

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
ENNA



PIANO DELLA PERFORMANCE
2018-2020

1. Presentazione

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

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

Nelle more dell'adozione delle linee guida di determinazione degli obiettivi generali di cui all'art. 5 c.1 del D.Lgs 74/2017, questa Amministrazione programma e definisce i propri obiettivi in continuità con gli obiettivi contenuti del Piano della Performance 2017-19, tenendo conto anche dei risultati conseguiti nel 2017 (D. Lgs 74/2017 art. 4 c.2), come preventivamente e provvisoriamente accertati nell'attività di verifica intermedia del CdG.

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

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

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

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

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Giovanna Fidelio

INDICE

1. Presentazione	1
Indice	2
2. Sintesi delle informazioni di interesse per il cittadino e gli <i>stakeholder</i> esterni	3
2.1 Chi siamo	3
2.2 Cosa facciamo	4
2.3 Come operiamo	4
3. Identità	5
3.1 L'amministrazione 'in cifre'	5
3.2 Mandato istituzionale e missione	12
3.3 Albero della performance	12
4. Analisi del contesto	14
4.1 Analisi del contesto esterno	14
4.2 Analisi del contesto interno	18
5. Gli obiettivi strategici	22
6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	29
6.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale	36
7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione delle <i>performance</i>	36
7.1 Fasi soggetti e tempi del processo di redazione del Piano	36
7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	38
7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di Gestione della Performance	38
8. Integrazione del Piano della performance con il Piano Triennale Prevenzione Corruzione Trasparenza (PTPCT)	39

Allegati

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

All. 2: Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi 2016 -17

All. 3: P.A.A. – schede di sintesi

All. 4: Analisi SWOT

Premessa

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

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

2.1 Chi siamo

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

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

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



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

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

Il territorio aziendale è suddiviso in 4 Distretti Sanitari:

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

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

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



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

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

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

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

2.2 Cosa facciamo

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

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

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

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

2.3 Come operiamo

L'Azienda persegue le sue finalità attraverso le proprie articolazioni operative, come definite nel nuovo Atto Aziendale e nel Regolamento di organizzazione e funzionamento. Il modello operativo fondamentale è il Dipartimento con le sue articolazioni (unità operative complesse e semplici). Al

Dipartimento si affiancano le Unità operative complesse e semplici dei Distretti Ospedalieri e dell'ambito territoriale, nonché le Unità operative che direttamente fanno capo alla Direzione Aziendale. Per una dettagliata descrizione dell'organizzazione e del funzionamento aziendali si rimanda agli allegati dell'Atto Aziendale e al Regolamento sopra citato.

Accanto alle diverse articolazioni organizzative l'Atto Aziendale individua le competenze attribuite ai Direttori di Dipartimento ed agli altri Direttori di struttura complessa. I dirigenti esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti d'indirizzo e programmazione annuale delle attività nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget concordati; sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati. L'assetto organizzativo di tipo dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda.

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

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

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

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

3. Identità

3.1 L'amministrazione 'in cifre'

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

Articolazioni organizzative:

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

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

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

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

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

3. L'Atto Aziendale individua i seguenti Dipartimenti

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

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

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

Regime	Struttura	Mod. HSP 12 (PL strutturali)	
		PL ordinari	PL DH
Acuti	P.O. Umberto I	228	27
	P.O. Chiello	53	17
	P.O. Basilotta	63	10
	P.O. F.B.C.	32	2
Totale Posti letto per acuti		376	56
Lungodegenza	S.O. Basilotta	4	
Riabilitazione post acuzie	S.O. F.B.C.	12	
Totale posti letto effettivi		392	56

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

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

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

Relativamente all' Assistenza sanitaria di base, l'Azienda opera mediante 144 **Medici di medicina generale**, che assistono complessivamente una popolazione pari a 148.027 unità, e 24 **Pediatrini di libera scelta**, che assistono complessivamente una popolazione pari a 16.465 unità (dato al 31.12.2017).



Le risorse umane

Le risorse umane aziendali sono di seguito rappresentate, ripartite per ruolo; il dato, aggiornato al 30/09/2017, è espresso come FTE (Full Time Equivalent – teste pesate), così da ricomprendere oltre che il personale di ruolo a tempo indeterminato anche i rapporti a tempo determinato. Nella sezione 4.2 - Analisi del contesto interno – sono riportati in grafici e tabelle ulteriori dati relativi al personale dipendente-

Risorse Umane – Distribuzione per ruolo (Dati al 30/09/2017)	
RUOLO	
S-Sanitario	1.248
A-Amministrativo	255
T-Tecnico	383
P-Professionale	11
D-Direzione	3
TOTALE	1.900

Le risorse economico-finanziarie

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

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

CONTO ECONOMICO			Importi: Euro		
SCHEMA DI BILANCIO Decreto Interministeriale 20 marzo 2013		Anno 2018	Anno 2017	VARIAZIONE 2018/2017	
				Importo	%
A) VALORE DELLA PRODUZIONE					
1) Contributi in c/esercizio		320.707.373	319.703.795	1.003.578	0,3%
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale		318.399.198	317.357.746	1.041.452	0,3%
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo		2.308.175	2.346.049	-37.874	-1,6%
1) Contributi da Regione o Prov. Aut (extra fondo) - vincolati		2.308.175	2.308.175	-	0,0%
2) Contributi da Regione o Prov. Aut (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA		-	-	-	-
3) Contributi da Regione o Prov. Aut (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA		-	-	-	-
4) Contributi da Regione o Prov. Aut (extra fondo) - altro		-	-	-	-
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)		-	25.874	-25.874	-100,0%
6) Contributi da altri soggetti pubblici		-	12.000	-12.000	-100,0%
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca		-	-	-	-
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente		-	-	-	-
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata		-	-	-	-
3) da Regione e altri soggetti pubblici		-	-	-	-
4) da privati		-	-	-	-
d) Contributi in c/esercizio - da privati		-	-	-	-
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti		-	-1.804.930	1.804.930	-100,0%
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti		10.000	994.937	-984.937	-99,0%
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria		35.873.576	35.872.076	1.500	0,0%
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche		30.806.749	30.806.249	500	0,0%
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia		1.692.532	1.692.032	500	0,0%
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro		3.374.295	3.373.795	500	0,0%
5) Concorsi, recuperi e rimborsi		2.985.506	2.706.889	278.617	10,3%
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)		1.565.165	1.565.665	-500	0,0%
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio		3.957.090	4.224.271	-267.181	-6,3%
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni		-	-	-	-
9) Altri ricavi e proventi		145.386	154.261	-8.875	-5,8%
Totale A)		365.244.096	363.416.964	1.827.132	0,5%

B) COSTI DELLA PRODUZIONE				
1) Acquisti di beni	28.726.862	27.513.908	1.212.954	4,4%
a) Acquisti di beni sanitari	28.122.070	26.909.616	1.212.454	4,5%
b) Acquisti di beni non sanitari	604.792	604.292	500	0,1%
2) Acquisti di servizi sanitari	186.268.964	185.588.410	680.554	0,4%
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	21.547.109	21.576.023	-28.914	-0,1%
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	23.583.000	23.889.570	-306.570	-1,3%
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	20.193.513	20.461.519	-268.006	-1,3%
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	3.174.500	3.178.000	-3.500	-0,1%
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	3.066.963	3.066.463	500	0,0%
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	3.851.000	3.850.000	1.000	0,0%
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	74.729.000	74.131.000	598.000	0,8%
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	4.859.500	4.098.242	761.258	18,6%
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	13.053.000	13.053.000	-	0,0%
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	40.000	39.000	1.000	2,6%
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	731.581	732.581	-1.000	-0,1%
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	8.252.692	8.263.019	-10.327	-0,1%
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	1.208.135	1.208.635	-500	0,0%
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	3.371.756	3.371.756	-	0,0%
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	596.354	643.933	-47.579	-7,4%
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	4.010.861	4.025.669	-14.808	-0,4%
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	-	-	-	-
3) Acquisti di servizi non sanitari	13.870.698	13.904.933	-34.235	-0,2%
a) Servizi non sanitari	13.612.923	13.682.307	-69.384	-0,5%
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	132.775	132.775	-	0,0%
c) Formazione	125.000	89.851	35.149	39,1%
4) Manutenzione e riparazione	3.603.071	3.602.571	500	0,0%
5) Godimento di beni di terzi	1.449.747	1.445.747	4.000	0,3%
6) Costi del personale	108.930.084	108.929.084	1.000	0,0%
a) Personale dirigente medico	47.209.346	47.208.846	500	0,0%
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	3.955.473	3.955.473	-	0,0%
c) Personale comparto ruolo sanitario	35.402.562	35.402.062	500	0,0%
d) Personale dirigente altri ruoli	1.881.344	1.881.344	-	0,0%
e) Personale comparto altri ruoli	20.481.359	20.481.359	-	0,0%
7) Oneri diversi di gestione	2.105.862	2.084.731	21.131	1,0%
8) Ammortamenti	5.457.683	5.800.850	-343.167	-5,9%
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	210.602	254.665	-44.063	-17,3%
b) Ammortamenti dei Fabbricati	3.068.758	3.068.758	-	0,0%
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	2.178.323	2.477.427	-299.104	-12,1%
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-	-	-
10) Variazione delle rimanenze	-	-692.835	692.835	-100,0%
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-	-661.782	661.782	-100,0%
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	-	-31.053	31.053	-100,0%
11) Accantonamenti	5.430.068	5.838.688	-408.620	-7,0%
a) Accantonamenti per rischi	4.853.315	4.852.815	500	0,0%
b) Accantonamenti per premio operosità	170.500	170.000	500	0,3%
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	10.000	263.524	-253.524	-96,2%
d) Altri accantonamenti	396.253	552.349	-156.096	-28,3%
Totale B)	355.843.039	354.016.087	1.826.952	0,5%
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	9.401.057	9.400.877	180	0,0%

C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI				
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	-	-	-	-
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	1.266.469	1.267.469	-1.000	-0,1%
Totale C)	-1.266.469	-1.267.469	1.000	-0,1%
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE				
1) Rivalutazioni	-	-	-	-
2) Svalutazioni	-	-	-	-
Totale D)	-	-	-	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI				
1) Proventi straordinari	-	378.075	-378.075	-100,0%
a) Plusvalenze	-	-	-	-
b) Altri proventi straordinari	-	378.075	-378.075	-100,0%
2) Oneri straordinari	-	1.307.184	-1.307.184	-100,0%
a) Minusvalenze	-	-	-	-
b) Altri oneri straordinari	-	1.307.184	-1.307.184	-100,0%
Totale E)	-	-929.109	929.109	-100,0%
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	8.134.588	7.204.299	930.289	12,9%
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO				
1) IRAP	7.908.588	7.923.274	-14.686	-0,2%
a) IRAP relativa a personale dipendente	7.096.435	7.096.435	-	0,0%
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	719.632	734.318	-14.686	-2,0%
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	92.521	92.521	-	0,0%
d) IRAP relativa ad attività commerciali	-	-	-	-
2) IRES	226.000	226.000	-	0,0%
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	-	-
Totale Y)	8.134.588	8.149.274	-14.686	-0,2%
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	-	-944.975	944.975	-100,0%

Enna 19/12/2017

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

Il Direttore Amministrativo
Dr. Maurizio Lanza

Il Direttore Generale
Dr. Giovanna Fidelio

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.

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

Al centro della missione aziendale sono:

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

3.3 Albero della performance

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

Le linee programmatiche nazionali e regionali sono declinate dall'Assessorato Regionale della Salute in obiettivi assegnati alla Direzione strategica, rispetto ai quali è valutata la relativa attività manageriale.

Tali obiettivi sono successivamente tradotti in obiettivi operativi, assegnati ai centri di responsabilità identificati con le posizioni dirigenziali aventi autonomia gestionale e organizzativa.

L'Assessorato Regionale della Salute nell'Aprile 2016 ha definito gli Obiettivi di salute e di funzionamento delle Aziende Sanitarie Siciliane per gli anni 2016 e 2017. In data 15/01/2018 presso la Sala Convegni del Presidio Ospedaliero "Umberto I" la Direzione Aziendale ha illustrato ai Dirigenti Sanitari di Struttura Complessa e/o Semplice le risultanze dell'attività del 2017 in merito ai suddetti obiettivi e li ha confermati anche per il 2018 - laddove i target di riferimento presentavano parametri di misurazione ritenuti validi anche per l'anno in corso - nelle more di ricevere indicazioni da parte dell'Assessorato Regionale.

Nel presente albero della performance sono pertanto riportati gli obiettivi riportati nel Piano della performance 2017-19; nell'Allegato 2 al presente Piano si riportano in tabella gli Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, come definiti nel Sistema obiettivi 2016-17 e successive modificazioni e integrazioni; l'Allegato 3 è costituito dalle schede di sintesi del Piano Attuativo Aziendale 2017, che riportano obiettivi, indicatori, valori attesi di risultato e, inoltre, i valori a consuntivo come illustrati dalla Direzione nel gennaio 2018 al fine di evidenziare le criticità emerse e orientare l'organizzazione e i comportamenti all'interno dell'Azienda verso una migliore performance

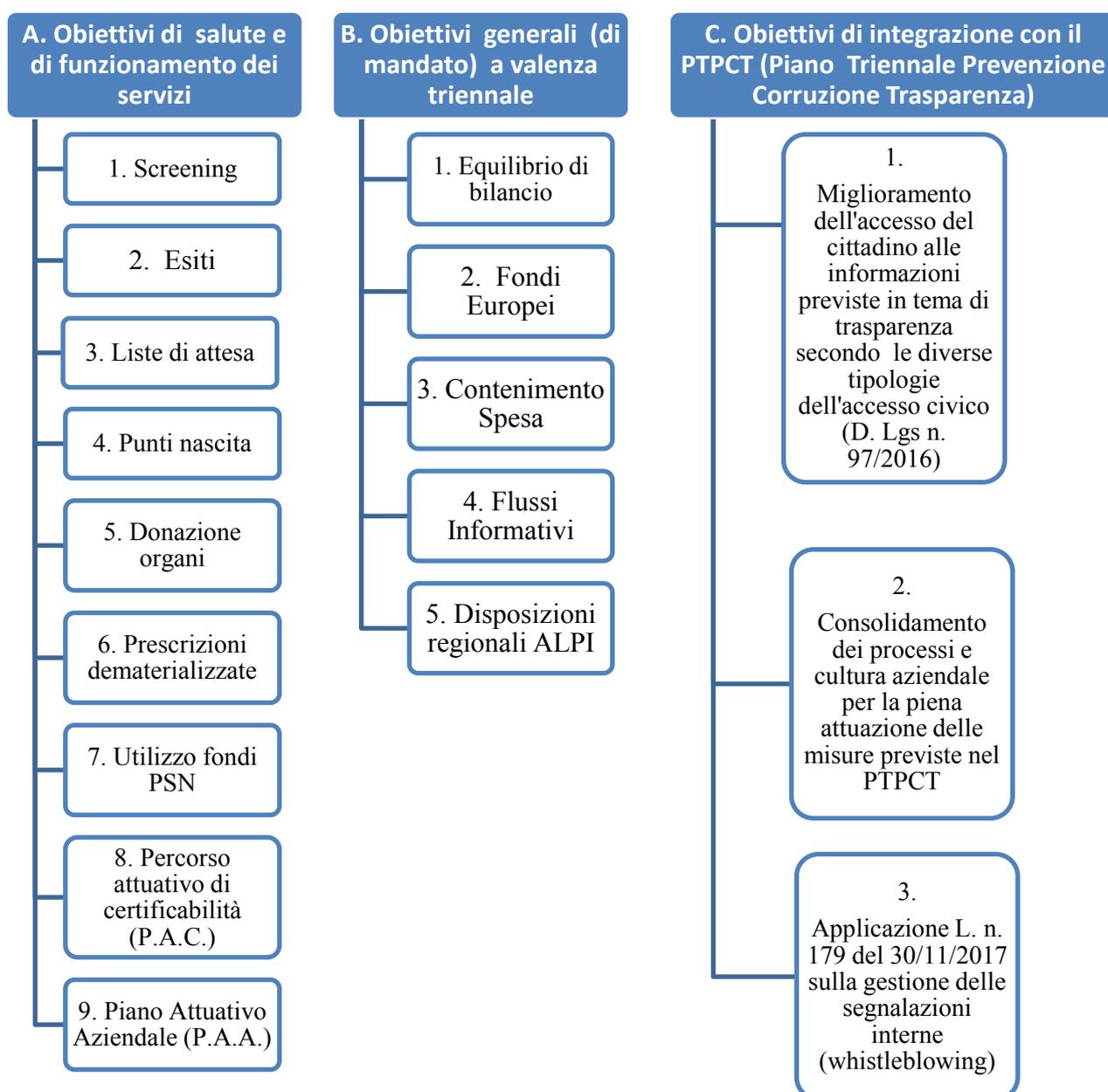
Tavola 1

L'albero della performance:

il collegamento fra *mission* e aree/obiettivi strategici

MISSION

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



4. Analisi del contesto

4.1 Analisi del contesto esterno

L'ASP di Enna opera su tutto il territorio della provincia di Enna e comprende, inoltre, il Comune di Capizzi (ME), per un'estensione territoriale complessiva di 2.632,17 Km² e una popolazione residente al 31.12.2016 di 171.189 abitanti (provincia di Enna: 168.052 abitanti (-1,02% rispetto al 2015); comune di Capizzi: 3.137 abitanti) (dati ISTAT).

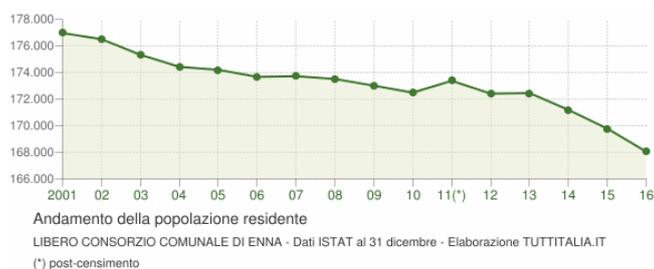


Libero Consorzio Comunale di Enna	
Popolazione	168.052 abitanti (01/01/2017 - ISTAT)
Densità	65,27 ab./km ²
Superficie	2.574,70 km ²
CAP	94010 - 94100
Prefissi	0934 - 0935
Capoluogo	Enna (27.586 abitanti)

Di seguito, in tabella, sono riportati i comuni che fanno parte della provincia di Enna e i dati relativi a popolazione residente e densità, aggiornati al 01/01/2017 (ISTAT)

Comune	Residenti	Superficie (km ²)	Densità (abitanti/km ²)	Comune	Residenti	Superficie (km ²)	Densità (abitanti/km ²)
1. ENNA	27.586	358,75	77	11. Centuripe	5.416	174,20	31
2. Piazza Armerina	21.782	304,54	72	12. Assoro	5.135	112,15	46
3. Nicosia	13.762	218,51	63	13. Villarosa	4.866	54,89	89
4. Leonforte	13.305	84,39	158	14. Aidone	4.852	210,78	23
5. Barrafranca	13.212	53,71	246	15. Catenanuova	4.798	11,22	427
6. Troina	9.310	168,28	55	16. Calascibetta	4.493	89,12	50
7. Agira	8.301	164,08	51	17. Gagliano C.to	3.554	56,24	63
8. Valguarnera C.	7.774	9,41	826	18. Nissoria	2.992	61,83	48
9. Regalbuto	7.233	170,29	42	19. Cerami	1.979	95,05	21
10. Pietraperzia	6.919	118,11	59	20. Sperlinga	783	59,14	13

Nella provincia di Enna si è registrato nel 2016 un calo della popolazione residente (dato al 31 Dicembre) rispetto al 2015 :



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

Età	Totale	Celibi /Nubili	Coniugati/e	Vedovi/e	Divorziati/e	Maschi		Femmine	
							%		%
0-4	6.206	6.206	0	0	0	3.172	51,1%	3.034	48,9%
5-9	7.445	7.445	0	0	0	3.811	51,2%	3.634	48,8%
10-14	8.118	8.118	0	0	0	4.191	51,6%	3.927	48,4%
15-19	9.224	9.215	9	0	0	4.730	51,3%	4.494	48,7%
20-24	10.187	9.830	350	1	6	5.309	52,1%	4.878	47,9%
25-29	10.486	8.526	1.937	3	20	5.349	51,0%	5.137	49,0%
30-34	9.962	5.446	4.443	10	63	5.013	50,3%	4.949	49,7%
35-39	10.027	3.277	6.553	36	161	4.974	49,6%	5.053	50,4%
40-44	11.503	2.593	8.540	74	296	5.635	49,0%	5.868	51,0%
45-49	12.584	1.936	10.121	164	363	6.131	48,7%	6.453	51,3%
50-54	12.558	1.633	10.267	317	341	6.158	49,0%	6.400	51,0%
55-59	11.612	1.223	9.582	517	290	5.421	46,7%	6.191	53,3%
60-64	10.684	1.037	8.597	794	256	5.024	47,0%	5.660	53,0%
65-69	10.401	826	8.079	1.299	197	4.850	46,6%	5.551	53,4%
70-74	7.263	523	5.174	1.478	88	3.297	45,4%	3.966	54,6%
75-79	7.933	544	4.892	2.414	83	3.472	43,8%	4.461	56,2%
80-84	6.072	445	2.946	2.630	51	2.540	41,8%	3.532	58,2%
85-89	3.964	300	1.347	2.284	33	1.489	37,6%	2.475	62,4%
90-94	1.502	128	299	1.048	27	495	33,0%	1.007	67,0%
95-99	280	26	24	229	1	70	25,0%	210	75,0%
100+	41	3	3	35	0	15	36,6%	26	63,4%
Totale	168.052	69.280	83.163	13.333	2.276	81.146	48,3%	86.906	51,7%

Tab. 1 . Distribuzione della popolazione 2016 – libero consorzio comunale di Enna (ISTAT)



Struttura per età della popolazione (valori %)

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

Fig. 1 Struttura della popolazione dal 2002 al 2017 nella provincia di Enna. L'analisi della struttura per età di una popolazione considera tre fasce di età: **giovani** 0-14 anni, **adulti** 15-64 anni e **anziani** 65 anni ed oltre. In base alle diverse proporzioni fra tali fasce di età, la struttura di una popolazione viene definita di tipo *progressiva*, *stazionaria* o *regressiva* a seconda che la popolazione giovane sia maggiore, equivalente o minore di quella anziana. Lo studio di tali rapporti è importante per valutare alcuni impatti sul sistema sociale, ad esempio sul sistema lavorativo o su quello sanitario

Anno	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di ricambio della popolazione attiva	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico 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	7,4	11,4
2015	157,1	53,8	111,0	113,9	24,7	7,5	11,6
2016	163,3	53,9	113,9	115,9	24,7	7,1	11,3
2017	172,1	54,4	115,8	118,2	25,0	-	-

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

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



Struttura per età della popolazione (valori %)

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

Fig. 2 Struttura della popolazione dal 2002 al 2017 nel comune di Capizzi.

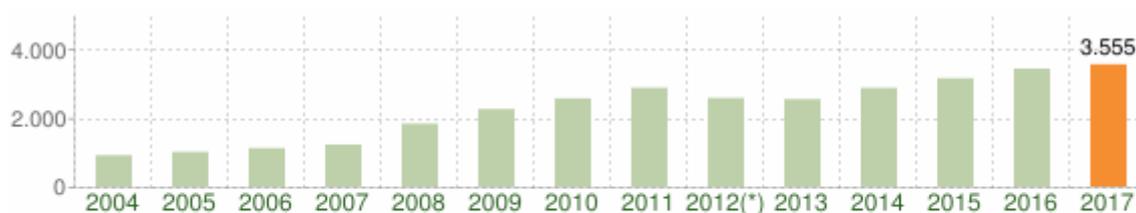
Anno	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di ricambio della popolazione attiva	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico di figli per donna feconda	Indice di natalità (x 1.000 ab.)	Indice di mortalità (x 1.000 ab.)
	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1 gen-31 dic	1 gen-31 dic
2002	109,4	59,9	75,1	68,8	24,7	10,2	9,6
2003	111,4	61,1	70,8	70,6	25,1	12,6	12,6
2004	110,3	60,2	71,6	73,8	23,9	10,4	13,0
2005	110,0	59,0	67,3	78,1	25,1	10,7	11,3
2006	109,9	58,3	66,8	79,3	25,8	11,1	10,5
2007	111,6	58,2	66,5	81,5	25,9	11,0	11,9
2008	110,8	58,0	62,2	84,9	26,3	13,1	11,3
2009	112,0	56,7	62,1	87,8	27,2	12,6	12,0
2010	111,9	56,5	71,0	92,8	26,5	11,8	10,3
2011	110,5	56,8	80,8	97,6	26,0	7,1	8,0
2012	114,4	56,7	83,3	102,2	25,9	10,2	9,0
2013	117,1	55,7	88,0	105,5	26,6	10,6	14,3
2014	116,6	55,8	91,3	110,8	25,5	11,7	12,9
2015	118,7	56,2	89,0	114,7	25,8	6,9	13,1
2016	127,5	56,0	80,5	116,1	27,8	6,3	9,2
2017	131,6	56,3	80,0	119,3	28,0	-	-

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

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

Stranieri Comune	Stranieri Comune	Stranieri Comune
885	158	60
Enna	Troina	Assoro
652	101	53
Piazza Armerina	Centuripe	Pietraperzia
264	104	46
Regalbuto	Valguarnera	Gagliano Castelferrato
219	237	30
Nicosia	Aidone	Nissoria
174	109	23
Leonforte	Villarosa	Cerami
167	85	14
Barrafranca	Calscibetta	Sperlinga
103	71	10
Catananuova	Agira	Capizzi

Tab. 4 Distribuzione della popolazione straniera residente dei comuni dell'ASP (Dato ISTAT 01.01.2017)



Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2017

LIBERO CONSORZIO COMUNALE DI ENNA - Dati ISTAT 1° gennaio 2017 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

Fig. 3 Popolazione straniera residente nella provincia di Enna al 1° gennaio 2017..



Fig. 4 Popolazione straniera residente nel comune di Capizzi al 1° gennaio 2017.

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

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

Nel giugno 2017 l'Azienda, sulla base di quanto previsto dalle normative nazionali e regionali (D.M. n. 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", D.A. n. 1380/2015 "Approvazione linee di indirizzo regionali per la rideterminazione delle dotazioni organiche delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale", D.A. n. 629/2017 "Riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2017") ha adottato il nuovo Atto Aziendale, avviandone il processo di attuazione, che proseguirà nel corso del 2018.

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

4.2 Analisi del contesto interno

L'Atto Aziendale approvato con del. 429 del 01/06/2017, come sopra riportato, ha ridefinito l'assetto organizzativo e funzionale dell'Azienda, come rappresentato nell'Allegato 1 "Organigramma delle strutture organizzative", allegato al presente Piano e parte dell'Atto Aziendale. I conseguenti atti amministrativi adottati dall'Azienda o da adottare sono finalizzati a dare concreta e completa attuazione a quanto previsto in termini di dotazione organica e di organizzazione dei servizi.

L'Azienda si è trovata ad affrontare - e a tutt'oggi - le criticità relative al deficit di capitale umano (blocco del turnover, ricorso a personale a tempo determinato) e sebbene i livelli di assistenza siano garantiti, tuttavia il fattore critico relativo alle risorse umane influenza in maniera significativa i livelli quantitativi delle prestazioni erogate.

Nell'ambito dell'attività di programmazione e controllo di gestione l'Azienda sta sviluppando un modello di analisi per monitorare lo "stato di salute finanziaria". Il modello si baserà su significativi indici di

bilancio e analisi dei flussi di cassa (Rendiconto finanziario). Le due analisi sintetizzeranno degli indici di *Rating Aziendali*, basati su *benchmark* di riferimento, che posizioneranno l'Azienda su una scala di misurazione dello stato di salute finanziaria.

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

Risorse Umane – Distribuzione per ruolo (Dati al 30/09/2017)	
RUOLO	
S-Sanitario	1.248
A-Amministrativo	255
T-Tecnico	383
P-Professionale	11
D-Direzione	3
TOTALE	1.900

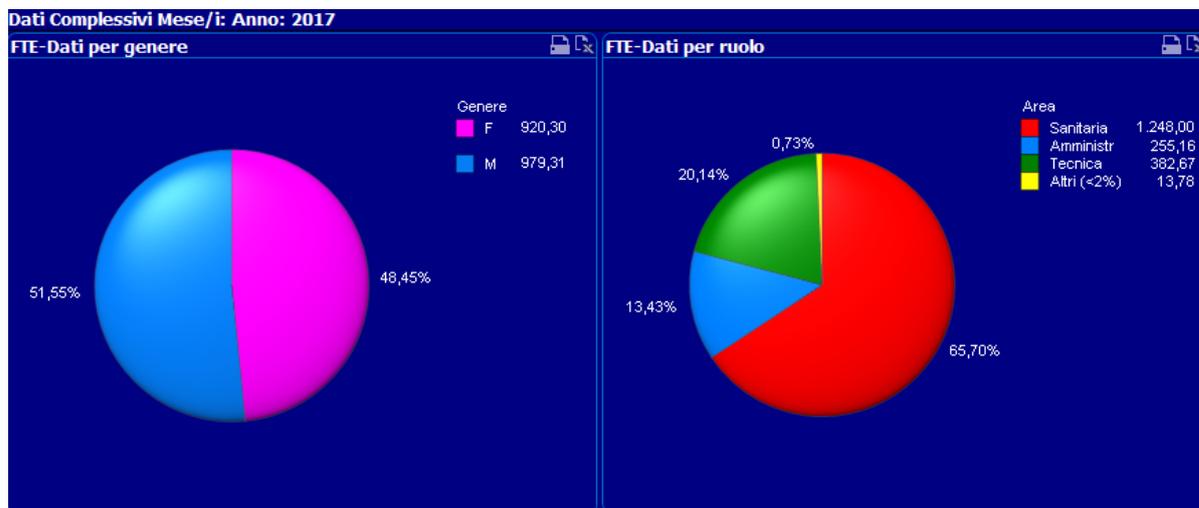


Fig. 1 Risorse umane – Distribuzione per genere e per ruolo (teste pesate)

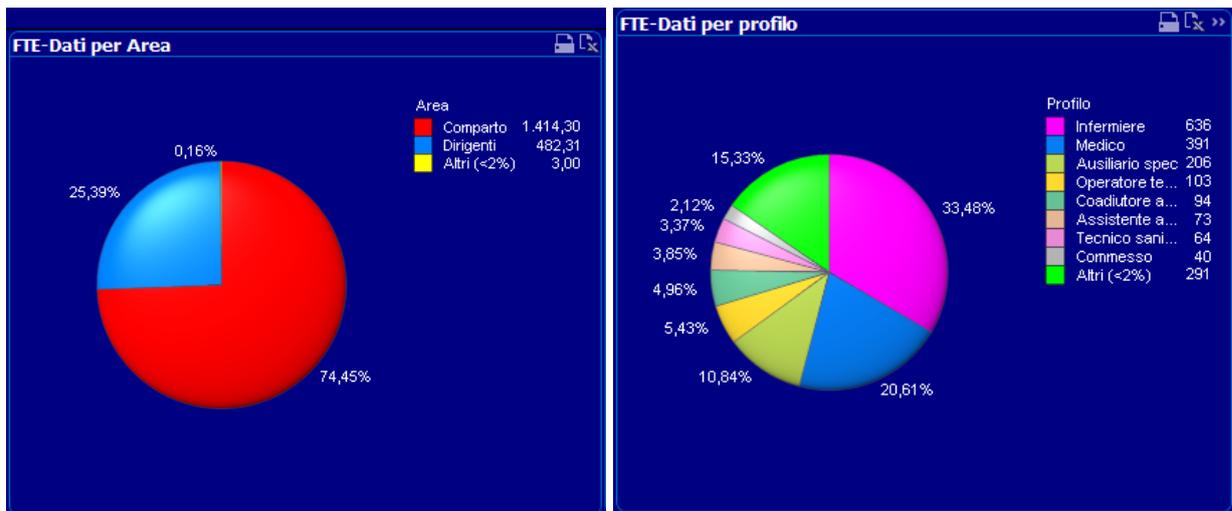


Fig. 2 Risorse umane – Distribuzione per area e per profilo (teste pesate)

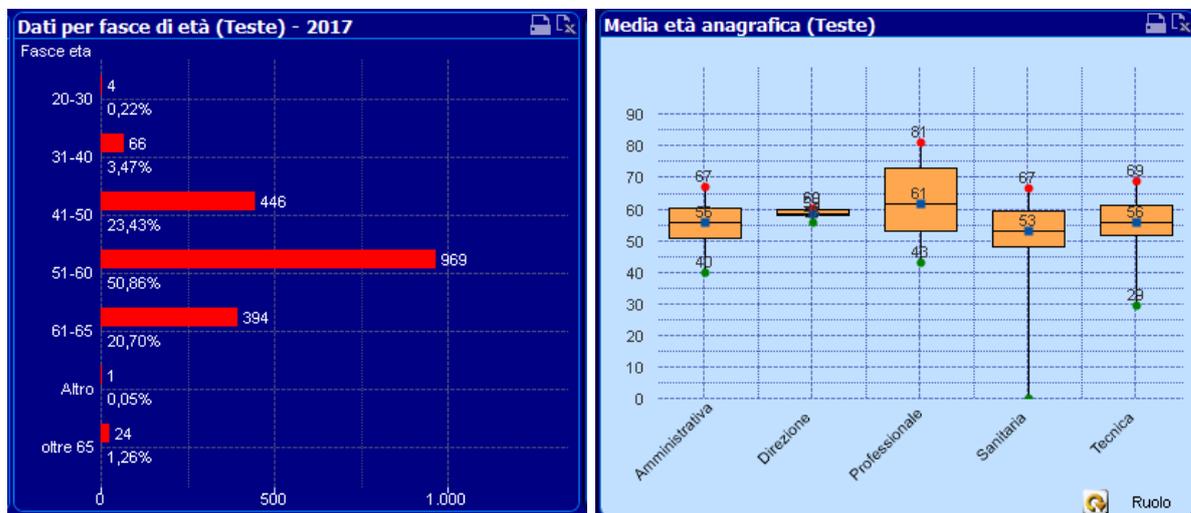


Fig. 3 Risorse umane – Fasce di età e media età anagrafica anzianità di servizio per area

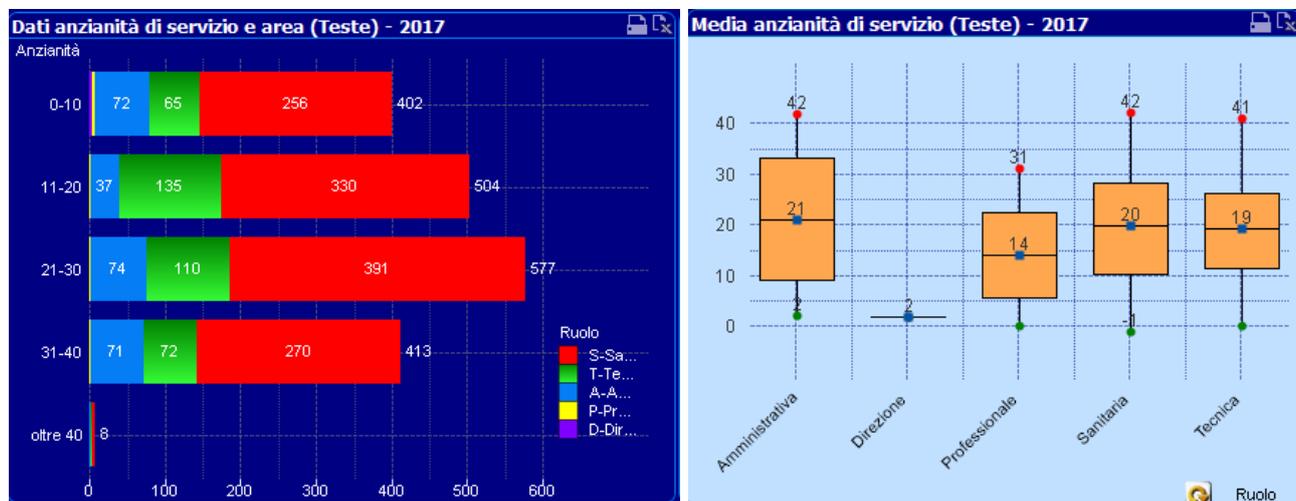


Fig. 4 Risorse umane – Anzianità di servizio per area e media anzianità di servizio

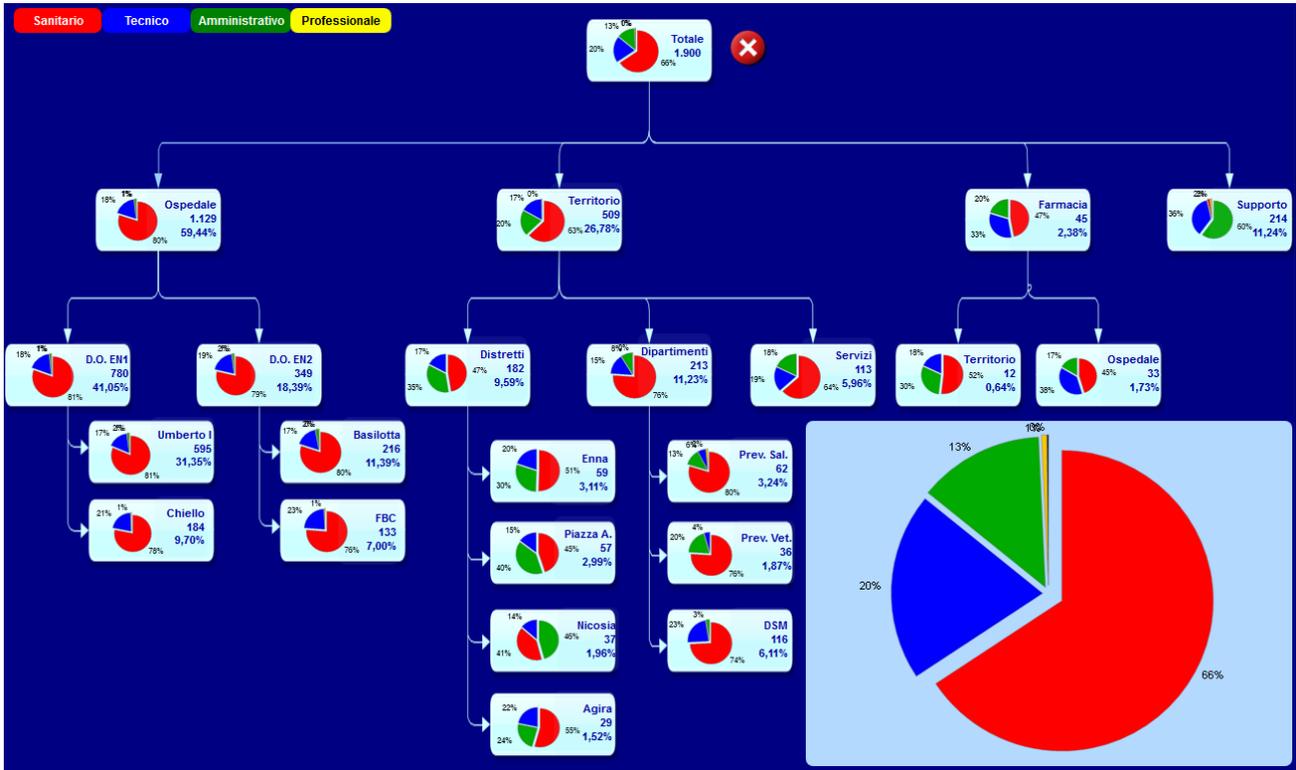


Fig. 5 Risorse umane – Distribuzione del personale per ruolo/area di attività

5. Gli obiettivi strategici

Come già riportato, la Direzione Aziendale in data 15/01/2018 ha illustrato ai Dirigenti sanitari di Struttura Complessa e/o Semplice le risultanze dell'attività del 2017, e confermato per il 2018, nelle more di ricevere ulteriori indicazioni assessoriali, gli obiettivi assegnati dall'Assessorato della Salute per il 2016-2017; attraverso la rendicontazione dei risultati raggiunti e il rilievo delle criticità sarà possibile orientare i comportamenti e l'organizzazione verso una migliore performance.

Particolare attenzione è stata posta da parte del Direttore Sanitario sugli obiettivi del P.N.E. e l'obiettivo delle "Prescrizioni dematerializzate", le cui performance devono essere sicuramente migliorate, e su questi obiettivi è richiesto un maggiore impegno.

Si riportano di seguito gli Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi (Area strategica 1) assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute per il periodo 2016-2017 e confermati dalla Direzione:

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

Nell'Allegato 2 al presente Piano si riportano i suddetti obiettivi, corredati dei pesi a ciascuno attribuiti, gli indicatori degli obiettivi operativi, il peso di ciascuno, i target, il valore a consuntivo al 31/10/2017, la percentuale di raggiungimento

Si riportano di seguito le aree prioritarie di intervento all'interno delle quali sono stati individuati gli obiettivi del **Piano Attuativo Aziendale**. Nell'Allegato 3e sono riportati Aree di intervento a valenza strategica, peso, referenti aziendali, obiettivi operativi, unità operative coinvolte, indicatori, target, risultati al 31/10/2017:

- 1) Sanità pubblica e prevenzione
 - 1.1 Sanità veterinaria
 - 1.2 Sicurezza alimentare
 - 1.3 Copertura Vaccinale e Sorveglianza Malattie Infettive
 - 1.5 Prevenzione nei luoghi di lavoro

- 2) Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti
 - 2.1. Sicurezza dei pazienti
 - 2.2 Monitoraggio dei tempi d'attesa
 - 2.3 Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa
 - 2.4 Formazione dei professionisti
 - 2.5 Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini/pazienti
 - 2.6 PDTA
 - 2.7. Appropriatezza

- 2.8 Outcome
- 3) Reti assistenziali
 - 3.1 Rimodulazione rete ospedaliera
 - 3.2. Adeguamento offerta di posti letto di lungodegenza, riabilitazione
 - 3.3 Ottimizzazione delle reti assistenziali
 - 3.4 Rete IMA
 - 3.5 Miglioramento sistema delle cure palliative domiciliari
 - 3.6 Rete regionale dello Stroke Unit Livello II
 - 3.7 Adesione alla Re.O.S.
 - 3.8 Implementazione percorsi di integrazione Ospedale Territorio
 - 3.9 Promozione degli screening in età neonatale e pediatrica
- 4) Assistenza territoriale
 - 4.1 Implementazione delle “Dimissioni facilitate” da parte dei quattro PP.OO aziendali nella gestione dei soggetti a rischio afferenti ai due target prioritari:” Diabete Mellito di tipo 2” e “Scompenso”. Studio e sviluppo della rete per gli ambulatori specialistici ospedalieri/territoriali per pazienti cronici target
 - 4.2 Implementazione di un modello di Gestione integrata dei soggetti a rischio e dei pazienti affetti dalle condizioni target: Obesità e Diabete mellito con il Centro Regionale di Riferimento di CL
 - 4.3 Implementazione presa in carico pazienti non autosufficienti nel percorso ospedale-territorio
 - 4.4 Riduzione della Spesa Farmaceutica Convenzionata
 - 4.5 Realizzazione di interventi multidisciplinari negli ambiti della non auto sufficienza/ disabilità e M. di Alzheimer
 - 4.6 Tutela sanitaria delle donne vittime di violenza
 - 4.7 Implementazione Codice Rosa
 - 4.8 Attuazione linee guida piano Strategico Regionale per la Salute Mentale
 - 4.9 Definizione di modelli di assistenza ai bambini ed adolescenti con “disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta”
- 5) Sviluppo organizzativo
 - 5.1 Comunicazione
 - 5.2 Formazione
 - 5.3 Internazionalizzazione e Ricerca sanitaria
 - 5.4 Telemedicina

Gli **obiettivi generali** di cui alla **sezione B** dell’Albero della Performance sono obiettivi assegnati al Direttore Generale e in relazione con il suo specifico mandato; l’attuale Management aziendale è in scadenza e non sono stati assegnati nuovi obiettivi.

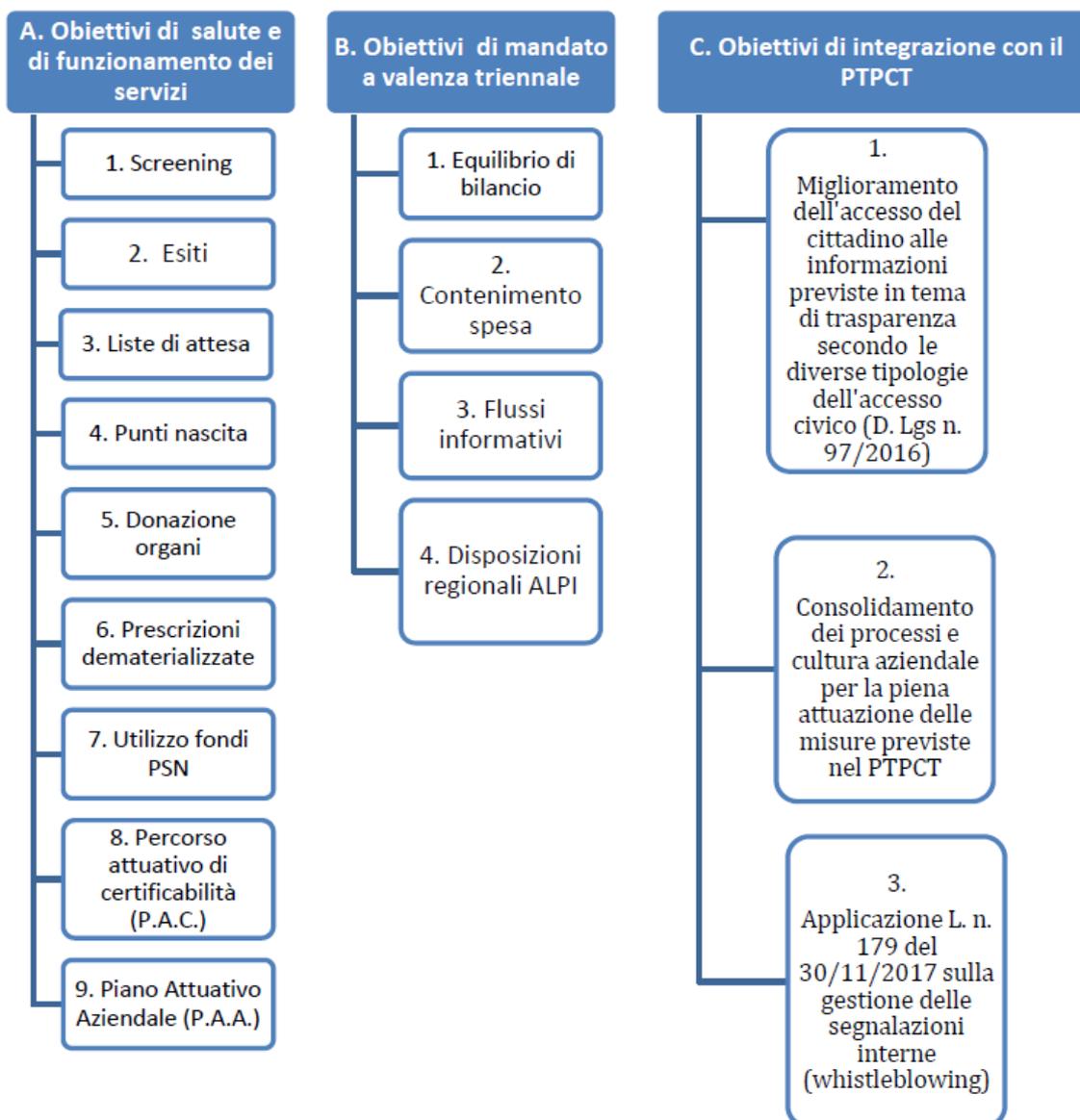
Tavola 2

L'albero della performance:

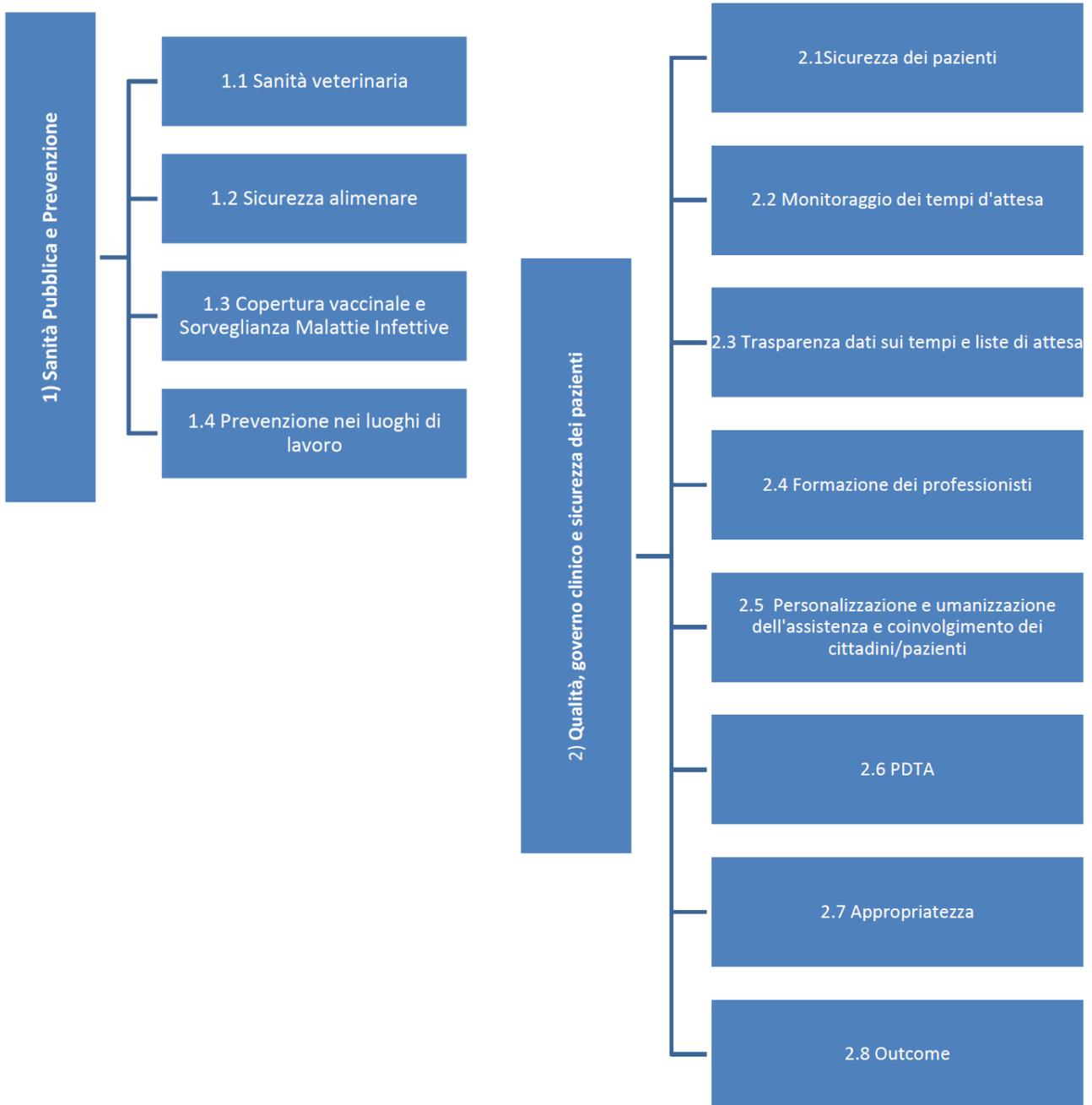
il collegamento fra mandato aree strategiche e obiettivi strategici

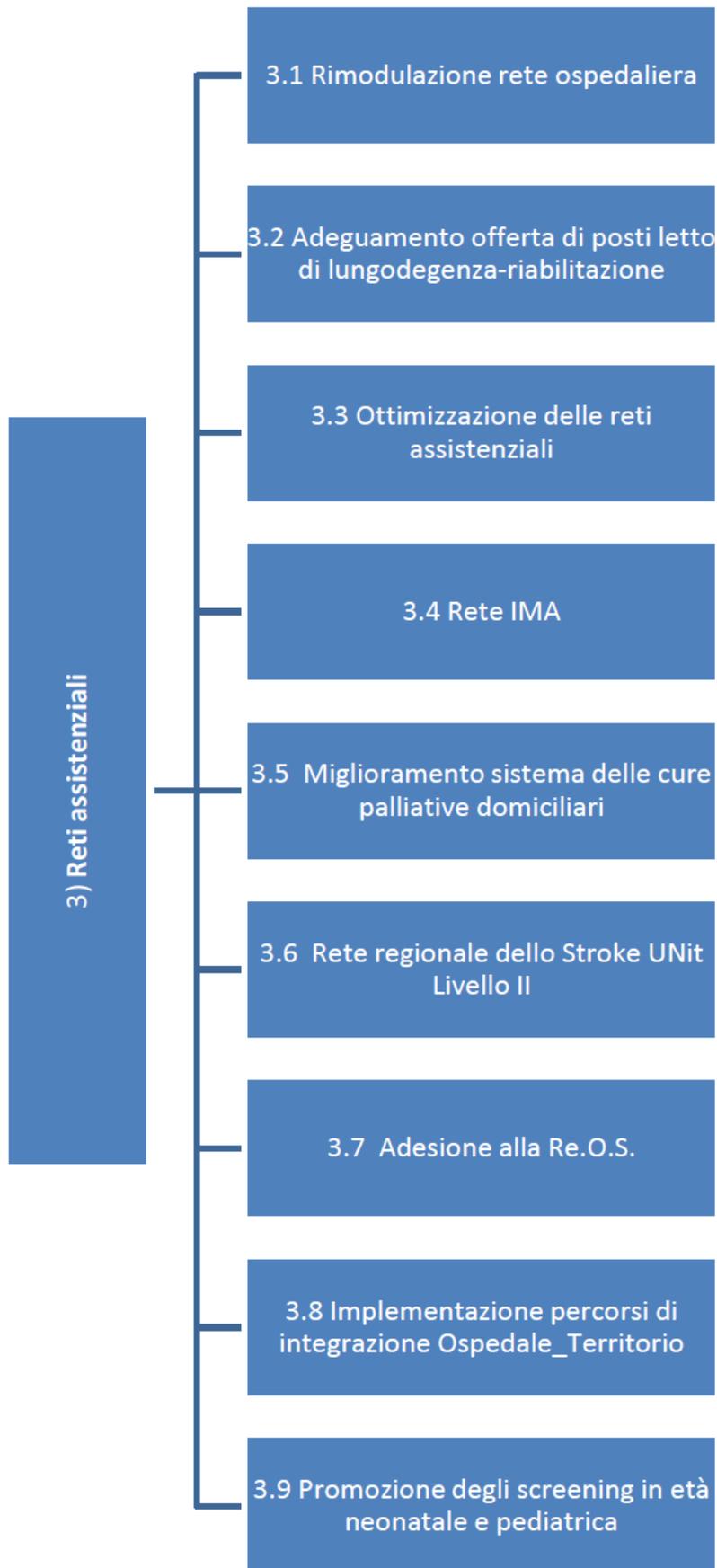
MISSION

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



Piano Attuativo Aziendale









C Obiettivi di integrazione con il PTPCT

1.

Miglioramento dell'accesso del cittadino alle informazioni previste in tema di trasparenza secondo le diverse tipologie dell'accesso civico (D. Lgs 97/2016)

2.

Consolidamento dei processi e cultura aziendale per la piena attuazione delle misure previste nel PTPCT

3.

Piena applicazione L. n.179 del 30/11/2017 sulla gestione delle segnalazioni interne (whistleblowing)

6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

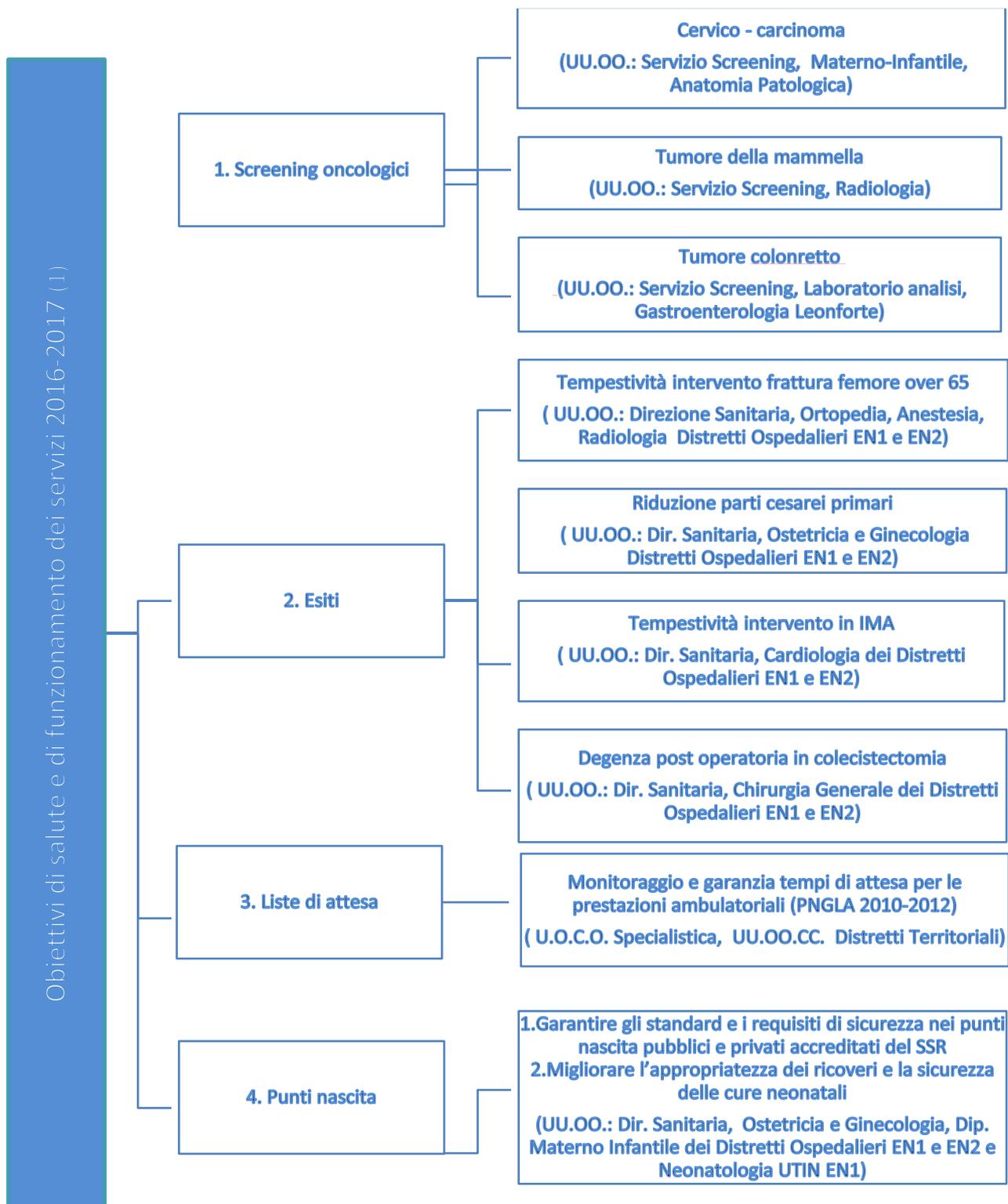
Gli obiettivi strategici di salute e di funzionamento dei servizi, di trasparenza e di prevenzione della corruzione sono trasversali ai servizi aziendali e fondamentali ai fini della realizzazione della *mission* dell'Azienda; gli obiettivi di equilibrio di bilancio, di contenimento della spesa, di gestione dei flussi informativi e relativi all'attività libero-professionale intramuraria fanno parte del mandato del Direttore Generale e verranno valutati alla fine del mandato stesso (in scadenza).

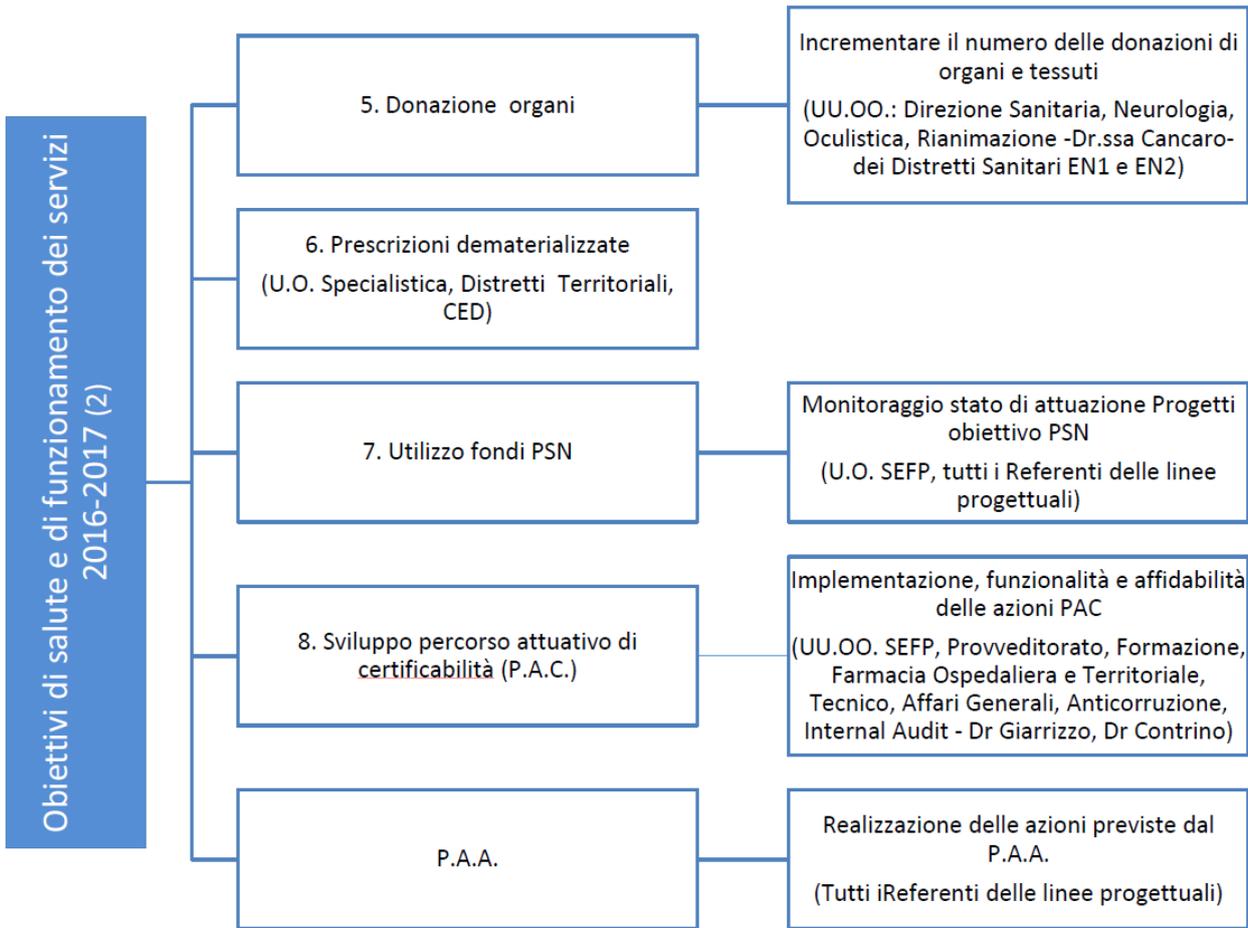
Come già riportato, la Direzione Aziendale in data 15/01/2017 ha illustrato ai Dirigenti Sanitari di Struttura complessa e/o semplice le risultanze del 2017 relativamente agli obiettivi strategici e operativi assegnati per il periodo 2016-17 e ne ha confermato la validità nelle more di indicazioni assessoriali. Nel suddetto incontro particolare attenzione è stata posta, da parte del Direttore Sanitario, sugli obiettivi del P.N.E. e sull'obiettivo Prescrizioni dematerializzate, le cui performance devono essere sicuramente migliorate.

Gli obiettivi riportati di seguito nella Tavola 3, con l'indicazione delle Unità operative responsabili dell'attuazione, e negli Allegati 2 e 3 al presente Piano prevedono, come già detto, l'aggiornamento in corso d'esercizio, in seguito a nuove disposizioni assessoriali e/o normative e/o per sopravvenute esigenze aziendali.

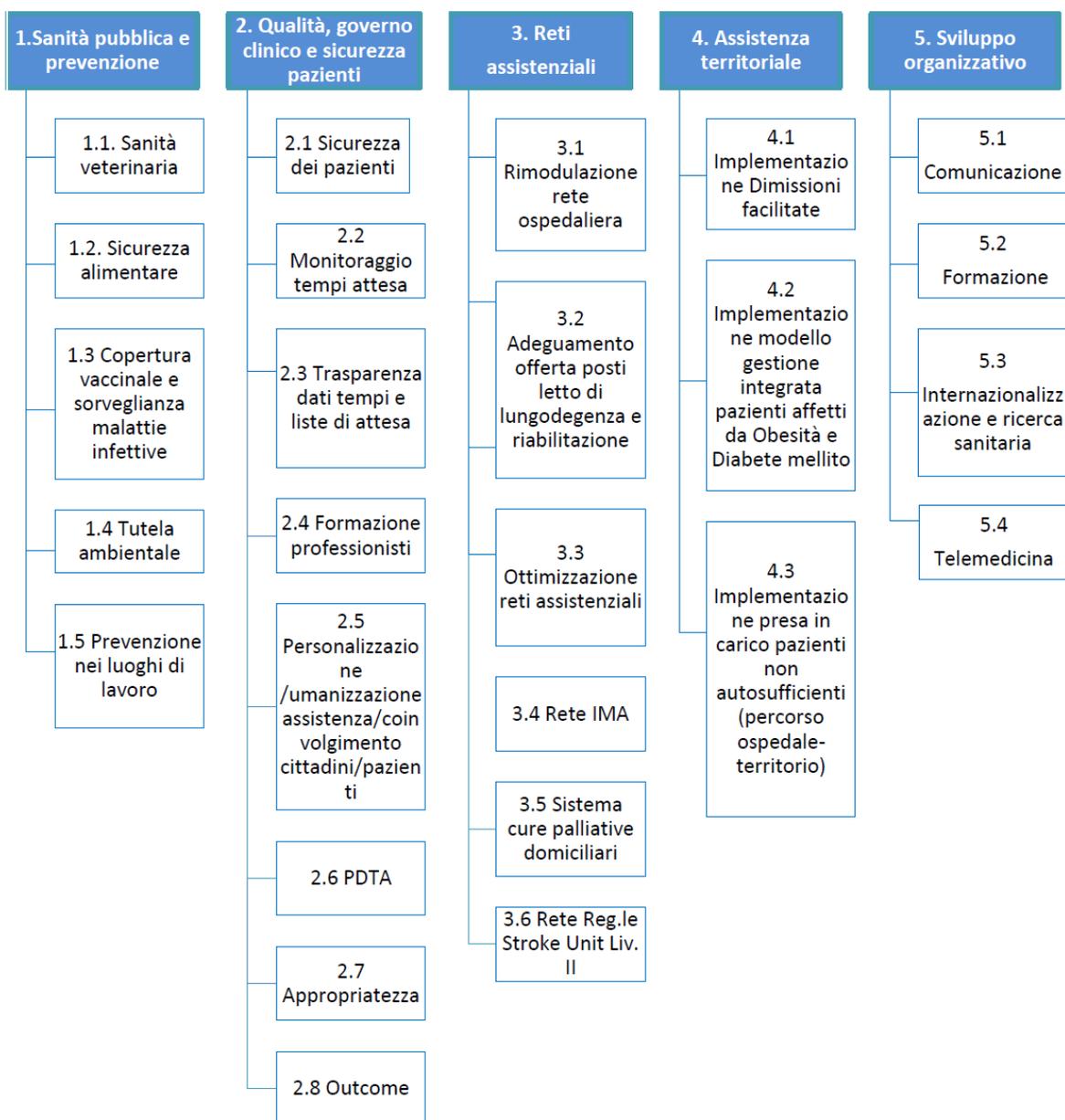
Tavola 3

L'albero della performance:
il collegamento fra gli obiettivi strategici e i piani operativi

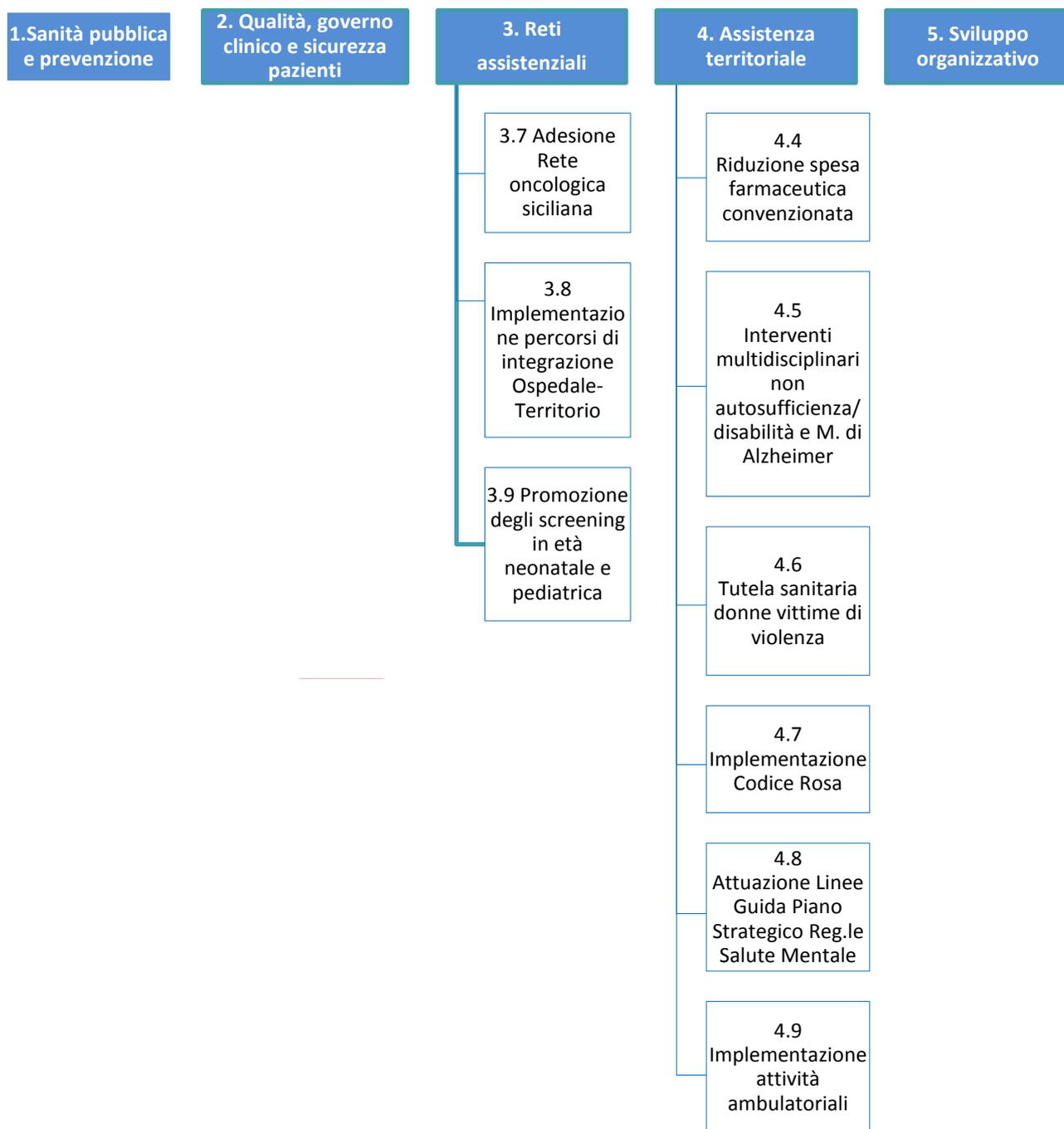




P.A.A. 2016 – 2017
AREE DI INTERVENTO (1)



P.A.A. 2016 – 2017
AREE DI INTERVENTO (2)



**B. Obiettivi generali a valenza triennale
(di mandato)**

1. Equilibrio di bilancio

UU.OO. SEFP, Provveditorato,
Tecnico, AGRU, Coordinamento
Staff

**2. Utilizzo risorse derivanti dai
Fondi Europei**

Tutti gli adempimenti inerenti le
linee progettuali finanziati sono
stati completati nel 2015

**3. Contenimento Spesa riferita a
personale, farmaceutica, beni e
servizi**

UU.OO. SEFP, Provveditorato,
Tecnico, AGRU, Coordinamento
Staff, Farmacia Territorial ed
Ospedaliera

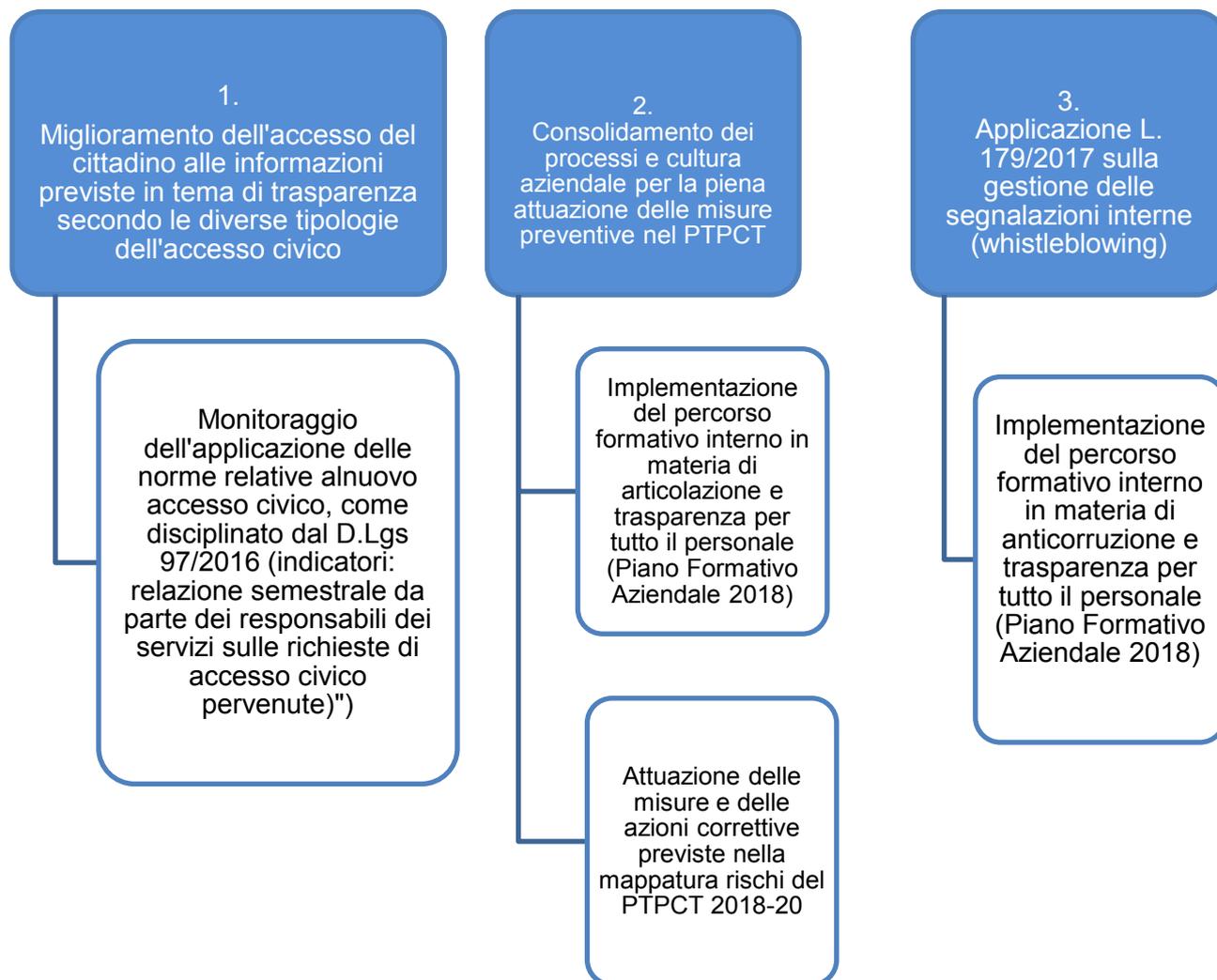
**4. Rispetto direttiva "Flussi
informativi" (Decreto
interdipartimentale n. 1174/08 e
Circ. Ass. n. 217 /15)**

SIL

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

Responsabile ALPI - Dr.ssa
Monasteri- e Dr Belbruno

C Obiettivi di integrazione con il PTPCT.



6.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

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

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

L'attuale regolamento sul sistema premiante lega la produttività e la retribuzione di risultato individuali alla performance organizzativa della struttura cui il dipendente è assegnato e alla valutazione individuale di ciascun dipendente effettuata dal Dirigente superiore, secondo criteri e modalità stabiliti di concerto con le OO.SS.

La performance organizzativa della U.O. è ribaltata quale performance individuale al Dirigente Responsabile della struttura.

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

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

7.1 Fasi soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

L'obiettivo principale della nostra Azienda è, come già detto, quello di tutelare e di migliorare la salute della popolazione residente e degli utenti dei servizi erogati.

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

Il Sistema di Misurazione e valutazione

Il Piano della Performance è lo strumento del ciclo di gestione della performance nel quale sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori, i target e gli standard. Su tali elementi si baserà la misurazione, la valutazione, la rendicontazione della performance. La rendicontazione dei risultati raggiunti verrà rappresentata nella Relazione sulla Performance, anch'essa strumento del Ciclo della performance, che, con riferimento agli obiettivi contenuti nel Presente Piano, dovrà essere prodotta entro il 30/06/2019.

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

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

Gli obiettivi, valutati attraverso indicatori numerici ed afferenti a dimensioni quantitative (prestazioni, tassi, ecc.), sono misurati in percentuale al grado di raggiungimento dell'obiettivo stesso, definendo un eventuale margine di tolleranza rispetto al target atteso, entro il quale l'obiettivo possa ritenersi raggiunto.

La distribuzione dei pesi agli obiettivi è effettuata tenendo conto delle priorità aziendali e di ogni altra indicazione impartita dalla Direzione Strategica.

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

Il processo di *budgeting*

La programmazione degli obiettivi prende avvio con l'emanazione delle direttive regionali che definiscono la strategia cui l'Azienda si conforma. L'individuazione puntuale degli obiettivi aziendali di interesse regionale, unitamente ad altri obiettivi strategici aziendali, confluisce nella declinazione degli obiettivi di budget alle strutture aziendali.

L'Azienda attraverso il processo di *budgeting* definisce gli obiettivi per indirizzare ed orientare le scelte operative e per il superamento delle criticità riscontrate. Il processo si attiva tra i Dirigenti delle strutture e la Direzione Strategica.

Definiti gli obiettivi per singola struttura aziendale in continuità, come si detto, con gli obiettivi negoziati per il 2018, verrà elaborato un Documento "Sistema obiettivi operativi anno 2018".

Le fasi del ciclo di gestione della performance e l'individuazione degli attori coinvolti, in conformità al Decreto Assessoriale n. 1821 del 26/11/2011 "Linee di indirizzo regionali in materia di verifica e di valutazione del personale dipendente del SSR", sono descritti di seguito:

Fase	Attività	Soggetti coinvolti	Tempi previsti
Fase gestionale	Redazione del Piano triennale della Performance e pubblicazione sul sito istituzionale	Direzione Strategica/STP/Resp. le Anticorruzione/Resp. le Trasparenza/OIV	31 gennaio
	Negoziante degli Obiettivi regionali con il Direttore Generale	Assessorato Reg. le Salute / Direttore Generale	Gennaio
	Condivisione obiettivi regionali	Direttore Generale / Dir. Sanitario e Dir. Amministrativo	Gennaio /Febbraio
	Pianificazione obiettivi aziendali in coerenza con gli atti di programmazione aziendale (Piano triennale della Performance - Bilancio Preventivo - Piano degli Investimenti - Piano triennale delle Assunzioni)	Direzione Strategica / Controllo di Gestione /SEF/Personale	Gennaio /Febbraio
	Negoziante obiettivi di struttura (intesi anche quali obiettivi individuali dei Dirigenti Responsabili di struttura) e redazione del documento "Sistema obiettivi operativi anno 2017"	Direzione Strategica / Dirigenti di Struttura /Dipartimento, UOC e UOS dipartimentale	Marzo
	Assegnazione obiettivi individuali (dirigenti non responsabili di struttura e comparto)	Dirigenti Resp. di struttura / tutto il personale afferente alla stessa	Marzo/Aprile
	a) monitoraggio in corso di esercizio b) attivazione eventuali interventi correttivi	Controllo di Gestione / Direzione Strategica / Dirigenti Resp. Strutture	
	Misurazione e valutazione annuale della performance organizzativa delle UU.OO.	Controllo di gestione/OIV	Marzo dell'anno successivo

Fase di Certificazione formale	Rendicontazione dei risultati ai vertici dell'Amministrazione	Struttura Tecnica Permanente/ Direzione Strategica/ Dirigenti Resp. Strutture	Marzo dell'anno successivo
	Misurazione e valutazione annuale della performance individuale	I istanza: Dirigente Resp. di struttura sovraordinato/ tutto il personale afferente alla U.O. II istanza: OIV (solo per i Dirigenti di struttura)	Aprile dell'anno successivo
	Relazione sulla Performance e pubblicazione sul sito istituzionale	Struttura Tecnica Permanente/Controllo di Gestione	Giugno dell'anno successivo
	Validazione della Relazione e pubblicazione	OIV	15 settembre
Fase di Valorizzazione del merito	Applicazione dei Sistemi Premianti	Servizio Risorse Umane/ Struttura Tecnica Permanente	Novembre

7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

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

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

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

In atto non sono state negoziate le risorse economiche per l'anno 2018; non appena definita tale assegnazione, si procederà ad aggiornare l'attuale bilancio provvisorio di previsione, adottato con deliberazione n. 1105 del 22.12.2017 .

7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di Gestione della Performance

A seguito dell'attività di controllo/monitoraggio, l'OIV ha individuato delle aree di criticità nell'attuazione del Ciclo di gestione della *performance*, rispetto alle quali questa Amministrazione intende porre in essere delle azioni di miglioramento, inserendole nella programmazione dei propri obiettivi per l'anno 2018:

- implementazione delle attività di monitoraggio intermedio sullo stato di attuazione degli obiettivi
- rispetto della tempistica relativa la valutazione annuale delle Unità operative
- evidenza dell'assegnazione di obiettivi individuali a tutti i dipendenti

- individuazione di strumenti di monitoraggio intermedio sullo stato di attuazione degli obiettivi individuali
- implementazione del processo di integrazione fra il ciclo della performance e il ciclo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio

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

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

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

Gli ambiti strategici al cui interno saranno sviluppati gli obiettivi del PTPCT per l'anno 2018 riguardano, in continuità con gli obiettivi 2017:

1. Miglioramento dell'accesso del cittadino alle informazioni previste in tema di trasparenza secondo le diverse tipologie dell'accesso civico (D. Lgs n. 97/2016);
2. Consolidamento dei processi e cultura aziendale per la piena attuazione delle misure previste nel PTPCT
3. Applicazione della L. 179/2017 sulla gestione delle segnalazioni interne (whistleblowing)

Nello specifico:

- 1.1 Monitoraggio dell'applicazione delle norme relative al nuovo accesso civico, come disciplinato dal D.Lgs 97/2016 (indicatori: relazione semestrale da parte dei responsabili dei servizi sulle richieste di accesso civico pervenute).
- 2.1 Implementazione del percorso formativo interno in materia di anticorruzione e trasparenza per tutto il personale (Piano Formativo Aziendale 2018)
- 2.2 Attuazione delle misure e delle azioni correttive previste nella mappatura dei rischi del PTPCT 2018-2020: per ogni struttura aziendale nel PTPC 2018-20 sono state individuate le aree di rischio di corruzione e le misure preventive da adottare al fine di ridurre i rischi;
- 3.1 Implementazione del percorso formativo interno in materia di anticorruzione e trasparenza per tutto il personale (Piano Formativo Aziendale 2018)

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