto CE BA2200 afferente al personale di comparto del ruolo sanitario mentre gli altri ruoli hanno registrato un decremento complessivo per il personale a tempo indeterminato pari a 370.000.

Costi di beni e servizi

L'aggregato CE BA0010 – Acquisto Beni, evidenzia uno scostamento in aumento del costo rispetto al 2017, pari a € 1.581.000 passando da un totale di € 29.439.000 del 2017 ad un totale di € 30.160.000.

Il maggiore incremento pari a € 1.394.000 si registra nel sotto-aggregato BA0020 – Acquisto di beni sanitari. In particolare, maggiore incidenza di incremento si evidenzia nel costo per prodotti farmaceutici in linea con l'aumento della dispensazione diretta con il canale della Dispensazione per Conto. Tale voce, seppur per l'Azienda costituisce un costo, a livello regionale è assorbito dal maggior risparmio riconducibile alla contrazione del costo per la farmaceutica convenzionata. Infatti l'aggregato CE BA0500 – Acquisti per assistenza farmaceutica da convenzione, si attesta a € 21.553.000 contro € 22.618.000 dell'anno 2017, con un decremento del 5% pari a € 1.065.000.

Il costo complessivamente rilevato dall'aggregato CE BA0390 – Acquisto di servizi, pari a € 209.211.000, si discosta rispetto al 2017, registrava € 204.044.000, per un incremento pari a € 5.167.000.

Tuttavia l'incremento citato è quasi completamente imputabile ai Contributi per i Disabili gravissimi che sono sostanzialmente sterilizzati dalla voce di ricavo AA0070 - Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati.

Una nota positiva è la diminuzione della mobilità passiva ospedaliera (aggregato BA0810) pari al 7% rispetto all'anno precedente (2018: € 35.731.000 vs 2017: € 38.263.000). Tuttavia il decremento citato è ampiamente riassorbito dalla maggiore mobilità passiva che si è registrata nelle altre voci (prestazioni specialistiche ambulatoriali, assistenza farmaceutica in dispensazione diretta – flusso F -, prestazioni per assistenza socio-sanitarie).

In merito alla natura del decremento della mobilità, i dati disponibili (flusso A) suggeriscono che non è riconducibile a maggiore attrazione, piuttosto, ragionevolmente, si può imputare ad un minore tasso di ospedalizzazione. Tale affermazione non può essere suffragata da un'analisi compiuta in quanto ad oggi non sono pervenuti i flussi informativi di dettaglio da parte della Regione.

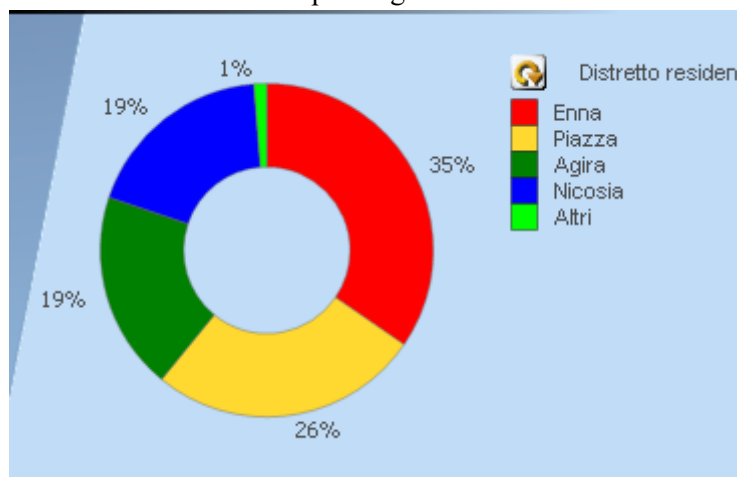
Le politiche di acquisto hanno perseguito l'obiettivo di miglioramento verso una maggiore centralizzazione delle procedure che sono state espletate nel rispetto della normativa nazionale, regionale in materia di appalti pubblici.

Costi per farmaceutica

| C.E. | | 2017 | 2018 | Delta |
|---------|--|------------|------------|-------------|
| BA 0500 | Convenzionata | 22.618.000 | 21.553.000 | - 1.065.000 |
| BA 0030 | Prodotti farmaceutici ed emoderivati (spesa diretta ospedaliera e territoriale + dispensazione per conto) | 15.848.000 | 16.888.000 | 1.040.000 |
| BA 0260 | Materiale per la profilassi (vaccini) | 1.644.000 | 1.673.000 | |

Il maggior costo relativo alla voce BA 0030 è per lo più imputabile all'acquisto di farmaci per DPC.

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



Il costo del 2018, di cui alla voce CE BA0030, si è manifestato con le seguenti incidenze per area di attività:

| | |
|--|-----|
| Spesa ospedaliera | 17% |
| Spesa territoriale (Distretti sanitari e Dipartimenti) | 9 % |
| Spesa esterna (DPC e convenzionata) | 74% |

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

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

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

Particolare attenzione è stata data all’uso appropriato e razionale degli antibiotici.

Nel 2018 il canale distributivo DPC (dispensazione per conto) ha inciso del 25 % sui costi complessivi per il consumo di farmaci di cui al BA0030. La DPC ha registrato un costo complessivo pari a € 4.286.000

La spesa farmaceutica ospedaliera è stata pari a complessive € 3.081.000.

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

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

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

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

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

3.3 Obiettivi e piani operativi

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

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

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

Nell'ambito di ciascuna macro area, come già detto, sono stati individuati obiettivi operativi, indicatori, valori attesi di risultato al 31.12.2018 (Allegato 2 - Tabella Obiettivi Salute e Funzionamento).

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 (coinvolgimento da parte del GCS dei Medici di Medicina generale), a causa della grave carenza di personale, non è stato possibile migliorare le performance rispetto agli anni precedenti (Allegato 2 - Tabella Obiettivi Salute e Funzionamento)

| Screening | Indicatore | Target | Anno 2017 | Anno 2018 | Scostamento |
|--------------------|--|--------|-----------|-----------|-------------|
| Cervico carcinoma | N. di test eseguiti / popolazione target (donne residenti 25-64 anni) | 50% | 21,81% | 14,76% | -7,05% |
| Tumore mammella | N. di test eseguiti / popolazione target (donne residenti 50-69 anni) | 60% | 15,40% | 11,07% | -4,33% |
| Tumore Colon retto | N. di test eseguiti / popolazione target (uomini e donne residenti 50-69 anni) | 50% | 0,00% | 1,63% | 1,63% |

Esiti (punteggio totale 20):

Tra gli obiettivi assegnati al Direttore Generale vi è il miglioramento delle performance degli obiettivi previsti dal **Programma Nazionale Esiti (PNE)** (punteggio totale indicatore 20) e riguardanti: Frattura femore, Parti cesari, Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI, Colectomia laparoscopica.

L'Azienda ha raggiunto al 109.89 % l'obiettivo relativo la *tempestività dell'esecuzione della PTCA nei casi di IMA STEMI* (valore a consuntivo al 31.12.2018 pari al 100%, V.O. $\geq 91\%$, a, partire da un valore minimo del 78%), al 71.13% l'obiettivo relativo la *tempestività dell'intervento per frattura di femore* (valore a consuntivo al 31.12.2018 pari al 69%, V.O. 90%, valore minimo di partenza 60%), al 90,72% l'obiettivo relativo la *degenza post-operatoria in colectomia laparoscopica* (valore a consuntivo al 31.12.2018 pari al 88%, V.O. $\geq 97\%$, valore soglia $\geq 70\%$); per quanto riguarda, invece, l'obiettivo relativo la *riduzione dell'incidenza dei parti cesarei primari* (valore a consuntivo al 31.12.2018 pari al 31%, V.O. $\leq 20\%$, valore minimo di partenza 28%) si è registrato uno scostamento negativo rispetto al risultato raggiunto nel 2017, con un grado di raggiungimento pari al - 38%. Nell' Allegato 2 - Tabella Obiettivi Salute e Funzionamento sono riportati dati più dettagliati.

| Obiettivi | PP.OO | 2017 | | 2018 | | TARGET REGIONALE |
|---|------------|----------------------|-------------|----------------------|-------------|--|
| | | Ricoveri complessivi | Performance | Ricoveri complessivi | Performance | |
| Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti over 65 anni | Umberto I | 41/86 | 48% | 47/75 | 63% | Performance minima >60% con target $\geq 90\%$ |
| | Chiello | 7/54 | 13% | 14/49 | 29% | |
| | Basilotta | 57/63 | 90% | 89/92 | 97% | |
| | Totale ASP | 105/203 | 52% | 150/216 | 69% | |
| Riduzione incidenza parti cesarei | Umberto I | 226/840 | 27% | 256/803 | 32% | Performance minima <28% con target $\leq 20\%$ |
| | Basilotta | 56/153 | 37% | 41/163 | 25% | |
| | Totale ASP | 282/993 | 28% | 297/966 | 31% | |
| Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI | Umberto I | 26/27 | 96% | 26/26 | 100% | Performance minima >78% con target $\geq 91\%$ |
| | Basilotta | 3/4 | 75% | 1/1 | 100% | |
| | FBC | 0/2 | 0% | - | - | |
| | Totale ASP | 29/33 | 88% | 27/27 | 100% | |
| Colectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni | Umberto I | 38/43 | 88% | 27/33 | 82% | Performance minima >70% con target $\geq 97\%$ |
| | Chiello | 27/28 | 96% | 21/21 | 100% | |
| | Basilotta | 0/7 | 0% | - | - | |
| | FBC | 14/15 | 93% | 1/2 | 50% | |
| | Totale ASP | 79/93 | 85% | 49/56 | 88% | |

Liste di attesa (punteggio totale 15)

L'abbattimento dei **tempi di attesa** per le 48 prestazioni previste dal PRGTA (D.A. 1220 del 307672011 e s.m.) è stato effettuato sulla base degli indicatori ex ante ed ex post descritti nel dettaglio nell'Allegato 2 - Tabella Obiettivi Salute e Funzionamento.

Per la modalità ex ante la percentuale di garanzia delle prenotazioni di prestazioni in classe B e D si è attestata su valori complessivi che collocano l'Azienda a livello 3° del valore obiettivo, relativamente la modalità ex post i dati raccolti evidenziano il raggiungimento del livello 1° del valore dell'obiettivo, come riportato nella seguente tabella:

| Descrizione obiettivo | Indicatore | Target | Valore a consuntivo | Grado % di raggiungimento anno 2018 |
|--|--|-------------|---|-------------------------------------|
| Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali | Ex Ante:Somma N.prestazioni richieste (da 1 a 43)*% di garanzia in classe B/Totale prestazioni prenotate in classe B | Da 75 a 100 | Classe B= n. 17.766 prest. richieste n. 14.150 prest. prenotate | 79,65% |
| | Ex Ante:Somma N.prestazioni richieste (da 1 a 43)*% di garanzia in classe D/Totale prestazioni prenotate in classe D | | Classe D= n. 14.476 prest. Richieste n. 14.008 prest. prenotate | 80,16% |
| | Ex Post:Numero di prestazioni garantite entro i tempi, della classe di priorità B/Totale prestazioni di classe B Ex Post:Numero di prestazioni garantite entro i tempi, della classe di priorità D/Totale prestazioni di classe D relativamente alle otto prestazioni (visita oculistica, mammografia, Tac torace senza e con contrasto,ecocolor Doppler dei tronchi sovraortici e RMN Colonna vertebrale, ecografia ostetrica e ginecologica ,visita ortopedica,visita cardiologica) l'indicatore viene calcolato per ciascuna prestazione | Da 75 a 100 | Classe B= n. 1.291 prest. Garantite n. 1.291 prest. richieste Classe D= n. 1.112 prest. Garantite n. 1.112prest. richieste | 100% |

Punti nascita (punteggio totale 10)

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

| | |
|---|---|
| SISTEMA OBIETTIVI CONTRATTUALI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI 2016-2017 | |
| OBIETTIVO 4: Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei Punti Nascita pubblici e privati | |
| <i>SUB-OBIETTIVO 2: Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali</i> | |
| 2.1 (a) Nei P.N. senza UTIN | |
| | 2.1.1) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri garantendo che nessun parto avvenga con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute, con ricovero per più di 1 giorno |

| Stabilimento Ospedaliero | Monitoraggio al 31/12/2018 | | | VALORE TARGET AL 31/12/2018 |
|--|--|---------------------------|-------|-----------------------------------|
| | n. nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) | | | |
| P.O. BASILOTTA | 0 | | | = 0 (zero) (FONTE SDO E CEDAP) |
| 2.1.2) Ridurre il tasso di trasferimento dei neonati pretermine entro le prime 72 ore | | | | |
| Stabilimento Ospedaliero | Monitoraggio al 31/12/2018 | | | VALORE TARGET AL 31/12/2018 |
| | neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita | totale neonati ricoverati | % | |
| P.O. BASILOTTA | 0 | 191 | 0,00% | < 8% (FONTE SDO E CEDAP) |

| 2.2 (b) Nei P.N. 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 | | | |
| Stabilimento Ospedaliero | Monitoraggio al 31/12/2018 | | | | |
| | numero totale di cartelle cliniche di neonati ricoverati (accettati) da codice 73 | numero di cartelle cliniche controllate di neonati ricoverati (accettati) da codice 73 | numero di cartelle cliniche non conformi di neonati ricoverati (accettati) da codice 73 | | |
| P.O. UMBERTO I | 107 | 26 | 0 | | |
| 2.2.4) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 73) | | | | | |
| Stabilimento Ospedaliero | Monitoraggio al 31/12/2018 | | | VALORE TARGET AL 31/12/2018 | |
| | N. di neonati direttamente dimessi (modalità di dimissione codice 2 dimissione ordinaria a domicilio del paziente) da Terapia Intensiva Neonatale | Totale dei neonati ricoverati (accettati) nella TIN (cod. 73) al netto dei deceduti (modalità di dimissione: codice 1) | % | | |
| P.O. UMBERTO I | 0 | 100 | 0,00% | < 5% | |

Donazione organi (punteggio totale 3)

Il numero delle donazioni di organi e tessuti in Sicilia nel 2018 ha subito un notevole decremento rispetto al 2017, il tasso di opposizione registrato nel 2018 è stato pari al 47% contro il 37% del 2017 e circa il 28% della media nazionale. Anche il procurement del tessuto corneale registra un decremento attestandosi su 104 cornee prelevate rispetto a 118 nel 2017. L'obiettivo mirava, quindi, ad ottenere un miglioramento del procurement degli organi solidi e dei tessuti

L'Azienda ha già istituito il Comitato Ospedaliero ed il Coordinatore dello stesso.

Nell'anno 2018 sono stati eseguiti 4 accertamenti di morte cerebrale con criteri neurologici in pazienti con lesioni cerebrali accertati. I casi di decessi per gravi neurolesioni sono stati registrati nel sistema GEDON. Inoltre, è stato effettuato un prelievo di cornee da un donatore a cuore fermo

Prescrizioni dematerializzate (punteggio totale 5)

Ai fini della semplificazione delle procedure di prescrizione di farmaci e prestazioni specialistiche, in attuazione alle disposizioni contenute nei decreti di riferimento (D.A. 12/8/2010 e D.A. 2234/2015), l'Azienda aveva l'obiettivo di aumentare di un ulteriore 30% il numero di medici dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata; tale obiettivo risulta raggiunto. Per quanto attiene l'indicatore riguardante il numero medio di prescrizioni mensili non è stato specificato da parte dell'Assessorato il valore target per l'anno 2018. Tuttavia l'azienda è consapevole che il processo di dematerializzazione delle prescrizioni specialistiche e farmaceutiche dovrà essere oggetto di ulteriore attenzione.

Utilizzo Fondi PSN (punteggio 6)

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

Percorso attuativo di certificabilità (punteggio totale 6)

Il decreto del 17/9/2012 dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze e il successivo decreto attuativo dell'1/3/2013 hanno avviato il Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei Bilanci delle aziende sanitarie, che sono tenute a strutturare processi amministrativo-contabili interni secondo un programma di attività definito dalle singole Regioni. L'Assessorato Regionale della Salute con D.A. n. 2128 del 12/11/2013 ha adottato i "Percorsi attuativi di certificabilità per gli Enti del Servizio Sanitario Regionale, per la GSA e il bilancio consolidato per la Regione Sicilia" e con successivi provvedimenti (D.A. n. 402/2015 e D.A. n. 1559/2016) ha individuato le aree di intervento, gli obiettivi, le priorità e tempistiche massime per il completamento del percorso, per singola area. L'ASP di Enna ha assolto agli impegni assunti per il percorso di **certificabilità** (punteggio totale indicatore 6) del proprio bilancio: tutte le procedure sono pubblicate sul sito intranet aziendale e lo stato di avanzamento e attuazione del PAC è pubblicato anche sul sito istituzionale (All. 2 - Tab. Obiettivi Salute e Funzionamento).

Come già detto nel precedente paragrafo, nel Piano della Performance 2018 sono stati inseriti gli obiettivi del PAA 2017, al fine di garantire la continuità delle azioni già intraprese nell'attesa di aggiornamenti/indicazioni regionali per l'anno 2018. Si riportano nella presente Relazione i risultati relativi ad obiettivi del PAA non portati a termine nel periodo precedente e che nel corso del 2018 sono stati oggetto dell'impegno aziendale, nonché i risultati relativi ad attività previste da norme specifiche e pertanto definiti per quanto riguarda i risultati attesi; alcuni obiettivi indicati nel Piano non sono stati rendicontati in quanto i target previsti per il periodo 2016-2017 erano stati già raggiunti e nel corso del 2018 non sono pervenute indicazioni di aggiornamento da parte dell'Assessorato regionale; per alcune attività (Area Rischio Clinico) non si dispone di un set completo di dati di monitoraggio a causa della mancata individuazione del Responsabile del Rischio clinico, come conseguenza del periodo di commissariamento dell'Azienda

Gli obiettivi operativi del Piano Attuativo Aziendale 2016-2017 sono stati individuati nell'ambito delle aree strategiche di seguito riportate. Nella Tabella PAA sono indicati nel dettaglio, con riferimento a ciascun obiettivo, referenti, piani di attività (articolazione dell'intervento), indicatori, target, risultato.

1) Sanità pubblica e prevenzione

1.1 Sanità veterinaria

1.2 Sicurezza alimentare

1.3 Copertura Vaccinale e Sorveglianza Malattie Infettive

1.5 Prevenzione nei luoghi di lavoro

2) Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti

- 2.1. Sicurezza dei pazienti
- 2.2 Monitoraggio dei tempi d'attesa
- 2.3 Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa
- 2.4 Formazione dei professionisti
- 2.5 Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini/pazienti
- 2.6 PDTA
- 2.7. Appropriatezza
- 2.8 Outcome
- 3) Reti assistenziali
 - .9 Promozione degli screening in età neonatale e pediatrica
- 4) Assistenza territoriale
 - 4.1 Implementazione delle “Dimissioni facilitate” da parte dei quattro PP.OO aziendali nella gestione dei soggetti a rischio afferenti ai due target prioritari:” Diabete Mellito di tipo 2” e “Scompenso”. Studio e sviluppo della rete per gli ambulatori specialistici ospedalieri/territoriali per pazienti cronici target
 - 4.2 Implementazione di un modello di Gestione integrata dei soggetti a rischio e dei pazienti affetti dalle condizioni target: Obesità e Diabete mellito con il Centro Regionale di Riferimento di CL
 - 4.3 Implementazione presa in carico pazienti non autosufficienti nel percorso ospedale/territorio
 - 4.4 Riduzione della Spesa Farmaceutica Convenzionata
 - 4.5 Realizzazione di interventi multidisciplinari negli ambiti della non auto sufficienza/disabilità e M. di Alzheimer
 - 4.6 Tutela sanitaria delle donne vittime di violenza
 - 4.7 Implementazione Codice Rosa
 - 4.8 Attuazione linee guida piano Strategico Regionale per la Salute Mentale
 - 4.9 Definizione di modelli di assistenza ai bambini ed adolescenti con “disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta”
- 5) Sviluppo organizzativo
 - 5.1 Comunicazione
 - 5.2 Formazione
 - 5.3 Internazionalizzazione e Ricerca sanitaria
 - 5.4 Telemedicina

Si riportano alcuni dei risultati raggiunti e si rimanda alla tabella PAA allegata per maggiori dettagli.

Nell'ambito della macro-area **Sanità Pubblica e Prevenzione** – area **sanità veterinaria** - nel corso del 2018 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).

La pianificazione delle attività e il costante monitoraggio delle stesse, con particolare riferimento al rispetto dei tempi di ricontrollo nelle aziende sede di focolaio, hanno consentito di circoscrivere le patologie garantendo pertanto l'estinzione di un significativo numero di focolai di Brucellosi e Tubercolosi.

| Piano di Profilassi | n. totale delle aziende | n. aziende soggette al programma | n. aziende controllate | % aziende controllate |
|----------------------------|-------------------------|----------------------------------|------------------------|-----------------------|
| Brucellosi bovina/bufalina | 1.319 | 1.307 | 1.307 | 100% |
| Brucellosi ovi-caprina | 1.176 | 1.154 | 1.154 | 100% |
| Tubercolosi | 1.319 | 1.312 | 1.312 | 100% |
| Leucosi enzootica | 1.319 | 1.305 | 1.305 | 100% |

Nell'ambito della **sicurezza alimentare** è stata data attuazione alle direttive del Piano Regionale di Controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari - 2017 ai sensi del DDG n. 324/marzo 2016 e smi, trasmettendo puntualmente entro il 31.01.2019 all'Assessorato la rendicontazione.

Area “**Copertura vaccinale e Sorveglianza delle malattie infettive**”: per quanto attiene l'implementazione della copertura vaccinale obbligatorie da somministrare alle coorti di nascita 2015 e 2016 (DA n. 38/2015), per il morbillo, parotite e rosolia, è stata nettamente superata la soglia del 95% richiesta dalla Regione (valore raggiunto pari al 99% per entrambe le coorti).

E' stato, inoltre completato l'inserimento dei casi di morbillo nella piattaforma PREMIAL del Ministero della Salute e nel sistema di sorveglianza integrata dell'Istituto Superiore di Sanità. Nessuna denuncia ha riguardato la rosolia (Tabella PAA).

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

Prevenzione nei luoghi di lavoro: sono stati sottoposti ad attività di controllo tutti i soggetti ex esposti per rischio agenti cancerogeni segnalati dall'INAIL; nel corso del 2018 non ci sono stati nuovi soggetti arruolati.

La carenza di personale assegnato allo SPRESAL non ha consentito il raggiungimento dei parametri del PRP

Oltre alle indagini di polizia giudiziaria, indagini infortuni, controlli ispettivi di iniziativa, a richiesta dell'Autorità Giudiziaria e su segnalazione sono stati effettuati in totale 28 controlli ispettivi, n° 7 interventi per verifica, n° 3 controlli, secondo programma dell'Assessorato della Salute – Servizio 5, per la valutazione stress lavoro correlato.

L'attività di controllo ha avuto anche lo scopo di verificare il miglioramento delle attività preventive e di promozione della salute nei luoghi di lavoro nelle diverse realtà produttive del territorio. Sono stati globalmente effettuati n.142 provvedimenti preventivi (nulla osta, notifiche, esami piani di lavoro amianto, pareri, NIP, autorizzazioni in deroga, ecc.,) di cui n. 15 Nulla Osta, n.80 notifiche e n.42 esami piani di lavoro e rimozione amianto (art. 256 del D.Lgs. 81/08), n 5 pareri Nuovi Insediamenti Produttivi (art. 67 del D.Lgs.81/08 e art.5 DPR 447/98).

L'attività sanitaria del Servizio è rappresentata prevalentemente dall'esecuzione di visite mediche per la tutela delle lavoratrici madri ai sensi del D.Lgs. 151/01, visite mediche per i ricorsi avverso il giudizio espresso dal Medico Competente Aziendale ai sensi dell'art. 41 comma 9 del D.Lgs. 81/08.

Il personale dello Spresal ha partecipato al Progetto Regionale di Formazione Continua degli operatori S.Pre.S.A.L. svoltasi presso il CEFPAS di Caltanissetta.

E' stata inoltre svolta attività in collaborazione con il Dipartimento Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico in seguito al protocollo d'intesa tra INAIL – ISPESL – REGIONI – Provincie Autonome “Flussi informativi per la prevenzione nei luoghi di lavoro” finalizzato alla gestione dei dati relativi agli infortuni di ciascuna provincia.

Sono state attuate una serie di azioni finalizzate a migliorare la **Qualità** (area intervento 2, punteggio 9) delle prestazioni sanitarie e di garantire la **sicurezza dei pazienti**, fra cui il monitoraggio degli eventi sentinella, la messa in atto di azioni di contrasto all'antibiotico resistenza, monitoraggio dei tempi di attesa, analisi dei campi flusso SDO, misurazione della qualità dell'assistenza percepita presso le Strutture

territoriali e ospedaliere secondo le direttive regionali (interviste telefoniche rispettando i parametri assegnati) come da Tabella PAA.

Per quanto riguarda l'area di intervento “**Assistenza territoriale**” (area di intervento 4, punteggio 6) un obiettivo di particolare rilievo, già perseguito negli anni precedenti, è stato l'implementazione delle Dimissioni facilitate da parte dei quattro presidi ospedalieri nella gestione dei pazienti con diabete mellito di tipo due e scompenso. Tale obiettivo ha la finalità migliorare l'integrazione ospedale-territorio, garantendo ai pazienti un'offerta di cura appropriata ed efficace. Si riportano in tabella i dati del 2018, rimandando all'allegato C per ulteriori dettagli ed in particolare per il confronto con i dati del 2017.

| Distretto | Dimissioni facilitate | Dimissioni protette |
|-----------------|-----------------------|---------------------|
| ENNA | 126 | 235 |
| PIAZZA ARMERINA | 51 | 57 |
| NICOSIA | 12 | 126 |
| AGIRA | 33 | 52 |

Le **dimissioni facilitate** riguardano i pazienti autosufficienti con necessità di continuità di cure perché affetti da patologie croniche, in particolare diabete mellito, scompenso cardiaco e BPCO, i quali vengono inviati allo “Sportello del Paziente Cronico” attivato nei Distretti/PTA

Le **dimissioni protette** riguardano i pazienti non autosufficienti con necessità di continuità di cure

Nel corso del 2018 si sono intensificati i contatti fra le singole UU.OO. ospedaliere e i Distretti Territoriali, assumendo tali contatti valenza informativa formativa.

Tra gli obiettivi del **Dipartimento della Salute Mentale** (DSM) è stata data rilevanza, all'interno del PAA, all'approvazione di nuovi Progetti Terapeutici Individuali (PTI) e all'aumento delle imprese del privato sociale afferenti all'Albo aziendale.

Il DSM cura tutti gli aspetti relativi alla tutela della salute mentale: programma, promuove e verifica le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disagi e dei disturbi psichici; più nello specifico cura, in aderenza alle linee guida e alle direttive nazionali in materia, interventi di prevenzione primaria e di educazione alla salute, anche attraverso programmi di screening per la diagnosi precoce, interventi di presa in carico globale, integrata e multidisciplinare dell'assistito, inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali a gestione diretta o in convenzione.

I problemi relativi alla Salute Mentale assumono, ogni giorno, un'importanza sempre crescente a seguito del trend in aumento delle patologie psichiche e i disturbi psichiatrici dell'età evolutiva adolescenziale. Non minore importanza rivestono i disturbi mentali della popolazione anziana, con particolare riferimento alle patologie croniche degenerative, come le demenze nelle loro varie forme.

La risposta a bisogni non può essere definita in ambito esclusivamente sanitario, ma necessita del collegamento e dell'integrazione dei soggetti coinvolti: Azienda Sanitaria Provinciale, Enti Locali, Associazioni di Volontariato e Terzo Settore, Scuola, Medici di Medicina generale, Associazioni di Familiari e Pazienti.

La visione strategica della politica di salute mentale, articolata su due assi principali:

- Promuovere servizi finalizzati ai percorsi di ripresa;
- Promuovere la salute mentale nella comunità

Il D.S.M. è un Dipartimento Strutturale integrato che comprende la U.O.C. Salute Mentale, la U.O.C. Dipendenze Patologiche e la U.O.C. Neuropsichiatria Infantile.

Sul piano operativo, negli interventi effettuati sono stati coordinati sia con Neuropsichiatria Infantile (NPI) sia con i Servizi afferenti alla U.O.C. Dipendenze Patologiche al fine garantiscono una presa in carico globale utilizzando dei progetti.

Obiettivo prioritario del Piano della Salute e del Piano Strategico per la Salute Mentale è quello di definire e realizzare una "**Salute Mentale di Comunità**", che sia capace di operare in un determinato territorio, in un sistema a rete, con interventi integrati operati da vari soggetti interessati, istituzionali e non, sanitari, sociali, privati, no profit, rete informale della società civile, fondazioni e famiglie, utilizzando al meglio le prescrizioni della legge 328/2000, e, le risorse messe a disposizione da questa, nonché tutte le risorse già in possesso dell'Azienda Sanitaria Provinciale, e, altre risorse per tale problematica messe in campo, ivi comprese quelle provenienti da finanziamenti progettuali vari, al fine di raggiungere gli obiettivi dei "Piani", senza spreco di risorse.

La U.O.C. Salute Mentale ha attivato 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. Le attività hanno determinato non solo la riduzione dei ricoveri anche in TSO, ma soprattutto una riduzione dei dosaggi farmacologici.

Nell'anno 2018 si è registrato un aumento dei PTI.

La progettualità del PAL 2018-2019 è stata riferita alle attività progettuali:

- Attuazione progetto Ceramica
- Attuazione progetto Teatro
- Laboratorio di Lettura
- Laboratorio di Fotografia
- Laboratorio di Pelletteria
- PAL Domiciliari

Nell'ambito dell'attività del Servizio di Neuropsichiatria Infantile è stata prevista l'implementazione di attività specifiche per l'abilitazione dei Disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e ella condotta. Sono stati attivati tutti i percorsi programmati (Tabella PAA).

Per quanto riguarda l'area dello "**Sviluppo organizzativo**" (punteggio 4) sono stati realizzati, fra l'altro, incontri con il Coordinamento Locale dei Trapianti per coordinare interventi e azioni. E' stato aggiornato il programma relativo alle iniziative su donazione e screening.

3.4 Obiettivi individuali

Per il 2018 gli obiettivi individuali sono stati assegnati ai dirigenti responsabili dei centri di negoziazione (Schede Fonte di Pianificazione), che, in sede di negoziazione degli obiettivi di budget, hanno assunto la responsabilità individuale del raggiungimento degli obiettivi stessi. Le schede suddette sono state inserite all'interno del Piano della Performance 2018-20 come aggiornamento dello stesso (Sistema obiettivi operativi anno 2018). I Dirigenti responsabili hanno, quindi, reso noti gli obiettivi a tutti i dipendenti.

Ai fini della valutazione da parte dell'OIV, l'UOC Programmazione e Controllo di Gestione ha inoltrato alla STP le Schede Fonte di pianificazione anno 2018 delle Unità Operative Ospedaliere con l'indicazione dei risultati raggiunti nell'anno.

L'attuale sistema di valutazione e misurazione per l'attribuzione della retribuzione di risultato/produttività lega la valutazione individuale di tutti gli operatori alla performance organizzativa della U.O. Per tutti i dipendenti viene redatta, a cura del superiore gerarchico, una scheda di valutazione che misura il contributo individuale apportato al raggiungimento degli obiettivi. Per tutti i dirigenti l'Azienda adempie anche all'obbligo della valutazione professionale e comportamentale e per i soli dirigenti assegnatari di budget anche alla valutazione gestionale, che tiene conto dei risultati raggiunti dall'U.O. in relazione agli obiettivi assegnati.

Il nuovo Sistema di misurazione e valutazione della performance, la cui adozione è nella sua fase finale,

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

4 Risorse, efficienza ed economicità

Le risorse finanziarie ed economiche per l'anno 2018 derivano, principalmente, dalle assegnazioni effettuate dal Fondo Sanitario Regionale (Assessorato Regionale per la Salute), sulla base della cosiddetta " quota capitaria", oltre che dalla quota del Fondo Sanitario Nazionale.

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

Altro obiettivo del SSR e delle singole aziende è l'equilibrio di bilancio il cui perseguimento ha reso necessario l'adozione di misure in grado di produrre economie che hanno portato alla chiusura del bilancio con un utile di esercizio pari ad € 149.000,00.

Di seguito si evidenziano alcuni dati che integrano quelli già riportati dal conto economico, stato patrimoniale e nota integrativa.

Contenimento dei costi del personale

Il costo complessivo, di cui alla voce CE BA2080 è pari a € 108.529.000. Rispetto al dato del 2017, che si era attestato a € 108.544.000, si registra un decremento di € 15.000 determinando un sostanziale mantenimento del costo.

Ai fini del governo dei costi con riferimento alle disposizioni di politica di bilancio regionale declinata con la negoziazione, il costo del 2018 si attestato sotto la soglia negoziata di 108.636.000.

Il costo del personale a tempo determinato è diminuito € 1.666.000 rispetto al 2017 a fronte di un aumento del costo a tempo indeterminato, atteso lo sblocco delle assunzioni verificatosi nel 2018 che hanno appena coperto il turn over. Infatti il costo del personale a tempo indeterminato ha registrato un incremento pari a 1.734.000 nel conto CE BA2200 afferente al personale di comparto del ruolo sanitario mentre gli altri ruoli hanno registrato un decremento complessivo per il personale a tempo indeterminato pari a 370.000.

Contenimento dei costi di beni e servizi

L'aggregato CE BA0010 – Acquisto Beni, evidenzia uno scostamento in aumento del costo rispetto al 2017, pari a € 1.581.000 passando da un totale di € 29.439.000 del 2017 ad un totale di € 30.160.000.

Il maggiore incremento pari a € 1.394.000 si registra nel sotto-aggregato BA0020 – Acquisto di beni sanitari. In particolare, maggiore incidenza di incremento si evidenzia nel costo per prodotti farmaceutici in linea con l'aumento della dispensazione diretta con il canale della Dispensazione per Conto. Tale voce, seppur per l'Azienda costituisce un costo, a livello regionale è assorbito dal maggior risparmio riconducibile alla contrazione del costo per la farmaceutica convenzionata. Infatti l'aggregato CE BA0500 – Acquisti per assistenza farmaceutica da convenzione, si attesta a € 21.553.000 contro € 22.618.000 dell'anno 2017, con un decremento del 5% pari a € 1.065.000.

Il costo complessivamente rilevato dall'aggregato CE BA0390 – Acquisto di servizi, pari a € 209.211.000, si discosta rispetto al 2017, registrava € 204.044.000, per un incremento pari a € 5.167.000.

Tuttavia l'incremento citato è quasi completamente imputabile ai Contributi per i Disabili gravissimi che sono sostanzialmente sterilizzati dalla voce di ricavo AA0070 - Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati.

Una nota positiva è la diminuzione della mobilità passiva ospedaliera (aggregato BA0810) pari al 7% rispetto all'anno precedente (2018: € 35.731.000 vs 2017: € 38.263.000). Tuttavia il decremento citato è ampiamente riassorbito dalla maggiore mobilità passiva che si è registrata nelle altre voci (prestazioni specialistiche ambulatoriali, assistenza farmaceutica in dispensazione diretta – flusso F -, prestazioni per assistenza socio-sanitaria).

In merito alla natura del decremento della mobilità, i dati disponibili (flusso A) suggeriscono che non è riconducibile a maggiore attrazione; piuttosto, ragionevolmente, si può imputare ad un minore tasso di ospedalizzazione. Tale affermazione non può essere suffragata da un'analisi compiuta in quanto ad oggi non sono pervenuti i flussi informativi di dettaglio da parte della Regione.

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

Di seguito si riportano alcune voci di bilancio evidenziando gli scostamenti dei modelli CE consuntivo 2018 e preventivo 2018 raffrontato, altresì, al consuntivo 2017.

| CODICE | VOCE NUOVO MODELLO CE (1) | Consuntivi vo 2018 | Preventivi vo 2018 | Diff | Consuntivi vo 2017 | Diff |
|---------------|--|---------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------|-------------|
| AA0010 | A.1) Contributi in c/esercizio | 329.585 | 327.875 | 1.710 | 325.157 | 4.428 |
| AA0240 | A.2) Rettifico contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti | -3.554 | -3.368 | -186 | -2.426 | -1.128 |
| AA0270 | A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti | 4.283 | 1.417 | 2.866 | 1.723 | 2.560 |
| AA0320 | A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria | 36.990 | 37.370 | -380 | 36.901 | 89 |
| AA0750 | A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi | 3.345 | 2.901 | 444 | 2.904 | 441 |
| AA0940 | A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) | 1.490 | 1.446 | 44 | 1.567 | -77 |
| AA0980 | A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio | 4.588 | 4.548 | 40 | 4.531 | 57 |
| AA1050 | A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| AA1060 | A.9) Altri ricavi e proventi | 345 | 313 | 32 | 201 | 144 |
| AZ9999 | Totale valore della produzione (A) | 377.072 | 372.502 | 4.570 | 370.558 | 6.514 |
| BA0010 | B.1) Acquisti di beni | 30.930 | 29.585 | 1.345 | 29.349 | 1.581 |
| BA0390 | B.2) Acquisti di servizi | 209.211 | 209.814 | -603 | 204.044 | 5.167 |
| BA1910 | B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata) | 3.877 | 3.733 | 144 | 3.798 | 79 |
| BA1990 | B.4) Godimento di beni di terzi | 2.080 | 1.693 | 387 | 1.691 | 389 |
| BA2080 | Totale Costo del personale | 108.529 | 108.636 | -107 | 108.544 | -15 |
| BA2500 | B.9) Oneri diversi di gestione | 2.175 | 2.037 | 138 | 2.034 | 141 |
| BA2560 | Totale Ammortamenti | 5.922 | 6.027 | -105 | 5.947 | -25 |
| BA2630 | B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti | 0 | 0 | 0 | 393 | -393 |
| BA2660 | B.15) Variazione delle rimanenze | -279 | -527 | 248 | -947 | 668 |
| BA2690 | B.16) Accantonamenti dell'esercizio | 8.427 | 4.371 | 4.056 | 9.179 | -752 |
| BZ9999 | Totale costi della produzione (B) | 370.872 | 365.369 | 5.503 | 364.032 | 6.840 |
| CZ9999 | Totale proventi e oneri finanziari (C) | -274 | -87 | -187 | -235 | -39 |
| DZ9999 | Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| EZ9999 | Totale proventi e oneri straordinari (E) | 2.338 | 1.002 | 1.336 | 2.712 | -374 |
| XA0000 | Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E) | 8.264 | 8.048 | 216 | 9.003 | -739 |
| YZ9999 | Totale imposte e tasse | 8.115 | 8.048 | 67 | 8.110 | 5 |
| ZZ9999 | RISULTATO DI ESERCIZIO | 149 | 0 | 149 | 893 | -744 |

Il valore della produzione è pari a 377.072.000,00 con un aumento di 6.514.000,00 rispetto al 2017, di contro i costi della produzione ammontano a complessive 370.872.000,00 con un aumento rispetto al 2017 pari ad 6.840.000,00. L'analisi dettagliata delle voci di bilancio e dell'incidenza delle relative variazioni con l'anno precedente sono rappresentate nella Nota Integrativa al Bilancio consuntivo 2018.

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

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

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

Si riporta di seguito l'analisi degli scostamenti tra gli esercizi contabili 2018 e 2017

| Macrolivelli di assistenza | 2017 | | 2018 | | Scostamento | |
|---|----------------|---------------|----------------|---------------|--------------|---------------|
| TOTALE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO | 18.119 | 4,86% | 17.228 | 4,54% | - 891 | -4,92% |
| TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE | 172.215 | 46,21% | 179.894 | 47,41% | 7.679 | 4,46% |
| TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA | 182.367 | 48,93% | 182.337 | 48,05% | - 30 | -0,02% |
| Totali | 372.701 | | 379.459 | | 6.758 | 1,81% |

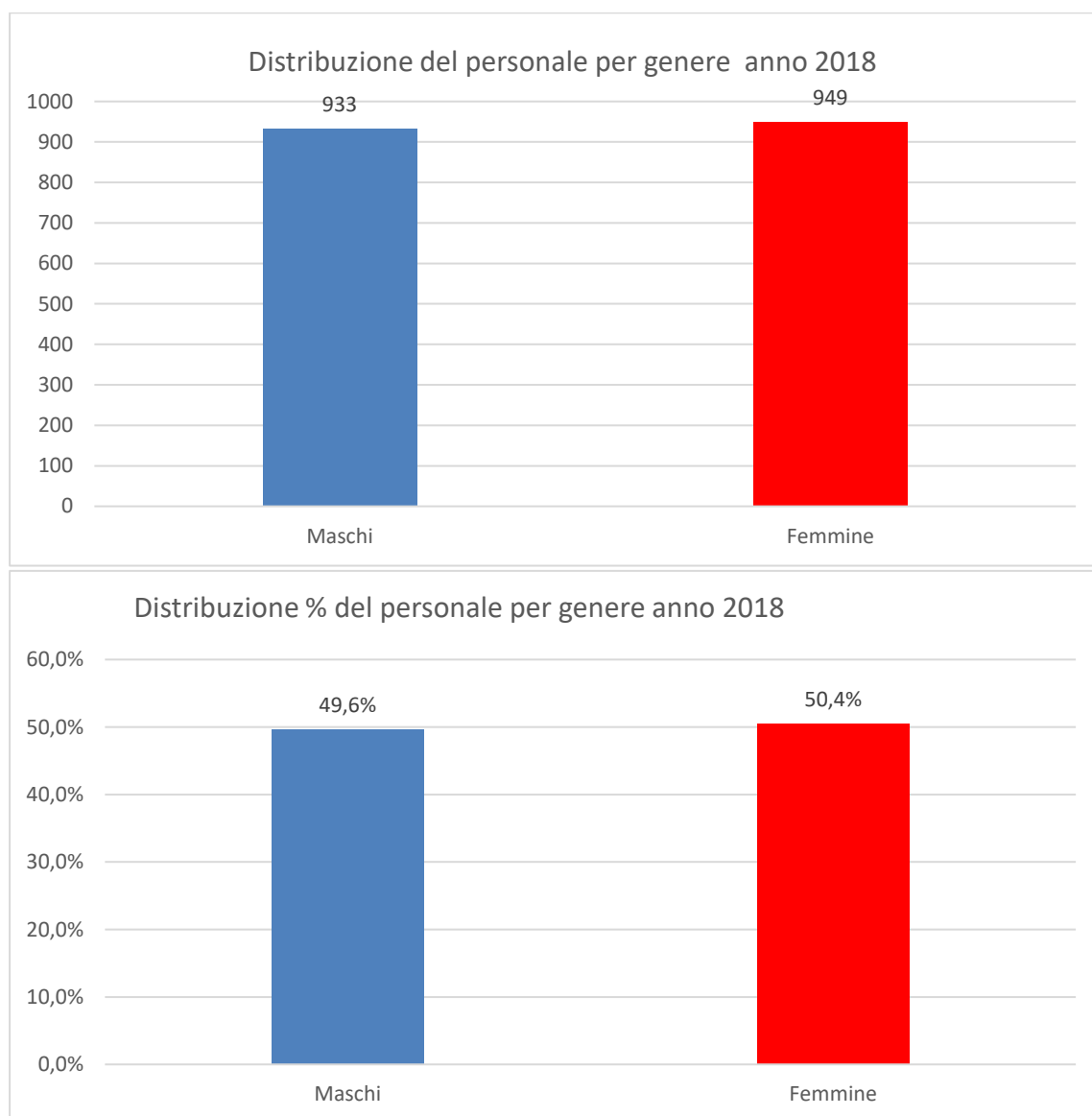
Una prima analisi degli aggregati evidenzia un incremento dei costi LA complessivi pari al 1,81% rispetto all'esercizio precedente.

I macro aggregati riportano nel dettaglio i rispettivi incrementi rispetto ai quali si registra una maggiore incidenza di consumo di risorse nel macro-livello di assistenza distrettuale pari al + 4,46% dell'anno precedente, a fronte di un pari decremento nel macro-livello dell'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro.

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

5 Pari opportunità e bilancio di genere

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



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

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

Nel corso del 2018 il CUG ha svolto attività di raccordo con il Gruppo di Lavoro Aziendale per la Valutazione e la Gestione del Rischio Stress Lavoro Correlato.

6 Il processo di redazione della relazione sulla performance

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

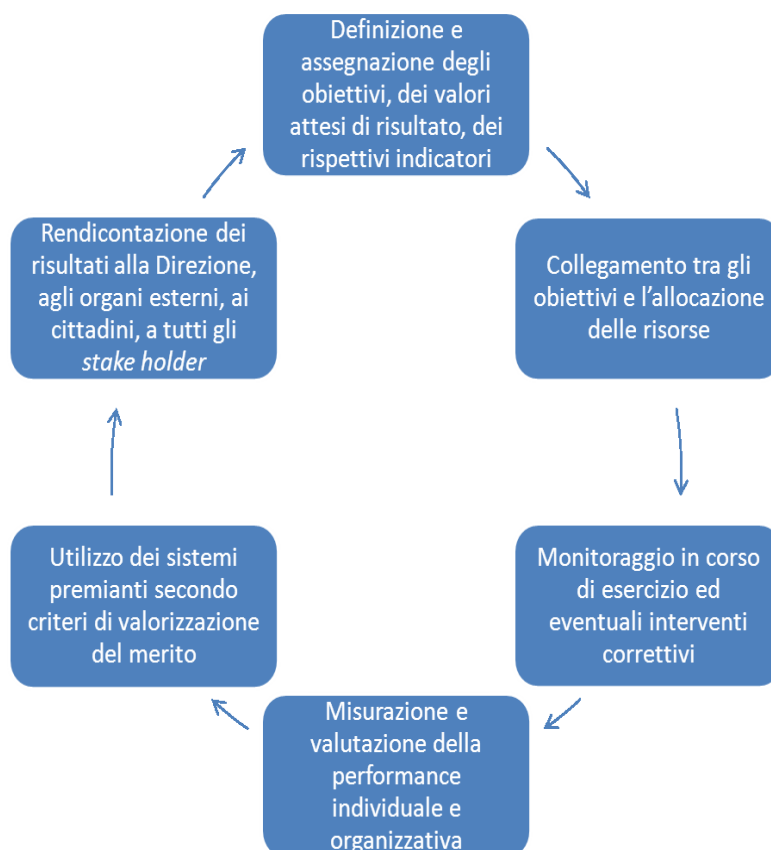
6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità

Premesso che la STP già a partire dal mese di gennaio 2019 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
- Settore Economico Finanziario: ha fornito i dati di bilancio per l'anno 2018
- Responsabile SIS: ha fornito i dati di struttura e di attività di competenza
- Responsabile URP e Trasparenza: sono stati effettuati incontri ai fini del monitoraggio dei dati relativi all'attività di informazione/comunicazione interna ed esterna

6.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo della performance

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



Punti di forza e punti di debolezza

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

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

Nel corso del 2018 il puntuale monitoraggio in corso di esercizio attuato dagli organi di programmazione e controllo aziendali ha costituito un punto di forza del sistema, con la possibilità di porre in atto in alcuni casi interventi correttivi funzionali al raggiungimento degli obiettivi.

Nel corso del 2018 è stata completata la valutazione della performance organizzativa delle unità operative per l'anno 2017 e il processo si è completato con la distribuzione delle risorse del fondo incentivante, secondo i criteri di valorizzazione del merito previsti dall'Accordo Aziendale vigente.

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

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

Allegati:

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

Allegato 2: Tabella obiettivi strategici (1 e 2)

Allegato 3: Tabella Documenti del ciclo di gestione della Performance

Tabella PAA