



ANNO 2015

**RELAZIONE DELL'OIV SUL FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI
VALUTAZIONE, TRASPARENZA E INTEGR NTERNI**

La struttura della Relazione è la seguente:

1.PRESENTAZIONE

2 FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

2.1 *PERFORMANCE ORGANIZZATIVA*

2.1.1 *Definizione di obiettivi, indicatori e target*

2.1.2 *Misurazione e valutazione della performance organizzativa*

2.2 *PERFORMANCE INDIVIDUALE*

2.2.1 *Definizione ed assegnazione degli obiettivi, indicatori e target*

2.2.2 *Misurazione e valutazione della performance individuale*

2.3 **PROCESSO (FASI, TEMPI E SOGGETTI COINVOLTI)**

2.4 **INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO**

2.5 **UTILIZZO EFFETTIVO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE**

3.INTEGRAZIONE CON IL CICLO DI BILANCIO E I SISTEMI DI CONTROLLI INTERNI

3.1 Integrazione con il ciclo di bilancio

3.2 Integrazione con gli altri sistemi di controllo

4 IL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ E IL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

5 DEFINIZIONE E GESTIONE DI STANDARD DI QUALITÀ

6 COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER

7 DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DI MONITORAGGIO DELL'OIV

8 PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

1. PRESENTAZIONE

La presente relazione è finalizzata a tracciare un quadro sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa, secondo lo schema dettato dalla Delibera CIVIT n. 4 del 2012 che ha dettato un'apposita struttura alla quale questo organo s'ispira, non essendo stato dettato un indirizzo specifico per le aziende sanitarie. Prima di procedere, sembra doveroso considerare che il 2014 ha rappresentato un anno di svolta per quanto concerne l'azienda sanitaria considerata (così come per le altre appartenenti al Servizio Sanitario Regionale Siciliano) poiché è stato rinnovato il vertice aziendale con la nomina del nuovo Direttore Generale, dopo due anni di commissariamento che hanno costituito un ostacolo alla promozione dei necessari interventi d'innovazione gestionale, anche nell'ambito del ciclo stesso della performance, con particolare riferimento alla dimensione strategica che ha sofferto dell'incertezza tipica dei cambi al vertice.

Ciò ha avuto delle ripercussioni sul raccordo delle linee strategiche e della loro traduzione in programmi operativi cui si è posto rimedio avviando con gradualità il ciclo della performance e il sistema di valutazione. Al tempo stesso e, tenuto conto delle scarse di competenze aziendali in materia di performance, l'ASP ha cercato di rafforzare l'area di controllo di gestione di supporto al Sistema di misurazione e valutazione della performance, presidiando la trasparenza – interna ed esterna – e promuovendo un maggiore coinvolgimento dei Dipartimenti, dei Presidii, dei Distretti e delle rispettive unità operative.

Questa appare dunque la prima occasione utile per riassumere, per ogni ambito di analisi, le criticità effettive e, alla luce di queste, proporre l'opportunità dei necessari miglioramenti da realizzare.

2 FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

2.1 Performance organizzativa

Nel 2014 è entrato materialmente in funzione il regolamento interno sul “Sistema di misurazione e valutazione della performance” (d'ora in poi *regolamento della performance*) proposto dall'OIV all'atto del suo insediamento e poi a lungo oggetto di trattative tra l'azienda e le rappresentanze sindacali.

Tale regolamento prevede un sistema di assegnazione degli obiettivi alle strutture operative aziendali, declinate nella loro dimensione organizzativa e afferente ai diversi profili (amministrativo, ospedaliero e distrettuale, e dei dipartimenti istituzionali) da realizzare secondo una tempistica ben definita a partire dal mese di Gennaio in cui è prevista, secondo anche quanto indicato dalle Delibere CIVIT, l'approvazione Piano della performance che dà avvio al *ciclo della performance annuale*.

Nel 2014, quest'ultimo è partito con un certo ritardo, attribuibile principalmente alla mancata comunicazione degli obiettivi generali da parte delle unità di coordinamento regionale e ad un certo

stallo organizzativo, spiegabile con i ritardi fisiologici con cui è avvenuto il passaggio di testimone dal Commissario straordinario all'attuale Direttore Generale.

Ciò che n'è conseguito è stata la necessità di intraprendere azioni di miglioramento per rendere il processo di assegnazione degli obiettivi maggiormente tempestivo, rispetto al passato, tenendo conto delle variabili esogene (indirizzi nazionali e regionali non sempre allineati con le previsioni normative previste dall'impianto del ciclo della performance del D. Lgs. n. 150 del 2009).

Si è resa innanzitutto necessaria una riorganizzazione dell'unità operativa dedicata al "Controllo di gestione", ancora in itinere, nel rispetto delle recenti linee guida regionali, al fine di apportare un miglioramento nel processo di assegnazione degli obiettivi. Tale azione è stata peraltro accompagnata da una riflessione sulla necessità del potenziamento del sistema informativo per la gestione dei dati ai fini del monitoraggio periodico e delle misurazioni finali.

2.1.1 Definizione di obiettivi, indicatori e target

L'azienda sta costruendo una griglia di indicatori da legare al piano della performance ed alla realizzazione dei progetti-obiettivo che rappresentano uno strumento strategico per incentivare ulteriori obiettivi. Secondo quanto previsto dal regolamento della performance:

“La Direzione aziendale assegna gli obiettivi alle strutture di vertice (Distretto Area Territoriale, Distretti Ospedalieri, Dipartimenti) ed Unità Operative di Staff indicandoli nelle schede obiettivo.

In particolare:

la Direzione Aziendale assegna gli obiettivi ai Responsabili dei Dipartimenti e ai Responsabili di strutture di Staff, i quali dovranno concordare in via preliminare, con il Coordinatore di Area Territoriale e con i Coordinatori dei distretti Ospedalieri le modalità di assegnazione, per ciascuna delle aree di competenza.

Per ogni obiettivo viene definito il relativo indicatore e si stabilisce il valore atteso a fine periodo.

L'U.O. Programmazione e Controllo di Gestione, sulla base degli obiettivi individuati dalla Direzione, predisponde le schede degli obiettivi (vedi allegato 1 “scheda – obiettivo”).

I responsabili delle strutture di vertice e delle strutture di staff sottoscrivono le schede congiuntamente con la Direzione aziendale. Per gli obiettivi trasversali a più strutture verranno individuate le strutture coinvolte e un Coordinatore di progetto.

L'U.O. Programmazione e Controllo di Gestione invia le schede all'Organismo indipendente di valutazione (O.I.V.) e alla struttura del Personale competente ai fini del loro utilizzo per il Sistema Premiante.”

Stante la parziale attuazione di quanto previsto, per effetto delle problematiche già messe in evidenza, gradualmente si sta facendo in modo che anche i progetti-obiettivi che, ad oggi, hanno rappresentato il solo impulso ad una migliore performance, possano divenire parte integrante dello

stesso piano della performance e dunque essere di supporto anche nella fase di valutazione della performance organizzativa.

2.1.2 Misurazione e valutazione della performance organizzativa

La misurazione e la valutazione della performance organizzativa sono ancora legate a meccanismi rudimentali e, a tal fine, si attende l'adozione, ormai prossima, del nuovo atto aziendale secondo le nuove indicazioni che sono state fornite dall'Assessorato Regionale. Sempre seguendo l'impostazione regionale si sta facendo in modo che possa essere applicata una griglia di indicatori suddivisi per area, chirurgica, dei servizi e territoriale.

La Tabella 1 illustra in sintesi le criticità rilevate e i le azioni da promuovere a parere di questo organo.

Tabella 1 – Performance organizzativa, criticità, effetti e azioni da promuovere

Criticità	Effetti	Azioni da promuovere
Nel 2014 gli obiettivi sono stati assegnati formalmente alle strutture soltanto nel secondo semestre dell'anno. Il Piano della Performance, triennale, è stato approvato di gran lunga oltre il termine previsto del 31 gennaio e ciò ha comportato un'assegnazione tardiva degli obiettivi alle strutture.	Il ciclo della performance ha perso una parte della sua efficacia inficiando la validità del sistema premiante e si fatto ricorso ad altri strumenti gestionali per attutire l'impatto di una ritarda programmazione, non imputabile all'inerzia aziendale.	E' necessario anticipare i tempi della programmazione e conseguentemente la definizione degli obiettivi strategici già entro la fine dell'esercizio precedente a quello di interesse. Tale azione potrebbe essere favorita da una maggiore flessibilità nel collegamento tra piani aziendali e linee di indirizzo promosse da enti sovraordinati, la cui attesa spesso finisce con l'irrigidimento della programmazione interna. L'allineamento può, infatti, avvenire anche nel corso dell'anno.
Il processo di assegnazione degli obiettivi alle strutture è effettuato senza un coordinamento unico da parte di un ufficio di staff che indichi i tempi e le modalità di realizzo del processo con il coinvolgimento delle varie strutture aziendali.	Si creano sovrapposizioni o meccanismi situazioni con sempre coerenti che possono generare anche una certa conflittualità ed un impedimento nel raggiungimento dei risultati auspicati	E' necessario, così come indicato nel <i>regolamento della performance</i> , il coordinamento del processo da parte di una struttura di staff che insieme con le direzioni, sanitaria ed amministrativa, diventi parte centrale nella fase di assegnazione ed in quella di monitoraggio nel corso dell'anno
Il protocollo integrativo relativo ai dirigenti sottoscritto con i sindacati presenta talune discrasie con il percorso delineato dal Regolamento della performance e dà origine a talune incertezze nell'operato dei dirigenti delle strutture operative, semplici e complesse.	Vincoli al normale processo di assegnazione degli obiettivi che ragionevolmente mutano di anno in anno. Una questione particolare riguarda gli indicatori che, essendo predefiniti dal protocollo stesso, appaiono scollegati rispetto agli obiettivi.	Rivedere l'accordo sindacale, rendendolo più coerente con il processo di assegnazione degli obiettivi indicato nel Regolamento della performance.
Non sono stati realizzati dei momenti di monitoraggio intermedio.	Sono mancate le condizioni per eventuali interventi correttivi o ridefinizione degli obiettivi.	Rideterminare le fasi del monitoraggio periodico

I dati necessari alla valorizzazione degli indicatori sono rilevati in modo non tempestivo, frammentato e non completo.	Problemi di attendibilità degli indicatori e quindi delle valutazioni. Ritardi nel monitoraggio intermedio e consuntivo. Ritardi nella valutazione della performance organizzativa e individuale.	E' necessario creare un sistema di rilevazione dei dati operativi utili coinvolgendo tutte le strutture, dando al controllo di gestione la strutturazione necessaria per creare tale sistema.
---	---	---

2.2 PERFORMANCE INDIVIDUALE

2.2.1 Definizione ed assegnazione degli obiettivi, indicatori e target

Quanto avanzato per la performance organizzativa è da considerarsi valido anche per la performance individuale, anche se in questo caso è stata allestita una fase transitoria che possa condurre ad una valutazione della performance individuale. Per i dirigenti e per il personale, secondo quanto previsto dall'art. 17 del Regolamento della performance:

“Nella misurazione e la valutazione della performance individuale è necessario tenere in considerazione, a seconda dell’incarico svolto, i seguenti aspetti:

a) per i dirigenti e il personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità:

- 1) al raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura di appartenenza;*
- 2) il contributo individuale prestato per il raggiungimento degli stessi obiettivi organizzativi;*
- 3) la qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, le competenze professionali e manageriali dimostrate;*
- 4) la capacità di valutazione dei propri collaboratori.*

b) per il restante personale:

- 1) il contributo fornito per il raggiungimento degli obiettivi;*
- 2) la qualità del contributo assicurato alla performance dell’unità organizzativa di appartenenza, le competenze dimostrate ed i comportamenti professionali ed organizzativi.*

2.2.2 Misurazione e valutazione della performance individuale

Considerata la particolare situazione di assestamento aziendale e l’urgenza di rispettare gli accordi riferiti all’assegnazione della retribuzione di risultato, codesto Organo, che più volte, nel corso del 2014, ha fatto richiesta della documentazione (schede di budget 2013) utile a procedere con la

valutazione di II istanza dando impulso alla raccolta di tutta la documentazione esistente al fine di supportare un adeguato e congruo processo di valutazione.

L'esito di tale raccolta è consistito nel recupero di tutte le informazioni, pesi ed indicatori, che potessero attestare il raggiungimento degli obiettivi nelle diverse aree d'intervento aziendale. In particolare l'attenzione è stata rivolta all'area territoriale, ospedaliera, amministrativa.

Per intervento dell'unità Controllo di gestione, sono giunti dei documenti dai quali si è potuto ricostruire il raggiungimento degli obiettivi organizzativi.

Le criticità rilevate nell'ambito della performance organizzativa si sono riflesse anche sulla performance individuale. La mancanza di tempestività nell'assegnazione degli obiettivi alle unità operative ha, infatti, condotto a un ritardo eccessivo nell'assegnazione degli obiettivi ai singoli. Al fine di contrastare le anomalie possibili nel ciclo della performance e di assicurare un adeguato funzionamento nel ciclo della performance, il processo è stato accelerato nella seconda parte dell'anno creando le premesse per un'adeguata ripresa a partire dal 2015. Contestualmente il piano della performance è stato aggiornato, con l'integrazione della parte dei progetti obiettivo ritenuti rilevanti per il vertice strategico.

Come meglio dettagliato nella Tabella 2, è necessario attivare le procedure previste dal regolamento della performance per il trasferimento degli obiettivi al personale delle unità operative attraverso i piani di azione. Appare necessario pertanto responsabilizzare, come anche previsto dal Regolamento della performance e dal D.A. del 26 sett. 2011 (linee guida sul sistema di valutazione), il Settore del personale che dovrebbe coordinare in maniera attiva il processo riguardante gli obiettivi individuali sia in fase di assegnazione sia in fase consuntiva.

Anche in quest'ambito sembra auspicabile modificare il protocollo d'intesa con i sindacati per rendere il processo coerente con il Regolamento della performance ed ridurre il più possibile le rigidità che rendono il percorso di assegnazione arduo e farraginoso. La modifica del protocollo di intesa dovrebbe riguardare anche la scheda di valutazione individuale affinché possa accogliere gli elementi di valutazione previsti dal D. Lgs n. 150 del 2009. Inoltre al fine di rendere efficace l'introduzione del sistema si dovrebbe prevedere un percorso formativo almeno dei direttori di struttura.

Tabella 2- Performance individuale, criticità, effetti e azioni da promuovere

Criticità	Effetti	Azioni da promuovere
Mancata formalizzazione del trasferimento degli obiettivi ai Dirigenti.	Eccessiva complessità nella valutazione individuale e di conseguenza nella distribuzione dei premi in modo differenziato	E' necessario procedere in futuro al trasferimento degli obiettivi organizzativi ai Dirigenti attraverso la predisposizione del Piano di azione.
Protocollo di intesa con i sindacati ai fini del sistema premiante non coerente con il processo individuato con il Regolamento della performance. In particolare: - crea un sistema vincolante	Definizione di obiettivi individuali fatta in modo troppo generalizzato per effetto della instabilità al vertice sottoposto a nomina. Di fatto appare difficilmente realizzabile negli anni successivi senza modifiche al protocollo d'intesa che appare non	Definire un protocollo coerente con il Regolamento e con la normativa. Prevedere una scheda di valutazione che consideri anche la valutazione degli altri elementi previsti dalla normativa. Non deve essere la struttura tecnica

<p>di indicatori modificabili o integrabili attraverso una integrazione del protocollo;</p> <ul style="list-style-type: none"> - la scheda individuale non è adeguata a consentire la valutazione di altri elementi che il D.lgs. 150/2009; - domanda alla struttura tecnica permanente il compito di gestire le fasi di raccolta delle schede individuali. 	<p>coerente con il percorso individuato nel Regolamento della performance. Non conformità del sistema di valutazione individuale con la normativa che prevede ulteriori elementi di valutazione</p>	<p>permanente a raccogliere le schede e trasferire al personale ma deve gestire il Settore del personale ad occuparsi della gestione del sistema premiante individuale, coordinando le attività necessarie per avere nei tempi stabiliti le schede individuali a preventivo e a consuntivo, verificare che tutti i dirigenti all'inizio di anno ricevano gli obiettivi ecc..</p>
<p>Il Settore del personale ha un ruolo diverso rispetto a quanto stabilito nel regolamento sulla performance e dal D.A. 26 sett. 2011 relativo alle linee di indirizzo in materia di valutazione del personale. Ciò anche in forza del protocollo di intesa sindacale che prevede che i passaggi fondamentali vengano gestiti dalla struttura tecnica permanente.</p>	<p>Non è responsabilizzata la struttura del personale che è l'unica in grado di gestire le procedure relative alla valutazione individuale.</p>	<p>E' necessario che al Settore del personale venga assegnato in maniera precisa la responsabilità nella valutazione individuale definite dal Regolamento. E' necessario modificare il protocollo di intesa sindacale per adeguare il ruolo del settore del personale come anche definito dal regolamento e dal D.A..</p>
<p>Il trasferimento a cascata degli obiettivi assegnati alla struttura attraverso i piani di azione e avvenuto in modo non esplicito.</p>	<p>Difficoltà nella valutazione</p>	<p>E' necessario che le strutture realizzino quanto indicato nel Regolamento della performance cioè, predisporre i Piani di azione per la condivisione e il trasferimento degli obiettivi ai dirigenti.</p>
<p>Mancanza di un supporto informatico che per la gestione delle attività inerenti alla valutazione individuale.</p>	<p>Difficoltà nel coordinare le attività e nella gestione dei dati.</p>	<p>E' opportuno valutare l'acquisto di un applicativo software che possa rendere più agevole le attività al Settore del Personale.</p>
<p>Mancanza di un'adeguata formazione ai responsabili delle UU.OO. sul processo da seguire e gli strumenti da utilizzare.</p>	<p>La mancanza di conoscenza sui percorsi e strumenti da seguire può rallentare notevolmente il processo e rendere non omogenei i comportamenti.</p>	<p>E' necessario prevedere l'istituzione di percorsi formativi che consentano la diffusione delle conoscenze almeno fra tutti i direttori di struttura responsabili delle valutazioni.</p>

2.3 PROCESSO (FASI, TEMPI E SOGGETTI COINVOLTI)

Per via dello stallo venutosi a creare con l'attesa della nomina del nuovo vertice aziendale, protrattasi per tutta la prima parte dell'anno, l'aggiornamento del piano della performance ha subito un rallentamento, in attesa della definizione degli obiettivi ed una trasmissione degli stessi dalla regione all'azienda. Il piano della performance è dunque stato approvato con notevole ritardo, così come anche la relazione della performance a conclusione dell'anno. I soggetti coinvolti sono stati principalmente la struttura tecnica di supporto agli OIV, il controllo di gestione e i Dirigenti delle aree interessate.

2.4. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO

L'ASP di Siracusa è dotata di un sistema informativo alimentato da applicativi software in molti casi integrati tra di loro.

Le tipologie dei dati raccolti ed elaborati sono di diverse tipologie anche in considerazione della complessità dell'Azienda. Con riferimento alle diverse Macrostrutture, il sistema informativo, consente di rilevare tutte le informazioni operative raggruppabili in tipologie di dati. Si possono raggruppare in informazioni concernenti l'attività ospedaliera, l'attività territoriale, l'attività della prevenzione e l'attività dell'area amministrativa comprensiva dei dati contabili e di bilancio, del personale e degli acquisti e dell'Ufficio Controllo di gestione.

Il Controllo di gestione è gestito a livello centrale da un ufficio in staff alla direzione generale. Presso tale struttura è in uso un applicativo software dedicato all'attività del controllo di gestione in grado di rilevare i dati utili alla predisposizione della reportistica e all'attività di controllo.

Molti dati, soprattutto di tipo economico sono trasferiti in automatico, altri dati, soprattutto operativi, sono trasferiti manualmente.

I dati contabili per centro di costo sono trasferiti in automatico dal sistema di contabilità analitica.

Il software di contabilità analitica è integrato in un sistema contabile di tipo ERP che prevede l'applicativo di contabilità generale e quello di contabilità analitica alimentati da altri sistemi che ordinariamente vengono utilizzati per la gestione delle attività settoriali. Tali sistemi settoriali sono la gestione magazzino, la gestione ordini, la gestione patrimonio, la gestione del personale, la cassa ticket, la cassa economale. In base ad un sistema di codifiche alimentano la contabilità generale e quella analitica per centro di costo. Sulla base della contabilità analitica per centro di costo, il controllo di gestione è in grado di predisporre una reportistica economica a livello di Macrostruttura e a livello di centro di costo.

Dal lato delle attività il sistema utilizzato consente di inserire a livello di centro di costo i relativi dati di attività. L'inserimento non avviene sulla base di collegamenti automatizzati con i sistemi di rilevazione settoriali quali per esempio la gestione delle SDO, la gestione delle prestazioni ambulatoriali ecc., ma attraverso l'inserimento del dato sintetico necessario manualmente.

Sulla base dei dati operativi il sistema consente l'elaborazione di report direzionali con dati quantitativi (dati di struttura e di attività) ed indicatori. Questi ultimi possono essere utilizzati anche per il monitoraggio di obiettivi operativi.

Il sistema aziendale comunque per alcune aree è organizzato in maniera tale che la elaborazione dei dati operativi avviene direttamente presso le strutture responsabili della gestione di aree operative aziendali.

In particolare è rilevante l'attività di raccolta ed elaborazione dei dati concernenti tutta l'attività ospedaliera da parte del Servizio ospedalità. Con applicativi propri sono in grado di elaborare le SDO (schede di dimissione ospedaliera) e sulla base di questi dati elaborare report completi di dati operativi per singola unità operativa e d'indicatori operativi. Questi ultimi sono utilizzati per misurare il raggiungimento del grado di performance organizzativa di tutti gli ospedali, basata sull'assegnazione di obiettivi operativi e relativi indicatori e valori attesi e rilevazione a consuntivo degli stessi indicatori con il valore raggiunto.

In quest'ambito però è necessario garantire una maggiore integrazione e condivisione dei dati per consentire la tempestiva predisposizione di report di sintesi per il monitoraggio degli obiettivi.

2.5 UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

Il sistema di misurazione e valutazione è impostato in maniera tale da utilizzare i risultati raggiunti per la valutazione della performance organizzativa e individuale.

Ad inizio esercizio il processo prevede l'assegnazione degli obiettivi con i relativi indicatori con il valore di partenza ed il valore atteso. Il sistema prevede che attraverso dei piani di lavoro sia stabilito per ogni obiettivo il percorso necessario da svolgere e per ogni fase il responsabile dell'attività ed i tempi entro cui realizzare le stesse. Il sistema prevede inoltre una scheda per la valutazione finale che tiene conto oltre che della performance organizzativa e quindi del valore raggiunto dell'obiettivo, anche altri elementi di valutazione che il valutatore deve valorizzare con un sistema di punteggi. Alla fine delle attività risultano quindi valutate le strutture ed il personale.

Sotto l'aspetto pratico però questo processo non è stato adottato anche per effetto delle criticità indicate nei paragrafi concernenti la performance organizzativa e individuale.

3 INTEGRAZIONE CON IL CICLO DÌ BILANCIO E I SISTEMI DÌ CONTROLLI INTERNI

Come già evidenziato, essendo state riscontrate delle difficoltà in merito all'avvio del ciclo della performance per motivi di tipo strutturale, la fase di affinamento che avrebbe dovuto collegare il ciclo della performance con il ciclo economico-finanziario più strettamente ancorato al riparto delle risorse destinate all'azienda e al bilancio preventivo economico non è, di fatto, avvenuto. Lo stesso regolamento della performance, del resto, prevede un collegamento tra obiettivi e risorse e un più stretto ancoraggio del bilancio preventivo al piano della performance.

Per quanto concerne l'integrazione con il sistema dei controlli è in atto innanzitutto una modulazione del rapporto tra il controllo di gestione e il ciclo performance che, principalmente si avvale del suo supporto e dei risultati prodotti all'interno della tecnostruttura che si avvia ad un potenziamento.

4 IL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ E IL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Con riferimento al programma triennale per la trasparenza l'azienda si è dimostrata molto solerte nell'aggiornamento, ed altrettanto lo è stata nell'allestimento e nell'aggiornamento del sito aziendale, dove è stata già da tempo attivata una sezione dedicata all'amministrazione trasparente. L'azienda, mediante il coordinamento del responsabile della trasparenza, ha adottato/aggiornato il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità. Non sono state rilevate particolari criticità nell'attuazione dello stesso e può ritenersi molto buona la verifica del funzionamento sia del procedimento di individuazione, elaborazione, aggiornamento e pubblicazione dei dati, sia del processo posto in essere per la realizzazione delle iniziative per la trasparenza e per l'integrità. E' in atto peraltro una maggiore attività di coordinamento tra "trasparenza" ed "anticorruzione". Un'area di miglioramento può essere intravista nel rapporto con i cittadini e con gli stakeholder esterni con i

quali attivare forme di collaborazione e interazione maggiore rispetto al passato. Anche con riferimento al ciclo della performance l'azienda dovrebbe attivare forme di interazione che possano consentire di effettuare una valutazione tra la performance conseguita e i livelli di percezione da parte della cittadini

5 DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITÀ

Nella presente sezione è stata compiuta una valutazione sul processo di definizione degli standard di qualità, con particolare riferimento al grado di coinvolgimento degli stakeholder.

E' valutato il processo di gestione degli standard di qualità, con particolare riferimento alle modalità con cui sono state svolte le indagini sulla soddisfazione dell'utenza. L'azienda si è dotata di due strutture le cui attività influiscono sulla gestione della qualità dei servizi offerti agli utenti.

Le attività condotte per ridurre il rischio clinico conformemente agli obiettivi prefissati nel Piano Aziendale del Rischio Clinico valido per il biennio 2010/2011 sono state l'attivazione del flusso SIMES e il graduale adeguamento agli standard della Joint Commission International.

Con il D.A. 23 dicembre 2009 pubblicato sulla GURS del 22-01-2010 è stato istituito il flusso SIMES mediante il quale tutte le aziende sanitarie pubbliche e le strutture private accreditate sono tenute a segnalare, nei modi e nei tempi previsti dal Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali, gli eventi sentinella verificatisi nonché le denunce ed i sinistri.

Il flusso SIMES ha l'obiettivo di raccogliere le informazioni riguardanti gli eventi sentinella (cioè relativi ad eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, indicativi di un serio malfunzionamento del sistema, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale (per evento avverso è da intendersi Evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile) ed alle denunce dei sinistri consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi.

Tale processo rappresenta una parte preliminare ad ogni azione di miglioramento continuo in tema di rischio clinico. Il D.A. prevede inoltre che le Aziende Sanitarie debbano istituire una funzione permanentemente dedicata alla gestione del rischio clinico e alla sicurezza dei pazienti e delle cure.

L'attivazione del flusso SIMES, da parte del referente, è avvenuta nel luglio 2010 e da quel momento sono stati inseriti nel database del Ministero della Salute tutti gli eventi sentinella e le denunce dei sinistri segnalati all'Ufficio Qualità e Rischio Clinico dell'Azienda.

A tale riguardo, uno dei punti nevralgici dell'attività per la riduzione del rischio clinico nell'ASP di Siracusa a partire dal 2010 è stata la stesura di un piano di adeguamento dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda agli standard previsti dalla Joint Commission International.

Gli standard JCI fanno riferimento a tutti gli aspetti della vita dell'ospedale avendo il paziente e le sue cure come punto di riferimento continuo. Già dal 2008 le ex Aziende ASL 8 e Ospedaliera Umberto I avevano elaborato piani di adeguamento agli standard JCI. Tali piani hanno consentito il

raggiungimento di un adeguamento parziale, come messo in evidenza nelle visite degli esperti della JCI. E' stato definito un piano di programmazione delle attività da realizzare al fine di completare l'adeguamento dei Presidi Ospedalieri dell'ASP di Siracusa agli standard della JCI.

6 COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER

E' ancora basso il coinvolgimento degli stakeholder sia nella fase di programmazione sia in quella di rendicontazione, nonostante l'azienda stia facendo degli sforzi per interagire maggiormente con le associazioni e i singoli.

7 DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DI MONITORAGGIO DELL'OIV

L'OIV si è riunito tendenzialmente con cadenza bisettimanale e sin dall'inizio dell'anno ha avviato, come di consueto, una fase di programmazione con cui dare impulso all'avvio del ciclo della performance, stimolando gli appositi uffici a produrre i documenti necessari e d avviare l'aggiornamento del piano della performance. In tal modo l'OIV ha monitorato scadenze e adempimenti anche con riferimento al piano triennale per la trasparenza e al piano per l'anticorruzione. Ad ogni seduta è seguito un verbale nel quale sono state annotate tutte le attività e copia di ciascun verbale è stata poi inviata alla Direzione generale in modo tale che talune linee d'indirizzo e suggerimenti fossero di supporto al vertice strategico al fine di un'ottimizzazione dei processi gestionali.

8 PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Le proposte sono state essenzialmente indicate tra le azioni da intraprendere nelle tabelle 1 e 2 di questa relazione.