

sechen n° 9 del 30/1/18

REGIONE SICILIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
SIRACUSA

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO

N° 95

Data 30 GEN. 2018

OGGETTO: Adozione Piano Triennale per la Performance 2018/2020.

<p>Dimostrazione della compatibilità economica:</p> <p>Bilancio 2018</p> <p>Centro di Costo _____</p> <p>Conto Economico _____</p> <p>Budget assegnato € _____</p> <p>Budget già utilizzato € _____</p> <p>Budget disponibile € _____</p> <p>da cui prelevare la spesa prevista dal presente atto, pari ad € _____</p> <p>Disponibilità residua di budget € _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non comporta spesa</p>	<p>DIREZIONE GENERALE</p> <p>Struttura Tecnica Permanente</p> <p><u>Salvatore Brugaletta</u></p>
---	--

Addì 30 GEN. 2018, nei locali della sede legale dell'Azienda, siti in C.so Gelone 17 - Siracusa - il Commissario, Dott. Salvatore Brugaletta, nominato giusto D.P.R.S. n 397/Serv.1/SG del 01-08-2017, assistito dalla Dr.ssa Maria Letizia Carveni con funzioni di Segretario, ha adottato la seguente deliberazione, sulla base della proposta di seguito riportata:

Il Commissario dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa
Dott. Salvatore Brugaletta

Premesso che il D.L.vo del 27 ottobre 2009 n. 150 di *"Attuazione della legge 4 marzo 2009, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni"* così come modificato con D. L.vo n. 74 del 25-5-2017, all'art. 15, comma 2 lettera b), prevede che l'organo di indirizzo politico-amministrativo delle PP.AA. definisce, in collaborazione con i vertici dell'organizzazione aziendale, il Piano della Performance e la Relazione di cui all'art. 10 comma 1, lettere a) e b);

Che la struttura e modalità di redazione del Piano della Performance sono state definite dalla CiVIT con le delibere n. 112/2010 e 5/2012 le cui prescrizioni assumono la valenza di linee guida anche per le amministrazioni del Servizio Sanitario Nazionale;

Che l'Assessorato Regionale della Salute – dipartimento per la pianificazione strategica - con nota n.9109 del 28 Gennaio 2011, ha richiamato l'orientamento, ribadito dalla CiVIT nella delibera n.113/2010 del 28.10.2010, per cui le disposizioni del titolo II del D.Lgs 150/2009 si applicano anche agli enti del Servizio Sanitario Nazionale – in quanto enti compresi nel novero delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001- a decorrere dal 1 gennaio 2011 ;

Che, conseguentemente, con Decreto Assessoriale n. 01821/11 del 26/09/2011, sono state approvate le *Linee di indirizzo regionali in materia di verifica e valutazione del personale dipendente del S.S.R.*, finalizzate a recepire in ambito sanitario le disposizioni nazionali sulla misurazione e valutazione della performance secondo il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e sono state invitate le Aziende Sanitarie a porre in essere tutti gli adempimenti obbligatori in materia di misurazione e valutazione delle performance e, fra l'altro, la redazione del documento programmatico triennale denominato Piano della Performance;

Visto il piano POCS 2013 -2015 per la Regione Siciliana;

Preso atto che l'Assessorato Regionale della Salute ha provveduto ad assegnare gli obiettivi ai Direttori Generali delle ASP e fra cui n.5 capitoli di intervento riconducibili al Piano Attuativo Aziendale, che configura il contributo organizzativo/operativo dell'Amministrazione alle linee di intervento indicate nel Piano Sanitario Regionale;

Vista la delibera n. 890 del 13.10.2016 con la quale questa ASP ha adottato il Piano della Performance 2016-2018;

Rilevato l'obbligo annuale di ottemperare al punto a) del D.A. 01821/11 del 26/09/2011 nell'ambito del processo di valorizzazione del personale, che prevede che le Amministrazioni redigano, entro il 31 Gennaio, l'Aggiornamento annuale del Piano triennale della Performance in coerenza con i contenuti e il ciclo di programmazione finanziaria e di bilancio individuando gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di periodo annuale;

Visto l'art. 10, comma 5 del d.lgs. n. 150/09;

Richiamate le deliberazioni ANAC (ex CIVIT) n.113/2010, in particolare le delibere n. 4/2012, n. 6/2013 (*linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l'annualità 2013*) nonché le indicazioni operative dell'ANAC del 10.01.2014, ai fini dell'avvio del ciclo di gestione della performance 2014 - 2016, in cui – tra l'altro – è sottolineata la necessità di integrazione con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della corruzione;

Stante l'esigenza di aggiornare annualmente il predetto piano triennale parametrando gli indicatori degli obiettivi individuati a quelli contenuti nel sopra citato D.A. ed all'assetto Aziendale vigente;

Visto il P.O.C.S. 2016-2018 per la regione Sicilia;

Atteso che la Direzione strategica ha ritenuto di dover dare continuità anche per il triennio 2018-2020 al Sistema Obiettivi 2017-2017, comprensivo di PAA e Obiettivi del Direttore Generale, nelle more della assegnazione dei nuovi obiettivi che perverranno nel corso dell'anno 2018 da parte del competente Assessorato alla Salute;

Visto la proposta di *piano della performance* 2017-2019 formulata dal responsabile della Struttura Tecnica Permanente di questa ASP, redatta, pertanto, in ossequio alle linee di indirizzo regionali di cui al più volte citato DA 01821/11, al Piano Sanitario Regionale, al Piano Attuativo Aziendale, alle indicazioni dell'ANAC (ex CIVIT) ed alle azioni inerenti le Linee Progettuali dei Progetti Obiettivi di PSN anno 2014-2015-2016 assegnati all'Asp di Siracusa;

Riservarsi di apportare eventuali variazioni, durante l'esercizio, agli obiettivi annuali ed agli indicatori previsti nella proposta di Piano della Performance Triennale allegata, qualora le stesse si rendessero necessarie in esito agli obiettivi che verranno assegnati alla Direzione Generale di questa ASP, a sopravvenute esigenze aziendali, nonché a seguito del susseguente percorso di negoziazione;

Dare atto che con l'approvazione del documento allegato si completano gli strumenti attinenti il *processo di governance* relativi alla Performance, alla Trasparenza ed all'Anticorruzione;

Coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario

DELIBERA

Per le ragioni esposte in premessa che qui si intendono ripetute e trascritte;

1. Di adottare l'aggiornamento annuale, ai sensi del Decreto legislativo n. 150/09, del Piano triennale della performance 2018-2020 dell'ASP di Siracusa, nel testo che si allega al presente atto per farne parte integrante;
2. Di dare atto che il perseguimento degli obiettivi programmati è soggetto alla valutazione dell'OIV;
3. Di pubblicare il presente Piano sul sito aziendale alla sezione "Amministrazione Trasparente";
4. Di riservarsi di apportare eventuali variazioni, durante l'esercizio, agli obiettivi annuali ed agli indicatori previsti nel Piano della Performance Triennale allegato, qualora le stesse si rendessero necessarie in esito agli obiettivi che verranno assegnati alla Direzione Generale di questa ASP, a sopravvenute esigenze aziendali, nonché a seguito del susseguente percorso di negoziazione;
5. Di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo, stante l'esigenza di rispettare il dettato normativo, nonché le disposizioni regionali.

Il Direttore Amministrativo
Giuseppe Di Bella

Il Direttore Sanitario Dott.
Dott. Anselmo Madeddu

FIRMATO

FIRMATO

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Salvatore Brugaletta

FIRMATO

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE

Dr.ssa Maria Letizia Carveni

FIRMATO

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto attesta che la presente deliberazione è stata affissa all'albo on line dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa ai sensi ed per gli effetti dell'art. 53 della L.R. n. 30/93 e successive modificazioni

dal giorno al giorno

IL RESPONSABILE DI SEGRETERIA

Dott.ssa Maria Letizia Carveni

Siracusa, li

La presente deliberazione è stata notificata al Collegio Sindacale in data _____

Prot. n° _____

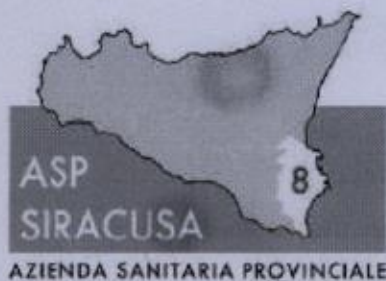
IL RESPONSABILE DI SEGRETERIA

Dott.ssa Maria Letizia Carveni

La presente deliberazione E' COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE POER USO AMMINISTRATIVO.

IL RESPONSABILE DELLA SEGRETERIA

Dott.ssa Maria Letizia Carveni



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
SIRACUSA

PIANO DELLA PERFORMANCE
Triennio 2018 - 2020

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. ANSELMO MAEDDU

IL DIRETTORE MMINISTRATIVO

Dott. GIUSEPPE DI BELLA

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. SALVATORE BRUGALETTA

Sommario

Premessa	Pag. 3
1. Presentazione del Piano	Pag. 4
2. Sintesi delle informazioni di interesse per il cittadino e gli stakeholder esterni	Pag. 6
2.1 Chi siamo	Pag. 6
2.2 Cosa facciamo	Pag. 6
2.3 Come operiamo	Pag. 7
3. Identità	Pag. 10
3.1 L'amministrazione "in cifre"	Pag. 10
3.2 Fondi	Pag. 16
4. Analisi del contesto	Pag. 16
4.1 Mandato istituzionale e missione	Pag. 17
5. Albero della performance	Pag. 19
5.1 Gli obiettivi contrattuali, strategici ed operativi	Pag. 20
Obiettivi contrattuali generali	Pag. 21
Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi	Pag. 22
5.1a P.A.A.	Pag. 24
POCS	Pag. 26
PSN	Pag. 28
5.1b Esiti	Pag. 32
5.1c Progetti di miglioramento del funzionamento dei servizi	Pag. 33
5.1d Obiettivi specifici aziendali	Pag. 33
Integrazione del Piano della Performance con il Piano della Trasparenza e Anticorruzione	
6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi individuali	Pag. 38
7. Il sistema di valutazione e misurazione della performance	Pag. 42
8. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance	Pag. 43
9. Processo per la misurazione e valutazione annuale della performance organizzativa individuale	Pag. 45

Allegati

- Scheda obiettivo Pag. 58
- Piano di azione Pag. 59

PREMESSA

In ottemperanza alla disposizioni di cui al D. L.vo n. 150 del 27-10-20009, il presente piano viene redatto entro i termini previsti dall'art. 10, comma 1, lett. a del suddetto D. L.vo pur nella piena consapevolezza che i suoi contenuti non possono essere considerati definitivi alla luce di quanto si prospetta in un contesto regionale nel quale, a seguito dei preannunciati interventi da parte del governo regionale, il servizio sanitario sarà destinatario di ulteriori cambiamenti riguardanti la rete ospedaliera già approvata con D.A. n. 629 del 31-3-2017 (cui questa azienda si è adeguata con deliberazione n. 396 del 2-5-2017). A ciò si aggiunga la circostanza che il sistema obiettivi dei Direttori Generali, la cui attribuzione ha coperto l'arco temporale sino al 2017, sarà oggetto di nuovi interventi con la certa assegnazione, da parte dell'assessorato, di nuovi obiettivi.

Il presente Piano, pertanto, deve essere considerato da natura dinamica non escludendosi, alla luce delle superiori considerazioni, la necessità di un nuovo intervento sui suoi contenuti, nel segno della continuità con i risultati sinora raggiunti.

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO

Il Piano della performance viene adottato annualmente ai sensi dell'articolo 10, comma 1 lett. a) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n°150, che di seguito indicheremo come "decreto", al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

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

Il Piano della performance costituisce lo strumento programmatico triennale con cui l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa rappresenta agli organi superiori, ai dirigenti ed agli "stakeholder", gli obiettivi, gli indicatori, i target che l'Amministrazione intende raggiungere nel triennio; su tali elementi (obiettivi, indicatori, target) si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance organizzativa ed individuale.

Il Piano si inserisce nel ciclo della gestione della performance, ed è articolato nelle seguenti fasi (art. 4 decreto):

- a. definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance;
- b. collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d. misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f. rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi di controllo interni ed esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti ed ai destinatari dei servizi.

Secondo quanto previsto dall'art. 10, comma 1 del decreto, all'interno del Piano vengono riportati:

1. gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi ;
2. gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
3. gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Gli obiettivi specifici (art. 5, comma 01, lett. b del decreto legislativo) sono programmati, in coerenza con gli obiettivi generali, su base triennale e definiti, prima dell'inizio del relativo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo.

Gli obiettivi sono articolati in strategici ed operativi; per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi target ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della performance. Gli indicatori vengono definiti, tenendo conto degli ambiti individuati dall'art. 8 del decreto, sulla base del Sistema di misurazione e valutazione della performance di cui all'art. 7 del decreto legislativo.

Il Piano contiene infine gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori al fine di consentire la valutazione della performance individuale dei dirigenti di cui all'art. 9, comma 1, lett. a,b,c,d, del decreto legislativo.

2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI

2.1 - CHI SIAMO

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa è Azienda del Servizio Sanitario Regionale costituita con Legge Regionale n°5 del 14/04/2009, derivata dall'accorpamento di due ex Aziende Sanitarie. Essa eroga prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione attraverso strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere dislocate nel territorio della provincia di Siracusa.

L'Azienda, operativa dal 1° settembre 2009, ha sede legale a Siracusa in Corso Gelone n°17 ed è dotata di natura giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale.

Rappresentante Legale dell'Azienda è il Direttore Generale.

Il sito web aziendale è www.asp.sr.it.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati con Atto Aziendale approvato con Decreto Assessoriale n° 214/2016, recepito con deliberazione n. 301 del 11.4.2016 ed adeguato, a seguito del recepimento del D.A. n. 629/2017, con deliberazione n. 396 del 2-5-2017.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa ha come bacino di utenza la popolazione residente nella provincia di Siracusa costituita da 402.822 abitanti (al 1.1.2017), distribuiti su un territorio di 2.190 km² che comprende 21 Comuni.

I principali stakeholder dell'Azienda sono:

- pazienti/utenti;
- dipendenti;
- istituzioni;
- fornitori;
- terzo settore.

2.2 - COSA FACCIAMO

L'Azienda svolge funzioni di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività residente e/o presente nella provincia di Siracusa attraverso attività di

prevenzione, cura degli stati di malattia e di recupero della salute, volte a consentire la migliore qualità di vita dei cittadini. Tale obiettivo viene perseguito dall'A.S.P. di Siracusa fornendo servizi erogati direttamente o da altre Aziende del S.S.N., pubbliche o private, garantendo l'erogazione delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza - L.E.A., lo sviluppo del sistema per la qualità aziendale e la sicurezza del paziente, la migliore accessibilità e umanizzazione dei servizi all'utente, la tutela e partecipazione del cittadino, l'integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera, lo sviluppo delle cure primarie, l'assistenza sanitaria agli stranieri regolari e non, la collaborazione con gli enti locali, lo sviluppo della Rete Civica della Salute, le altre organizzazioni sanitarie e le organizzazioni di rappresentanza degli utenti e del volontariato. Le attività da svolgere vengono definite dall'A.S.P. mediante il Piano Attuativo di durata triennale, adottato dal Direttore Generale previo parere della Conferenza dei Sindaci, con il quale vengono recepiti gli indirizzi, gli obiettivi e i vincoli della programmazione sanitaria regionale e di bacino. Il Piano Attuativo si realizza mediante la definizione di programmi annuali di attività.

2.3 - COME OPERIAMO

L'Azienda svolge le proprie funzioni assegnate dalla legge perseguendo l'obiettivo di assicurare il più appropriato livello di risposta alla domanda di salute in ambito clinico e assistenziale, preventivo, diagnostico-terapeutico, palliativo e riabilitativo. Nell'ambito delle risorse disponibili, l'Azienda impronta pertanto la propria attività a criteri di appropriatezza clinica, organizzativa e gestionale nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti della programmazione nazionale e regionale.

Per il perseguimento della propria missione l'Azienda riconosce la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi. In tale ottica obiettivo prioritario è rappresentato dal servizio al cittadino e dal sistema di relazione e comunicazione con il cittadino stesso, singolo o rappresentato da associazioni.

L'ASP persegue l'obiettivo della centralità del cittadino attraverso diversi organismi in cui l'utente ha un ruolo fondamentale: Comitato Consultivo Aziendale, la rilevazione sistemica della qualità percepita (Customer Satisfaction), l'Audit Civico e progetti che coinvolgono le associazioni di volontariato (Sportello Orientamento ai Servizi).

Per lo svolgimento della propria attività l'Azienda persegue inoltre il principio di separazione tra funzioni di programmazione - indirizzo - controllo e funzioni di gestione, al fine di garantire il decentramento operativo e gestionale, in applicazione della normativa vigente.

L'Azienda, mediante il proprio Atto Aziendale, approvato con Decreto Assessoriale n° 214/2016, recepito con deliberazione n. 301 del 11.4.2016, ed adeguato, a seguito del

recepimento del D.A. n. 629/2017, con deliberazione n. 396 del 2-5-2017, ha individuato la struttura organizzativa aziendale e le competenze, proprie o delegate, attribuite ai Direttori di Dipartimento ed agli altri Direttori di struttura complessa.

I dirigenti, secondo quanto previsto dall'atto aziendale, esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione annuale delle attività e dei contratti, nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget concordati. Entro tali limiti spetta, in particolare, ai dirigenti l'adozione di tutte le decisioni, atti e provvedimenti, compresi quelli che impegnano l'Azienda verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo.

Essi sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati.

L'assetto organizzativo di tipo dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda. I Dipartimenti strutturali hanno la responsabilità gestionale diretta delle risorse loro assegnate ivi compresa la gestione del personale e la gestione degli accessi degli operatori del Dipartimento, agli istituti contrattuali nei limiti di spesa fissati dalla Direzione Generale.

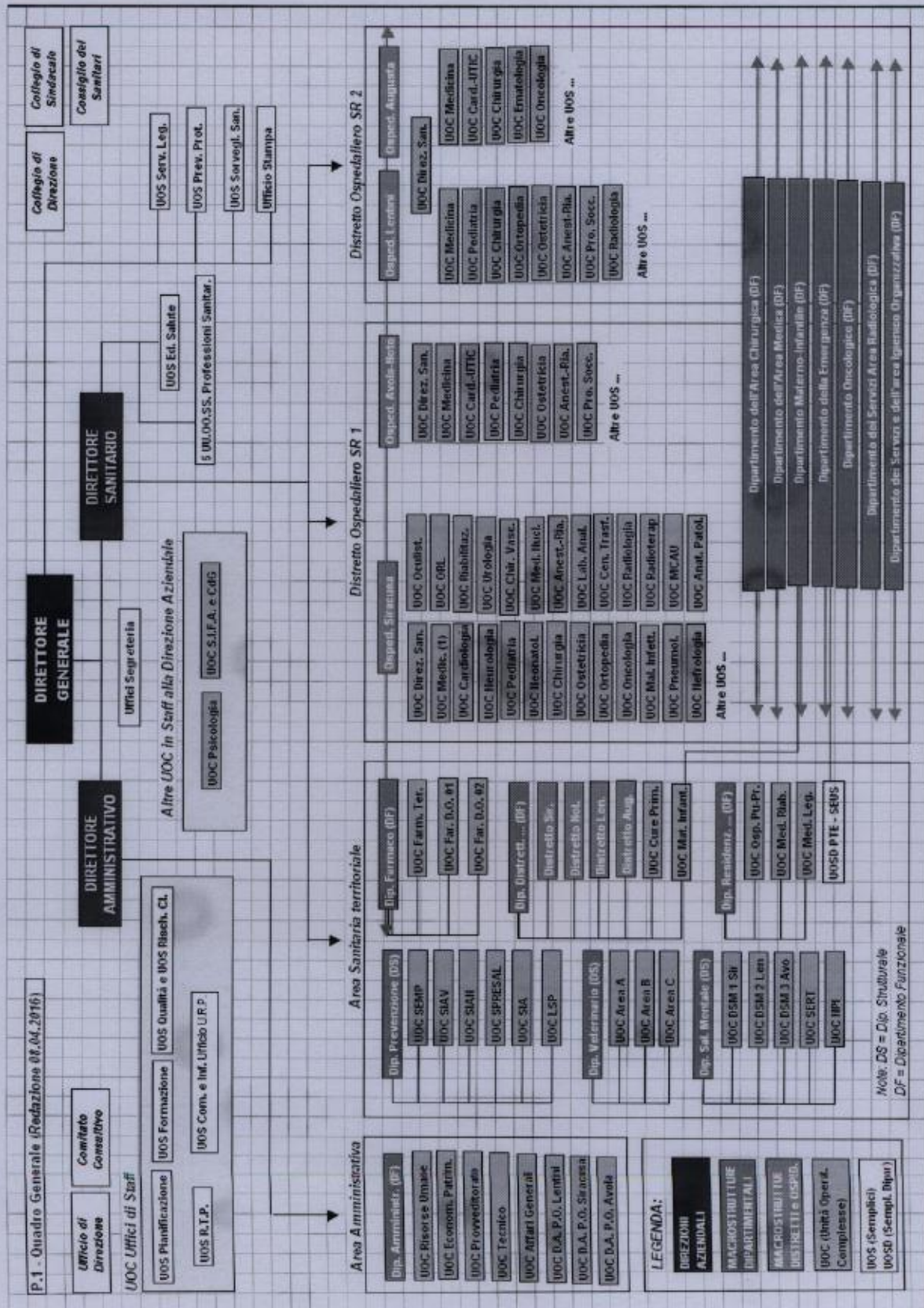
I Dipartimenti funzionali hanno come principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinico - assistenziale, favorendo l'acquisizione e il mantenimento di competenze tecnico-professionali adeguate, definendo percorsi diagnostico terapeutico - assistenziali che possono caratterizzare le diverse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

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

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

All'interno dell'Azienda la funzione dello staff direzionale si associa a compiti caratterizzati da precisa specializzazione professionale, flessibilità organizzativa, orientamento ai risultati e capacità di innovazione.

SCHELETRO ORGANIZZATIVO ATTO AZIENDALE



3. IDENTITÀ

3.1 - L'Amministrazione in cifre

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa ha come bacino di utenza la popolazione residente nella provincia di Siracusa costituita da 402.822 abitanti (al 1.1.2017), distribuiti su un territorio di 2.190 km² che comprende 21 Comuni .

L'ASP di Siracusa è articolata in 2 Distretti Ospedalieri e nei suoi servizi territoriali facenti riferimento a 4 Distretti Sanitari che assicurano le attività di prevenzione collettiva, assistenza di base e specialistica, assistenza riabilitativa. In ogni distretto sanitario è prevista l'allocatione di un PTA che svolge funzioni complesse di cure primarie, garantisce la continuità assistenziale, rappresenta il Punto Unico di accesso alle prestazioni. All'interno del PTA è allocato lo sportello per le cure domiciliari.

Nell'ambito dei distretti ospedalieri dell'Azienda sono presenti i seguenti Presidi Ospedalieri con i sotto elencati posti letto (assegnati nel totale n° 795, D.A. 31/3/2017):

Distretto Ospedaliero SR 1
Residenti: 298.877

Distretto Ospedaliero SR2
Residenti: 103.945

Presidio Ospedaliero	PP.LL. per acuti	PP.LL. post acuti	Presidio Ospedaliero	PP.LL. per acuti	PP.LL. post acuti
Umberto I - Siracusa	337	26	Lentini	108	24
Avola - Noto	145	44	Augusta	89	22
Totale	482	70	Totale	197	46

Nella nuova organizzazione dell'Azienda sanitaria provinciale, così come previsto dalla L.R. n°5 del 14/04/2009, sono stati istituiti n°4 Distretti Sanitari di Base che costituiscono strutture di riferimento per le cure territoriali.

DISTRETTO SANITARIO	COMUNI AFFERENTI	POPOLAZIONE RESIDENTE
Siracusa (n°2 PTA) Totale residenti: 196.236	1. Buccheri; 2. Buscemi; 3. Canicattini B.; 4. Cassaro; 5. Ferla; 6. Floridia; 7. Palazzolo A.; 8. Priolo Gargallo; 9. Siracusa; 10. Solarino; 11. Sortino	1. 1.979 abitanti 2. 1.035 abitanti 3. 7.125 abitanti 4. 800 abitanti 5. 2.523 abitanti 6. 22.726 abitanti 7. 8.730 abitanti 8. 11.986 abitanti 9. 122.031 abitanti 10. 8.178 abitanti 11. 8.657 abitanti
Noto (n°2 PTA) Totale residenti: 103.140	1. Avola; 2. Noto; 3. Pachino; 4. Portopalo di C.P.; 5. Rosolini	1. 31.576 abitanti 2. 24.074 abitanti 3. 22.263 abitanti 4. 3.916 abitanti 5. 21.322 abitanti
Augusta (n°1 PTA) Totale residenti: 49.926	1. Augusta; 2. Melilli.	1. 36.091 abitanti 2. 13.598 abitanti
Lentini (n°1 PTA) Totale residenti: 54.683	1. Carlentini; 2. Francofonte; 3. Lentini.	1. 17.768 abitanti 2. 12.727 abitanti 3. 23.761 abitanti

All'interno dell'Azienda è inoltre presente una Centrale Operativa 118 che gestisce la risposta all'emergenza e facente capo alla Direzione del Presidio Ospedaliero Cannizzaro di Catania.

Per il perseguimento delle finalità istituzionali l'ASP di Siracusa possiede una dotazione di 3450 dipendenti, distribuita secondo i ruoli e i profili professionali riportati nella successiva tabella, con la indicazione dei soli posti coperti con personale a tempo indeterminato.

DESCRIZIONE	RUOLO SANITARIO	RUOLO TECNICO	RUOLO AMMINISTR.	RUOLO PROFESS.	TOTALE
Assistenza ospedaliera	1.839	285	71	2	2197
Assistenza territoriale	362	67	92	-	551
- Distretti sanitari	189	39	74	-	322
- Dipartimento Salute Mentale	173	28	18	-	229
Assistenza collettiva	375	22	129	1	497
Strutture centrali	30	61	159	1	251
Totale	2.606	435	451	4	3495

ASSISTENZA OSPEDALIERA - DINAMICHE DEL PERSONALE E DATI GENERALI DI PRODUZIONE

L'assistenza ospedaliera è prestata direttamente nei 4 Presidi Ospedalieri (Avola-Noto sono Presidio Unico) e nelle 5 case di cura private accreditate.

Presidio Ospedaliero Umberto 1°	Siracusa
Presidio Ospedaliero Di Maria	Avola
Presidio Ospedaliero Trigona	Noto
Presidio Ospedaliero Muscatello	Augusta
Presidio Ospedaliero Generale	Lentini
Casa di Cura Villa Azzurra	Siracusa
Casa di Cura Villa Rizzo	Siracusa
Casa di Cura S. Lucia Glef	Siracusa
Casa di Cura Villa Salus	Augusta
Casa di Cura Villa Mauritius	Siracusa

Il personale in forza presso i Presidi Ospedalieri è pari a 1.521 unità, suddiviso come segue:

Personale presso i presidi ospedalieri

PRESIDIO OSPEDALIERO	RUOLO SANITARIO	RUOLO TECNICO	RUOLO AMMINISTR.	RUOLO PROFESS.	TOTALE
Umberto I - Siracusa	935	131	30	1	1097
Di Maria - Avola - NOTO	359	66	14		439
Muscatello - Augusta	212	45	12	1	270
Generale - Lentini	333	43	15		391
TOTALE	1.839	285	71	2	2197

PRINCIPALI ATTIVITA' OSPEDALIERE

I dati definitivi relativi a ricoveri ordinari e Day Hospital saranno resi pubblici a metà febbraio.

Considerata l'esigenza di presentare il Piano entro il 31 gennaio, si riporta una sintesi delle principali attività riservandosi di aggiornare i dati al momento della quantificazione definitiva delle attività.

Ricoveri ordinari

I Presidi Ospedalieri a gestione diretta, nell'anno 2017, hanno garantito circa 30.000 ricoveri ordinari ed hanno prodotto un fatturato quantificabile in €. 100.000.000

Ricoveri in Day Hospital e Day Surgery

Nell'ambito delle iniziative assunte dall'Azienda finalizzate alla valorizzazione dei ricoveri in day hospital e/o day surgery, i presidi ospedalieri a gestione diretta, nell'anno 2017, hanno erogato circa 20.000 accessi con un fatturato quantificabile in €. 9.000.000 :

Numero complessivo di parti - anno 2017

Per l'anno 2017 la previsione del numero di parti è preventivabile in n. 1.150

Assistenza Territoriale - Contesto di riferimento-Dati Epidemiologici

L'Assistenza territoriale presenta la sotto indicata distribuzione in relazione a strutture e professionisti.

Distretti	Poliambulatori	Consultori	Medici CCA	PTE	PTA
Siracusa	7	7	70	1	2
Augusta	2	2	15	0	1
Avola/Noto	5	4	30	2	2
Lentini	2	2	20	0	1

Nei paragrafi che seguono sono riportate le tabelle che riguardano i dati delle attività prestate nel territorio.

Assistenza domiciliare

Espleta le seguenti attività:

✓ Valutazioni multidimensionali (PRIME VALUAZIONI per ADI e/o RSA)
✓ Valutazioni multidimensionali (VALUAZIONI SUCCESSIVE ALLA PRIMA)
✓ Pazienti inseriti in ADI
✓ Pazienti > 65Anni
✓ Numero di dimissioni protette
✓ Pazienti ammessi in RSA pubbliche e private
✓ Consulenze specialistiche:
✓ Visite domiciliari per valutazione disabili gravissimi in collaborazione con Assistenti Sociali Comune di SR
✓ Attivazione ADI Palliativa n. pazienti inseriti
✓ Esecuzione a domicilio emogasanalisi arteriosa

PIANO STRAORDINARIO DI INTERVENTI SANITARI NELL'AREA AD ALTO RISCHIO AMBIENTALE

Nell'area ad alto rischio ambientale di Augusta-Priolo, insistente nella ASP di Siracusa e comprendente i territori comunali di Siracusa, Floridia, Solarino, Augusta, Priolo e Melilli, è attivo dal 2014 un Piano Straordinario di interventi sanitari che prevede il rafforzamento rispetto al resto della provincia di alcune azioni di prevenzione e di attività volte alla sicurezza alimentare (controlli su acque, alimenti di origine animale, vegetale e su allevamenti), nonché l'attuazione "ex novo" di misure di prevenzione (es. l'attivazione ad Augusta di un ambulatorio di consulenza genetica per la riduzione della frequenza delle malformazioni congenite).

Nel dettaglio il Piano consiste nelle seguenti linee di attività.

- 1. BIOMONITORAGGIO: PRESA IN CARICO SOGGETTI CON VALORI IN ECCESSO.**
- 2. RAFFORZAMENTO INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE.**
 - Fumo: Peer Education.
 - Fumo : Fumo in gravidanza e centro antifumo.

- Alcool.
 - Cattiva alimentazione.
 - Cattiva alimentazione: Contrasto obesità.
 - Sedentarietà.
 - Rischio cardiovascolare.
- 3. RAFFORZAMENTO INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE .**
- Promozione del test di screening neoplasia del collo dell'utero.
 - Promozione del test di screening neoplasia della mammella.
 - Promozione del test di screening tumore del colon retto.
- 4. AVVIO SORVEGLIANZA SANITARIA NEGLI EX-ESPOSTI AMIANTO .**
- 5. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'OFFERTA DIAGNOSTICO-ASSISTENZIALE.**
- Consulenza genetica.
 - Implementazione dei percorsi assistenziali e continuità ospedale territorio nelle BPCO.
 - Implementazione dei percorsi assistenziali e continuità ospedale territorio nell' INSUFFICIENZA RENALE.
- 6. COSTITUZIONE FUNZIONE DI COORDINAMENTO AZIENDALE DEGLI INTERVENTI LOCALI CON COMPETENZE MULTIDISCIPLINARI SANITARIE A SUPPORTO DELLE AUTORITÀ LOCALI.**
- 7. RESPONSABILIZZAZIONE FORMALE DEI DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE (ART. 7 DEL D.LGVO 229/99). ATTIVAZIONE FOCAL POINT.**
- 8. AVVIO DI MODALITÀ PARTECIPATE DI GESTIONE DEL RISCHIO AMBIENTALE (VIS - VALUTAZIONE DI IMPATTO SANITARIO).**
- 9. SENSIBILIZZAZIONE DELLA POPOLAZIONE E COINVOLGIMENTO DEI MMG**
- 10. SORVEGLIANZA CATENA ALIMENTARE.**
- Sicurezza degli alimenti di origine animale (competenza veterinari).
 - sicurezza degli alimenti di origine vegetale (competenza SIAN).
 - sicurezza degli alimenti- acqua (competenza SIAN).
 - sorveglianza allevamenti.

FONDI NEGOZIATI DALL'AZIENDA CON L'ASSESSORATO DELLA SALUTE PER FAR FRONTE ALLE ESIGENZE SANITARIE PER IL 2018

3.2 - Fondi

Per l'anno 2018 l'ASP è in attesa di contrattare il fondo con l'Assessorato Regionale alla Salute stimando i contributi di esercizio in circa 630.000.000

4 - ANALISI DEL CONTESTO

L'attività dell'Azienda risulta caratterizzata dall'entrata in vigore delle disposizioni relative al riordino del SSR contenute nella legge regionale n°5/2009, da cui è derivata l'istituzione di una nuova realtà aziendale costituita dall'accorpamento di due preesistenti aziende sanitarie, con profonda ridefinizione dell'articolazione organizzativa e gestionale.

Il documento programmatico che ha riassunto gli obiettivi di crescita, la nuova articolazione aziendale, la missione e la visione, è l'Atto Aziendale, redatto nel corso dell'anno 2016 ed approvato con atto di Giunta Regionale di Governo, a cui è seguita la rideterminazione organica del personale, secondo logiche moderne di governance delle risorse umane.(D.A. 214 e delibera n. 301 del 12/4/2016 ed adeguato, a seguito del recepimento del D.A. n. 629/2017, con deliberazione n. 396 del 2-5-2017).

La visione dello sviluppo aziendale nei prossimi anni dovrà necessariamente tenere conto di numerose variabili che, in massima parte, sono esterne alla realtà organizzativa.

Prima fra tutte la variabilità della domanda sanitaria, tesa sia al soddisfacimento di bisogni di salute ma anche ad uno standard sempre più elevato per i servizi accessori (pulizia, comfort, accoglienza, cortesia, facilità di accesso e fruibilità), e per le problematiche legate alla componente strutturale degli edifici. Analogamente occorrerà sempre di più tenere conto delle istanze di natura economica tendenti alla razionalizzazione della spesa attuate con il Piano di rientro a cui è subentrato il piano POCS.

L'attività dell'Azienda si caratterizza da fattori di contesto che vanno analizzati secondo la metodologia SWOT al fine di consentire la programmazione degli obiettivi a breve e medio termine.

Punti di debolezza:

- elevata fuga di pazienti verso strutture sanitarie extraprovinciali;
- critiche condizioni oro geografiche del territorio e presenza di diseguaglianze nella popolazione a causa di condizioni socio-economiche sfavorevoli;

- inquinamento ambientale in alcune zone ad elevato impatto antropico;
- carenza di offerta nei confronti di una casistica di elevata complessità;
- carenze strutturali e infrastrutturali necessitanti di incisivi interventi di manutenzione;
- elevato tasso di ospedalizzazione ed inappropriato uso dell'ospedale;
- scarsa diffusione della cultura organizzativa aziendale e carenza meccanismi di controllo interno.

Punti di forza:

- miglioramento del sistema sanitario regionale per effetto dell'entrata in vigore del processo di riordino e dell'emanazione di indirizzi di programmazione regionale;
- Miglioramento dei livelli di offerta per effetto della rimodulazione dei servizi su base provinciale, a seguito dell'accorpamento delle aziende preesistenti, e della soppressione di servizi duplicati e non più funzionali alle esigenze sanitarie, e di una maggiore integrazione ospedale/territorio.

Opportunità:

- Riqualificazione dei servizi a seguito dell'attivazione di nuove linee di attività;
- Miglioramento della qualità ed efficacia per effetto delle iniziative di sviluppo delle risorse umane legate all'avvio del nuovo sistema di misurazione e valutazione della performance;
- Possibilità di una gestione unitaria dei servizi e dei professionisti del territorio per effetto dell'accorpamento delle preesistenti aziende;
- Sviluppo dell'assistenza territoriale extraospedaliera.

Minacce:

- Mancato rispetto dei vincoli di pareggio dei bilanci per effetto degli interventi di investimento programmati;
- Esistenza di fattori di distorsione in grado di favorire l'inappropriatezza degli interventi e la fuga dei pazienti.
- elevata incidenza della spesa farmaceutica convenzionata;
- carenza di risorse umane in rapporto agli obiettivi da perseguire.
-

4.1 Mandato istituzionale e "missione"

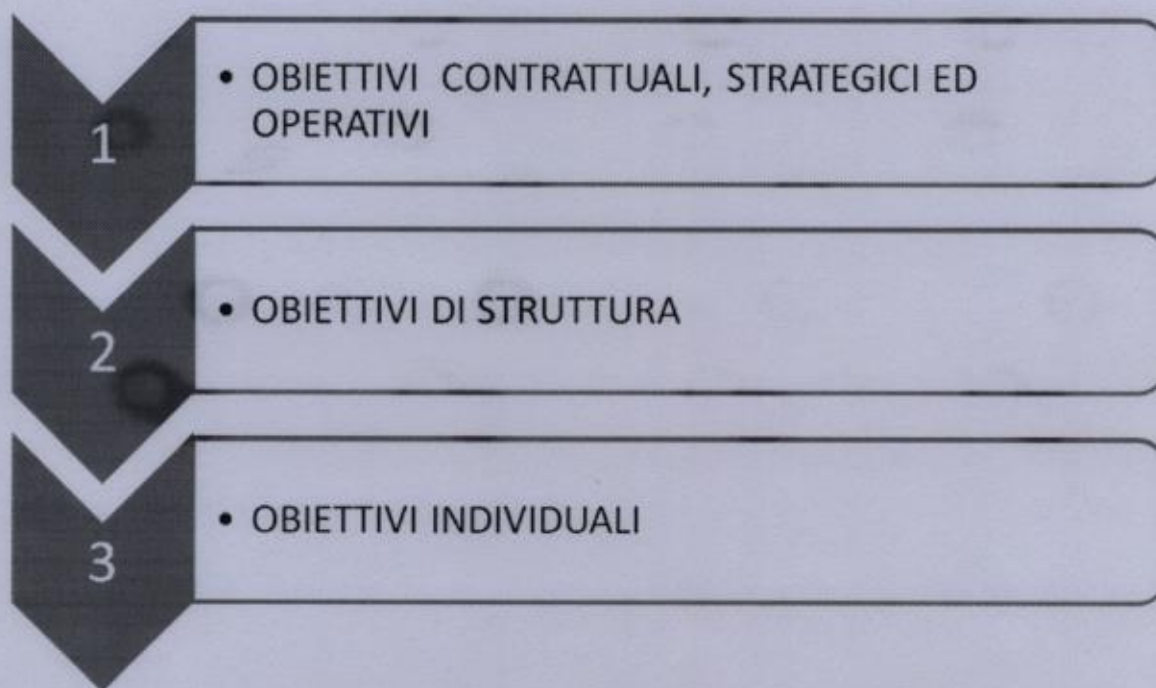
Ai sensi dell'art. 13 della L.R. n°5/2009, l'Azienda si integra all'interno del sistema sanitario regionale, nel rispetto dei suoi principi fondamentali, assicurando l'erogazione di prestazioni sanitarie, relative alla gestione di patologie ad alta complessità, attraverso l'utilizzo di un approccio multidisciplinare e la definizione ed applicazione di modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico - terapeutico - assistenziali.

L'Azienda pone a fondamento della propria azione i seguenti principi:

- a) rispetto della dignità umana, equità ed etica professionale;
- b) centralità del valore salute e orientamento ai bisogni del paziente – utente;
- c) sviluppo delle cure primarie, appropriatezza clinica e organizzativa;
- d) garanzia per l'utente del servizio in campo assistenziale, didattico e di ricerca;
- e) garanzia della coerenza, qualità, continuità e compatibilità etica ed economica nell'erogazione del servizio;
- f) compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti, nel quadro degli indirizzi regionali;
- g) programmazione dell'impiego delle risorse disponibili secondo criteri di costo-efficacia, in funzione del soddisfacimento prioritario dei bisogni fondamentali di salute;
- h) diffusione dell'assistenza di primo livello, al fine di assicurare in modo generalizzato e coordinato la protezione e la promozione della salute, la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie, la riabilitazione dei pazienti, l'assistenza alle persone sofferenti, a quelle disabili ed ai malati terminali;
- i) sviluppo del sistema di emergenza - urgenza S.U.E.S. 118 anche in relazione alla presenza della Centrale Operativa 118 e del presidio Ospedaliero Umberto I, presidio di 2° livello per l'emergenza;
- j) miglioramento continuo nell'erogazione del prodotto e nel processo produttivo;
- k) appropriatezza delle performance cliniche e gestionali;
- l) valorizzazione delle risorse interne, integrazione delle professionalità e responsabilizzazione del personale sugli obiettivi aziendali;
- m) flessibilità organizzativa in relazione ai bisogni espressi dal territorio rilevati attraverso la rilevazione della qualità percepita, il processo di gestione dei reclami e le ricerche di Audit Civico.;
- n) partecipazione alla propria attività dei singoli cittadini e delle loro associazioni, nel rispetto delle norme vigenti attraverso il Comitato Consultivo, la Rete Civica e progetti che coinvolgono le associazioni di volontariato (Sportello Orientamento ai Servizi).

5. ALBERO DELLA PERFORMANCE

L'albero della performance è realizzato partendo dagli indirizzi di programmazione regionali e dagli obiettivi annuali assegnati alla Direzione Generale, integrati con le esigenze correlate all'analisi del contesto interno ed esterno. Partendo da tale analisi vengono definite le aree strategiche da cui derivare gli obiettivi strategici, a loro volta declinati in piani e obiettivi operativi assegnati ai dirigenti.



1= Assegnati dall'Assessorato per la Salute alla Direzione Aziendale e a cascata alle varie strutture dell'azienda hanno validità dal 1/1/2018 al 30/6/2018.

2= Assegnati dall'Azienda ai responsabili di Struttura

3= Assegnati dai Responsabili di Struttura al personale in forza all'Unità Operativa.

5.1- Gli obiettivi contrattuali, strategici ed operativi

Sistema obiettivi 2018 (in attesa della definizione degli obiettivi contrattuali, strategici ed operativi da parte della Regione)

Articolazione

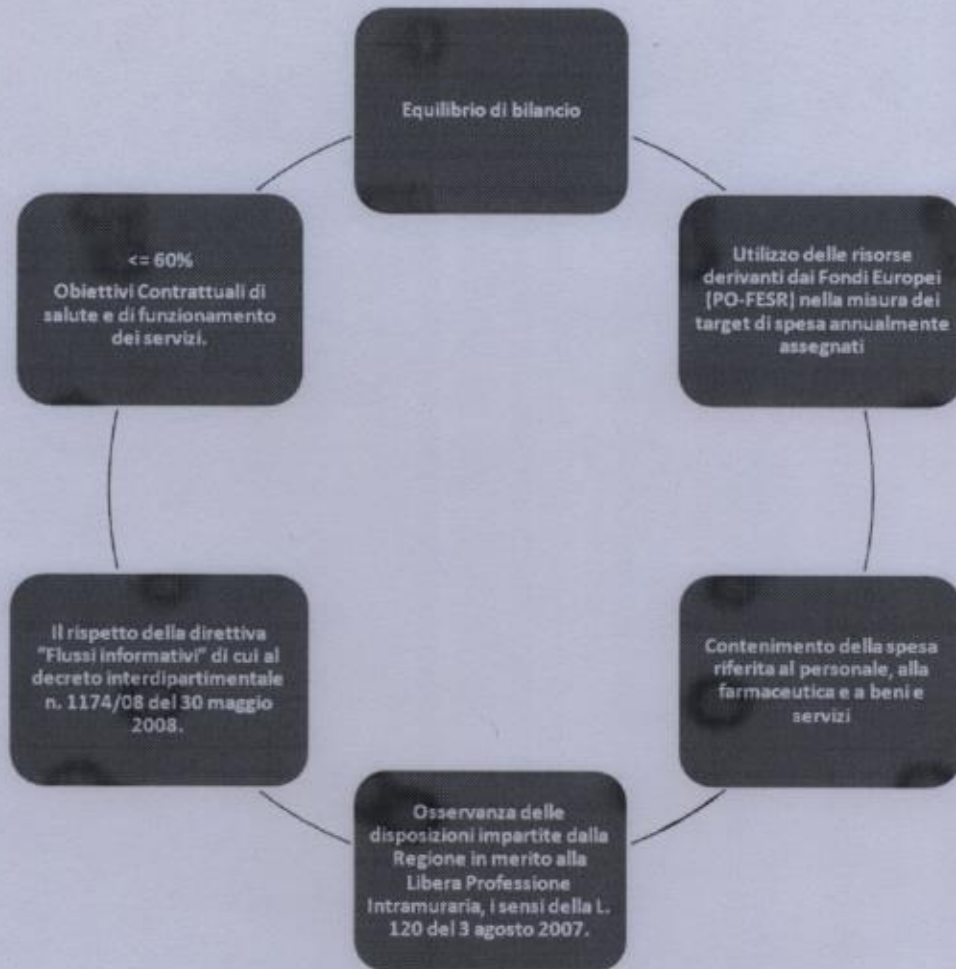
Per l'anno 2018 l'Azienda intende confermare il sistema obiettivi per l'anno 2017 riservandosi eventuali modifiche e rimodulazioni al momento della nuova assegnazione.

Per quanto sopra si conferma, in funzione del loro consolidamento, che il Sistema Obiettivi si articola su due categorie:

- Gli obiettivi contrattuali generali sono riferiti al mandato di Direttore Generale che, se non raggiunti, ai sensi dell'art. 20 comma 4 della L.r. n° 5/09, sono oggetto di decadenza automatica e sono definiti in continuità a quelli di inizio mandato.
- Gli obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento dei servizi sono correlati all'attribuzione della indennità, che verrà corrisposta in proporzione al livello di raggiungimento degli stessi, con il limite del 60% che se non raggiunto comporta la decadenza ai sensi dell'art. 20 comma 6 della L.r. 05/09, e sono definiti per i secondi 18 mesi di mandato.

L'Assessore alla Salute ha individuato inoltre, per tutte le Aziende, un obiettivo di riorganizzazione del Pronto Soccorso cui si dovrà mettere in correlazione la messa in funzione di CUP unici Provinciali avendo conseguentemente un sistema di accettazione unico a livello di Presidio Ospedaliero.

OBIETTIVI CONTRATTUALI GENERALI



L'Assessorato alla salute ha individuato, inoltre, per tutte le Aziende, un obiettivo di riorganizzazione del Pronto Soccorso cui si dovrà mettere in correlazione la messa in funzione di CUP Unici Provinciali, avendo conseguentemente un sistema di accettazione unico a livello di Presidio Ospedaliero.

OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

In merito agli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi, oggetto del sistema di incentivazione, si confermano i seguenti macro-obiettivi già rilevati per il biennio 2016/2017:

5.1a

- P.A.A.
- POCS
- OBIETTIVI ASSEGNATI DAL PSR

5.1b

- ESITI

5.1c

- LISTE DI ATTESA - MONITORAGGIO E GARANZIA DEI TEMPI DI ATTESA
- RISPETTO DEGLI STANDARD DI SICUREZZA DEI PUNTI NASCITA
- DONAZIONE ORGANI
- PRESCRIZIONE IN MODALITA' DEMATERIALIZZATA
- UTILIZZO DEI FONDI P.S.N.
- SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICAZIONE (P.A.C.)

5.1d

- OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI

Gli obiettivi strategici hanno lo scopo di tradurre l'identità (mandato e missione) in obiettivi misurabili e correlati ai servizi erogati. Il conseguimento degli obiettivi costituisce

condizione per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrativa. Gli obiettivi, strumento di governo e di conduzione aziendale, sono distinti in obiettivi strategici, riferiti ad un arco temporale di lungo periodo, ed obiettivi operativi, di breve periodo.

Per l'A.S.P. di Siracusa la definizione degli obiettivi strategici non può non essere correlata agli interventi di sistema e di potenziamento previsti dal POCS 2016/2018 della Regione Siciliana.

La soglia minima di raggiungimento degli obiettivi strategici è stata fissata dall'Assessorato della Salute Regione siciliana al 60%; il mancato raggiungimento di tale soglia comporta la decadenza automatica dell'incarico ai sensi dell'art. 20 comma 6 della L.R. n. 5/09.

5.1a - P.A.A. 2016/2017

Nell'ambito del "Sistema Obiettivi" 2016/2017, l'Assessorato per la Salute ha individuato per il PAA 5 Aree di Intervento per la predisposizione del documento di sintesi e la successiva formalizzazione degli obiettivi. Non essendo ancora stato definito il Sistema Obiettivi per il periodo di validità del presente piano e nell'intento, comunque, di consolidare gli interventi già implementati, si confermano i medesimi anche per il presente Piano, nelle more della loro definizione per l'anno 2018.

Le linee di intervento individuate sono le seguenti:

Intervento 1 **SANITA' PUBBLICA E** **PREVENZIONE**

- Sanità veterinaria
- Igiene degli alimenti
- Vaccinazioni
- Tutela ambientale
- Prevenzione luoghi di lavoro

Intervento 2 **QUALITA', GOVERNO** **CLINICO E SICUREZZA** **DEI PAZIENTI**

- Sicurezza dei pazienti
- Formazione dei professionisti
- Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza
- PDTA
- Appropriatelyzza
- Outcome

Intervento 3 **RETI**

- Reti tempo-dipendenti:
 - Rete IMA
 - Rete Stroke
 - Rete Politrauma
- Reti cliniche integrate:
 - Rete Oncologica
- Percorso Nascita

Intervento 4 **ASSISTENZA** **TERRITORIALE E** **INTEGRAZIONE SOCIO-** **SANITARIA**

- Cronicità
- Disabilità e non autosufficienza
- Riabilitazione
- Salute mentale
- Violenza su donne e minori

Intervento 5 **SVILUPPO** **ORGANIZZATIVO**

- Comunicazione
- Formazione
- Internazionalizzazione e Ricerca sanitaria
- Telemedicina

Tali obiettivi non esauriscono l'ambito operativo entro cui adeguare l'attività dell'Azienda la quale, costituendo una struttura di notevole complessità organizzativa, è vincolata nel raggiungimento di una serie ulteriore di obiettivi.

In particolare, occorre fare riferimento, intanto, al Piano POCS 2016/2018 ed alla adozione delle schede progettuali relative ai progetti obiettivo PSN relativi al 2014, 2015 e 2016.

5.1a - POCS 2016/2018

INTERVENTI nell'ambito dei quali sviluppare le azioni aziendali

Governo del Sistema Sanitario	<ul style="list-style-type: none"> Certificabilità dei bilanci del SSR (P.A.C.)
Aree di Intervento	<ul style="list-style-type: none"> Programmazione ricerca, innovazione, internazionalizzazione ed attrazione di investimenti
Prevenzione-Sanità Pubblica	<ul style="list-style-type: none"> Potenziamento screening oncologici Screening uditivo neonatale Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare Piano Regionale Integrato dei Controlli - PRIC Disporre di un sistema informativo in sicurezza alimentare, dedicato alla rilevazione dei dati a fini programmatici, per il monitoraggio, la vigilanza dei processi, la valutazione del rischio Efficacia dei Controlli ufficiali: efficacia in rapporto alla trasparenza ed all'anticorruzione nella Pubblica Amministrazione Programmi regionali in materia di controlli sulla alimentazione animale e in tema di lotta alle zoonosi con particolare riferimento per la brucellosi -Gestione del randagismo Implementazione della comunicazione sulle vaccinazioni, finalizzata al raggiungimento delle coperture vaccinali previste dal Piano Nazionale Vaccini 2016- 2018 e dal Calendario Vaccinale per la Vita, adottato con il D.A. n° 38/2015 Gestione dei flussi di malattie infettive, ed in particolare, Morbillo e Rosolia congenita, in ottemperanza a quanto previsto dal Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita (PNEUMoRc 2010-2015) e Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 Controllo malattie croniche e sorveglianza fattori di rischio comportamentali Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione Programma Regionale Abbattimento Morbosità e Mortalità delle Malattie Croniche non Trasmissibili (MCNT), lotta al tabagismo, abuso di alcol, obesità e sedentarietà Programma di Prevenzione Regionale Formazione Educazione Dieta (FED)
Rete Ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> Attuazione del processo di "Riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera e territoriale della Regione Sicilia"
Rete Emergenza-Urgenza	<ul style="list-style-type: none"> Attuazione del processo di "Riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera dell'Emergenza della Regione Sicilia" Riorganizzazione della rete territoriale dell'Emergenza della Regione Sicilia
Reti Tempo Dipendenti	<ul style="list-style-type: none"> Integrazione della rete ospedaliera dell'emergenza-urgenza con la gestione delle patologie tempo dipendenti
Rete Territoriale	<ul style="list-style-type: none"> Implementazione del livello organizzativo della rete regionale di assistenza territoriale Implementazione dei percorsi assistenziali per pazienti affetti da patologie croniche Attività consultoriale e percorso nascita Assistenza sanitaria cittadini stranieri Sanità penitenziaria Completamento del processo di trasferimento delle funzioni sanitarie in tema di sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Regionale
Rete Laboratoristica	<ul style="list-style-type: none"> Azioni nell'ambito della riorganizzazione delle rete laboratoristica
Tutela delle fragilità	<ul style="list-style-type: none"> Implementazione offerta
Gestione del personale	<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio del personale dipendente e non del SSR (art. 2, commi 71-72 della L. 191/2009 e ss.mm.ii.) Misure di contenimento del personale a tempo determinato (in coerenza al DL n. 78/2010, art. 9 comma 28) Piano fabbisogno di personale (Art. 1, commi 541 lettera b), 542, 543 e 544 della L. 208/2015) Rideterminazione delle dotazioni organiche Direttiva reclutamento del personale Attuazione procedure DPCM 6 marzo 2015 in materia di stabilizzazione del personale "precario" Procedure di mobilità e concorsi Riepilogo degli impatti economici complessivi derivanti dall'avvio di procedure di reclutamento/stabilizzazione
Flussi Informativi	<ul style="list-style-type: none"> Miglioramento della qualità dei dati Tessera Sanitaria Appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri

Gestione e monitoraggio sull'acquisto di beni e servizi	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio dei sistemi di approvvigionamento in corso ed a supporto della Centrale di Committenza • Potenziamento del flusso beni e servizi ex D.D.G. 914/2014 • Evoluzione del sistema di monitoraggio delle procedure di acquisto • Attività di supporto alla Centrale Unica di Committenza • Potenziamento dei sistemi di monitoraggio e controllo della spesa sanitaria in termini di prezzi • Potenziamento del sistema di reportistica • Prezzi di riferimento categorie DPCM del 24.12.2015 • Coinvolgimento del Servizio Controllo di Gestione in fase di monitoraggio • Valutazione impatto economico delle azioni
Spesa farmaceutica	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimento del sistema di compartecipazione alla spesa farmaceutica • Individuazione di soglie prescrittive • Mantenimento livelli di spesa farmaceutica •
Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione della qualità percepita dei servizi sanitari • Appropriatelyzza - Controlli analitici
Accreditamento istituzionale	<ul style="list-style-type: none"> • Individuazione organismo accreditante ed adeguamento del sistema di accreditamento istituzionale regionale al documento TRAC • Rinnovo dell'autorizzazione e dell'accREDITamento delle strutture trasfusionali della rete regionale
Cure Palliative e di fine vita e Terapia del Dolore	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo reti
Controllo di Gestione	• Linee Guida per l'implementazione del Controllo di Gestione
	• Intervento operativo: Integrazione Linee Guida regionali
	• Contabilità Analitica
	• Intervento operativo: Piano Regionale dei Centri di Rilevazione
	• Intervento operativo attivazione flusso informativo co.an.
Tempi di pagamento	<ul style="list-style-type: none"> • Disposizioni in materia di tempi di pagamento dei fornitori • Intervento operativo: tempi di pagamento dei fornitori

PSN 2013

- 1.1 Accelerare attivazione aggregazioni funzionali territoriali, unità complesse di cure primarie anche tramite sistema informatico con MMG e PLS
- 1.3 Potenziamento dei percorsi integrati ospedale-territorio per codici bianchi e verdi.
- 2.4 Implementazione rete regionale Stroke Unit e Stroke Hom Integrated Functional Treatment (SHIFT)
- 2.6 Sviluppo modelli Chronic Care Model
- 7.1 Sviluppo della rete di terapia del dolore
- 8.4 Rete Civica della Salute (N.B. progetto riattivato in relazione a riassegnazione dei fondi d.a. n 623/17
- 13.3 Valutazione copertura vaccinale e implementazione e ottimizzazione offerta
- 15.1 Definizione di modelli di assistenza a bambini ed adolescenti con "Disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta.
- 18.8 salute e migrazione : assistenza tecnica e formazione del personale (Knowledge HUB)
- 18.9 Applicazione modelli di audit sui servizi di controllo ufficiale delle AA.SS.PP.
- 19.2 Programma regionale ed interaziendale di implementazione delle azioni di tutela della salute mentale in età adulta programmate dal PANSM per l'area de bisogni prioritaria : Disturbi Gravi Persistenti e Complessi
- 20.1 Implementazione utilizzo flussi informativi di sorveglianza Informo, Mal Prof, Flussi informativi INAIL/ISPESL/Regioni, Occam, dati ex art 40 all 3b
- 20.3 Azioni per la prevenzione del rischio cancerogeno tramite implementazione piattaforma web INAIL
- 16.5 Individuazione organismo accreditante ed adeguamento del sistema di accreditamento istituzionale regionale al documento TRAC
- 2.12 Implementazione del codice rosa e del raccordo operativo con i servizi dedicati della rete sanitaria e del miglioramento dell'accoglienza nei pronto soccorso

- 1.7 Implementazione Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse Cure Primarie (UCCP) già avviate.
- 5.18 Implementazione dei percorsi per la rete dei servizi "Ospedale Territorio"
- 3.1 Attivazione modelli assistenziali per potenziare le esigenze sociali e sanitarie nell'ambito della rete di Cure Palliative
- 3.15 Razionalizzazione reti locali di Cure Palliative e potenziamento delle Cure Palliative domiciliari di base e specialistiche: Comunicazione
- 3.23 Sviluppo della Centrale Operativa di Coordinamento della rete locale di Cure Palliative
- 2.3.3 Laboratorio permanente di medicina narrativa
- 4.1.1 Programma regionale promozione della salute e lotta al tabagismo, abuso di alcool e sedentarietà
- 4.1.2 Programma di promozione salute nei soggetti a rischio MCNT
- 4.1.3 Programma FED (formazione, educazione, dieta)
- 4.1.4 Programma di miglioramento screening oncologici
- 4.2.1 Prevenire conseguenze dei disturbi neurosensoriali
- 4.3.1 Programma regionale di prevenzione del disagio psichico infantile, adolescenziale e giovanile
- 4.4.1 Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti
- 4.5.1 Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti
- 4.6.1 Prevenire gli incidenti domestici ed i loro esiti
- 4.10.1 Completamento e potenziamento dei sistemi anagrafici di sicurezza alimentare
- 4.10.2 Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici ed intolleranti, ivi comprese le persone celiache
- 4.10.3 Ridurre la frequenza dei disordini da carenza iodica
- 4.8.10 Ecocompatibilità nella costruzione/Ristutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon
- 4.8.11 Corretto uso dei cellulari
- 4.8.12 Sensibilizzazione sui rischi legati all'eccessiva esposizione ai raggi UV

- 2.12 Accoglienza del cittadino in ospedale
- 3.23 Proposta progettuale per lo sviluppo della Centrale Operativa di coordinamento della rete locale di Cure Palliative
- 3.1 Attivazione modelli assistenziali per potenziare le esigenze sociali e sanitarie nell'ambito della rete di Cure Palliative
- 5.3 Sostegno alle attività del Centro Diurno Alzheimer di Noto e di Lentini
- 4.10 Rafforzamento delle attività in prevenzione e sicurezza alimentare sanità pubblica veterinaria
- 4.9 Riduzione della frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie
- 4.7 Prevenzione degli infortuni e malattie professionali
- 4.6.1 Prevenire gli incidenti domestici e ridurre la gravità dei loro esiti
- 4.5 Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti
- 4.4 Prevenire le dipendenze da sostanza e/o comportamenti
- 4.3 Programma regionale di prevenzione del disagio psichico infantile, adolescenziale e giovanile
- 4.2 Prevenire conseguenze dei disturbi neurosesoriali
- 4.1.8 Programma regionale FED (formazione, educazione dieta)
- 4.1.9 Programma di miglioramento screening oncologico
- 4.1.7 Programma regionale di promozione della salute, a favore di soggetti a rischio MCNT
- 4.1.1 Programma regionale di promozione della salute, lotta al tabagismo, obesità e sovrappeso, abuso di alcool, sedentarietà

- 2.20 Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali autosufficienza di sangue ed emocomponenti
- 2.21 Guida e sostegno al bambino ricoverato
- 3.1 Attivazione modelli assistenziali per potenziare le esigenze sociali e sanitarie nell'ambito della rete di Cure Palliative
- 3.23 Proposta Progettuale per lo sviluppo della Centrale Operativa di coordinamento della rete locale di Cure Palliative
- 6.19 Ospedale a domicilio - Sviluppo Re.O.S. - Sviluppo percorsi diagnostico terapeutici assistenziali per la prevenzione e la gestione delle patologie indotte da farmaci e dalle terapie antitumorali
- 1.3 Costruzione di una piattaforma tecnologica per l'informatizzazione, la gestione ed il monitoraggio del sistema dedicato ai cittadini stranieri

5.1b - ESITI

La Sicilia è una delle prime regioni italiane ad avere introdotto la valutazione dei Direttori Generali anche attraverso l'assegnazione per gli anni: 2011-2017 di obiettivi operativi misurabili tramite tre indicatori di esito previsti dal Programma Nazionale Esiti (PNE).

Alla luce del buon risultato prodotto da tale modalità per l'anno 2016/2017 era stato proposto di continuare ad impiegare i tre indicatori utilizzati in precedenza aggiungendo un nuovo indicatore di attenzione.

In attesa della nuova rideterminazione del programma esiti 2018, l'Azienda intende confermare gli obiettivi in vigore:

Frattura del femore: tempestività dell'intervento per frattura femore *over 65* anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-2 giorni;

Parti cesarei: riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate;

Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI: tempestività di esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-1 giorno;

Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI calcolato integrando il flusso RAD-ESITO al flusso SDO: tempestività di esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro 90 minuti (differenza tra il tempo in cui è stato effettuando l'intervento e quello in cui è avvenuto il ricovero calcolato in minuti);

Colecistectomia laparoscopica: proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni. Di seguito sono riportate le schede e i protocolli operativi relativi a ciascun sub-obiettivo.

5.1c - PROGETTI DI MIGLIORAMENTO DEL FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

Per gli anni 2016/2017 i progetti di miglioramento organizzativo sono 7. Tali obiettivi fanno riferimento sostanzialmente ad azioni che richiedono una volontà di cambiamento organizzativo e gestionale specifico per portare a regime nuove soluzioni su alcune aree prioritarie. Anche questi obiettivi vengono mantenuti, in funzione del loro consolidamento, nel presente Piano.

Gli obiettivi sono:

1. Screening
2. Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa
3. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita
4. Donazione organi
5. Prescrizione in modalità de materializzata
6. Utilizzo dei fondi di PSN
7. Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C)

5.1d - OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI

Integrazione del Piano della Performance con il Piano della Trasparenza e Anticorruzione

La specificità del settore sanitario, rispetto ad altri settori della pubblica amministrazione, risente di alcuni fattori i cui effetti sono maggiormente percepiti dalla collettività, in ragione della peculiarità del bene salute da tutelare. Per tale ragione anche nel Piano Nazionale Anticorruzione è stata prevista un' apposita sezione dedicata al Settore Sanità contenente indicazioni finalizzate a rafforzare la gestione del rischio e a prevenire e contrastare fenomeni di corruzione per particolari aree sensibili.

Per il settore sanitario il Piano Nazionale Anticorruzione individua :

- A) Aree di rischio generali
- a) contratti pubblici;
 - b) incarichi e nomine;
 - c) gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
 - d) controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.
- B) Aree di rischio specifiche
- a. attività libero professionale e liste di attesa;

- b. rapporti contrattuali con privati accreditati;
- c. farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- d. attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

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

Così come previsto dalla delibera A.N.A.C. 6/2013, l'Azienda si adopera al fine di coordinare e integrare gli ambiti relativi alla performance, alla qualità, alla trasparenza, all'integrità e prevenzione della corruzione. I collegamenti fra tali ambiti all'interno del ciclo della performance devono essere reali, sostanziati dall'individuazione di obiettivi, indicatori e target ben definiti, e non meri richiami/rinvii tra i Piani.

Il ciclo della performance "integrato" sancisce l'importante ruolo che il Programma per la Trasparenza e Integrità ed il Piano Anticorruzione rivestono, in quanto consentono ai cittadini la piena conoscibilità dei programmi di attività dell'Azienda, del loro stato di attuazione, dei risultati conseguiti.

Individuazione delle attività ad elevato rischio di corruzione

Con il piano anticorruzione l'Azienda ha individuato ulteriori aree a rischio. La "mappatura del rischio", soggetta a periodico aggiornamento è stata effettuata sulla base di alcuni criteri ritenuti congrui in via astratta e potenziale. L'individuazione delle aree di rischio ha la finalità di consentire l'emersione delle aree, nell'ambito dell'attività dell'intera Azienda, che debbono essere presidiate più di altre mediante l'implementazione di misure di prevenzione specifiche. La mappatura dei processi con la correlata valutazione del rischio sui singoli processi e la valutazione del responsabile da effettuarsi sul campo è parte integrante del piano aziendale unitamente alle mappature allegate al precedente piano. Per rischio si intende l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e quindi sull'obiettivo istituzionale dell'Azienda.

1. Con il piano sono state individuate le seguenti aree a livello **ELEVATO** dove il rischio corruttivo si configura come *altamente probabile* e l'impatto si configura come *superiore*, sono aree già individuate dal PNA.

- area della Direzione strategica: conferimento incarichi dirigenziali afferenti le varie tipologie e i vari livelli di complessità, sperimentazioni cliniche e modalità di ripartizione dei proventi, affidamento incarichi a professionisti esterni e dirigenti ex art. 15 septies dlgs. 502/1992, criteri di selezione dei componenti delle varie commissioni, collegi etc.;
- area di attività della UOC Economico patrimoniale: gestione delle entrate, pagamenti, spese, gestione del patrimonio: modalità di alienazione e locazione, utilizzo immobili di proprietà;
- area di attività della UOC Gestione Risorse Umane: reclutamento, incarichi, nomine, progressioni di carriera, liquidazione e rimborsi missioni, gestione CRP, cessione del quinto;
- area di attività UOC Provveditorato: dettagliata motivazione per affidamenti diretti e proroghe revoca del bando, tempi di liquidazioni, monitoraggio appalti inferiori alla soglia di € 40.000,00 anche da parte del collegio sindacale, redazione capitolati

- area di attività della UOC Tecnico: dettagliata motivazione per gli affidamenti diretti e proroghe, varianti, tempi di liquidazioni, redazione capitolati
- area di attività della UOC Affari Generali: convenzioni, contratti, liquidazioni, gestione e manutenzione parco automezzi, comodati d'uso, donazioni
- area di attività UO Servizio legale: liquidazione sinistri, gestione sanzioni amministrative, liquidazioni parcelle
- area di attività UOC SIFA: predisposizione capitolati, attestazioni esecuzione lavori, controllo di gestione

2. Sono individuate come a **RILEVANTE** livello di rischio le aree il cui rischio si configura come *molto probabile* e l'impatto si configura come *serio*:

1. area di attività dell'Assistenza Distrettuale: vigilanza e verifiche ADI, liquidazioni, scelta e revoca MMG e PLS
2. area di attività dell'Assistenza Ospedaliera: UUOCC Direzione mediche di Presidio e UOC Ospedalità: gestione camera mortuaria, gestione registro operatorio, controllo esecuzione grandi appalti (pulizie, lavanolo, pasti degenti, vigilanza), rapporti con erogatori provati di servizi sanitari: ispezioni, controlli verifiche e liquidazioni.
3. area di attività del Dipartimento di Prevenzione Veterinaria: controlli, verifiche, autorizzazioni, ispezioni, liquidazioni
4. area di attività del Dipartimento di Prevenzione: controlli, verifiche, autorizzazioni, ispezioni anche a campione e senza preavviso sul mantenimento dei requisiti sulle strutture sanitarie private accreditate, accreditamento istituzionale
5. area di attività del Dipartimento del farmaco: affidamenti diretti, controlli, verifiche ispezioni su grossisti e farmacie liquidazioni
6. area di attività UOC Medicina Riabilitativa: autorizzazioni, verifiche, liquidazioni
7. area di attività UOC Medicina Legale e fiscale: gestione Commissioni per l'accertamento invalidità, controlli, liquidazioni
8. area di attività della UOC Cure Primarie: controlli, verifiche e liquidazioni su strutture accreditate provate esterne, specialisti ambulatoriali esterni/interni, medici di continuità assistenziale e professionisti MMG e PLS
9. area di attività ALPI, gestione liste d'attesa: verifiche e controlli sullo svolgimento dell'attività libero-professionale, pubblicazione criteri di formazione delle liste d'attesa, pubblicazione delle agende di prenotazione, separazione dei percorsi interni di accesso alle prenotazioni tra attività istituzionale e ALPI, integrazione pubblico-privato nell'ambito del CUP

3. Sono individuate come a **MEDIO** livello di rischio le aree il cui rischio si configura come *molto probabile* e l'impatto si configura come *serio*:

1. area di attività Dipartimento salute mentale: ricovero in strutture private esterne
2. area di attività delle Dipendenze
3. area di attività della Formazione e aggiornamento professionale: eventi sponsorizzati
4. area di attività della Neuropsichiatria infantile
5. area delle attività di gestione RSA: arruolamento, predisposizione capitolati, attestazione esecuzione

4. Sono individuate a **TRASCURABILE** livello di rischio tutte le restanti aree di attività il cui rischio si configura *poco probabile* e l'impatto *minore*.

Fra le misure preventive di carattere generale da realizzare nell'arco di validità del presente piano e, quindi nel triennio, sono da ricomprendere protocolli operativi o regolamenti, fra i quali:

- procedure operative e/o prassi che, compatibilmente con le risorse a disposizione e la competenza professionale necessaria, disciplinino le modalità di rotazione del personale addetto alle aree a rischio con esclusione delle figure infungibili;

- procedure operative e/o prassi che assicurino l'applicazione concreta del codice di comportamento dei dipendenti dell'amministrazione ed attivi le connesse responsabilità disciplinari

- procedure operative finalizzate alla disciplina in forma organica, nel rispetto del principio dell'accessibilità totale, degli obblighi di trasparenza e pubblicità previsti dalla nuova normativa sull'accesso civico e civico generalizzato a tutti gli atti dell'Azienda.

Collegamento con il ciclo della performance

Lo stretto collegamento con il ciclo delle performance individuali e organizzative è operato con l'inserimento di specifici obiettivi e indicatori di risultato sui singoli incarichi e obiettivi annuali assegnati. In particolare sono presi in considerazione:

- l'analisi e la mappatura di tutti i processi per singola struttura e puntuale aggiornamento in occasione dell'aggiornamento al piano per le strutture con il rischio individuato;

- il grado di implementazione delle misure di prevenzione previste nella UO diretta;

- l'ottemperanza agli obblighi di legge sulla trasparenza e il grado di adempimento su ulteriori obblighi di trasparenza previsti;

- l'ottemperanza nei termini previsti dal piano e dalle richieste inoltrate, agli obblighi informativi nei confronti del R.P.C.

- la verifica delle presenze del personale per contrastare l'assenteismo (art. 13 del presente piano);

- la raccolta e l'esame della dichiarazione dei conflitti di interesse (art. 11 del presente Piano) di tutto il personale della UO diretta.

Nei casi più gravi il mancato rispetto delle previsioni contenute nel presente piano comporta illecito disciplinare nei confronti dei dirigenti e del personale inadempiente. L'O.I.V. verificherà la coerenza tra gli obiettivi di performance individuale ed organizzativa e il grado di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, in occasione della liquidazione del salario accessorio.

Come rappresentato nell'Albero della Performance tali misure tradotte in azioni costituiranno gli obiettivi operativi e costituiranno elementi di valutazione di performance organizzativa e di performance individuale per il Responsabile Anticorruzione e per i Dirigenti a vario titolo coinvolti nelle misure da adottare.

Per quanto riguarda gli aspetti legati alla trasparenza, l'O.I.V. certifica la presenza delle informazioni contenute nel Portale Amministrazione Trasparente secondo le modalità stabilite annualmente dall'A.N.A.C. e attraverso le schede standard del Portale.

In tale contesto il presente Piano individua alcuni obiettivi richiamati dal Piano aziendale della Trasparenza ed Integrità allegato al PTPC.

Oltre agli obiettivi strategici organizzativi Assessoriale/Ministeriali l'Azienda intende per il 2018 perseguire degli obiettivi propri con azioni rivolte al miglioramento della qualità delle prestazioni rese al cittadino utente e soprattutto alla salvaguardia a garanzia di una amministrazione trasparente e quanto più tesa alla legalità.

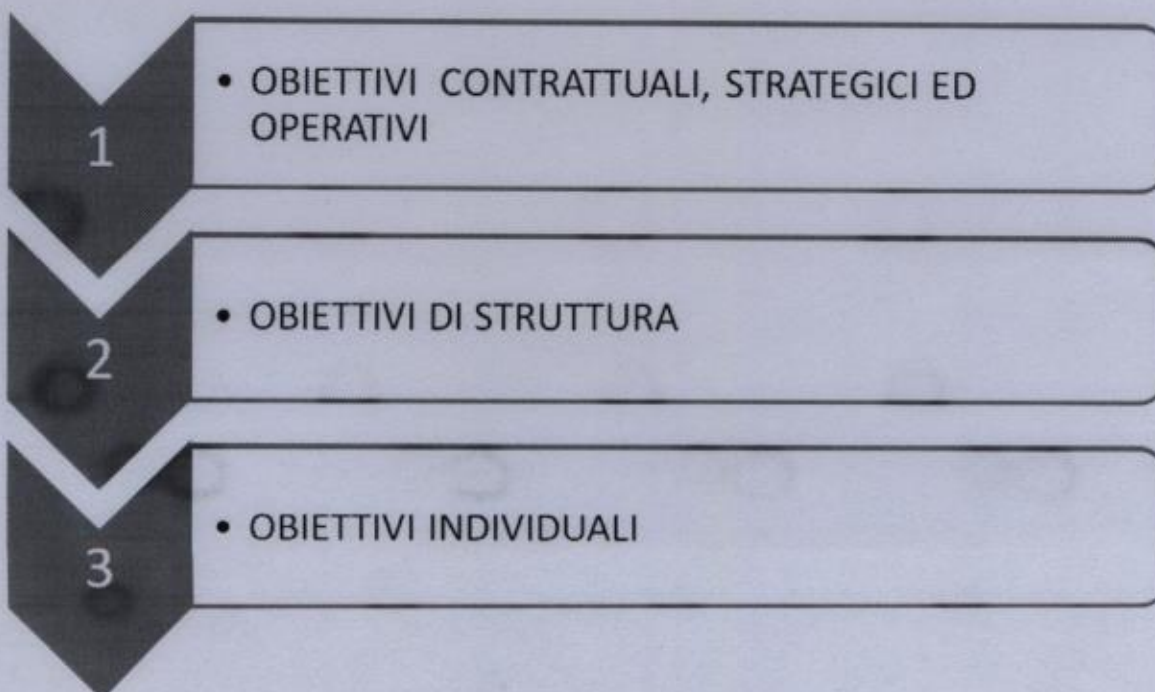
6. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI

ALBERO DELLA PERFORMANCE

L'albero della performance Aziendale è realizzato partendo dagli indirizzi di programmazione regionali e dagli obiettivi annuali assegnati alla Direzione Generale, integrati con le esigenze correlate all'analisi del contesto interno ed esterno. Partendo da tale analisi vengono definite le aree strategiche da cui derivare gli obiettivi strategici, a loro volta declinati in piani e obiettivi operativi assegnati ai dirigenti (obiettivi di struttura).

In ultima analisi i Dirigenti preposti alle varie UU.OO., nel loro ruolo di valutatori di prima istanza, sono chiamati ad inizio anno ad assegnare obiettivi individuali al personale assegnato alla propria U.O.

SCHEMA DI PASSAGGIO A CASCATA DEL SISTEMA OBIETTIVO:



Le politiche e le strategie aziendali sono definite dalla Direzione all'interno della mission e recepiscono le linee di indirizzo regionali. Le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di programmazione e budgeting.

Attraverso tale processo, per ciascuna delle aree strategiche e degli obiettivi strategici vengono individuati obiettivi operativi da realizzare attraverso la collaborazione del personale dirigente inquadrato all'interno delle diverse strutture aziendali territoriali ed ospedaliere, sia sanitarie che di supporto tecnico-amministrativo.

Attraverso opportuna reportistica viene monitorato l'andamento della gestione confrontandola con gli obiettivi prefissati al fine di porre in essere, in caso di scostamenti e/o criticità, eventuali correttivi (allegati al presente piano).

Le strategie, i relativi obiettivi e i risultati attesi vengono divulgati ai portatori di interesse attraverso le più opportune iniziative (Comitato Consultivo Aziendale, Comitato di Partecipazione e Vigilanza, ecc).

Gli obiettivi aziendali vengono definiti dalla Direzione Aziendale con cadenza annuale e/o triennale, sulla base degli indirizzi definiti dalla Regione e delle risultanze del monitoraggio adottato.

Il percorso per l'avvio del ciclo della performance ed il coinvolgimento a cascata del personale prevede i seguenti passaggi:

- la Direzione Aziendale con il supporto dell'U.O. Pianificazione e Controllo di Gestione predispone specifiche schede di budget ed avvia la negoziazione con i dirigenti titolari di Centri di Responsabilità definendo le risorse necessarie, gli indicatori e la tempistica di raggiungimento degli obiettivi;
- i responsabili di Unità Operativa Complessa avranno cura di redigere, sulla base degli obiettivi assegnati, specifici piani annuali di lavoro coinvolgendo, in fase di elaborazione e di attuazione, tutti i responsabili di struttura semplice afferenti nonché tutto il personale in servizio della dirigenza e del comparto assegnato, "performance individuale";
- nei piani di lavoro annuale vengono esplicitate le iniziative che si intendono avviare per il raggiungimento degli obiettivi specifici nel rispetto dei programmi e degli obiettivi strategici dell'Azienda.
- i piani di lavoro elaborati dai titolari di Centri di Responsabilità e trasmessi alla Direzione Aziendale (U.O. Pianificazione e Controllo di Gestione);
- ciascun titolare di Centro di Responsabilità verifica il grado di coinvolgimento e di partecipazione del personale assegnato al conseguimento degli obiettivi negoziati, ponendo in essere tutti gli adempimenti propedeutici all'applicazione dei sistemi di valutazione e verifica, anche ai fini della retribuzione di risultato;

- la Direzione Aziendale, attraverso gli uffici ed organi a ciò deputati, procede, secondo i tempi e le modalità previste, alla verifica e valutazione dei risultati raggiunti dalle U.O. rispetto ai contenuti dei piani annuali di lavoro ed agli obiettivi negoziati;
- L' Organismo Indipendente di Valutazione valuta a fine anno il grado di raggiungimento degli obiettivi in riferimento agli indicatori individuati.

Relativamente alla valutazione della performance dei dirigenti e del personale del comparto, verranno predisposte schede di valutazione che conterranno i seguenti elementi:

- Competenze specifiche;
- Obiettivi assegnati;
- Indicatori di risultato.

Si prevede al riguardo il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali per la condivisione della metodologia di valutazione.

Le fasi del ciclo di gestione della performance e l'individuazione degli attori coinvolti, sono stati oggetto di intervento da parte dell'assessorato Alla Salute; pertanto, in conformità al Decreto Assessoriale n. 1821 del 26/11/2011 "Linee di indirizzo regionali in materia di verifica e di valutazione del personale dipendente del SSR", sono descritti di seguito:

Fase	Attività	Soggetti coinvolti	Tempi previsti
Fase Gestionale	Redazione del Piano triennale della Performance e pubblicazione sul sito istituzionale	Direzione Strategica/STP/Resp.le Anticorruzione/Resp.le Trasparenza/OIV	31 Gennaio
	Negoziatura degli Obiettivi regionali con il Direttore Generale	Assessorato Reg.le Salute / Direttore Generale	Gennaio / Febbraio
	Condivisione obiettivi regionali	Direttore Generale / Dir. Sanitario e Dir. Amministrativo	Gennaio / Febbraio
	Pianificazione obiettivi aziendali in coerenza con gli atti di programmazione aziendale (Piano triennale della Performance-Bilancio Preventivo- Piano degli Investimenti- Piano triennale delle Assunzioni)	Direzione Strategica / Controllo di Gestione /SEF/Personale	Gennaio / Febbraio
	Negoziatura obiettivi di struttura (intesi anche quali obiettivi individuali dei Dirigenti Responsabili di struttura) e redazione del documento "Sistema obiettivi operativi anno 2016"	Direzione Strategica / Dirigenti di Struttura /Dipartimento, UOC e UOS dipartimentale	Marzo
	Assegnazione obiettivi individuali (dirigenti non responsabili di struttura e comparto)	Dirigenti Resp. di struttura /tutto il personale afferente alla stessa	Marzo / Aprile
	a) monitoraggio in corso di esercizio b) attivazione eventuali interventi correttivi	Controllo di Gestione / Direzione Strategica / Dirigenti Resp. Strutture	
Fase di certificazione formale	Misurazione e valutazione annuale della performance organizzativa delle UU.OO.	Controllo di gestione/OIV	Marzo anno successivo
	Rendicontazione dei risultati ai vertici dell'Amministrazione	Struttura Tecnica Permanente/ Direzione Strategica/ Dirigenti Resp. Strutture	Marzo anno successivo
	Misurazione e valutazione annuale della performance individuale	I istanza: Dirigente Resp. di struttura sovraordinato/ tutto il personale afferente alla U.O. II istanza: OIV (solo per i Dirigenti di struttura)	Aprile anno successivo
	Relazione sulla Performance e pubblicazione sul sito istituzionale	Struttura Tecnica Permanente/Controllo di Gestione	Giugno anno successivo
	Validazione della Relazione e pubblicazione	OIV	15 settembre
Fase di valorizzazione del merito	Applicazione dei Sistemi Premianti	Servizio Risorse Umane/ Struttura Tecnica Permanente	Novembre

7. IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Già da alcuni anni è in uso in ambito aziendale il "processo di budgeting" nell'ambito del sistema di programmazione e controllo di gestione, per la verifica della produttività delle strutture sulla base degli obiettivi assegnati ai corrispondenti Centri di Responsabilità (CdR).

Tuttavia, esso non è più sufficiente di per sé, a rendere conto dei necessari collegamenti logici con il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale previsto dal cosiddetto decreto "Brunetta" (D.Lgs. n. 150/2009).

Il nuovo sistema dovrà centrarsi sulla misurazione e valutazione della performance organizzativa, indicando ogni raccordo logico per l'allineamento con il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale, attraverso una chiara individuazione di obiettivi e relativi indicatori, con conseguente outcome (risultato atteso) e target (valore desiderato).

Tutto ciò ha una evidente e particolare rifluenza nell'attività della dirigenza (e non solo), chiamata a dare effettività alle previsioni citate in precedenza.

Il percorso tracciato assume comunque un aspetto "a cascata" nell'attribuzione degli obiettivi operativi, e consente di collegare la valutazione della performance organizzativa alla performance individuale, secondo i principi di coerenza e di responsabilità.

Il processo di valutazione (definizione degli obiettivi individuali - assegnazione del peso relativo a ciascuna area - misurazione del risultato - valutazione della performance con assegnazione ad una fascia di merito) viene documentato attraverso la compilazione di apposite schede per la valutazione.

La valutazione della performance organizzativa annuale si conclude con la verifica, da parte dell'O.I.V., dei risultati raggiunti dalle UU.OO. assegnatarie di budget e con la conseguente attribuzione alle stesse di un punteggio di performance organizzativa, espresso in percentuale.

Il punteggio percentuale attribuito indica la quota di fondo premiale effettivamente maturata dai dipendenti dell'U.O. assegnataria di budget.

8 - IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE

8.1 - Fasi, soggetti e tempi di processo di redazione del Piano

La redazione del Piano della performance si inserisce nel contesto del più complessivo processo di pianificazione strategica e di programmazione operativa dell'Azienda.

Il punto di partenza del Piano è costituito dagli indirizzi di programmazione emanati dalla Regione Siciliana (POCS), dagli obiettivi individuati ed assegnati alla Direzione Generale, dai progetti obiettivi PSN assegnati all'ASP di Siracusa e dalle linee guida relative al ciclo di gestione.

La Direzione Generale, in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale, definisce le proprie linee strategiche che vengono contestualizzate nel Piano della performance che riporta altresì i piani e gli obiettivi strategici ed operativi che, insieme agli indicatori e gli standard, vengono assegnati ai dirigenti titolari di centri di responsabilità attraverso un processo di concertazione.

Il Piano prevede il coinvolgimento delle seguenti funzioni:

- Direzione Aziendale

- Indirizzo strategico gestionale
- Verifica risultati.

- Organismo Indipendente di Valutazione

- Controllo ciclo di gestione della performance;
- Valutazione direttori di Dipartimento;
- Valutazione di seconda istanza dei dipendenti.

- Dirigenti con incarico di struttura

- Valutazione di prima istanza dei dipendenti.

- U.O. Pianificazione e U.O.S. Controllo di gestione

- Programmazione, budgeting e rendicontazione.

8.2 - Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

La coerenza dei contenuti del Piano della performance con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio va realizzata attraverso la confluenza dei percorsi annuali di programmazione delle attività e di definizione del bilancio di previsione al fine di consentire la congruenza tra le risorse disponibili e le azioni da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello aziendale o di singola struttura.

8.3 - Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

Il Ciclo di gestione della performance prevede l'integrazione di flussi informativi, linee di indirizzo regionali e ministeriali, esigenze prioritarie legate al contesto locale.

L'implementazione del sistema della performance potrà pertanto richiedere l'aggiornamento delle strategie e degli obiettivi proposti e l'apporto di eventuali correttivi al Piano.

Il processo legato al ciclo della performance descritto è inoltre passibile di miglioramento in collaborazione con l'Organismo Indipendente di Valutazione, con conseguente possibilità di un riesame complessivo del Piano al fine della messa a punto di attività e strumenti utili al miglioramento dello stesso.

9 - PROCESSO PER LA MISURAZIONE E VALUTAZIONE ANNUALE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE

9.1 - *Principi e strumenti del processo*

Per la valutazione annuale della performance organizzativa ed individuale l'Azienda si è dotata di un regolamento ove è previsto un processo per organizzare in modo efficace ed efficiente il complesso delle attività finalizzate a realizzare il ciclo di gestione della performance.

L'Azienda, ai sensi dell'art. 10 del D.lgs. 150/2009, e del Decreto dell'Assessore alla Salute Regione Sicilia del 26/9/2011, ai fini di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, redige annualmente i seguenti documenti:

- a) Documento programmatico triennale, piano della performance da adottare in coerenza con i contenuti del ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di periodo e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;
- b) Un documento, denominato "Relazione sulla performance" che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.

9.2 - *Processo*

L'Azienda, ai fini della Misurazione e valutazione della Performance, ha adottato un documento con le procedure relative a:

- Predisposizione del Piano della performance;
- Ciclo di gestione della performance;
- Predisposizione della Relazione sulla performance.

9.3 - Definizione di Piano della performance

Il Piano della Performance è un documento programmatico triennale, da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione economico - finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori. Esso è redatto anche in conformità agli atti di programmazione emanati dalla Regione e dallo Stato (Piano sanitario nazionale e Piano sanitario regionale) e tenendo conto anche delle indicazioni normative avente ad oggetto la pianificazione e l'evoluzione del sistema sanitario.

9.4 - I soggetti del processo di formulazione del Piano della performance

Il processo di formulazione del piano aziendale prevede il coinvolgimento della Direzione Aziendale, dei Dipartimenti Sanitari ed Amministrativi.

1. La Direzione Aziendale recepisce gli indirizzi della Regione in merito ai programmi di sviluppo del sistema di offerta di servizi sanitari ed alle risorse economico-finanziarie a disposizione dell'Azienda e definisce gli obiettivi strategici aziendali. Sulla base degli obiettivi e delle risorse, la Direzione Sanitaria e la Direzione Amministrativa, congiuntamente, predispongono il Piano della Performance.
2. I Dipartimenti sanitari e i Distretti Ospedalieri partecipano alla stesura del Piano della performance fornendo indicazioni circa gli obiettivi triennali da perseguire in riferimento agli specifici livelli di assistenza e alle strutture interne.
3. I Dipartimenti amministrativi curano, in particolare, le dinamiche del personale, il programma pluriennale degli investimenti e la quantificazione finanziaria ed economica utile per la realizzazione dei programmi e dei progetti.
4. Il Controllo di gestione supporta il processo di programmazione e l'interazione tra gli attori sopra indicati.
5. L'O.I.V. garantisce l'obiettività e l'accuratezza metodologica di tale processo.

9.5 - Il processo di definizione del Piano della performance

Il processo di definizione del Piano segue cinque fasi logiche:

Definizione dell'identità dell'organizzazione;

Analisi del contesto esterno ed interno;

Definizione degli obiettivi strategici e delle strategie;

Definizione degli obiettivi operativi;

Comunicazione del Piano all'interno e all'esterno.

Definizione dell'identità

In questa fase i Responsabili dei Distretti Ospedalieri e dei Dipartimenti hanno il compito di rilevare in modo puntuale i dati quantitativi relativi al proprio settori di attività, riferiti all'esercizio precedente a quello di riferimento del Piano. I dati devono essere rappresentati sinteticamente in prospetti condivisi con chi elabora il documento.

Analisi del contesto esterno ed interno

In questa fase i Responsabili dei Distretti Ospedalieri e dei Dipartimenti devono predisporre una scheda sintetica nella quale evidenziare gli elementi (piani, direttive, etc.) che incidono sulla propria attività e i dati quantitativi o indicatori che consentano di valutare il posizionamento dell'azienda rispetto al contesto esterno regionale/nazionale nonché le criticità principali.

Definizione degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi

Sulla base dell'analisi del contesto e delle criticità e tenendo conto degli indirizzi regionali, i Responsabili dei Distretti Ospedalieri e dei Dipartimenti insieme alla Direzione Sanitaria o Amministrativa (a seconda dell'area di competenza) devono definire gli obiettivi strategici da perseguire nel triennio futuro.

Per ogni obiettivo strategico i suddetti attori predispongono una scheda in cui riportare gli obiettivi annuali da realizzare, l'indicatore e il valore atteso nel triennio, completo di una breve sintesi della finalità dell'attività.

Adozione e comunicazione del Piano all'interno e all'esterno

L'Azienda adotta il Piano della performance entro il 31 gennaio e successivamente provvede a pubblicare sul sito aziendale istituzionale il Piano.

Di seguito si riportano le fasi del processo seguito per la predisposizione del documento e i soggetti coinvolti.

9.6 - Il processo di definizione del Piano della performance

Il Ciclo di gestione della performance si articola nelle seguenti fasi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Definizione e assegnazione degli obiettivi

Le funzioni di indirizzo e di decisioni strategiche, sono di competenza della Direzione aziendale; le funzioni di gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa sono attribuite ai Dirigenti apicali. Ad essi è riconosciuta autonomia gestionale ed operativa, a cui è collegata una diretta responsabilità dei risultati raggiunti, valutati in relazione alle risorse impiegate. Questo principio si attua attraverso il ciclo della performance di seguito indicato.

I piani di medio lungo periodo si traducono in obiettivi annuali negoziati e attribuiti ai Dipartimenti e Strutture apicali e declinati in obiettivi operativi per i Dirigenti delle Strutture attraverso i piani di azione correlati ad ogni obiettivo.

Gli obiettivi possono essere di tipo economico, operativo e di qualità e sono misurati da indicatori capaci di esprimerne il grado di raggiungimento in modo oggettivo.

La responsabilità nel raggiungimento di un obiettivo può essere assegnata ad una struttura organizzativa o a più strutture organizzative, qualora per il raggiungimento sia necessaria un'attività trasversale a più Strutture. In questo caso la Direzione Aziendale individua il Gruppo di lavoro in funzione del coinvolgimento delle strutture ed individua un Coordinatore a cui viene affidato il compito di definire il Piano di azione e di rapportarsi con la Direzione aziendale per le attività di monitoraggio periodico e finale.

I soggetti del processo di budget

I soggetti coinvolti nel Processo di Budget sono i seguenti:

- Direzione Aziendale;
- Comitato Budget;
- Controllo di gestione;
- Pianificazione
- Centri di Responsabilità.

1) La **Direzione Aziendale** comprende la Direzione Generale, Sanitaria ed Amministrativa e rappresenta il vertice strategico dal quale prende avvio il processo di programmazione. Essa è responsabile della qualità degli indirizzi di riferimento per la predisposizione del Budget, nonché della tempestività della loro emanazione ed ha un ruolo decisivo nell'impostazione dell'intero processo.

Nell'ambito del Processo di Budget, la Direzione Aziendale:

- > insedia formalmente il Comitato Budget con atto deliberativo;
- > traduce in obiettivi aziendali gli indirizzi di politica sanitaria ed economica regionale e quelli della pianificazione strategica aziendale, attraverso la definizione delle linee di programmazione;
- > formula pareri e osservazioni sui contenuti del Budget Aziendale, del Bilancio di Previsione e sugli esiti del processo di confronto tra l'Azienda e la Regione;
- > analizza e formula pareri rispetto ai documenti di programmazione che vengono posti alla sua attenzione durante le diverse fasi del Processo di Budget;
- > approva i Budget dei Centri di Responsabilità, il Budget Aziendale complessivo e il Bilancio di Previsione;
- > approva variazioni ai Budget dei Centri di Responsabilità eventualmente necessarie in corso d'esercizio;

2) Il **Comitato di Budget** è così composto:

- > Direttore Amministrativo con funzioni di Coordinatore
- > Direttore Sanitario
- > Un Direttore di U.O.C. o capo Dipartimento
- > Resp. del Controllo di Gestione
- > Resp. Pianificazione
- > Resp. U.O.C. Sistemi Informatici SIFA
- > Segretario individuato dal Coordinatore a supporto dell'istruttoria

FUNZIONI COMITATO DI BUDGET

Nell'ambito del Processo di Budget il Comitato di Budget svolge attività di supporto alla Direzione Aziendale nelle fasi di Programmazione Annuale, nelle diverse fasi del Processo di Budget, dell'istruttoria della valutazione e propone, attraverso il Coordinatore, il Calendario di negoziazione; si avvale dei responsabili delle verifiche e dei processi.

Negozia gli obiettivi con i Direttori di Dipartimento e/o U.O.C. ed a seguito di tale negoziazione propone imedesimi al Direttore Generale che li assegna formalmente.

- 3 Il **Controllo di Gestione** prende parte attiva nel Processo di Budget del quale cura l'intera istruttoria, divenendo anche elemento di collegamento tra gli attori del processo.

Nell'ambito del Processo di Budget, il Controllo di Gestione:

- > supporta l'elaborazione e/o coordinamento dei singoli prospetti che compongono la struttura contabile dei Budget;
- > supporta il monitoraggio del processo di formazione del Budget Aziendale;
- > a seguito della definizione degli indirizzi annuali di Budget da parte della Direzione Aziendale, la supporta nella implementazione dei medesimi;
- > supporta la Direzione Aziendale nelle attività di monitoraggio, analisi e valutazione sul raggiungimento degli obiettivi economici;
- > supporta la Direzione Aziendale nella formulazione di modifiche e variazioni al Budget eventualmente necessarie in corso d'esercizio;
- > si interfaccia con l'Organismo Indipendente di Valutazione per la parte di sua competenza

4) **U.O.S. Pianificazione.**

Supporta la Direzione Aziendale nella formulazione delle proposte di obiettivi, da parte della Direzione medesima, per singolo Centro di Responsabilità e li formalizza attraverso la predisposizione delle Schede Obiettivi;

- 5) **Centri di Responsabilità** individuati nei dipartimenti, nelle UOC e UOSD rappresentano le strutture Aziendali con titolarità di Budget e sono direttamente responsabili rispetto ai risultati raggiunti ed alle risorse impiegate. Essi costituiscono articolazioni organizzative, generalmente di tipo complesso, con assegnazione di Budget.

I Centri di Responsabilità partecipano al processo di Budget tramite i Direttori di Struttura gli stessi negoziano si confrontano sulle attività di seguito riportate:

- > proporre obiettivi ad integrazione di quelli proposti dal Comitato Budget;
- > negoziare gli obiettivi proposti dal Comitato di Budget;
- > formulare commenti e pareri sul proprio Budget;
- > richiedere una negoziazione ulteriore qualora dissentano dagli esiti del primo incontro;
- > elaborare proposte, pareri e critiche in riferimento agli obiettivi assegnati,

1.3 FASI DEL PROCESSO DI BUDGET

1.3.1 Fasi e Tempi del Processo di Budget

Il Processo di Budget comprende l'insieme delle regole aziendali che definiscono, in modo esplicito e trasparente, quali passaggi devono essere compiuti per giungere alla formalizzazione degli obiettivi.

Fasi e tempi del Processo di Budget

	TEMPISTICA	DESCRIZIONE
FASE 1	30 settembre anno n	<i>Determinazione degli indirizzi programmatici e trasmissione ai Centri di Responsabilità</i>
FASE 2	30 settembre anno n	<i>Elaborazione delle Schede di Budget (Budget della Produzione, delle Risorse e dei Consumi) e Budget Operativo Aziendale e predisposizione della determina di adozione</i>
FASE 3	30 ottobre anno n	<i>Assegnazione obiettivi e correlati indicatori e target per Centri di Responsabilità</i>
FASE 4	30 ottobre anno n	<i>Analisi dei dati preliminare agli incontri negoziali e definizione calendario di negoziazione</i>
FASE 5	30 novembre anno n	<i>Negoziazione degli obiettivi</i>
FASE 6	31 dicembre anno n	<i>Approvazione del Budget Aziendale e degli Obiettivi assegnati ai Centri di Responsabilità</i>
FASE 7	il 30 aprile, 30 luglio e 31 ottobre dell'anno n+1	<i>Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi</i>
FASE 8	31 maggio dell'anno n+2	<i>Monitoraggio consuntivo del grado di raggiungimento degli obiettivi</i>

La Scheda di Budget di tipo quantitativo viene accompagnata da una Scheda Obiettivi, la quale definisce le categorie di obiettivi anche in relazione a quanto disposto dalla mission aziendale e per ciascuna di esse vengono predisposti uno o più obiettivi specifici, a ciascuno dei quali è correlato il risultato dell'anno precedente, le azioni da porre in essere, il risultato atteso, il risultato raggiunto, gli strumenti probatori di verifica, percentuale di raggiungimento degli obiettivi, il peso dell'obiettivo, il punteggio ed il responsabile della verifica.

Il peso/punteggio dei singoli obiettivi sono differenziati secondo la rilevanza di ciascun obiettivo. In particolare, gli obiettivi vengono ponderati in ragione dei seguenti fattori di valutazione:

importanza dell'obiettivo nell'ambito della programmazione dell'Azienda;

grado di complessità tecnica organizzativa;

rilevanza sotto l'aspetto economico e finanziario;

innovatività e miglioramento di efficacia, efficienza e qualità. Gli obiettivi concordati in sede di budget saranno trasmessi all'Organismo Indipendente di Valutazione ai fini del monitoraggio del processo.

Fase 4 ~ Analisi dei dati preliminare agli incontri negoziali e definizione calendario di negoziazione (entro il 30 ottobre anno n)

All'elaborazione delle schede di budget segue una fase di analisi delle stesse, che è preliminare agli incontri negoziati. Tale fase si caratterizza per la interdisciplinarietà in quanto vede la partecipazione attiva di tutti i componenti del Comitato di Budget e, all'occorrenza, dei referenti di uffici con competenze correlate agli obiettivi specifici (ad esempio UOC Farmacia per obiettivi relativi ai consumi di farmaci e dispositivi). Si tratta di un momento di confronto e di analisi dei dati di costo e di ricavo, di consumo e di produzione, che consente di evidenziare le cause degli stessi e di eventuali scostamenti dall'andamento prevedibile.

Fase 5 - Negoziazione degli obiettivi dopo la preventiva assegnazione da parte della Direzione aziendale (entro il 30 novembre anno n)

Gli obiettivi sono negoziati annualmente tra il Comitato di Budget ed i Direttori di Dipartimento e, quindi, successivamente vengono trasmessi ai Direttori/Responsabili di UOC e UOSD ed a tutto il personale con un processo a cascata.

Fase 6 - Approvazione del Budget Aziendale e degli Obiettivi assegnati ai Centri di Responsabilità (entro il 31 dicembre anno n)

La Direzione Aziendale approva il Budget Aziendale e gli Obiettivi assegnati ai Centri di Responsabilità e li trasmette per il tramite dei Direttori di Dipartimento ai Centri di responsabilità nonché all'Organismo Indipendente di Valutazione.

Inoltre, il Budget Aziendale definitivo viene inviato dalla Direzione Aziendale e all' UOC Gestione Risorse Economico - Finanziarie per la predisposizione del bilancio di previsione. Quest'ultimo

predispone il bilancio pluriennale di previsione, il piano pluriennale degli investimenti e il budget finanziario, dopodiché inserisce i valori del bilancio di previsione e convalida gli impegni di spesa per le singole voci del piano dei conti nel sistema informativo, emettendo in automatico un codice di autorizzazione per singolo impegno di spesa.

Fase 7 - Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi (entro il 30 aprile, 30 luglio e 31 ottobre dell'anno n+1)

Ai fine di favorire il raggiungimento degli obiettivi di budget, trimestralmente, compatibilmente con le adeguate risorse umane e tecnologiche all'uopo individuate, il Controllo di Gestione procede all'analisi dei dati gestionali e alla verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi. Le risultanze delle analisi confluiscono in un report gestionale (Scheda monitoraggio Obiettivi) trasmesso ai Centri di Responsabilità, allo scopo di rendere noti eventuali scostamenti e per consentire l'adozione di eventuali provvedimenti e azioni correttive da intraprendere.

La Direzione Aziendale sostiene il processo e procede all'eventuale revisione degli obiettivi qualora quanto negoziato, alla luce dei risultati infra-annuali, non sia più effettivamente realizzabile. A tal fine verrà fissato, eventualmente, un incontro tra il Comitato di Budget ed il Direttore di Dipartimento interessato per discutere dei risultati relativi al primo semestre.

Nell'ipotesi in cui, durante l'esercizio di riferimento, si dovesse verificare una differenza tra risultati effettivi ed attesi, dovuta a cause esterne e non governabili dai singoli Responsabili dei Centri di Responsabilità e/o dall'Azienda, si renderà necessario attivare una fase di revisione degli obiettivi.

La modifica degli obiettivi di budget potrà avvenire in alternativa nei seguenti modi:

1. su iniziativa della Direzione Aziendale qualora, nell'ambito delle proprie funzioni di controllo, monitoraggio e verifica dei risultati infrannuali, dovessero rilevarsi differenze significative tra obiettivi e risultati effettivi;
2. su proposta motivata dei Direttori/Responsabili di UOC e UOSD per il tramite dei Direttori di Dipartimento, con comunicazione al Controllo di Gestione, al fine di attivare il processo di revisione con la Direzione Aziendale tramite il Comitato di Budget.

Fase 8 - Monitoraggio consuntivo del grado di raggiungimento degli obiettivi (entro il 31 maggio dell'anno n+2)

La Scheda di monitoraggio consuntiva relativa all'intero anno di riferimento del budget (anno n+1), riportante la percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati al Centro di Responsabilità, viene redatta dal Controllo di Gestione sulla base dei dati provenienti dai Responsabili della verifica individuati nella scheda stessa e trasmessa alla Direzione Aziendale e all'Organismo Indipendente di Valutazione per le sue eventuali considerazioni.

Il Comitato di Budget trasmette la Scheda di monitoraggio consuntiva al Responsabile del Centro di Responsabilità indicando il termine entro il quale è possibile trasmettere controdeduzioni.

Eventuali controdeduzioni vengono esaminate dal Comitato di Budget e dall'Organismo Indipendente di Valutazione. Quest'ultimo, valida la regolarità del processo di valutazione e se lo ritiene può suggerire al Comitato di Budget con nota scritta e motivata di rivedere le percentuali assegnate.

All'esito dell'esame da parte del Comitato di Budget viene determinata la percentuale totale di raggiungimento degli obiettivi del Centro di Responsabilità che rappresenta per la valutazione della performance organizzativa del personale afferente al Centro di Responsabilità. Tale valutazione viene riportata nell'atto dispositivo del Direttore Generale per i successivi adempimenti amministrativi contabili.

A seguito dell'approvazione delle Schede di monitoraggio consuntive (Allegato 1) e delle percentuali di raggiungimento degli obiettivi ivi indicate, le schede vengono trasmesse con nota circolare a firma del Direttore Generale per il tramite dei Direttori di Dipartimento ai Centri di Responsabilità e all'Organismo Indipendente di Valutazione.

L'implementazione delle diverse fasi del Processo di Budget è subordinata all'evoluzione dei sistemi informativi aziendali, in particolare della Contabilità Analitica, del Controllo di gestione e loro adeguamento alle variazioni della struttura organizzativa previste dalla normativa regionale e nazionale.

L'implementazione della Contabilità Analitica e la coerenza con la contabilità economico patrimoniale sono di competenza dell'Economico patrimoniale, mentre la tenuta dei centri di costo, la veicolazione

dell'alimentazione dei flussi degli stessi sono a carico del controllo *di* gestione

1.3.2 Metodologia monitoraggio raggiungimento obiettivi e scheda monitoraggio obiettivi

La Scheda monitoraggio obiettivi impiegata per determinare, sia in itinere che al termine dell'anno di riferimento del budget (anno n+1), la percentuale di raggiungimento degli obiettivi è costruita in modo da integrare le informazioni già inserite nella Scheda Obiettivi con quelle relative a:

- risultato realizzato nel periodo di riferimento
- % di raggiungimento del singolo obiettivo / punteggio

Il raggiungimento degli obiettivi e, quindi, la performance viene determinata proporzionalmente alla complessità (peso) degli obiettivi assegnati, secondo la seguente metodologia:

- determinazione della percentuale di raggiungimento di ogni singolo obiettivo rispetto al risultato prefissato;
determinazione del punteggio realizzato rispetto al peso assegnato ad ogni obiettivo - (% raggiungimento obiettivo * peso singolo obiettivo). Il punteggio può essere espresso in termini percentuali;

- determinazione della percentuale di raggiungimento totale degli obiettivi = sommatoria dei punteggi realizzati in relazione ad ogni obiettivo.

I documenti di programmazione e modulistica

I documenti su cui si fonda il processo del ciclo di gestione della performance sono le schede degli obiettivi ed i piani di azione.

Le schede degli obiettivi costituiscono i documenti con cui la Direzione Aziendale formalizza l'assegnazione degli obiettivi ed i relativi indicatori da perseguire in un definito periodo (solitamente l'anno), facendole sottoscrivere alle strutture individuate.

I piani di azione sono i documenti mediante i quali ciascuna struttura organizzativa pianifica, insieme alle articolazioni aziendali coinvolte, le attività da effettuare per il raggiungimento di ciascun obiettivo, individua i soggetti responsabili coinvolti nel suo conseguimento e fissa le scadenze per ciascuna delle azioni individuate. Il Piano di azione predisposto a livello di U.O. è lo strumento con il quale vengono definiti gli obiettivi operativi dei Dirigenti e viene monitorato il raggiungimento dell'obiettivo mediante verifiche periodiche nel corso dell'anno, per consentire l'attuazione di provvedimenti correttivi appropriati e tempestivi, qualora si rendesse necessaria una revisione dell'obiettivo assegnato.

Scheda obiettivo

ASP Siracusa	Budget del periodo: _____ Responsabile: dr. _____				
OBIETTIVI	indicatori				
	descrizione	u. m.	Valore consumivo	Valore atteso	valore raggiunto
note:					

Piano di Azione

ASP Siracusa		Budget del periodo: Aggiornato al: (1)			
		Responsabile: dr. Obiettivo: (2)			
PIANO DI AZIONE					
FASE (3)	Risultato atteso (4)	Responsabile (5)	Data scadenza (5)		
			Prevista	Aggiornata	Effettiva
1)					
2)					
3)					
4)					
Note:					

LEGENDA:

- 1) indicare la data di redazione del piano.
- 2) riportare la definizione esatta dell'obiettivo come da scheda – obiettivi.
- 3) descrivere sinteticamente le principali azioni suddivise per fase.
- 4) indicare un risultato misurabile (es. documento da produrre, un indicatore specifico ecc.).