

Azienda Ospedaliera Universitaria
"Policlinico Paolo Giaccone"
di Palermo

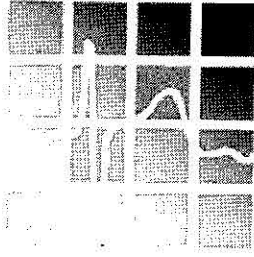


IL COMMISSARIO

Delibera n. 805 del 11.09.2017

Oggetto: - APPROVAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE 2017 -2019

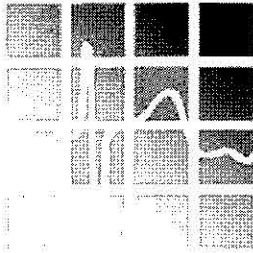
<p>Direzione Generale</p> <p>Il Responsabile dell'Ufficio atti deliberativi e Collegio Sindacale <i>CRISTINA SCATO</i></p> <p>Il Dirigente Responsabile</p> <p>Unita' di Staff Programmazione e Sviluppo Aziendale <i>[Signature]</i></p>	<p>Area Gestione Economico - Finanziaria</p> <p>Autorizzazione spesa n.</p> <p>Del</p> <p>Conto di costo _____</p> <p>NULLA OSTA in quanto conforme alle norme di contabilità</p> <p>Il Responsabile dell'Area Gestione Economico - Finanziaria</p>
<p>Ai sensi della Legge 15/68 e della Legge 241/90, recepita in Sicilia con la L.R. 10/91, il sottoscritto attesta la regolarità della procedura seguita e la legalità del presente atto, nonché l'esistenza della documentazione citata e la sua rispondenza ai contenuti esposti.</p> <p>Il Responsabile dell'Unità di Staff: Dott.ssa Maria Grazia Furnari</p> <p>Il Commissario Dott. Fabrizio De Nicola Nominato con D.P.R.S. n. 392 del 01.08.2017 Con l'intervento, per il parere prescritto dall'art.3 del D.L.vo n. 502/92, così come modificato dal D.L.vo n.517/93 e dal D.L.vo 229/99 del Direttore Amministrativo Dott. Fabrizio Di Bella e del Direttore Sanitario Dott. Maurizio Montalbano Svolge le funzioni di Segretario verbalizzante</p> <p><i>[Signature]</i></p>	



Azienda Ospedaliera Universitaria
"Policlinico Paolo Giaccone"
di Palermo



- VISTO** Il D.Lgvo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni operate dai Decreti Legislativi 07.12.1993, n. 517 e 19.06.1999, n. 229;
- VISTO** Il D. Lgvo 21 dicembre 1999 n. 517, recante "Disciplina dei rapporti fra il Servizio Sanitario Nazionale ed Università", a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1999, n. 419;
- VISTA** La L.R. 14 aprile 2009, n. 5 pubblicata nella GURS parte I n. 17 del 17.04.2009, con la quale sono state stabilite le norme per il riordino del SSR, in conformità ai principi contenuti nel D.Lgvo 30 dicembre 1992 n. 502 e successiva modifiche ed integrazioni;
- VISTO** Il decreto del 29.01.2015 di approvazione dei protocolli d'Intesa stipulati tra la Regione Siciliana – Assessorato della Salute e le Università di Palermo, pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana il 27.02.2015;
- PREMESSO** che nell'ambito dei principi generali introdotti dal D.lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 ad oggetto "Attuazione della Legge 4 marzo n.15, in materia di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni":
- ogni Pubblica Amministrazione è tenuta a misurare e a valutare la con riferimento Performance all'Amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative e/o aree di responsabilità in cui si articola e ai dipendenti;
- la misurazione e la valutazione della sono volte al miglioramento della qualità dei Performance servizi offerti, alla crescita delle competenze professionali e al riconoscimento del merito individuale;
- le Amministrazioni Pubbliche adottano modalità e strumenti di comunicazione che garantiscano la massima trasparenza delle informazioni concernenti le misurazioni e le valutazioni della Performance
- CONSIDERATO** che in relazione a quanto sopra, il D.lgs. n.150/2009 all'art. 10 stabilisce l'adozione da parte di ogni Pubblica Amministrazione di un documento programmatico triennale, denominato Piano della Performance, che in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, permetta di favorire lo sviluppo di una cultura del merito e della valorizzazione della qualità del lavoro e della produttività, del singolo e dell'intera amministrazione, attraverso adeguati sistemi di valutazione dei risultati perseguiti, nonché informare i cittadini e gli stakeholder dei risultati raggiunti in ordine agli obiettivi preventivamente fissati;
- PRESO ATTO** inoltre, del quadro normativo di riferimento in materia di funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli, dettati tra l'altro da:
- Legge 6.11.2012 n.190-ad oggetto " Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- Decreto legislativo 14.3.2013 ad oggetto "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche



Azienda Ospedaliera Universitaria
"Policlinico Paolo Giaccone"
di Palermo

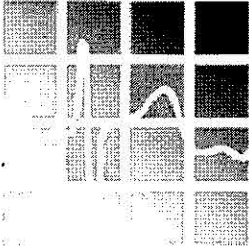


amministrazioni”;

- VISTE** le “Linee guida per l’attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici non economici”, emanate con Determinazione dell’ANAC n. 8 del 17 giugno 2015 e con Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015.
- VISTA** la proposta del documento predisposto dalla struttura di Staff di Programmazione e Sviluppo Aziendale, quale Piano della Performance Aziendale per il triennio 2017-2019, allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale ;
- VALUTATO** che il Piano della Performance 2017-2019 è stato elaborato da un gruppo di lavoro appositamente costituito dal Commissario Straordinario e coordinato dalla Responsabile della Struttura di Staff "Programmazione e Sviluppo Aziendale", nel rispetto della normativa di riferimento nonché, in coerenza con le indicazioni dell’OIV che ha manifestato il suo assenso in merito all’impostazione e ai contenuti del documento stesso;
- CONSIDERATO** altresì che in attuazione della normativa vigente, come sopra richiamata, corre l’obbligo, per l’Azienda, di dare, a seguito dell’adozione per Piano della Performance, informazione e diffusione del Piano agli stakeholder e sua pubblicazione in apposita sezione del proprio sito istituzionale sezione “Amministrazione trasparente”, al fine della sua consultazione da parte dei portatori di interessi esterni;
- RITENUTO** pertanto di procedere alla formale adozione del Piano della Performance per il triennio 2017 – 2019 nel testo allegato, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

DELIBERA

- 1) di adottare il Piano della Performance per il triennio 2017-2019, con i relativi allegati, rappresentato nel testo allegato, quale parte integrante al presente provvedimento;
- 2) di dare atto che il presente provvedimento viene pubblicato sul sito istituzionale dell’Azienda – Sezione “Amministrazione trasparente”;;
- 3) di provvedere, inoltre alla trasmissione all’OIV del presente provvedimento, per quanto di competenza;
- 4) di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa;
- 5) di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi dell’art.40 comma 3 della L.20.12.1994 n°50 e al Magnifico Rettore dell’Università’ degli Studi di Palermo.



Azienda Ospedaliera Universitaria
 "Policlinico Paolo Giaccone"
 di Palermo



Il Direttore Amministrativo
 Dott. Fabrizio Di Bella

Il Direttore Sanitario
 Dott. Maurizio Montalbano

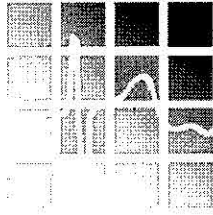
Il Commissario
 Dr. Fabrizio De Nicola

Segretario Verbalizzante

ESTREMI ESECUTIVITA'	PUBBLICAZIONE
<input type="checkbox"/> Delibera non soggetta al controllo ai sensi dell'art.8 della L.412 del 1991 è divenuta ESECUTIVA decorso il termine di cui alla L.R. n. 30/93 art.53 comma 6. Ufficio Atti Deliberativi Il Responsabile	Il sottoscritto dichiara che la presente deliberazione, copia conforme all'originale, è stata pubblicata all'Albo dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico, ai sensi e per gli effetti della L.R. n. 30/93 art.53 comma 2, a decorrere dal <u>17.09.2017</u> e fino al <u>01.10.2017</u> Ufficio Atti Deliberativi
<input type="checkbox"/> Delibera non soggetta al controllo ai sensi dell'art.8 della L.412 del 1991 è divenuta IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA decorso il termine di cui alla L.R. n. 30/93 art.53 comma 7.	La presente Delibera è stata registrata nell'apposito registro del Collegio Sindacale Ufficio Atti Deliberativi
<input type="checkbox"/> Delibera non soggetta al controllo ai sensi dell'art.28 comma 6 legge regionale 26 marzo 2002 n.2 è dichiarata IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA ai sensi della L.R. n. 30/93 art.53 comma 7.	

La presente deliberazione è composta da n. _____ pagine

NOTE:



Azienda Ospedaliera Universitaria
"Policlinico Paolo Giaccone"
di Palermo



PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE

2017-2019

Adottato con deliberazione n. 805 del 11.09.2017

INDICE

1. Presentazione del Piano.....	3
1.1 Finalità.....	3
1.2 Contenuti.....	5
1.3 Principi generali.....	5
2. Sintesi delle informazione di interesse per i cittadini e gli <i>stakeholder</i> esterni.....	7
2.1 Chi siamo.....	7
2.2 Cosa facciamo.....	8
2.3 Come operiamo.....	10
2.3.1 Gli stakeholder.....	11
2.3.2 I pazienti.....	12
2.3.3 Le risorse umane.....	13
2.3.4 Associazioni di volontariato e Comitato consultivo aziendale.....	13
2.3.5 Le organizzazioni sindacali.....	13
2.3.6 I fornitori.....	14
2.3.7 L'interazione con le altre strutture ospedaliere e sanitarie.....	14
2.3.8 Il rapporto con l'Università degli studi.....	15
2.3.9 Gli studenti e gli assistenti in formazione.....	15
2.3.10 Interazione con l'Assessorato e il Ministero della Salute.....	15
3. Identità.....	17
3.1 Organigramma aziendale.....	17
3.2 L'amministrazione in cifre.....	17
3.2.1 Risorse umane.....	18
3.2.2 Indagine sul benessere organizzativo.....	19
3.2.2 Piano delle Pari Opportunità.....	19
3.2.3 Volumi di produzione assistenziale.....	19
3.3 Mandato istituzionale e <i>Mission</i>	20
3.4 Albero della performance.....	21
4. Analisi del contesto esterno ed interno.....	23
4.1 Analisi del contesto esterno.....	23
4.1.1. Elementi di analisi socio-demografica.....	23
4.2 Analisi del contesto interno.....	26
5. Obiettivi Strategici.....	29
5.1 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi.....	30
6. Processo seguito ed azioni di miglioramento del Ciclo della performance.....	38
6.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione, aggiornamento e monitoraggio del Piano.....	38
6.2 Coerenza con la programmazione economica e finanziaria e di bilancio.....	38
6.3 Collegamento con i processi di garanzia e miglioramento della qualità dei servizi.....	39
6.4 Collegamento con il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e con il Piano triennale della prevenzione della corruzione.....	39
6.5 Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance.....	39
7. Allegati tecnici.....	41

Premessa

Questo Piano Triennale della *Performance* si alimenta dello scopo di mettere a fuoco le criticità esistenti per via del non perfetto allineamento tra le prassi attuali e le novità gestionali. Sono di aiuto le osservazioni pervenute dai superiori organi di controllo, anche quelle a cui si è dato puntuale riscontro.

L'Azienda nel 2016 ha risposto al documento di deliberazione n. 112 del 2016/CONTR/PRESS con il quale la Corte dei Conti chiedeva l'arricchimento di informazioni sui rilievi del Collegio Sindacale; le osservazioni dell'OIV trasmessi nei verbali delle sedute o in relazioni specifiche in merito alle tematiche proprie dei D. Lgs. 150/2009 e 33/2013. Sia i rilievi che la corposa e circostanziata risposta a chiarimento dell'AOUP vengono assunti in questo Piano Triennale della Performance per dare la migliore risposta possibile alle criticità esistenti in un arco temporale pluriennale.

Vengono altresì assunti i risultati delle indagini sulla "Qualità percepita" rilevati dall'URP, le attività del Comitato Consultivo Aziendale e degli Organi di volontariato, le esigenze degli *stakeholder* esterni e ogni altro dato o rilievo che in questo Piano può trovare giusta soluzione in una visione pluriennale. Non si intende esaltare le tante cose che funzionano, ma dare risposta alle criticità o perché alcuni processi devono essere conformati alle innovazioni legislative, o perché sono sorte criticità interne rispetto alle quali intervenire con decisioni. Questa logica consente di stare con "i piedi per terra", sfuggire alla fantasia dei sogni irrealizzabili, e concretamente operare nel quotidiano alla luce di un documento di programmazione e pianificazione delle attività.

Quanto sopra è frutto di applicazione delle indicazioni della Delibera CiVIT n. 1/2012, § 1, quando raccomanda il richiamo a un più efficace coinvolgimento dei soggetti portatori d'interesse. Devono altresì trovare giusta rappresentazione – affinché il Piano non lasci incertezze operative in chi è chiamato a svolgere le funzioni previste – la chiarezza nella definizione dei soggetti coinvolti, dei loro ruoli e responsabilità. La trasparenza e l'accessibilità dei Sistemi e dei Piani, momenti che tra loro vanno collegati. Questo è il primo anno che la Regione chiede il raccordo dei documenti con il ciclo di programmazione economico finanziaria e di bilancio, nonché con i sistemi di controllo esistenti, in forza delle normative vigenti.

L'Azienda non ha ancora un suo sistema di "Misurazione e valutazione della *performance*", anche se ha adottato un Regolamento per l'attribuzione del premio di produttività.

Affinché il Piano non rimanga lettera morta, è necessario tradurlo in obiettivi e metter su un sistema di monitoraggio che tenga costantemente informati nello sviluppo delle azioni che si intendono compiere. La novità è la sua interazione con il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza. Pertanto, questo documento – secondo le disposizioni ANAC – deve essere comprensivo della performance aziendale nei diversi ambiti della complessa gestione aziendale.

Si ringrazia il Gruppo di Lavoro istituito con recente nota del Commissario Straordinario dott. F. De Nicola, il quale – mostrando interesse a che l'AOUP occupi nel territorio regionale un ruolo primario nell'erogazione dei servizi della salute, quale la sua missione gli chiede – ha elaborato in tempi brevi un piano chiaro e lineare, non privo di completezza.

Questo documento e la consegna degli obiettivi alle UO avvia il "Ciclo di gestione della performance" per l'anno 2017.

1. Presentazione del Piano

1.1 Finalità

Il presente documento costituisce il Piano della *Performance* (Piano) dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo (AOUP) per il triennio 2017-2019 ed è adottato ai sensi degli art.10 comma 1 lettera a) e 15 comma 2 lett. b) del D. Lgs. n. 150 del 2009 con la finalità di assicurare la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della *performance* organizzativa ed individuale dell'Azienda.

Il documento è sviluppato tenendo conto delle disposizioni delle delibere della CiVIT n. 112/2010 e relativo allegato "Struttura e modalità di redazione del Piano della *performance*"; n. 1/2012 "Linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della *performance*"; n. 6/ 2013 "Linee guida relative al ciclo di gestione della *performance* per l'annualità 2013"; del D. Lgs. 33 del 2013 riguardante la disciplina degli "obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"; delle "Linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici non economici", emanate con Determinazione dell'ANAC n. 8 del 17 giugno 2015 e con Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015: nonché di ciascuna s.m.i.

La novità di questo documento rispetto ai piani degli anni precedenti risiede nel dover tradurre in modo unitario gli obiettivi di *performance* aziendale, attuazione delle norme sulla trasparenza e prevenzione della corruzione. Ciò pone un impegno rilevante nella stesura del Piano che, sfuggendo a ogni velleitarismo fantasioso e irragionevole, prenda di mira le criticità aziendali e li ponga come obiettivi concreti e possibili da realizzare nel breve e medio termine.

Va inizialmente fatta una premessa che sta nella criticità dell'avvicendamento del vertice aziendale di questa AOUP, avvenuto in corso d'anno gestionale, a decorrere dall'01 marzo 2017, con la dimissione del Direttore Generale in carica e la nomina del Commissario Straordinario. Il Piano, su disposizione ANAC, deve essere redatto entro l'anno precedente la sua applicazione: ciò non è avvenuto nel 2016 per il 2017. Il Commissario Straordinario – previa ricognizione delle necessità aziendali avvenuta a mezzo di ripetute convocazione del Collegio di Direzione, interlocuzione con gli altri organi aziendali O.I.V. e Collegio Sindacale, sentite le Organizzazioni Sindacali e il Comitato Consultivo Aziendale, informato il Magnifico Rettore – servendosi di un Gruppo di Lavoro nominato *ad hoc* con provvedimento del Commissario Straordinario del 13.04.2017, di cui fanno parte: il Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione, dirigenti dello staff direzionale e della direzione sanitaria di presidio. A sua volta il GdL ha coinvolto gli Uffici interessati nella predisposizione di questo Piano 2017-2019. La previsione di durata del Piano è un triennio, quanto il mandato di un Direttore Generale, e ciò costituisce stimolo e responsabilizzazione a realizzare quanto si è ritenuto di dover strategicamente compiere nell'interesse dell'Azienda e dei suoi molteplici *stakeholder*.

La chiusura del documento avviene in un tempo in cui si è ben consapevoli – i destinatari e le Organizzazioni Sindacali lo comprenderanno bene – che gli obiettivi saranno assegnati tardivamente e nel limite temporale di pochi mesi ed, evidentemente, a valere per tutto l'anno. **Ciò non significa dimezzamento dell'impegno, bensì uguale massimo sforzo di ciascuno per il loro raggiungimento su base temporale assegnata**, tenendo ben presente che va evitato l'appiattimento della valutazione, il che significa invitare i valutatori di prima istanza a evitare di volere valutare e, quindi, ad attivare i processi di miglioramento continuo della *performance* organizzativa e individuale.

Il documento esplicita, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale nonché dei vincoli di bilancio, gli obiettivi, gli indicatori e i target delle varie articolazioni organizzative dell'AOUP sia assistenziali che amministrative; definisce, inoltre, gli elementi fondamentali su cui si basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance*, intesa come il contributo che ciascun soggetto fornisce, con la propria azione, per il raggiungimento delle finalità e per soddisfare le necessità dell'organizzazione.

Nella stesura del Piano si è fatto riferimento alle osservazioni che l'OIV ha trasmesso alla Direzione Generale nel 2016 nella fase di analisi e approvazione della "Relazione sulla *performance*" dell'anno 2015: criticità che sono fatte proprie in questo documento e a cui questa Direzione si prefigge di dare soluzione.

Con l'adozione del Piano e la consegna degli obiettivi ai Direttori dei Dipartimenti assistenziali e delle Aree Amministrative, si avvia il "Ciclo di gestione della *performance*", così come previsto dall'art. 4 del d.lgs. n. 150/2009, e che si articola nelle seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi organizzativi delle unità operative, con i valori attesi e gli indicatori misurabili per il rilevamento oggettivo;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Per l'AOUP, l'adozione del documento, oltre a consentire l'adempimento degli obblighi normativi, rappresenta un'occasione per gestire in maniera integrata e coordinata i diversi strumenti di pianificazione e programmazione adottati dall'Azienda.

In tal senso il piano costituisce uno strumento per:

- migliorare il coordinamento tra le diverse funzioni e strutture organizzative
- rendere più efficaci i meccanismi di comunicazione interna ed esterna
- individuare e focalizzare le attese degli *stakeholder*
- favorire una effettiva *accountability*
- far leggere all'esterno la trasparenza dell'attività amministrativa
- rimuovere i rischi di corruzione incombenti nelle diverse attività amministrative e sanitarie dell'Azienda.

In linea di principio, in quanto atto di programmazione di medio periodo, il Piano è modificabile con cadenza annuale o anche in corso d'anno in relazione a:

- nuovi obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria regionale;
- modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'AOUP, come definito e attraverso il varo di un eventuale nuovo atto aziendale;
- sopraggiunte necessità gestionali importanti e urgenti non sopra previste.

Tra le finalità del Piano va incluso lo sviluppo delle funzioni di **controllo**, sia per gli aspetti che riguardano il **governo delle attività sanitarie e amministrative**, sia per quelli di **verifica in termini ispettivi** delle prassi interne all'Azienda. Queste funzioni sono da statuire in specifici obiettivi organizzativi.

La realizzazione di quanto previsto nel Piano deve essere, nella prima fase, senza mezzi o risorse aggiuntivi. Gli investimenti potranno intervenire nella seconda fase, in virtù del raggiungimento degli obiettivi e la conseguente attesa liberazione di risorse economiche, strumentali e umane.

1.2 Contenuti

Il Piano, quale strumento del ciclo di gestione della *performance* contiene gli elementi fondamentali (obiettivi, indicatori e relativi target) e le modalità di gestione degli stessi, ai fini della misurazione, valutazione e rendicontazione dei risultati delle strutture organizzative aziendali nel suo complesso (*performance* organizzativa) e di quelli individuali (*performance* individuale). Il Piano è integrato con gli obiettivi di trasparenza e di prevenzione della corruzione.

Oltre ai contenuti esplicitamente richiamati dalle norme di cui al precedente punto 1.1, nel Piano sono evidenziati ulteriori temi funzionali sia a completare le finalità descritte nel punto precedente sia a dare piena attuazione alle norme sulla trasparenza e la prevenzione della corruzione.

In particolare nel Piano sono presenti i seguenti ulteriori contenuti:

- la descrizione dell'identità dell'AOUP, e cioè di quegli elementi che consentono di identificare chi è (mandato istituzionale e missione) e cosa fa (declinazione della missione e del mandato in aree strategiche, obiettivi strategici ed operativi);
- i principali elementi derivanti dall'analisi del contesto interno ed esterno, utili per identificare i bisogni di salute della popolazione e di conseguenza la domanda di prestazioni sanitarie e, più in generale, delle attese degli *stakeholder*;
- le possibilità dell'AOUP di rispondere, in termini di efficienza organizzativa e di appropriatezza del set assistenziale, alla domanda di salute dei cittadini;
- l'evidenza del processo seguito per la realizzazione del Piano della *performance*, con la descrizione delle fasi, dei soggetti e dei tempi del processo di redazione del Piano, per garantire la piena trasparenza su ogni fase del ciclo di gestione della *performance* (art.11, comma 3, del d.lgs. 150/2009);
- le modalità con cui l'Amministrazione garantisce il collegamento e l'integrazione del Piano della *performance* con il processo e i documenti di programmazione economico-finanziaria e di bilancio (art. 5, comma 1 e art.10, comma 1 del decreto);
- le criticità relative all'attuazione del ciclo della *performance* di cui all'art. 4 del d.lgs. 150/2009;
- l'interazione e l'integrazione degli obiettivi strategici e operativi con quelli del Piano Triennale della Trasparenza e del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione.

1.3 Principi generali

Il Piano dell'AOUP, in coerenza con le indicazioni della norma vigente, si ispira ai seguenti principi generali:

Trasparenza. L'AOUP pubblica il Piano della *performance* sul proprio sito istituzionale nell'apposita sezione Amministrazione Trasparente; inoltre il Piano sarà presentato, nelle sedi e nelle forme ritenute più opportune nell'ambito di apposite giornate della trasparenza, alle associazioni degli utenti e alle organizzazioni sindacali.

Intelligibilità. Al fine di garantire facilità di comprensione agli interlocutori interni ed agli *stakeholder* esterni (istituzioni, utenti, cittadini, associazioni di categoria, ecc.) il piano viene proposto in forma schematica, rinviando le parti specifiche agli allegati tecnici, opportunamente richiamati nel testo per garantire rintracciabilità e verificabilità dei contenuti.

Veridicità e verificabilità. Gli indicatori di misurazione e di valutazione degli obiettivi sono corredati del target assegnato e della fonte di provenienza del dato.

I dati che alimentano gli indicatori sono tutti tracciabili e oggettivamente rilevabili.

Al fine di garantire la verificabilità del processo seguito, vengono definite le fasi, i tempi e le modalità del processo per la predisposizione del Piano e per la sua eventuale revisione infra-annuale nel caso in cui dovessero intervenire situazioni o eventi straordinari. Sono altresì individuati gli attori coinvolti e i loro ruoli.

Partecipazione. Il Piano è definito grazie anche alla partecipazione attiva del personale dirigente nonché con l'interazione degli *stakeholder* esterni dei quali vengono individuate, raccolte e recepite aspettative ed attese.

Coerenza interna ed esterna. Al fine di rendere il Piano effettivamente attuabile, i contenuti dello stesso devono essere coerenti con il contesto di riferimento e con gli strumenti e le risorse umane, strumentali, finanziarie disponibili.

Orizzonte pluriennale. L'arco temporale di riferimento del Piano è il triennio, con scomposizione in obiettivi annuali e secondo una logica di scorrimento. La struttura del documento consente il confronto, anno per anno, degli obiettivi predisposti nel Piano con la Relazione sulla *Performance* di cui all'art. 10 comma 1, lettera b) del D. Lgs. 150/2009. Questa evidenza – a consuntivo – e con riferimento all'anno gestionale trascorso, i risultati organizzativi ed individuali conseguiti a fronte degli obiettivi programmati e in relazione alle risorse disponibili, con la rilevazione degli eventuali scostamenti.

Una prassi consolidata vuole che il premio di produttività sia erogata con tempistica anticipata rispetto alle previsioni della normativa vigente di cui al già richiamato D. Lgs. 150/2009. Rientra tra gli obiettivi di questa Direzione Aziendale **rendere coerenti le prassi con le norme** e, al contempo, non deludere o creare disagi di sorta al personale. A tal proposito **si richiama la disposizione che vuole che i premi di produttività non possono essere erogati se non previa approvazione della Relazione sulla *Performance* da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.**

2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli *stakeholder* esterni

In questa sezione si tiene conto delle esigenze dei numerosi portatori di interesse per i quali l'AOUP "P. Giaccone" deve essere uno strumento organizzato efficientemente e con efficacia operativa sia negli ambiti tecnico-assistenziali che amministrativi. I comitati e le associazioni di volontariato con i rappresentanti dei pazienti hanno istanze da portare avanti e chiedono la soluzione dei problemi.

2.1 Chi siamo

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo è un ente dotato di personalità giuridica pubblica ed autonomia gestionale, in conformità con il modello sancito dal D. Lgs 502/92 e dal D. Lgs. 229/99.

L'Atto Aziendale esplicita i principali cardini, elementi e modalità di funzionamento dell'organizzazione, oltre a presentare il modello organizzativo nelle sue diverse articolazioni.

Elemento caratterizzante dell'AOUP è l'essere polo universitario: in quanto tale, deve garantire le finalità di assistenza sanitaria che è parte integrante della formazione degli studenti in medicina, di quelli delle professioni sanitarie e dei medici in formazione. Inoltre l'AOUP è chiamata a realizzare le condizioni favorevoli per la ricerca clinica applicata.

Le funzioni di assistenza, didattica e ricerca sono svolte in forma integrata e opportunamente regolamentate da Protocolli d'intesa tra la Regione, a mezzo dell'Assessorato della Salute, e l'Università.

Nell'ambito delle relazioni con il Sistema Sanitario regionale l'Azienda:

- sviluppa gli obiettivi di salute e attualizza gli obiettivi di politica sanitaria individuati nel Piano Sanitario Regionale;
- è impegnata nell'attivazione dei processi necessari all'elaborazione degli strumenti di programmazione sanitaria regionale;
- tiene conto delle preferenze espresse dai propri utenti perché questo costituisce elemento qualificante anche per il S.S.R. nel suo insieme;
- garantisce l'affidabilità clinica, assistenziale, economica e finanziaria, tramite lo sviluppo del sistema di *governance* interna;
- attua le politiche regionali in tema di formazione e aggiornamento del personale, di attività di ricerca e innovazione, di informazione e comunicazione con i cittadini, di facilitazione all'accesso ai servizi, di sviluppo degli strumenti per il governo clinico.

L'Azienda persegue e garantisce l'unitarietà della gestione attraverso la Direzione strategica, le responsabilità dirigenziali e nella supervisione degli Organi di controllo. Sviluppa le attività in coerenza con il Piano sanitario regionale e la propria *mission* istituzionale, concordata anche in sede Rettorale.

Per servire al meglio pazienti e studenti, l'Azienda ricerca nel contesto economico, culturale e sociale del territorio di riferimento, forme di confronto e di collaborazione con tutti i possibili soggetti coinvolti, *stakeholder* specifici e portatori di interesse della collettività generale, che rappresentano attese di servizio e bisogni da soddisfare.

Inoltre, promuove e coltiva le relazioni con le Istituzioni e con le Organizzazioni pubbliche e private, portatrici di interesse diffusi nell'ambito della sfera di azione dell'Azienda, in primo luogo con l'Università e la Scuola di Medicina, nonché con gli *stakeholder* esterni.

In questo Piano è opportuno precisare che da cinque anni il Policlinico è soggetto ad una profonda ristrutturazione edilizia per l'ammodernamento di diversi padiglioni, per il miglioramento della

viabilità interna finalizzata anche ad agevolare i collegamenti tra i dipartimenti e tra le unità operative, per la realizzazione della PET e di altre strutture a vantaggio dello sviluppo tecnologico in senso lato dei vari plessi e strutture. L'AOUP è consapevole del disagio recato all'utenza esterna e interna, e a causa della sua inevitabilità confida nel buon senso dei cittadini che si trovano ad affrontare simili scomodità. Tutti gli operatori sanno benissimo che chi giunge in ospedale porta con sé un animo preoccupato e teso per i problemi che si trova ad affrontare. Il temuto ritardo rispetto all'orario dell'appuntamento per l'esecuzione di una visita, di un esame o di una terapia crea comprensibile ansia nell'utenza per via della preoccupazione di non riuscire a compiere quanto atteso. Pertanto, la Direzione ringrazia quanti, comprendendo questa ansia, si preoccupano di rendere più lieve la permanenza dell'utenza in questa struttura e di assicurare i pazienti facendoli sentire a loro agio.

2.2 Cosa facciamo

L'AOUP opera nel settore dell'ospedalità pubblica nell'ambito della rete dei servizi sanitari della Regione Siciliana e si caratterizza, anche in virtù della connotazione universitaria, per un'offerta assistenziale variegata e complessa. Essa rappresenta un punto di riferimento non solo per il bacino provinciale, ma, nel caso di alcune specialità di eccellenza, anche per il bacino regionale.

Le prestazioni vengono effettuate in regime di elezione, di ricovero (ordinario, in Day Hospital) e in regime ambulatoriale e di Day Service, nonché in urgenza, attraverso il Pronto Soccorso attivo nelle 24 ore.

Sono presenti, oltre alle specialità generaliste, numerose discipline specialistiche medico-chirurgiche, che forniscono un'offerta assistenziale diversificata e fondamentale anche per la completa formazione degli studenti in Medicina.

Nella rete regionale dell'Emergenza, l'AOUP si configura come D.E.A. di II livello e garantisce il Pronto Soccorso Generale ed Ostetrico, ma anche perché nell'ospedale sono presenti la Rianimazione, la Terapia Intensiva Coronaria (UTIC) e l'Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN).

Per quanto riguarda i Servizi Intermedi, sono presenti i Dipartimenti di Scienze Radiologiche, di Diagnostica di Laboratorio e dei Servizi Centrali d'Ospedale.

L'attività di Riabilitazione, finora presente solo in forma ambulatoriale, è destinata nel breve periodo a svilupparsi con l'attivazione di posti letto dedicati, nell'ambito dell'attuazione dei programmi per i pazienti post acuti, mentre la lungodegenza sarà dotata di un maggior numero di posti letto. Con l'ultimo Atto aziendale è stata varata la realizzazione della "*Stroke unit*" nell'UO di Neurologia. L'AOUP esercita l'attività assistenziale con l'ausilio di moderne tecnologie-scientifiche innovative e di avanzati programmi di assistenza, nel rispetto dei principi di etica, facendo proprie le disposizioni del Patto per la Salute e in particolare per il perseguimento dell'appropriatezza, efficienza e economicità dell'utilizzo delle risorse.

I professionisti possono fruire di piani formativi annualmente definiti sulla base dei bisogni rilevati dagli stessi e di esigenze derivanti da obblighi di legge o dall'implementazione e/o sviluppo di nuovi modelli e strumenti organizzativi. Dal 2012 l'AOUP aderisce al modello *Joint Commission International* sui *privileges* di cui al D.A del giugno 2012, per le attività di Pronto Soccorso, Cardiologia, Ostetricia e Ginecologia.

Coerentemente con gli indirizzi che scaturiscono dalla programmazione sanitaria regionale, l'AOUP si adopera per la riqualificazione dell'offerta assistenziale, attuando politiche di sviluppo per l'integrazione ospedale territorio e con le altre strutture sanitarie che insistono nell'area metropolitana di Palermo, con le quali, attraverso il Piano Attuativo Aziendale (PAA) costruisce e sviluppa percorsi comuni ed integrati sulle principali aree di interesse del Piano Sanitario Regionale (PSR).

È ormai consolidato un modello condiviso ed integrato di programmazione delle azioni, con la finalità di migliorare il SSR attraverso quattro principali direttrici:

- il potenziamento dell'assistenza e dei servizi forniti sul territorio
- la rimodulazione dei ruoli delle strutture ospedaliere
- una maggiore integrazione tra i servizi esistenti
- la semplificazione organizzativa.

In tale ottica, l'AOUP partecipa alle seguenti reti regionali:

Rete dell'infarto; Rete per le emergenze delle malattie cerebro-vascolari; Rete dello Stroke; Rete delle aritmie; Rete regionale di consulto neurochirurgico; Rete del politraumatizzato; Rete del Trapianto di rene e dialisi; Rete Regionale Reumatologica; Rete Regionale Epatite C; Percorso diagnostico assistenziale delle malattie celiache; Percorso Gestione integrata Scompenso Cardiaco; Percorso Gestione Integrata Diabete Mellito di tipo 2); Rete terapia biologica delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino; Rete Regionale delle Malattie Rare; Rete Cure palliative e terapia del dolore.

Inoltre l'azienda collabora alla realizzazione di percorsi assistenziali attraverso l'offerta qualificata e appropriata di prestazioni specialistiche, e attraverso l'adozione di specifici protocolli per la continuità assistenziale come ad esempio le dimissioni protette per pazienti non autosufficienti e le dimissioni facilitate per i pazienti cronici.

L'AOUP, anche in virtù dell'essere polo universitario, è Centro di Riferimento Regionale (CRR) per numerose patologie:

Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare del metabolismo e delle ghiandole endocrine; Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie neuromuscolari; Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare dermatologiche; Coagulopatie rare nel bambino e nell'adulto; Prevenzione, diagnosi e cura dei Tumori Rari e Tumori solidi Eredofamiliari dell'adulto; Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare del metabolismo; Diagnosi e Cura delle Poliendocrinopatie Autoimmuni e del diabete di tipo 1); AIDS; Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie neuromuscolari; CRR per il trattamento degli emangiomi infantili.

A queste si aggiunge l'istanza inviata all'Assessorato della Salute il 22.06.2017 ai fini del riconoscimento di CRR per le Malattie Rare afferenti alle seguenti UOC:

Endocrinologia e Malattie metaboliche, Neurologia con Stroke Unit e Neurofisiopatologia, Medicina Interna con Stroke Care, Dermatologia e Malattie Sessualmente trasmesse, Malattie Infettive CRR AIDS, Ematologia, Medicina Clinica, Respiratoria e delle Urgenze, Cardiologia, Odontoiatria, Oncologia Medica.

L'AOUP partecipa, inoltre, a numerosi progetti nazionali e regionali. Si citano di seguito:

Il progetto pilota di Teleradiologia nell'ambito del progetto "Servizi di Telemedicina e Teleformazione" con sistema di trasmissione a distanza di immagini radiologiche di TAC e di RMN per l'erogazione di un servizio di teleconsulto radiologico di second opinion; Il progetto obiettivo nell'ambito del PSN 2012 - Diagnosi infezione da HIV, finalizzato alla diffusione della conoscenza dei rischi connessi alla trasmissione dell'infezione; il progetto obiettivo nell'ambito del Piano regionale della prevenzione – Screening uditivo neonatale; Il progetti obiettivo del PSN sulla Riabilitazione nei reparti critici, finalizzato a dare continuità e senso alla cura del paziente coniugando cure e cure nel progetto terapeutico; il progetto Accoglienza Non Collaboranti: Orientamento alle Risorse assistenziali (A.N.C.O.R.A.) che, in affiancamento all'ambulatorio specifico per i disabili, offre agli utenti opportunità terapeutiche ed esperenziali di tipo psicologico e riabilitativo.

L'UO di Chirurgia Pediatrica ha ricevuto la certificazione di qualità con assegnazione del "bollino blu", quale unità operativa ad altezza di bambino.

La stessa UO riceve il supporto assistenziale e umano dell'Associazione Bambino in Ospedale (ABIO).

In ambito gestionale, l'AOUP, per mezzo del nuovo servizio per la “Internazionalizzazione e la Ricerca Sanitaria” offre un supporto tecnico-operativo per promuovere l'accesso ai programmi europei per la ricerca e l'innovazione.

Per una descrizione dell'offerta dei servizi si rimanda alla Carta dei servizi pubblicata sul sito e costantemente aggiornata.

2.3 Come operiamo

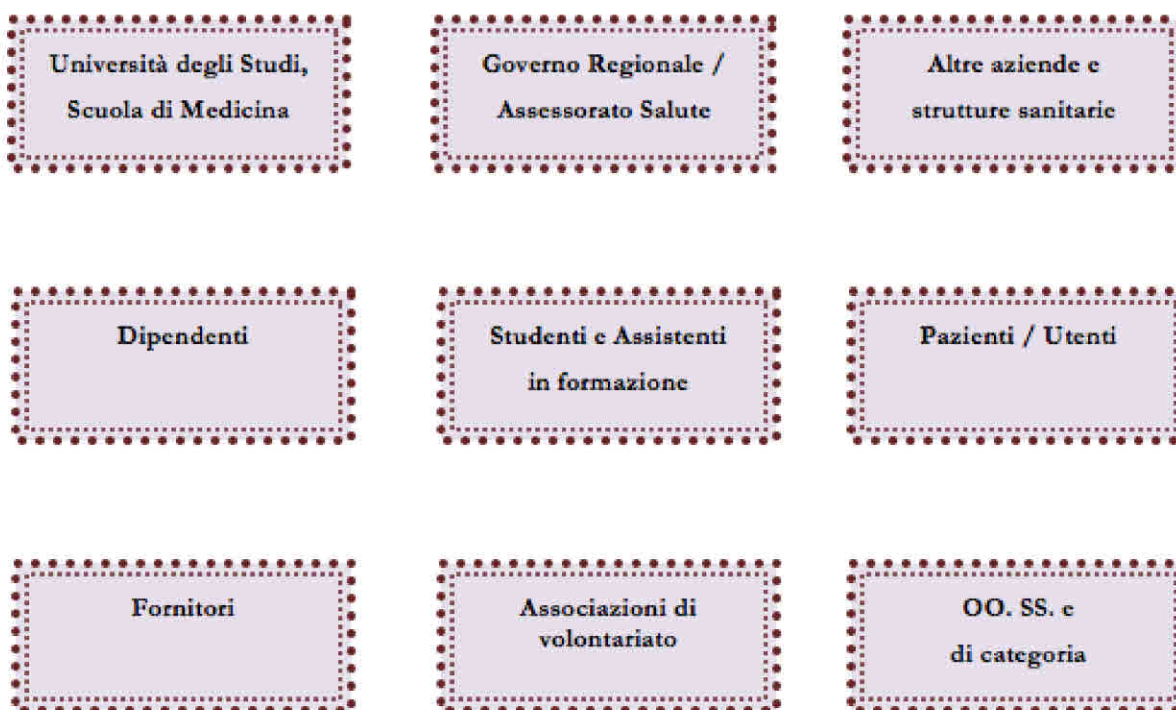
L'AOUP ha richiamato nell'Atto Aziendale i principi ispiratori della gestione:

- Punitarietà gestionale, è perseguita attraverso la Direzione strategica, il Collegio di Direzione, nel rispetto dell'applicazione dei Protocolli che regolamentano la collaborazione tra Università e Regione;
- l'orientamento ai bisogni dell'utenza e il miglioramento dei processi clinici e assistenziali, attraverso l'informazione e la comunicazione istituzionalizzata con i cittadini, nonché attraverso le procedure di raccolta delle istanze degli utenti e il loro giudizio sull'offerta dei servizi;
- l'integrazione ospedale-territorio;
- il governo clinico, incentrato su:
 - coerenza con gli indirizzi e gli obiettivi regionali
 - sicurezza del paziente
 - valutazione degli esiti
 - monitoraggio dei tempi di attesa
 - qualità della documentazione sanitaria
 - sviluppo delle competenze
 - valutazione della *performance*
 - programmazione e controllo di gestione con la logica del “governo delle attività sanitarie da cui discendono effetti economici”;
- l'innovazione gestionale e l'ammodernamento tecnologico, con riferimento all'adozione e sviluppo di nuovi *setting* assistenziali;
- la centralità delle persone che lavorano in Azienda, con riferimento alle politiche e ai sistemi di gestione funzionali a costruire condizioni di pari opportunità, con particolare attenzione agli ambiti di sviluppo professionale delle carriere e degli ambiti di lavoro. In particolare, manca ancora in Azienda il “Piano delle pari opportunità”, che è prioritario inserire tra gli obiettivi urgenti da perseguire;
- le relazioni sindacali, con riferimento al costante costruttivo confronto, sempre teso alla ricerca di equilibrio tra le attese e le aspirazioni dei singoli e le finalità dell'azienda stessa, nel quadro delle compatibilità organizzative e degli istituti contrattuali;
- la responsabilizzazione gestionale, perseguita soprattutto attraverso l'attribuzione degli incarichi e di obiettivi, nonché attraverso la misurazione e la valutazione dei risultati conseguiti;
- lo sviluppo della responsabilizzazione gestionale e professionale, attraverso deleghe e poteri, assegnati in primo luogo al Direttore Sanitario, al Direttore Amministrativo, ai Direttori dei Dipartimenti ed ai Direttori di Struttura complessa.

2.3.1 GLI STAKEHOLDER

Gli stakeholder possono essere divisi in due grandi categorie:

- *Interni all'AOUP*: comprende i dipendenti che tengono ad avere un ambiente tranquillo, sano e stimolante, contenti di vedersi crescere professionalmente per adempiere al meglio le funzioni assistenziali o amministrative che sono chiamati a svolgere. Il Rettore e l'Università di Palermo nutrono interessi a che le funzioni universitarie medico chirurgiche possano essere svolte bene negli ambiti di ricerca, didattica e assistenza, funzionale questa alle prime due.
- *Esterni all'AOUP*: sono gli organi di governo regionale, i pazienti che scelgono le nostre strutture per i servizi offerti dall'azienda, gli studenti dei corsi di laurea in medicina e delle professioni sanitarie, gli assistenti medici in formazione, gli studenti stranieri dei programmi ERASMUS, fornitori delle tecnologie e dei presidi sanitari e di supporto alle attività assistenziali.



Nelle scelte decisionali dei *manager* della sanità, il giudizio degli *stakeholder* acquista sempre più rilevanza. La loro individuazione e gli interessi di cui sono portatori è uno dei punti di partenza per sviluppare politiche di partecipazione coerenti con la visione dichiarata e la tipologia e qualità di servizi da approntare e sostenere. La difficoltà di fondo risiede nell'ampio ventaglio di azioni da mettere in campo per il soddisfacimento delle istanze sanitarie e amministrative. Sebbene l'influenza esercitata da ciascuno di essi sia differente, a seconda del ruolo esercitato, negli atti amministrativi dell'Azienda deve essere esplicito e trasparente l'impegno a ricercare i vantaggi reciproci attraverso soddisfacenti servizi.

2.3.2 I PAZIENTI

La centralità dei pazienti/utenti nel sistema sanitario è un valore di fondo e la ragion stessa dell'esistenza del servizio. I nuovi modelli organizzativi e le attuali metodologie gestionali mirano a trasformare la soggettiva autoreferenzialità in dati oggettivi e misurabili: la misurazione della "Qualità percepita" del servizio erogato deve essere strumento guida per conoscere l'immagine di noi che si è portata dietro il paziente e che trasferirà ad altri in un "passa parola" che mantiene nel tempo costante la sua efficacia nel bene e, purtroppo, anche nel male.

All'interno dell'Azienda opera, nell'ambito dell'Unità di Staff Comunicazione ed Informazione, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) con il compito di promuovere programmi per il miglioramento della soddisfazione del cittadino/utente ed implementare strumenti per l'informazione, la comunicazione e l'ascolto dei cittadini. Si confida anche nel comitato consultivo aziendale e nell'attività costruttiva delle organizzazioni sindacali per analizzare e correggere le criticità che costantemente e inevitabilmente sorgono. Gli strumenti posti in essere (sistema dei suggerimenti, indagini di soddisfazione degli utenti, carte dell'accoglienza) insieme ai programmi per il miglioramento della qualità delle cure e della sicurezza dei pazienti (*Standard Joint Commission International (J.C.I.) Patient safety*) e a quelli per l'accreditamento delle strutture (Ospedale all'altezza dei bambini, Servizio di Immunologia e Medicina trasfusionale, Punto nascita e Servizio PMA per coppie HIV sierodiscordanti) consentono di monitorare la qualità dei servizi e, anche se in modo non esaustivo, costituiscono un cruscotto di indicatori in grado di offrire continuamente spunti di miglioramento.

Le dimensioni della qualità indagate sono esplicitate nei diversi documenti sugli *Standard generali della qualità dei servizi*, come:

- l'orientamento alla specificità e il rispetto della persona
- la cura della relazione con il paziente/utente
- la tutela della *privacy*
- l'accessibilità fisica
- la vivibilità e il comfort dei luoghi di cura
- la tempestività delle prestazioni
- l'accesso alle informazioni
- la semplificazione e trasparenza
- l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sì da controllare il fenomeno negativo e professionalmente sconcertante della "medicina difensivistica" e non "difensiva".
- la sicurezza dei pazienti

Ogni dimensione è articolata in elementi misurabili, cui corrispondono indicatori e *target* di riferimento. Lo sviluppo di tale piattaforma sia in termini di contenuti che di "sistema di monitoraggio" costituisce un obiettivo strategico per il triennio di riferimento del piano della *performance*, così come costituisce un obiettivo operativo costante l'aggiornamento della Carta dei Servizi. Vi è una carenza in Azienda che va di certo affrontata con urgenza che è la definizione degli "Standard di qualità dei servizi", di cui alla delibera CiVIT n. 88/2010: "Linee guida per la definizione degli standard di qualità (art. 1, comma 1, del D. Lgs. 198/2009). Si tratta di un processo per la definizione e misurazione degli standard di qualità che va collocato all'interno dell'impianto metodologico che le amministrazioni pubbliche devono attuare per sviluppare il ciclo di gestione della performance e, più in generale, per attuare quanto previsto dal D. Lgs. 150/2009, in materia di "Misurazione, Valutazione e Trasparenza della Performance". La definizione degli standard, benché guidata dalla delibera predetta, deve tenere conto di quanto previsto dall'aggiornamento delle norme sulla trasparenza e sulla prevenzione della corruzione. Questo sistema della qualità – come espressamente detto dalla delibera 88/2009 – deve assicurare in prospettiva:

- il miglioramento della qualità dei servizi pubblici, attraverso la revisione periodica e, quindi, l'innalzamento progressivo degli standard di qualità;
- l'ottimizzazione dei costi dei servizi erogati, per via del progressivo miglioramento degli standard economici.

2.3.3 LE RISORSE UMANE

Il tema delle risorse umane in ambito sanitario è particolarmente strategico, in quanto il personale con le sue competenze professionali rappresenta la principale risorsa produttiva che condiziona la qualità delle prestazioni e influisce sulla soddisfazione del paziente. Nell'atto aziendale, l'attenzione al personale è uno dei principi basilari. L'AOUP intende concretizzare tale visione attraverso:

- l'utilizzo dello strumento dell'indagine sul benessere del personale
- la creazione di un ambiente di lavoro sano, collaborante, stimolante
- l'attuazione di programmi aziendali per la promozione della salute del personale, attraverso specifici programmi di sorveglianza sanitaria
- la formazione continua, attraverso piani formativi sempre più aderenti alle esigenze dei professionisti nei contenuti e nelle modalità di apprendimento proprie degli adulti
- il processo di miglioramento individuale attraverso la valutazione della *performance* dei singoli, delle *equipes* e dell'Azienda nel suo complesso
- lo sviluppo di un sistema di efficace comunicazione interna e di un sistema di rendicontazione e trasparenza che accresca partecipazione e appartenenza
- lo sviluppo di politiche di pari opportunità
- lo sviluppo di regole condivise basate sulla professionalità, responsabilità ed etica.

In tale ottica, l'Azienda si impegna a sviluppare con efficacia i Programmi di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della corruzione, come voluto dalla Legge 190 del 2012.

2.3.4 ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO E COMITATO CONSULTIVO AZIENDALE

I Comitati Consultivi aziendali (CCA) sono organismi istituzionali delle Aziende Sanitarie della Regione siciliana, istituiti dalla riforma della sanità regionale (art. 9, commi 8 e 9 della L.R. 14 aprile 2009, n. 5). Nell'AOUP il Comitato consultivo, costituito da operatori e rappresentanti delle associazioni, opera dal 2010 nel doppio ruolo di verifica della funzionalità dei servizi sanitari e di proposta di miglioramenti. Nel 2017 è stato rinnovato con la nomina di nuovi soggetti. L'attività è regolamentata con apposito atto.

2.3.5 LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

L'Azienda vuole adottare politiche e stili relazionali improntati alla chiarezza e alla trasparenza delle proprie scelte e dei propri comportamenti confrontandosi costantemente con le Organizzazioni sindacali di categoria e con le Rappresentanze Sindacali unitarie secondo criteri e prassi definite dai Contratti Nazionali di lavoro e dalle disposizioni di legge in materia e nel rispetto delle funzioni e delle distinte responsabilità proprie dei Sindacati e dell'Azienda.

Le relazioni sindacali si devono articolare negli strumenti operativi della corretta gestione dell'informazione, della consultazione, della concertazione e della contrattazione integrativa aziendale, in riferimento alle materie per le quali la legge e la contrattazione collettiva nazionale prevedono l'applicazione di detti strumenti.

I Regolamenti relativi alle materie del contratto nazionale e alle leggi per le quali è prevista l'informazione, la consultazione o la concertazione, li emana il Direttore Generale dell'Azienda nel rispetto delle prerogative sindacali previste dalle norme e dai contratti collettivi e pubblicati sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Una sana interlocuzione con le OO.SS. è uno dei punti fondamentali su cui l'Amministrazione punta per lo sviluppo dei servizi aziendali.

2.3.6 I FORNITORI

L'attività contrattuale per la fornitura di beni e servizi dell'Azienda si ispira ai principi determinati dal D. Lgs. 163/2006 "Codice degli appalti" e s.m.i. nonché dalla L. n. 109/94 nel testo coordinato con le LL. RR. n. 7/2002, 7/2003 e 16/2005. L'Azienda, in congruenza alle disposizioni sopra citate, conforma la propria attività contrattuale ai principi di economicità, efficacia, tempestività e correttezza, nonché ai principi comunitari di libera concorrenza, parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità e pubblicità.

I contenuti dell'attività contrattuale e le modalità di svolgimento delle procedure ad essa collegate sono finalizzati ad assicurare libera e paritaria concorrenza tra gli operatori economici, nel rispetto delle norme a tutela dei diritti dei lavoratori in tema di sicurezza e di regolarità delle posizioni retributive, contributive ed assicurative. L'Azienda, per uniformare le proprie attività ai principi di economicità, efficienza ed efficacia può affidare a terzi, secondo modalità previste da leggi o regolamenti, singole attività, specifici servizi o rami di attività purché queste non costituiscano attività istituzionali di natura sanitaria.

L'Azienda informa preventivamente gli operatori economici sui criteri e le modalità di individuazione dei contraenti avvalendosi, di volta in volta, di sistemi che privilegiano i profili economici ovvero quelli funzionali e qualitativi dell'offerta ed utilizzando tutti i sistemi di comparazione delle offerte, comprese quelle pervenute per via telematica.

Nell'ambito delle sinergie tra le aziende del SSR, l'Azienda fa propri i principi delineati dalla pianificazione regionale relativamente alla riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative (consorzi interaziendali dei servizi di supporto) e all'avvio di forme di aggregazione sovra aziendali di servizi sanitari di supporto.

È obiettivo prioritario di questo triennio ridurre progressivamente i tempi di pagamento sì da ottenere i risultati standard previsti dalle norme.

In ordine al Piano per la prevenzione della corruzione che classifica l'attività relativa agli appalti ad alto rischio, assumono particolare rilevanza, quali misure di prevenzione del rischio, i Patti di integrità e i protocolli di legalità che prefigurano un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

Tali tematiche devono trovare puntuale e completa diffusione nelle sezioni del sito web "Amministrazione Trasparente". In più occasioni l'POIV, come gli compete, ha evidenziato la carenza di informazioni previste dalle norme sugli obblighi della trasparenza.

2.3.7 L'INTERAZIONE CON LE ALTRE STRUTTURE OSPEDALIERE E SANITARIE

Fondamentale appare il rapporto avviato fra l'AOUP e le strutture che insistono nell'area metropolitana, nell'ambito dell'attribuzione dell'offerta secondo criteri di appropriatezza tra strutture ospedaliere e tra l'ospedale e il territorio. In un precedente paragrafo è stata evidenziata l'importanza delle reti e dei percorsi assistenziali, quale contributo specifico alla qualità complessiva della sanità regionale.

2.3.8 IL RAPPORTO CON L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI

I rapporti tra l'Azienda e l'Università degli Studi di Palermo sono regolati dal Protocollo d'Intesa vigente tra Regione Siciliana e l'Università. Le sinergie da sviluppare a reciproco beneficio sono intrinseche alla missione stessa dell'AOUP. La costante interlocuzione con il Rettore e gli Organi dell'Ateneo è fondamentale, specie per l'attuazione del Progetto "Policlinico 2020" (v. allegato).

2.3.9 GLI STUDENTI E GLI ASSISTENTI IN FORMAZIONE

L'AOUP, quale azienda di riferimento dell'Università di Palermo, è chiamata a soddisfare le esigenze degli studenti nei loro bisogni di apprendimento e di addestramento, assicurando un ambiente di lavoro qualificato, stimolante, costruttivo per alimentare la passione per la ricerca e lo studio. A tale scopo esistono protocolli con la Regione e altre Università a sostegno della formazione di base e specialistica.

L'attuazione delle norme regionali e nazionali sulla gestione dell'ospedale consente agli studenti e specializzandi di svolgere la loro attività in un ambiente modernamente evoluto, ma nell'ambito delle prescrizioni del D.A. dell'11.10.2011 pubblicato in GURS n. 45 del 28 ottobre 2011.

2.3.10 INTERAZIONE CON L'ASSESSORATO E IL MINISTERO DELLA SALUTE

All'interno del più vasto sistema nazionale, ai sensi della L. R. 56/94 la Regione Sicilia svolge funzioni di programmazione, indirizzo, controllo nonché di coordinamento delle Aziende Sanitarie attraverso le indicazioni del Piano Sanitario Regionale (art. 1 del d.lgs.n. 502/92).

Nel paragrafo precedente si è data evidenza delle coerenze di programmazione tra l'AOUP e la sua ragion di essere nel sistema regionale, sottolineando anche la valenza di riferimento di eccellenza e innovazione.

Tra gli *stakeholder* la Regione è quello che ha un elevato interesse ad ottenere risposte da questa azienda in termini di risultati sia sanitari sia economici.

L'AOUP nel 2016 è stata sottoposta dall'Assessorato Regionale, sulla base di disposizioni ministeriali, all'emanazione di un Piano di efficientamento finalizzato all'ottenimento dell'equilibrio economico.

La legge 28 dicembre 2015 n. 208 (Legge di stabilità 2016) all'art. 1, commi 524, 525 e 526, introduce i Piani delle Aziende Ospedaliere (AO), Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) e Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici come strumenti per il perseguimento dell'efficienza gestionale delle aziende stesse da approvarsi ai sensi dell'art. 1, commi 529 e 530 della legge 28 dicembre 2015, n. 208. Nel dettaglio, il comma 524 della stessa legge, individua come determinante dell'ingresso nei piani di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, la presenza di almeno una delle seguenti condizioni:

- uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività, ai sensi dell'art. 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, pari o superiore al 10 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro, secondo le modalità di individuazione descritte nell'allegato tecnico a) del decreto;
- il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, valutato secondo la metodologia prevista dal decreto di cui al comma 526, secondo le modalità di individuazione descritte nell'allegato tecnico b) del decreto.

Questa Azienda, ricadendo nella prima delle due condizioni, si trova tra gli enti individuati ai sensi del comma 524, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 che dovranno predisporre il piano di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, da trasmettere alla Regione entro i 90 giorni successivi all'emanazione del D.A. 1649/2016 che nella fattispecie rappresenta il provvedimento di riferimento.

In considerazione dell'entità dello squilibrio presente quale approssimazione dell'inefficienza gestionale, i Ministeri consigliano, nel caso delle aziende come la nostra, per le quali lo scostamento percentuale (S%) risulta pari o inferiore al 20%, un rientro al termine del triennio di vigenza del piano di almeno il 70% di detto scostamento, con un minimo di rientro sin dal primo anno di vigenza del 20%, lasciando alla programmazione regionale l'individuazione della soglia per i successivi due anni.

Con nota prot.n 5° Dip/74110 del 13.09.2016, a firma del Dirigente Generale del Dipartimento Pianificazione Strategica dell'Assessorato regionale della Salute, P.A.O.U.P. è stata invitata a concordare e formalizzare con il Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Palermo un piano di rientro, ai sensi della normativa vigente, da trasmettere allo scrivente Dipartimento, al fine di recuperare con specifiche azioni strategiche, nell'ambito di un triennio, lo scostamento negativo registrato a consuntivo dell'esercizio 2015.

Il Piano di efficientamento, redatto da un gruppo di lavoro costituito da professionisti interni all'azienda sia ospedalieri che universitari è stato inviato in Assessorato per l'esame ed eventuale approvazione.

Il Piano di efficientamento ha avuto come obiettivi principali da un lato il contenimento dei costi, dall'altro l'incremento della produttività. Allo stato attuale l'Azienda è esposta a diverse e severe criticità e inefficienze:

- la parcellizzazione degli ordini;
- la distribuzione dei materiali in diversi dipartimenti con amplificazione delle giacenze;
- la difficoltà ad assicurare presso i magazzini delle diverse UU.OO. i necessari controlli atti a garantire una gestione trasparente e tempestiva nel carico/scarico di farmaci e presidi con conseguenti rischi di sprechi per la possibilità di materiale non utilizzato e che potrebbe andare in scadenza. Con la pluralità dei magazzini anche le attività di controllo ispettivo da parte della Direzione e del Collegio Sindacale, come è già avvenuto, risultano laboriose.

Già nel corso del 2014 è stata operata, con effetti positivi, la centralizzazione parziale degli acquisiti dei materiali di sala operatoria in uso agli anestesisti, assegnando la responsabilità di approvvigionamento al loro direttore.

La centralizzazione dei magazzini di deposito, già avviata nel corso del 2016, entrerà a regime nel 2017.

Complessivamente si sta puntando al rilancio delle attività chirurgiche, recuperando, in termini quali-quantitativi, una parte degli interventi non effettuati negli anni precedenti per riduzione "forzata" dei pp.ll. chirurgici, del numero delle sale operatorie attive e, conseguentemente, delle stesse sedute operatorie.

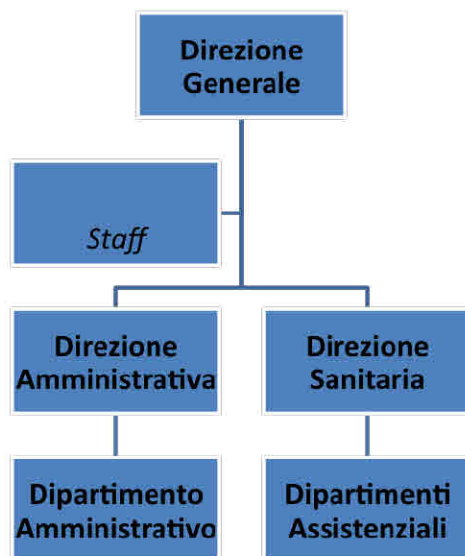
3. Identità

L'Azienda è situata a Palermo, in via del Vespro 127 ed è costituita da un unico Presidio Ospedaliero che si sviluppa in 12 Edifici e 15 Plessi, di cui 3 plessi sono situati all'esterno del Policlinico: in via La Loggia, in corso Tukory e in via Cardinale Rampolla. Quest'ultimo, un tempo ospitava l'Istituto Materno Infantile, è da alcuni anni disattivato. In via La Loggia sono rimasti gli ambulatori di Neurologia e Psichiatria, dopo che i pazienti sono stati trasferiti nella struttura principale di via del Vespro.

Inoltre, l'AOUP utilizza in locazione due strutture che ospitano le funzioni amministrative: in via Enrico Toti 10 e in via Bergamo 61.

3.1 Organigramma aziendale

L'organigramma aziendale di vertice non è differente rispetto alle altre aziende sanitarie. In atto il rappresentante legale dell'Azienda è un Commissario Straordinario per via della dimissione del Direttore Generale avvenuta il 28 febbraio 2017. Sono rimasti in servizio il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo.



L'organigramma delle strutture assistenziali e amministrative è stato ridefinito dall'ultimo Atto Aziendale, approvato dall'Assessorato Regionale della Salute con Decreto n. 1262 del 23 giugno 2017 e pubblicato sul sito aziendale.

3.2 L'amministrazione in cifre

Attraverso l'uso delle tabelle si specificano le categorie professionali della forza lavoro dell'Azienda, che vede sostanzialmente un corpo docente dipendente dal Ministero dell'Università e della Ricerca e che eroga servizi assistenziali al Policlinico, dipendenti dell'Università ma non docenti, dipendenti dell'Azienda, personale a tempo indeterminato e determinato, contratti di collaborazione professionale.

Il debito orario degli universitari all'assistenza è pari al 50%. Nella prassi non vi è la netta scissione tra le attività di docenza, assistenza e ricerca applicata, perché mentre si svolge l'una, ad esempio l'assistenza, si svolge contestualmente la didattica agli studenti o specializzandi e la ricerca applicata. Tutto il personale è obbligato al rilevamento oggettivo della presenza nella struttura attraverso la registrazione dell'orario di entrata e uscita.

3.2.1 RISORSE UMANE

In osservanza della nota del 23.06.2017 dell'Assessorato alla Salute si è provveduto, nel rispetto dei termini indicati, a formalizzare, secondo il format richiesto, la programmazione triennale del proprio fabbisogno di personale. Tale atto, propedeutico a qualsivoglia procedura di reclutamento nella PP. AA., declina, per il triennio, le unità di personale da assumere per ruolo e profilo, tenuto conto dei posti da ricoprire di cui alla deliberazione n. 505/2017. Il format compilato evidenzia, per anno, il numero di unità da assumere, i costi da sostenere, sì da rispettare il tetto di spesa e garantire l'equilibrio economico-finanziario.

Le modalità di assunzione del personale sono estese alla stabilizzazione di quelle unità in possesso dei requisiti previsti dal DPCM 06.03.2015, limitatamente alle percentuali previste. Ciò premesso, entrando nelle peculiarità aziendali, occorre rammentare che l'AOUP, nella riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 02/04/2015 n. 70, è stata identificata, unitamente all'ARNAS Civico, quale DEA di II livello dell'area metropolitana di Palermo. L'AOUP è risultata in possesso dei requisiti strutturali e tecnologici richiesti per la qualificazione a DEA di II livello. Tuttavia dovrà organizzare i percorsi terapeutico-assistenziali già esistenti, di modo che possa diventare, nel breve e medio periodo, punto di riferimento di alta specializzazione della rete ospedaliera di emergenza e urgenza della Sicilia centro-orientale (2.300.000 abitanti).

Nella programmazione della rete ospedaliera sono stati attribuiti 527 posti letto per acuti, distinti in 491 posti letto per acuti, di cui 433 in degenza ordinaria e 58 in regime diurno; 36 per la post acuzie, di cui 35 in regime ordinario e 1 in regime diurno; 43 posti letto equivalenti per lo svolgimento dell'attività in regime di DSAO.

L'AOUP, coniuga, nella sua *mission*, tre funzioni diverse e rilevanti, ovvero le funzioni assistenziali, formative e di ricerca, in atto regolate dal protocollo d'intesa tra la Regione siciliana e l'Università degli Studi di Palermo approvato con D. A. 29/01/2015, di cui in questa sede si richiamano segnatamente gli artt. 2, 8, 9, 13,14 e 15. In rapporto ai 527 posti letto, la nuova dotazione organica della dirigenza medica si incrementerà di 167 unità, passando dalle attuali 425 a 592 unità; il personale del comparto tanto sanitario che degli altri ruoli, di 348 unità oltre le attuali 1.146. A regime, le 592 unità di personale medico, 423 saranno addette alla degenza e 169 ai servizi; dei 708 infermieri, 567 saranno addetti alla degenza e 141 ai servizi; completano l'organico assistenziale 270 tra OSS e Ausiliari. Saranno prioritariamente potenziate le UU. OO. dedicate alle Terapie Intensive e Sub-intensive e alle Aree di Emergenza e Urgenza e fino a completamento di quanto prevede l'Atto aziendale.

Per i Profili della Dirigenza sanitaria non medica e Comparto sanitario si è previsto un totale complessivo di n. 200 unità di cui 59 Dirigenti sanitari e 141 unità di Comparto sanitario, con esclusione della professionalità dell'infermieri. Pertanto, occorreranno n. 69 unità distribuite nei vari profili per il comparto sanitario e 14 unità di personale appartenente alla Dirigenza sanitaria non medica. Per il ruolo Tecnico, dirigenza e comparto, sono previste figure di particolare utilità per l'AOUP.

Ruolo Amministrativo e Professionale. Al fine di promuovere un innovativo processo di rifunzionalizzazione, si ritiene opportuno introdurre professionalità strategicamente essenziali e a tutt'oggi carenti, per sostenere il miglioramento dei percorsi di contabilità, controllo di gestione, sistemi informativi, in grado di rielaborare e riclassificare i dati, curando l'aggiornamento e l'anagrafica dei *data-base*, sì assicurare puntualità e correttezza in risposta alle esigenze informative ministeriali e regionali. In considerazione del Percorso di Certificabilità dei Bilanci (PAC), che

assoggetterà tutta la struttura, a partire da novembre 2017, alla verifica e revisione di tutti i percorsi organizzativi da parte di soggetti terzi, appartenenti alle Società di revisione, sono state quantificate ulteriori 3 unità di personale della dirigenza professionale, n. 8 nella dirigenza del ruolo amministrativo. In particolare, si dettagliano i profili afferenti alle suddette aree: Dirigenza professionale 8 (attuali 3); Comparto professionale, 4 (attuali 2); Dirigenza amministrativa, 11 (attuali 3); Comparto amministrativo, 177 (attuali 171). Totale: n. 200.

Metodologia e tempistica per la copertura dei posti vacanti

Assumendo le disposizioni dell'Assessorato Regionale sul reclutamento del personale, si prevede:

- la copertura del 50% dei posti vacanti con stabilizzazione dei contratti a tempo determinato - se in possesso dei requisiti di cui al DPCM 06.03.2015. (*Aver maturato, alla data del 30.10.2013, negli ultimi 5 anni un'anzianità di almeno 3 anni di servizio anche non continuativo con contratto di lavoro a tempo determinato*).
- la copertura del 25% per mobilità
- la copertura del rimanente 25% con concorso.

Confermando la priorità per le discipline dedicate alle terapie intensive e alle aree di emergenza, nel 2017, il personale delle varie categorie verrà reclutato secondo il piano triennale del fabbisogno, qui allegato.

3.2.2 INDAGINE SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO

È compito dell'Organismo Indipendente di Valutazione condurre l'Indagine sul Benessere Organizzativo, utilizzando, evidentemente, le strutture dell'AOUP. Ciò discende dall'art. 14 del D. Lgs. 150/2009 e dalle successive integrazioni e modificazioni di cui al D. Lgs. 74/2017.

3.2.2 PIANO DELLE PARI OPPORTUNITÀ

L'AOUP è priva di un Piano di Sviluppo per le Pari Opportunità. È compito di questa Direzione Strategica inserire già nel prossimo Piano Triennale della Performance 2018-2020 tale obiettivo.

3.2.3 VOLUMI DI PRODUZIONE ASSISTENZIALE

L'AOUP in questi anni ha supportato il processo di deospedalizzazione richiesto dall'Assessorato della Salute, trasferendo il trattamento dei pazienti di cui alle diagnosi previste dal DA sui Day Service Ambulatoriali Ospedalieri ai regimi di cura meno onerosi, ricevendo una remunerazione inferiore rispetto a quella attesa, fermo restando che i costi di esecuzione delle procedure rimanevano invariati. Ciò ha contribuito positivamente alla riduzione e liberazione dei posti letto: obiettivo strategico dell'Assessorato alla Salute. In tal maniera è stata ridotta la non appropriatezza in regime ordinario. La minore remunerazione per le stesse prestazioni sanitarie e la riduzione contestuale dei posti letto ha avuto esito non positivo nel bilancio economico dell'AOUP.

3.3 Mandato istituzionale e *Mission*

L'AOUP concorre al raggiungimento degli obiettivi della programmazione nazionale e regionale negli ambiti di promozione e tutela della salute e dei compiti istituzionali della Scuola di Medicina dell'Università negli ambiti della didattica, ricerca e assistenza.

L'Azienda, nello svolgimento delle funzioni assistenziali, persegue l'obiettivo di assicurare il più appropriato livello di risposta alla domanda di salute in ambito clinico, a mezzo dell'integrazione con la rete dei servizi territoriali, dentro il quadro di riferimento del servizio sanitario regionale e attraverso il Piano Sanitario Regionale.

L'Azienda, nell'ambito delle funzioni di ricerca della Scuola di Medicina, si impegna a sviluppare le conoscenze scientifiche e le loro applicazioni nei vari campi di interesse (biomedico, tecnologico, organizzativo e assistenziale). Eroga servizi per lo svolgimento delle funzioni di didattica e formazione, garantendo la massima integrazione tra il sistema della formazione universitaria e il sistema assistenziale. Funzione assistenziale e funzione di didattica e di ricerca costituiscono un sistema che va costantemente progettato e aggiornato con il metodo dell'integrazione e della reciproca connessione.

Nell'Atto Aziendale la *mission* è esplicitata nei seguenti principi cardine:

- mettere la persona al centro del sistema dei servizi;
- fornire prestazioni appropriate, nei tempi compatibili con l'efficacia;
- adottare criteri etici nella scelta dei livelli appropriati di assistenza e nella valutazione delle attività;
- perseguire la qualità della vita e della dignità della persona, anche attraverso efficaci politiche di trattamento del dolore;
- fornire percorsi assistenziali preferenziali alle categorie di cittadini più deboli o affetti da disabilità o da patologie croniche di particolare gravità;
- perseguire la trasparenza attraverso l'informazione, anche di natura bioetica, al fine di favorire l'autonomia decisionale dei pazienti/utenti;
- promuovere l'assistenza supportata da evidenze scientifiche e programmi di ricerca, l'adozione di linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici nonché la promozione e lo sviluppo di opportune metodologie di valutazione;
- valorizzare le aree di eccellenza;
- promuovere processi tesi a garantire la sicurezza dello studio e del lavoro nel contesto della propria attività;
- adottare la programmazione come metodo di soluzione delle criticità a medio periodo.

La *mission* aziendale può essere articolata nelle seguenti aree strategiche che costituiscono il primo livello dell'albero della *performance*:



Dagli ambiti strategici individuati discendono gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi di *performance* organizzativa e, possibilmente anche individuale, qualora i valutatori di prima istanza ritenessero opportuno assegnare criteri a questa coerenti.

3.4 Albero della performance

Al fine di offrire maggiore evidenza e coerenza, la *mission* dell'Azienda, le aree strategiche, gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi sono coerentemente rappresentati nell'albero della *performance*. La sua struttura mostra come gli obiettivi, ai vari livelli, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo, al mandato istituzionale. Il sistema che ne deriva integra i modelli di pianificazione, programmazione e controllo aziendali con quelli di gestione delle risorse e del sistema premiante.

La pianificazione aziendale, di seguito rappresentata nell'albero della *performance*, deriva dalle indicazioni regionali provenienti da:

- Legge Regionale n. 5/2009
- Patto per la salute 2014-2016 e precedenti
- Il Piano Sanitario Regionale (PSR) che in atto è il Piano della salute 2011-2013;
- Piano Socio Sanitario della Regione Sicilia varato nel 2017
- Programma operativo di consolidamento e sviluppo dell'Assessorato alla Salute relativo al triennio 2013-2015 (POCS)
- Piani Attuativi Aziendali
- Obiettivi dei Direttori Generali
- Decreto Ministeriale 70/2015

Tali indicazioni integrate dall'analisi del contesto interno ed esterno, unitamente ai vincoli imposti dalle disposizioni nazionali e regionali di natura finanziaria, sono alla base dei seguenti documenti>:

- Piano per l'efficienza dell'AOUP "P. Giaccone"
- Progetto "Policlinico 2020"
- Atto Aziendale 2017

Nella definizione degli obiettivi strategici si è inoltre tenuto conto dei seguenti elementi:

- lo sviluppo della digitalizzazione
- i risultati emersi dall'indagine sul benessere organizzativo effettuata nel settembre 2015
- la relazione sulla *performance* – anno 2016
- il piano di miglioramento del ciclo della *performance*.

Albero della performance 2017-2019

Missione	L'AOUP concorre al raggiungimento degli obiettivi della programmazione nazionale e regionale per la promozione e tutela della salute e dei compiti istituzionali della Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Palermo negli ambiti della didattica, ricerca e assistenza. Persegue l'obiettivo di assicurare il più appropriato livello di risposta alla domanda di ripristino della salute anche a mezzo dell'integrazione con la rete dei servizi territoriali. Le unità operative dei dipartimenti assistenziali erogano prestazioni sanitarie finali e intermedie a favore dei pazienti acuti e in post-acuzie nei regimi di ricovero ordinario, diurno e ambulatoriale.			
Aree strategiche	Efficienza organizzativa ed empowerment	Performance, Qualità e Sicurezza	Produzione assistenziale	Formazione, Innovazione, Legalità
Efficienza organizzativa ed Empowerment	Analisi dei processi interni e reingegnerizzazione delle procedure			
	Sviluppo del sistema di valutazione individuale e piani di miglioramento individuale			
	Igiene ambientale delle aree esterne			
	Cura dell'immagine della struttura			
	Indagine sul "Benessere organizzativo" e divulgazione dei risultati			
	Piano delle "Pari Opportunità"			
	Rifunzionalizzazione del presidio "Ex Istituto Materno Infantile"			
Performance, Qualità, Sicurezza	Definizione degli standard di qualità dei servizi			
	Prevenzione del "Rischio clinico"			
	Sistematico confronto tra pari con l'utilizzo dei data base PROD, PNE, SIRIE			
	Indagini sulla "Qualità percepita" e divulgazione dei risultati			
	Trasparenza, Legalità e Prevenzione della Corruzione			
Produzione assistenziale	Completamento dei set assistenziali per l'acuzie e la post acuzie			
	Buon utilizzo delle risorse economiche e non			
	Appropriatezza clinica e lotta alla Medicina Difensivistica			
	Attività delle Reti assistenziali			
	Sviluppo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali			
Formazione, Innovazione, Legalità	Sviluppo delle competenze			
	Ammodernamento tecnologico e strutturale			
	Digitalizzazione delle informazioni e dei documenti			
	Interazione costante tra Azienda e Università			
	Progetti di internazionalizzazione			
	Sviluppo della trasparenza e della prevenzione della corruzione			

4. Analisi del contesto esterno ed interno

Nell'elaborazione del Piano della Performance, l'analisi del contesto è un processo conoscitivo finalizzato a:

- fornire una visione integrata della situazione in cui l'azienda opera
- descrivere le potenziali interazioni e sinergie con i soggetti coinvolti nell'attuazione delle strategie che si intendono realizzare
- verificare i vincoli e le opportunità offerte dall'ambiente di riferimento
- verificare i punti di forza e i punti di debolezza che caratterizza l'organizzazione rispetto alle strategie da realizzare

4.1 Analisi del contesto esterno

Il contesto esterno è analizzato attingendo ai dati oggettivi del rapporto ISTAT 2016 e dei rapporti di Osservasalute dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica di Roma, i cui set di indicatori analizzano lo stato di salute delle regioni d'Italia.

Per conoscere meglio questo contesto si devono utilizzare anche le informazioni fornite dal PROD regionale e dal programma SIRIE con i dati rilasciati dal Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato Regionale della Salute.

Inoltre, questa Direzione fa proprie le norme e le strategie dell'Assessorato, per cui al contesto esterno attribuisce anche gli obiettivi dell'Assessorato rilasciati ai Direttori Generali nel 2015 e che questa gestione commissariale, pur non dovendo essere valutata sul raggiungimento o meno di questi risultati, tuttavia si sente obbligata a perseguire nel migliore dei modi per via del fatto che essi sono componente significativa della strategia regionale in ambito gestionale e assistenziale, e mirano a risolvere inaccettabili criticità.

Il contesto esterno chiede anche l'autosufficienza dei processi aziendali in ambito amministrativo, per cui dovremo anche svezzare l'Azienda dall'assistenza dei consulenti della KPMG e imprese collegate.

Nell'ambito dell'applicazione delle norme, bisogna far proprie quelle legate alla promozione della legalità, con lo sviluppo della trasparenza degli atti amministrativi e della prevenzione della corruzione ai vari livelli. Ciò si ripercuoterà significativamente nei processi e cambiamenti interni, rispetto ai quali si confida nella docilità e buon senso del personale e nella fattiva collaborazione delle organizzazioni di categoria.

4.1.1. ELEMENTI DI ANALISI SOCIO-DEMOGRAFICA

I dati ISTAT al 31.12.2015 mostrano che in Sicilia il bilancio demografico della popolazione residente tende a impoverirsi di persone per via della ridotta natalità e del flusso migratorio dei suoi abitanti in altri comuni d'Italia e all'estero non bilanciato da nuovi iscritti. Ergo, continua la riduzione della natalità, l'uscita di persone giovani e in età di lavoro, e il conseguente invecchiamento della popolazione.

Dal 1994-95 al 2015 il numero medio di componenti per famiglia si è ridotto nel Sud da 3,1 a 2,4.

Natalità. Nel 2015 la differenza fra le nascite e le morti si conferma negativa, proseguendo la decrescita in corso da quasi un decennio. Prosegue il calo della natalità con la decrescita del quoziente da 8,3 a 8,0 per mille abitanti. Il tasso di fecondità totale scende ancora e passa da 1,39 a 1,37 figli in media per donna. Il Sud, con 1,29 è il fanalino di coda in Italia. La fecondità delle donne straniere tende a

influenzare principalmente il dato nazionale. L'indicatore per le donne italiane è rimasto costante negli ultimi tre anni, mentre la fecondità delle straniere subisce un calo continuo (da 2,10 a 1,97) e a presentarsi disomogeneo sul territorio: nel Nord, ogni donna straniera genera in media 2,10 figli, mentre al Centro 1,70.

Struttura per età della popolazione. Nel corso degli anni il continuo aumento della sopravvivenza nelle età più avanzate e il costante calo della fecondità hanno reso l'Italia uno dei paesi più vecchi al mondo. La situazione, rappresentabile come una piramide, ha per base le classi di età più giovani (0-19 anni) e per cima – più larga della base – le classi più vecchie (65->100 anni). L'indice di vecchiaia – dato dal rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e quella con meno di 15 anni, è l'indicatore che meglio sintetizza il grado di invecchiamento della popolazione: al 1° gennaio 2016 è pari al 161,4%, ancora in crescita rispetto all'anno precedente.

Il Nord-ovest con il 173,2% è la ripartizione più anziana, verosimilmente per una migliore qualità dei servizi sanitari e socio-assistenziali (NDR).

L'età media in Italia al 1° gennaio 2016 è 44,7 anni. La speranza di vita alla nascita in Sicilia è 79,4 anni per i maschi (Trento 81,4) e 84,3 (Trento 85,9). La speranza di vita per un maschio di 65 in Sicilia è di 18,1 anni, per una femmina di 21,1 (a Trento rispettivamente di 19,4 e 22,8).

Mortalità e sopravvivenza. Nel 2015 il numero di decessi è cresciuto rispetto all'anno precedente (+49.207), hanno colpito 290.416 uomini e 309.280 donne, portando il quoziente di mortalità da 9,8 a 10,7 per mille abitanti. Esso è più alto al Nord rispetto al Sud. In Sicilia la mortalità maschile è stata di 25.633 unità con un quoziente per mille abitanti di 10,4; la femminile di 27.484 con 10,5.

Come negli anni precedenti anche nel 2013 le due principali cause di morte sono state le malattie del sistema cardiovascolare e i tumori, responsabili del 66,5% dei decessi complessivi. Le malattie del sistema CV incidono con un quoziente di 369,1 eventi per 100 mila abitanti. Distinguendo per genere, si ha che le malattie CV costituiscono la principale causa di morte solo per le donne con un quoziente pari a 402,9 eventi per 100 mila, mentre per gli uomini sono la seconda causa di morte (quoziente maschile 333,2 per 100 mila) subito dopo i tumori, per i quali il quoziente maschile è pari a 338,6 eventi per 100 mila. Per le donne i tumori costituiscono la seconda causa di morte con un quoziente di 249,2 eventi per 100 mila abitanti. Tale differenza per genere, si legge nel rapporto ISTAT, che si osserva già da qualche anno, potrebbe essere attribuito alla struttura per età delle donne più anziana rispetto agli uomini. Al terzo posto ci stanno altri stati morbosi con un quoziente di 79,5 decessi per 100 mila abitanti. Anche per queste cause la posizione in graduatoria cambia in base al genere e il quoziente è il terzo più elevato per le donne (87,5) mentre è il quarto per i maschi (70,9) dopo quello delle malattie del sistema respiratorio (77,1 per 100 mila cittadini). Tra le donne le malattie respiratorie sono la quinta causa di morte, con un tasso di 61,8 eventi per 100 mila abitanti. Tra le cause con i quozienti di mortalità più elevati vi è quella dei disturbi psichici e delle malattie del sistema nervoso, che per le donne ha una mortalità di 82,1 casi per 100 mila abitanti e per gli uomini 54,8. Le cause di morte violenta hanno registrato nel 2013 un quoziente di 46,6 per 100 mila per gli uomini contro il valore di 31,9 per le donne.

Il tasso di mortalità infantile. Tra il 2009 e il 2013 il quadro delle principali cause della mortalità infantile resta sostanzialmente invariato. Il gruppo di cause con il quoziente più elevato è relativo ad alcune condizioni morbose di origine perinatale (1,9 decessi per mille nati vivi), seguito da quello per le malformazioni congenite (0,7‰) e per altre cause (0,5‰). Le malattie infettive e parassitarie e quelle del sistema respiratorio rappresentano invece le cause meno rilevanti. L'analisi della mortalità infantile del 2013 per territorio mette in evidenza ancora una volta che i livelli più elevati appartengono al Meridione e, in particolare, alla Sicilia, Campania, Calabria e Sardegna (rispettivamente: 4,5 - 4,1 - 3,8 e 3,4 per mille nati vivi). Nord-ovest e Nord-est presentano i livelli più bassi.

La distribuzione per età della mortalità nel primo anno di vita mostra che dal 2009 al 2013 il numero assoluto dei decessi diminuisce in tutte le classi di età, ad eccezione per un aumento nel primo giorno di vita nell'ultimo anno. Nel 2013 il 52,0% dei decessi in età infantile è avvenuto entro la prima settimana di vita e il 27,6% nel primo giorno. Nati-mortalità e mortalità perinatale, rispettivamente 4,2 e 4,1 per mille nati, si sono ridotte entrambe nel quinquennio 2009-2013.

Assistenza territoriale. I medici di medicina generale nel 2013 sono scesi mediamente di numero da 7,6 a 7,5 ogni diecimila abitanti. In Sicilia ce ne sono 8,3 ogni 10.000 abitanti, mentre a Trento e Bolzano rispettivamente 6,8 e 5,5.

Posti letto. Per l'assistenza residenziale la Sicilia ha 6,9 posti letto per 10.000 abitanti. La media nazionale è di 38,8; nell'Italia centrale sono 26,3; nel Nord-est 63,0; nel Nord-ovest 67,8.

Per l'assistenza semiresidenziale la Sicilia ha 1,4 posti letto per 10.000 abitanti. La media nazionale è di 8,8; nell'Italia centrale sono 6,3; nel Nord-est 17,1; nel Nord-ovest 12,7.

I pl. in regime ordinario, nel 2013, sono stati 3,3 ogni 1.000 abitanti (inferiori al valore medio massimo stabilito dalla normativa nazionale di 3,7) e la degenza media di ricovero per ogni individuo che ha avuto accesso alle cure ospedaliere nel corso di quell'anno è stata di 8 giorni (invariata dal 2010). L'ISTAT rileva sia una diminuzione del tasso di utilizzo dei pl. (da 79,4 al 78,6% rispetto al 2012) sia del tasso di ospedalizzazione (da 118,9 nel 2012 a 115,8 per mille nel 2013). Il tasso di ospedalizzazione è diminuito soprattutto nelle strutture pubbliche nelle quali passa da 88,4 nel 2012 a 84,8 nel 2013. La degenza media, invece, è diminuita di più nelle strutture private, passando da una media di 9,2 giorni l'anno nel 2012 a 8,7 nel 2013. L'analisi degli ultimi sette anni (2017-2013) dell'indicatore relativo al numero di posti letto ordinari per abitante mostra la riduzione da 3,8 a 3,3 per mille abitanti.

I dati regionali relativi agli indicatori dell'offerta ospedaliera del 2013 mostrano una forte variabilità: i pl. ordinari per mille abitanti variano dai valori più bassi in Calabria (2,5) e Campania (9,16) ai più alti in Valle d'Aosta (4,0), Emilia Romagna(3,9) e Molise (3,8).

Il tasso di ospedalizzazione varia tra i valori più bassi in Calabria (91,6%), Veneto (101,7%) e Sicilia (102,7%) ai valori più alti in Emilia Romagna (140,2%), Bolzano (135,0) e Umbria (134,7).

Per la degenza media i valori più elevati si riscontrano nella Provincia autonoma di Trento (10 giorni) e i più bassi in Umbria (6,8).

Presidi residenziali, posti letto e persone ospitate. I presidi residenziali nel 2013 offrivano 384.450 posti letto con una distribuzione di 6,3 posti letto per mille abitanti e tasso di occupazione del 95,6%. La dotazione è in crescita rispetto al 2012 (ospiti +3,6%).

Gli ospiti con oltre 65 anni di età sono circa 279.000 e rappresentano il 75,8% del totale. Tra gli anziani è predominante la componente femminile (74,6%), mentre nelle restanti tipologia di utenza a prevalere è la componente maschile. La provincia autonoma di Trento e il Piemonte offrono il maggior numero di pl. in rapporto ai residenti (rispettivamente 12,8 e 11,4), mentre la Campania segna il valore minimo con 1,7.

La Sicilia si colloca tra le Regioni italiane a più basso reddito pro-capite e tra quelle a più alto flusso migratorio.

Nel 2015, dopo sette anni di aumento ininterrotto, la stima del numero di disoccupati è diminuita in misura consistente, specie nel secondo semestre. Il tasso di disoccupazione è transitato dal 12,7% del 2014 all'11,9%. La riduzione del tasso di disoccupazione è diffusa sul territorio, ma è più accentuata nel Mezzogiorno dove l'indicatore scende a 19,4%. Si riducono leggermente i divari con le regioni centrali e settentrionali, dove il tasso di disoccupazione scende anche 10,6% e 8,1%.

Flussi di stranieri. Per quanto riguarda la componente non comunitaria che fa ingresso nel Paese, nel 2015 le richieste di permesso di soggiorno sono quasi 240.000 (oltre 9.000 meno rispetto ai circa

250.000 del 2014. I maschi sono il 58,3%. I cittadini non comunitari con meno di trenta anni richiedenti asilo, nei due sessi, sono il 68,5%, mentre quelle inoltrate per ricongiungimento familiare sono il 44,8%. Il 1° gennaio 2016 erano presenti in Italia 3.931.133 cittadini non comunitari.

Mobilità sanitaria infra ed extraregionale

Un dato di fondamentale importanza nell'analisi dello stato di salute e del fabbisogno della popolazione è quello riguardante lo spostamento dei cittadini per le cure sanitarie sia all'interno della regione che in ambito extraregionale.

Si tratta di un'attenzione che da anni l'Assessorato alla Salute dedica al tema. Lo sviluppo delle attività di questa Azienda non può non tenere conto di coprire con professionalità e tecnologie quelle aree in cui vi è maggiore richiesta nel territorio.

I determinanti di salute

Il rapporto dell'Assessorato della Salute evidenzia come le malattie croniche costituiscono da anni uno dei più rilevanti problemi di salute e tutti gli indicatori disponibili (mortalità, SDO, spesa farmaceutica) connotano la gravità dei danni sociali ed economici di queste patologie. Si riscontrano, al riguardo, fattori di rischio definiti modificabili, tra cui rientrano abitudini e comportamentali collegabili allo stile di vita, i cui livelli di prevalenza nella popolazione regionale risultano più elevati che nel resto del Paese.

Altri fattori di rischio come l'obesità, sedentarietà, iperglicemia e fumo sono da controllare anche in relazione all'incidenza delle malattie cerebro e cardiovascolari.

La prevenzione primaria e secondaria (in particolare quella oncologica) sono elementi fondamentali all'attenzione della politica sanitaria regionale.

Altri elementi, utili alla programmazione sanitaria regionale, provengono dall'analisi della mobilità infraregionale e, in particolare, dall'analisi della mobilità interprovinciale che supporta l'orientamento a concentrare l'alta specializzazione su alcune aree provinciali, a sviluppare il modello organizzativo-funzionale della rete (HUB and SPOKE) e, tendenzialmente a valorizzare, in generale, logiche di integrazione territoriali.

Le variabili di tipo economico, sociale, tecnologico e ambientale

L'Azienda è sottoposta al Piano di Rientro (Piano di Efficientamento) per via dello squilibrio economico tra produzione in termini tariffari e costi. (Ved. Allegato).

Molti pazienti provenivano negli anni passati dalle aree dell'agrigentino, in atto penalizzato per via degli estesi tratti di disagio veicolare causati dall'ammodernamento del percorso stradale.

Il potenziamento di strutture vicine con facilitata accessibilità rende più difficoltoso il reclutamento dei pazienti. Per alcune specialità la nostra azienda collabora attraverso specifiche convenzioni con coinvolgimento delle figure professionali.

4.2 Analisi del contesto interno

La pianificazione regionale determina in massima parte l'attività delle aziende che, stanti gli obiettivi assegnati e il vincolo delle risorse, è chiamato a realizzare una gestione improntata alla qualità, appropriatezza, efficienza, equilibrio economico e innovazione. Su tali macro strategie, si devono convogliare tutte le risorse a disposizione. Pertanto, l'analisi del contesto interno sarà finalizzata a cogliere i principali elementi di forza e di debolezza che possono rappresentare opportunità e/o vincoli e/o minacce al perseguimento degli obiettivi strategici.

Il documento, partendo dalle informazioni e istanze mosse a causa del contesto, caratterizzato da criticità finanziarie, organizzative e strutturali, si orienta alla ricerca di una gestione in chiave di risultato assistenziale e di conseguenza economico. Non possono bastare i drastici tagli sui beni e servizi, ma si ribadisce, come gli altri anni, che occorre intervenire sui comportamenti individuali e collettivi, introducendo misure di rigore e di equità, evitando l'uniformità delle valutazioni e superando l'autoreferenzialità. Sotto il profilo organizzativo è necessario lavorare sull'appropriatezza d'uso dell'ospedale, riposizionando le risorse, definendo adeguati percorsi diagnostico-terapeutici e superando il modello divisionale, in atto adottato presso l'AOUP. Alla base di tutto bisogna porre l'orientamento all'efficienza organizzativa, compreso la definizione degli standard di qualità dei servizi.

Tale *vision* si scontra con la tipologia edilizia del Policlinico che, nonostante gli ingenti lavori edilizi per la ri-funzionalizzazione – peraltro non ancora ultimati – complica l'attuazione di più fluidi modelli organizzativi. Di contro, l'importante ristrutturazione che sta investendo tutta l'area del Policlinico, e che costituisce al momento attuale una grande criticità per i disagi che crea ad operatori ed utenti, permette alcune opportunità di riutilizzo di spazi che, opportunamente adeguati dal punto di vista strutturale ed impiantistico, possono facilitare la revisione logistico-organizzativa dell'attuale modello dipartimentale.

Il bilancio economico, ridimensionato dalle minori entrate regionali, è penalizzato dal meccanismo di sostituzione del personale universitario in quiescenza che prevede l'assunzione di personale dei ruoli ospedalieri con totale onere a carico dell'azienda. Ne risulta un bilancio che consente esigui margini di autonomia economica finanziaria, che possono essere governati solo attraverso rigorosi criteri di priorità, efficienti interventi di gestione delle risorse, possibili da ottenere con la responsabile partecipazione di ciascuno. Anche il rapporto con l'Università, in tale prospettiva, va sviluppato con partecipazione solidale per raggiungere i risultati attesi.

Sulla base di tali premesse, la direzione dell'AOUP, ha elaborato un piano di azioni che investono il breve e medio periodo (secondo semestre 2017 e anno 2018) e il lungo periodo (2019/2020) e che riguardano quattro principali livelli:

- la riorganizzazione funzionale
- gli interventi impiantistico-strutturali
- l'igiene ambientale ed i sistemi logistici di supporto
- le risorse umane
- l'ammodernamento tecnologico

I piani di azione con gli specifici interventi, fanno parte degli obiettivi strategici dell'azienda e rientrano nel presente piano della *performance*.

FORZA	DEBOLEZZA
<ul style="list-style-type: none"> - Set assistenziale multispecialistico. - Diverse linee assistenziali complete (neurologica, cardiovascolare, apparato digerente). - Parco tecnologico vasto e aggiornato. - Medici in formazione veicolo di pubblicità nei territori della provincia. - Accessibilità clinica in urgenza H24. - Accessibilità logistica per ferrovia; parcheggio interno limitato, ma vasta disponibilità privata in zona. - Management per obiettivi. - Gestione per budget. 	<ul style="list-style-type: none"> - Struttura a padiglioni. - Cantieri edilizi ancora aperti. - Mancata realizzazione dell'OBI. - Attività sanitarie dislocate in due plessi (Policlinico e via La Loggia). - Attività amministrative dislocate in più plessi (Policlinico, via E. Toti, via La Loggia). - Mancanza di procedure standardizzate. - Non definiti gli standard di qualità. - Ridotto numero di dirigenti nelle aree amministrative
OPPORTUNITÀ	MINACCE
<ul style="list-style-type: none"> - Facile accessibilità agli ambulatori. - Disponibilità dei professionisti a collaborare con i Medici di Medicina Generale. - Diffusa partecipazione dei Professionisti ai convegni di studio e aggiornamento. - Le scuole di specializzazione. - I corsi di laurea. - Partecipazione alle reti di salute cittadine. - Pervasività del Sistema Informativo Aziendale. - Management per obiettivi. - Sviluppo dei processi di centralizzazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Oneroso ricorso alla “Medicina Difensivistica” a causa dei temuti risvolti giuridici e penali nell’esercizio professionale - Resistenza alla condivisione delle risorse tecnologiche e umane nei dipartimenti. - Rischio di frammentazione del sistema a causa delle unità semplici se la loro funziona risulta sezionata dalle unità operative complesse cui afferiscono. - Crescita delle strutture sanitarie limitrofe o concorrenti per le alte specialità - Instabilità nei sistemi gestionali e nel governo delle attività

5. Obiettivi Strategici

Nell'albero della *performance* è stata evidenziata la traccia di traduzione delle aree strategiche in obiettivi strategici. Quelli inerenti all'*Area Efficienza organizzativa ed Empowerment* mirano a garantire l'efficienza, l'economicità dei servizi e la soddisfazione dell'utenza e del personale, alla luce della complessità dei vincoli normativi e finanziari, sia nazionali che regionali, della difficoltà del contesto locale caratterizzato dall'imponente ristrutturazione edilizia in atto, unitamente al vincolo di garantire la buona gestione delle risorse disponibili e l'equilibrio economico.

Gli obiettivi strategici dell'*Area Performance, Qualità, Sicurezza* si riferiscono soprattutto alle modalità con cui l'Azienda persegue la propria *mission*, sviluppando gli indirizzi nazionali e regionali e, a livello locale, utilizzando le tecnologie e le misurazioni che implementano il sistema qualità complessivo dell'azienda e la sicurezza dei pazienti e degli operatori.

L'*Area della produzione assistenziale* rappresenta il *core business* dell'Azienda, cioè la ragion d'essere del suo servizio. Gli obiettivi strategici definiscono la necessità di garantire l'*appropriatezza* delle prestazioni attraverso il dispiegamento dei *setting* assistenziali adeguati, fondato sulle competenze professionali e sulle pratiche di *good clinical practice*, che risultano tali quando riescono a semplificare i processi di cura, raggiungendo il massimo risultato di salute con il minimo dei costi.

La quarta *Area della Formazione, Innovazione e Legalità* si fonda sugli investimenti per garantire al sistema azienda l'orizzonte di sviluppo e l'apertura alle innovazioni, non escluse le comportamentali e il modo di stare dentro l'Azienda, a tutti i livelli professionali, in quadro di trasparenza amministrativa e di ossequio alle norme.

Per tutte le Aree Amministrative gli obiettivi sono da un lato centrati sull'adeguamento alle norme della prevenzione della corruzione e della trasparenza e dall'altro su obiettivi organizzativi per risolvere peculiari criticità.

Arete strategiche	Efficienza organizzativa ed empowerment	Performance, Qualità e Sicurezza	Produzione assistenziale	Formazione, Innovazione, Legalità
Efficienza organizzativa	Analisi dei processi interni e reingegnerizzazione delle procedure			
	Cura dell'immagine della struttura			
	Piano delle "Pari Opportunità"			
Performance, Qualità, Sicurezza	Definizione degli standard di qualità dei servizi			
	Prevenzione del "Rischio clinico"			
	Sistematico confronto tra pari (PROD, PNE, SIRIE)			
	Indagini sulla "Qualità percepita" e divulgazione dei risultati			
Produzione assistenziale	Completamento dei set assistenziali per l'acuzie e la post acuzie			
	Appropriatezza clinica e lotta alla Medicina Difensivistica			
	Integrazione Ospedale Territorio			
	Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali			

Formazione, Empowerment, Innovazione, Legalità	Sviluppo delle competenze
	Ammodernamento tecnologico e strutturale
	Digitalizzazione delle informazioni e dei documenti
	Progetti di internazionalizzazione
	Trasparenza, Legalità e Prevenzione della Corruzione
	Sviluppo del sistema di valutazione individuale e piani di miglioramento individuale

5.1 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Da quando è entrato in vigore il D. Lgs. 150/2009 l'AOUP ha adottato per i primi quattro anni (2011-2014) l'assegnazione di specifici obiettivi alle unità operative, con valore target, peso e risultato atteso. Negli anni 2015 e 2016 ha, invece, scelto di assegnare un obiettivo di sintesi, il miglioramento del rapporto, rispetto all'anno precedente, tra valore tariffario della produzione e risorse economiche impiegate, compreso il costo del personale e il ribaltamento degli oneri comuni aziendali. Questa Direzione, esaminate le due diverse esperienze, ritiene che l'indicazione di specifici obiettivi finalizzati a perseguire la soluzione di ben definite criticità sia la soluzione da adottare. Questi derivano dalle aree strategiche e sono fondamentalmente diversi per la dirigenza medico e sanitaria e per la dirigenza amministrativa.

Purtroppo le esperienze degli anni passati suggeriscono che occorre che il processo sia più attentamente presidiato, in modo che nel corso dell'anno ciascuna unità coinvolta attivi quella modifica di comportamenti suggerita per la realizzazione dei risultati attesi. Non si può parlare di questa tematica solo quando arriva il tempo di erogare il premio di produttività, il che stravolge il significato della tematica a mero adempimento burocratico e il premio di risultato essere trattato come voce stipendiale fissa.

Va tenuto presente, viste le disposizioni del Regolamento aziendale per la produttività, che la voce si compone del risultato organizzativo e della valutazione individuale, che incide in maniera diversa rispetto al ruolo di ciascun dipendente: dirigente di struttura complessa, semplice o comparto. Circa la valutazione del superiore gerarchico si è consolidata la prassi di assegnare a ciascun dipendente il 100% di risultato. Ciò paradossalmente avviene anche quando l'unità operativa raggiunge risultati assistenziali minimi: si è palesemente fuori dalle norme. La valutazione individuale è un elemento che vale la possibilità di crescita professionale del dipendente. Rinunciare a valutare significa rinunciare ad avere personale più pronto e più competente ad affrontare le sfide che in sanità non mancano.

Di seguito si riportano, per ciascuna Area Strategica, la declinazione degli obiettivi strategici in obiettivi operativi, con indicazione delle azioni, del target da raggiungere, dell'area di responsabilità e dei tempi.

Nell'allegato sono presentati le aree di pertinenza, gli obiettivi operativi, i target, le responsabilità e la tempistica di attuazione e rilevamento dei risultati attesi.

AREA STRATEGICA 1.: RISORSE E ORGANIZZAZIONE

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Azioni	Target	Responsabilità	Tempi
Contenimento dei costi	Effetti e implicazioni della Legge 135/2012	Centralizzazione dei magazzini dei dipartimenti nel Centro Ordini Specialistici (C.O.S.) e nella Farmacia	Si	Direzione Amministrativa	31.03.2018
		Centralizzazione degli Uffici Amministrativi dei Dipartimenti	Si	Direzione Amministrativa	31.12.2017
	Acquisizione di beni e servizi	Reportistica trimestrale sulle gare a scadere nel semestre successivo (Es. al 31 marzo l'elenco delle gare a scadere entro il 30 settembre).	20%	Area Provveditorato	30.06.2018
		Avvio delle procedure delle nuove gare da esitarsi entro la scadenza prevista).	30%	Area Provveditorato	31.12.2018
	Interventi di monitoraggio	Rapporto acquisto materiali in gara su fuori gara	≥ 95%	Controllo di Gestione	31.12.2017
Interventi impiantistico-strutturali	Piano degli interventi strutturali	Elaborazione del Piano dei Lavori da eseguirsi nell'anno 2017, 2018, 2019	Si	Area Tecnica e Logistica	30.11.2017
	Monitoraggio degli interventi e dei lavori in corso d'opera	Relazione quadrimestrale sullo stato di avanzamento	Si	Area Tecnica e Logistica	Il 15° giorno successivo alla chiusura del quadrimestre
	Piano delle manutenzioni ordinarie	Rilascio del Piano	Si	Area Tecnica e Logistica	30.11.2017
	Monitoraggio degli interventi delle manutenzioni ordinarie	Relazione quadrimestrale sullo stato di avanzamento	Si	Area Tecnica e Logistica	Il 15° giorno successivo alla chiusura del quadrimestre
Igiene ambientale	Monitoraggio degli standard igienici	Reportistica periodica da inviare alla Direzione Strategica	100%	Direzione Sanitaria di Presidio	Il 15° giorno successivo alla chiusura del quadrimestre
	Monitoraggio degli standard igienici all'esterno dei padiglioni	Reportistica periodica da inviare alla Direzione Strategica	Si	Facility Management	30.04.2014
	Miglioramento del servizio per l'accompagnamento	Definizione degli standard operativi	Si	Facility Management / Direzione Sanitaria di Presidio	31.12.2017

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Azioni	Target	Responsabilità	Tempi	
	nto dei pazienti e il trasporto dei materiali sanitari	Predisposizione di un regolamento interno	Si	Facility Management / Direzione Sanitaria di Presidio	30.06.2018	
	Miglioramento dello standard alberghiero	Piano di sviluppo dell'accoglienza alberghiera	Si	Facility Management / Direzione Sanitaria di Presidio/ Area Tcnica	30.06.2018	
Risorse Umane	Adeguamento della Pianta Organica all'Atto aziendale	Puntualità nell'avvio delle procedure di reclutamento nel rispetto del Piano triennale del fabbisogno	Si	Direzione Amministrativa Area delle Risorse Umane	31.12.2017	
					31.12.2018	
					31.12.2019	
	Piano per lo sviluppo delle pari opportunità	Elaborazione Piano	Si	Area Risorse Umane	31.12.2017	
		Implementazione delle azioni previste dal Piano	Si	Area Risorse Umane	31.12.2018	
		Aggiornamento Piano	Si	Area Risorse Umane	31.12.2019	
Indagine sul Benessere Organizzativo	Report annuale	Si	Direzione Strategica	31.10.2017		
Sicurezza nei luoghi di lavoro	Piano degli interventi	Predisposizione del Piano degli interventi	Si	Responsabile del Servizio Interno Prevenzione e Protezione	31.12.2017	
	Monitoraggio degli interventi	Relazione quadrimestrale alla Direzione Strategica sugli adeguamenti alla normativa	Si		Il 15° giorno successivo alla chiusura del quadrimestre	
	Formazione del personale	Piano triennale della formazione	Realizzazione attività formative 2018	Si	UdS della Formazione	31.12.2017
				Si		31.12.2018
						31.12.2019

AREA STRATEGICA 2.: PERFORMANCE, QUALITA', SICUREZZA DEI PAZIENTI, EMPOWERMENT

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Azioni	Target	Responsabilità	Tempi
Performance	Piano Triennale della <i>performance</i> 2017-2019	Redazione del Piano Triennale Performance 2017-2019	Si	UO Programmazione e Sviluppo Aziendale Staff	10.09.2017
		Consegna degli obiettivi ai Responsabili delle UO organizzative sanitarie e amministrative	Si	UO Programmazione e Sviluppo Aziendale /UOC Staff Programma zione e Controllo di Gestione	15.09.2017
		Risultato obiettivi al 31.12.2017	Si	UO Programmazione e Sviluppo Aziendale /UOC Staff Programma zione e Controllo di Gestione	31.03.2018
	Ciclo di gestione della <i>performance</i> 2018-2020	Piano Triennale della Performance 2018-2020. Pubblicazione nel sito.	Si	Direttore Amministrativo / Sanitario o Delegato	31.01.2018
		Negoziazione degli obiettivi con i Responsabili delle UO organizzative sanitarie e amministrative	Si	Coordinamento del Direttore Amministrativo / Sanitario o Delegato	10.12.2017
		Risultato obiettivi organizzativi al 31.12.2017	Si	UOC Programmazione e Controllo di Gestione	31.03.2018
		Monitoraggio risultato degli obiettivi	Si	U. O. Programmazione e Controllo di Gestione	31.05.2018
		Relazione sulla <i>performance</i> anno precedente	Si	Stesura della Relazione sulla <i>performance</i>	Direzione Strategica 30.04.2018
	Standard di qualità dei servizi	Informazioni all'utenza	Si	Aggiornamento della Carta dei Servizi e pubblicazione sul sito	U. S. Comunicazione e URP 30.06.2018
		Definizione standard di qualità generali	Si	Stesura del documento	Risk Management 30/04/2018
Implementazione monitoraggio standard di qualità generali		Si	Report annuale	Risk Management 31/12/2018	
Definizione standard di qualità specifici		Si	Stesura del documento	Risk Management 30/04/2018	
Implementazione monitoraggio standard di qualità specifici		Si	Report annuale	Risk Management 31/12/2018	
Revisione standard di qualità generali e specifici		Si	Stesura del documento	Risk Management 30/04/2019	

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Azioni	Target	Responsabilità	Tempi
	Elaborazione del regolamento per l'erogazione di un indennizzo automatico e forfettario all'utenza(D.lgs. n. 198/2009)	Stesura del documento	Si	Direzione amministrativa	30/06/2014
Sicurezza dei pazienti	Conformità a Raccomandazioni Ministeriali	Audit semestrale e report	Si	Direzione Sanitaria di Presidio	30.06.2018
		Audit semestrale e report	Si	Direzione Sanitaria di Presidio	31.12.2018
	Monitoraggio eventi avversi e <i>near miss</i>	Audit semestrale e report	Si	Direzione Sanitaria di Presidio	30.06.2018
		Audit semestrale e report	Si	Direzione Sanitaria di Presidio	31.12.2018
	Prevenzione infezioni ospedaliere	Report annuale sulla prevalenza	Si	Direzione Sanitaria di Presidio	31.12.2018
Programma Nazionale Esiti	Tempestività intervento a seguito di frattura di femore negli over 65 anni	Revisione organizzativa del PDTA	$\geq 70\%$	Direzione Sanitaria di Presidio	31/05/2018
	Riduzione incidenza parti cesarei primari	Audit bimestrale con produzione di relazione	$\leq 20\%$	Direzione Sanitaria di Presidio	Bimestrale
	Tempestività della PTCA nei casi di IMA STEMI 24 ore e 90 minuti	Definizione organizzativa dei PDTA	$\geq 90\%$	Direzione Sanitaria di Presidio	31.12.2017
Qualità percepita	Monitoraggio soddisfazione dei pazienti e pubblicazione dati	Report semestrale	Si	U. S. Comunicazione e URP	31.12.2017
		Report semestrale	Si	U. S. Comunicazione e URP	30.06.2018
	Rilevazione, elaborazione e pubblicazione dati segnalazioni degli utenti	Report semestrale	Si	U. S. Comunicazione e URP	31.12.2017
		Report semestrale	Si	U. S. Comunicazione e URP	30.06.2018
Trasparenza	Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2017-2019	Stesura del Programma	Si	Responsabile della Trasparenza e della PC	31.10.2017
		Implementazione delle azioni previste dal Programma	Si	Responsabile della Trasparenza	31/12/2017
Legalità e prevenzione della corruzione	Piano triennale di prevenzione della corruzione 2017-2019	Stesura del Piano	Si	Responsabile della Prevenzione della Corruzione	31/01/2017
		Implementazione delle azioni previste dal Piano	Si	Responsabile della Prevenzione della Corruzione	31/12/2017
		Attività formativa	Si	Responsabile della Formazione	30/09/2017

AREA STRATEGICA 3.: PRODUZIONE ASSISTENZIALE

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Azioni	Target	Responsabilità	Tempi
Riorganizzazione funzionale	Orientamento all'efficienza	Reingegnerizzazione dell'organizzazione assistenziale. Analisi dei possibili percorsi	Sì	Direzione Sanitaria di Presidio	31.12.2018
	Varo dell'Atto aziendale	Adeguamento della struttura alle nuove disposizioni	Sì	Direzione Sanitaria di Presidio	31.12.2018
	Attivazione presidio Villa Belmonte	Analisi ipotesi progettuali	Sì	GdL coordinato dalla Direzione Sanitaria Aziendale	31.07.2018
	Ottimizzazione della rete degli ambulatori e dei servizi endoscopici	Centralizzazione e determinazione della logistica	Sì		
Offerta Assistenziale	Attivazione dell'Osservazione Breve Intensiva in P.S.	Studio di fattibilità	Sì	Direzione Sanitaria di Presidio	28.02.2018
	Istituzione della <i>breast unit</i> attraverso la predisposizione del PDTA della patologia mammaria oncologica	Nomina del responsabile del PDTA	Sì/No	Direzione strategica	31.12.2017
	Attivazione pl di Riabilitazione	Studio di fattibilità		Direzione Sanitaria di Presidio	28.02.2018
	Attivazione pl di lungodegenza	Studio di fattibilità		Direzione Sanitaria di Presidio	28.02.2018
Produzione assistenziale. Buon utilizzo delle risorse	Area chirurgica. Miglioramento del rapporto tra durata media della degenza e peso medio del DRG (esclusa attività in urgenza)	Gestione agenda ricoveri secondo disponibilità di sala operatoria	$\geq 3,0$ % vs anno precedente	Responsabili UO di Chirurgia	31.12.2017
	Area medica. Miglioramento del rapporto tra durata media della degenza e peso medio del DRG attraverso il governo dell'appropriatezza diagnostica in laboratorio	Riduzione del consumo di diagnostica di laboratorio	$\geq 3,0$ % vs anno precedente	Responsabili UO di Medicina	31.12.2017

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Azioni	Target	Responsabilità	Tempi
	Governo delle prestazioni a bassa complessità nei regimi assistenziali meno onerosi	Migliorare la selezione dei ricoveri potenziando gli ambulatori	Rientro nei valori soglia del DA 954/2013	Responsabili UO	31.12.2017
Appropriatezza	Riduzione dei ricoveri di 1 giorno	Miglioramento del set assistenziale in PS	< 2,5%	Responsabili UO	31.12.2017
	Riduzione dei ricoveri ripetuti entro i 30 giorni per la stessa MDC	Miglioramento del filtro dei ricoveri	< 2,5%	Responsabili UO	31.12.2017
	Appropriato utilizzo dell'albumina umana	Adeguamento alle linee guida	Sì/No	Responsabili UO	31.12.2017
	Appropriato utilizzo dei farmaci antibiotici	Costituzione di Gruppo di lavoro	Sì	Direzione Sanitaria Aziendale	31.12.2017
	Appropriato utilizzo degli inibitori della pompa protonica	Costituzione di Gruppo di lavoro		Direzione Sanitaria Aziendale	31.12.2017
Integrazione ospedale-territorio. Reti assistenziali	Rete Emergenza-Urgenza	Monitoraggio periodico delle attività	Sì/No	Direzione Sanitaria di Presidio	31.12.2017
	Rete Politrauma	Monitoraggio periodico delle attività	Sì/No	Direzione Sanitaria di Presidio	31.12.2017
	Rete dell'Infarto Miocardico Acuto	Monitoraggio periodico delle attività	Sì/No	Direzione Sanitaria di Presidio	31.12.2017
Percorso assistenziale	Disabilità e Fragilità	Adeguamento alle disposizioni del Piano SS Regionale	Sì/No	Direzione Sanitaria di Presidio	30.04.2018
	Diabete mellito tipo II e obesità	Incremento delle dimissioni facilitate		Direzione Sanitaria	31.12.2017
	Piede diabetico	Definizione del PDTA		Responsabile UO di Endocrinologia	31.12.2017

AREA STRATEGICA 4.: FORMAZIONE, INNOVAZIONE, LEGALITÀ

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Azioni	Target	Responsabilità	Tempi
Sviluppo competenze del personale	Formazione del personale	Piano annuale della formazione	Sì/No	U.S. Formazione	31/12/2017
		Realizzazione delle azioni del Piano	90% personale formato	U.S. Formazione	31/12/2018
	Formazione a sostegno del Piano Triennale per la Prevenzione	Realizzazione attività formativa	Sì/No	U.S. Formazione	30/05/2014

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Azioni	Target	Responsabilità	Tempi
	della corruzione				
Ammodernamento strutturale e tecnologico	Piano triennale degli investimenti strutturali e tecnologici	Elaborazione Piano	Si/No	Staff strategico, Area Tecnica, Economico Finanziario, Provveditore, Direzione Sanitaria, Ingegneria sanitaria	28.02.2018
Digitalizzazione / Dematerializzazione	Utilizzo protocollo informatizzato	Addestramento all'utilizzo del protocollo informatizzato Abolizione del protocollo cartaceo	Realizzazione attività di addestramento 100%	Direzione Amministrativa	31.12.2017
Internazionalizzazione	Realizzazione del progetto INHERE per il fund raising	Reclutamento del personale	Raccolta fondi superiore al 20% del costo del servizio	Responsabile aziendale per l'internazionalizzazione	31.12.2018

6. Processo seguito ed azioni di miglioramento del Ciclo della performance

6.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione, aggiornamento e monitoraggio del Piano

Fase del processo e soggetti coinvolti

La stesura del presente Piano ha tenuto conto delle delibere CIVIT n.112/2010 “Struttura e modalità di redazione del Piano della *Performance*“, n. 1/2012 “Linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della *performance* e dei Piani della *performance*“, e n. 6/2013 “Linee guida relative al ciclo di gestione della *performance* per l’annualità 2013”.

Come dichiarato, nel paragrafo sulle finalità, l’elaborazione del documento presso l’AOUP, oltre a consentire l’adempimento degli obblighi previsti dal decreto 150/2009, rappresenta l’occasione per allineare ed integrare i diversi strumenti di pianificazione e programmazione e, pertanto, migliorare il coordinamento tra le diverse funzioni e strutture organizzative, rendere più efficaci i meccanismi di comunicazione interna ed esterna, focalizzare le attese degli *stakeholder* e favorire l’effettiva *accountability* e trasparenza.

È necessario sottolineare che il miglioramento del processo di pianificazione (nei tempi, nelle modalità, nei contenuti) costituisce un lavoro *in progress* su cui l’Azienda si impegna a dare evidenza negli aggiornamenti annuali del presente Piano.

Per la redazione del Piano è stato istituito, con nota del Commissario Straordinario n. Prot. n.006233 del 13.04.2017, un apposito gruppo di lavoro “Gruppo Operativo di Supporto per l’attuazione delle norme e per le procedure finalizzate al miglioramento della performance Aziendale (GOSP), coordinato dalla Responsabile dell’Unità di Staff “Programmazione e Sviluppo Aziendale”, anche Responsabile della Struttura Tecnica permanente dell’OIV.

Il percorso di elaborazione si è svolto attraverso riunioni, interviste e raccolta e analisi di documentazione.

Data la coincidenza dei termini di adozione del Piano della Performance con i Piani della Trasparenza ed Integrità e della Prevenzione della corruzione, gli incontri sono stati mirati alla condivisione ed integrazione dei contenuti in bozza.

Nella tabella seguente sono riportati i soggetti maggiormente coinvolti ed i documenti di riferimento:

Si evidenzia che l’elaborazione del Piano – quale elemento unitario per lo sviluppo delle attività aziendali – ha richiesto il coinvolgimento di tutti gli attori impegnati a vario titolo nei processi di pianificazione aziendale.

Si sottolinea la produttiva integrazione realizzata con l’U.O. Programmazione e controllo di gestione, l’Area Qualità e l’U.S. Comunicazione ed informazione, l’Area Economico-Finanziaria e con tutta l’Area Amministrativa in generale.

A garanzia della qualità del ciclo della *performance*, il coinvolgimento è stato continuativo e sistematico ottenendo di alimentare il processo con i risultati, le valutazioni e i miglioramenti prodotti dai processi in atto.

L’AOUP si è impegnata, anche attraverso il Programma della trasparenza e dell’integrità, a sviluppare la partecipazione ai processi di pianificazione, implementazione e verifica dei risultati, avvalendosi per la diffusione anche del supporto della comunicazione interna aziendale. Inoltre, si è impegnata a mettere in atto misure efficaci di pubblicizzazione del presente Piano agli *stakeholder* individuati nel paragrafo specifico.

6.2 Coerenza con la programmazione economica e finanziaria e di bilancio

Allo stato attuale non esiste un collegamento diretto tra la dimensione di *performance* e la dimensione finanziaria, atteso che il sistema di bilancio su cui si basa l’azienda è di tipo economico-patrimoniale e

L'integrazione del sistema di contabilità analitica per centro di costo non prevede l'assegnazione diretta di risorse dedicate ad ogni singolo obiettivo dell'albero della *performance*.

La *performance* è in ogni caso al centro del processo di costruzione del budget, che viene definito in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio.

La coerenza tra la pianificazione della *performance* e il processo di programmazione economico-finanziaria viene realizzata con le seguenti tappe:

- ad inizio esercizio, il conto economico preventivo contiene la traduzione in termini quantitativi delle linee di azione connesse agli obiettivi specifici e agli obiettivi operativi;
- contestualmente vengono elaborati i budget economico – finanziari, contenenti i tetti di spesa e per centro di responsabilità;
- il bilancio preventivo viene inserito nel NSIS e costituisce la base per la negoziazione delle risorse con la Regione;
- la successiva negoziazione delle risorse con la Regione può determinare il riallineamento dai valori e la rimodulazione dei programmi eventualmente non compatibili con le risorse negoziate;
- segue la verifica di compatibilità delle azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati nel Piano: le linee di intervento fissate nel Piano vengono effettivamente attivate solo se è garantita la effettiva congruità con le risorse disponibili;
- il sistema dei controlli garantisce la coerenza delle azioni intraprese con le risorse: dal costante monitoraggio scaturiscono le eventuali azioni di riequilibrio.

6.3 Collegamento con i processi di garanzia e miglioramento della qualità dei servizi

Nel Piano, viene data evidenza dei processi di qualità attivati in azienda.

Sulla base delle indicazioni della CIVIT contenute nelle delibere n. 88/2010 e n. 3/2012 relative agli standard di qualità e alle linee guida per il miglioramento degli strumenti per la qualità dei servizi pubblici, nell'area strategica 2- Performance, qualità, rischio clinico ed *empowerment*, sono stati declinati gli obiettivi strategici per conseguire – entro l'anno corrente- il completamento del sistema di definizione, monitoraggio e pubblicizzazione degli standard di qualità dei servizi.

6.4 Collegamento con il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e con il Piano triennale della prevenzione della corruzione.

Entro le scadenze previste (31 gennaio) l'AOUP ha adottato i documenti di cui sopra.

Nella stesura del presente Piano, si è tenuto conto, secondo una logica di ciclicità, delle seguenti fasi/obiettivi strategici:

1. processo di attuazione del programma;
2. implementazione delle azioni previste;
3. monitoraggio delle azioni;
4. valutazione e aggiornamento annuale del Piano.

In tal modo, gli obiettivi della trasparenza, dell'integrità e della lotta alla corruzione possono essere declinati in obiettivi operativi di *performance*.

6.5 Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance

La bontà degli esiti delle strategie e degli obiettivi fissati nel Piano è fortemente dipendente dalla credibilità complessiva del sistema di misurazione e valutazione della *performance*, le cui principali credenziali possono essere sintetizzate in quattro dimensioni tra di loro interdipendenti:

- il primo aspetto riguarda l'appropriatezza e la coerenza degli obiettivi di *performance* organizzativa ed individuali con gli obiettivi strategici aziendali;

- Il secondo aspetto, che discende dal primo, attiene alla qualità della comunicazione tra valutatore e valutato nel momento di assegnazione degli obiettivi e nel momento della valutazione finale;
- Il terzo aspetto attiene alle modalità con cui si definiscono, si rilevano e si misurano i risultati, ossia al modello di affidabilità del sistema informativo per la misurazione della *performance*;
- il quarto aspetto attiene alla rendicontazione e trasparenza dei risultati.

7. Allegati tecnici

A integrazione del presente Piano sono allegati i seguenti documenti:

- Piano di Efficientamento
- Piano triennale per la prevenzione della corruzione 2017-2019
- Piano triennale del Fabbisogno per il reclutamento del personale

Per il Piano della trasparenza si rimanda a quanto pubblica sul sito aziendale (Piano della Trasparenza 2016-2018) in corso di aggiornamento.



Azienda Ospedaliera Universitaria
“Policlinico Paolo Giaccone”
di Palermo



Piano di Efficientamento **2017-2019**

Indice

- **Analisi del Contesto di Riferimento**
- **Descrizione degli Interventi/Manovre**
- **Altre manovre di carattere generale**
- **Conto Economico Tendenziale**

Analisi del contesto di riferimento

Con nota prot.n 5° Dip/74110 del 13.09.2016, a firma del Dirigente Generale del Dipartimento Pianificazione Strategica dell'Assessorato regionale della Salute, l'A.O.U.P. è stata invitata a concordare e formalizzare con il Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Palermo un piano di rientro, ai sensi della normativa vigente, da trasmettere allo scrivente Dipartimento, al fine di recuperare con specifiche azioni strategiche, nell'ambito di un triennio, lo scostamento negativo registrato a consuntivo dell'esercizio 2015.

E' utile rappresentare il fatto che la misura in questione, il piano di efficientamento, è ascrivibile anche ad una serie di criticità, segnalate a più riprese, e che hanno inciso significativamente sulle performance di questo Policlinico e non certamente a carico di un solo esercizio.

A titolo esemplificativo e non certamente esaustivo si enucleano le seguenti criticità:

- Mega-cantiere in corso;
- Struttura poliblocco vetusta;
- Barriere architettoniche ancora presenti;
- Arredi fatiscenti;
- Spazi insufficienti/inadeguati (P.S., ambulatori, didattica etc);
- Tecnologia di base obsoleta;
- Criticità sistema informatico aziendale
- Assenza di servizi accessori per utenti (bar, edicola, etc.);
- Assenza di servizi accessori per operatori (mensa, asilo, parcheggi, etc);
- Offerta di prestazioni talvolta inappropriate;
- Difficoltà a garantire la continuità assistenziale
- Struttura amministrativa dispersiva e burocratizzata
- Limitata integrazione tra Azienda ed Università.

In particolare, tra le suddette criticità, si desidera sottolineare ancora una volta che alcune misure previste per ridurre la spesa sono certamente limitate da uno dei progetti più grossi degli ultimi anni, il cantiere che l'Università degli Studi di Palermo sta realizzando.

Va comunque dato atto come questa Direzione Strategica abbia già individuato una serie di manovre e di interventi previsti che si integrano con quelli individuati al paragrafo "altre manovre di carattere generale", al fine di ottenere, da un lato il contenimento dei costi, dall'altro l'incremento della produttività: la centralizzazione dei magazzini di deposito, già avviata nel corso del 2016, entrerà a regime nel 2017-18. Allo stato attuale l'Azienda è esposta a diverse severe criticità:

- la parcellizzazione degli ordini;
- la distribuzione dei materiali in diversi dipartimenti con amplificazione delle giacenze;
- la difficoltà ad assicurare presso i magazzini delle diverse UU.OO. i necessari controlli atti a garantire una gestione trasparente e tempestiva nel carico/scarico di farmaci e presidi con conseguenti rischi di sprechi per la possibilità di materiale non utilizzato e che potrebbe andare in scadenza. Con la pluralità dei magazzini anche le attività di controllo ispettivo da parte della Direzione e del Collegio Sindacale, come è già avvenuto, risultano laboriose.

Già nel corso del 2014 è stata operata, con effetti positivi, la centralizzazione parziale degli acquisiti dei materiali di sala operatoria in uso agli anestesisti, assegnando la responsabilità di approvvigionamento al loro direttore.

Complessivamente si sta puntando al rilancio delle attività chirurgiche, recuperando, in termini quali-quantitativi, una parte degli interventi non effettuati negli anni precedenti per riduzione "forzata" dei pp.ll. chirurgici, del numero delle sale operatorie attive e, conseguentemente, delle stesse sedute operatorie.

Nel paragrafo seguente sono stati rilevati gli elementi caratteristici della produzione assistenziale e l'attività di *governance* svolta dall'Azienda.

Vengono riportati elementi che hanno costituito momenti di flessione della produzione, oltre a quelli che hanno inciso sulla capacità di rimborso a causa delle variazioni tariffarie della Regione, peraltro modeste.

In questi ultimi anni (2013-2015) la vita ordinaria del Policlinico è stata appesantita dai numerosi cantieri edilizi che continuano ad incidere negativamente sulla viabilità interna, sui collegamenti tra i reparti, con disagio e inefficienze, sia per l'utenza interna che assistita nei diversi setting organizzativi.

- a) Nel corso del 2015 la sede del Pronto Soccorso è stata trasferita in locali non idonei all'apertura dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI). Permane invariata, quindi, una situazione organizzativa che espone l'Azienda, e per essa le UO, a dover subire un carico di ricoveri ad elevato rischio di non appropriatezza.
- b) Ai fini dell'analisi della contrazione della domanda sanitaria, non si può escludere che il peggioramento delle condizioni economiche dei cittadini siciliani, e non solo, abbia fatto declinare la giusta attenzione alla tutela della salute. Tale calo del resto è stato registrato in altre aziende ospedaliere, e non solo regionali: si rimanda al Rapporto di Osservasalute 2015, che ha evidenziato dopo tanti anni di crescita, la riduzione dell'attesa di vita e gli insufficienti investimenti in prevenzione.
- c) Ancora elevato, seppur decrescente, il valore dell'abbattimento tariffario subito dall'Azienda nel 2015 a fronte del 2014. Vi sono margini per ridurre ulteriormente questa voce negativa operando su una più appropriata codifica delle SDO e sull'assegnazione dei pazienti al regime di assistenza più adeguato.
- d) La Cardiochirurgia ha esteso l'attività all'urgenza con immediato effetto sull'aumento degli interventi chirurgici.
- e) Ricadono sotto la Direzione dell'UO di Anestesia i posti letto di terapia intensiva cardiochirurgica. Per enucleare le caratteristiche dei pazienti ivi ricoverati è opportuno che assumano la codifica dei posti letto di terapia intensiva, anche perché il DA 835/2014 prevede uno specifico CRIL per il calcolo delle giornate di degenza in terapia intensiva.
- f) La Neurochirurgia ha incrementato l'operatività, specie a favore degli interventi che utilizzano gli impianti di protesi. Si auspica un incremento ulteriore dell'attività di impianto protesico.
- g) È stata affidata al Direttore dell'UO di Anestesia e Rianimazione, nelle more della centralizzazione degli acquisti dei presidi medico-chirurgici, la gestione centralizzata del materiale anestesiológico in uso in tutte le sale operatorie dell'Azienda, al fine di una più efficiente distribuzione dei presidi, evitando gli sprechi e conseguendo risultati positivi in economia di scala.
- h) Data la carenza di una sede fisica in cui ospitare i pazienti in OBI e in attesa del completamento delle opere edili della nuova area di emergenza urgenza, è in corso di definizione un modello organizzativo con l'istituzione di posti letto tecnici dedicati e delocalizzati presso le UO specialistiche di competenza: un'OBI diffusa e all'interno delle unità specialistiche.
- i) Anche per la riabilitazione post acuzie sia chirurgica che medica, la soluzione che si intende perseguire è quella di assegnare dei posti letto presso le rispettive unità operative.

Di seguito si analizzano le risorse strutturali utilizzate e le caratteristiche della produzione assistenziale.

DOTAZIONE DEI POSTI LETTO

La dotazione funzionale dei posti letto è quella di cui alla tabella 1, suddivisi per le diverse aree, per regime di ricovero, per acuti e cronici. I dati sono stati rilevati dall'intranet al 31.12.2015.

Tabella 1: Dotazione in posti letto

Per acuti	Regime	Posti letto n.	RO - Numero media di posti letto attivi
Area Medica	Ordinario	214	216,7
	Diurno	33	
Week hospital (Dermatologia, Oculistica, Otorino)	Ordinario	20	20
	Diurno	9	
Area Chirurgica	Ordinario	183	194,9
	Diurno	22	
Intensiva e sub-intensiva	Ordinario	34	34
	Diurno	1	
Radiologia interventistica	Diurno	1	
Non per acuti	Regime	Posti letto n.	RO - Numero medio di posti letto attivi
Lungodegenza	Ordinario	7	7
Riabilitazione	Diurno	3	
Nido	Ordinario	10	10
Totale		537	470,6

Al regime ordinario per acuti, nelle more dell'adozione del piano ospedaliero regionale, nel 2015 sono stati destinati in toto 451 posti letto, di cui n. 222 all'area medica (49,2%), 195 alla chirurgica (43,2%) e 34 (7,5%) per assistenza intensiva e sub intensiva. Dentro l'area medica stanno anche gli 8 posti letto del week hospital di Dermatologia. Alla degenza diurna 66, di cui 35 (53,0%) all'Area Medica; 29 (43,9%) alla Chirurgica; 1 (1,5%) all'Intensiva e Sub-intensiva, 1 (1,5%) alla Diagnostica Radiologica per le attività interventistiche.

I posti letto non per acuti sono così distribuiti: Nido 10 PL, Lungodegenza 7. Sono in via di attivazione 3 P.L. in Fisiatria dedicati alla Riabilitazione di pazienti ricoverati per patologie acute.

La dotazione dei posti letto mediamente attivi destinati ai paziente in acuzie dell'Area Medica in regime ordinario è in rapporto di 1,15 (1,22 nel 2014) rispetto a quelli delle unità chirurgiche. Questo risultato pone in flessione i posti assegnati all'Area Medica rispetto alla Chirurgica.

L'UO di Dermatologia opera in regime di week hospital, per cui i suoi dati di produzione non rientrano nel complessivo delle altre UO di area medica.

Nella tabella precedente i 6 posti letto assegnati alla Cardiocirurgia per la Terapia intensiva e subintensiva, sono attribuiti all'Area Medica, ma ai fini del calcolo degli altri indicatori, all'Area Chirurgica perché non scorporabili informaticamente.

CARATTERISTICHE DELLA PRODUZIONE

A) REGIME ORDINARIO

Permane l'attenzione alla riduzione dei ricoveri non appropriati, richiesta dalla strategia dell'Assessorato Regionale della Salute, trasferendo le prestazioni a bassa complessità ai regimi assistenziali meno onerosi.

La flessione complessiva dei ricoveri in regime ordinario rispetto al 2014 è stata del 2,7%. Rispetto all'attrazione geografica si osserva una riduzione dei ricoveri per i pazienti della provincia di Palermo del 2,5% e per i pazienti delle altre provincie del 4,3% (tab. 3).

Tabella 2: Trend ricoveri ordinari e utilizzo dei posti letto.

Indicatori	2015	2014	2013	Differenza
RO – Numero di ricoveri	15.992	16.440	18.587	-448
RO - Indice di occupazione media posto letto (%)	71,8	71,5	80,4	0,3
RO - Indice di turnover in regime ordinario	1,39	1,38	1,26	0,01
RO – Provincia di Palermo	13.379	13.710	15.487	-331
RO – Altre provincie ed extraregione	2.613	2.730	3.100	-117

Si osserva il prolungamento dell'« indice di turnover » espresso in giorni (da 1,38 a 1,39): differenza ancora più pronunciata se confrontata con l'indice del 2013, e che consolida il ritardo tra la dimissione di un paziente e l'ingresso del paziente successivo. Il posto letto libero, occupato in urgenza dal Pronto Soccorso anche per pazienti destinati all'OBI, espone il sistema ad elevato rischio di ricoveri non appropriati.

Tabella 3: Modalità di accesso dei pazienti.

	2015	2014	2013	2015 vs 2014
Programmato, con pre ospedalizzazione	3.039	2.840	1.387	199
Programmato, non urgente	2.705	3.159	6.012	-454
Urgente	10.248	10.472	11.174	-224
Totale	15.992	16.471	18.573	-479

Prosegue l'incremento della pre-ospedalizzazione rispetto al 2014. L'andamento è ancora più significativo se raffrontato con il dato 2013. Si riduce il programmato non urgente,

espressione sia di riduzione della domanda in elezione, e quindi delle liste d'attesa, sia della maggiore offerta in posti letto liberi.

I ricoveri urgenti sono diminuiti di 224 unità.

La tab. 4 mostra i volumi di ricoveri in regime ordinario divisi per area medica e chirurgica; all'interno di ciascuna area opera la divisione dei DRG in medici e chirurgici. La produzione chirurgica è calcolata solo tenendo conto dei DRG chirurgici dimessi dalle UO di chirurgia, escludendo i DRG chirurgici prodotti dalle UO di medicina. Si è nel tempo operata una riduzione delle duplicazioni di unità organizzative omologhe sia in ambito chirurgico e più recentemente soprattutto in ambito medico, con le medicine interne che sono state ridotte, attraverso accorpamenti selettivi, di 3 unità, compresa la medicina d'urgenza, con un benefico effetto sul deficit aziendale.

Le UO assistenziali sono state classificate in chirurgiche o mediche in relazione della funzione "istituzionale" dell'UO. È pertanto possibile rilevare DRG di tipo chirurgico in una UO di tipo medico e viceversa. È stata l'area chirurgica a subire in termini assoluti che in percentuale la flessione più consistente nei ricoveri rispetto all'area medica.

Tabella 4: Variazione numero di dimessi per Area e per Tipo di DRG in regime ordinario

	Indicatore	2015	2014	2013	VARIAZIONE (2015-2014)/2014
Area Medica	Totale dimessi	9.023	8.837	10.110	186 (2%)
	Tipo M	8.119	8.023	9.218	96 (1,2%)
	Tipo C	904	814	892	90 (11%)
Area Chirurgica	Totale dimessi	6.874	7.057	7.942	-183 (-3%)
	Tipo C	5.097	5.180	5.824	-83(-2%)
	Tipo M	1.777	1.877	2.118	-100 (-5%)

L'aumento del numero di dimessi nell'Area Medica (+11,0%), pur rimanendo basso l'indice di occupazione media, è uno dei fattori che porta al rischio di non appropriatezza, unitamente ai comportamenti orientati alla « Medicina difensivistica», un costo che le aziende affrontano a eventuale difesa dei medici e non per l'assistenza dei pazienti.

La durata media della degenza è rimasta invariata, mentre la pre-operatoria ha subito una lieve riduzione (-0.3) (tab. 5).

A parità di durata della degenza media, si registra un aumento della complessità media in termini di peso medio dei DRG dei casi trattati. Ciò incide positivamente sui costi di gestione dei ricoverati, grazie al contenimento della durata della degenza.

Tabella 5 – R.O. - Rapporto tra Durata media della degenza e complessità in termini di peso medio DRG.

Indicatore	2015	2014	2013	Differenza
RO – Degenza media	7,8	7,8	7,4	0
RO – Degenza media pre-operatoria	2,3	2,6	2,5	-0,3
RO – Peso medio dei DRG	1,30	1,26	1,22	0,04
RO – Rapporto D.M. / Peso Medio DRG	6,0	6,19	6,06	-0,19

Si registra una differente *performance* tra le due aree (tab.6): nella chirurgica, alla riduzione della degenza media è corrisposto un incremento del peso medio dei DRG chirurgici, per cui il risultato del rapporto DM / PM è migliorato. Nell'area medica, all'incremento della durata media della degenza non è corrisposto l'aumento della complessità dei casi trattati tale da migliorare il rapporto DM/PM.

Tabella 6: Rapporto tra Degenza e Peso medio per Area Medica e Chirurgica

	2015	2014	2013	Differenza
Area Chirurgica				
Degenza media	7,603	7,628	6,490	-0,025
Peso medio DRG chir.	1,735	1,671	1,341	0,065
D. M. / Peso medio DRG chir.	4,381	4,566	4,840	-0,185
Area Medica				
Degenza media	8,619	8,361	8,210	0,259
Peso medio DRG medici	1,056	1,029	1,181	0,027
D. M. / Peso medio DRG medici	8,163	8,129	6,950	0,034

L'analisi della produzione chirurgica è condotta escludendo i DRG chirurgici delle UO appartenenti all'Area Medica (es. UTIC, Dermatologia).

La complessità media aziendale è aumentata da 1,260 a 1,302 mentre la sola chirurgica da 1,67 a 1,74, sia per l'aumento degli interventi della Cardiochirurgia che per la riduzione dei DRG non appropriati in RO e trasferiti al DSAO.

L'indice chirurgico medio, anche se di poco, è al di sotto del 75,0% raccomandato. Sono diminuiti i ricoveri chirurgici e i ricoveri di tipo medico nelle chirurgie.

Tabella 7: Caratteristiche della produzione chirurgica in regime ordinario

Indicatore	2015	2014	2013	Differenza
RO – DRG chirurgici prodotti dalle chirurgie (N°)	5.097	5.180	5.824	-83
RO – Peso medio DRG chirurgici solo chirurgie	1,74	1,67	1,574	6,6%
RO – Indice chirurgico medio delle chirurgie(%)	74,2	72,9	73,3	1,2
RO. – DRG medici dimessi dalle chirurgie	1.777	1.877	2.118	-100

Nella tab. 8 la produzione chirurgica è distribuita in quattro fasce di complessità, tarate sull'assorbimento prospettico delle risorse, *alias* "peso medio". Si desidera segnalare come complessità e peso degli interventi chirurgici siano spesso fortemente influenzati dalla mancanza di posti letto intensivi post-operatori dedicati.

La fascia più alta ospita soprattutto gli interventi di neuro e cardiocirurgia; quella più bassa anche alcune prestazioni eseguibili in DSAO; nella fascia media la maggior parte degli interventi di chirurgia addominale e alcuni DRG di neurochirurgia.

Tabella 8: Distribuzione della produzione chirurgica per fasce di complessità

DRG - Fasce di complessità	2015		2014	
	Peso ≤ 1,000	2.154	42,3%	2.288
Peso 1,001 ÷ 1,499	900	17,7%	830	16,0%
Peso 1,5 ÷ 2,499	1.067	20,9%	1.159	22,4%
Peso > 2,500	976	19,1%	903	17,4%

- Peso ≤ 1,000: comprende i DRG a quantità di assorbimento di risorse paragonabili alla colecistectomia laparoscopica senza complicanze, all'intervento di tiroidectomia, al parto cesareo, agli interventi sul testicolo.
- Peso 1,001 ÷ 1,499: comprende gli interventi di ortopedia, di chirurgia oncologica e interventi minori di neurochirurgia.
- Peso 1,5 ÷ 2,499: comprende gli interventi di ortopedia, di urologia e interventi minori di chirurgia addominale.
- Peso ≥ 2,500: comprende tutti gli interventi di cardiocirurgia, la maggior parte degli interventi di neurochirurgia e di chirurgia vascolare, di chirurgia addominale maggiore.

L'analisi dei dati mostra la riduzione del numero dei DRG chirurgici con peso ≤ 1,000 per effetto dell'attività in regime di DSAO. Registrano un lieve incremento, invece, la fascia

compresa tra 1 e 1,5 mentre si riduce la fascia tra 1,5 e 2,5. In aumento i DRG a più elevata complessità (tab. 9), che raggiungono il 19%, mentre quelli a bassa complessità il 42%. Nella fascia media l'incidenza registrata è stata del 39%.

I dati in percentuale sugli interventi inseriti nell'obiettivo «Esiti» mostrano la sostanziale conferma rispetto ai risultati dell'anno precedente. Le procedure con risultato positivo hanno confermato la loro *performance*, mentre i parti cesarei primari, pur migliorando notevolmente il risultato in termini percentuali, rimangono al di fuori del target dell'obiettivo.

Tabella 9: Risultato obiettivo "ESITI" .2015

Obiettivo "Esiti"	Target	2015		2014		2013	
		N° Casi	%	N° Casi	%	N° Casi	%
STEMI - P.T.C.A.	100%	91	92,8%	74	93,7%	76	96,2%
Parti cesarei primari	≤ 20%	183	34,1%	89	67,9%	79	63,2%
Frattura di femore	100%	98	66,7%	215	36,0%	219	38,5%
Colecistectomia Laparoscopica*	100%	363	87,5%	369	87,4%	423	87,0%

All'interno della flessione dell'attività chirurgica è trascurabile il calo (-0,2%) degli interventi in anestesia generale, per definizione a più elevata complessità (tab. 10). Le varie tipologie di assistenza anestesiológica in sala operatoria hanno complessivamente subito l'incremento dell'0,4%.

Tabella 10: R.O. - Attività chirurgica per tipologia di assistenza anestesiológica

Procedure anestesiológica: tipologia	2015	2014	2013	Differenza 2015-14	%
Generale	4.145,00	4155	4.652	-10,00	-0,2%
Locale assistita	555,00	511	628	44,00	9%
Peridurale	113,00	163	167	-50,00	-31%
Sub-aracnoidea	805,00	763	779	42,00	6%
Dei nervi	70,00	48	49	22,00	46%
Locale	1.466,00	1485	1.800	-19,00	-1%

Descrizione degli Interventi

In questa sezione sono descritte le manovre/interventi che l'Azienda vuole porre in essere per raggiungere l'efficientamento gestionale nel triennio oggetto del Piano.

Situazione attuale e Metodo di Lavoro

L'azienda ospedaliera Policlinico Universitario P. Giaccone ha avviato un'analisi della situazione attuale a partire dai suoi punti di forza e di debolezza. La suddetta analisi ha portato ad avviare un'attenta valutazione delle principali unità operative (UUOO) che al termine dell'anno 2015, in accordo con i dati della contabilità analitica, presentavano risultati economici negativi (Allegato).

In particolare, un gruppo di lavoro costituito da professionalità multidisciplinari, individuati dall'azienda e dall'Università degli Studi di Palermo ha analizzato le Unità Operative che presentavano un deficit annuo (2015) maggiore o uguale a 500.000 euro ricercando e individuando le principali criticità che potessero spiegare le cause del deficit.

Per fare ciò è stata posta particolare attenzione ai dati provenienti dal benchmarking regionale (PROD).

Sono state esaminate dettagliatamente le casistiche delle UUOO che a livello regionale presentavano il peso medio più elevato (Best Performer).

Dunque sono state paragonate le nostre casistiche al best performer regionale e successivamente identificate le cause responsabili di tale ridotta performance.

A questo punto sono state elaborate le azioni per migliorare il peso medio di tali UUOO.

Contenuto della Manovra

I parametri considerati per definire il piano di efficientamento dell'azienda si sono basati su:

- a) peso medio del Best Performer
- b) nuova degenza media,
- c) prevedibile numero di posti letto in dotazione nel corso degli stessi anni e con ipotesi di tasso di occupazione modulato per singola UO
- d) analisi quantitativa conseguente dei singoli drg
- e) Costi fissi: per singola unità operativa è stata analizzata la situazione del personale, per ruolo e funzione con revisione della dotazione del personale per effetto di pensionamento o riallocazione presso altre aree organizzative.

Per l'anno 2017 la manovra si è prevalentemente concentrata su strategie di contenimento di costi e di valorizzazione ed ottimizzazione della produttività esistente, tenendo conto anche della definizione entro il 2017 dei lavori di ristrutturazione e ampliamento di oltre il 40% delle unità operative.

Per quanto attiene alla definizione dei conti economici prospettici **2018 e 2019** si è tenuto conto:

- del **valore dei ricavi da ricovero ordinari**, moltiplicati per la relativa tariffa del DRG, pari al numero dei dimessi e stimati con la metodologia anzidetta;

- del **valore dei costi variabili** dei beni e servizi sanitari, correlati per l'appunto al numero dei ricoveri pesati (nr casi per relativo peso).

Individuazione degli obiettivi, e descrizione delle azioni che saranno poste in essere per il loro raggiungimento

Da tale analisi discende la definizione di una serie di obiettivi tra loro correlati e finalizzati, in considerazione della peculiare tipologia aziendale, ospedaliero-universitaria, alla valorizzazione delle alte specializzazioni assistenziali, formative e di ricerca:

- a) Rimodulazione del Peso Medio programmato anno per anno;
- b) Rimodulazione della degenza media programmata anno per anno
- c) Rimodulazione del Tasso di occupazione programmato anno per anno
- d) Rimodulazione del risultato d'esercizio programmato anno per anno per le UO appartenenti al *cluster* oggetto dell'analisi, secondo i criteri anzidetti.

Pertanto, dettagliate le economie realizzabili per l'anno 2017, sono stati definiti i conti economici programmatici ed è stato realizzato un unico conto economico consolidato a margine per l'anno 2018 e per l'anno 2019 e articolato per fattore produttivo.

In sintesi, è stato calcolato il differenziale tra il conto economico programmatico ed il relativo conto economico tendenziale relativo al singolo anno. Tale differenziale è la risultante, in termini economici, delle manovre e azioni individuate per le singole unità operative. Dalla somma algebrica del conto economico tendenziale e delle manovre, emerge il nuovo risultato economico atteso. La differenza tra il risultato del conto economico tendenziale e del conto economico programmatico consente di valutare anno per anno il recupero richiesto nel triennio di €13.528.700

Responsabile

Direttore Generale

Tempi di realizzazione

Cronoprogramma delle scadenze intermedie (trimestrali) e finali: sono previste delle verifiche trimestrali degli impegni assunti.

Impatto economico previsto

2017 contenimento di costi	3.246(€/mgl)
2018 maggiore utile rispetto al tendenziale	6.288 (€/mgl)
2019 maggiore utile rispetto al tendenziale	<u>5.906</u> (€/mgl)
	15.440 (€/mgl)

Altre manovre di carattere generale

Di seguito si riportano alcune manovre di carattere generale individuate dall'Azienda che possono migliorare la performance assistenziale e contribuire nel triennio al riallineamento dell'equilibrio economico finanziario e patrimoniale.

- Potenziamento del servizio sistema informativo aziendale
- Realizzazione del Magazzino Unico Centralizzato dei Presidi sanitari generalistici
- Cup, pagamento ticket, URP in un unico edificio □ miglioramento qualità del servizio di front office
- Accentramento degli ambulatori presso un unico sito
- Trasferimento odontoiatria in area a minore intensità assistenziale
- Trasferimento Neurologia in area Neuroscienze
- Trasferimento Dipartimento Amministrativo da via Toti a via LA Loggia con risparmio sui costi di locazione (€ 132.000 annui)
- Individuare spazi per i laboratori d'analisi nell'area di alta intensità assistenziale
- Attivazione nuova area d'emergenza e centralizzazione dei complessi operatori: apertura del padiglione unico orizzontale con collegamento all'area radiologica, delle neuroscienze e dell'ortopedia e contestuale miglioramento organizzativo dei trasporti interni (es. pronto soccorso – reparto degenza)
- Rimodulazione dell'attività assistenziale per le unità operative con distribuzione delle prestazioni su h 12 e conseguente riorganizzazione del personale, tendenzialmente sviluppando il 50% del monte orario al mattino, il 30% al pomeriggio e il 20% la sera.
- Attivazione dell'Osservazione Breve Intensiva
- Attivazione servizio di Dialisi per l'esterno
- Riduzione delle prestazioni diagnostiche a bassa complessità sia dei laboratori che della diagnostica per immagini verso gli esterni con riorientamento delle risorse per esami diagnostici a più alta complessità (radiologia interventistica)
- Trasferimento CQRC presso A.OO.RR. Villa Sofia Cervello come da decreto assessoriale
- Rimborso costi di Microbiologia per la gestione dei pazienti portatori di HCV
- Processi di miglioramento per la codifica delle SDO
- Riorganizzazione delle risorse infermieristiche nei complessi operatori, accorrandole in pool distinti di chirurgia generale e specialistica e ponendo l'organizzazione del lavoro e la turnazione a carico della direzione infermieristica.
- Istituzione della piattaforma unica di endoscopia diagnostica ed operativa con riorganizzazione delle risorse mediche e infermieristiche
- Il progressivo avvio del week hospital e potenziamento attività ambulatoriale (dalla Dermatologia all'ORL e all'Oculistica) consentirà di utilizzare meglio la risorsa infermieristica e di rendere più efficiente la loro organizzazione interna.
- Attivazione posti letto di terapia intensiva cardiotoracovascolare.
- Attivazione della UOC di pneumologia in area strutturalmente correlata all'Area di Emergenza Urgenza e alta intensità di cura.
- Centro di sterilizzazione (ferri chirurgici e teleria): valutare convenzione con aziende che erogano il relativo servizio
- Prestazione erogate in regime di pronto soccorso: implementare l'integrazione informatica delle prestazioni erogate dalle UO al paziente di pronto soccorso.

Conto Economico Tendenziale

Il Conto Economico "Tendenziale", elaborato per ciascuno esercizio relativo al triennio di vigenza del Piano, rappresenta i risultati economici che l'Azienda andrebbe a conseguire negli anni di vigenza del Piano, a legislazione vigente, nel caso in cui non effettuasse alcun intervento correttivo.

I valori dei Conti Economici Tenzionali sono stati redatti per ciascuna voce del Modello CE di cui al DM 15/06/2012 ed in linea con le specifiche direttive assessoriali..

I valori dei Conti Economici Tenzionali sono stati determinati a partire dai dati dell'anno 2016, il quale rappresenta "l'anno T0" su cui calcolare i successivi costamenti secondo lo schema del Modello CE "stima a finire 2016" elaborato sulla base delle indicazioni contenute nella Nota prot. n.5°/Dip/00080456.

Di seguito si rappresentano i criteri per la costruzione dei valori del CE Tendenziale, per ciascun aggregato di sintesi (v. schema contabile analitico).

a) Ricavi

Contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale

La voce AA0030 del Modello CE "Contributi per quota FSR indistinto", ai sensi dell'art. 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., ha accolto il finanziamento per funzioni massimo ammissibile (30% sul totale della remunerazione dell'attività).

La voce AA0040 del Modello CE "Contributi per quota FSR vincolato" nel Tendenziale riepiloga le somme assegnate nel 2015 per:

- Quota per extracomunitari irregolari L 40/98;
- Quota per fondo esclusività L 488/99.

Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti

La voce ha accolto la quantificazione degli effetti derivanti dall'applicazione dell'art.29, comma 1, lettera b) del D. Lgs. 118/2011, così come modificato dall'art.1, comma 36 della l. 228/2012 (il valore del 100% degli acquisti previsti per l'anno, con mezzi propri).

Contributi da Regione a titolo di copertura extra LEA

Il valore Tendenziale è pari a 0.

Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti

Non è stato valorizzato il valore Tendenziale per la sterilizzazione della stima dei relativi costi in quanto non sono stati iscritti nei Tenzionali i medesimi costi.

Altri contributi in conto esercizio

Il valore Tendenziale è stato determinato in misura pari al dato per l'anno 2016, al netto delle eventuali risorse per contributi "non ripetibili".

Mobilità attiva intra

Il valore Tendenziale è stato determinato in misura pari al dato per l'anno 2016.

Mobilità attiva extra regionale

Il valore Tendenziale è stato determinato in misura pari al dato per l'anno 2016.

Compartecipazioni

Il valore Tendenziale è stato determinato in misura pari al dato per l'anno 2016.

Altre entrate

Il valore Tendenziale è stato determinato in misura pari al dato per l'anno 2016, al netto delle altre entrate "non ripetibili".

.

Costi capitalizzati

Nel calcolo dei Costi capitalizzati le Aziende devono tenere conto dall'applicazione dell'art.29, comma 1, lettera b) del D. Lgs. 118/2011, così come modificato dall'art.1, comma 36 della l. 228/2012.

Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti – altri contributi

La voce è pari a 0.

b) Costi

Personale

Il valore Tendenziale è stato determinato a partire dal dato 2016, scontando gli effetti di quiescenze e nuove assunzioni già deliberate ed approvate.

IRAP

Il valore Tendenziale è stato determinato in misura pari all'8,5% del costo del personale valorizzato nel tendenziale.

Beni sanitari

- il valore Tendenziale del costo di acquisto dei Prodotti Farmaceutici (voce BA0030) è stato costruito su base storica (applicando alla spesa 2016 il CAGR (Compound Annual Growth Rate) rilevato negli anni 2011 – 2016 sulla spesa farmaceutica, al netto della spesa per i farmaci innovativi per il trattamento dell'epatite C, per somministrazione diretta a pazienti non ricoverati (File F) e per farmaci antitumorali somministrati a pazienti in regime di DH (File T) il valore è pari a zero;
- il valore Tendenziale della spesa per acquisto farmaci innovativi per la cura dell'Epatite C è stato rilevato pari al dato rilevato per l'anno 2016 (già al netto del valore delle note di credito conseguenti agli accordi negoziali p/v tra AIFA e le case farmaceutiche per il rimborso diretto alle aziende del SSR);
- il valore Tendenziale della spesa per acquisto farmaci per somministrazione diretta a pazienti non ricoverati (File F) e per farmaci antitumorali somministrati a pazienti in regime di DH (File T) è pari al dato rilevato per l'anno 2016, così come il valore del ricavo correlato;
- il valore Tendenziale del costo per acquisto di dispositivi medici e altri beni sanitari, esclusi i prodotti farmaceutici, è stato determinato incrementando il dato 2016 dell'1,5%, in misura pari al Tasso di Inflazione Programmata (TIP) previsto dal MEF nel Documento di Economia e Finanza – DEF 2016, aggiornato al mese di Aprile 2016.

Beni non sanitari

Il valore tendenziale è stato determinato incrementando il dato 2016 del T.I.P. (1,5%).

Servizi sanitari

Il valore tendenziale è stato determinato incrementando il dato 2016 del T.I.P. (1,5%).

Servizi non sanitari

Il valore tendenziale è stato determinato incrementando il dato 2016 del T.I.P. (1,5%).

Accantonamenti

- Accantonamenti per rischi: Il valore tendenziale è determinato sulla base del valore medio rilevato nel periodo 2011 – 2015;
- Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione): Il valore tendenziale è determinato in misura pari al consuntivo 2015.
- Accantonamenti per interessi di mora ed altro: Il valore tendenziale è determinato sulla base del valore medio rilevato nel periodo 2011 – 2015.
- Accantonamenti per Quote inutilizzate di contributi: Il valore tendenziale è pari a zero.

Oneri finanziari

Il valore Tendenziale è stato determinato in misura pari al dato per l'anno 2016.

Oneri fiscali (netto IRAP)

Il valore Tendenziale è stato determinato in misura pari al dato per l'anno 2016.

Saldo poste straordinarie

Il valore Tendenziale è stato determinato in misura pari al dato per l'anno 2016.

Saldo intramoenia

Il valore Tendenziale è stato determinato in misura pari al dato per l'anno 2016.

Ammortamenti

Nel calcolo degli Ammortamenti si è tenuto conto dell'applicazione dell'art.29, comma 1, lettera b) del D. Lgs. 118/2011, così come modificato dall'art.1, comma 36 della l. 228/2012.

CODICE	VOCE NUOVO MODELLO CE (1)	BILANCIO 2015	NEGOZIATO 2016	TENDENZE 2017	TENDENZIALE 2018	TENDENZIALE 2019	MANOVRA 2017	MANOVRA 2018	MANOVRA 2019	PROGRAMMATICO 2017	PROGRAMMATICO 2018	PROGRAMMATICO 2019
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	94.914	78.561	49.468	49.468	49.468	-	-	-	49.468	49.468	49.468
AA0020	A.1.A) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	93.625	78.561	49.468	49.468	49.468	-	-	-	49.468	49.468	49.468
AA0030	A.1.A.1) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto	93.625	77.293	48.754	48.754	48.754				48.754	48.754	48.754
AA0040	A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	-	1.268	714	714	714				714	714	714
AA0050	A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo)	1.277	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0060	A.1.B.1) da Regione o Prov. Aut. (extra fondo)	1.180	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0070	A.1.B.1.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati	1.177	-	-	-	-				-	-	-
AA0080	A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0090	A.1.B.1.3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

AA0100	A.1.B.1.4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Altro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0110	A.1.B.2) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0120	A.1.B.2.1) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0130	A.1.B.2.2) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo) altro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0140	A.1.B.3) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo)	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0150	A.1.B.3.1) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) vincolati	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0160	A.1.B.3.2) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) L. 210/92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0170	A.1.B.3.3) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) altro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0180	A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0190	A.1.C.1) Contributi da Ministero della Salute per ricerca corrente	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

AA0200	A.1.C.2) Contributi da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0210	A.1.C.3) Contributi da Regione ed altri soggetti pubblici per ricerca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0220	A.1.C.4) Contributi da privati per ricerca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0230	A.1.D) Contributi c/esercizio da privati	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-17.694	-3.757	-1.623	-1.623	-1.623	-	-	-	-1.623	-1.623	-1.623	-1.623
AA0250	A.2.A) Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	-17.694	-3.757	-1.623	-1.623	-1.623	-	-	-	-1.623	-1.623	-1.623	-1.623
AA0260	A.2.B) Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	1.534	932	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0280	A.3.A) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	1.534	932	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

AA0290	A.3.B) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0300	A.3.C) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti per ricerca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0310	A.3.D) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti da privati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	141.180	166.466	166.466	166.466	166.466	-	5.418	6.492	166.466	171.883	172.958
AA0330	A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici	138.160	163.659	163.659	163.659	163.659	-	5.418	6.492	163.659	169.076	170.151
AA0340	A.4.A.1) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad Aziende sanitarie pubbliche della Regione	136.816	162.322	162.322	162.322	162.322	-	5.418	6.492	162.322	167.739	168.814
AA0350	A.4.A.1.1) Prestazioni di ricovero	76.030	72.788	72.788	72.788	72.788		4.690	5.765	72.788	77.478	78.553
AA0360	A.4.A.1.2) Prestazioni di specialistica ambulatoriale	11.078	11.078	11.078	11.078	11.078		728	728	11.078	11.806	11.806
AA0370	A.4.A.1.3) Prestazioni di psichiatria	-	-	-	-	-				-	-	-

	residenziale e semiresidenziale											
AA0380	A.4.A.1.4) Prestazioni di File F	49.071	77.849	77.849	77.849	77.849				77.849	77.849	77.849
AA0390	A.4.A.1.5) Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale	-	-	-	-	-				-	-	-
AA0400	A.4.A.1.6) Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata	-	-	-	-	-				-	-	-
AA0410	A.4.A.1.7) Prestazioni termali	-	-	-	-	-				-	-	-
AA0420	A.4.A.1.8) Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso	-	-	-	-	-				-	-	-
AA0430	A.4.A.1.9) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	637	607	607	607	607				607	607	607
AA0440	A.4.A.2) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad altri soggetti pubblici	53	46	46	46	46				46	46	46
AA0450	A.4.A.3) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione	1.291	1.291	1.291	1.291	1.291	-	-	-	1.291	1.291	1.291
AA0460	A.4.A.3.1) Prestazioni di ricovero	545	545	545	545	545				545	545	545
AA0470	A.4.A.3.2) Prestazioni ambulatoriali	69	69	69	69	69				69	69	69
AA0480	A.4.A.3.3) Prestazioni di psichiatria non soggetta a	-	-	-	-	-				-	-	-

	compensazione (resid. esemiresid.)											
AA0490	A.4.A.3.4) Prestazioni di File F	183	183	183	183	183				183	183	183
AA0500	A.4.A.3.5) Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale Extraregione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0510	A.4.A.3.6) Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata Extraregione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0520	A.4.A.3.7) Prestazioni termali Extraregione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0530	A.4.A.3.8) Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso Extraregione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0540	A.4.A.3.9) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria Extraregione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0550	A.4.A.3.10) Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali Extraregione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0560	A.4.A.3.11) Ricavi per differenziale tafe TUC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0570	A.4.A.3.12) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria non soggette a compensazione Extraregione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

AA0580	A.4.A.3.12.A) Prestazioni di assistenza riabilitativa non soggette a compensazione Extraregione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0590	A.4.A.3.12.B) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria non soggette a compensazione Extraregione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0600	A.4.A.3.13) Altre prestazioni sanitarie a rilevanza sanitaria - Mobilità attiva Internazionale	494	494	494	494	494				494	494	494
AA0610	A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0620	A.4.B.1) Prestazioni di ricovero da priv. Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0630	A.4.B.2) Prestazioni ambulatoriali da priv. Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0640	A.4.B.3) Prestazioni di File F da priv. Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

AA0650	A.4.B.4) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0660	A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati	1.109	780	780	780	780				780	780	780
AA0670	A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	1.911	2.027	2.027	2.027	2.027	-	-	-	2.027	2.027	2.027
AA0680	A.4.D.1) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area ospedaliera	283	311	311	311	311				311	311	311
AA0690	A.4.D.2) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area specialistica	1.445	1.639	1.639	1.639	1.639				1.639	1.639	1.639
AA0700	A.4.D.3) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area sanità pubblica	-	-	-	-	-				-	-	-
AA0710	A.4.D.4) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58)	67	29	29	29	29				29	29	29
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)	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	pubbliche della Regione)											
AA0730	A.4.D.6) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0740	A.4.D.7) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	116	48	48	48	48				48	48	48
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	6.081	5.691	5.691	5.691	5.691	-	-	-	5.691	5.691	5.691
AA0760	A.5.A) Rimborsi assicurativi	50	27	27	27	27				27	27	27
AA0770	A.5.B) Concorsi, recuperi e rimborsi da Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0780	A.5.B.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dell'azienda in posizione di comando presso la Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0790	A.5.B.2) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0800	A.5.C) Concorsi, recuperi e rimborsi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	570	784	784	784	784	-	-	-	784	784	784
AA0810	A.5.C.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando presso Aziende sanitarie pubbliche della Regione	568	784	784	784	784				784	784	784

AA0820	A.5.C.2) Rimborsi per acquisto beni da parte di Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0830	A.5.C.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte di Aziende sanitarie pubbliche della Regione	2	1	1	1	1				1	1	1
AA0840	A.5.D) Concorsi, recuperi e rimborsi da altri soggetti pubblici	4.914	4.515	4.515	4.515	4.515	-	-	-	4.515	4.515	4.515
AA0850	A.5.D.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando presso altri soggetti pubblici	35	80	80	80	80				80	80	80
AA0860	A.5.D.2) Rimborsi per acquisto beni da parte di altri soggetti pubblici	-	-	-	-	-				-	-	-
AA0870	A.5.D.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte di altri soggetti pubblici	4.879	4.434	4.434	4.434	4.434				4.434	4.434	4.434
AA0880	A.5.E) Concorsi, recuperi e rimborsi da privati	548	365	365	365	365	-	-	-	365	365	365
AA0890	A.5.E.1) Rimborso da aziende farmaceutiche per PaX back	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0900	A.5.E.1.1) PaX-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0910	A.5.E.1.2) PaX-back per superamento del	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	tezzo della spesa farmaceutica ospedaliera											
AA0920	A.5.E.1.3) Ulteriore PaX-back	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0930	A.5.E.2) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da privati	548	365	365	365	365				365	365	365
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	1.754	1.683	1.671	1.671	1.671	-	-	-	1.671	1.671	1.671
AA0950	A.6.A) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	1.743	1.671	1.671	1.671	1.671				1.671	1.671	1.671
AA0960	A.6.B) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sul pronto soccorso	11	11	-	-	-				-	-	-
AA0970	A.6.C) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) - Altro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	3.511	4.228	4.228	4.228	4.228	-	-	-	4.228	4.228	4.228
AA0990	A.7.A) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti dallo Stato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA1000	A.7.B) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti da	1.880	2.466	2.466	2.466	2.466	-	-	-	2.466	2.466	2.466

	Regione											
AA1010	A.7.C) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per beni di prima dotazione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA1020	A.7.D) Quota imputata all'esercizio dei contributi in c/ esercizio FSR destinati ad investimenti	1.631	1.762	1.762	1.762	1.762	-	-	-	1.762	1.762	1.762
AA1030	A.7.E) Quota imputata all'esercizio degli altri contributi in c/ esercizio destinati ad investimenti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA1040	A.7.F) Quota imputata all'esercizio di altre poste del patrimonio netto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	2.161	1.955	1.955	1.955	1.955	-1.300	-	-	655	1.955	1.955
AA1070	A.9.A) Ricavi per prestazioni non sanitarie	1.791	1.613	1.613	1.613	1.613	-1.300			313	1.613	1.613
AA1080	A.9.B) Fitti attivi ed altri proventi da attività immobiliari	-	-	-	-	-				-	-	-
AA1090	A.9.C) Altri proventi diversi	370	342	342	342	342				342	342	342
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	233.441	255.759	227.856	227.856	227.856	-1.300	5.418	6.492	226.556	233.274	234.348
BA0010	B.1) Acquisti di beni	83.827	90.295	90.581	90.871	91.165	-2.553	509	818	88.028	91.380	91.982
BA0020	B.1.A) Acquisti di beni sanitari	83.312	89.857	90.136	90.419	90.706	-2.553	509	818	87.583	90.928	91.524
BA0030	B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	62.989	70.535	70.535	70.535	70.535	-	-	-	70.535	70.535	70.535

BA0040	B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	62.865	70.251	70.251	70.251	70.251				70.251	70.251	70.251
BA0050	B.1.A.1.2) Medicinali senza AIC	124	284	284	284	284				284	284	284
BA0060	B.1.A.1.3) Emoderivati di produzione regionale	-	-	-	-	-				-	-	-
BA0070	B.1.A.2) Sangue ed emocomponenti	782	726	726	726	726				726	726	726
BA0080	B.1.A.2.1) da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) – Mobilità intraregionale	92	92	92	92	92				92	92	92
BA0090	B.1.A.2.2) da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche extra Regione) – Mobilità extraregionale	-	-	-	-	-				-	-	-
BA0100	B.1.A.2.3) da altri soggetti	690	633	633	633	633				633	633	633
BA0210	B.1.A.3) Dispositivi medici	16.936	16.149	16.391	16.637	16.887	-453	509	818	15.938	17.146	17.704
BA0220	B.1.A.3.1) Dispositivi medici	11.793	10.928	11.092	11.258	11.427	-453	509	818	10.639	11.767	12.244
BA0230	B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	1.200	1.143	1.160	1.177	1.195				1.160	1.177	1.195
BA0240	B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	3.943	4.079	4.140	4.202	4.265				4.140	4.202	4.265
BA0250	B.1.A.4) Prodotti dietetici	23	26	27	27	27				27	27	27
BA0260	B.1.A.5) Materiali per la profilassi (vaccini)	-	-	-	-	-				-	-	-
BA0270	B.1.A.6) Prodotti chimici	-	-	-	-	-				-	-	-
BA0280	B.1.A.7) Materiali e prodotti per uso veterinario	-	-	-	-	-				-	-	-

BA0290	B.1.A.8) Altri beni e prodotti sanitari	2.581	2.420	2.457	2.493	2.531	-2.100			357	2.493	2.531
BA0300	B.1.A.9) Beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-				-	-	-
BA0310	B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	515	439	445	452	459	-	-	-	445	452	459
BA0320	B.1.B.1) Prodotti alimentari	2	2	2	2	2				2	2	2
BA0330	B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	101	94	95	96	98				95	96	98
BA0340	B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti	57	44	45	46	47				45	46	47
BA0350	B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria	138	138	140	142	144				140	142	144
BA0360	B.1.B.5) Materiale per la manutenzione	110	95	96	98	99				96	98	99
BA0370	B.1.B.6) Altri beni e prodotti non sanitari	107	66	67	68	69				67	68	69
BA0380	B.1.B.7) Beni e prodotti non sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	65.170	73.965	72.850	73.044	73.240	-510	-402	-231	72.341	72.642	73.009
BA0400	B.2.A) Acquisti servizi sanitari	32.689	41.751	41.116	41.141	41.167	-	-	-	41.116	41.141	41.167
BA0410	B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0420	B.2.A.1.1) - da convenzione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0430	B.2.A.1.1.A) Costi per assistenza MMG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0440	B.2.A.1.1.B) Costi per assistenza PLS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0450	B.2.A.1.1.C) Costi per assistenza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	Continuità assistenziale												
BA0460	B.2.A.1.1.D) Altro (medicina dei servizi, psicologi, medici 118, ecc)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0470	B.2.A.1.2) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0480	B.2.A.1.3) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche Extraregione) - Mobilità extraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0490	B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0500	B.2.A.2.1) - da convenzione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0510	B.2.A.2.2) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)- Mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0520	B.2.A.2.3) - da pubblico (Extraregione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0530	B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0540	B.2.A.3.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0550	B.2.A.3.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0560	B.2.A.3.3) - da pubblico (Extraregione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0570	B.2.A.3.4) - da privato - Medici SUMAI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

BA0580	B.2.A.3.5) - da privato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0590	B.2.A.3.5.A) Servizi sanitari per assistenza specialistica da IRCCS privati e Policlinici privati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0600	B.2.A.3.5.B) Servizi sanitari per assistenza specialistica da Ospedali Classificati privati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0610	B.2.A.3.5.C) Servizi sanitari per assistenza specialistica da Case di Cura private	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0620	B.2.A.3.5.D) Servizi sanitari per assistenza specialistica da altri privati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0630	B.2.A.3.6) - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0640	B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0650	B.2.A.4.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0660	B.2.A.4.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0670	B.2.A.4.3) - da pubblico (Extraregione) non soggetti a compensazione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0680	B.2.A.4.4) - da privato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	(intraregionale)												
BA0690	B.2.A.4.5) - da privato (extraregionale)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0700	B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0710	B.2.A.5.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0720	B.2.A.5.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0730	B.2.A.5.3) - da pubblico (Extraregione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0740	B.2.A.5.4) - da privato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0750	B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0760	B.2.A.6.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0770	B.2.A.6.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0780	B.2.A.6.3) - da pubblico (Extraregione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0790	B.2.A.6.4) - da privato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0800	B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0810	B.2.A.7.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0820	B.2.A.7.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

BA0830	B.2.A.7.3) - da pubblico (Extraregione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0840	B.2.A.7.4) - da privato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0850	B.2.A.7.4.A) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da IRCCS privati e Policlinici privati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0860	B.2.A.7.4.B) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Ospedali Classificati privati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0870	B.2.A.7.4.C) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Case di Cura private	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0880	B.2.A.7.4.D) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da altri privati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0890	B.2.A.7.5) - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0900	B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0910	B.2.A.8.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0920	B.2.A.8.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0930	B.2.A.8.3) - da pubblico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	(Extraregione) - non soggette a compensazione												
BA0940	B.2.A.8.4) - da privato (intraregionale)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0950	B.2.A.8.5) - da privato (extraregionale)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0960	B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0970	B.2.A.9.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0980	B.2.A.9.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0990	B.2.A.9.3) - da pubblico (Extraregione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1000	B.2.A.9.4) - da privato (intraregionale)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1010	B.2.A.9.5) - da privato (extraregionale)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1020	B.2.A.9.6) - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1030	B.2.A.10) Acquisto prestazioni termali in convenzione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1040	B.2.A.10.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

BA1050	B.2.A.10.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1060	B.2.A.10.3) - da pubblico (Extraregione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1070	B.2.A.10.4) - da privato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1080	B.2.A.10.5) - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1090	B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario	1.839	1.647	1.672	1.697	1.723	-	-	-	1.672	1.697	1.723
BA1100	B.2.A.11.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1110	B.2.A.11.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1120	B.2.A.11.3) - da pubblico (Extraregione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1130	B.2.A.11.4) - da privato	1.839	1.647	1.672	1.697	1.723				1.672	1.697	1.723
BA1140	B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1150	B.2.A.12.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1160	B.2.A.12.2) - da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

BA1170	B.2.A.12.3) - da pubblico (Extraregione) non soggette a compensazione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1180	B.2.A.12.4) - da privato (intra-regionale)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1190	B.2.A.12.5) - da privato (extraregionale)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1200	B.2.A.13) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intra-moenia)	1.554	1.496	1.496	1.496	1.496	-	-	-	1.496	1.496	1.496
BA1210	B.2.A.13.1) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intra-moenia - Area ospedaliera	185	200	200	200	200				200	200	200
BA1220	B.2.A.13.2) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intra-moenia- Area specialistica	988	1.056	1.056	1.056	1.056				1.056	1.056	1.056
BA1230	B.2.A.13.3) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intra-moenia - Area sanità pubblica	4	-	-	-	-				-	-	-
BA1240	B.2.A.13.4) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intra-moenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58)	102	26	26	26	26				26	26	26

BA1250	B.2.A.13.5) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intraoemia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1260	B.2.A.13.6) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intraoemia - Altro	274	214	214	214	214				214	214	214
BA1270	B.2.A.13.7) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intraoemia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1280	B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari	6.004	16.547	16.547	16.547	16.547	-	-	-	16.547	16.547	16.547
BA1290	B.2.A.14.1) Contributi ad associazioni di volontariato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1300	B.2.A.14.2) Rimborsi per cure all'estero	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1310	B.2.A.14.3) Contributi a società partecipate e/o enti dipendenti della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1320	B.2.A.14.4) Contributo Legge 210/92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1330	B.2.A.14.5) Altri rimborsi, assegni e contributi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

BA1340	B.2.A.14.6) Rimborsi, assegni e contributi v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione	6.004	16.547	16.547	16.547	16.547				16.547	16.547	16.547
BA1350	B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socio-sanitarie	22.523	21.364	20.704	20.704	20.704	-	-	-	20.704	20.704	20.704
BA1360	B.2.A.15.1) Consulenze sanitarie e socio-san. da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1370	B.2.A.15.2) Consulenze sanitarie e socio-sanit. da terzi - Altri soggetti pubblici	45	-	-	-	-				-	-	-
BA1380	B.2.A.15.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socio-san. da privato	21.784	20.694	20.035	20.035	20.035	-	-	-	20.035	20.035	20.035
BA1390	B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e socio-sanitarie da privato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socio-san. da privato	494	244	244	244	244				244	244	244

BA1420	B.2.A.15.3.D) Indennità a personale universitario - area sanitaria	20.911	20.013	19.790	19.790	19.790				19.790	19.790	19.790
BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	-	-	-	-	-				-	-	-
BA1440	B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	379	437	-	-	-				-	-	-
BA1450	B.2.A.15.4) Rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando	654	670	670	670	670	-	-	-	670	670	670
BA1460	B.2.A.15.4.A) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	461	667	667	667	667				667	667	667
BA1470	B.2.A.15.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Regioni, soggetti pubblici e da Università	193	3	3	3	3				3	3	3
BA1480	B.2.A.15.4.C) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1490	B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	768	697	697	697	697	-	-	-	697	697	697
BA1500	B.2.A.16.1) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	2	-	-	-	-				-	-	-

	da pubblico - Aziende sanitarie pubbliche della Regione											
BA1510	B.2.A.16.2) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Altri soggetti pubblici della Regione	504	504	504	504	504				504	504	504
BA1520	B.2.A.16.3) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico (Extraregione)	-	1	1	1	1				1	1	1
BA1530	B.2.A.16.4) Altri servizi sanitari da privato	262	192	192	192	192				192	192	192
BA1540	B.2.A.16.5) Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1550	B.2.A.17) Costi per differenziale tafe TUC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1560	B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	32.481	32.214	31.734	31.902	32.073	-510	-402	-231	31.224	31.500	31.842
BA1570	B.2.B.1) Servizi non sanitari	14.543	14.552	14.717	14.885	15.056	-510	-402	-231	14.207	14.483	14.825
BA1580	B.2.B.1.1) Lavanderia	538	539	547	555	563				547	555	563
BA1590	B.2.B.1.2) Pulizia	2.096	2.193	2.226	2.259	2.293				2.226	2.259	2.293
BA1600	B.2.B.1.3) Mensa	2.022	2.014	2.044	2.074	2.106				2.044	2.074	2.106
BA1610	B.2.B.1.4) Riscaldamento	-	-	-	-	-				-	-	-
BA1620	B.2.B.1.5) Servizi di assistenza informatica	237	224	227	230	234				227	230	234
BA1630	B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)	19	10	10	11	11				10	11	11
BA1640	B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	351	341	346	352	357				346	352	357
BA1650	B.2.B.1.8) Utenze telefoniche	209	184	187	190	193				187	190	193

BA1660	B.2.B.1.9) Utenze elettricità	2.791	2.791	2.832	2.875	2.918				2.832	2.875	2.918
BA1670	B.2.B.1.10) Altre utenze	661	691	701	711	722				701	711	722
BA1680	B.2.B.1.11) Premi di assicurazione	230	257	260	264	268	-	-	-	260	264	268
BA1690	B.2.B.1.11.A) Premi di assicurazione - R.C. Professionale	14	13	14	14	14				14	14	14
BA1700	B.2.B.1.11.B) Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	216	243	247	251	254				247	251	254
BA1710	B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari	5.390	5.309	5.336	5.363	5.391	-510	-402	-231	4.826	4.961	5.160
BA1720	B.2.B.1.12.A) Altri servizi non sanitari da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	-	-	-	-	-				-	-	-
BA1730	B.2.B.1.12.B) Altri servizi non sanitari da altri soggetti pubblici	5	3	3	3	3				3	3	3
BA1740	B.2.B.1.12.C) Altri servizi non sanitari da privato	5.385	5.306	5.333	5.361	5.388	-510	-402	-231	4.823	4.959	5.157
BA1750	B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	17.854	17.553	16.907	16.907	16.907	-	-	-	16.907	16.907	16.907
BA1760	B.2.B.2.1) Consulenze non sanitarie da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1770	B.2.B.2.2) Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri soggetti pubblici	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1780	B.2.B.2.3) Consulenze, Collaborazioni,	17.640	17.400	16.754	16.754	16.754	-	-	-	16.754	16.754	16.754

	Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato											
BA1790	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	2	7	7	7	7				7	7	7
BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	-	471	69	69	69				69	69	69
BA1810	B.2.B.2.3.C) Indennità a personale universitario - area non sanitaria	17.573	16.922	16.679	16.679	16.679				16.679	16.679	16.679
BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	-	-	-	-	-				-	-	-
BA1830	B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	65	-	-	-	-				-	-	-
BA1840	B.2.B.2.4) Rimborso oneri stipendiali del personale non sanitario in comando	214	153	153	153	153	-	-	-	153	153	153
BA1850	B.2.B.2.4.A) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	207	153	153	153	153				153	153	153
BA1860	B.2.B.2.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Regione, soggetti pubblici e da Università	8	-	-	-	-				-	-	-

BA1870	B.2.B.2.4.C) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1880	B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)	84	110	110	110	110	-	-	-	110	110	110
BA1890	B.2.B.3.1) Formazione (esternalizzata e non) da pubblico	58	107	107	107	107				107	107	107
BA1900	B.2.B.3.2) Formazione (esternalizzata e non) da privato	27	3	3	3	3				3	3	3
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	4.598	4.623	4.623	4.623	4.623	-	-	-	4.623	4.623	4.623
BA1920	B.3.A) Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze	590	877	877	877	877				877	877	877
BA1930	B.3.B) Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari	1.806	1.626	1.626	1.626	1.626				1.626	1.626	1.626
BA1940	B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche	2.190	2.115	2.115	2.115	2.115				2.115	2.115	2.115
BA1950	B.3.D) Manutenzione e riparazione ai mobili e arredi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1960	B.3.E) Manutenzione e riparazione agli automezzi	4	6	6	6	6				6	6	6
BA1970	B.3.F) Altre	8	-	-	-	-				-	-	-

	manutenzioni e riparazioni											
BA1980	B.3.G) Manutenzioni e riparazioni da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	3.625	4.619	4.619	4.619	4.619	-	-	-	4.619	4.619	4.619
BA2000	B.4.A) Fitti passivi	188	193	193	193	193				193	193	193
BA2010	B.4.B) Canoni di noleggio	2.711	3.378	3.378	3.378	3.378	-	-	-	3.378	3.378	3.378
BA2020	B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria	2.439	3.111	3.111	3.111	3.111				3.111	3.111	3.111
BA2030	B.4.B.2) Canoni di noleggio - area non sanitaria	271	266	266	266	266				266	266	266
BA2040	B.4.C) Canoni di leasing	726	1.048	1.048	1.048	1.048	-	-	-	1.048	1.048	1.048
BA2050	B.4.C.1) Canoni di leasing - area sanitaria	726	1.048	1.048	1.048	1.048	-	-	-	1.048	1.048	1.048
BA2060	B.4.C.2) Canoni di leasing - area non sanitaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2070	B.4.D) Locazioni e noleggi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2080	Totale Costo del personale	61.180	61.787	62.593	62.593	62.593	-567	-977	-	62.026	61.615	62.593
BA2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	55.247	55.430	55.721	55.721	55.721	-567	-977	-	55.154	54.743	55.721
BA2100	B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario	30.279	30.711	30.937	30.937	30.937	-567	-977	-	30.370	29.959	30.937
BA2110	B.5.A.1) Costo del personale dirigente medico	28.078	28.421	28.646	28.646	28.646	-567	-977	-	28.079	27.669	28.646
BA2120	B.5.A.1.1) Costo del personale dirigente medico - tempo indeterminato	22.246	21.540	21.385	21.385	21.385	-567	-977		20.818	20.408	21.385
BA2130	B.5.A.1.2) Costo del personale dirigente medico -	5.832	6.881	7.261	7.261	7.261				7.261	7.261	7.261

	tempo determinato												
BA2140	B.5.A.1.3) Costo del personale dirigente medico - altro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2150	B.5.A.2) Costo del personale dirigente non medico	2.201	2.291	2.291	2.291	2.291	-	-	-	2.291	2.291	2.291	
BA2160	B.5.A.2.1) Costo del personale dirigente non medico - tempo indeterminato	1.954	1.983	1.983	1.983	1.983				1.983	1.983	1.983	
BA2170	B.5.A.2.2) Costo del personale dirigente non medico - tempo determinato	247	308	308	308	308				308	308	308	
BA2180	B.5.A.2.3) Costo del personale dirigente non medico - altro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2190	B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario	24.968	24.719	24.784	24.784	24.784	-	-	-	24.784	24.784	24.784	
BA2200	B.5.B.1) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato	16.647	16.344	16.334	16.334	16.334				16.334	16.334	16.334	
BA2210	B.5.B.2) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato	8.320	8.376	8.450	8.450	8.450				8.450	8.450	8.450	
BA2220	B.5.B.3) Costo del personale comparto ruolo sanitario - altro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2230	B.6) Personale del ruolo professionale	161	59	81	81	81	-	-	-	81	81	81	
BA2240	B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale	114	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2250	B.6.A.1) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	indeterminato												
BA2260	B.6.A.2) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo determinato	114	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2270	B.6.A.3) Costo del personale dirigente ruolo professionale - altro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2280	B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale	48	46	81	81	81	-	-	-	81	81	81	81
BA2290	B.6.B.1) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo indeterminato	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2300	B.6.B.2) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo determinato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2310	B.6.B.3) Costo del personale comparto ruolo professionale - altro	48	46	81	81	81	-	-	-	81	81	81	81
BA2320	B.7) Personale del ruolo tecnico	3.163	3.751	4.245	4.245	4.245	-	-	-	4.245	4.245	4.245	4.245
BA2330	B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico	77	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2340	B.7.A.1) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato	77	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2350	B.7.A.2) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo determinato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2360	B.7.A.3) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - altro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

BA2370	B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico	3.086	3.685	4.245	4.245	4.245	-	-	-	4.245	4.245	4.245
BA2380	B.7.B.1) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato	276	236	236	236	236				236	236	236
BA2390	B.7.B.2) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato	42	42	42	42	42				42	42	42
BA2400	B.7.B.3) Costo del personale comparto ruolo tecnico - altro	2.768	3.406	3.966	3.966	3.966				3.966	3.966	3.966
BA2410	B.8) Personale del ruolo amministrativo	2.609	2.547	2.547	2.547	2.547	-	-	-	2.547	2.547	2.547
BA2420	B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo	65	87	87	87	87	-	-	-	87	87	87
BA2430	B.8.A.1) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo indeterminato	0	0	-	-	-				-	-	-
BA2440	B.8.A.2) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo determinato	65	87	87	87	87				87	87	87
BA2450	B.8.A.3) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - altro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2460	B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo	2.544	2.460	2.460	2.460	2.460	-	-	-	2.460	2.460	2.460
BA2470	B.8.B.1) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo indeterminato	62	59	59	59	59				59	59	59

BA2480	B.8.B.2) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo determinato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2490	B.8.B.3) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - altro	2.481	2.401	2.401	2.401	2.401				2.401	2.401	2.401
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	1.458	1.370	1.370	1.370	1.370	-	-	-	1.370	1.370	1.370
BA2510	B.9.A) Imposte e tasse (escluso IRAP e IRES)	306	167	167	167	167				167	167	167
BA2520	B.9.B) Perdite su crediti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2530	B.9.C) Altri oneri diversi di gestione	1.152	1.203	1.203	1.203	1.203	-	-	-	1.203	1.203	1.203
BA2540	B.9.C.1) Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli Organi Direttivi e Collegio Sindacale	563	547	547	547	547				547	547	547
BA2550	B.9.C.2) Altri oneri diversi di gestione	589	656	656	656	656				656	656	656
BA2560	Totale Ammortamenti	4.988	5.557	5.108	4.704	4.341	-	-	-	5.108	4.704	4.341
BA2570	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	978	1.041	1.041	1.041	1.041	-	-	-	1.041	1.041	1.041
BA2580	B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	4.010	4.516	4.067	3.663	3.300	-	-	-	4.067	3.663	3.300
BA2590	B.12) Ammortamento dei fabbricati	8	28	28	28	28	-	-	-	28	28	28
BA2600	B.12.A) Ammortamenti fabbricati non strumentali (disponibili)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2610	B.12.B) Ammortamenti fabbricati	8	28	28	28	28	-	-	-	28	28	28

	strumentali (indisponibili)											
BA2620	B.13) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	4.001	4.488	4.039	3.635	3.272	-	-	-	4.039	3.635	3.272
BA2630	B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2640	B.14.A) Svalutazione delle immobilizzazioni immateriali e materiali	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2650	B.14.B) Svalutazione dei crediti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2660	B.15) Variazione delle rimanenze	-4.752	-236	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2670	B.15.A) Variazione rimanenze sanitarie	-4.769	-243	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2680	B.15.B) Variazione rimanenze non sanitarie	17	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2690	B.16) Accantonamenti dell'esercizio	3.726	2.729	3.242	3.242	3.242	-	-	-	3.242	3.242	3.242
BA2700	B.16.A) Accantonamenti per rischi	3.720	2.729	3.242	3.242	3.242	-	-	-	3.242	3.242	3.242
BA2710	B.16.A.1) Accantonamenti per cause civili ed oneri processuali	2.964	1.976	2.445	2.445	2.445	-	-	-	2.445	2.445	2.445
BA2720	B.16.A.2) Accantonamenti per contenzioso personale dipendente	19	17	61	61	61	-	-	-	61	61	61
BA2730	B.16.A.3) Accantonamenti per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

BA2740	B.16.A.4) Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)	719	719	719	719	719				719	719	719
BA2750	B.16.A.5) Altri accantonamenti per rischi	18	17	17	17	17				17	17	17
BA2760	B.16.B) Accantonamenti per premio di operosità (SUMAI)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2770	B.16.C) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2780	B.16.C.1) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2790	B.16.C.2) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2800	B.16.C.3) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici per ricerca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2810	B.16.C.4) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati da privati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2820	B.16.D) Altri accantonamenti	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2830	B.16.D.1) Accantonamentipe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	r interessi di mora											
BA2840	B.16.D.2) Acc. Rinnovi convenzioni MMG/PLS/MCA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2850	B.16.D.3) Acc. Rinnovi convenzioni Medici Sumai	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2860	B.16.D.4) Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza medica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2870	B.16.D.5) Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza non medica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2880	B.16.D.6) Acc. Rinnovi contratt.: comparto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA2890	B.16.D.7) Altri accantonamenti	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	223.820	244.711	244.987	245.066	245.193	-3.630	-870	587	241.357	244.196	245.779
CA0010	C.1) Interessi attivi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CA0020	C.1.A) Interessi attivi su c/tesoreria unica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CA0030	C.1.B) Interessi attivi su c/c postali e bancari	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CA0040	C.1.C) Altri interessi attivi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CA0050	C.2) Altri proventi	188	144	144	144	144	-	-	-	144	144	144
CA0060	C.2.A) Proventi da partecipazioni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CA0070	C.2.B) Proventi finanziari da crediti iscritti nelle immobilizzazioni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CA0080	C.2.C) Proventi finanziari da titoli iscritti nelle immobilizzazioni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CA0090	C.2.D) Altri proventi finanziari diversi dai precedenti	188	144	144	144	144	-	-	-	144	144	144
CA0100	C.2.E) Utili su	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	cambi											
CA0110	C.3) Interessi passivi	1.575	668	668	668	668	-134	-	-	534	668	668
CA0120	C.3.A) Interessi passivi su anticipazioni di cassa	696	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CA0130	C.3.B) Interessi passivi su mutui	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CA0140	C.3.C) Altri interessi passivi	879	668	668	668	668	-134	-	-	534	668	668
CA0150	C.4) Altri oneri	310	435	435	435	435	-	-	-	435	435	435
CA0160	C.4.A) Altri oneri finanziari	310	435	435	435	435	-	-	-	435	435	435
CA0170	C.4.B) Perdite su cambi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	-1.697	-960	-960	-960	-960	134	-	-	-826	-960	-960
DA0010	D.1) Rivalutazioni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DA0020	D.2) Svalutazioni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0010	E.1) Proventi straordinari	529	376	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0020	E.1.A) Plusvalenze	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0030	E.1.B) Altri proventi straordinari	529	376	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0040	E.1.B.1) Proventi da donazioni e liberalità diverse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0050	E.1.B.2) Sopravvenienze attive	511	376	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0060	E.1.B.2.1) Sopravvenienze attive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0070	E.1.B.2.2) Sopravvenienze attive v/terzi	511	376	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0080	E.1.B.2.2.A) Sopravvenienze attive v/terzi relative alla mobilità	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	extraregionale												
EA0090	E.1.B.2.2.B) Sopravvenienze attive v/terzi relative al personale	52	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0100	E.1.B.2.2.C) Sopravvenienze attive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0110	E.1.B.2.2.D) Sopravvenienze attive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0120	E.1.B.2.2.E) Sopravvenienze attive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0130	E.1.B.2.2.F) Sopravvenienze attive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	230	105	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0140	E.1.B.2.2.G) Altre sopravvenienze attive v/terzi	229	210	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0150	E.1.B.3) Insussistenze attive	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0160	E.1.B.3.1) Insussistenze attive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0170	E.1.B.3.2) Insussistenze attive v/terzi	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0180	E.1.B.3.2.A) Insussistenze attive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

EA0190	E.1.B.3.2.B) Insussistenze attive v/terzi relative al personale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0200	E.1.B.3.2.C) Insussistenze attive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0210	E.1.B.3.2.D) Insussistenze attive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0220	E.1.B.3.2.E) Insussistenze attive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0230	E.1.B.3.2.F) Insussistenze attive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0240	E.1.B.3.2.G) Altre insussistenze attive v/terzi	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0250	E.1.B.4) Altri proventi straordinari	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0260	E.2) Oneri straordinari	1.223	2.675	112	112	112	-	-	-	112	112	112
EA0270	E.2.A) Minusvalenze	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0280	E.2.B) Altri oneri straordinari	1.222	2.675	112	112	112	-	-	-	112	112	112
EA0290	E.2.B.1) Oneri tributari da esercizi precedenti	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0300	E.2.B.2) Oneri da cause civili ed oneri processuali	530	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0310	E.2.B.3) Sopravvenienze passive	670	1.811	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0320	E.2.B.3.1) Sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	della Regione												
EA0330	E.2.B.3.1.A) Sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche relative alla mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0340	E.2.B.3.1.B) Altre sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0350	E.2.B.3.2) Sopravvenienze passive v/terzi	627	1.811	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0360	E.2.B.3.2.A) Sopravvenienze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0370	E.2.B.3.2.B) Sopravvenienze passive v/terzi relative al personale	169	1.217	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0380	E.2.B.3.2.B.1) Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza medica	49	1.063	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0390	E.2.B.3.2.B.2) Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza non medica	1	105	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0400	E.2.B.3.2.B.3) Soprav. passive v/terzi relative al personale - comparto	119	49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0410	E.2.B.3.2.C) Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

EA0420	E.2.B.3.2.D) Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0430	E.2.B.3.2.E) Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0440	E.2.B.3.2.F) Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	251	440	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0450	E.2.B.3.2.G) Altre sopravvenienze passive v/terzi	207	154	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0460	E.2.B.4) Insussistenze passive	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0470	E.2.B.4.1) Insussistenze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0480	E.2.B.4.2) Insussistenze passive v/terzi	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0490	E.2.B.4.2.A) Insussistenze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0500	E.2.B.4.2.B) Insussistenze passive v/terzi relative al personale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0510	E.2.B.4.2.C) Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

EA0520	E.2.B.4.2.D) Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0530	E.2.B.4.2.E) Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0540	E.2.B.4.2.F) Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0550	E.2.B.4.2.G) Altre insussistenze passive v/terzi	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0560	E.2.B.5) Altri oneri straordinari	10	864	112	112	112				112	112	112
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	-694	-2.299	-112	-112	-112	-	-	-	-112	-112	-112
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	7.229	7.790	-18.203	-18.282	-18.408	2.463	6.288	5.906	-15.739	-11.994	-12.502
XA0010	X.1) IRAP	6.646	7.790	6.707	6.707	6.707	-	-	-	6.707	6.707	6.707
XA0020	X.1.A) IRAP relativa a personale dipendente	6.404	7.475	6.520	6.520	6.520				6.520	6.520	6.520
XA0030	X.1.B) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	94	187	187	187	187				187	187	187
XA0040	X.1.C) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	149	127	-	-	-				-	-	-
XA0050	X.1.D) IRAP relativa ad attività commerciale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XA0060	X.2) IRES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

XA0070	X.2.A) IRES su attività istituzionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XA0080	X.2.B) IRES su attività commerciale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XA0090	X.3) Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XZ9999	Totale imposte e tasse	6.646	7.790	6.707	6.707	6.707	-	-	-	6.707	6.707	6.707
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	583	0	-24.910	-24.989	-25.116	2.463	6.288	5.906	-22.447	-18.701	-19.210

Tabella 9, Tabella di sintesi aggregazioni voci CE



		tendenzi ale 2017	tenden ziale 2018	tenden ziale 2019	Manovra 2017	Manovra 2018	Manovra 2019	Programmatico 2017	Programmatico 2018	Programmatico 2019
voce										
Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale.	AA0020	49.468	49.468	49.468	0	0	0	49.468	49.468	49.468
RETTIFICA CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO PER DESTINAZIONE AD INVESTIMENTI	AA0250	-1.623	-1.623	-1.623	0	0	0	-1.623	-1.623	-1.623
CONTRIBUTI DA REGIONE A TITOLO DI COPERTURA LEA	AA0090	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UTILIZZO FONDI PER QUOTE INUTILIZZATE CONTRIBUTI DI ESERCIZI PRECEDENTI	AA0270	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ALTRI CONTRIBUTI IN CONTO ESERCIZIO	AA0050- AA0080- AA0090+AA0 180+AA0230	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MOBILITA' ATTIVA INTRA	AA0340	162.322	162.322	162.322	0	5.418	6.492	162.322	167.739	168.814

MOBILITA' ATTIVA EXTRA REGIONALE	AA0460+AA0 470+AA0490+ AA0500+AA0 510+AA0520+ AA0530+AA0 540+AA0610+ AA0550+AA0 560+	797	797	797	0	0	0	797	797	797
PAYBACK	AA0900+AA0 920+AA0910	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VCOMPARTICIP AZIONI	AA0940	1.671	1.671	1.671	0	0	0	1.671	1.671	1.671
ALTRE ENTRATE	AA0440+AA0 480+AA0570+ AA0600+AA0 660+AA0710+ AA0720+AA1 070+AA0760+ AA0770+AA0 800+AA0840+ AA0930+AA1 080+AA1090+ CA0010+CA00 50	9.139	9.139	9.139	-1.300	0	0	7.839	9.139	9.139
COSTI CAPITALIZZATI	AA0990+AA1 000+AA1010+ AA1020+AA1 030+AA1040+ AA1050	4.228	4.228	4.228	0	0	0	4.228	4.228	4.228
RETTIFICA CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO PER DESTINAZIONE AD INVESTIMENTI -	AA0260									

ALTRI CONTRIBUTI										
TOTALE RICAVI	TOTALE RICAVI	226.002	226.002	226.002	-1.300	5.418	6.492	224.702	231.419	232.494

COSTI										
PERSONALE	BA2080+BA1420+BA1810	99.062	99.062	99.062	-567	-977	0	98.495	98.085	99.062
IRAP	YA0010	6.707	6.707	6.707	0	0	0	6.707	6.707	6.707
BENI										
BENI SANITARI	BA0020-BA0080-BA0090	90.043	90.327	90.614	-2.553	509	818	87.490	90.836	91.431
BENI NON SANITARI	BA0310	445	452	459	0	0	0	445	452	459
SERVIZI										
SERVIZI SANITARI	BA1280+BA1350-BA1420+BA1490	18.158	18.158	18.158	0	0	0	18.158	18.158	18.158
SERVIZI NON SANITARI	BA1570+BA1910+BA1990+BA2530+BA1750-BA1810+BA1880	25.501	25.669	25.839	-510	-402	-231	24.991	25.267	25.608
PRESTAZIONI DA PRIVATO										
MEDICINA DI BASE	BA0420	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FARMACEUTICA CONVENZIONALE	BA0500	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ASSISTENZA SPECIALISTICA DA PRIVATO	BA0570+BA0580+BA0630	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ASSISTENZA RIABILITATIVA DA PRIVATO	BA0680+BA0690	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ASSISTENZA OSPEDALIERA DA PRIVATO	BA0840+BA0890	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ALTRE PRESTAZIONI DA PRIVATO	BA0790+BA0740+BA0940+BA950+BA1000+BA1010+BA1020+BA1070+BA1080+BA1130+BA1180+BA1190+BA1240+BA1250	1.698	1.723	1.748	0	0	0	1.698	1.723	1.748
PRESTAZIONE DA PUBBLICO	BA0550+BA0660+BA0670+BA0720+BA0770+BA0820+BA0920	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MOBILITA' PASSIVA INTRAREGIONALE	BA0470+BA0510+BA0540+BA0650+BA0710+BA0760+BA0810+BA0910+BA0970+BA1040+BA1100+BA1150+BA0080	92	92	92	0	0	0	92	92	92

MOBILITA' PASSIVA EXTRAREGIONAL E	BA0480+BA05 20+BA0560+B A0730+BA078 0+BA0830+BA 0990+BA1060 +BA1120+BA9 0+BA1550	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ACCANTONAME NTI	BA2690	3.242	3.242	3.242	0	0	0	3.242	3.242	3.242
ONERI FINANZIARI	CA0110+CA01 50	1.103	1.103	1.103	-134	0	0	970	1.103	1.103
ONERI FISCALI (ESCL. IRAP)	BA2510+YA00 60+YA0090	167	167	167	0	0	0	167	167	167
SALDO POSTE STRAORDINARIE	EA0010- EA0260- BA2660	112	112	112				112	112	112
SALDO INTRAMOENIA	AA0680+AA0 690+AA0700 +AA0730+AA 0740-BA1210- BA1220- BA1230- BA1260- BA1270	-528	-528	-528	0	0	0	-528	-528	-528
AMMORTAMENT I	BA2560	5.108	4.704	4.341	0	0	0	5.108	4.704	4.341
RIVALUTAZIONI E SVALUTAZIONI	(- DA0010+DA0 020+BA2630+ BA2520)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE COSTI	TOTALE COSTI	250.912	250.99 1	251.11 7	-3.763	-870	587	247.148	250.120	251.704
RISULTATO DI ESERCIZIO										

CONTRIBUTI DA REGIONE A TITOLO DI COPERTURA LEA	AA0080	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RISULTATO DI GESTIONE DOPO LA COPERTURA										