

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



**PIANO DELLA PERFORMANCE**  
**2015-2017**

## Presentazione

Il legislatore con il D.Lgs 150/2009 ha introdotto il concetto di *performance* al fine di garantire l'efficacia e l'efficienza dell'azione della Pubblica Amministrazione.

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.

Il **Piano della *performance***, definito dall'art.10 c.1 del D.Lgs 150 del 27 ottobre 2009, è il documento di programmazione triennale, strettamente correlato alla strategia aziendale, che rappresenta agli organi superiori, ai dirigenti ed agli “*stakeholder*”, gli obiettivi, gli indicatori, i *target* che l'Amministrazione intende raggiungere nel triennio; su tali elementi (obiettivi, indicatori, *target*) si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance*.

Più nel dettaglio: il **Piano** è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance (art. 4 D.Lgs. 150/09) .

Esso indica (art. 10 D.Lgs. 150/09):

- gli obiettivi aziendali strategici ed operativi;
- le modalità ed il processo seguiti per la formulazione degli obiettivi;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance*;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Ai sensi dell'art. 5 c. 1 del D.Lgs. n. 150/09, gli obiettivi devono essere definiti in coerenza con quelli di bilancio ed inoltre essere:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;

- riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili, in linea con la programmazione economica aziendale.

Essendo un atto di programmazione pluriennale, con pianificazione delle attività per l'anno in corso, il Piano è modificabile con cadenza annuale in relazione a:

- obiettivi definiti in sede di programmazione regionale e negoziazione degli obiettivi con l'Assessorato Regionale della Salute;
- modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- modifica della struttura organizzativa e delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda.

Il presente documento viene redatto secondo le indicazioni fornite dalla CIVIT con delibera n. 112/2010 “Struttura e modalità di redazione del Piano della Performance”, ai sensi dell’art. 10, c. 1, lett. a del D.Lgs. 150/2009, tenendo conto dell’evoluzione del quadro normativo (D.Lgs. n. 33 e D.Lgs. 39/2013 e comunicato ANAC del 10.01.2014 integrazione del ciclo della Performance con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all’integrità e in generale alla prevenzione della corruzione).

Nella redazione del presente Piano s'intendono rispettare i seguenti principi:

- collegamento con gli altri strumenti di programmazione annuale e pluriennale, evitando duplicazioni di attività; a tal fine le attività inserite nel presente Piano devono trovare inquadramento nei sistemi di programmazione già esistenti;
- integrazione del ciclo della performance con gli standard di qualità dei servizi ed il Piano Trasparenza ed integrità nonché con il Piano Aziendale Anticorruzione
- valorizzazione della dimensione strategica dell'Azienda mediante un'attività che nel medio e lungo termine orienti le scelte di programmazione nel breve periodo;

- Miglioramento della fruibilità all'esterno delle informazioni contenute nel Piano, assicurando chiarezza e trasparenza. Il Piano deve essere redatto secondo una forma comprensibile non solo agli addetti ai lavori ma anche a tutti i cittadini/utenti che si rivolgono alle strutture aziendali e deve trovare forme di comunicazione e diffusione all'interno dell'Azienda ed all'esterno.

La programmazione pluriennale cui si fa riferimento è quella delineata nel Piano Sanitario Nazionale e nel Piano Sanitario Regionale.

La programmazione regionale svolge la funzione strategica di rilevare i bisogni della persona e di tradurli in obiettivi specifici da assegnare alle aziende sanitarie presenti nel territorio, delineando priorità e risorse, contemperando il mantenimento dell'equilibrio economico e la soddisfazione dei bisogni e delle aspettative dei cittadini. Gli obiettivi che scaturiscono dalla programmazione regionale vengono integrati con obiettivi aziendali derivanti dall'analisi del contesto esterno e declinati in obiettivi operativi.

Con il presente piano, dopo aver presentato l'ASP di Enna e le modalità di assegnazione da parte degli enti sovraordinati degli obiettivi da raggiungere, vengono definiti gli obiettivi che, con il coinvolgimento di tutte le UU.OO. Aziendali, si intendono perseguire nel triennio 2015-17.

## INDICE

<b>1. Presentazione del Piano e indice</b>	2
<b>2. Sintesi delle informazioni di interesse per il cittadino e gli <i>stakeholder</i> esterni</b>	9
2.1 Chi siamo	9
2.2 Cosa facciamo	18
2.3 Come operiamo	19
<b>3. Identità</b>	21
3.1 L'amministrazione 'in cifre'	21
3.2 Mandato istituzionale e missione	34
3.3 Albero della <i>performance</i>	35
<b>4. Analisi del contesto</b>	40
4.1 Analisi del contesto esterno	40
4.2 Analisi del contesto interno	49

<b>5. Gli obiettivi strategici</b>	50
<b>6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi</b>	57
6.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale	57
<b>7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle <i>performance</i></b>	85
7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione di Piano	85
7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	85
7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle <i>performance</i>	93
<b>8. Integrazione del Piano della Performance con il Piano della Trasparenza e Anticorruzione</b>	95

## **Allegati tecnici**

**All.1:** 'Regione Siciliana -Assessorato della Salute - Obiettivi 2014-15 delle Aziende Sanitarie - Luglio 2014 '

**All.2:** Analisi SWOT

**All. 3:** P.A.A. 2015

**All.4:** Schede di budget

## 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 e subentra nelle funzioni, nelle attività e nelle competenze alle sopresse Azienda USL n. 4 di Enna e Azienda Ospedaliera Umberto I di Enna.

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](http://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.

La L.R. n. 5/09, modificata e integrata con la successiva L.R. 5/2014, ha individuato inoltre le seguenti macrostrutture organizzative:

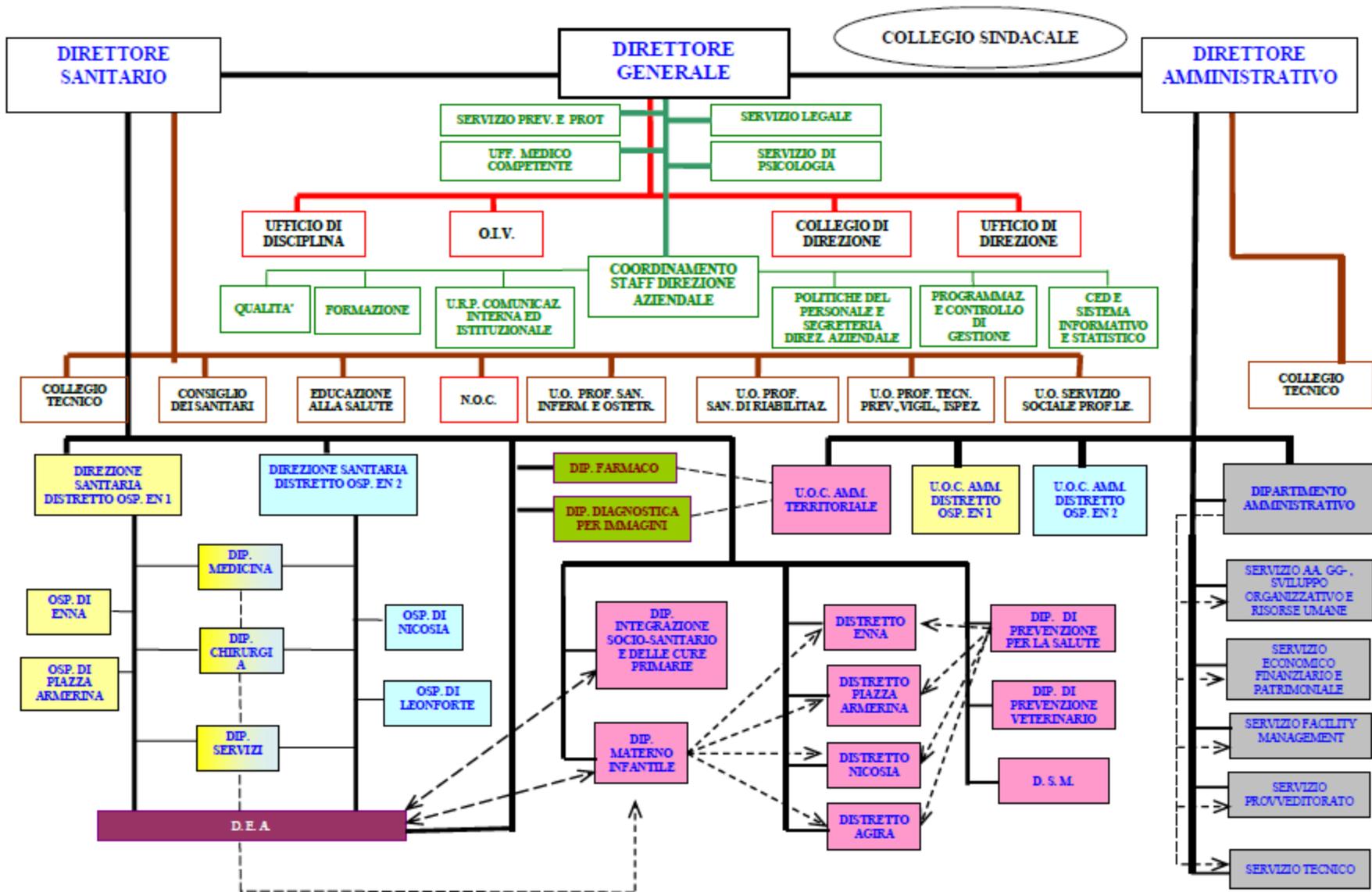
- ❑ *Distretto ospedaliero EN 1*, costituito dallo stabilimento ospedaliero “*Umberto I*” di Enna e dallo stabilimento ospedaliero “*M. Chiello*” di Piazza Armerina;
- ❑ *Distretto ospedaliero EN 2*, costituito dallo stabilimento ospedaliero “*Basilotta*” di Nicosia e dallo stabilimento ospedaliero “*Ferro-Branciforti-Capra*” di Leonforte.



Gli organi dell'ASP sono il Direttore Generale - coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario - 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, a loro volta articolati al loro interno in strutture complesse e strutture semplici. I Dipartimenti concorrono alla soddisfazione delle esigenze dei cittadini anche attraverso soluzioni sinergiche e innovative con le realtà locali. Tale organizzazione è schematizzata nel documento “Strutture organizzative aziendali” elaborato dal Controllo di Gestione e pubblicato nel sito intranet aziendale e sul sito istituzionale.

Di seguito sono rappresentati l'organigramma aziendale (aggiornato con le modifiche di cui alla L.R. 5/2014, che ha soppresso i Coordinamenti territoriale, dei Distretti Ospedalieri Enna 1 ed Enna 2) e le strutture organizzative aziendali come definite nell'All. 1 all'Atto Aziendale.



**Distretto Ospedaliero Enna 1: Stabilimenti di Enna e Piazza Armerina**

• Dipartimento di Chirurgia

"Umberto I" Enna		"Chiello" Piazza Armerina	
Chirurgia Generale	s.c.	Chirurgia Generale Area Indistinta: come da D.A. 749/10	s.c.
Oculistica	s.c.**		
Ortopedia e traumatologia	s.c.*	Ortopedia e traumatologia	s.c.*
Ostetricia e Ginecologia	s.c.*	Ostetricia e Ginecologia	s.c.*
Otorinolaringoiatria	s.c.		
Urologia	s.c.		

• Dipartimento di Medicina

"Umberto I" Enna		"Chiello" Piazza Armerina	
Cardiologia -UTIC	s.c.	Cardiologia	
Dermatologia	s.c.		
Geriatra - Lungodegenza	s.c.	Lungodegenza	
Malattie infettive	s.c.**		
Medicina Interna	s.c.	Medicina Interna Area Indistinta: come da D.A. 749/10	s.c.
Nefrologia-Emodialisi	s.c.*	Nefrologia-Emodialisi	s.c.*
Neonatologia - UTIN - Pediatria	s.c.	Pediatria	
Neurologia	s.c.		
Oncologia Medica	s.c.		
Pneumologia	s.c.		
Riabilitazione	s.c.		

• Dipartimento dei Servizi

"Umberto I" Enna		"Chiello" Piazza Armerina	
Anestesia-Rianimazione	s.c.	Anestesia	(1)
Anatomia Patologica	s.c.		
Medicina Trasfusionale	s.c.		
Patologia Clinica	s.c.	Patologia Clinica	(1)
Radiologia (congegnata nel Dip. Interdistrettuali)	s.c.	Radiologia	(1)
Direzione San. di presidio	s.c.		
Medicina nucleare (congegnata nel Dip. Interdistrettuali)	s.c.		

\* Il D.G., entro 1 anno, sulla base degli indicatori di efficacia, efficienza, economicità, fabbisogno e appropriatezza, determinerà l'eventuale accorpamento delle 2 U.O.C. di Enna e P.Armerina.

\*\* Il D.G., entro 1 anno, sulla base degli indicatori citati, provvederà all'eventuale accorpamento delle U.O.C. di Enna e Nicosia.

(1) Le strutture, preesistenti, vengono accorpate a quelle del P.O. Umberto I di Enna, giuste prescrizioni accessoriale di cui al D.A. 2205/10 di approvazione dell'atto aziendale.

**totale strutture Distretto Ospedaliero Enna 1 = 27**

**Distretto Ospedaliero Enna 2: Stabilimenti di Nicosia e Leonforte**

• Dipartimento di Medicina

"Basilotta" Nicosia		"F.B.C." Leonforte	
Cardiologia +UTIC	s.c.		
Malattie infettive	s.c. **		
Medicina Generale Lungodegenza	s.c.	Medicina Generale Area Indistinta: come da D.A. 749/10	s.c.
Pediatria	s.c.		
Emodialisi		Riabilitazione	s.c.

• Dipartimento di Chirurgia

"Basilotta" Nicosia		"F.B.C." Leonforte	
Chirurgia Generale	s.c.	Chirurgia Generale Area Indistinta: come da D. A. 749/10	s.c.
Oculistica	s.c. **		
Ortopedia e traumatologia	s.c.		
Ostetricia e Ginecologia	s.c.		

• Dipartimento dei Servizi

"Basilotta" Nicosia		"F. B. C." Leonforte	
Anestesia-Rianimazione	s.c.	Anestesia	(1)
Direzione sanitaria di presidio	s.c.	Direzione sanitaria di presidio	***
Patologia Clinica	s.c.	Patologia Clinica	(1)
Radiologia (congegnata nel Dip. Interdistrettuali)	s.c.	Radiologia	(1)

\*\* Il D.G., entro 1 anno, sulla base degli indicatori di efficacia, efficienza, economicità, fabbisogno e appropriatezza, determinerà l'eventuale accorpamento delle 2 U.O.C. di Enna e Nicosia.

\*\*\* Le strutture, in atto esistenti, saranno accorpate, declassate o soppresse alla scadenza dell'incarico dirigenziale o per provvedimenti regionali.

(1) Le strutture, preesistenti, vengono accorpate a quelle del P.O. Basilotta di Nicosia, giuste prescrizioni accessoriale di cui al D.A. 2205/10 di approvazione dell'atto aziendale.

**totale strutture Distretto Ospedaliero Enna 2 = 14**

## Dipartimenti Interdistrettuali

### • DEA (Dipartimento Emergenza-Accettazione)

"Umberto I <sup>o</sup> " ENNA	"Chiello" Piazza Armerina
Anestesia-Rianimazione	Anestesia
U.T.I.C.	
U.T.I.N.	
Chirurgia Generale	Chirurgia Generale
Neurologia	
Ortopedia e Traumatologia	Ortopedia e Traumatologia
Ostetricia e Ginecologia	Ostetricia e Ginecologia
Patologia Clinica	Patologia Clinica
Radiologia	Radiologia
Medicina Trasfusionale	

"Basilotta" Nicosia	"F. B. C." Leonforte
Anestesia-Rianimazione	
U.T.I.C.	
Chirurgia Generale	Chirurgia Generale
Medicina Generale	Medicina Generale
Ostetricia e Ginecologia	
Ortopedia e Traumatologia	
Patologia Clinica	Patologia Clinica
Radiologia	Radiologia

"Umberto I <sup>o</sup> " ENNA		"Chiello" Piazza Armerina	
M. C. A. U.	S.C.	Pronto Soccorso	

"Basilotta" Nicosia *		"F. B. C." Leonforte	
Pronto Soccorso		Pronto Soccorso	

\* servizio di emergenza H24, collegato in rete con il Dipartimento di Emergenza-Urgenza dell'ASP (ex D.A. 1150/09)

## Dipartimenti Interdistrettuali

### Dipartimento del Farmaco

Area Assistenza Farmaceutica Ospedaliera		Area Assistenza Farmaceutica Territoriale	
Farmacia Ospedaliera	S.C.	Farmacia Territoriale	S.C.

### Dipartimento di Diagnostica per immagini

Radiologia Distretto Ospedaliero En 1	S.C.
Radiologia Distretto Ospedaliero En 2	S.C.
Radiologia Territoriale	S.C.
Medicina Nucleare	S.C.

**Totale strutture complesse Distretti Ospedalieri = 48**

## Area territoriale

### Area Territoriale

#### Assistenza Distrettuale

Direzione Distretto sanitario di Enna	s.c.	Direzione Distretto sanitario di Agira	s.c.
Direzione Distretto sanitario di Nicosia	s.c.	Direzione Distretto sanitario di Piazza Armerina	s.c.

#### Dipartimento di Prevenzione per la salute

#### Dipartimento Salute Mentale

Modulo Dipartimentale Enna 1	s.c.
Modulo Dipartimentale Enna 2	s.c.
U.O.C. Dipartimentale delle Dipendenze patologiche	s.c.
U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile	s.c.

Area Dipartimentale Igiene e Sanità Pubblica		Area Dipartimentale tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro			
Igiene degli Ambienti di Vita e Sanità Pubblica	s.c.	Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di lavoro	s.c.	Laboratorio di sanità pubblica	s.c.
Igiene degli Alimenti e Nutrizione	s.c.	Impiantistica ed Antinfortunistica	s.c.		
Epidemiologia e statistica sanitaria	s.c.				

## Dipartimento di Prevenzione Veterinario

Sanità animale	S.C.
Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati	S.C.
Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	S.C.
U.O. distrettuale di igiene degli alimenti di origine animale – Distretto di Nicosia	S.C.

## Dipartimento Materno Infantile

Servizio assistenza Materno- Infantile del territorio	s.c.	Unità Operative Ospedaliere*	
		Distretto 1	
		Ostetricia Umberto I – Enna ***	s.c.
		Ostetricia Chiello - P. Armerina***	s.c.
		Pediatria – Neonatologia - Umberto I - Enna **	s.c.
		Distretto 2	
		Ostetricia Basilotta - Nicosia	s.c.
		Pediatria Basilotta - Nicosia	s.c.

- \* già conteggiate nei distretti ospedalieri  
 \*\* inserita nella s.c. di Neonatologia\_UTIN\_Nido  
 \*\*\* previsto eventuale accorpamento delle U.O.C.

## Dipartimento per l'integrazione socio-sanitaria e delle cure primarie

Assistenza Sanitaria di base e cure domiciliari	s.c.	Assistenza Specialistica	s.c.
Assistenza Riabilitativa	s.c.	Medicina legale, fiscale e necroscopica	s.c.

## Riepilogo

	PREVISTI DA ATTO AZIENDALE Ex A.O. Umberto I – ex ASL 4	PROPOSTI NUOVA ASP ENNA
DIPARTIMENTI	14*	12
STRUTTURE COMPLESSE/ COORDINAMENTI AMM/VI Ex L.R. 5/2009	88	81
STRUTTURE SEMPLICI	140	126

\* compreso DEA

## **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 riqualificazione/formazione intra ed extra-aziendali).

## 2.3 Come operiamo

L'Azienda persegue le sue finalità attraverso le proprie articolazioni operative, come definite nell'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 all'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 di 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. Come già detto, 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'**

Si rappresentano di seguito, in tabella e grafici, alcuni dati relativi al profilo dell'amministrazione.

Nella tabella è riportata la tipologia di personale operante nell'Azienda e la consistenza numerica per ciascuna tipologia al 31.12.2013.

Vengono inoltre riportati i seguenti ulteriori dati, relativi all'identità dell'amministrazione, come da monitoraggio regionale a cura della KPMG (dati aggiornati al terzo trimestre 2014) :

- Tipo di rapporto di lavoro con il SSN
- Causale d'ingresso
- Personale dipendente per genere
- Profili
- Età
- Anzianità di servizio

Si riportano infine alcuni dati relativi agli stabilimenti ospedalieri, all'assistenza territoriale, alla medicina generale.

Dati relativi al Personale  
 Dati sull'occupazione al 31.12.2013

Tipologia di personale	Personale al 31/12/2013	di cui Personale Part Time al 31/12/2013	Numero Mensilità	Totale spese a carattere stipendiale	Totale spese accessorie
<b>RUOLO SANITARIO</b>					
<b>Dirigenza</b>					
- Medico - veterinaria	461	2	5.403	21.717.783	16.310.173
- Sanitaria	48		590	2.239.916	1.226.479
<b>Comparto</b>					
- Categoria Ds	63		763	1.965.247	574.777
- Categoria D	746	10	8-919	20.509.862	4.661.191
- Categoria C	11		127	285.913	88.412
- Categoria Bs	16	1	196	390.577	68.668
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>					
<b>Dirigenza</b>					
Livello dirigenziale	5		81	300.591	145.772
<b>Comparto</b>					
- Categoria D	2		24	51.168	354

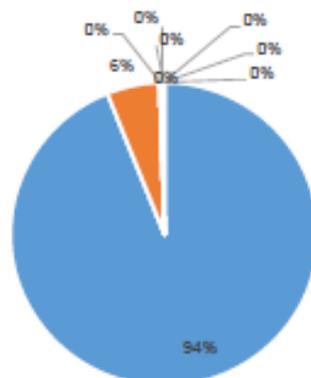
<b>Tipologia di personale</b>	<b>Personale al 31/12/2013</b>	<b>di cui Personale Part Time al 31/12/2013</b>	<b>Numero Mensilità</b>	<b>Totale spese a carattere stipendiale</b>	<b>Totale spese accessorie</b>
<b>RUOLO TECNICO</b>					
<b>Dirigenza</b>					
Livello dirigenziale	4		48	175.658	44.759
<b>Comparto</b>					
- Categoria Ds	3		36	89.265	13.408
- Categoria D	36		432	1.008.300	124.126
- Categoria C	27		328	679.350	177.614
- Categoria Bs	46		560	1.066.463	246.099
- Categoria B	52		633	1.112.543	196.674
- Categoria A	227		2.775	4.382.649	882.104
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>					
<b>Dirigenza</b>					
Livello dirigenziale	17		218	816.385	424.989
<b>Comparto</b>					
- Categoria Ds	6	3	42	113.756	13.360
- Categoria D	32		360	789.443	90.610
- Categoria C	106	17	1.255	2.644.490	244.067
- Categoria Bs	24	1	296	558.384	66.664
- Categoria B	87	37	983	1.593.357	114.022
- Categoria A	42		492	795.679	156.208



## Analisi delle informazioni anagrafiche gestite dal Pilastro del Personale

### 1. Teste pesate per Rapporto di lavoro con SSN

- Dipendente T.I.
- Dipendente T.D.
- Incarichi ex. Art. 15 septies
- Borsisti, tirocinanti, specializzandi e assegni di ricerca
- Contratti di collaborazione (co.co.co)
- Personale universitario
- LSU
- Prestazioni di lavoro continuative in P. IVA
- Altro non dipendente

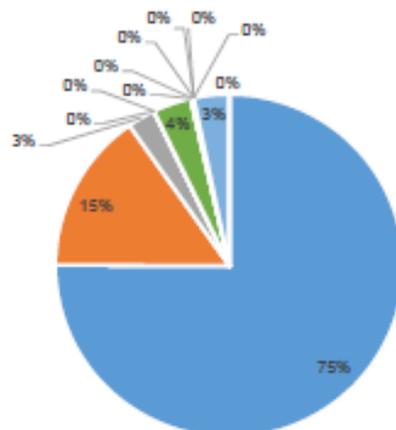


#### Rapporto di lavoro con SSN

	FTE
Dipendente T.I.	1.924
Dipendente T.D.	113
Incarichi ex. Art. 15 septies	-
Borsisti, tirocinanti, specializzandi e assegni di ricerca	4
Contratti di collaborazione (co.co.co)	5
Personale universitario	-
LSU	-
Prestazioni di lavoro continuative in P. IVA	-
Altro non dipendente	2
<b>Totale dipendenti</b>	<b>2.038</b>
<b>Totale non dipendenti</b>	<b>11</b>
<b>Totale</b>	<b>2.048</b>

### 2. Personale dipendente per Causale di ingresso (Rapporto di lavoro SSN : Dipendente T.I., Dipendente T.D., Incarichi ex Art.15 septies)

- Concorso Pubblico
- Mobilità (Codice generico)
- Categorie protette (L. 68/99)
- Comando
- Assegnazione temporanea
- LSU Contrattualizzati
- LSU non contrattualizzati
- Stabilizzazione
- Equiparazione ospedaliera
- Formazione lavoro
- Incarico di attuazione progetti ex art.15 octies Digs 502/92
- Contratti di somministrazione (ex Interinale)
- Altro
- Nessuna causale di ingresso

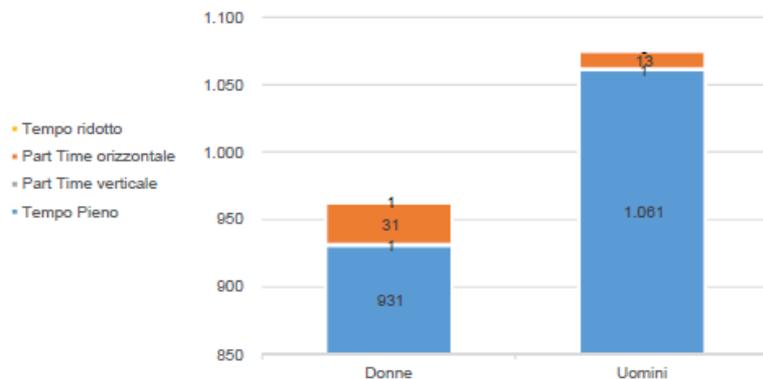


#### Causale di Ingresso

	FTE
Concorso Pubblico	1.530
Mobilità (Codice generico)	310
Categorie protette (L. 68/99)	53
Comando	1
Assegnazione temporanea	-
LSU Contrattualizzati	72
LSU non contrattualizzati	-
Stabilizzazione	6
Equiparazione ospedaliera	-
Formazione lavoro	-
Incarico di attuazione progetti ex art.15 octies Digs 502/92	-
Contratti di somministrazione (ex Interinale)	-
Altro	67
<b>Nessuna causale di ingresso</b>	<b>-</b>
<b>Totale</b>	<b>2.038</b>



### 4. Personale dipendente per Genere/Tempo di impiego



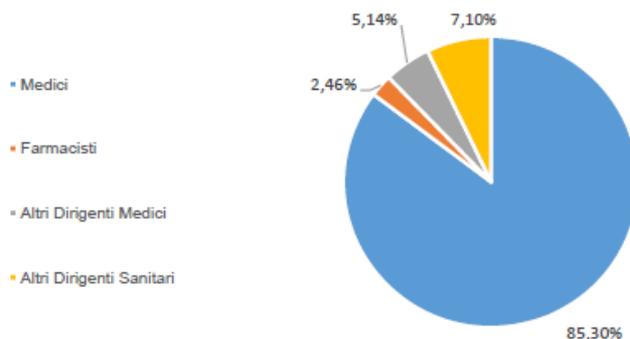
Genere	Tempo di Impiego	FTE
Donne	Tempo Pieno	931
	Part Time verticale	1
	Part Time orizzontale	31
	Tempo ridotto	1
<b>Totale Donne</b>		<b>963</b>
Uomini	Tempo Pieno	1.061
	Part Time verticale	1
	Part Time orizzontale	13
	Tempo ridotto	-
<b>Totale Uomini</b>		<b>1.075</b>
<b>Totale</b>		<b>2.038</b>



## Analisi delle informazioni anagrafiche del personale dipendente

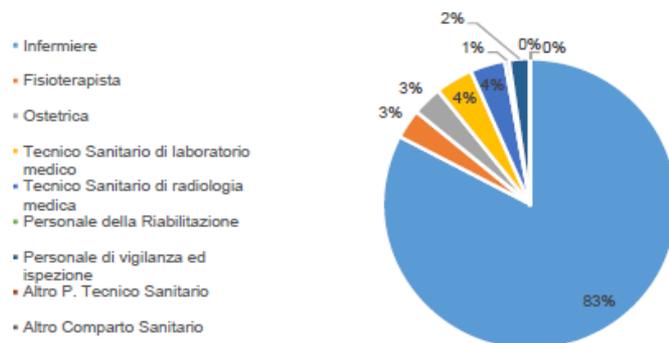
Rapporto di Lavoro: dipendenti a tempo indeterminato; dipendenti a tempo determinato; incarichi ex art. 15 septies

### 1. Focus Profili Dirigenti Ruolo Sanitario



Riclassificazione	FTE
Medici	431
Farmacisti	12
Altri Dirigenti Medici	26
Altri Dirigenti Sanitari	36
<b>Totale</b>	<b>506</b>

### 2. Focus Profili Comparto Ruolo Sanitario



Riclassificazione	FTE
Infermiere	687
Fisioterapista	27
Ostetrica	27
Tecnico Sanitario di laboratorio medico	34
Tecnico Sanitario di radiologia medica	32
Personale della Riabilitazione	4
Personale di vigilanza ed ispezione	19
Altro P. Tecnico Sanitario	-
Altro Comparto Sanitario	-
<b>Totale</b>	<b>831</b>

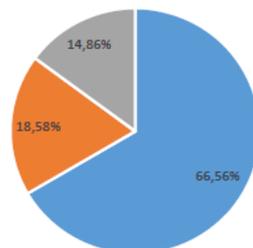


## Analisi delle informazioni anagrafiche del personale dipendente

Rapporto di Lavoro: dipendenti a tempo indeterminato; dipendenti a tempo determinato; incarichi ex art. 15 septies

### 3. Focus Profili Dirigenti Ruolo non Sanitario

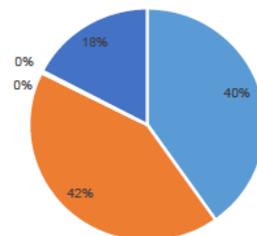
- Dirigenti amministrativi (o assimilati)
- Dirigenti professionali (o assimilati)
- Dirigenti tecnici (o assimilati)



Riclassificazione	FTE
Dirigenti amministrativi (o assimilati)	18
Dirigenti professionali (o assimilati)	5
Dirigenti tecnici (o assimilati)	4
<b>Totale</b>	<b>27</b>

### 4. Focus Profili Comparto Ruolo non Sanitario

- OSS - OTA - ASA
- Personale Amministrativo
- Personale Professionale
- Personale Religioso
- Altro Personale Tecnico



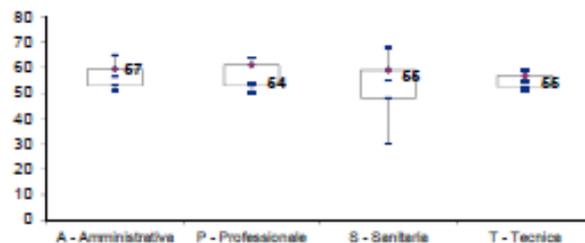
Riclassificazione	FTE
OSS - OTA - ASA	271
Personale Amministrativo	284
Personale Professionale	-
Personale Religioso	2
Altro Personale Tecnico	117
<b>Totale</b>	<b>675</b>



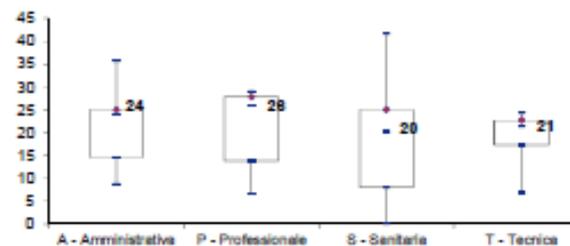
## Età media, Anzianità media in azienda per Ruolo/Area

Rapporto di Lavoro: dipendenti a tempo indeterminato; dipendenti a tempo determinato; incarichi ex art. 15 septies

### 1. Età Dirigenza



### 2. Anzianità in Azienda Dirigenza

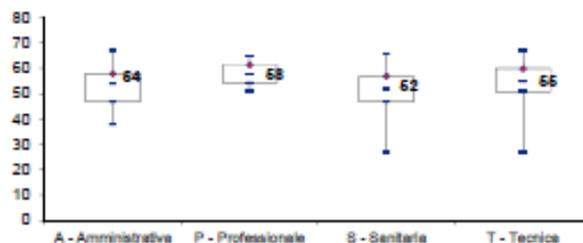


Relativamente al calcolo dell'età pensionabile, sono considerati i seguenti valori:  
- Donne > 59  
- Uomini > 64

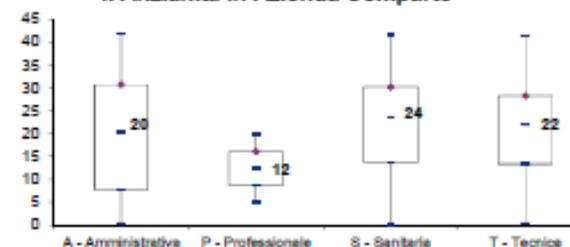
#### Percentuale personale in età pensionabile

Amministrativa	Professionale	Sanitaria	Tecnica
17%	0%	5%	0%

### 3. Età Comparto



### 4. Anzianità in Azienda Comparto



#### Percentuale personale in età pensionabile

Amministrativa	Professionale	Sanitaria	Tecnica
9%	50%	7%	19%

## Dati relativi alle Strutture Aziendali (strutture ospedaliere)

L'Azienda opera mediante 4 stabilimenti ospedalieri a gestione diretta. Si tratta di presidi di ricovero a ciclo continuo e diurno per acuti e di lungodegenza. I **posti letto** sono pari a 515, come rappresentato nelle seguenti tabelle:

Codice struttura	P. O.	Codice del reparto			Posti letto			TOTALE POSTI
		Codice disciplina	Progressivo divisione	Disciplina	Degenze ordinarie	Day surgery	Day hospital	
190319	"UMBERTO I" - ENNA	08	01	CARDIOLOGIA	10	0	0	10
		09	01	CHIRURGIA GENERALE	18	0	2	20
		21	01	GERIATRIA	10	0	0	10
		24	01	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	13	0	2	15
		26	01	MEDICINA GENERALE	16	0	2	18
		29	01	NEFROLOGIA	4	0	0	4
		32	01	NEUROLOGIA	22	0	2	24
		34	01	OCULISTICA	0	4	0	4
		36	01	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	16	0	3	19
		37	01	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	34	0	2	36
		38	01	OTORINO	6	0	0	6
		39	01	PEDIATRIA	10	0	2	12
		40	01	PSICHIATRIA	10	0	0	10
		43	01	UROLOGIA	15	0	2	17
		49	01	TERAPIA INTENSIVA	7	0	0	7
		50	01	UNITA' CORONARICA	6	0	0	6
		51	01	ASTANTERIA	8	0	0	8
		52	01	DERMATOLOGIA	4	0	0	4
		54	01	EMODIALISI	11	0	0	11
		56	01	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUN.LE	16	0	0	16
		62	01	NEONATOLOGIA	10	0	0	10
		64	01	ONCOLOGIA	6	0	4	10
		73	01	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	8	0	0	8
	<b>TOTALI "UMBERTO I"</b>				<b>260</b>	<b>4</b>	<b>21</b>	<b>285</b>

Codice struttura	P. O.	Codice del reparto		Disciplina	Posti letto			TOTALE POSTI
		Codice disciplina	Progressivo divisione		Degenze ordinarie	Day surgery	Day hospital	
190320	"M. CHIELLO" - PIAZZA ARMERINA	08	01	CARDIOLOGIA	0	0	1	1
		09	01	CHIRURGIA GENERALE	12	0	4	16
		26	01	MEDICINA GENERALE	20	0	4	24
		29	01	NEFROLOGIA	5	0	1	6
		36	01	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	10	0	2	12
		37	01	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	0	0	2	2
		38	01	OTORINO	0	0	1	1
		39	01	PEDIATRIA	6	0	1	7
		60	01	LUNGODEGENTI	6	0	0	6
<b>TOTALI "M. CHIELLO"</b>					<b>59</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>75</b>

Codice struttura	P. O.	Codice del reparto		Disciplina	Posti letto			TOTALE POSTI
		Codice disciplina	Progressivo divisione		Degenze ordinarie	Day surgery	Day hospital	
190321	"F. B. C." - LEONFORTE	09	01	CHIRURGIA GENERALE	13	0	3	16
		26	01	MEDICINA GENERALE	20	0	2	22
		56	01	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUN.LE	12	0	0	12
<b>TOTALI "F. B. C."</b>					<b>45</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>50</b>

Codice struttura	P. O.	Codice del reparto		Disciplina	Posti letto			TOTALE POSTI
		Codice disciplina	Progressivo divisione		Degenze ordinarie	Day surgery	Day hospital	
190322	"C. BASILOTTA" - NICOSIA	08	01	CARDIOLOGIA	9	0	1	10
		09	01	CHIRURGIA GENERALE	16	0	2	18
		26	01	MEDICINA GENERALE	20	0	4	24
		34	01	OCULISTICA	0	0	3	3
		36	01	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	16	0	1	17
		37	01	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	11	0	1	12
		39	01	PEDIATRIA	7	0	1	8
		40	01	PSICHIATRIA	0	0	4	4
		60	01	LUNGODEGENTI	13	0	0	13
<b>TOTALI "C. BASILOTTA"</b>					<b>92</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>109</b>

## Dati relativi alle Strutture Aziendali (**strutture territoriali**)

L'azienda opera mediante 61 presidi a gestione diretta e 30 strutture convenzionate. La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle:

Per le **strutture a gestione diretta**:

TIPO STRUTTURA	TIPO ASSISTENZA											
	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
<i>Ambulatorio/ Laboratorio</i>	33	5	4									
<i>Struttura residenziale</i>												
<i>Struttura semi-residenziale</i>					1				2	2	1	
<i>Altro tipo di struttura</i>				10	21	3						1

## Dati relativi alle Strutture Aziendali (**strutture territoriali**)

Per le **strutture convenzionate**:

<b>TIPO STRUTTURA</b>	<b>TIPO ASSISTENZA</b>											
	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossico dipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
<i>Ambulatorio/ Laboratorio</i>	5	9	11									
<i>Struttura residenziale</i>									1		2	
<i>Struttura semiresidenziale</i>					1						1	
<i>Altro tipo di struttura</i>												

Relativamente alla **medicina generale**, l'Azienda opera mediante 151 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 153,356 unità, e 28 pediatri, che assistono complessivamente una popolazione pari a 18.324 unità.



### 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, garantendo ad essa 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, favorendo lo sviluppo delle cure primarie nonché l'appropriatezza clinica e organizzativa.

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 socioassistenziale;
- ❑ 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

L'Azienda persegue le finalità istituzionali ispirando le proprie strategie decisionali ed operative a criteri di efficacia, efficienza ed economicità per ottimizzare il rapporto tra risorse impiegate e livelli quali-quantitativi dei servizi erogati all'utenza.

### **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. Il mandato istituzionale e la *mission* vengono declinati in obiettivi strategici afferenti alle aree strategiche individuate nei piani di programmazione nazionali e regionali, nonché negli obiettivi annuali assegnati dall'Assessorato alla Direzione Generale, integrati con altri che scaturiscono dall'analisi del contesto interno ed esterno di riferimento. Gli obiettivi strategici vengono tradotti in obiettivi operativi, per ciascuno dei quali sono identificate le responsabilità organizzative a cui compete il loro raggiungimento.

Nel Luglio 2014 l'Assessorato della Salute ha assegnato ai Direttori generali e ai Commissari straordinari gli obiettivi strategici per l'anno 2014-15, estendendo l'ambito temporale degli stessi al 31.12.2015. Gli obiettivi assegnati sono riconducibili alle seguenti due categorie:

- A. Obiettivi particolari di salute e di funzionamento dei servizi (correlati al sistema di incentivazione)
- B. Obiettivi generali (il cui conseguimento sarà condizione per la conferma e valutazione dei dirigenti)

L'Assessorato ha inoltre assegnato al Commissario Straordinario un obiettivo specifico, contestualizzato alla realtà aziendale, il cui conseguimento sarà pregiudizievole sia alla conferma a 18 mesi, sia all'accesso al sistema di valutazione correlata alla premialità e di valutazione per i dirigenti.

Nello schema di seguito riportato si rappresenta la fase di avvio del ciclo della performance; nel paragrafo 5 sono illustrate le successive fasi del processo: definizione degli obiettivi strategici, declinazione degli stessi in obiettivi operativi, assegnazione alle diverse unità operative aziendali.

## 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

### OBIETTIVO STRATEGICO :

A - Obiettivi particolari di salute e di funzionamento dei servizi

A1  
Piano  
Attuativo  
Aziendale  
(P.A.A.)

A2  
Esiti

A3  
Progetti di  
miglioramento  
organizzativo

### OBIETTIVO STRATEGICO:

B - Obiettivi generali a valenza triennale

B1  
Equilibrio  
bilancio

B2  
Fondi  
Europei

B3  
Conteni  
mento  
spesa

B4  
Flussi  
informa  
tivi

B5  
Disposizioni  
r.gle ALPI

### OBIETTIVO SPECIFICO :

C

Nelle tabelle seguenti si riportano con maggiore dettaglio gli obiettivi relativi a ciascuna delle categorie sopra illustrate, rimandando all'All. 1 "Regione Siciliana – Assessorato della Salute – Obiettivi 2014-15 delle Aziende Sanitarie – Luglio 2014 " per ulteriori maggiori specificazioni.

A – Obiettivi particolari di salute e di funzionamento dei servizi Soglia minima di raggiungimento 60% - Monitoraggio trimestrale			Peso
A1	Piano Attuativo Aziendale (P.A.A.)		48 (vedi All. 1)
A2	Esiti	2.1 Frattura del femore	24
		2.2 Parti cesarei	
		2.3 Tempestività PTCA nei casi di IMA STEMI	
		2.4 Colectomia laparoscopica	
A3	Progetti di miglioramento organizzativo	3.1 Gestione autonoma dei nuovi flussi	28
		3.2 Valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino	
		3.3 Miglioramento dell'utilizzo di DH e Day Service in regime di appropriatezza	
		3.4 Rispetto standard di sicurezza dei Punti Nascita (P.N.)	
		3.5 Redazione conforme e omogenea dei modelli LA 2014 e 2015	

## B – Obiettivi generali a valenza triennale

B1	Equilibrio di bilancio
B2	Utilizzo risorse derivanti dai Fondi Europei (PO – FESR)
B3	Contenimento spesa riferita a <ul style="list-style-type: none"><li>• personale</li><li>• farmaceutica</li><li>• beni e servizi</li></ul>
B4	Rispetto direttiva “Flussi informativi” (Decreto interdipartimentale n. 1174/08)
B5	Osservanza disposizioni regionali ALPI (L. 120/2007)

## C – Obiettivo specifico dell’Assessore

Attivazione Centro di riabilitazione

## 4. Analisi del contesto

### 4.1 Analisi del contesto esterno

L'ASP di Enna opera su tutto il territorio della provincia di Enna, comprende inoltre il Comune di Capizzi (ME) per una estensione territoriale complessiva di 2.632,17 Km<sup>2</sup> e una popolazione residente al 31.12.2013 di 175.721 abitanti (dato ISTAT).

Si riportano nelle seguenti tabelle alcune informazioni di carattere generale sul territorio e alcuni dati demografici.

**1 Profilo demografico** - La provincia di Enna comprende venti comuni che ricoprono una superficie totale di 2.562 Km<sup>2</sup>, con una densità 67 ab./Km<sup>2</sup>. Con 172.413 residenti, Enna figura tra le 15 province meno popolate d'Italia. La densità demografica (67,2 ab./Km<sup>2</sup>) è molto al di sotto della media nazionale (200,03 ab./Km<sup>2</sup>) e regionale (194 ab./Km<sup>2</sup>). Il dato è spiegabile sia per la configurazione del territorio, caratterizzato dalla presenza di rilievi irregolari e dalla scarsa estensione di superfici pianeggianti, sia per il fatto che la provincia ha sofferto in passato di un forte flusso migratorio, che ha raggiunto l'apice negli anni cinquanta e sessanta ed è stato causato da una profonda crisi economica. Il calo demografico è stato in parte compensato dai non residenti; fra questi vi sono gli studenti universitari ed i lavoratori extracomunitari.

Nel 2014 nella provincia di Enna si sono registrati un indice di vecchiaia pari a 150.4 e un indice di dipendenza strutturale pari a 53.5; nell'anno 2013 l'indice di natalità è stato pari a 7.3; tali dati descrivono una situazione generale di crescita di bisogni da parte di fasce di popolazione fragili e, di conseguenza, la necessità di servizi ad esse dedicati.

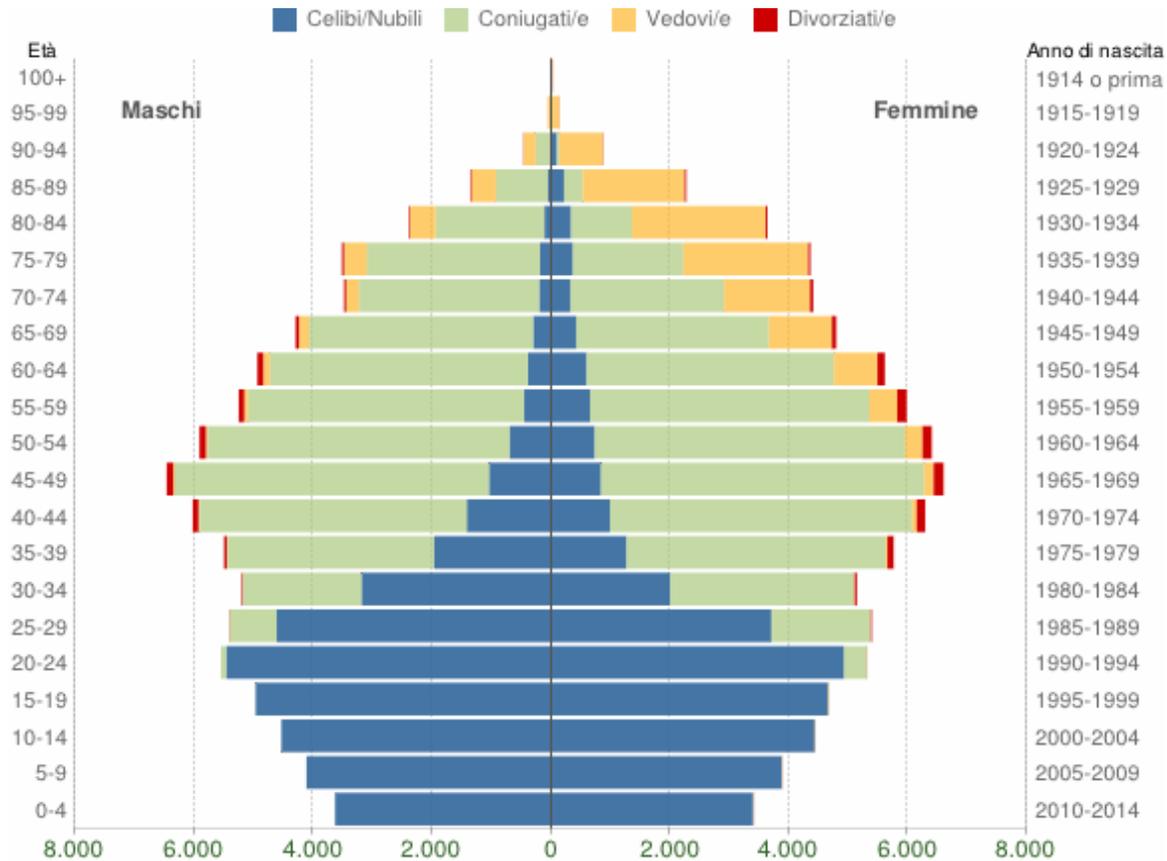
**1.2 Il territorio** - Il territorio della provincia di Enna è in prevalenza collinare, con modeste pianure; i rilievi montuosi principali sono i monti Erei, di modesta altitudine, che occupano la parte centrale e meridionale del territorio, e, a nord, i Nebrodi, di altitudine più considerevole, le cui vette più alte oscillano tra i 1200 m del Monte Altesina e i 1500 m del Sambughetti. Enna, che sorge ad una altitudine superiore ai 900 m sul mare, è il capoluogo di provincia più alto d'Italia, mentre Troina è il comune più alto della Sicilia (oltre 1200 m). Una vasta conca basso-collinare è rappresentata dalla Valle del fiume Dittaino, che ha scavato un solco profondo che da Enna degrada sino alla pianura, al cui interno l'altitudine media di 170-180 m sul livello del mare ha favorito lo sviluppo di attività agricole ed industriali. Il territorio ospita diversi laghi, per la maggior parte artificiali; nei maggiori è praticabile la pesca, ad eccezione che nel Lago di Pergusa, sotto vincolo di riserva naturale.

**1.3 L'economia** - L'economia ennese è legata alle attività agricole e alle imprese di tipo medio-piccolo. La maggioranza delle imprese opera nell'edilizia; importanti anche la manifattura artigianale e le attività industriali legate al settore del legname, dei mobili e dei fiammiferi nell'area nord della provincia; il tessile è stato sviluppato in diverse aziende tra Valguarnera Caropepe e Gagliano Castelferrato, mentre tra Regalbuto e Centuripe sorge un complesso di industrie chimiche, attive nella lavorazione della gomma. La più importante area industriale della provincia è il Polo Industriale di Enna (o del Dittaino), dove sono presenti più di 30 aziende operanti nei settori tessile, alimentare, distributivo. In provincia è in crescita la produzione di energia eolica, grazie alla centrale di Nicosia, ed è operativa una centrale che produce energia dalle biomasse, unica nel sud Italia. Oggi si registra ancora una forte disoccupazione, superiore alla media nazionale; il rapporto della Confindustria "Check up territorio - Regione Sicilia" (presentato a Palermo il 9 giugno 2014) colloca Enna fra le province meno attrattive d'Italia.

## Distribuzione della popolazione 2014 - provincia di Enna (ISTAT)

Età	Celibi/Nubili	Coniugati/e	Vedovi/e	Divorziati/e	Maschi		Femmine		Totale	
						%		%		%
0-4	7.030	0	0	0	3.632	51,7%	3.398	48,3%	7.030	4,1%
5-9	7.991	0	0	0	4.114	51,5%	3.877	48,5%	7.991	4,6%
10-14	8.966	0	0	0	4.535	50,6%	4.431	49,4%	8.966	5,2%
15-19	9.621	21	0	0	4.971	51,6%	4.671	48,4%	9.642	5,6%
20-24	10.385	475	2	2	5.549	51,1%	5.315	48,9%	10.864	6,3%
25-29	8.314	2.465	1	21	5.412	50,1%	5.389	49,9%	10.801	6,3%
30-34	5.191	5.091	12	55	5.207	50,3%	5.142	49,7%	10.349	6,0%
35-39	3.230	7.835	40	147	5.495	48,8%	5.757	51,2%	11.252	6,5%
40-44	2.404	9.573	99	238	6.021	48,9%	6.293	51,1%	12.314	7,1%
45-49	1.880	10.717	188	278	6.463	49,5%	6.600	50,5%	13.063	7,6%
50-54	1.429	10.297	322	263	5.910	48,0%	6.401	52,0%	12.311	7,1%
55-59	1.104	9.339	537	251	5.255	46,8%	5.976	53,2%	11.231	6,5%
60-64	984	8.501	846	224	4.939	46,8%	5.616	53,2%	10.555	6,1%
65-69	722	7.010	1.227	131	4.294	47,2%	4.796	52,8%	9.090	5,3%
70-74	524	5.615	1.662	89	3.485	44,2%	4.405	55,8%	7.890	4,6%
75-79	548	4.770	2.487	67	3.515	44,7%	4.357	55,3%	7.872	4,6%
80-84	443	2.858	2.681	49	2.391	39,6%	3.640	60,4%	6.031	3,5%
85-89	271	1.190	2.129	45	1.361	37,4%	2.274	62,6%	3.635	2,1%
90-94	115	281	937	10	462	34,4%	881	65,6%	1.343	0,8%
95-99	15	24	160	0	63	31,7%	136	68,3%	199	0,1%
100+	1	0	26	0	7	25,9%	20	74,1%	27	0,0%
<b>Totale</b>	<b>71.168</b>	<b>86.062</b>	<b>13.356</b>	<b>1.870</b>	<b>83.081</b>	<b>48,2%</b>	<b>89.375</b>	<b>51,8%</b>	<b>172.456</b>	

## Piramide delle Età



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2014

PROVINCIA DI ENNA - Dati ISTAT 1° gennaio 2014 - Elaborazione TUTTITALIA.IT



### Struttura per età della popolazione

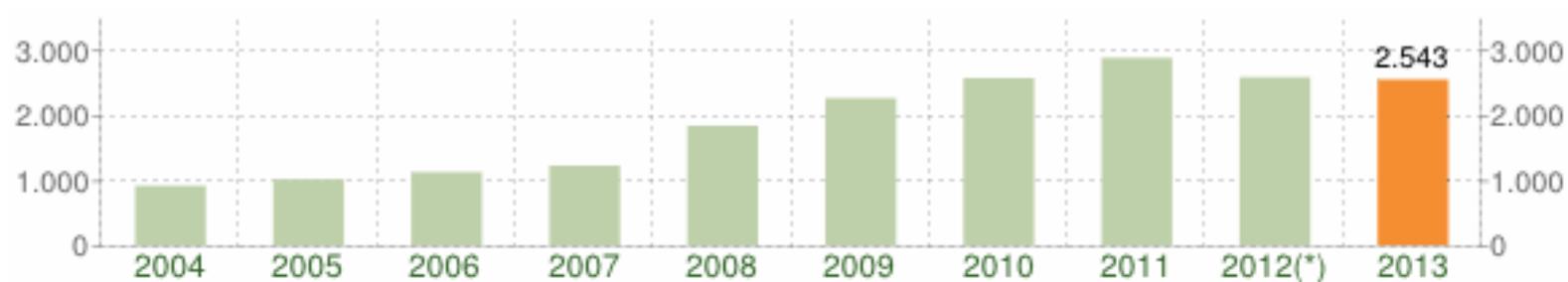
PROVINCIA DI ENNA - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

## Indicatori demografici

Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente in 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
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	0,0	0,0

## Cittadini stranieri 2013 - provincia di Enna



Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2013

PROVINCIA DI ENNA - Dati ISTAT 1° gennaio 2013 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(\*) post-censimento

Popolazione straniera residente in **provincia di Enna** al 1° gennaio 2013. Sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia.

## Popolazione straniera per età e sesso (Dati ISTAT - 1° gennaio 2013)

Età	Stranieri			
	Maschi	Femmine	Totale	%
0-4	72	88	160	6,3%
5-9	66	75	141	5,5%
10-14	61	69	130	5,1%
15-19	48	62	110	4,3%
20-24	94	116	210	8,3%
25-29	109	175	284	11,2%
30-34	103	217	320	12,6%
35-39	102	169	271	10,7%
40-44	80	182	262	10,3%
45-49	75	143	218	8,6%
50-54	58	147	205	8,1%
55-59	32	92	124	4,9%
60-64	13	36	49	1,9%
65-69	6	18	24	0,9%
70-74	3	14	17	0,7%
75-79	5	6	11	0,4%
80-84	0	4	4	0,2%
85-89	0	2	2	0,1%
90-94	1	0	1	0,0%
95-99	0	0	0	0,0%
100+	0	0	0	0,0%
<b>Totale</b>	<b>928</b>	<b>1.615</b>	<b>2.543</b>	<b>100%</b>

Comune	Numero stranieri
Enna	641
Piazza Armerina	412
Regalbuto	158
Leonforte	156
Nicosia	138
Catenanuova	122
Barrafranca	116
Valguarnera	114
Troina	112
Centuripe	97

Comune	Numero stranieri
Villarosa	76
Calascibetta	73
Aidone	68
Agira	60
Assoro	51
Pietraperzia	47
Gagliano Castelferrato	42
Nissoria	24
Cerami	21
Sperlinga	15
Capizzi	14

L'ASP di Enna opera in collegamento con gli Enti locali e riconosce e valorizza il ruolo degli organismi di partecipazione, a partire dal Comitato Consultivo e dalle Associazioni di volontariato, dei pazienti e dei loro familiari. Cura, inoltre, la collaborazione con le Università (non soltanto l'Università Kore, presente sul territorio), con le diverse categorie professionali, con i sindacati, con gli erogatori di servizi esterni all'Azienda (ambito sanitario - es. centri di riabilitazione convenzionati, Oasi di Troina - e non - es. scuole -).

Il cittadino/utente rimane la ragion d'essere dell'esistenza dell'Azienda, che, pertanto, ne valorizza la centralità anche alimentando forme di coinvolgimento diretto; oltre che attraverso gli strumenti della rappresentanza sopra citati, il cittadino interagisce con l'Azienda attraverso l'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico).

Il processo di definizione degli obiettivi e la loro assegnazione per il raggiungimento dei risultati attesi si inserisce in un contesto normativo che ha previsto, a partire dal 2012 (legge 135/2012, legge di stabilità) la progressiva riduzione del Fondo Sanitario; inoltre con l'entrata in vigore della Legge Costituzionale n.1/2012 è stato imposto alle Amministrazioni Pubbliche l'obbligo del pareggio di bilancio. Ne consegue che tutti gli obiettivi istituzionali, nonché gli obiettivi assegnati alle Aziende Sanitarie in attuazione della programmazione nazionale e regionale vanno perseguiti nel rispetto dei suddetti vincoli economici.

## 4.2 Analisi del contesto interno

Il raggiungimento degli obiettivi aziendali non può prescindere dal contributo degli *stakeholders* interni all'Azienda (tutte le risorse umane che operano all'interno dell'Azienda stessa - vedi paragrafo 3.1 -) e dai prerequisiti di ordine strutturale e organizzativo (vedi paragrafi 2.1 e 2.3).

Una sintesi dei fattori di contesto esterno ed interno raggruppati nella forma dell'analisi SWOT viene fornita nell'allegato 2 al presente Piano.



## 5. Gli obiettivi strategici

Gli **obiettivi strategici** sono programmati su base triennale e vengono definiti annualmente in base alle priorità dell'Azienda, la quale deve, altresì, rispettare obblighi normativi e raggiungere precisi *target* in riferimento agli obiettivi assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute.

L'ASP di Enna fa parte del Bacino orientale della Sicilia e, quindi, partecipa alla soddisfazione dei bisogni sanitari in coerenza con la programmazione interaziendale di bacino che l'Assessorato Regionale della Salute attua attraverso una sempre più incisiva integrazione delle attività sanitarie del Bacino.

Da tenere presente che il percorso per il risanamento del sistema sanitario regionale, avviato dalla Regione Sicilia con la sottoscrizione in data 31.07.2007 del Piano di contenimento e riqualificazione del S.S.R. 2007-2009 (c.d. Piano di rientro), si è concluso. L'Assessorato della Salute ha comunque fatto la scelta di continuare a gestire l'attività nell'ottica del contenimento della spesa e della riqualificazione del sistema degli obiettivi che annualmente assegna ai Direttori Generali delle aziende sanitarie in coerenza con il Piano Operativo di Consolidamento e Sviluppo (POCS) concordato con il Ministero della Salute e dell'Economia e delle Finanze. L'Assessorato, dunque, orienta le attività delle aziende assegnando specifici obiettivi riallineati alle linee operative del POCS.

In ambito sanitario, secondo i dettami dei D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., L.R. n. 30/93 e s.m.i., L.R. n. 5/2009, gli obiettivi che l'Azienda deve raggiungere sono definiti :

- dal Piano Sanitario Nazionale (P.S.N.), per l'individuazione degli obiettivi generali;
- dal Piano Sanitario Regionale (P.S.R.), per la concreta attuazione degli obiettivi definiti a livello superiore avendo riguardo alle specificità regionali;
- dal Piano Attuativo Aziendale (P.A.A.), per la pratica attuazione dei principi sopra definiti con riguardo alle necessità dei territori di riferimento.

Il **Piano Sanitario Nazionale** definisce gli obiettivi ed i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, da sviluppare nelle seguenti azioni:

- rilancio della prevenzione
- centralità delle cure primarie e delle strutture territoriali
- riorganizzazione delle cure primarie e delle strutture territoriali
- riorganizzazione della medicina di laboratorio e della diagnostica di laboratorio e per immagini
- riorganizzazione delle reti ospedaliere

- riabilitazione
- valutazione delle nuove tecnologie sanitarie
- investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico del S.S.N.

## **Il Piano Sanitario Regionale**

In riferimento agli obiettivi del P.S.N. la Regione Sicilia elabora il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute ed il funzionamento dei servizi al fine di soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale.

Il Piano di riferimento attuale è ancora il Piano della Salute 2011-13, modificato e integrato da una serie di dettati normativi .

La L.R. n. 5/09 rappresenta un punto di svolta; essa costituisce, infatti, il fondamento normativo per rinnovare in modo incisivo le modalità con cui la sanità è articolata, gestita ed erogata nella Regione, in quanto incide sull'assetto organizzativo del sistema, sulla sua modalità di programmazione, sul riequilibrio dell'offerta tra la rete ospedaliera ed il territorio ed introduce chiari meccanismi operativi di governo e controllo delle attività sanitarie e delle relative risorse.

L'azione di governo regionale, delineata dalla legge di riforma, si articola lungo le seguenti linee di intervento:

- progressivo spostamento dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio al fine di un più corretto ed efficace bilanciamento delle prestazioni in funzione dei fabbisogni;
- riordino della rete ospedaliera pubblica e privata realizzato attraverso l'accorpamento e la rifunzionalizzazione di presidi ospedalieri sotto-utilizzati;
- superamento della frammentazione e/o duplicazione di strutture, attraverso processi di aggregazione e integrazione operativa e funzionale;
- potenziamento dei servizi e dei posti letto destinati alle attività di riabilitazione, lungo-degenza e post-acuzie;
- riduzione della mobilità sanitaria passiva extra-regionale;
- progressivo contenimento dei ricoveri inappropriati con ricorso a forme alternative di erogazione dell'assistenza sanitaria, quali day- service, ambulatorio e assistenza domiciliare;
- introduzione di un sistema di assegnazione delle risorse commisurato alla erogazione delle attività programmate, alla qualità e alla efficienza dell'operato delle aziende;
- attuazione del principio della responsabilità attraverso un sistema di controlli e verifiche che trovi fondamento in ben definiti processi tecnico-gestionali e nell'informatizzazione dei flussi.

## **Il Piano Attuativo Aziendale**

Previsto dall'art. 5 della L.R. 5/2009, è l'atto, di durata triennale, con il quale le aziende sanitarie programmano, nei limiti delle risorse disponibili, dei vincoli e dei termini previsti dal P.S.R., le attività sanitarie da svolgere.

Il Piano Attuativo triennale si realizza attraverso la definizione di programmi annuali di attività, trasmessi all'Assessorato Regionale Sanità per le verifiche di compatibilità con gli atti di programmazione regionale .

Sulla base dei principi cardine del P.S.R. sopraelencati, il P.A.A. deve porre il cittadino al centro del sistema assistenziale, offrendo risposte appropriate e diversificate in relazione agli specifici bisogni di salute, sia sul territorio che in ospedale, tenendo conto delle esigenze che attengono alla sfera della persona, avendo riguardo da un lato alla promozione del territorio quale base primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e dall'altro lato alla riqualificazione dell'assistenza ospedaliera puntando sull'appropriatezza dei ricoveri nelle fasi di acuzie, riabilitazione e lungodegenza.

L'ASP di Enna, in linea con i suddetti principi ispiratori, predispone un Piano Attuativo Aziendale (P.A.A.) che delinea le linee di intervento (obiettivi, risultati attesi e indicatori, Dirigenti Responsabili/Referenti ). Il P.A.A. 2015 è stato sviluppato in continuità con il P.A.A. 2014. Le azioni in esso contenute sono rappresentate nell'Albero della Performance di seguito riportato; nell'All. 3 al presente Piano della Performance sono riportate le Schede di sintesi del P.A.A.

## Obiettivi Aziendali

L'ASP oltre agli obiettivi assegnati dagli organi sovraordinati, tenendo conto del contesto interno, continuerà ad orientare la propria attività al superamento di criticità legate a:

- carenza di organico;
- riequilibrio di bilancio;
- contenimento dei costi soprattutto legati alla Farmaceutica, al Personale e Beni e servizi;
- integrazione ospedale - territorio, che si realizza attraverso l'attivazione di strutture socio assistenziali (ADI, RSA, *Hospice*) ;
- valorizzazione del patrimonio attraverso un più razionale utilizzo dello stesso al fine di ridurre i costi di gestione e di interventi manutentivi;
- pieno utilizzo dei finanziamenti europei ;
- riqualificazione dell'offerta sanitaria attraverso la rimodulazione della rete ospedaliera-territoriale, in attuazione di quanto previsto dal D.A. 14.01.2015, pubblicato dall'Assessorato della Salute il 23 gennaio 2015 (GURS n. 4/2015).

Al fine di superare le suddette criticità sarà necessario valorizzare i punti di forza presenti nel sistema (rinnovamento avviato con la L.R. 5/2009, riorganizzazione aziendale in corso, obiettivi strategici aziendali inseriti nel contesto degli obiettivi regionali, razionalizzazione dei costi attraverso l'adesione a gare di bacino e consorziate, indicatori di performance regionali) e non sottovalutare i punti di debolezza, ricercando strategie e soluzioni volte al loro superamento (resistenza al cambiamento, mancanza di coinvolgimento di ciascun operatore).

L'Azienda per rispondere a queste esigenze intende continuare a sviluppare regole e standard che consentano di:

- promuovere la razionalizzazione dei processi sanitari e tecnico-amministrativi;
- valorizzare le competenze professionali (conoscenze, abilità, comportamenti etici, etc) esistenti ed inserire nuove professionalità al fine di sviluppare le risorse umane;
- sviluppare standard di qualità;
- implementare le forme di comunicazione istituzionali interne ed esterne;
- promuovere pari opportunità.

## **6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi**

### **6.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale**

All'interno dell' Albero della performance ogni obiettivo strategico è articolato in obiettivi operativi, per ciascuno dei quali vengono identificate le responsabilità organizzative connesse al raggiungimento degli stessi. Nelle schede in allegato (All. 3 – P.A.A.) sono specificati le azioni, gli indicatori di risultato, i tempi, il valore obiettivo (risultato atteso) per ciascun obiettivo operativo.

Accanto agli obiettivi contenuti nel P.A.A. sono stati assegnati dalla Direzione ai Responsabili di Unità Operativa Complessa, attraverso il processo di *budgeting*, ulteriori obiettivi, relativi ai compiti istituzionali di ciascuna unità operativa. Tali obiettivi sono suscettibili di modificazioni e/o integrazioni sulla base di eventuali dettami dell'Assessorato Regionale Sanità e sono riportati nella 'Scheda di budget', che declina, accanto agli obiettivi, gli indicatori, i valori attesi di risultato, il peso assegnato a ciascun obiettivo.

Le schede vengono sottoscritte dal Responsabile dell' Unità Operativa, che diventa in tal modo responsabile del risultato atteso. In allegato (All. 4) le schede di budget relative agli obiettivi 2014-15 per i quali è stato già completato il processo di negoziazione; per quanto riguarda gli obiettivi già assegnati ma per i quali è ancora in itinere il processo di negoziazione si provvederà ad integrare il presente Piano a completamento dell'iter.

Gli **obiettivi particolari di salute e di funzionamento dei servizi** vengono di seguito declinati nell'albero della performance; all'interno degli schemi illustrativi saranno riportate delle brevi note sugli obiettivi 'Esiti' e 'Progetti di miglioramento organizzativo', rimandando all'All. 1- 'Obiettivi 2014-15 delle Aziende Sanitarie Siciliane' per una descrizione più dettagliata.

Per quanto riguarda l'**obiettivo specifico** assegnato all'ASP di Enna 'Attivazione Centro di Riabilitazione' è in fase di predisposizione un progetto, da consegnare all'Assessorato, contenente un cronoprogramma delle azioni da attuare ai fini dell'attivazione del suddetto Centro.

Vengono di seguito declinati gli **obiettivi generali a valenza triennale:**

- **raggiungimento annuale dell'equilibrio di bilancio:** valutato attraverso il preconsuntivo, in relazione alle risorse negoziate con l'Assessorato;
- **Utilizzo delle risorse derivanti dai Fondi Europei ( PO-FESR):** nella misura dei target di spesa annualmente assegnati;
- **Contenimento della spesa per**
  - **Personale** (rispetto del tetto di spesa annuale determinato ai sensi della L. 135/12)
  - **Beni e servizi** (rispetto della normativa vigente in merito e del regolamento Aziendale sugli acquisti in economia)

- **Rispetto dei tetti di spesa** che discendono da interventi normativi specifici, nazionali e/o regionali e/o da disposizioni assessoriali
- **Assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera** (rispetto delle risorse negoziate annualmente in ciascuno degli anni del mandato) **Direttiva flussi informativi e s.m.i.:** rispetto della direttiva ‘flussi informativi’, di cui al decreto interdipartimentale n. 1174 del 30.05.2008 e successivi aggiornamenti e integrazioni;
- **Libera professione intramuraria:** osservanza delle disposizioni impartite dalla Regione sulla libera professione intramuraria ai sensi della L. 120 del 3 agosto 2007 e s.m.i.; nel 2015 sarà monitorato e valutato il rispetto della programmazione in merito e il relativo bilancio di previsione, come di seguito riportato

L'attività libero professionale è l'attività che il personale medico e delle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario esercita, individualmente o in equipe, al di fuori dell'orario di lavoro e delle attività previste dall'impegno di servizio, in regime ambulatoriale, ivi comprese le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di day hospital, day surgery, day service o di ricovero. L'esercizio dell'attività libero professionale non deve essere in contrasto con le finalità istituzionali dell'azienda e il suo svolgimento deve essere organizzato in modo tale da garantire l'integrale assolvimento dei compiti di istituto e da assicurare la piena funzionalità dei servizi.

## Bilancio di previsione al 31.12.2015 Attività Libero Professionale Intramuraria:

<b>RICAVI</b>		
Cod.	Descrizione	Importo
AA0680	A.4.D.1) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area ospedaliera	15
AA0690	A.4.D.2) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area specialistica	761
AA0700	A.4.D.3) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area sanità pubblica	0
AA0710	A.4.D.4) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58)	197
AA0720	A.4.D.5) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	1.032
AA0730	A.4.D.6) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro	0
	<b>totale ricavi</b>	<b>2.005</b>

	<b>COSTI</b>	
Cod.	Descrizione	Importo
BA1210	B.2.A.13.1) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area ospedaliera	10
BA1220	B.2.A.13.2) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia- Area specialistica	625
BA1230	B.2.A.13.3) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area sanità pubblica	0
BA1240	B.2.A.13.4) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58)	0
BA1250	B.2.A.13.5) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	890
BA1260	B.2.A.13.6) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro	18
BA1270	B.2.A.13.7) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	0
YA0040	Y.1.C) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	129
	<b>totale costi</b>	<b>1.672</b>
	<b>Utile</b>	<b>333</b>

## 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

### OBIETTIVO STRATEGICO :

A - Obiettivi particolari di salute e di funzionamento dei servizi

### OBIETTIVO STRATEGICO:

B - Obiettivi generali a valenza triennale

### OBIETTIVO SPECIFICO :

C

A1

Piano Attuativo Aziendale (P.A.A.)

A2

Esiti

A3

Progetti di miglioramento organizzativo

B1

Equilibrio bilancio

B2

Fondi Europei

B3

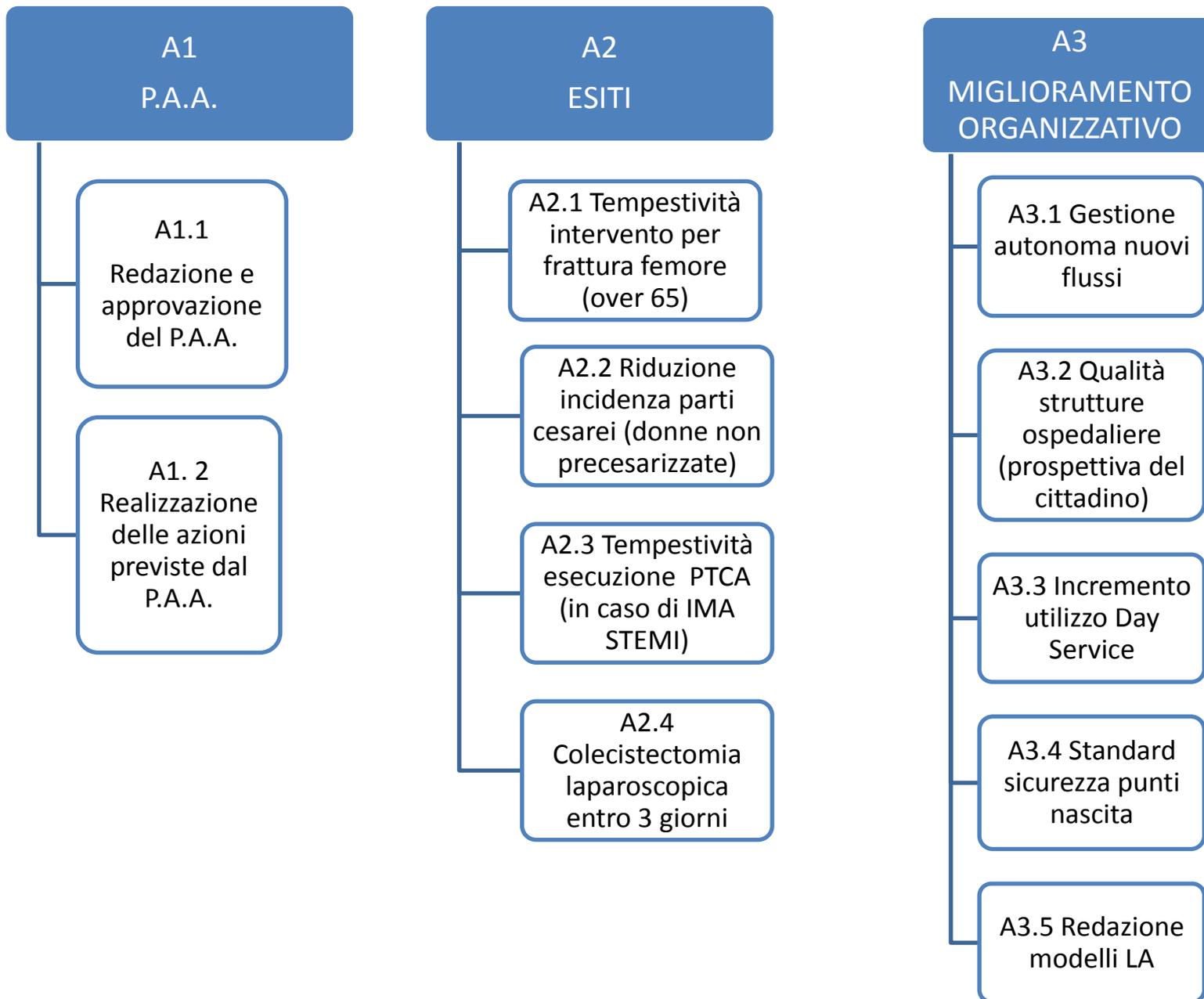
Contenimento spesa

B4

Flussi informativi

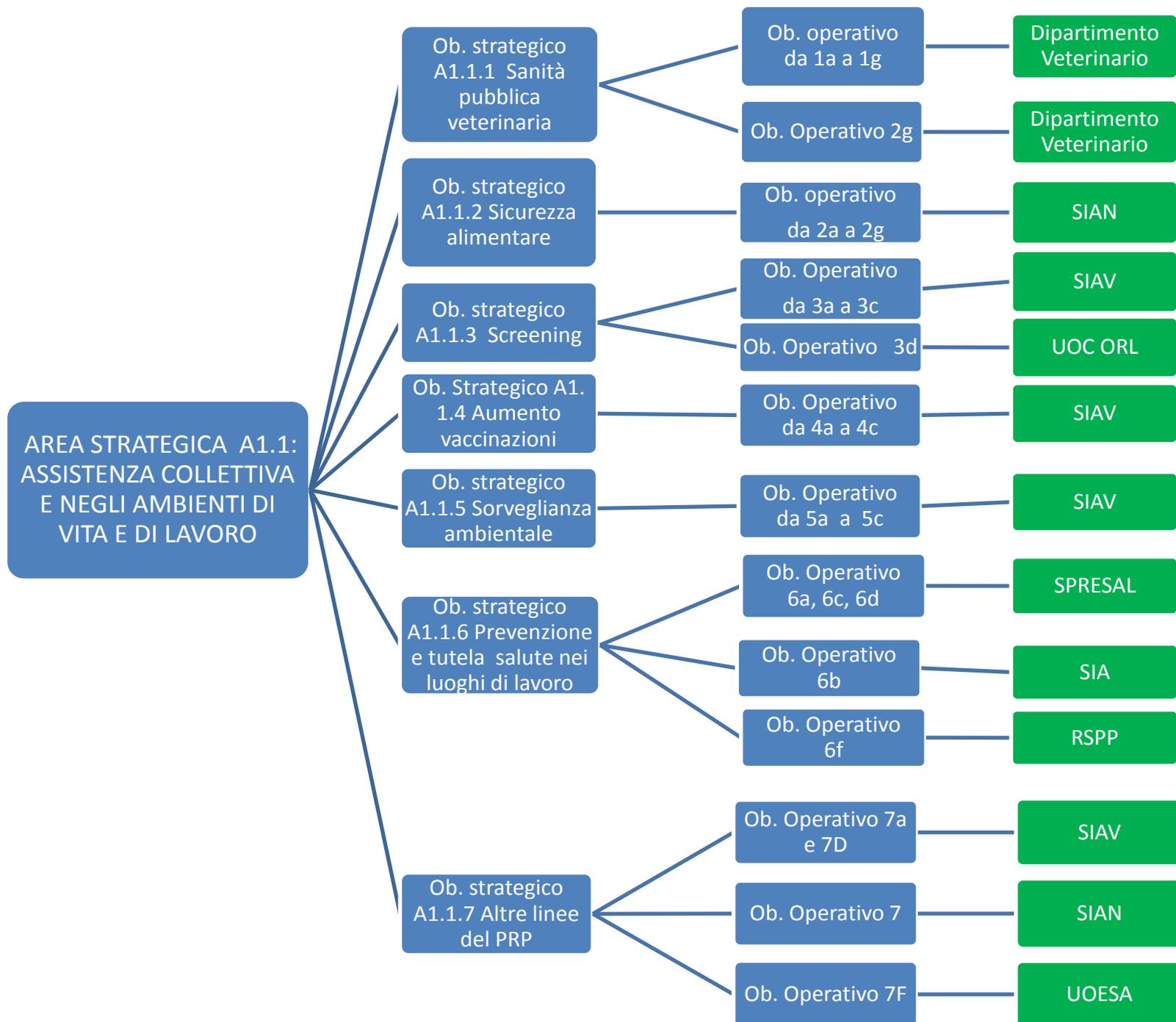
B5

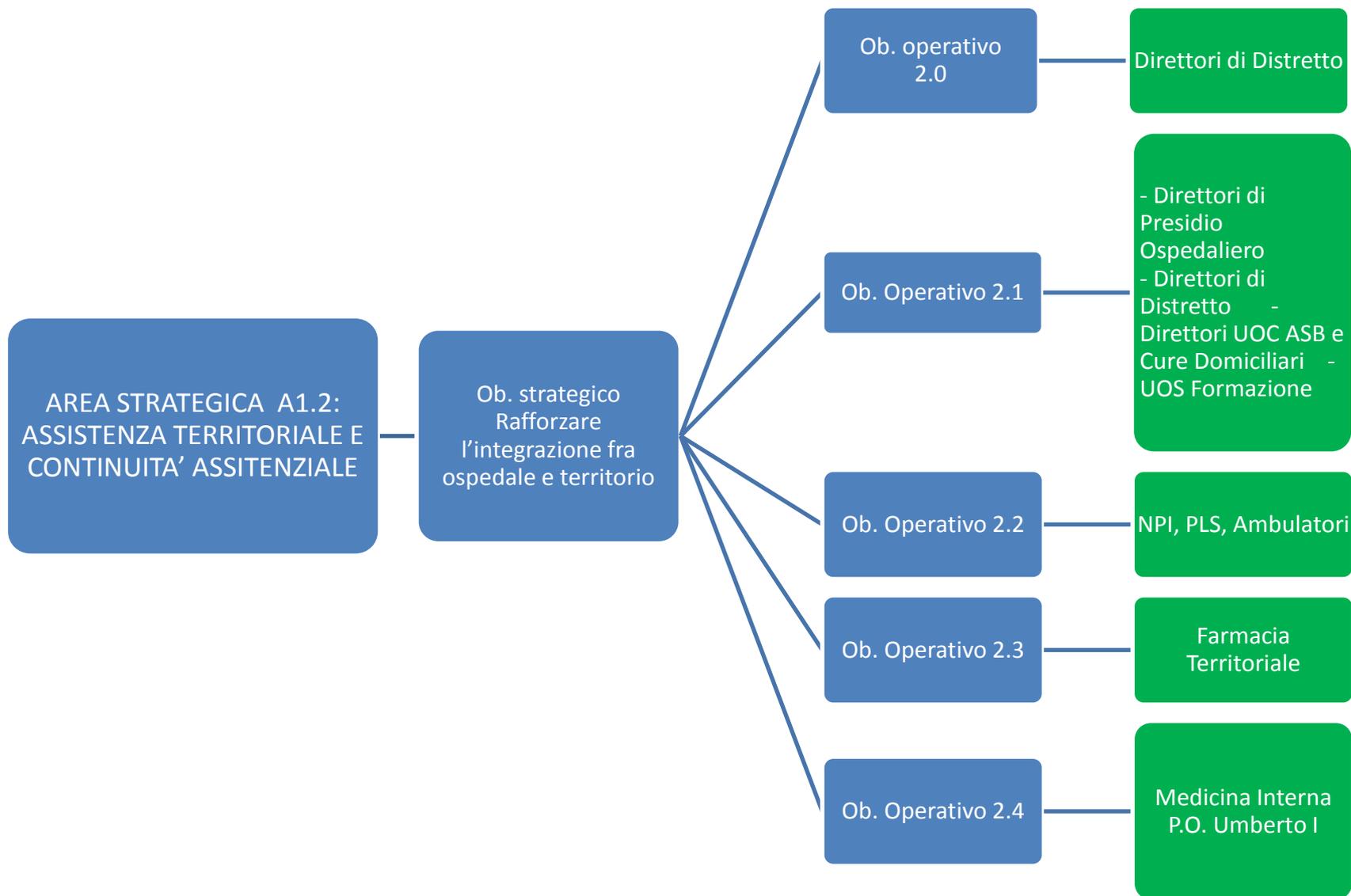
Disposizioni R.gle ALPI

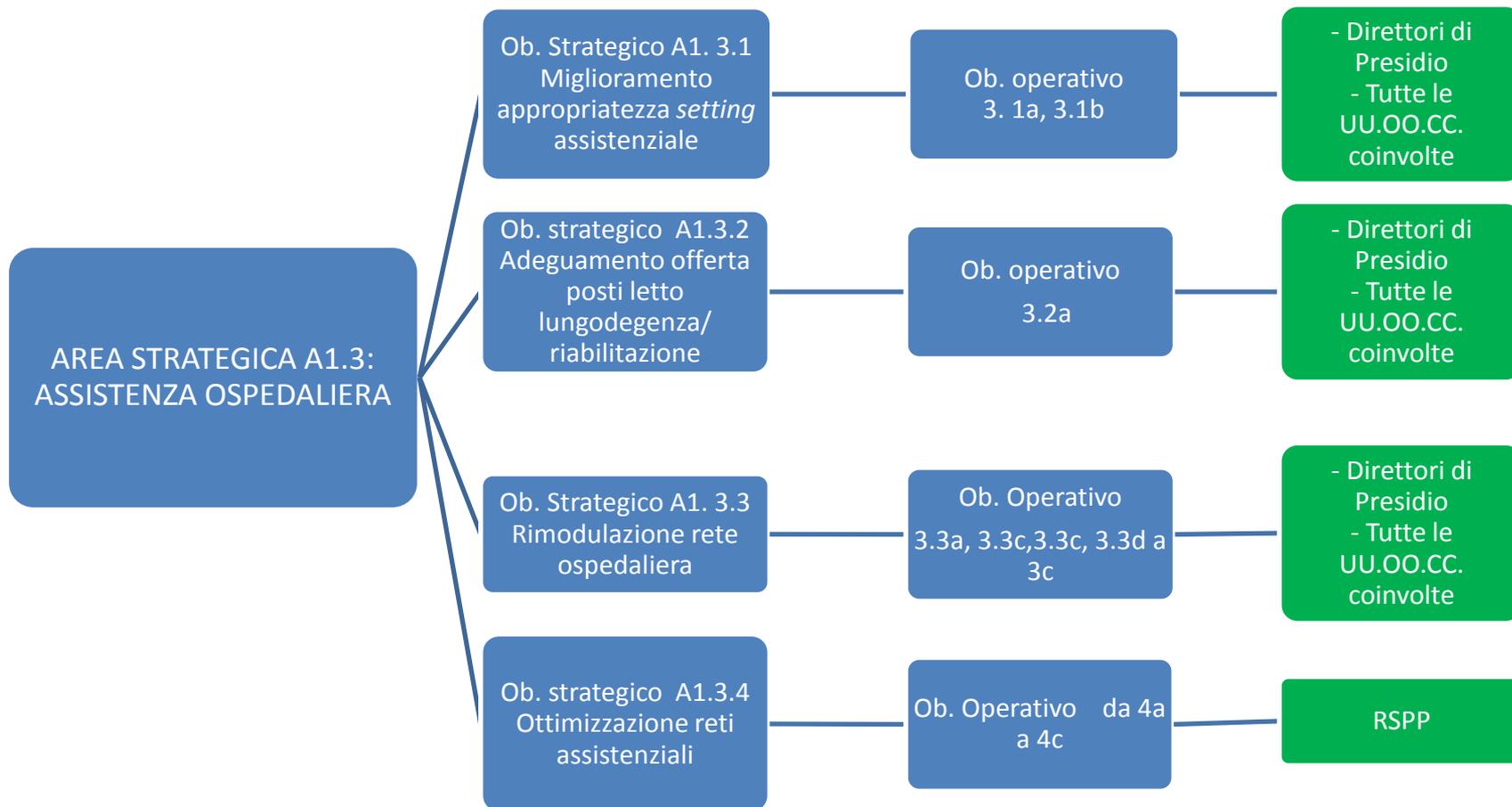


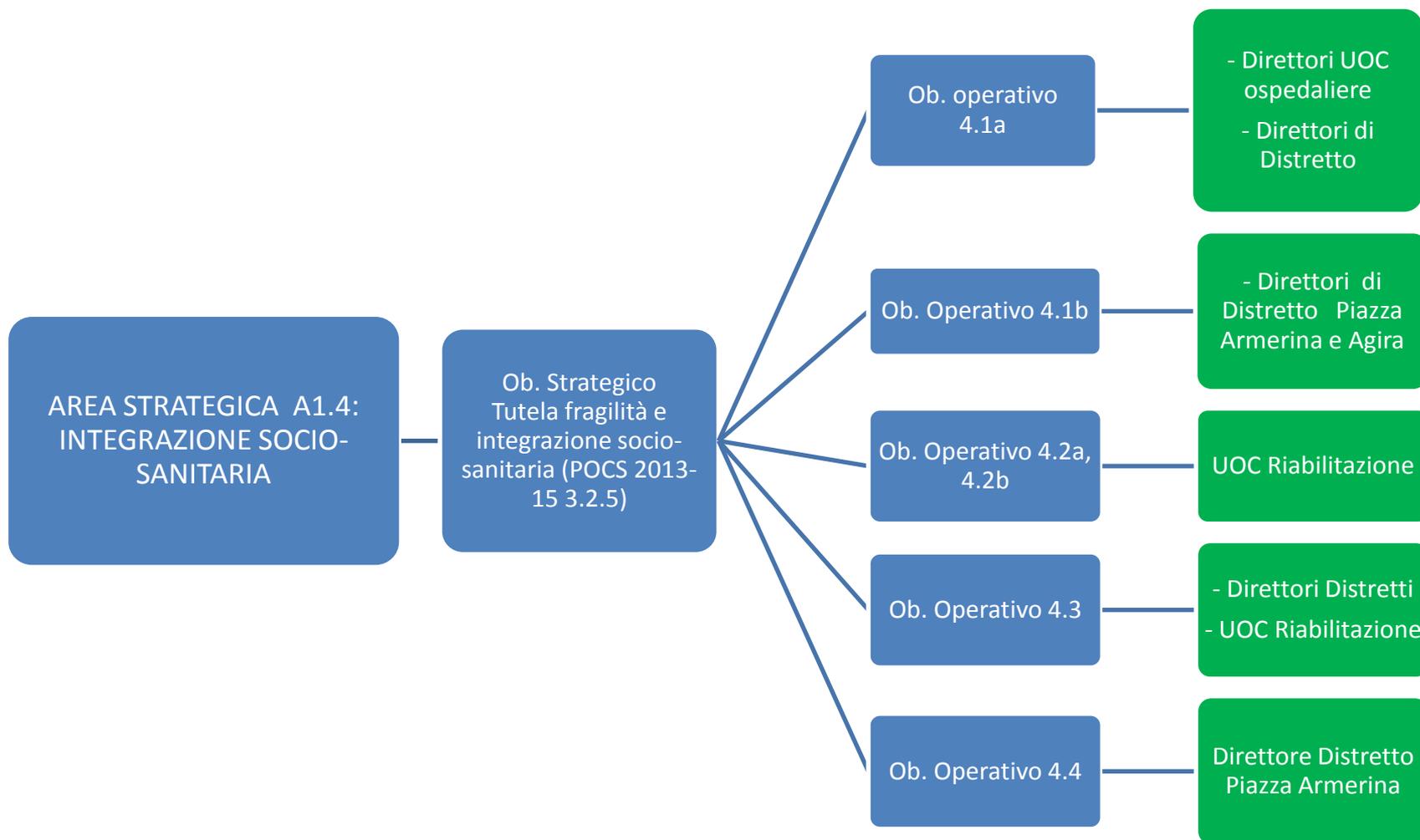
A1  
P.A.A.:  
AREE  
STRATEGICHE  
(vedi All. 3)

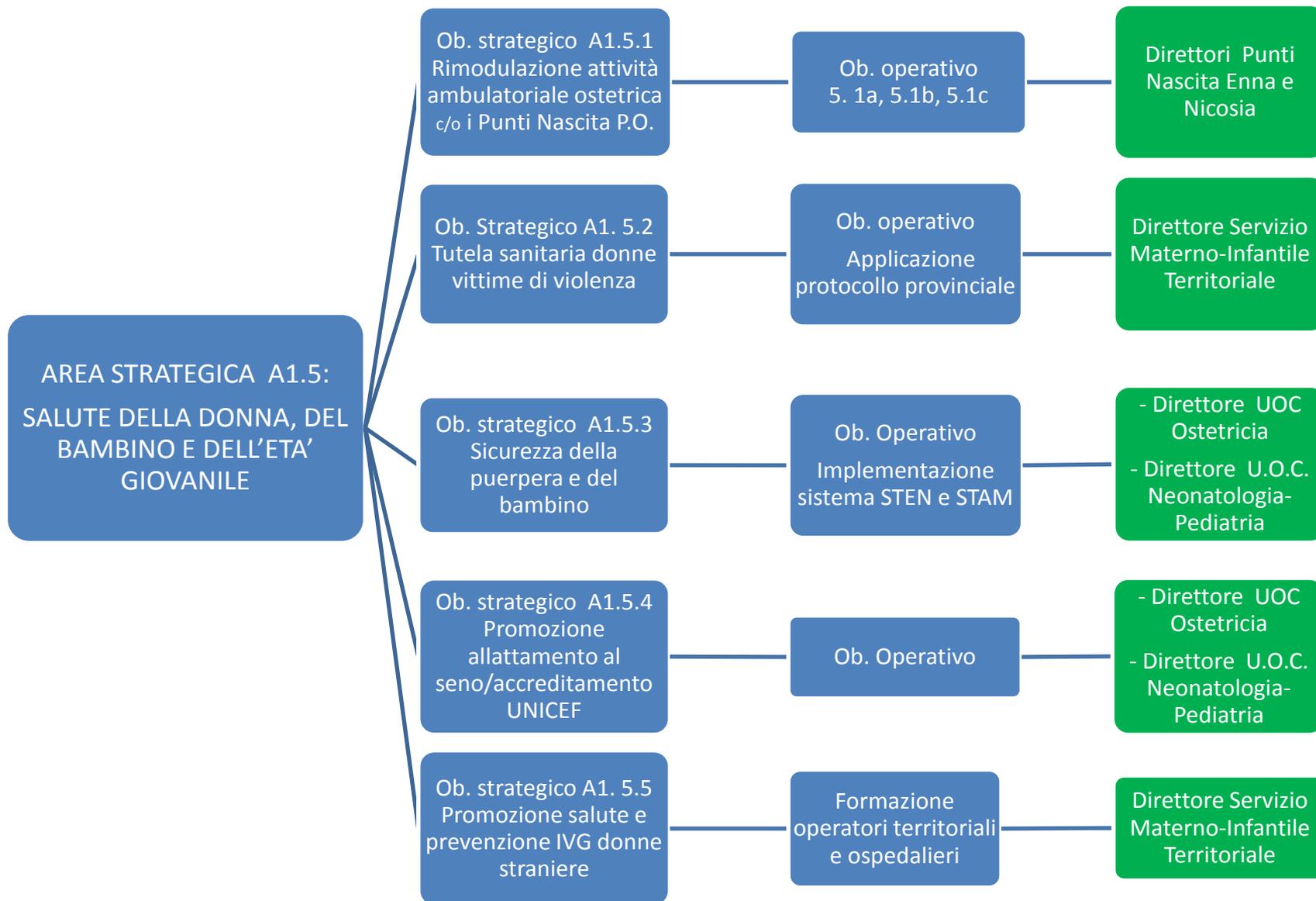
1. Assistenza collettiva negli ambienti di vita e di lavoro
2. Assistenza territoriale e continuità assistenziale
3. Assistenza ospedaliera
4. Integrazione socio sanitaria
5. Salute della donna, del bambino e dell'età giovanile
6. Oncologia
7. Cure palliative/terapia del dolore
8. Cardiologia
9. Neuroscienze
10. Gestione del poli-traumatizzato
11. Trapianti e piano sangue
12. Salute mentale e dipendenza
13. Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti
14. Rete formativa, comunicazione e rete civica
15. Partecipazione a programmi sviluppo e innovazione

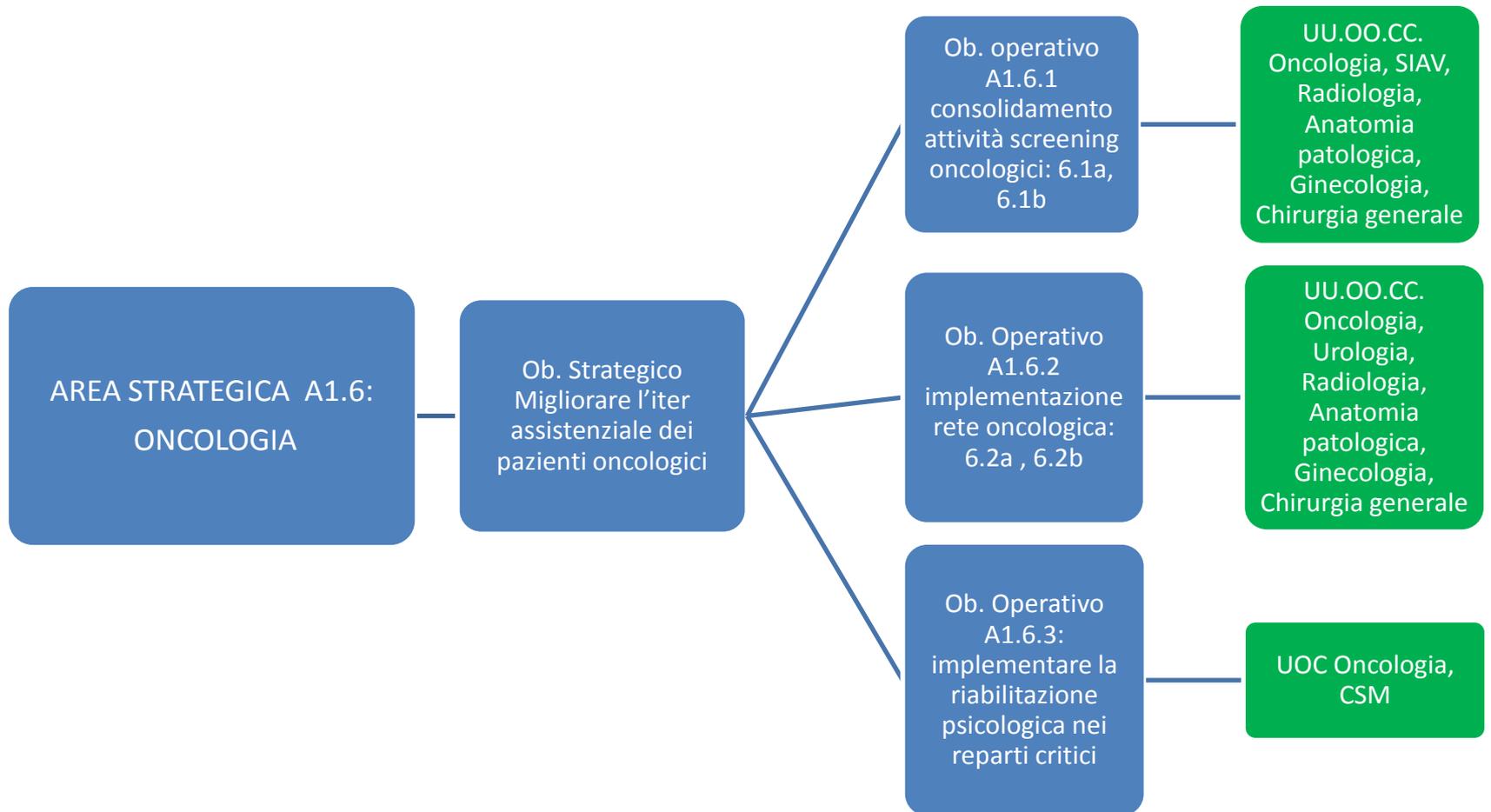


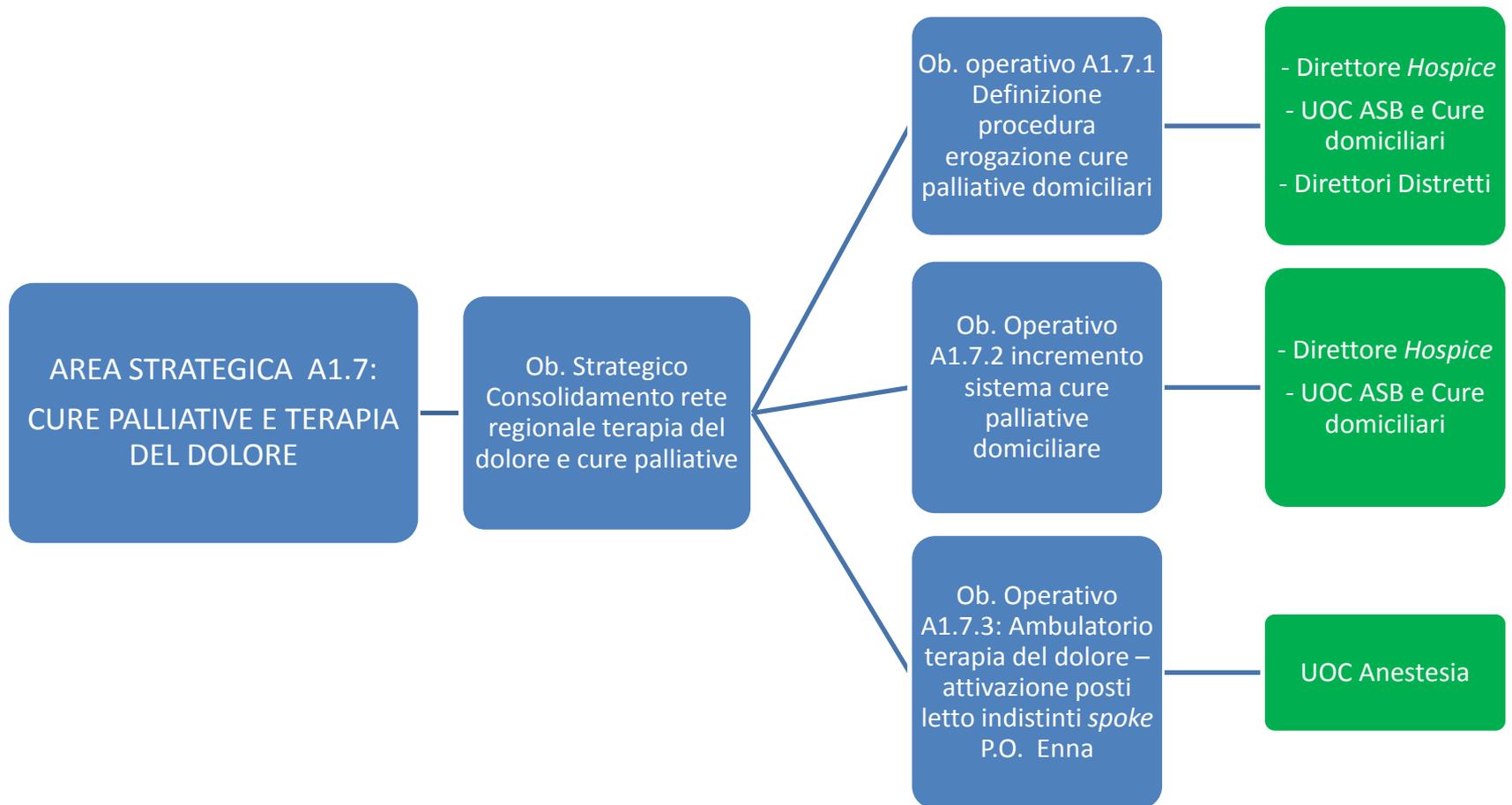


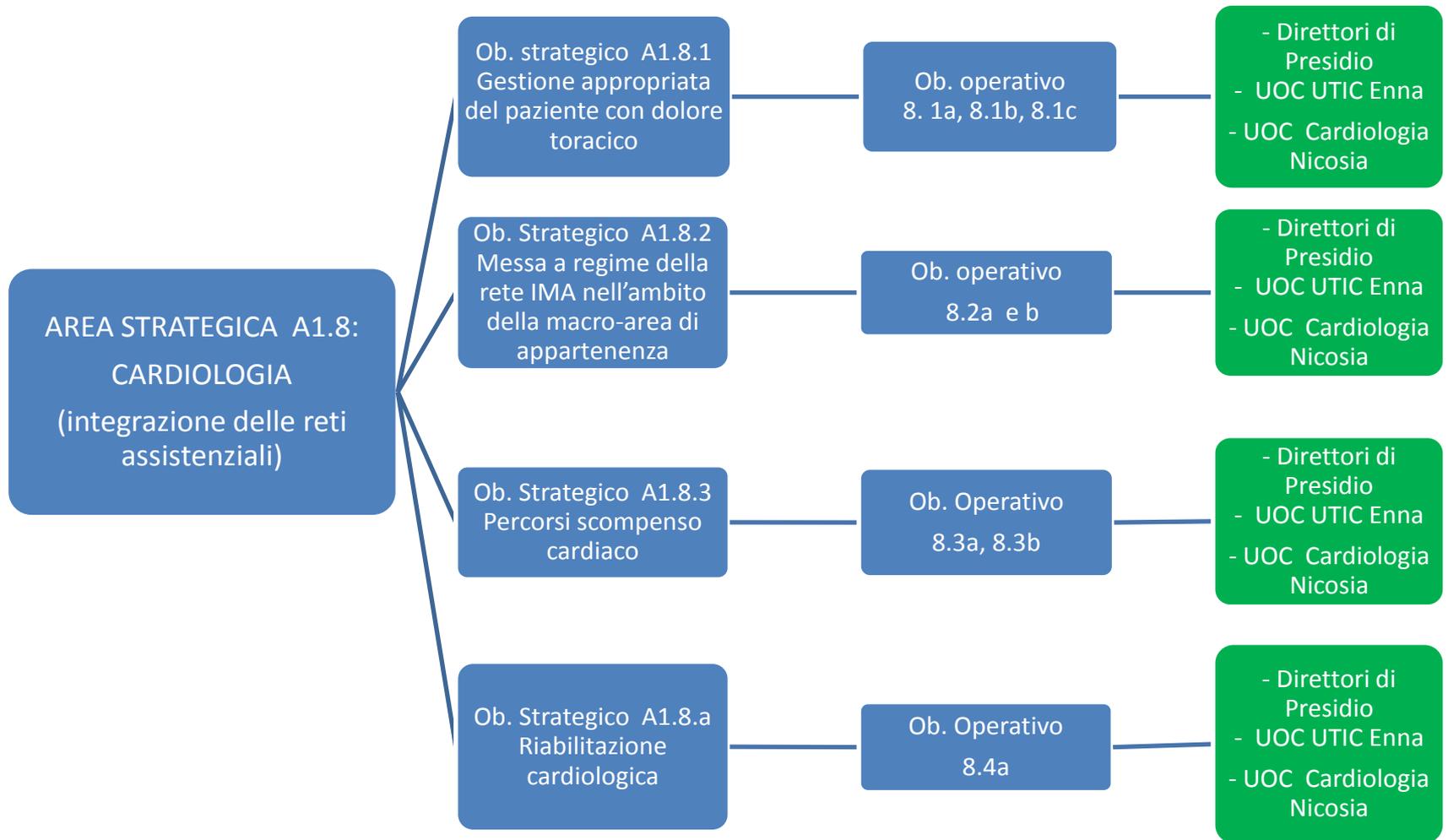


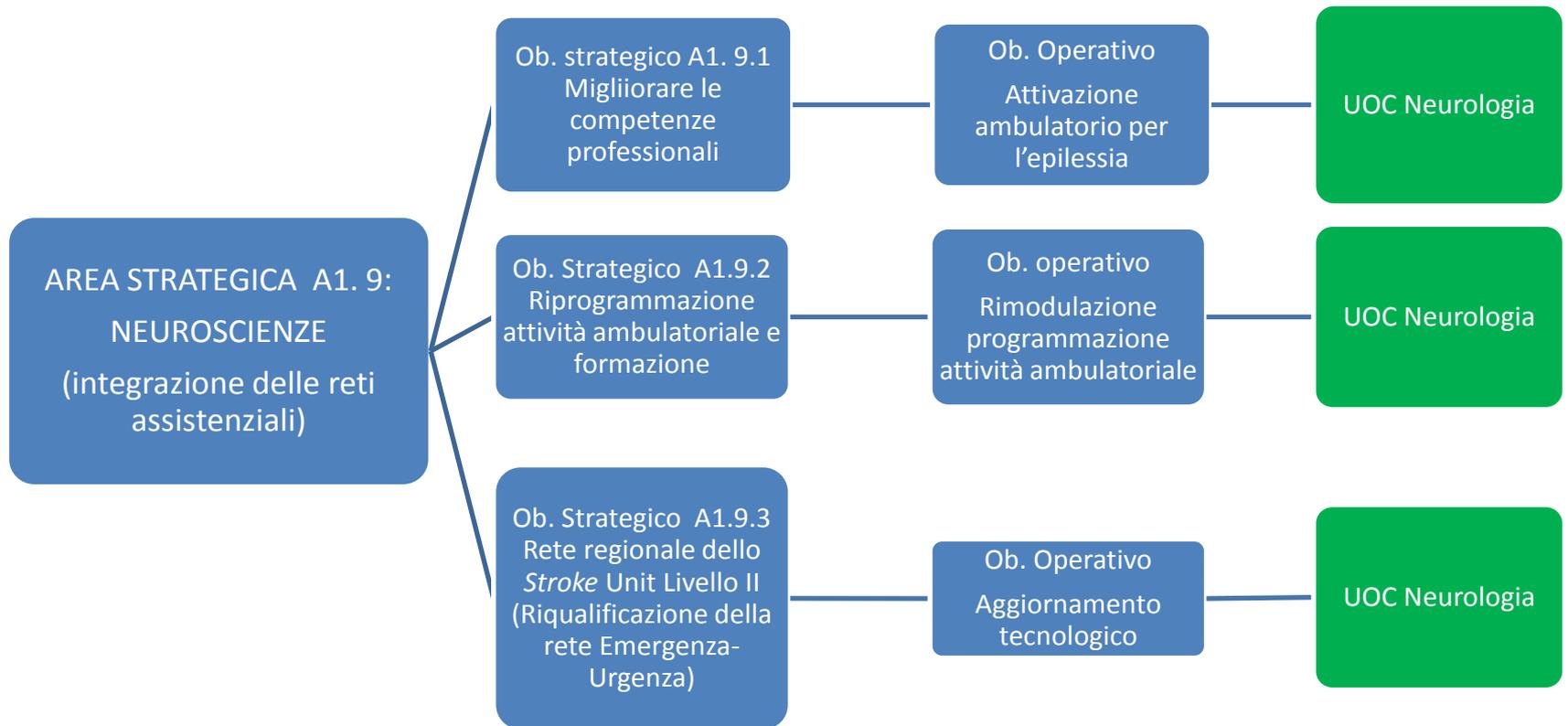


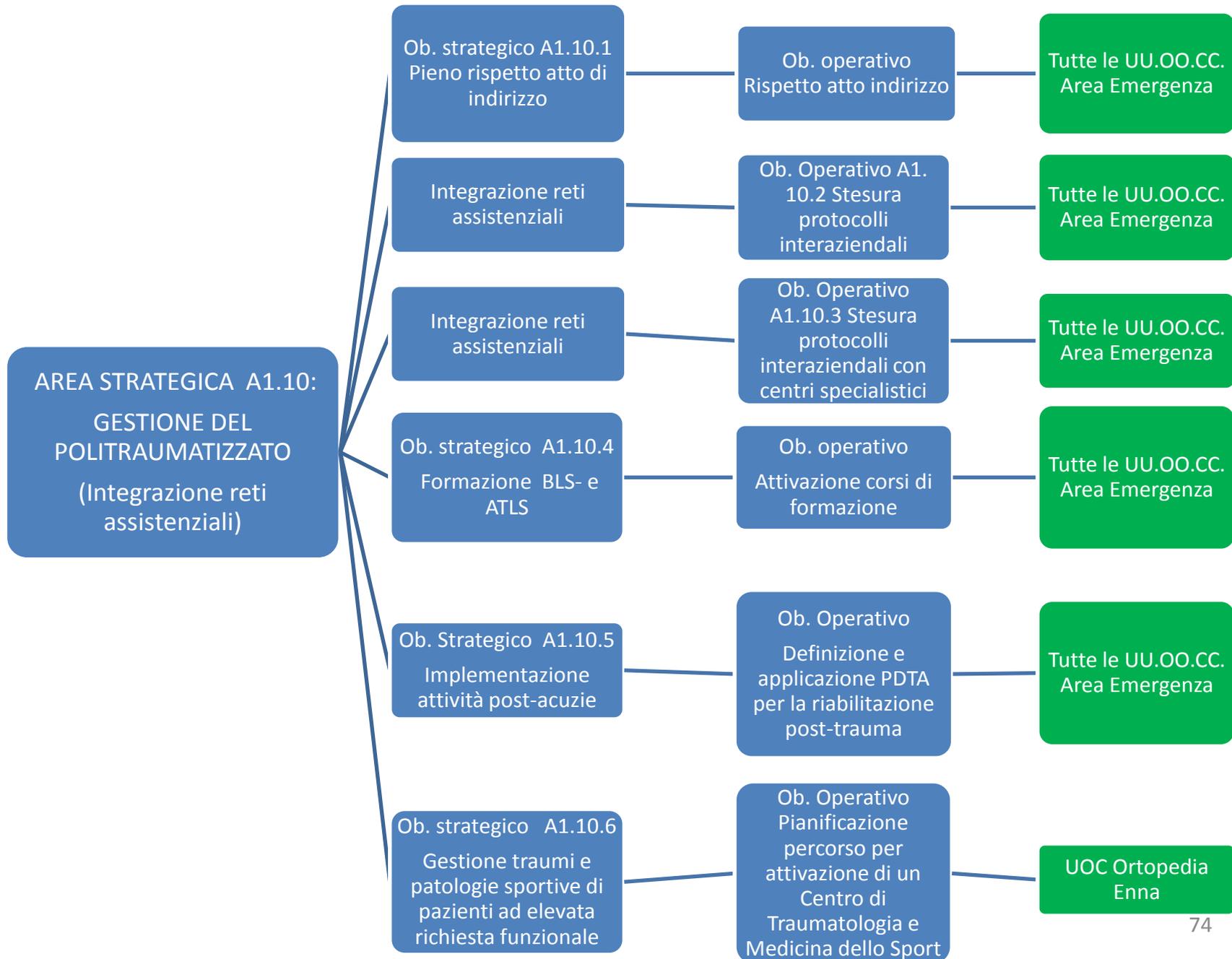


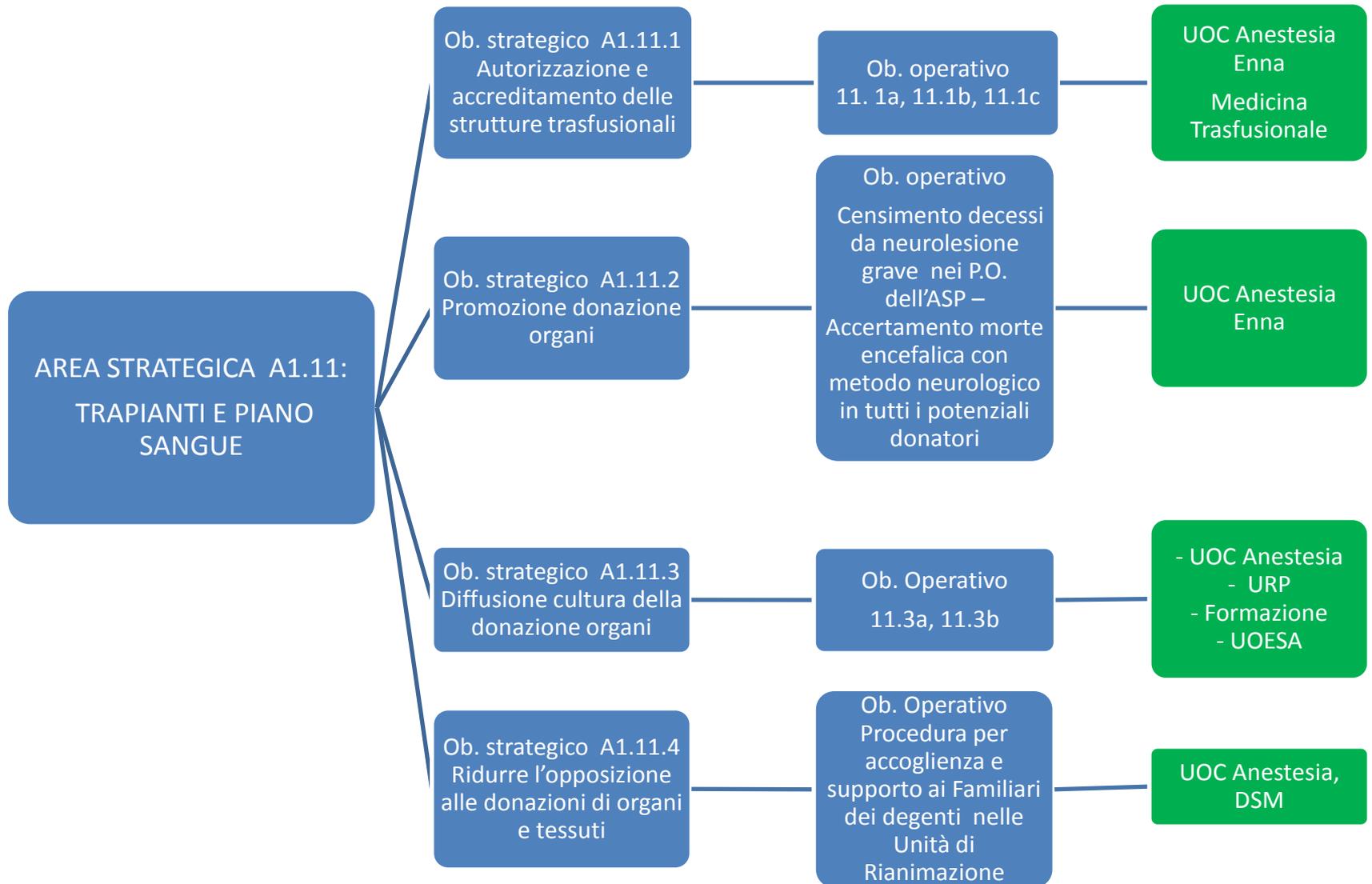


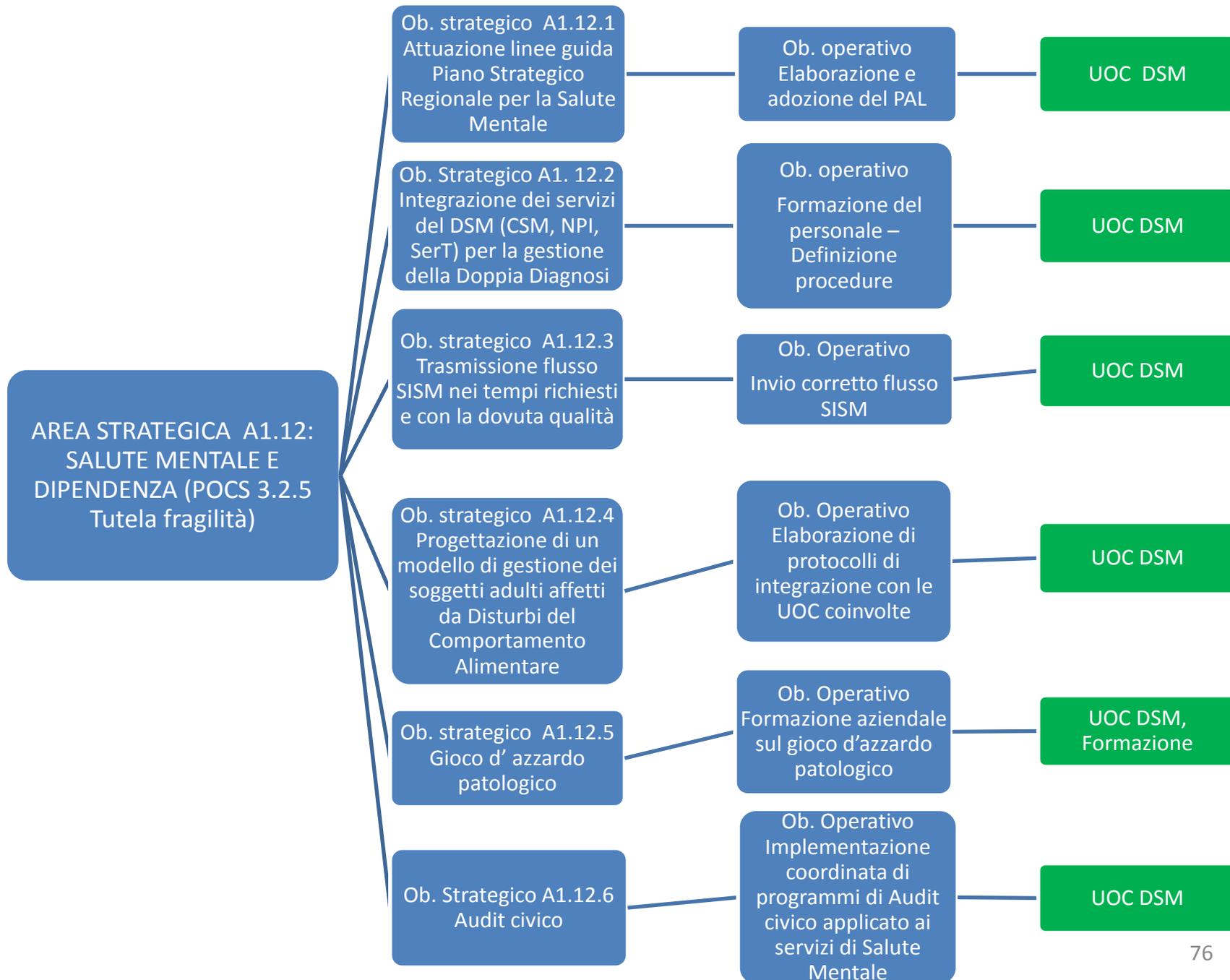


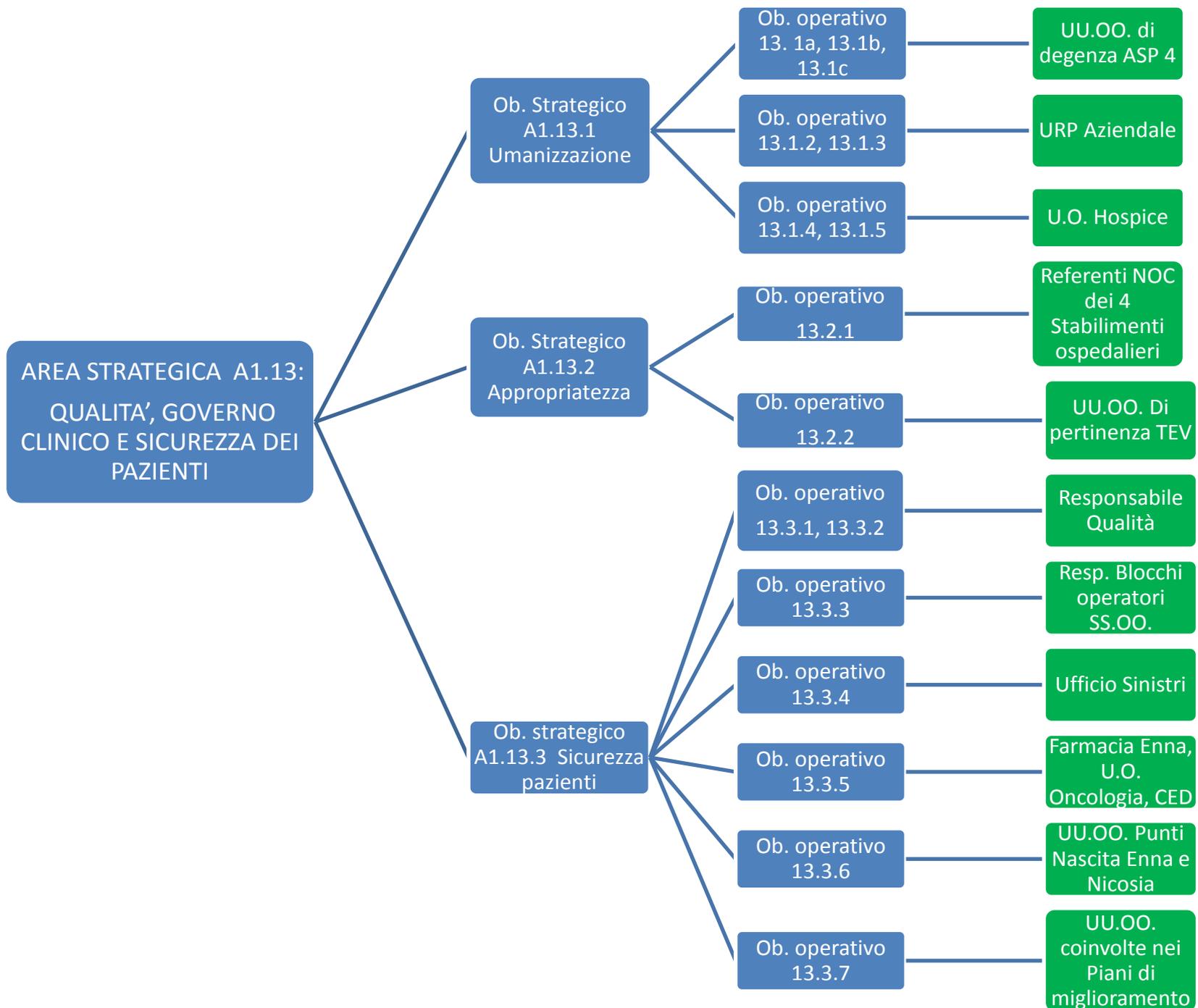


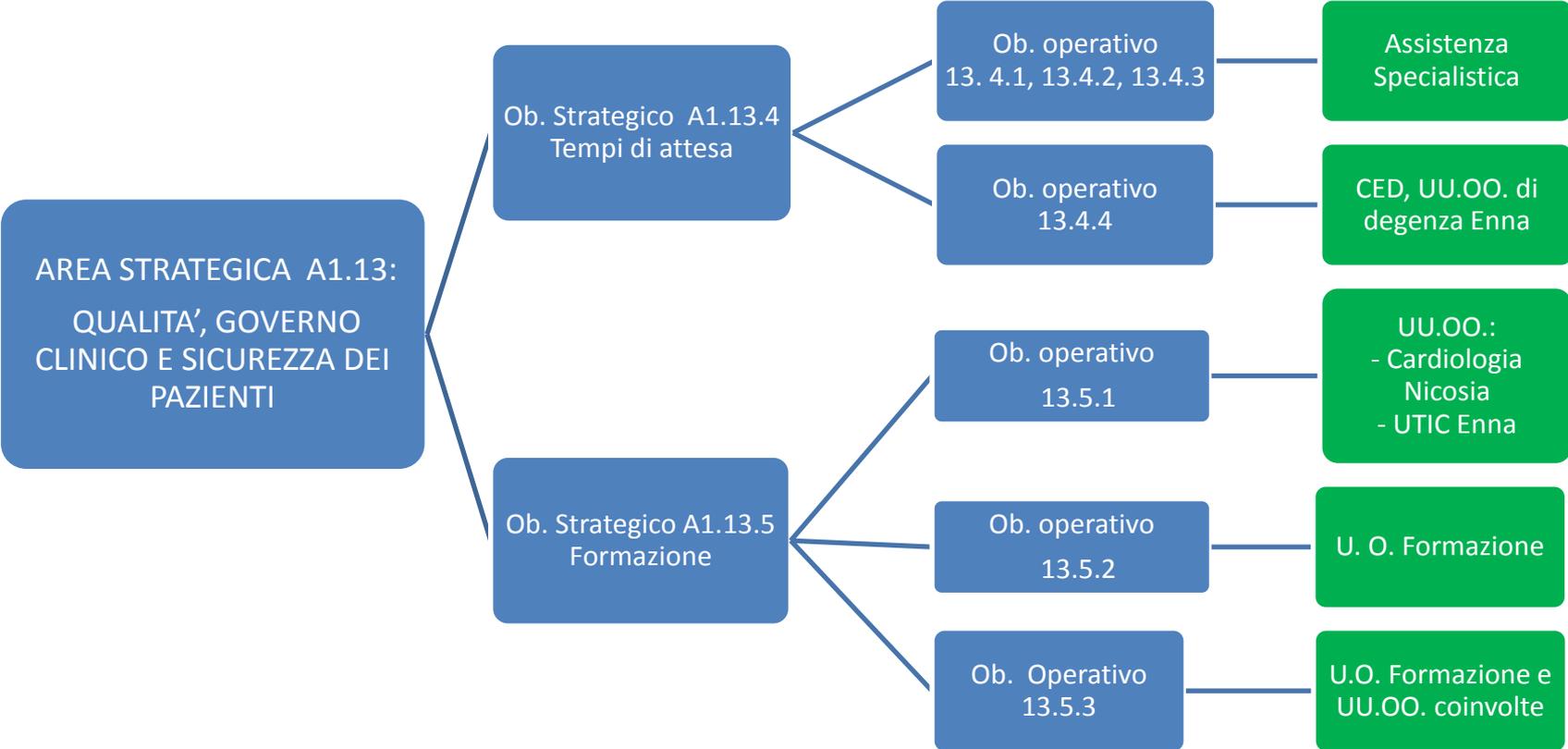


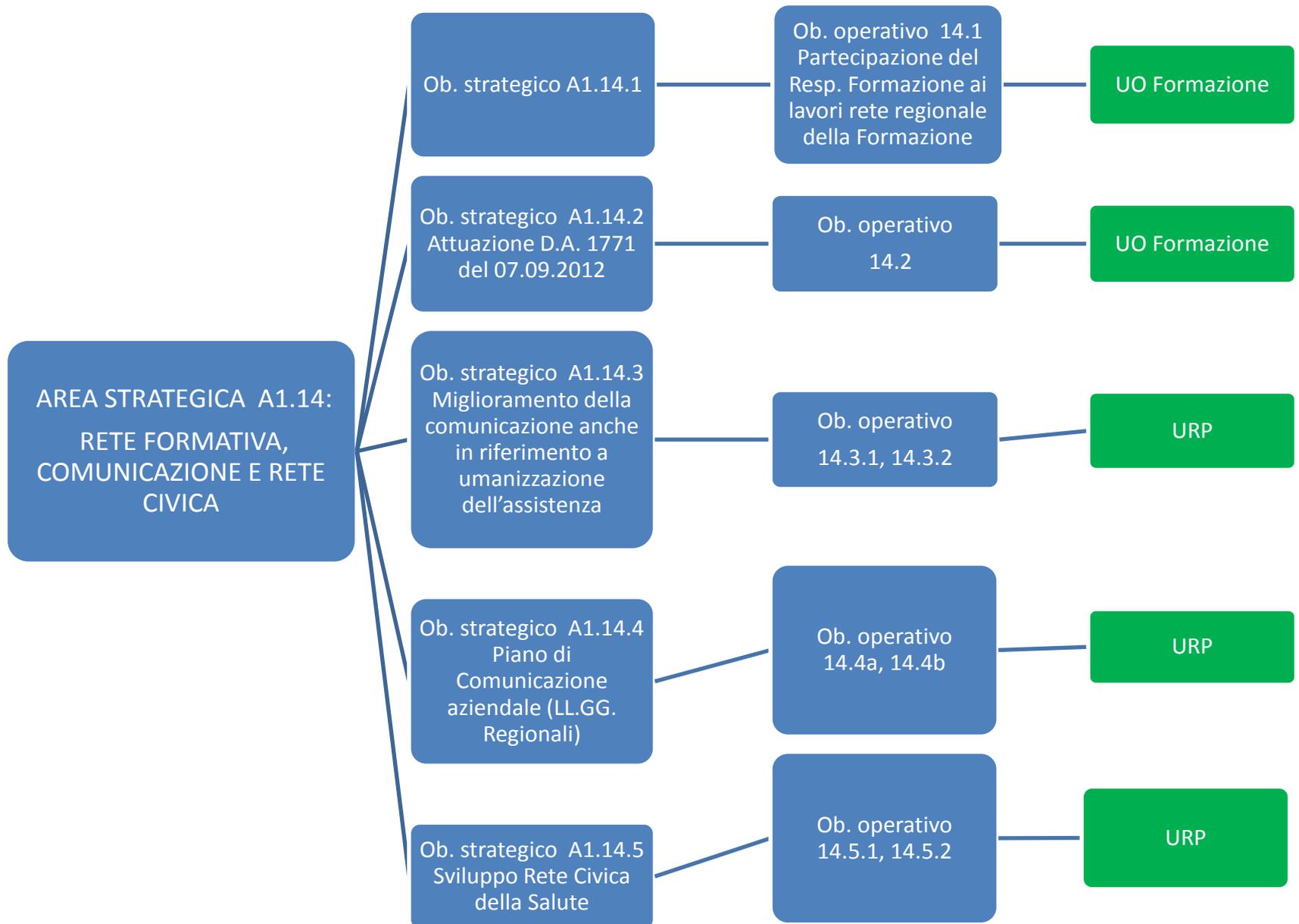


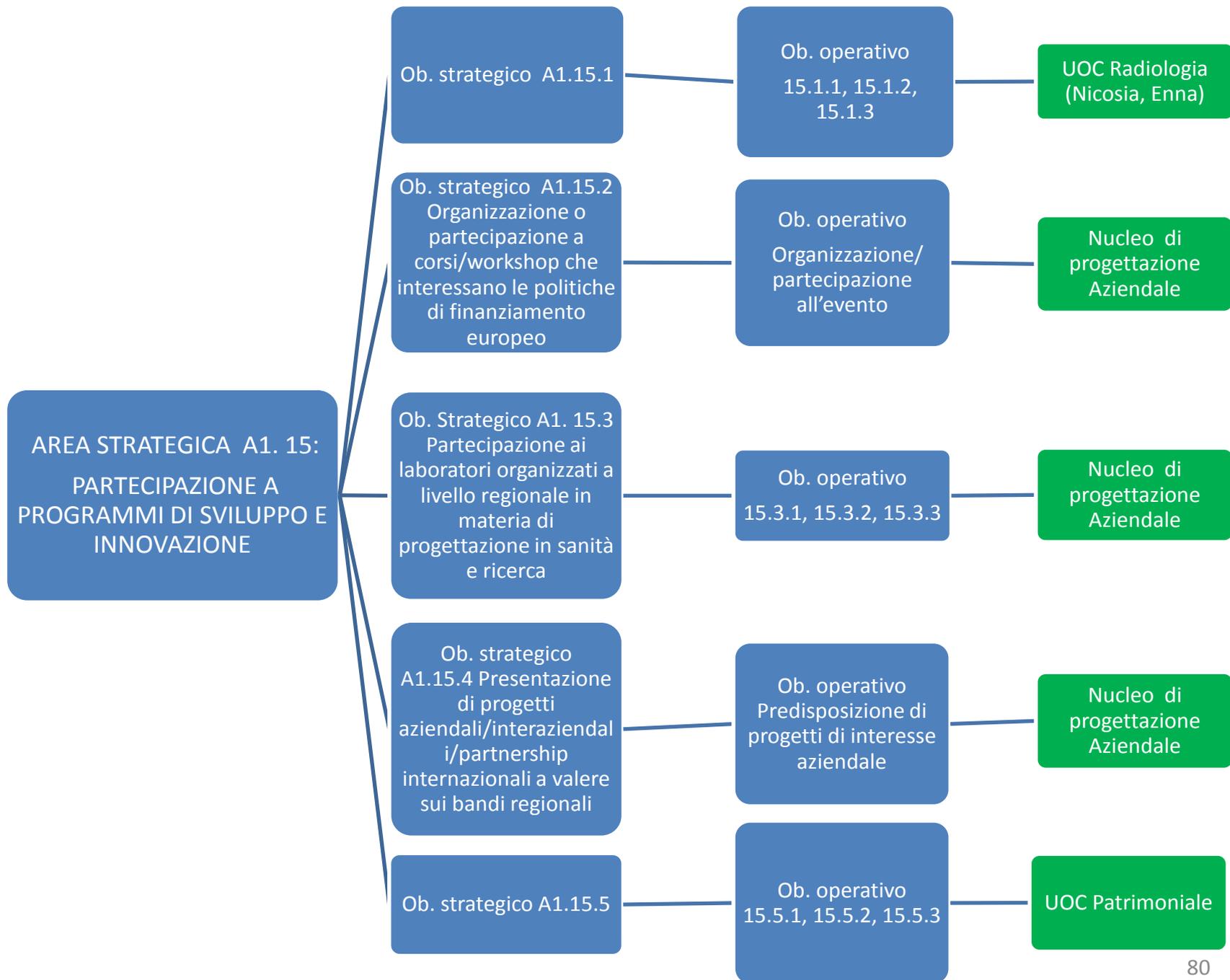












## 2.1 Tempestività intervento per frattura del femore (over 65)

Le linee guida internazionali raccomandano la tempestività dell'intervento chirurgico per frattura del collo del femore, al fine di ridurre il rischio di mortalità e di disabilità del paziente. Il raggiungimento dell'obiettivo sarà misurato dall'

**indicatore:** 'Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero/ numero totale di casi';

**valore obiettivo (V.O.):** 100%, a partire da un minimo del 40% (vd All. 1)

## 2.2 Riduzione incidenza parti cesarei su donne pre-cesarizzate

L'OMS ha evidenziato che una proporzione di cesarei > 15% non è giustificata e comporta un aumento del rischio per la donna e per il bambino; il cesareo andrebbe effettuato solo in presenza di indicazioni specifiche; al fine di migliorare l'appropriatezza nella clinica dell'assistenza al parto:

**indicatore:** 'parti cesarei di donne non pre-cesarizzate/totale parti (donne non pre-cesarizzate)';

**valore obiettivo:** ≤ 20%, a partire da un minimo pari al 28.9% (vd All. 1)

## 2.3 Tempestività esecuzione PTCA nei casi di IMA STEMI

La tempestività nell'attuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di IMA STEMI è cruciale per la sopravvivenza del paziente; al fine di un graduale adeguamento alle raccomandazioni delle linee guida internazionali si persegue l'obiettivo di effettuare la procedura entro 0-1 giorno dalla data del ricovero;

**indicatore:** 'PTCA entro 0-1 giorno/numero totale di IMA STEMI diagnosticati (pazienti residenti della provincia);

**valore obiettivo:** 100%, a partire da un minimo pari al 74,20% (vd All. 1)

## 2.4 Colectomia laparoscopica entro 3 giorni

La colectomia laparoscopica è oggi considerata il *gold standard* nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati, comportando una convalescenza più breve rispetto all'intervento a cielo aperto:

**indicatore:** 'n. ricoveri con intervento di colectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni/n. totale ricoveri con intervento di colectomia laparoscopica;

**valore obiettivo:** 100%, a partire da un minimo pari al 50% (All. 1)

*Gli obiettivi regionali sopra descritti, misurabili tramite indicatori di esito definiti a livello nazionale nell'ambito del **Programma Nazionale Esiti (PNE)**, sono stati inseriti fra gli obiettivi aziendali quali indicatori di performance e il loro raggiungimento direttamente collegato alla valutazione del management (vd schede di budget - All. 4)*

A2.  
ESITI

Ob. A2.1  
Frattura del femore

- UU.OO.CC. Ortopedia e Anestesia degli Stabilimenti Ospedalieri
- Dir. Sanitaria EN1 e EN2
- Dipartimenti di Chirurgia e dei Servizi

Ob. A2.2  
Parti cesarei

- UU.OO.CC .Ostetricia degli Stab. Ospedalieri
- Dir. Sanitaria EN1 e EN2
- Dipartimento di Chirurgia

Ob. A2.3  
Tempestività PTCA in IMA STEMI

- UU.OO.CC, Cardiologia 'Umberto I/ Chiello' e 'Basilotta'
- Dir. San. EN1 e EN2
- Dipartimento Medicina

Ob A2.4  
Colecistectomia laparoscopica

- UU.OO.CC. Chirurgia Generale dei 4 Presidi Ospedalieri
- Dir. Sanitaria EN1 e EN2
- Dipartimento Chirurgia

## A3 MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO

L'Obiettivo si sostanzia in azioni che richiedono una volontà di cambiamento organizzativo e gestionali, così da portare a regime nuove soluzioni su alcune aree prioritarie

### A3.1 Gestione autonoma nuovi flussi

L'Azienda è tenuta a sviluppare un documento programmatico di autosufficienza dei flussi regionali ex art. 79 (Pilastro personale dipendente, Pilastro personale convenzionato, Pilastro beni e servizi), che costituisce un nuovo debito informativo per la rendicontazione di dati di attività, gestiti quali complesso organizzato di processi concorrenti e non più come singolo processo aziendale.

**Indicatore:** piena attuazione delle azioni contenute nel progetto entro il 31.12.2015

### A3.2 Qualità strutture ospedaliere (prospettiva del cittadino)

La Regione ha aderito al progetto Agenas-Ministero della Salute 'La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino', con l'obiettivo di realizzare una valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero attraverso una checklist e secondo la metodologia previste.

**Indicatore:** realizzazione completa della prima valutazione come previsto dal progetto e produzione e attuazione di un piano di miglioramento

### A3.3 Incremento utilizzo Day Service

Il Day Service è un modello di erogazione delle prestazioni che consente di affrontare problemi clinici di tipo diagnostico e terapeutico in pazienti stabili che necessitano di prestazioni multiple integrate e/o complesse ma non richiedono sorveglianza medica/infermieristica prolungate. L'obiettivo tende a ridurre il ricorso al DH, laddove non appropriato, a favore del Day Service

**Indicatori:** riduzione dei DH (per valore obiettivo vd All. 1); incremento dei Day Service (vd All. 1)

### A3.4 Standard sicurezza punti nascita

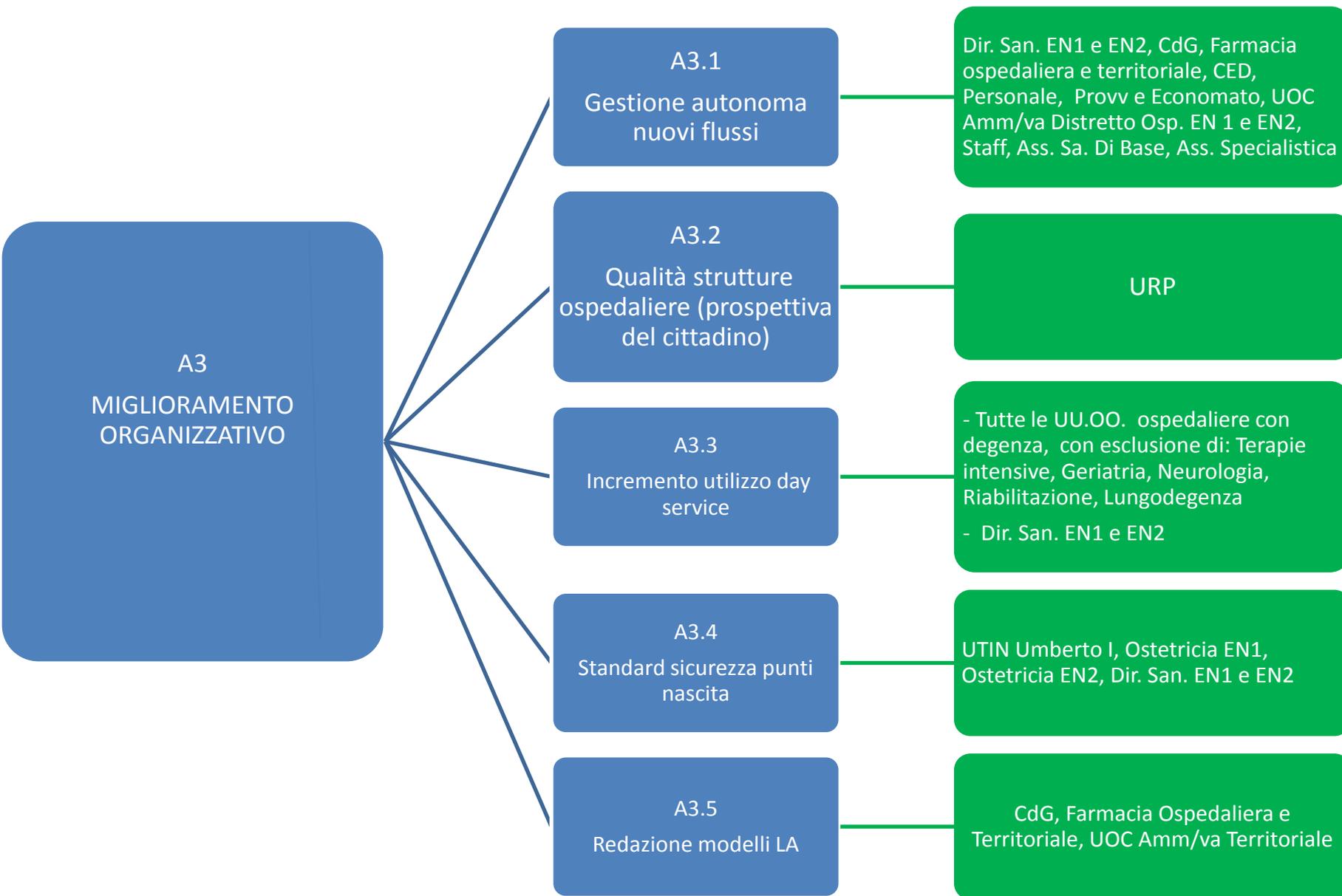
Al fine di garantire il livello di sicurezza dei punti nascita di 1° e di 2° livello (rispettivamente senza UTIN e con UTIN) sono stati previsti degli **indicatori** di monitoraggio dedicati:

*PN senza UTIN:* nati con età gestazionale <34settimane con ricovero per più di un giorno V.O. = 0; tasso trasferimento pretermine entro le prime 72 ore V.O. < 10%

*PN con UTIN:* formalizzazione di documento con criteri per ricovero in TIN e Patologia Neonatale + report di monitoraggio; % neonati dimessi da TIN (V.O. <10%)

### A3.5 Redazione modelli LA

L'obiettivo intende produrre un miglioramento della qualità della compilazione del modello LA. Il Mod. LA è un riepilogo di macrovoci economiche, oggetto di rilevazione, articolato nei vari livelli di assistenza nello stesso riportati; esso è alimentato da: 1) contabilità generale (Mod CE), 2) contabilità analitica mediante il conto economico gestionale, 3) flussi informativi interni ed ufficiali. E' richiesta la quadratura contabile con il Mod CE e con i flussi informativi inerenti i livelli di assistenza indicati nel modello LA. **Indicatore:** completezza della rilevazione (V.O. vd All. 1)



## **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**

Il presente Piano è stato redatto dalla Struttura Tecnica Permanente (STP), afferente all'U.O. C. Coordinamento Staff, con il contributo del Controllo di Gestione (CdG) e del Responsabile della Trasparenza. Il Controllo di Gestione e la STP hanno supportato la Direzione Strategica nella fase della negoziazione degli obiettivi di budget con i Responsabili delle UU.OO.CC.

### **7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio**

Secondo quanto previsto dall'art. 5, c. 1 e dall'art. 10, c. 1 lett. a del D.lgs 150/2009 la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio. Tale principio è di fondamentale importanza, in quanto un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti.

Il bilancio di previsione dell'Azienda per l'anno 2015 intende perseguire, pur in un contesto economico caratterizzato dal progressivo e fortissimo contrarsi delle risorse economiche a disposizione (L. 135/2012, Legge di Stabilità, L. Costituzionale n. 1/2012, nota assessoriale prot. 73226 del 24.09.2014), le attività e le azioni rientranti negli obiettivi previsti dalla programmazione sanitaria regionale (P.A.A.), cercando di garantire l'offerta consolidata, adempiendo nel contempo agli obblighi derivanti dalle disposizioni normative che fissano precisi standard di riferimento.

In sede di negoziazione degli obiettivi con l'Assessorato sono state contrattate anche le risorse economiche per l'anno 2014, sulla base delle quali è stato redatto il Bilancio Preventivo economico anno 2015, adottato con delibera n. 2284 del 30.12.2014; detto documento contabile mostra gli scostamenti dei dati rilevati a previsione per il 2015 rispetto ai dati anno 2014 (calcolato proiettando al 31.12.2014 il CE 3 trimestre 2014).

Il Documento prevede interventi specifici su alcuni aggregati di spesa in quanto solo ampliando il percorso di contenimento dei costi è possibile realizzare il pareggio di bilancio.

Tali interventi riguardano le seguenti principali voci:

- Beni e servizi
- Assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera
- Personale
- Fondi PO-FESR

## Beni e servizi

- efficienza della spesa per beni e servizi (centralizzazione degli acquisti attraverso l' adesione alle gare di bacino, gare consorziate);
- razionalizzazione della spesa attraverso il monitoraggio dei costi e il rispetto dei tetti di spesa per beni e servizi; si puntualizzano alcuni aspetti relativi ad alcune voci principali:
  - la spesa per i “ beni sanitari” mostra un incremento generato dall'incremento di farmaci inclusi nel PHT ex DA 003/2014 che nel 2014 ha inciso per 9 mesi e che, comunque, sta generando una diminuzione della spesa per farmaceutica convenzionata; per gli altri beni sanitari complessivamente si registra un valore pressoché uguale all'anno precedente;
  - per i “ beni non sanitari “ si prevede una decremento rispetto all'anno 2014 , poiché si prevede di realizzare una diminuzione dei corrispettivi e dei volumi;
  - per i “ servizi non sanitari” è prevista una diminuzione dei corrispettivi e dei volumi in ossequio a quanto previsto dal D. Lgs. 66/2014.

### Assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera

- rispetto delle risorse negoziate annualmente con l'Assessorato
- maggiore vigilanza/controllo delle prescrizioni e interventi correttivi;
- riorganizzazione dei processi interni e dei magazzini per un'ottimizzazione delle rimanenze di magazzino;
- per la spesa “farmaceutica convenzionata” è prevista una contrazione della stessa dovuta sia al monitoraggio effettuato dal Dipartimento del Farmaco sulle C.L.M. di farmaci previste nei D.A. 3107/2010 e 569/2013, sia alla distribuzione diretta dei farmaci del PHT.

### Personale

- governo del Personale volto al razionale e pieno utilizzo dello stesso al fine di rispettare i limiti dei tetti di spesa indicati dalle disposizioni normative in materia per il personale a tempo determinato ed a tempo indeterminato
- piano triennale delle assunzioni che tenga conto delle necessità aziendali per assicurare il mantenimento dei LEA, garantire la continuità assistenziale, completare il processo di stabilizzazione dei precari ex LSU già avviato nel 2014 e il potenziamento e l'attuazione delle azioni previste nel P.A.A. 2014/2015 cap. 1 ‘ Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro’
- rispetto dei tetti di spesa per il personale a tempo determinato e indeterminato previsti dalla normativa in materia

### Fondi PO-FESR

- pieno utilizzo dei Fondi Europei nella misura dei *target* di spesa annualmente assegnati all'Azienda

CONTO ECONOMICO			Importi: Euro			
SCHEMA DI BILANCIO <i>Decreto Interministeriale 20 marzo 2013</i>			Anno 2015	Anno 2014	VARIAZIONE 2014/2013	
					Importo	%
A)	<b>VALORE DELLA PRODUZIONE</b>					
	<b>1) Contributi in c/esercizio</b>		<b>307.333.814</b>	<b>320.137.861</b>	<b>12.804.047</b>	<b>-4,00%</b>
	a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale		306.531.908	319.231.863	12.699.955	-3,98%
	b) Contributi in c/esercizio - extra fondo		801.906	905.998	104.092	-11,49%
	1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati		801.906	905.998	104.092	-11,49%
	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		-	-	-	-
	<b>2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti</b>		<b>1.877.533</b>	<b>1.877.533</b>	<b>-</b>	<b>0,00%</b>
	<b>3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti</b>		<b>1.233.000</b>	<b>1.536.066</b>	<b>303.066</b>	<b>-19,73%</b>
	<b>4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria</b>		<b>34.734.387</b>	<b>34.741.204</b>	<b>6.817</b>	<b>-0,02%</b>
	a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche		29.440.036	29.440.381	-345	0,00%
	b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia		2.005.167	2.001.556	3.611	0,18%
	c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro		3.289.184	3.299.267	10.083	-0,31%
	<b>5) Concorsi, recuperi e rimborsi</b>		<b>2.343.710</b>	<b>2.381.095</b>	<b>37.385</b>	<b>-1,57%</b>
	<b>6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)</b>		<b>1.714.104</b>	<b>1.717.472</b>	<b>3.368</b>	<b>-0,20%</b>
	<b>7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio</b>		<b>4.828.000</b>	<b>5.126.007</b>	<b>298.007</b>	<b>-5,81%</b>

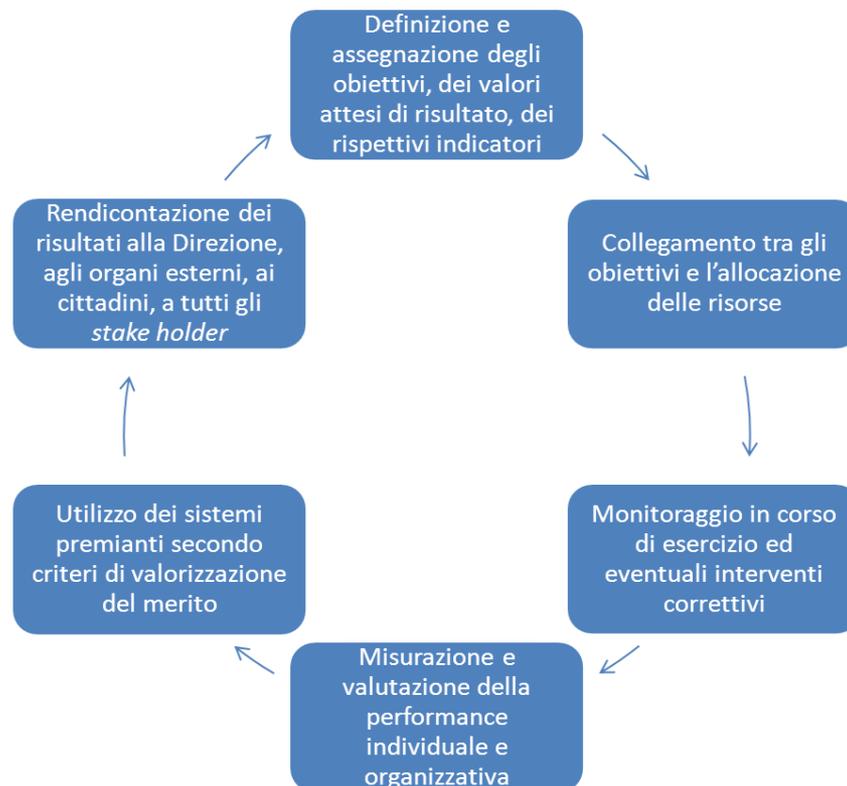
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-	-
9) Altri ricavi e proventi	350.475	351.381	906	-0,26%
<b>Totale A)</b>	<b>350.659.957</b>	<b>364.113.553</b>	<b>13.453.596</b>	<b>-3,69%</b>
<b>B) COSTI DELLA PRODUZIONE</b>				
<b>1) Acquisti di beni</b>	<b>27.239.284</b>	<b>26.168.687</b>	<b>1.070.597</b>	<b>4,09%</b>
a) Acquisti di beni sanitari	25.500.663	24.338.559	1.162.104	4,77%
b) Acquisti di beni non sanitari	1.738.621	1.830.128	91.507	-5,00%
<b>2) Acquisti di servizi sanitari</b>	<b>182.069.949</b>	<b>181.798.114</b>	<b>271.835</b>	<b>0,15%</b>
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	21.518.993	21.685.993	167.000	-0,77%
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	28.368.000	28.881.969	513.969	-1,78%
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	19.312.656	19.489.852	177.196	-0,91%
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	3.277.500	3.277.500	-	0,00%
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	5.077.862	5.077.862	-	0,00%
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	1.350.005	1.350.005	-	0,00%
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	79.466.304	79.466.304	-	0,00%
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	3.539.685	3.539.685	-	0,00%
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	7.828.000	7.673.000	155.000	2,02%
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	72.000	72.000	-	0,00%
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	733.856	733.856	-	0,00%
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	6.954.069	5.954.069	1.000.000	16,80%
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	1.543.468	1.543.468	-	0,00%
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	1.771.599	1.771.599	-	0,00%
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	505.267	505.267	-	0,00%
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	750.685	775.685	25.000	-3,22%
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	-	-	-	-

<b>3) Acquisti di servizi non sanitari</b>	<b>11.524.220</b>	<b>12.827.913</b>	<b>1.303.693</b>	<b>-10,16%</b>
a) Servizi non sanitari	11.294.159	12.597.852	-1.303.693	-10,35%
- b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	174.311	174.311	-	0,00%
- c) Formazione	55.750	55.750	-	0,00%
<b>4) Manutenzione e riparazione</b>	<b>3.224.892</b>	<b>3.224.892</b>	-	<b>0,00%</b>
<b>5) Godimento di beni di terzi</b>	<b>2.636.279</b>	<b>2.636.279</b>	-	<b>0,00%</b>
<b>6) Costi del personale</b>	<b>113.983.268</b>	<b>112.888.878</b>	<b>1.094.390</b>	<b>0,97%</b>
a) Personale dirigente medico	48.257.417	48.262.813	5.396	-0,01%
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	4.329.303	4.224.711	104.592	2,48%
c) Personale comparto ruolo sanitario	36.826.739	36.191.534	635.205	1,76%
d) Personale dirigente altri ruoli	2.321.776	2.229.889	91.887	4,12%
e) Personale comparto altri ruoli	22.248.033	21.979.931	268.102	1,22%
<b>7) Oneri diversi di gestione</b>	<b>1.899.311</b>	<b>1.899.311</b>	-	<b>0,00%</b>
<b>8) Ammortamenti</b>	<b>5.545.167</b>	<b>5.545.167</b>	-	<b>0,00%</b>
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	253.753	253.753	-	0,00%
b) Ammortamenti dei Fabbricati	3.033.259	3.033.259	-	0,00%
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	2.258.155	2.258.155	-	0,00%
<b>9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti</b>	-	-	-	-
<b>10) Variazione delle rimanenze</b>	-	<b>61.859</b>	<b>61.859</b>	<b>-100,00%</b>
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-	101.513	101.513	-100,00%
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	-	39.654	39.654	-100,00%
<b>11) Accantonamenti</b>	<b>4.253.348</b>	<b>5.528.799</b>	<b>1.275.451</b>	<b>-23,07%</b>
a) Accantonamenti per rischi	2.146.548	3.421.999	1.275.451	-37,27%
b) Accantonamenti per premio operosità	165.000	165.000	-	0,00%

c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	1.551.800	1.551.800
d) Altri accantonamenti	390.000	390.000
<b>Totale B)</b>	<b>352.375.718</b>	<b>352.456.181</b>
<b>DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)</b>	<b>-1.715.761</b>	<b>11.657.372</b>
<b>C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI</b>		
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	-	-
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	1.950.112	1.950.112
<b>Totale C)</b>	<b>-1.950.112</b>	<b>-1.950.112</b>
<b>D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE</b>		
1) Rivalutazioni	-	-
2) Svalutazioni	-	-
<b>Totale D)</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI</b>		
1) Proventi straordinari	-	683.400
a) Plusvalenze	-	-
b) Altri proventi straordinari	-	683.400
2) Oneri straordinari	-	1.762.703
a) Minusvalenze	-	-
b) Altri oneri straordinari	-	1.762.703
<b>Totale E)</b>	<b>-</b>	<b>-1.079.303</b>
<b>RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)</b>	<b>-3.665.873</b>	<b>8.627.957</b>
<b>Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO</b>		
1) IRAP	8.447.754	8.250.134
a) IRAP relativa a personale dipendente	7.606.173	7.408.553
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	712.565	712.565
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intraoemia)	129.016	129.016
d) IRAP relativa ad attività commerciali	-	-
2) IRES	242.000	242.000
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	-	-
<b>Totale Y)</b>	<b>8.689.754</b>	<b>8.492.134</b>
<b>UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO</b>	<b>-12.355.627</b>	<b>135.823</b>

### 7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di Gestione della *Performance*

Si rappresenta schematicamente il ciclo della *performance*:



Il Ciclo di gestione della *performance* prevede l'integrazione di:

- flussi informativi
- linee di indirizzo regionali e ministeriali,
- esigenze legate al contesto locale.

Di conseguenza l'implementazione del sistema della *performance* potrà richiedere, come già detto, l'aggiornamento delle strategie e degli obiettivi descritti e una revisione in corso d'opera del Piano. L'adozione da parte della Regione del progetto di rimodulazione della rete ospedaliera e territoriale (D.A. 14.01.2015) verosimilmente costituirà un elemento di criticità che l'Azienda dovrà affrontare, che potrebbe però tradursi in un'opportunità, configurando con forza il Piano come uno strumento duttile, che puntualmente richiede all'Azienda una riflessione anche formale sulla propria organizzazione e sui propri processi, nell'ottica di una tensione continua al miglioramento e di una rendicontazione puntuale e trasparente a tutti i portatori di interesse.

Un'ulteriore azione di miglioramento che si intende avviare consiste nell'implementazione dei percorsi finalizzati al miglioramento del benessere organizzativo, così come previsto dal D.Lgs 150/09, secondo le modalità indicate dall'OIV.

Il disallineamento fra i tempi della programmazione finanziaria e di bilancio e i tempi del ciclo della *performance* rimane al momento un elemento di criticità del sistema.

## **8. Integrazione del Piano della *Performance* con il Piano della Trasparenza e Anticorruzione**

L'ANAC (Autorità Nazionale AntiCorruzione, subentrata alla CIVIT ) ha sottolineato la necessità di integrazione del ciclo della *performance* con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della corruzione.

La Trasparenza, secondo la vigente disciplina normativa, è oggi intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche Amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche (D.Lgs 150/09 art.11).

La Trasparenza si inserisce nell'ottica del “miglioramento continuo” dei servizi pubblici, connaturato al ciclo della *performance* e che si sviluppa anche grazie al necessario apporto partecipativo degli *stakeholder*.

Con il Programma triennale per la Trasparenza, già aggiornato per il 2015 e pubblicato sul sito aziendale, l'ASP definisce le azioni, anche di miglioramento, che consentono di fornire, principalmente ai Cittadini, ma anche agli altri *stakeholder* aziendali, gli strumenti volti ad un controllo sulla *performance* ed alla conoscenza dei servizi che si possono ottenere, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative e delle modalità di erogazione.

Il programma suddetto fa parte integrante del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e dell'Integrità (L. 190/2012).

Il Programma aziendale per la Trasparenza, nel recepire le vigenti previsioni normative in materia, rende note le iniziative che l'ASP intende intraprendere, garantendo l'accessibilità alle notizie ed informazioni utili a consentire la partecipazione dei cittadini ad ogni fase del ciclo di gestione delle *performance* aziendali, rendendo pienamente trasparente l'attività amministrativa onde promuovere ed affermare i principi di integrità e legalità. A tale fine l'Azienda curerà la pubblicazione sul sito istituzionale del presente Piano.

La Trasparenza viene, infatti, perseguita anche attraverso la pubblicazione di specifiche tipologie di dati sul sito web aziendale, onde consentire la conoscenza e la fruizione di tutti i documenti collegati all'azione amministrativa pur nel rispetto dei principi in materia di *privacy*. Per il 2015, inoltre, si prevede di implementare la conoscenza tra i cittadini dell'istituto dell'accesso civico, già definito con procedura specifica nel 2014.

La disciplina di riferimento per la pubblicazione delle informazioni della Pubblica Amministrazione è il Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”.

Anche per il 2015 si prevede di organizzare, così come nel 2014, una Giornata della Trasparenza, nel corso della quale verranno illustrati agli *stakeholder* i risultati raggiunti dall'Azienda nel 2014; l'evento si inserisce fra le azioni finalizzate alla rendicontazione ai cittadini dei risultati raggiunti.