

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
ENNA



PIANO DELLA PERFORMANCE
2019-2021

1. Presentazione

Il presente Piano della Performance è redatto ai sensi del D. Lgs n. 150 del 27.10.2009 come modificato dal D.Lgs n. 74 del 25.05.2017. Rappresenta il documento di programmazione triennale con il quale l'ASP di Enna individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi per l'anno in corso, specificandone i relativi indicatori e valori attesi di risultato, sui quali di baserà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance*.

La “*performance*” è il contributo che l'Azienda apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi prefissati, nonché alla soddisfazione dei bisogni per i quali è stata costituita.

Nelle more dell'adozione delle linee guida di determinazione degli obiettivi generali di cui all'art. 5 c.1 del D.Lgs 74/2017, questa Amministrazione programma e definisce i propri obiettivi in continuità con gli obiettivi contenuti del Piano della Performance 2018-2020, tenendo conto anche dei risultati conseguiti nel 2018 (D. Lgs 74/2017 art. 4 c.2), come preventivamente e provvisoriamente accertati nell'attività di verifica intermedia del CdG.

Nel Piano sono riportati, ai sensi dell'art. 10., c. 1 a del D.Lgs. 74/2017:

- gli obiettivi aziendali strategici ed operativi specifici (art. 5 c. 1b);
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance*;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori

Il presente Piano, redatto secondo gli orientamenti riportati nel D. Lgs 74/2017, si configura come strumento che, all'interno del ciclo della Performance, può contribuire a

- supportare i processi decisionali, favorendo la coerenza tra risorse e obiettivi, in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti e indiretti
- migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'Amministrazione, guidando i percorsi realizzativi e i comportamenti dei singoli
- comunicare anche all'esterno (accountability), ai propri portatori di interesse (stakeholder) priorità e risultati attesi

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Francesco Iudica

INDICE

1. Presentazione	1
Indice	2
2. Sintesi delle informazioni di interesse per il cittadino e gli stakeholder esterni	3
2.1 Chi siamo.....	3
2.2 Cosa facciamo	4
2.3 Come operiamo	4
3. Identità	5
3.1 L'amministrazione 'in cifre'	5
3.2 Mandato istituzionale e missione	10
3.3 Albero della performance	10
4. Analisi del contesto	11
4.1 Analisi del contesto esterno.....	11
4.2 Analisi del contesto interno	15
5. Gli obiettivi strategici	16
Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	18
6.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale	22
7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione delle performance	22
7.1 Fasi soggetti e tempi del processo di redazione del Piano.....	22
7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.....	24
7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di Gestione della Performance.....	24
8. Integrazione del Piano della performance con il Piano Triennale Prevenzione Corruzione Trasparenza (PTPCT)	24

Allegati

All.1: Organigramma delle strutture organizzative (Atto Aziendale)

All. 2: Documento Linee di Indirizzo e Piano degli Obiettivi Strategici Aziendali

All. 3: Analisi SWOT

Premessa

Nelle more della definizione, da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica, di LLGG specifiche per la predisposizione del Piano della Performance delle Aziende Sanitarie (DPR 105/2016, art. 3 c.1), nella redazione del presente Piano si mantiene l'impostazione per capitoli e paragrafi descritta nella delibera CIVIT 112/2010.



2. Sintesi delle informazioni di interesse per il cittadino e gli stakeholder esterni

2.1 Chi siamo

L'A.S.P. di Enna è stata costituita con la L.R. n. 5/2009; è un ente dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale.

La sede legale dell'Azienda si trova ad Enna, Viale Armando Diaz, n. 7/9, con codice fiscale e partita IVA n. 01151150867.

Il logo con cui si identifica l'Azienda è quello di seguito rappresentato:



Il sito istituzionale è il seguente: www.asp.enna.it

L'ambito territoriale dell'ASP comprende l'intera provincia di Enna (di cui fanno parte i comuni di Enna, Calascibetta, Catenanuova, Centuripe, Valguarnera, Villarosa, Piazza Armerina, Aidone, Barrafranca, Pietraperzia, Nicosia, Cerami, Gagliano Castelferrato, Sperlinga, Troina, Agira, Assoro, Leonforte, Nissoria, Regalbuto) e il Comune di Capizzi in provincia di Messina.

Il territorio aziendale è suddiviso in 4 Distretti Sanitari:

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

Nell'ambito del territorio dell'Azienda con D. A. n. 629 del 31/3/2017 sono state individuate le seguenti strutture ospedaliere, classificate secondo i livelli di complessità crescente previsti dal D.M. 70/2015:

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



La missione istituzionale dell'ASP di Enna è quella di tutelare la salute della popolazione residente e di assicurare i livelli essenziali di assistenza (LEA) indicati nel Piano Sanitario Nazionale e nel Piano Sanitario Regionale.

Gli organi dell'ASP sono il Direttore Generale - coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario - , il Collegio di Direzione e il Collegio Sindacale.

L'Azienda realizza i propri fini istituzionali attraverso le unità operative che direttamente fanno capo alla Direzione Strategica, attraverso le articolazioni dell'ambito sanitario ospedaliero e territoriale, attraverso i Dipartimenti (articolati al loro interno in strutture complesse e strutture semplici).

A seguito del riordino della rete ospedaliera l'Azienda ha ridisegnato il proprio assetto organizzativo nel nuovo Atto Aziendale, approvato dall' Assessorato e recepito dall'Azienda con del. n. 429 del 01/06/2017.

2.2 Cosa facciamo

L'Azienda svolge funzioni di tutela e di promozione della salute sia individuale che collettiva della popolazione residente e/o presente, attraverso attività di educazione alla salute, prevenzione, cura degli stati di malattia e recupero della salute, volte a garantire la migliore qualità di vita possibile.

Le scelte sanitarie sono effettuate in coerenza con le politiche nazionali e regionali, curando l'integrazione con le altre aziende - sanitarie e non - operanti sul territorio e con il coinvolgimento delle componenti sociali, politiche, economiche e di volontariato.

L'azione dell'Azienda si ispira a criteri di efficacia, di appropriatezza, di efficienza, di equità, di professionalità, in un quadro di compatibilità con le risorse disponibili. Essa è vincolata al principio della trasparenza in ragione del quale l'Azienda rende visibili e certi gli impegni dell'organizzazione e le relative garanzie mediante l'impiego di strumenti adeguati.

L'Azienda persegue obiettivi di miglioramento della qualità a tutti i livelli, sia con riferimento ai servizi offerti alla popolazione (innovazione tecnologica, percorsi di accreditamento, sicurezza dei pazienti), sia con riferimento alla valorizzazione dei propri dipendenti (benessere organizzativo, percorsi di formazione intra ed extra-aziendali).

2.3 Come operiamo

L'Azienda persegue le sue finalità attraverso le proprie articolazioni operative, come definite nel nuovo Atto Aziendale e nel Regolamento di organizzazione e funzionamento. Il modello operativo fondamentale è il Dipartimento con le sue articolazioni (unità operative complesse e semplici). Al Dipartimento si affiancano le Unità operative complesse e semplici dei Distretti Ospedalieri e dell'ambito territoriale, nonché le Unità operative che direttamente fanno capo alla Direzione Aziendale. Per una dettagliata descrizione dell'organizzazione e del funzionamento aziendali si rimanda agli allegati dell'Atto Aziendale e al Regolamento sopra citato.

Accanto alle diverse articolazioni organizzative l' Atto Aziendale individua le competenze attribuite ai Direttori di Dipartimento ed agli altri Direttori di struttura complessa. I dirigenti esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti d'indirizzo e programmazione annuale delle attività nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget concordati; sono responsabili

dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati. L'assetto organizzativo di tipo dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda.

I **Dipartimenti strutturali** hanno la responsabilità gestionale diretta delle risorse loro assegnate, ivi compresa la gestione del personale e la gestione degli accessi degli operatori del Dipartimento agli istituti contrattuali nei limiti di spesa fissati dalla Direzione Generale.

I **Dipartimenti funzionali** hanno come principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinico-assistenziale, favorendo l'acquisizione e il mantenimento di competenze tecnico-professionali adeguate, definendo percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali che possono caratterizzare le diverse articolazioni organizzative afferenti.

Le **Strutture Complesse** (o Unità Operative Complesse) sono articolazioni aziendali in cui si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali), finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione, oppure di produzione di prestazioni e di servizi sanitari. In virtù di tale "complessità", queste strutture costituiscono centri di responsabilità all'interno del processo di budget.

Le **Strutture Semplici** (o Unità Operative Semplici) sono contrassegnate da un sistema di produzione con significativo valore economico (sia in termini di tecnologie utilizzate che di risorse umane assegnate) che assicuri attività riconducibili ad una linea di produzione chiaramente individuabile.

3. Identità

3.1 L'amministrazione 'in cifre'

L'ASP di Enna attraverso le sue articolazioni organizzative serve una popolazione di 171.189 abitanti (dato al 31.12.2016 - ISTAT).

Articolazioni organizzative:

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

1. L'Azienda è articolata in 4 Distretti Sanitari:

- a. Distretto di Enna
- b. Distretto di Piazza Armerina
- c. Distretto di Agira
- d. Distretto di Nicosia

2. Sul territorio insistono 4 presidi ospedalieri, classificati per livelli di complessità come previsto dal D.M. 70/2015

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

3. L'Atto Aziendale individua i seguenti Dipartimenti

- a. Dipartimenti Strutturali
 - Dipartimento di Prevenzione
 - Dipartimento di Prevenzione Veterinario
 - Dipartimento della Salute Mentale
 - Dipartimento Assistenza Ospedaliera
- b. Dipartimenti funzionali
 - Ambito territoriale:
 - Dipartimento dell'Assistenza Distrettuale e dell'Integrazione Socio-Sanitaria
 - Ambito ospedaliero:
 - Dipartimento di emergenza e accettazione (DEA)
 - Dipartimento di Medicina

- Dipartimento di Chirurgia
- Dipartimento dei Servizi
- Ambito trasmurale:
 - Dipartimento Materno-Infantile
 - Dipartimento Oncologico
- Ambito Amministrativo 0
 - Dipartimento Amministrativo

Si rimanda all'Atto Aziendale (del. n. 429 del 01.06.2017) per un quadro più dettagliato della struttura organizzativa aziendale, e in particolare all'allegato "Organigramma delle Strutture Organizzative", riportato anche come allegato al presente Piano.

Alle strutture ospedaliere sopra citate sono assegnati i seguenti posti letto:

Distribuzione di posti letto anno 2018			
Regime	Struttura	PL strutturali Mod. HSP 12	
		PL ordinari	PL DH
Acuti	S.O. Umberto I	221	26
	S.O. Chiello	55	13
	S.O. Basilotta	62	10
	S.O. F.B.C.	20	4
Totale Posti letto per acuti		358	53
Lungodegenza	S.O. Umberto I	10	
Lungodegenza	S.O. Chiello	4	
Lungodegenza	S.O. Basilotta	4	
Lungodegenza	S.O. F.B.C.	8	
Riabilitazione post acuzie	S.O. Umberto I	2	
Riabilitazione post acuzie	S.O. Basilotta	2	
Riabilitazione post acuzie	S.O. F.B.C.	12	
Totale posti letto effettivi		400	53

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

Distribuzione per livello di assistenza delle strutture a gestione diretta (alcune strutture espletano più tipologie di assistenza)												
TIPO STRUTTURA	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
Ambulatorio/Laboratorio	34	4	4									
Struttura residenziale									2		1	
Struttura semi-residenziale					1					1	2	
Altro tipo di struttura				9	19	4						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, l'Azienda opera mediante 144 **Medici di medicina generale**, che assistono complessivamente una popolazione pari a 144.877 unità, e 24 **Pediatri di libera scelta**, che assistono complessivamente una popolazione pari a 22.046 unità (dato al 31.12.2018).



Le risorse umane

Le risorse umane aziendali (dato aggiornato al 01.01.2019) sono come di seguito rappresentate:

PERSONALE DIPENDENTE IN SERVIZIO AL 01.01.2019		
RUOLO E AREA CONTRATTUALE	DIPENDENTI DI RUOLO a tempo indeterminato	DIPENDENTI DI RUOLO a tempo determinato
RUOLO SANITARIO		
Dirigenza medica e veterinaria	365	40
Dirigenza sanitaria	34	3
Comparto sanitario	794	17
Totale	1193	60
RUOLO PROFESSIONALE		
Dirigenza professionale	3	0
Comparto professionale	1	0
Totale	4	0
RUOLO TECNICO		
Dirigenza tecnica	4	0
Comparto tecnico	354	1
Totale	358	1
RUOLO AMMINISTRATIVO		
Dirigenza amministrativa	15	0
Comparto amministrativo	227	2
Personale ex LSU contrattualizzato	0	0
Totale	242	2
TOTALE RUOLI	1797	63

Nella sezione 4.2 - Analisi del contesto interno – sono riportati in grafico ulteriori dati relativi al personale dipendente

Le risorse economico-finanziarie

Dal punto di vista istituzionale la Regione è l'interlocutore principale per l'Azienda in quanto il finanziamento è definito dall'Assessorato regionale, che orienta il governo economico sulla base della programmazione sanitaria espressa nel Piano Sanitario Regionale. In concreto, la Regione ha in carico la gestione della politica sanitaria rivolta ai propri cittadini e la realizza attraverso l'attività delle aziende sanitarie, per le quali individua le priorità di intervento attraverso la definizione e l'assegnazione di specifici obiettivi, che sono definiti sia nel Piano Sanitario Regionale, sia negli obiettivi di mandato conferiti ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.

Il Bilancio di Previsione rappresenta il punto di partenza nell'individuazione delle risorse finanziarie a disposizione. Il dettaglio di seguito riportato evidenzia gli elementi più significativi e gli scostamenti dei dati rispetto all'anno precedente. Il Bilancio di previsione tiene conto del Piano degli Investimenti, allegato allo stesso, nei limiti della disponibilità finanziaria.

CONTO ECONOMICO		Importi: Euro			
SCHEMA DI BILANCIO Decreto Interministeriale 20 marzo 2013		Anno 2019	Anno 2018	VARIAZIONE 2019/2018	
				Importo	%
A) VALORE DELLA PRODUZIONE					
1) Contributi in c/esercizio		324.371.659	327.876.369	-3.503.700	-1,1%
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.B. regionale		315.842.568	319.346.268	-3.503.700	-1,1%
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo		8.529.091	8.529.091	-	0,0%
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati		8.529.091	8.529.091	-	0,0%
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA		-	-	-	-
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA		-	-	-	-
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro		-	-	-	-
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)		-	-	-	-
6) Contributi da altri soggetti pubblici		-	-	-	-
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca		-	-	-	-
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente		-	-	-	-
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata		-	-	-	-
3) da Regione e altri soggetti pubblici		-	-	-	-
4) da privati		-	-	-	-
d) Contributi in c/esercizio - da privati		-	-	-	-
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti		-	-3.367.306	3.367.306	-100,0%
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti		1.093.165	1.417.389	-324.234	-22,9%
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria		37.391.704	37.368.704	23.000	0,1%
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche		32.815.506	32.792.506	23.000	0,1%
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie - intramoenia		1.770.504	1.770.504	-	0,0%
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie - altro		2.805.694	2.805.694	-	0,0%
5) Concorsi, recuperi e rimborsi		2.924.064	2.900.730	23.334	0,8%
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)		1.445.822	1.445.822	-	0,0%
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio		4.034.429	4.548.811	-514.382	-11,3%
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni		-	-	-	-
9) Altri ricavi e proventi		316.314	313.187	2.127	0,7%
Totale A)		371.676.137	372.602.696	-926.559	-0,2%

B) COSTI DELLA PRODUZIONE				
1) Acquisti di beni	29.536.664	29.536.664	-	0,0%
a) Acquisti di beni sanitari	29.044.891	29.044.891	-	0,0%
b) Acquisti di beni non sanitari	540.773	540.773	-	0,0%
2) Acquisti di servizi sanitari	196.471.256	194.672.701	798.634	0,4%
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	21.556.966	21.321.022	237.964	1,1%
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	22.112.001	22.112.001	-	0,0%
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	22.591.280	21.845.074	746.206	3,4%
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	3.202.054	3.202.054	-	0,0%
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	2.998.282	2.998.282	-	0,0%
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	4.257.202	4.257.202	-	0,0%
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	74.560.907	74.902.907	-342.000	-0,5%
h) Acquisti prestazioni di psichiatrica residenziale e semiresidenziale	4.719.300	4.691.757	27.543	0,6%
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	14.128.223	14.128.223	-	0,0%
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	58.000	58.000	-	0,0%
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	696.173	696.173	-	0,0%
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	8.667.743	8.545.748	121.995	1,4%
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	1.257.347	1.257.347	-	0,0%
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	9.680.821	9.680.821	-	0,0%
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e socio-sanitarie	614.644	607.818	6.826	1,1%
p) Altri servizi sanitari e socio-sanitari a rilevanza sanitaria	4.368.272	4.368.272	-	0,0%
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	-	-	-	-
3) Acquisti di servizi non sanitari	16.180.150	16.146.016	34.134	0,2%
a) Servizi non sanitari	14.852.909	14.818.281	34.228	0,2%
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	169.621	169.735	-114	-0,1%
c) Formazione	158.000	158.000	-	0,0%

CONTO ECONOMICO		Importi: Euro		
4) Manutenzione e riparazione	3.732.793	3.732.793	-	0,0%
5) Godimento di beni di terzi	1.696.236	1.692.806	2.400	0,1%
6) Costi del personale	108.634.001	108.634.001	-	0,0%
a) Personale dirigente medico	46.522.187	46.522.187	-	0,0%
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	3.818.911	3.818.911	-	0,0%
c) Personale comparto ruolo sanitario	36.206.299	36.206.299	-	0,0%
d) Personale dirigente altri ruoli	1.795.811	1.795.811	-	0,0%
e) Personale comparto altri ruoli	20.290.793	20.290.793	-	0,0%
7) Oneri diversi di gestione	2.064.643	2.037.220	17.323	0,9%
8) Ammortamenti	6.416.891	6.026.576	-609.696	-10,1%
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	208.665	252.775	-44.110	-17,3%
b) Ammortamenti dai Fabbrianti	3.159.189	3.200.936	-41.747	-1,3%
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	2.049.037	2.572.865	-523.828	-20,4%
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-	-	-
10) Variazione delle rimanenze	-	-626.496	626.496	-100,0%
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-	-543.685	543.685	-100,0%
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	-	17.189	-17.189	-100,0%
11) Accantonamenti	2.926.731	4.370.406	-1.444.675	-33,1%
a) Accantonamenti per rischi	1.877.000	3.316.131	-1.439.131	-43,4%
b) Accantonamenti per premio operosità	168.667	168.667	-	0,0%
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	237.000	237.000	-	0,0%
d) Altri accantonamenti	643.064	648.608	-5.544	-0,9%
Totale B)	364.696.224	366.371.717	-676.493	-0,2%
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	6.879.913	7.130.979	-261.066	-3,6%
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI				
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	-	-	-	-
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	86.180	86.180	-	0,0%
Totale C)	-86.180	-86.180	-	0,0%
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE				
1) Rivalutazioni	-	-	-	-
2) Svalutazioni	-	-	-	-
Totale D)	-	-	-	-

E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI				
1) Proventi straordinari	1.333.154	1.919.625	-586.471	-30,6%
a) Plusvalenze	-	-	-	-
b) Altri proventi straordinari	1.333.154	1.919.625	-586.471	-30,6%
2) Oneri straordinari	-	915.797	-915.797	-100,0%
a) Minusvalenze	-	-	-	-
b) Altri oneri straordinari	-	915.797	-915.797	-100,0%
Totale E)	1.333.154	1.003.828	329.326	32,3%
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C-D+E)	3.126.887	3.048.627	78.260	1,0%
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO				
1) IRAP	7.931.887	7.853.627	78.260	1,0%
a) IRAP relativa a personale dipendente	7.079.358	7.079.358	-	0,0%
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	753.341	675.081	78.260	11,6%
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intraconsorzio)	99.188	99.188	-	0,0%
d) IRAP relativa ad attività commerciali	-	-	-	-
2) IRES	196.000	196.000	-	0,0%
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, sondoni, ecc.)	-	-	-	-
Totale Y)	8.126.887	8.048.627	78.260	1,0%
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	-	-	-	-

Enna 17/01/2019

Il Responsabile del Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
Dott.ssa Ornella Menasteri

Il Commissario Straordinario
Dr. Francesco Indica

3.2 Mandato istituzionale e missione

La **missione** istituzionale dell'ASP di Enna è quella di tutelare la salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente nel proprio ambito territoriale, garantendone la migliore qualità di vita possibile e di assicurare i livelli uniformi di assistenza indicati nel Piano Sanitario Nazionale e nel Piano Sanitario Regionale. Tale obiettivo è perseguito fornendo servizi erogati direttamente o da altre strutture del SSN, pubbliche o private accreditate.

L'Azienda, nell'ambito delle risorse disponibili ed in coerenza con la programmazione sanitaria nazionale e regionale, assicura agli utenti, in relazione al fabbisogno assistenziale, l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi sanitari di diagnosi, cura e riabilitazione, nonché di prevenzione e di educazione alla salute.

Al centro della missione aziendale sono:

- l'utente, al quale garantire il servizio in campo assistenziale e socio-assistenziale;
- la comunità, verso la quale l'organizzazione si relaziona rispetto al mandato;
- il professionista e l'organizzazione stessa, che debbono garantire coerenza, qualità, continuità e compatibilità etica ed economica nell'erogazione del servizio

3.3 Albero della performance

L'Albero della performance è la mappa logica che rappresenta i legami tra mandato istituzionale, *mission*, aree di intervento, obiettivi strategici ed obiettivi operativi.

Gli obiettivi strategici per l'anno 2019 sono stati incardinati nelle linee strategiche di seguito rappresentate e definiti nel documento "Linee di indirizzo e piano degli obiettivi strategici aziendali" (Allegato 2), che è stato illustrato ai Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri e Territoriali e ai Direttori dei Distretti Sanitari nella Riunione del Collegio di Direzione del 21/01/2019, al fine di acquisire ulteriori input e proposte per la negoziazione degli obiettivi operativi il cui calendario è già stato formalmente comunicato ai Responsabili dei Centri di Negoziazione con nota prot. 383504 del 24.12.2018.

I suddetti obiettivi, nelle more di ricevere indicazioni dell'Assessorato Regionale della Salute, sono stati definiti in continuità con gli obiettivi dell'anno 2018, laddove pertinente e sulla base dei risultati preliminari forniti dall'UOC Controllo di Gestione.

Di seguito è rappresentato il collegamento fra la mission aziendale e le linee strategiche individuate.

0

Tavola 1
L'albero della performance:
il collegamento fra *mission* e linee strategiche



4. Analisi del contesto

4.1 Analisi del contesto esterno

L'ASP di Enna opera su tutto il territorio della provincia di Enna e comprende, inoltre, il Comune di Capizzi (ME), per un'estensione territoriale complessiva di 2.632,17 Km² e una popolazione residente al 01.01.2018 di 169.359 abitanti (provincia di Enna: 166.259); comune di Capizzi: 3.100 abitanti) (dati ISTAT).

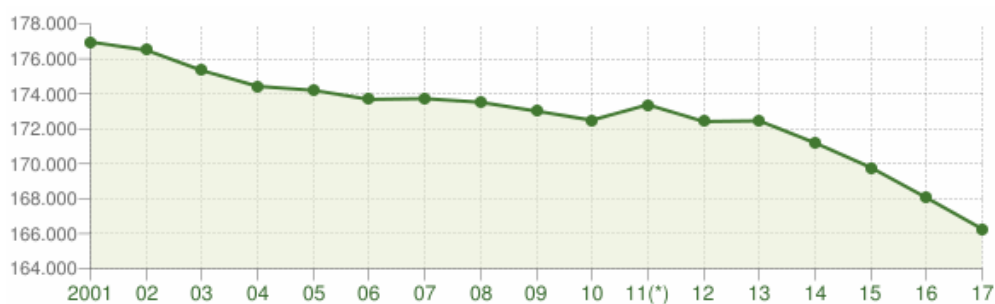


Di seguito, in tabella, sono riportati i comuni che fanno parte della provincia di Enna e la popolazione residente al 01/01/2018 (dati ISTAT)



Comuni	Maschi	Femmine	Totale
Agira	4054	4168	8222
Aidone	2412	2393	4805
Assoro	2520	2570	5090
Barrafranca	6129	6831	12960
Calascibetta	2104	2299	4403
Catenanuova	2319	2438	4757
Centuripe	2638	2735	5373
Cerami	969	1000	1969
Enna	13009	14234	27243
Gagliano C.to	1687	1845	3532
Leonforte	6341	6765	13106
Nicosia	6655	6933	13588
Nissoria	1498	1489	2987
Piazza Armerina	10613	11162	21775
Pietraperzia	3202	3615	6817
Regalbuto	3606	3584	7190
Sperlinga	371	394	765
Troina	4474	4728	9202
Valguarnera C.	3615	4033	7648
Villarosa	2301	2526	4827
TOTALE	80517	85742	166259

Nella provincia di Enna si è registrato nel 2017 (dato al 31 Dicembre) un ulteriore calo della popolazione residente rispetto all'anno precedente :



Andamento della popolazione residente

LIBERO CONSORZIO COMUNALE DI ENNA - Dati ISTAT al 31 dicembre - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

Si riportano di seguito, in grafici e tabelle, ulteriori dati demografici:

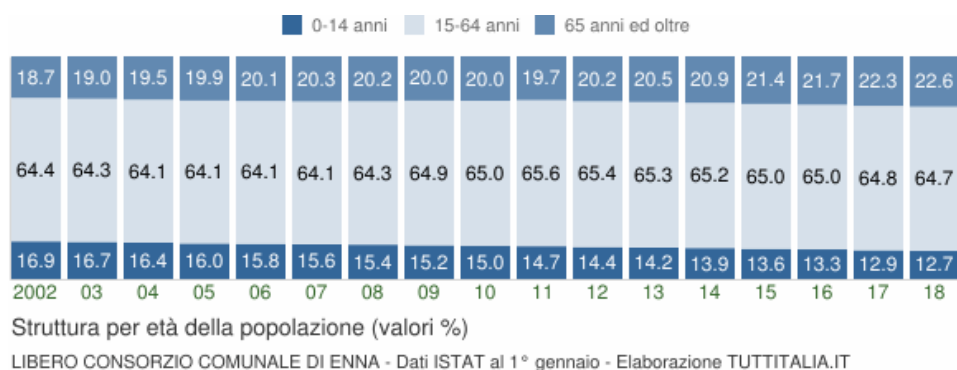


Fig. 1 Struttura della popolazione dal 2002 al 2018 nella provincia di Enna. L'analisi della struttura per età di una popolazione considera tre fasce di età: **giovani** 0-14 anni, **adulti** 15-64 anni e **anziani** 65 anni ed oltre. In base alle diverse proporzioni fra tali fasce di età, la struttura di una popolazione viene definita di tipo *progressiva*, *stazionaria* o *regressiva* a seconda che la popolazione giovane sia maggiore, equivalente o minore di quella anziana. Lo studio di tali rapporti è importante per valutare alcuni impatti sul sistema sociale, ad esempio sul sistema lavorativo o su quello sanitario

Anno	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di ricambio della popolazione attiva	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico figli x 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
2002	110,6	55,3	86,6	84,9	26,5	9,9	10,2
2003	114,1	55,6	84,4	86,7	26,1	9,4	10,5
2004	118,4	56,0	79,5	87,9	26,1	9,2	10,0
2005	124,4	56,0	76,3	90,7	25,8	9,5	10,3
2006	127,2	56,1	73,2	92,2	25,9	9,4	9,4
2007	130,4	55,9	75,3	94,8	25,8	9,1	10,3
2008	131,0	55,4	79,5	96,6	26,4	9,2	10,3
2009	131,6	54,1	85,9	98,6	26,2	9,0	10,4
2010	133,7	53,7	92,9	101,5	26,0	8,6	10,8
2011	133,8	52,5	98,9	104,5	25,6	8,5	10,8
2012	140,9	53,0	105,7	107,9	25,3	7,7	10,9
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	-	-

Tab. 2 Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente in provincia di Enna.

Si riportano di seguito alcuni dati sulla popolazione nel comune di Capizzi:

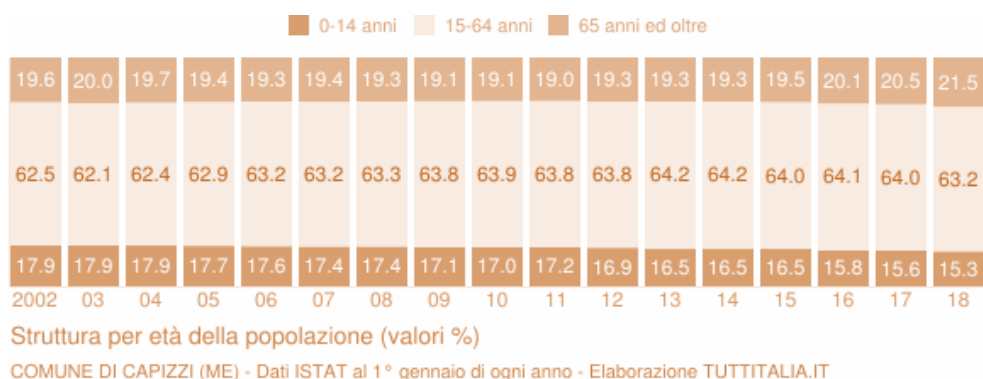


Fig. 2 Struttura della popolazione dal 2002 al 2018 nel comune di Capizzi.

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
2002	109,4	59,9	75,1	68,8	24,7	10,2	9,6
2003	111,4	61,1	70,8	70,6	25,1	12,6	12,6
2004	110,3	60,2	71,6	73,8	23,9	10,4	13,0
2005	110,0	59,0	67,3	78,1	25,1	10,7	11,3
2006	109,9	58,3	66,8	79,3	25,8	11,1	10,5
2007	111,6	58,2	66,5	81,5	25,9	11,0	11,9
2008	110,8	58,0	62,2	84,9	26,3	13,1	11,3
2009	112,0	56,7	62,1	87,8	27,2	12,6	12,0
2010	111,9	56,5	71,0	92,8	26,5	11,8	10,3
2011	110,5	56,8	80,8	97,6	26,0	7,1	8,0
2012	114,4	56,7	83,3	102,2	25,9	10,2	9,0
2013	117,1	55,7	88,0	105,5	26,6	10,6	14,3
2014	116,6	55,8	91,3	110,8	25,5	11,7	12,9
2015	118,7	56,2	89,0	114,7	25,8	6,9	13,1
2016	127,5	56,0	80,5	116,1	27,8	6,3	9,2
2017	131,6	56,3	80,0	119,3	28,0	8,7	15,7
2018	140,9	58,3	87,5	117,1	27,6	-	-

Tab. 3 Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente nel comune di Capizzi.

Si rappresentano di seguito i dati relativi la distribuzione della popolazione straniera residente nei comuni dell'ASP di Enna:

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

Tab. 4 Distribuzione della popolazione straniera residente dei comuni dell'ASP (Dato ISTAT 01.01.2018)



Fig. 3 Popolazione straniera residente nella provincia di Enna al 1° gennaio 2018.



Fig. 4 Popolazione straniera residente nel comune di Capizzi al 1° gennaio 2018

I dati sopra riportati (diminuzione della popolazione residente, aumento dell'indice di vecchiaia e di dipendenza strutturale) indicano un depauperamento, anche in termini di popolazione, del territorio aziendale, con un aumento della popolazione degli ultrasessantacinquenni (rispetto al numero dei giovani fino a 14 anni) e un aumento del carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 e > 65 anni). Si rileva, altresì, un lieve aumento della popolazione straniera residente. L'Azienda di conseguenza rivolge un'attenzione particolare a specifiche categorie di utenti che necessitano di prestazioni sanitarie dedicate, quali gli anziani, i minori, gli stranieri residenti.

L'ASP di Enna opera in collegamento con gli Enti locali e riconosce e valorizza il ruolo degli organismi di partecipazione (Comitato Consultivo, Associazioni di volontariato, dei pazienti e dei loro familiari), oltre che promuovere forme di coinvolgimento diretto del cittadino, che può interagire con l'Azienda anche attraverso l'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico).

Il contesto esterno si completa con il quadro normativo inerente ad obiettivi di contenimento dei costi, con l'obiettivo finale dell'equilibrio di bilancio.

4.2 Analisi del contesto interno

L'Atto Aziendale approvato con del. 429 del 01/06/2017 definisce l'assetto organizzativo e funzionale dell'Azienda, come rappresentato nell'Allegato 1 "Organigramma delle strutture organizzative", allegato al presente Piano e parte dell'Atto Aziendale. I conseguenti atti amministrativi adottati dall'Azienda o da adottare sono finalizzati a dare concreta e completa attuazione a quanto previsto in termini di dotazione organica e di organizzazione dei servizi, tenendo anche conto della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale come approvata con D.A. n. 22 del gennaio 2019.

L'Azienda a tutt'oggi affronta le criticità relative al deficit di capitale umano e sebbene i livelli di assistenza siano garantiti, tuttavia il fattore critico relativo alle risorse umane influenza in maniera significativa i livelli quantitativi delle prestazioni erogate.

Si riportano di seguito, in grafico, alcuni dati relativi al personale dipendente; 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.

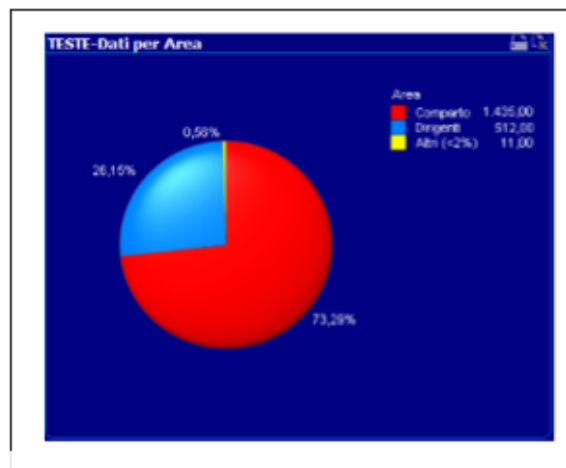
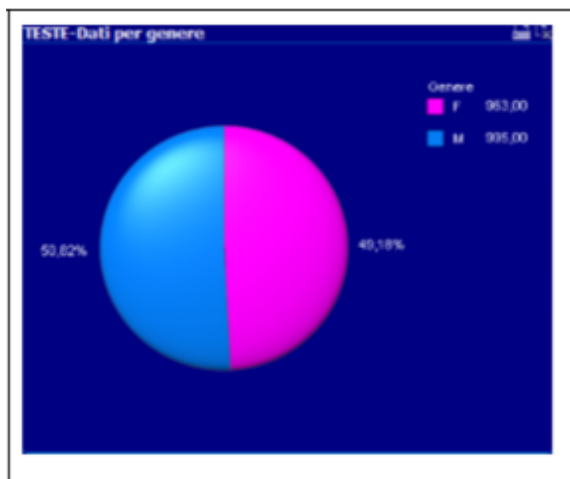


Fig. 1 Risorse umane – Distribuzione per genere e per area (teste pesate)

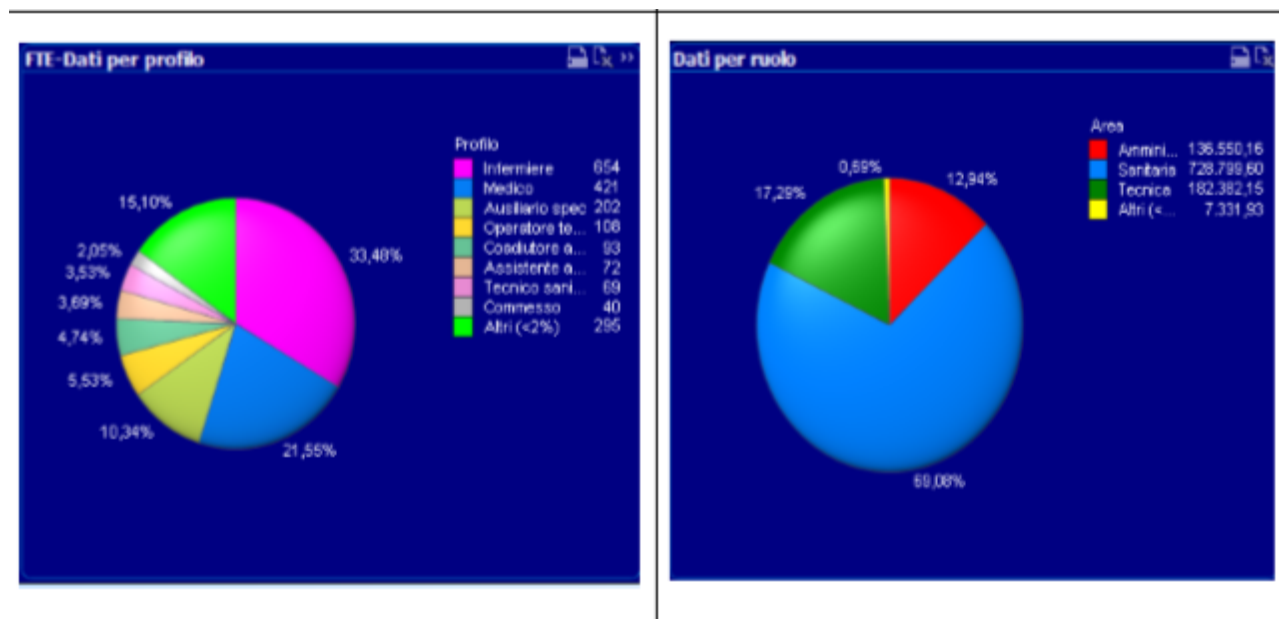


Fig. 2 Risorse umane – Distribuzione per profilo e per ruolo (teste pesate)

5. Gli obiettivi strategici

La Direzione Aziendale ha individuato le linee strategiche di intervento e gli obiettivi strategici di salute e funzionamento per l'anno 2019, come definiti nel documento "Linee di indirizzo e piano degli obiettivi strategici aziendali" allegato al presente Piano (All. 2).

Tali obiettivi, nelle more di ricevere indicazioni dall'Assessorato Regionale della Salute, sono stati definiti in continuità con gli obiettivi già individuati negli anni pregressi e attualmente in corso di implementazione, tenendo conto dei risultati ottenuti, dei target e dei valori attesi, adeguandoli all'attuale contesto, salvo procedere successivamente al loro aggiornamento. La Direzione Aziendale ha illustrato il Piano degli obiettivi strategici aziendali ai Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri e Territoriali e ai Direttori dei Distretti Sanitari nella riunione del Collegio di Direzione del 21.01.2019, al fine di acquisire ulteriori input e proposte per la negoziazione degli obiettivi operativi, il cui calendario è già stato formalmente comunicato ai Responsabili dei Centri di Negoziazione con nota prot. 383504 del 24.12.2018.

Gli obiettivi strategici sono stati incardinati nelle seguenti linee strategiche, a ciascuna delle quali è stato attribuito un peso:

- ESITI (peso 20): gli obiettivi tendono a migliorare la performance degli indicatori del P.N.E.
 - Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65
 - Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)
 - Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI
 - Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni
- EFFICIENZA Ospedaliera (peso 15): gli obiettivi tendono a migliorare gli indici di produzione, qualità ed appropriatezza e l'erogazione dell'assistenza ospedaliera a vantaggio dell'assistito
 - Miglioramento dell'efficienza dell'erogazione dell'assistenza ospedaliera a vantaggio dell'assistito

- SCREENING (peso 30): gli obiettivi pianificano interventi strutturati per migliorare l'estensione degli Screening oncologici alla popolazione bersaglio
 - Potenziamento Screening oncologici: cervico-carcinoma
 - Potenziamento Screening oncologici: tumore della mammella
 - Potenziamento Screening oncologici: tumore colonretto
 - Adozione del test HPV - DNA
 - Miglioramento dell'efficienza organizzativa al fine di aumentare l'adesione al programma screening
- PROGRAMMI del P.R.P. e P.R.I.C. (peso 10): gli obiettivi tendono ad attuare le linee programmatiche del Piano Regionale di Prevenzione di cui al D.A. 733/2018 e del Piano Regionale Integrato dei Controlli di cui al DDG 2435/2018
 - Attuazione delle linee programmatiche regionali di prevenzione
- EFFICIENZA Territoriale (peso 15): gli obiettivi sono volti a migliorare l'offerta dei servizi territoriali assicurando l'integrazione ospedale / territorio anche al fine di ridurre la ospedalizzazione
 - Migliorare i percorsi assistenziali di integrazione territorio-ospedale e l'erogazione dei servizi sanitari di prevenzione ed assistenza
- EFFICIENZA Gestionale ed Economico- Finanziaria (peso 10): gli obiettivi intendono revisionare processi e percorsi per una migliore efficacia a supporto dei servizi sanitari erogati e un razionale utilizzo delle risorse disponibili
 - Migliorare i processi aziendali per una maggiore efficienza a supporto dei servizi sanitari e un razionale utilizzo delle risorse disponibili

Per l'anno 2019, oltre a perseguire interventi di miglioramento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), s'intende migliorare la performance di ulteriori obiettivi, già in corso di attuazione in Azienda:

- ✓ riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera in funzione delle direttive regionali;
- ✓ sviluppo della organizzazione dipartimentale perseguendo un modello che garantisca una forte integrazione dell'ospedale con il territorio;
- ✓ ottimizzazione dei processi al fine di garantire la corretta completa e tempestiva trasmissione dei flussi informativi nazionali e regionali;
- ✓ miglioramento degli indici di produzione ospedaliera (degenza media, indice di occupazione, indice operatorio, etc);
- ✓ ottimizzazione dei tempi di ospedalizzazione per il trattamento delle acuzie;
- ✓ ottimizzazione dei tempi di utilizzo delle sale operatorie;
- ✓ controllo sulla qualità ed appropriatezza delle prestazioni;
- ✓ adozione di nuove modalità organizzative delle attività ambulatoriali ai fini della corretta rendicontazione nel flusso "C"
- ✓ completamento e miglioramento della informatizzazione aziendale;
- ✓ avvio della cartella clinica informatizzata;
- ✓ interventi/azioni diretti all'efficientamento energetico;
- ✓ attuazione dei Piani aziendali di prevenzione in aderenza agli obiettivi ed indicatori indicati dalla Regione nel nuovo P.R.P. di cui al D.A. 733/2018 e PRIC di cui al DDG 2435/2018.
- ✓ promozione della salute pubblica veterinaria e della sicurezza degli alimenti;
- ✓ miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci;
- ✓ umanizzazione e comunicazione;
- ✓ revisione ed attuazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) delle principali patologie croniche per la presa in carico territoriale dei pazienti diabetici, scompensati, broncopneumopatici, etc;
- ✓ ottimizzazione dei tempi e delle procedure per usufruire dei servizi sanitari territoriali (cure palliative e hospice, assistenza domiciliare, assistenza integrativa, etc);
- ✓ miglioramento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche;
- ✓ rispetto del budget negoziato sulle principali voci di bilancio (personale., farmaceutica, acquisti prestazioni sanitarie etc..)
- ✓ sviluppo della formazione individuale ai fini dello sviluppo delle competenze professionali;

- ✓ rispetto della normativa sulla anticorruzione e trasparenza;
- ✓ rispetto dei tetti di spesa dettati da norme nazionali e regionali;
- ✓ ulteriori obiettivi che l'Assessorato della Salute assegnerà nel corso dell'anno.



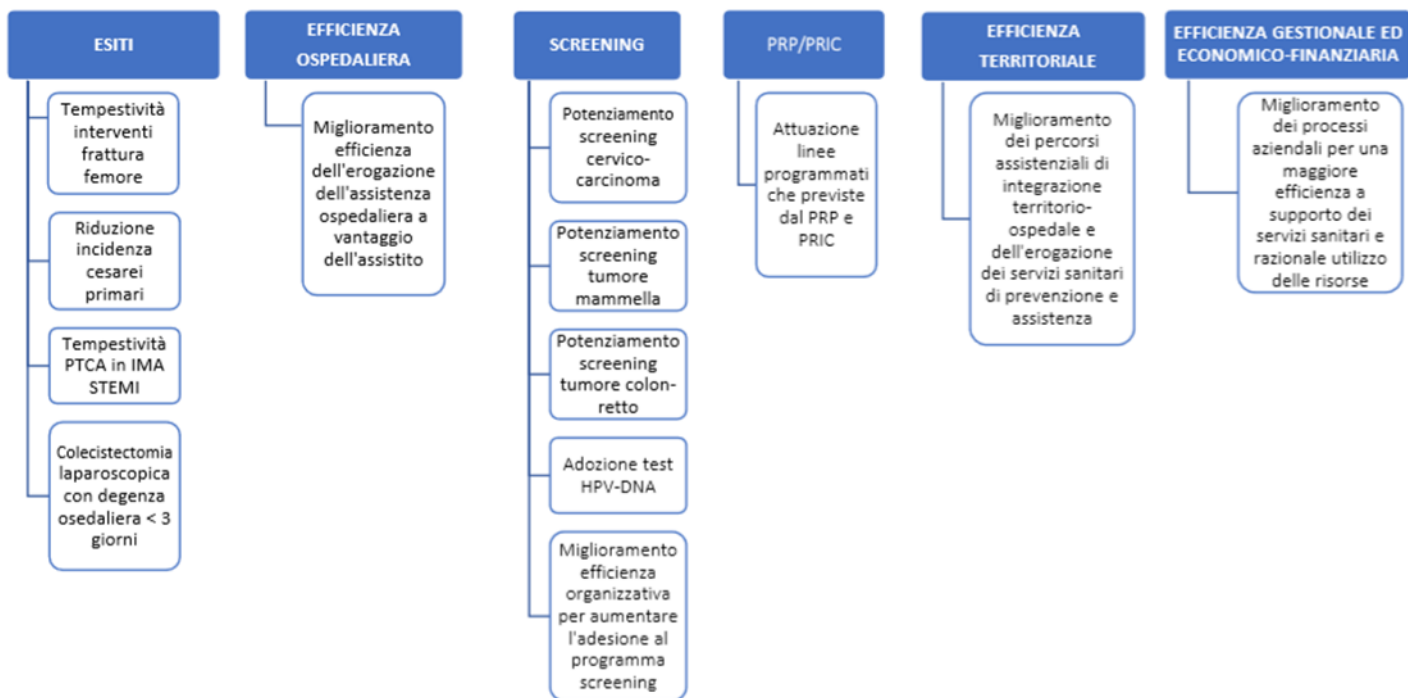
Tavola 2

L'albero della performance:

il collegamento fra mandato linee strategiche e obiettivi strategici

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



Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

La Direzione Aziendale nella riunione del Collegio di Direzione del 21/01/2019 ha illustrato gli obiettivi strategici ai Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri e Territoriali nonché ai Direttori dei Distretti Sanitari, al fine di acquisire ulteriori input e proposte nel processo di definizione degli obiettivi operativi, che

saranno negoziati con i Responsabili di Struttura, secondo un calendario già formalmente comunicato con la citata nota del 24.12.2018.

Nella tabella di seguito riportata, allegato al documento “Linee di indirizzo e piano degli obiettivi strategici aziendali” (All. 2) sono riportati per ogni obiettivo strategico, gli obiettivi operativi, gli indicatori, i valori attesi di risultato, i valori soglia – laddove pertinenti –, le unità operative responsabili del raggiungimento dell’obiettivo operativo. Gli obiettivi operativi in sede di negoziazione potranno essere oggetto di modifiche e integrazioni e sono suscettibili di aggiornamento in corso d’esercizio, in seguito a nuove disposizioni assessoriali e/o normative e/o per sopravvenute esigenze aziendali.

Tavola 3
L’albero della performance:

il collegamento fra gli obiettivi strategici e i piani operativi

LINEA STRATEGICA	Obiettivo Strategico	Obiettivo operativo	INDICATORE	VALORE SOGLIA	VALORE ATTESO	FONTE	UU.OO. INTERESSATE
ESITI	Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65	Assicurare l'intervento chirurgico entro 2 giorni dal giorno del ricovero incluso	Interventi chirurgici per frattura femore over 65 anni eseguiti entro 2 gg dal giorno di ricovero	>80%	≥90%	Flusso A	Ortopedie
		Assicurare priorità nell'assistenza per fratture femore over 65 anni	Tempo di permanenza al Pronto Soccorso <4h per frattura femore over 65 anni	>=90	100		Pronto soccorso
		Garantire la disponibilità sala operatoria per consentire l'intervento entro la	Disponibilità sala operatoria entro 12 hh dalla richiesta (nro di richieste soddisfatte/nro di richieste pervenute)	>=90	100		Anestesia
	Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	≤28	≤20%	Flusso A	UU.OO. Ostetricia e Ginecologia
	Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI	Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI	PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / numero totale di I.M.A. STEMI diagnosticati	>78%	≥91%	Flusso A e	Cardiologie;
Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni	Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	≥70%	≥97%	Flusso A	UU.OO. Chirurgia Generale	
EFFICIENZA OSPEDALIERA	Migliorare l'efficienza dell'erogazione dell'assistenza ospedaliera a vantaggio dell'assistito	Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali nei punti nascita senza UTIN	N. nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno)		= 0	Flusso A	Ostetricia e Ginecologia P.O. Basilotta
			N. nati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita / totale neonati		< 8%	Flusso A	Ostetricia e Ginecologia P.O. Basilotta
		[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 cartelle clinica e rispetto dei criteri di ricovero del presente documento. Il report trimestrale dovrà prevedere le seguenti informazioni - 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]	Controllo analitico su un campione del 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73 a cura dei NOC aziendali		si	Verbale di verifica dei NOC	Direzione Medica di Presidio (NOC)
		Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730) Punti Nascita con UTIN	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)		< 5%	Flusso A	UTIN Umberto I
		Ottimizzare la correlazione tra l'attività erogata, l'attività tipica di reparto ed i tempi di degenza adeguati all'effettiva esigenza del trattamento	Degenza media regime ordinaria: N. GGDD effettivi/ N. casi effettivi/ N. GGDD effettivi/ N. casi effettivi	≤ 14 gg	≤ 9	Flusso A	Tutte le UU.OO. ospedaliere Area Medica con degenza ordinaria
			Indice di occupazione pl Ordinari: N. GGDD effettivi/ n. PL operativi *365	≥ 70%	≥ 80%	Flusso A	Tutte le UU.OO. ospedaliere Area Medica con degenza ordinaria
			Indice chirurgico: DRG Ch /Tot.DRG (Ordinari + DH + DSAO)	≥ 70%	≥ 75%	Flusso A e SDAO	Tutte le UU.OO. Area Chirurgia
			Abbattimento per inapproprietezza PAC: Entro le soglie previste dall'indicatore	≤ € 20.000	≤ € 3.000	Flusso A e SDAO	Tutte le UU.OO. ospedaliere (disciplina "acuti")
		Attivazione delle agende informatizzate delle sale operatorie e pieno utilizzo entro il 30/04/2019			SI	ORMAWEB	Anestesia
		Ricoveri dei neonati effettuati direttamente dal reparto e contestuale compilazione della scheda CEDAP	Neonati ricoverati dal reparto/totale neonati	90%	100%	Sistema ADT	Ostetricia e Ginecologia Basilotta e Umberto I; Direzione medica di presidio
Nro CEDAP/Nro parti	90%		100%	Flusso CEDAP e Flusso SDO	Ostetricia e Ginecologia Basilotta e Umberto I; Direzione medica di presidio		

LINEA STRATEGICA	Obiettivo Strategico	Obiettivo operativo	INDICATORE	VALORE SOGLIA	VALORE ATTESO	FONTE	UU.OO. INTERESSATE
		Pieno utilizzo dei sistemi informativi aziendali	Attivazione del Flusso SPI (Prestazioni per interni) da produrre mediante sistema informativo in dotazione entro il 30/08/2019 SDO/SDAO chiuse al 15 gennaio relative all'anno precedente eccetto quelle clinicamente giustificate	95%	100%	Attestazione del SIS Flusso A (per le UU.OO. attestazione Direzione Medica di Presidio)	Anatomia patologica Tutte le UU.OO. ospedaliere con degenza Direzione Medica di presidio
		Gestione flusso operativo informatizzato per l'accettazione e la chiusura dei piani di lavoro dell'attività ambulatoriale ai fini della corretta alimentazione del flusso C	visite effettuate / visite rendicontate sul flusso C	95%	100%	Report CUP Flusso C	Tutte le UU.OO. Ospedaliere
		Prescrizioni dematerializzate (DEM) da parte di tutti i medici prescrittori in servizio nella U.O.	% di prescrizioni dematerializzate / tot. ricette rosse prescrivibili in DEM	≥ 80%	100%	portale SOGEI	Tutte le UU.OO. Ospedaliere
		Ottimizzazione gestione in Pronto Soccorso: tempo medio di attesa in PS	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti % pazienti con codice verde visitati entro 2 ore % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <= 4 ore	≥75% ≥80% ≥70%	≥85% ≥95% ≥80%	flusso EMUR flusso EMUR flusso EMUR	UU.OO. Pronto Soccorso
		Efficienza dell'erogazione dei servizi afferenti ai centri trasfusionali	Flusso informativo consumo scacche di sangue per ricoverati in DH e ORD: trasmissione entro e non oltre il 10 del mese successivo al mese di riferimento (report suddiviso per regime di ricovero) Indice di produzione piastrine aferesi in ASP produzione piastrine aferesi /1000 abitanti Indice di produzione unità di sangue in ambito ASP: n.unità di globuli rossi/1000 ab Incremento indice di donazione in sede: Tot unità di gl. Rossi (UDR+INTERNA) / tot raccolta g.r. UDR		≥ 4,6 per 1000 abitanti) (ob. Nazionale) ≥ 39,9 (ob. Regionale) ≥ 65%	SI EMONET - dati SISTR EMONET - dati SISTR DA n. 598/2013:	UU.OO. Centro trasfusionale
		Garantire la tempestività delle refertazioni per prestazioni per interni in regime di urgenza e programmato	refertazione in regime programmato: Tempo medio di refertazione refertazione in regime di urgenza: Tempi medi di refertazione	<= 10 ore <=3 ore	<=6 ore <= 1 ore	Report Sistema LIS Report Sistema LIS	Lab analisi, Lab analisi, Dir. Medica di Presidio
		Garantire la tempestività delle refertazioni per prestazioni per interni in regime di urgenza e programmato	refertazione in regime programmato: refertazione in regime di urgenza: Tempi medi di refertazione	<= 10 ore <=3 ore	<=6 ore <= 1 ore	Report Sistema RIS Report Sistema RIS	Radiologia, Med. Nucleare, Radiologia, Med. Nucleare.
	Potenziamento Screening oncologici: Cervico carcinoma	Potenziamento Screening oncologici: Cervico carcinoma	Test eseguiti: N. di test eseguiti / popolazione target (donne residenti 25-64 anni)	40%	50%	Circolare regionale 18/2018; Attestazione CGS	Consulenti Anatomia Patologica Ostetricia (2° liv.)

SCREENING	Potenziamento Screening oncologici: Tumore della mammella	Potenziamento Screening oncologici: Tumore della mammella	N. di test eseguiti / popolazione target (donne residenti 50-69 anni)	50%	60%	Circolare regionale 18/2018; Attestazione CGS	Radiologia Chirurgia Generale
	Potenziamento Screening oncologici: Tumore Colonretto	Potenziamento Screening oncologici: Tumore Colonretto	N. di test eseguiti / popolazione target (uomini e donne residenti 50-69 anni)	40%	50%	Circolare regionale 18/2018; Attestazione CGS	Laboratorio Analisi Gastroenterologia(2°liv) Chirurgia Generale
	Adozione del test HPV - DNA secondo programmazione regionale	Adozione del test HPV - DNA in tutte le ASP secondo programmazione regionale	N. donne screenate con test HPV -DNA / totale donne 30-64 anni	20%	30%	Circolare regionale 18/2018; Attestazione CGS	Consulenti Patologia Clinica
	Migliorare l'efficienza organizzativa al fine di aumentare l'adesione al programma screening	Migliorare l'estensione e l'adesione della popolazione target e perseguire il pieno coinvolgimento ed effettivo apporto dei medici di medicina generale	Estensione: N.ro assistiti invitati/popolazione target	90%	100%	Circolare regionale 18/2018; Attestazione CGS	Centro Gestionale Screening
			Adesione: N.ro assistiti accettati/N.ro Assistiti invitati	30%	50%	Circolare regionale 18/2018; Attestazione CGS	Centro Gestionale Screening
N. inviti inesitati / totale inviti			5%	2%	Circolare regionale 18/2018; Attestazione CGS	Centro gestionale Screening	
		N. MMG Attivi / totale MMG	60%	100%	Circolare regionale 18/2018; Attestazione CGS	Centro gestionale Screening; ASB	
PRP/PRIC	Attuazione delle linee programmatiche regionali di prevenzione	Piena attuazione delle azioni individuate secondo gli indicatori previsti nel PRP (D.A. 733/2018) e nel PRIC (DDG 2435/2018)	Azioni espletate/Totale Azioni previste	80%	100%	Attestazione del referente coordinatore del PRP	UUOO previste dal piano attuativo aziendale

LINEA STRATEGICA	Obiettivo Strategico	Obiettivo operativo	INDICATORE	VALORE SOGLIA	VALORE ATTESO	FONTE	UU.OO. INTERESSATE	
EFFICIENZA TERRITORIALE	Migliorare i percorsi assistenziali di integrazione territorio-ospedale e erogazione dei servizi sanitari di prevenzione ed assistenza	Ottimizzazione dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali secondo gli standard regionali	Ex Ante: Somma N. prestazioni richieste (da 1 a 43)*% di garanzia in classe B / Totale prestazioni prenotate in classe B Ex Ante: Somma N. prestazioni richieste (da 1 a 43)*% di garanzia in classe D / Totale prestazioni prenotate in classe D 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	>=75	>=90	Sistema CUP	UOC Specialistica	
		Integrazione Ospedale / Territorio: Cartella ostetrica informatizzata	N. di cartelle ostetriche completate dai Punti Nascita/ N. Cartelle Ostetriche inviate dai Consultori	50%	60%	UU.OO. di Ostetrica e Ginecologia UOC Materno Infantile (Consultori Familiari)		
		Integrazione Ospedale Territorio: Implementazione Ambulatori di ecografia ostetrica di 1° livello nei Punti Nascita (Enna e Nicosia)	Incremento della ecografia ostetrica rispetto all'anno 2018			>= 30%	UU.OO. di Ostetrica e Ginecologia Distretti Sanitari UOC Materno Infantile (Consultori)	
		Riduzione Liste d'attesa : Implementazione / attivazione delle agende settimanali di prestazioni ginecologiche	Aumento delle prestazioni rispetto all'anno 2018	<= 20%		>= 30%	UU.OO. di Ostetrica e Ginecologia UOC Materno Infantile (Consultori Familiari)	
		Miglioramento dei percorsi assistenziali nei servizi territoriali Attuazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) delle principali patologie croniche per la presa in carico territoriale dei pazienti diabetici, scompensati, broncopneumopatici etc.;	Definizione di un processo uniforme, gestibile informaticamente mediante il sistema esistente, per l'erogazione dell'assistenza integrativa e protesica entro il 30/04/2019				SI	Specialistica
			Attivazione del sistema per la gestione informatizzata dei processi strumentali alla rilevazione dell'attività entro il 30/08/2019				SI	Tecnico/GTI
		Adozione e attuazione del processo uniforme, gestito informaticamente mediante il sistema esistente, per l'erogazione dell'assistenza integrativa e protesica entro il 30/09/2019					Distretti sanitari	

Efficienza Gestionale ed Economico Finanziaria	Migliorare i processi aziendali per una maggiore efficienza a supporto dei servizi sanitari e un razionale utilizzo	Rispetto del budget negoziato ferma restando eventuale rinegoziazione	Costo del personale		<= 102.634	Bilancio di previsione cod CE BA2080	Risorse Umane	
			Costo della farmaceutica convenzionata		<=21.453	Bilancio di previsione cod CE BA0500	Farmacia Territoriale	
			Costo della DPC		<=4.396	Conto economico 501010106	Farmacia Territoriale	
			Riduzione del costo per energia elettrica cod CE BA1660 rispetto all'esercizio precedente (2018 = 3.046)	<=10%	<=20%		Tecnico	
		Ricognizione dei contratti in funzione del periodo di validità	Report trimestrale dei contratti attivi secondo lo schema allegato da trasmettere al dipartimento amministrativo entro il 15 del mese successivo al trimestre di riferimento			SI	Attestazione del Dipartimento amministrativo	Proveditorato
		Rispetto dei tempi di pagamento	Incidenza delle scadenze non rispettate	<=35%	<=25%	Registrazione SEFP su sistema AREAS da Cruscotto direzionale	UU.OO Assegnatarie di liquidazione e pagamento	
		Ottimizzazione delle rimanenze finali di magazzino	Incidenza delle rimanenze finali complessive (magazzino + reparti) su acquistato di cui al conto CE BA0030 al netto del conto 501010106 sul totale acquisti (dato 2018= 21%)	<= 15	<= 10%	Modello CE	Farmacia Ospedaliera	
			Incidenza delle rimanenze finali complessive su acquistato negli aggregati 501010500, 501010600, 501010700 (magazzino + reparti) (dato 2018= 21%)	<= 15	<= 10%	Modello CE	Farmacia Ospedaliera	
			Incidenza delle rimanenze finali su acquistato sul conto economico 501010106 (DPC) (Dato 2018=35%)	<= 15	<= 10%	Modello CE	Farmacia Territoriale	
			Attivazione del conto deposito per la gestione delle protesi	Attivazione del processo e del sistema di gestione del conto deposito entro il 30/06/2019			SI	Attestazione dipartimento amministrativo

LINEA STRATEGICA	Obiettivo Strategico	Obiettivo operativo	INDICATORE	VALORE SOGLIA	VALORE ATTESO	FONTE	UU.OO. INTERESSATE
EUROTRUSSO Finalizzata	SERVIZIO ASSISTENZA E OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO delle risorse disponibili	Optimizzazione dei consumi energetici:	Completamento degli impianti di efficientamento energetico PP.OO. Chielo e FBC entro il 30/09/2019		SI	Verbale di collaudo finale	Tecnico
		Pieno utilizzo fondi PSN	Finanziamenti impiegati o autorizzati/su finanziamenti disponibili	30%	50%	Attestazione SEFP	Coordinamento Staff
			Presentazione dei progetti da finanziare entro il 30/09/2019		SI	Attestazione del Coordinamento Staff	UU.OO interessate
		Gestione flusso operativo informatizzato per l'accettazione e la chiusura dei piani di lavoro dell'attività ambulatoriale ai fini della corretta alimentazione del flusso C	Prestazioni effettuate / Prestazioni rendicontate sul flusso C	>= 95%	100%	Flusso C; Report CUP	Tutte le UU.OO che erogano attività ambulatoriale
			Prestazioni accettate ed eseguite non presenti nel flusso C	100	0	Flusso C; Report CUP	Specialistica
			Prestazioni accettate e non eseguite senza valida motivazione	100	0	Report da sistema CUP con attestazione della UOC Specialistica	Specialistica
			Piena operatività delle postazioni di lavoro informatiche: Postazioni non operative al 30/04/2019	10	0	Attestazione dei direttori di dipartimento e di Distretto	Tecnico/GTI
		Anticorruzione: Attuazione di azioni e revisione dei processi al fine di ridurre i rischi mappati nella propria struttura	Relazione semestrale al Responsabile Anticorruzione		SI	Attestazione al responsabile dell'anticorruzione e trasparenza	Tutte le UU.OO.
		Trasparenza: Pubblicazione dati come richiesto dal D.Lgs. 33/2013 e smi	Pubblicazione dati certificata dal responsabile Trasparenza		SI	Attestazione al responsabile dell'anticorruzione e trasparenza	Tutte le UU.OO.
		Privacy: Adempimenti richiesti in materia di Privacy dal DPO	Riscontro agli adempimenti richiesti nei termini previsti		SI	Attestazione DPO	Tutte le UU.OO.

6.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

Il contributo di ciascun dipendente al conseguimento degli obiettivi dell'articolazione cui afferisce rappresenta la performance individuale; presuppone la condivisione degli obiettivi e favorisce una comune visione dell'operatività basata sull'integrazione e sulla sinergia di differenti professionalità.

Attraverso un processo a cascata gli obiettivi della struttura vengono tradotti dal Responsabile dell'Unità operativa in azioni che coinvolgono tutto il personale che opera nella stessa.

Il protocollo sul sistema premiante (che è parte del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance) lega la produttività e la retribuzione di risultato individuali alla performance organizzativa della struttura cui il dipendente è assegnato, in misura diversa in relazione al ruolo ricoperto, e alla valutazione individuale di ciascun dipendente effettuata dal Dirigente superiore, secondo criteri e modalità individuati nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP), condivise dalle OO.SS. e in atto in fase di validazione da parte dell'OIV.

La performance individuale del Dirigente Responsabile della struttura è determinata dalla performance organizzativa della U.O. e da altri ambiti di valutazione, tra i quali la capacità di valutazione del dipendente.

L'adozione del nuovo SMVP a partire dal 2019 prevede l'assegnazione di obiettivi individuali a tutto il personale e la valorizzazione, a consuntivo, dell'apporto di ciascun dipendente al raggiungimento degli obiettivi assegnati all'Unità operativa.

Tempi, parametri, punteggi e scale per la valutazione sono definiti negli accordi di categoria e recepiti nel suddetto SMVP per il Comparto e per la Dirigenza.

7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione delle performance

7.1 Fasi soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

L'obiettivo principale della nostra Azienda è la tutela della salute della popolazione residente e degli utenti dei servizi erogati.

Al fine di verificare la capacità di raggiungere tale obiettivo, la redazione del Piano della performance offre l'opportunità di individuare uno strumento condiviso, che analizza e valuta in modo multidimensionale le diverse aree organizzative ed assistenziali ed i bisogni di tutti i portatori di interesse.

Il Sistema di Misurazione e valutazione

Il Piano della Performance è lo strumento del ciclo di gestione della performance nel quale sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori, i target e gli standard. Su tali elementi si baserà la misurazione, la valutazione, la rendicontazione della performance. La rendicontazione dei risultati raggiunti verrà rappresentata nella Relazione sulla Performance, anch'essa strumento del Ciclo della performance, che, con riferimento agli obiettivi contenuti nel Presente Piano, dovrà essere prodotta entro il 30/06/2020.

E' importante sottolineare che sono oggetto della misurazione e valutazione i fatti gestionali, le attività, le prestazioni, non le persone.

L'assegnazione di obiettivi e la definizione degli indicatori correlati per la misurazione dei risultati presuppongono l'individuazione di precisi criteri e scale di valutazione.

Gli obiettivi, valutati attraverso indicatori numerici ed afferenti a dimensioni quantitative (prestazioni, tassi, ecc.), sono misurati in percentuale al grado di raggiungimento dell'obiettivo stesso, definendo un eventuale margine di tolleranza (valore soglia) rispetto al target atteso, entro il quale l'obiettivo possa ritenersi raggiunto. La distribuzione dei pesi agli obiettivi è effettuata tenendo conto delle priorità aziendali e di ogni altra indicazione impartita dalla Direzione Strategica.

La misurazione della performance organizzativa viene, quindi, effettuata come sommatoria dei pesi riferiti agli obiettivi assegnati e misurati secondo i criteri di valutazione individuati.

Il processo di *budgeting* (metodologia)

La necessità di individuare delle priorità tra i molteplici problemi e bisogni sanitari del contesto esterno da una parte, e le risorse limitate dall'altra, richiede l'analisi di una serie di input, per i quali è necessario poter contare sulla piena condivisione da parte di tutti gli operatori; di conseguenza durante la fase della negoziazione è richiesto un intenso confronto tra la Direzione Strategica e tutte le componenti aziendali, allo scopo di raccordare programmi e operatività e di promuovere un'azione sinergica all'interno dell'Azienda, affinché si sviluppino obiettivi di sistema con un denominatore comune "salvaguardare il diritto alla salute dei cittadini /assistiti".

Gli obiettivi di budget vengono assegnati dalla Direzione Aziendale a tutte le Strutture Complesse (Dipartimenti e UOC) e Strutture Semplici Dipartimentali (UOSD) previste dall'Atto Aziendale e individuati quali Centri di Responsabilità (CdR).

I titolari di detti CdR partecipano a tutti gli effetti al processo di budgeting e, ricevuti gli obiettivi, a loro volta li assegnano alle strutture afferenti alla struttura dagli stessi diretta entro il 31 marzo 2019.

La caratterizzazione dipartimentale del budget vedrà il coinvolgimento dei Direttori di Dipartimento nella definizione degli indirizzi e nella assegnazione degli obiettivi operativi alle Strutture nonché nella individuazione di obiettivi a valenza dipartimentale che verranno attribuiti in modo uniforme sulle singole strutture appartenenti ai Dipartimenti stessi.

Nella declinazione degli obiettivi strategici in operativi è fondamentale che vengano rispettati i seguenti requisiti:

la coerenza con gli obiettivi strategici,

la convergenza con gli strumenti di pianificazione e programmazione,

il collegamento con un sistema informativo adeguato.

Il monitoraggio infra annuale dei risultati degli obiettivi di budget, attraverso un'analisi congiunta tra Direzione ed i Referenti degli obiettivi, consentirà la verifica della strategia programmata ed eventualmente l'adozione delle correzioni necessari per la risoluzione delle criticità.

Qualora dovesse essere necessario ricalibrare gli obiettivi si dovrà tenere traccia di tutte le modifiche effettuate e verbalizzate, anche ai fini della documentazione da predisporre per l'Organismo Indipendente di Valutazione.

La **Scheda di Budget**, a cura della UOC Controllo di Gestione, riporterà gli obiettivi operativi negoziati, nonché indicatori specifici, valori target e peso.

Gli Indicatori devono rispondere ai requisiti di:

- **pertinenza** rispetto ai fenomeni da misurare;
- **affidabilità e fattibilità** rispetto alla disponibilità dei dati necessari per il calcolo.

Il Valore Target, è il valore entro il quale l'indicatore si considera soddisfatto (totalmente o parzialmente).

Il Peso, è definito in relazione all'importanza strategica che l'obiettivo riveste.

7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

La definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della Performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e con il bilancio aziendale (art. 5, c. 1 e art.10 c.1 lett.a D.lgs 150/2009). Si tratta di un principio di fondamentale importanza, perché un sistema di obiettivi è realmente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati.

Il Ciclo della performance è integrato con il ciclo di bilancio, costituendo l'uno la base degli indirizzi della programmazione economica e l'altro il vincolo alle risorse da assegnare nel rispetto dell'equilibrio economico di bilancio. Gli obiettivi sono assegnati in relazione alle risorse disponibili e previste dalla programmazione economica aziendale e non possono essere assegnati obiettivi correlati a risorse non programmate. L'U.O. Programmazione e Controllo provvede a segnalare al Servizio Economico Finanziario eventuali fabbisogni emersi nel corso delle negoziazioni di *budget*.

La Direzione Strategica procede alla definizione degli obiettivi raccordandosi con la UOC Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale, che vigila sul corretto utilizzo delle risorse economiche stabilite, che costituiscono limiti di spesa. In tale ambito la rendicontazione dei finanziamenti assegnati a carico del PSN rappresenta un esempio del legame tra bilancio e obiettivi aziendali.

In atto non sono state negoziate le risorse economiche per l'anno 2019; non appena definita tale assegnazione, si procederà ad aggiornare l'attuale bilancio provvisorio di previsione, adottato con deliberazione n. 80 del 24.01.2019.

7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di Gestione della Performance

In continuità con le azioni di miglioramento del ciclo di gestione della performance avviate nel 2018, nel 2019 l'Azienda si propone il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- implementazione delle attività di monitoraggio intermedio sullo stato di attuazione degli obiettivi
- rispetto della tempistica relativa la valutazione annuale delle Unità operative
- evidenza dell'assegnazione di obiettivi individuali a tutti i dipendenti
- individuazione di strumenti di monitoraggio intermedio sullo stato di attuazione degli obiettivi individuali
- implementazione del processo di integrazione fra il ciclo della performance e il ciclo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio

8. Integrazione del Piano della performance con il Piano Triennale Prevenzione Corruzione Trasparenza (PTPCT)

Le misure anticorruzione incidono sull'efficienza dell'organizzazione e quindi sull'impiego eticamente più responsabile ed appropriato delle risorse pubbliche e sulla trasparenza dei comportamenti che scoraggiano di per sé i fenomeni corruttivi e il conflitto di interessi.

L'Azienda si adopera al fine di coordinare e integrare gli ambiti relativi alla performance, alla trasparenza, all'integrità e prevenzione della corruzione.

Gli obiettivi individuati nel Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza 2019-2021 afferiscono all'obiettivo strategico "Migliorare i processi aziendali per una maggiore efficienza a supporto dei servizi

sanitari e un razionale utilizzo delle risorse disponibili” e nello specifico prevedono:

- Attuazione di azioni e revisione dei processi al fine di ridurre i rischi mappati nelle strutture (tutte le Unità operative)
- Pubblicazione dei dati come richiesto dal D. Lgs 33/2013 e s.m.i.

Per quanto riguarda gli aspetti legati alla trasparenza, l'OIV certifica la presenza delle informazioni contenute nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale secondo le griglie di rilevazione predisposte annualmente dall'A.N.A.C.