


**REGIONE SICILIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
SIRACUSA
DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

N° 109

Data 27 GEN 2021

OGGETTO: ADOZIONE RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2021-2023

<p>Dimostrazione della compatibilità economica</p> <p>Bilancio 2021</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 per il presente atto, pari ad € _____</p> <p>Disponibilità residua</p> <p>di budget € _____</p> <p>Spesa autorizzata</p> <p>Il Responsabile della U.O.C.</p> <p>Economico Patrimoniale</p>	<p>Staff direzione Generale</p> <p>Proposta n. <u>2</u> del <u>27 GEN 2021</u></p> <p>Struttura Tecnica Permanente</p> <p>Dr. Sebastiano Vitale</p> <p></p>
<p>Impegno registrato U.O.C. Economico Patrimoniale</p> <p>In data _____</p> <p>Non comporta impegno di spesa x</p> <p>Fondi vincolati</p> <p>Fondi PSN <input type="checkbox"/></p> <p>Fondi PO FESR <input type="checkbox"/></p> <p>Preso in carico dalla Segreteria della Direzione Generale in data _____</p>	

Addì 27 GEN 2021, nei locali della sede legale dell'Azienda, siti in C.so Gelone 17 – Siracusa – il Direttore Generale, Dott. Salvatore Lucio Ficarra, giusto D.P. n. 193/Serv.1/SG del 04/04/2019, coadiuvato dal Dr Salvatore Iacolino, Direttore Amministrativo, e dal Dr Salvatore Madonia, Direttore Sanitario nonché con l'assistenza della Dr.ssa Carmela Linda Di Giorgio con funzioni di segretario, ha adottato la seguente delibera sulla base della proposta di seguito riportata

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa
Dott. Salvatore Lucio Ficarra

VISTO il D.lgs n. 502/92 e s.m.i,

VISTO il D.lgs n. 517/93,

VISTA la L.R. n.5/2009,

VISTO l'Atto aziendale adottato con delibera n. 396 del 2/5/2017 e approvato con Decreto Assessoriale n° 1078 del 29/5/2017

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;

Preso atto delle linee guida n. 1/2017 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica "Linee guida per il piano della performance" Ministeri;

Preso atto, altresì delle linee guida n. 4/2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica "Linee guida sulla valutazione partecipativa delle amministrazioni pubbliche" contenenti direttive da prevedere in fase di stesura del piano della performance sul ruolo dei cittadini e stakeholders;

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;

Preso atto che l'Assessorato Regionale della Salute ha provveduto, per l'anno 2019-2020 ad assegnare gli obiettivi ai Direttori Generali delle ASP e fra cui n. 3 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 e che allo stato attuale non sono stati aggiornati e pertanto si intendono confermati;

Vista la delibera n. 96 del 29/01/2020 con la quale questa ASP ha adottato il Piano della Performance 2020-2022;

Rilevato l'obbligo annuale di ottemperare al punto a) del D.A. 01821/11 del 2679/2011 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, 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 la proposta di *piano della performance 2021-2023* 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, nonché delle linee guida n. 1/17 e n. 4/2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri;

Riservarsi di apportare eventuali variazioni durante l'esercizio finanziario in relazione agli obiettivi annuali ed agli indicatori previsti nella proposta di Piano della Performance Triennale, qualora le stesse si rendessero necessarie in esito alle mutate esigenze dell'emergenza COVID – 19, o all'assegnazione di nuovi obiettivi alla D.G. dell'ASP, nonché a seguito del 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 2021-2023 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 di cui al Piano punto 1) 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 finanziario in relazione 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
Dott. Salvatore Iacolino

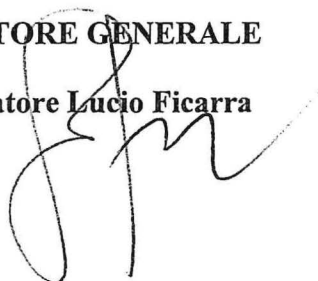


Il Direttore Sanitario
Dott. Salvatore Madonia



IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Salvatore Lucio Ficarra



Il segretario verbalizzante
(Dott.ssa Carmela Linda Di Giorgio)



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 e per gli effetti dell'art.53 della L.R. n.30/93 smi e successive modificazioni dal giorno 31 GEN 2021 al giorno 14 FEB 2021

IL RESPONSABILE SEGRETERIA DELIBERE
(Dott.ssa Carmela Linda Di Giorgio)

Siracusa, _____

La presente deliberazione è stata notificata al Collegio Sindacale in data 01 FEB. 2021 con nota prot. n° 3088/PG

(Dott.ssa Carmela Linda Di Giorgio)

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.r. n. 5/09 smi trasmessa in data _____ con nota prot. n. _____

SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato l'approvazione con provvedimento n. _____ del _____
- Ha pronunciato l'annullamento con provvedimento n. _____ del _____
come da allegato.

Deliberazione divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall' art. 16 della L.r. n. 5/2009 dal _____

DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L.r. n. 25/93, sostituito dall' art. 53 della L.R. n. 30/93 e s.m. ed i., per decorrenza del termine di gg. 10 di pubblicazione all' albo on line dell'Azienda dal _____ al _____
- Immediatamente esecutiva dal _____
Siracusa,

IL RESPONSABILE SEGRETERIA DELIBERE
(Dott.ssa Carmela Linda Di Giorgio)

REVOCA/ANNULLAMENTO/ MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. _____ del _____
- Modifica con provvedimento n. _____ del _____

IL RESPONSABILE SEGRETERIA DELIBERE
(Dott.ssa Carmela Linda Di Giorgio)

La presente deliberazione E' COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE PER USO AMMINISTRATIVO

Siracusa, _____

IL RESPONSABILE SEGRETERIA DELIBERE
(dott.ssa Carmela Linda Di Giorgio)




Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
SIRACUSA

PIANO DELLA PERFORMANCE
Triennio 2021 - 2023



IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. SALVATORE MADONIA



IL DIRETTORE MMINISTRATIVO
Dott. SALVATORE IACOLINO



IL DIRETTORE GENERALE
Dott. SALVATORE LUCIO FICARRA

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO

Nell'introdurre il Piano della Performance 2021/2023 appare opportuno richiamare l'impatto del Covid-19 che la situazione di limitata operatività dell'intero paese, nella gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, ha avuto ed avrà nell'anno in corso sulle attività di ricovero e cura e sulla erogazione di tutti i servizi sanitari territoriali, una rilevante incidenza.

Questo nuovo e straordinario stato, che stiamo vivendo, ha imposto alle Aziende Sanitarie, per far fronte all'emergenza, una comune presa di responsabilità e l'avvio di una lunga fase caratterizzata da continue revisioni e rimodulazioni dell'organizzazione del lavoro.

Nelle attuali condizioni non è prevedibile la durata della pandemia in corso, con difficoltà di predisporre un piano che abbia le caratteristiche di programmazione certa e duratura.

La prima fase finalizzata al contrasto della pandemia iniziata a marzo/aprile 2020 ha reso necessaria la rapida implementazione di una serie di interventi di riorganizzazione dell'assetto dell'ASP, nonché all'acquisizione in urgenza di dispositivi, personale, beni e servizi necessari per assicurare tale mutata realtà sanitaria.

Il 2021 è iniziato con l'attivazione del piano vaccinale straordinario. Al momento della stesura del piano l'Azienda ha provveduto alla vaccinazione degli operatori maggiormente esposti al contagio, successivamente in base alle categorie con più o meno priorità, continuerà l'attività di vaccinazione per tutta la popolazione.

L'articolo 10) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n°150, come modificato con Dlgs 74/2017 di seguito indicheremo come decreto, prevede l'adozione del Piano della performance al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

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.

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

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 indirizzi strategici (art. 5, comma 1 del decreto legislativo 74/2017) sono stati programmati su base triennale e definiti, prima dell'inizio del relativo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo, in continuità con i propri obiettivi contenuti nel piano della performance 2021-2023, tenendo conto dei risultati raggiunti nel 2020, e si configura come strumento che, all'interno del ciclo della performance, può contribuire a:

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

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Salvatore Lucio Ficarra



Indice

1. Presentazione del Piano	Pag. 1
Indice	Pag. 3
2. Sintesi delle informazioni di interesse per il cittadino e gli stakeholder esterni	Pag. 4
2.1 Chi siamo	Pag. 4
2.2 Cosa facciamo	Pag. 4
2.3 Come operiamo	Pag. 5
3. Identità	Pag. 7
3.1 L'amministrazione "in cifre"	Pag. 7
3.2 Mandato istituzionale e missione	Pag. 11
3.3 Albero della performance	Pag. 13
4. Analisi del contesto	Pag. 14
4.1 Analisi del contesto esterno	Pag. 16
4.2 Analisi del contesto interno	Pag. 18
5. Gli obiettivi strategici	Pag. 20
5.1 Gli obiettivi contrattuali generali	Pag. 21
6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi individuali	Pag. 33
7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione delle performance	Pag. 36
7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano	Pag. 36
7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	Pag. 52
7.3 Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione della performance	Pag. 53
7.4 Valutazione partecipativa degli stakeholders nel processo di misurazione della performance organizzativa	Pag. 53
8. Integrazione del piano della performance con il piano triennale prevenzione, corruzione trasparenza (PTPCT)	Pag. 60

Allegati

• Organigramma	Pag. 66
• Fac-simile scheda obiettivo	Pag. 67
• Fac-simile piano azione	Pag. 68



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 mediante Atto Aziendale approvato con delibera n° 1006 del 30/12/2019 approvato con Decreto Assessoriale n. 163/2020.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa ha come bacino di utenza la popolazione residente nella provincia di Siracusa costituita da circa 400.000 abitanti (al 31/12/2019), distribuiti su un territorio di 2.190 km² che comprende 21 Comuni, divisi in 4 distretti sanitari.

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, mediante il proprio Atto Aziendale, approvato con deliberato n° 1006 del 30/12/2019, approvato con Decreto Assessoriale n. 163/2020 ha individuato la struttura organizzativa aziendale e le competenze, proprie o delegate, attribuite ai Direttori di Dipartimento ed agli altri Direttori di struttura complessa.

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.

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.



3. IDENTITÀ

3.1 - L'Amministrazione in cifre

L'Atto Aziendale individua i seguenti dipartimenti:

- **1 Dipartimenti strutturali**

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Prevenzione Veterinario
- Dipartimento Salute Mentale

- **2 Dipartimenti funzionali:**

- **A) Ambito Territoriale**

- Dipartimento dell'assistenza distrettuale e Integrazione socio-sanitaria
- Dipartimento trans-murale della Ospedalità e della Farmaceutica

- **B) Ambito Ospedaliero**

- Dipartimento dell'Area Chirurgica
- Dipartimento dell'Area Medica
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento dell'Emergenza
- Dipartimento Oncologico
- Dipartimento dei Servizi Area Radiologica
- Dipartimento dei Servizi e dell'Area Igienico Organizzativa
- Dipartimento Amministrativo

Per il dettaglio delle strutture organizzative complesse e semplici ricadenti ai dipartimenti si rimanda allo scheletro organizzativo dell'atto aziendale (organigramma all. n. 1)



Per il perseguimento delle finalità istituzionali l'ASP di Siracusa possiede una dotazione di 2.828 dipendenti, distribuita secondo i ruoli e i profili professionali riportati nella successiva tabella:

DESCRIZIONE	RUOLO SANITARIO		RUOLO TECNICO		RUOLO AMMINISTR.		RUOLO PROFESS.		TOTALE	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Assistenza ospedaliera	1507	1529	138	122	59	56	2	2	1706	1709
Assistenza territoriale	179	170	31	29	96	85	0	0	306	284
Dipartimento Salute Mentale	138	134	36	29	7	7	0	0	181	170
Assistenza collettiva	256	188	22	29	53	56	0	0	331	273
Strutture centrali	148	195	62	57	155	135	0	0	365	392
TOTALE	2228	2216	289	266	370	339	2	2	2889	2828

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'allocazione 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: ca 300.000		
<i>Presidio Ospedaliero</i>	<i>PP.LL. per acuti</i>	<i>PP.LL. post acuti</i>
Umberto I - Siracusa	337	26
Avola - Noto	145	44
Totale	482	70

Distretto Ospedaliero SR2		
Residenti: ca 100.000		
<i>Presidio Ospedaliero</i>	<i>PP.LL. per acuti</i>	<i>PP.LL. post acuti</i>
Lentini	108	24
Augusta	89	22
Totale	197	46

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 I°	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 1.709 unità, suddiviso come segue:

Presidio Ospedaliero	RUOLO SANITARIO	RUOLO TECNICO	RUOLO AMMINISTR.	RUOLO PROFESS.	TOTALE
Umberto I - Siracusa	718	49	9	1	777
Di Maria - Avola	242	18	21	0	281
Trigona - Noto	105	21	8	0	134
Muscatello - Augusta	155	12	11	1	179
Generale - Lentini	309	22	7	0	338
TOTALE	1529	122	56	2	1709

PRINCIPALI ATTIVITA' OSPEDALIERE

I dati definitivi relativi a ricoveri ordinari e Day Hospital saranno resi pubblici a metà febbraio, tenuto conto della relatività degli indici da relazionare al periodo di pandemia dovuto al Covid 19, che ha influenzato l'andamento delle attività e delle funzionalità dei reparti.

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 2020, hanno garantito circa 17.900 ricoveri ordinari, che rappresenta il 50% della potenzialità che l'Ente potrebbe erogare. Come già specificato, il notevole calo di ricoveri ordinari è da relazionare alla pandemia dovuta al Covid-19 durante l'anno d e che, al momento della redazione del presente piano, è nella sua massima incidenza.

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 2020, hanno erogato circa 3.200 DH. Per la valutazione del notevole calo vedasi la motivazione per i ricoveri ordinari.

Numero complessivo di parti - anno 2020

Per l'anno 2020 il numero di parti è stato di ca n. 2.236 (Lentini 591, Umberto 1° 1645)

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

Distretti	Poliantubulatori	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

FONDI NEGOZIATI DALL'AZIENDA CON L'ASSESSORATO DELLA SALUTE PER FAR FRONTE ALLE ESIGENZE SANITARIE PER IL 2020

Per l'anno 2021 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.

L'Azienda verrà chiamata a contrattare, altresì, le spese sostenute per contrastare il Covid 19.

3.2 - Mandato istituzionale e "mission"

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.

Premesso che l'Azienda pone a fondamento della propria azione i principi istituzionali che di seguito si riportano, a cui vengono anteposte le azioni necessarie al contrasto della pandemia in corso:

- 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;

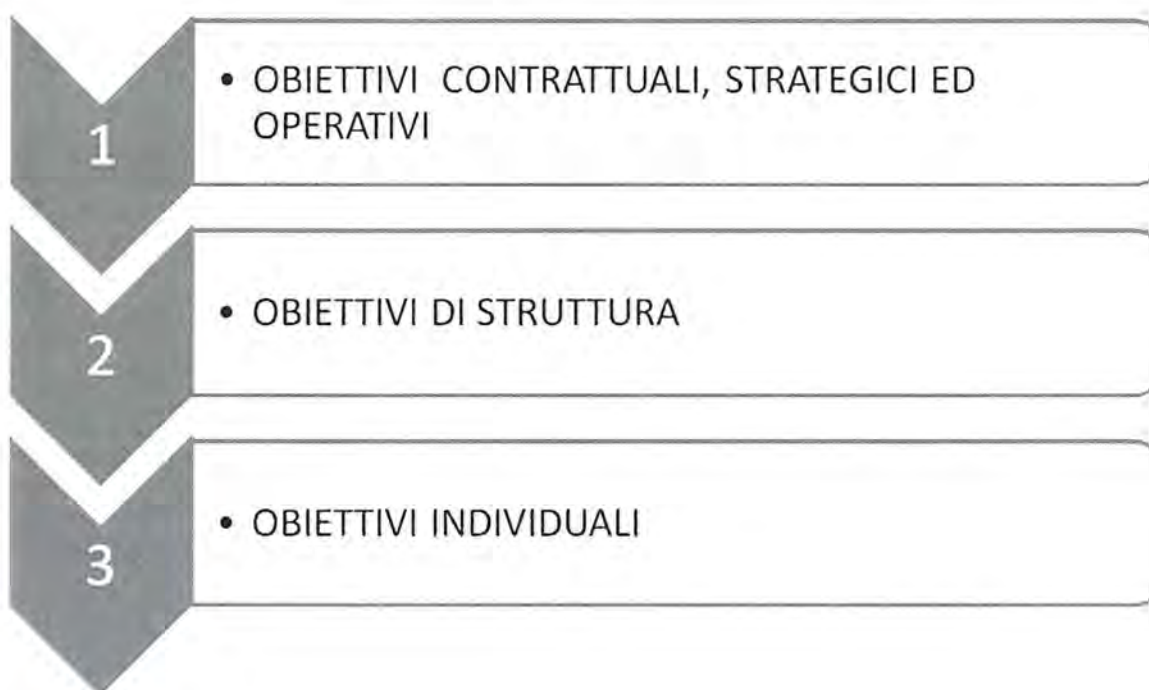


- l) valorizzazione delle risorse interne, integrazione delle professionalità e responsabilizzazione del personale sugli obiettivi aziendali;
- m) flessibilità organizzativa in relazione ai bisogni espressi dal territorio rilevati attraverso la rilevazione della qualità percepita, il processo di gestione 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).



3.3 - 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 aventi autonomia gestionale ed organizzativa.



1= Assegnati dall'Assessorato per la Salute alla Direzione Aziendale e a cascata alle varie strutture dell'azienda.

2= Assegnati dall'Azienda ai responsabili di Struttura

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

4 - ANALISI DEL CONTESTO

Già durante il 2020 l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa ha dovuto svolgere la propria attività in un contesto totalmente nuovo rispetto agli anni precedenti.

Alle opportunità e criticità dovute alle esigenze e valutazioni storiche legate al territorio ove insiste l'ASP, l'Azienda ha dovuto affrontare nuove criticità, dovute alla pandemia del Covid 19 che, a tutt'oggi, rappresentano le esigenze primarie intese a fronteggiare il pericolo di contagio:

Riorganizzazione della rete ospedaliera;

Rete dei Laboratori;

Riorganizzazione della rete territoriale;

Procedure per il conseguimento di economie nell'acquisizione di beni e servizi;

Razionalizzazione della spesa per il personale.

In considerazione di quanto sopra descritto, si riporta la tabella con le possibilità offerte dal contesto (Opportunities) e le minacce (Threats).

SCHEDA ANALISI

Opportunità	Criticità
<ul style="list-style-type: none">- Processo di riordino del S.S.R.;- Rimodulazione dei servizi su base provinciale e per effetto di una maggiore integrazione ospedale / territorio- Potenziamento emodinamica;- Potenziamento servizio di radioterapia;- Acquisizione di nuove apparecchiature diagnostiche e ammodernamento strutturale;- Sviluppo percorso PAC- Riorganizzazione percorso nascita;- Potenziamento rete oncologica;- Implementazione rete oculistica;- Implementazione rete nefrologica;- Potenziamento urologia e ortopedia;- Rimodulazione dei servizi su base provinciale e sviluppo servizi territoriali e di prevenzione- Modernizzazione macchina burocratica- Potenziamento digitalizzazione servizi.	<ul style="list-style-type: none">- Emergenza Covid 19- Elevata mobilità passiva;- Condizioni oro geografiche critiche;- Inquinamento ambientale elevato in alcune zone;- Carenze di offerta per talune specialità clinico assistenziali;- Carenze strutturali ed infrastrutturali.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa ha come bacino di utenza la popolazione residente nella provincia di Siracusa costituita da ca 400.000 (al 31/12/2020), distribuiti su un territorio di 2.190 km² che comprende 21 Comuni.

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.

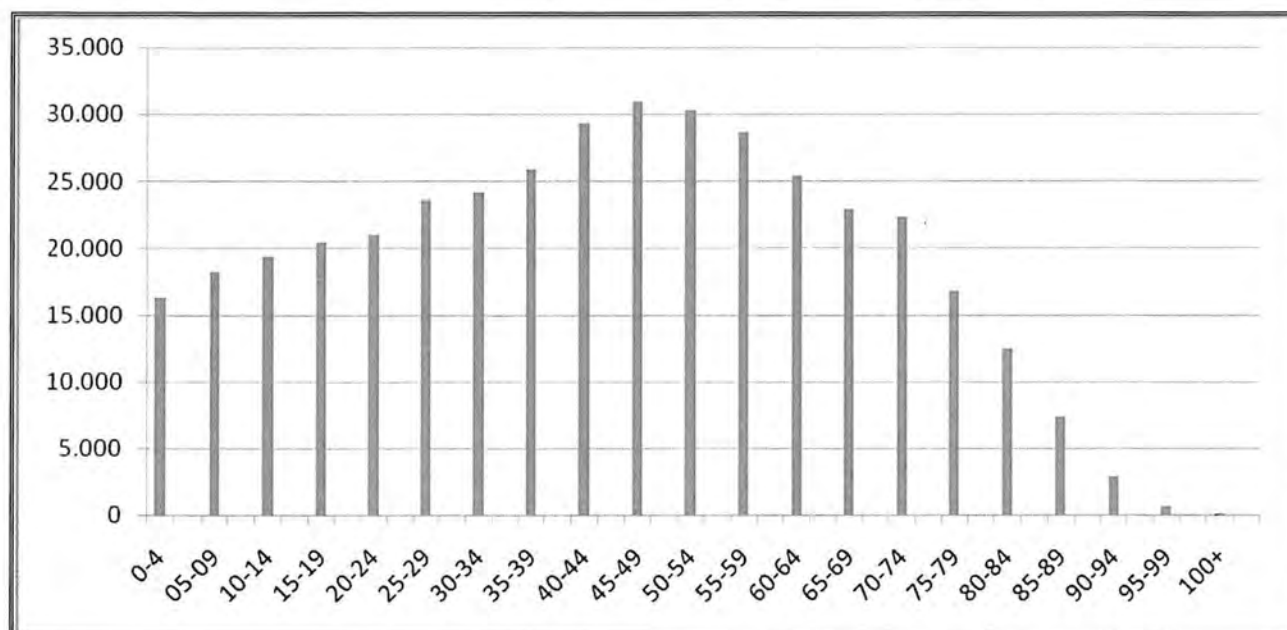
DISTRETTO SANITARIO	COMUNI AFFERENTI
Siracusa (n°2 PTA) Totale residenti: 188.153	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buccheri; 2. Buscemi; 3. Canicattini B.; 4. Cassaro; 5. Ferla; 6. Floridia; 7. Palazzolo A.; 8. Priolo Gargallo; 9. Siracusa; 10. Solarino; 11. Sortino
Noto (n°2 PTA) Totale residenti: 100.482	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avola; 2. Noto; 3. Pachino; 4. Portopalo di C.P.; 5. Rosolini
Augusta (n°1 PTA) Totale residenti: 47.783	<ol style="list-style-type: none"> 1. Augusta; 2. Melilli.
Lentini (n°1 PTA) Totale residenti: 50.881	<ol style="list-style-type: none"> 1. Carlentini; 2. Francofonte; 3. Lentini.

4.1 -Analisi del contesto esterno

Provincia di Siracusa - Popolazione per Età e per sesso – al 31/12/2020

Età	Celibi	Coniugati	Vedovi	Divorziati	Maschi	Femmine	Totale	
	/Nubili	/e	/e	/e				%
0-4	14.268	0	0	0	7.404	6.864	14.268	4,10%
05-9	16.236	0	0	0	51,70%	48,30%	16.236	4,60%
					8.464	7.772		
10-14	17.344	0	0	0	51,90%	48,10%	17.344	4,80%
					9.060	8.284		
15-19	18.419	24	0	0	52,00%	48,00%	18.443	5,10%
					9.629	8.814		
20-24	18.368	663	1	4	52,00%	48,00%	19.036	5,30%
					9.916	9.120		
25-29	17.780	3.876	4	54	51,90%	48,10%	21.714	5,90%
					10.934	10.780		
30-34	14.196	9.670	13	212	50,70%	49,30%	24.004	6,10%
					12.308	11.696		
35-39	9.838	15.447	60	512	51,60%	48,40%	25.857	6,50%
					13.075	12.782		
40-44	7.719	20.371	161	1.099	50,60%	49,40%	29.350	7,40%
					14.761	14.589		
45-49	5.770	23.319	375	1.513	50,30%	49,70%	30.977	7,80%
					15.439	15.538		
50-54	3.993	24.101	677	1.548	49,80%	50,20%	30.319	7,60%
					15.111	15.208		
55-59	2.845	23.400	1.158	1.310	49,80%	50,20%	28.713	7,20%
					13.999	14.714		
60-64	2.016	20.764	1.803	872	48,80%	51,20%	25.455	6,40%
					12.248	13.207		
65-69	1.425	18.076	2.755	629	48,10%	51,90%	22.885	5,70%
					10.927	11.958		
70-74	1.196	16.463	4.238	435	47,70%	52,30%	22.332	5,60%
					10.619	11.713		
75-79	853	10.495	5.165	232	47,60%	52,40%	16.745	4,20%
					7.520	9.225		
80-84	578	6.169	5.609	133	44,90%	55,10%	12.489	3,10%
					5.351	7.138		
85-89	379	2.534	4.447	55	42,80%	57,20%	7.415	1,90%
					2.817	4.598		
90-94	193	587	2.041	17	38,00%	62,00%	2.838	0,70%
					903	1.935		
95-99	50	94	553	2	31,80%	68,20%	699	0,20%
					189	510		
100+	6	13	74	0	27,00%	73,00%	93	0,00%
					23	70		
Totale	165.397	196.066	29.134	8.627	190.784	196.515	387.299	100,00%
					49,30%	50,70%		

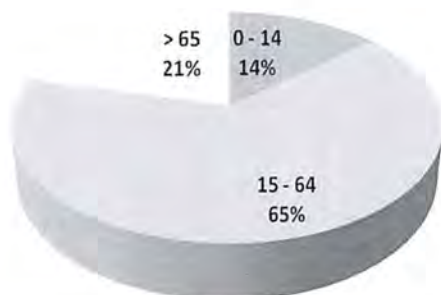
Grafico Età



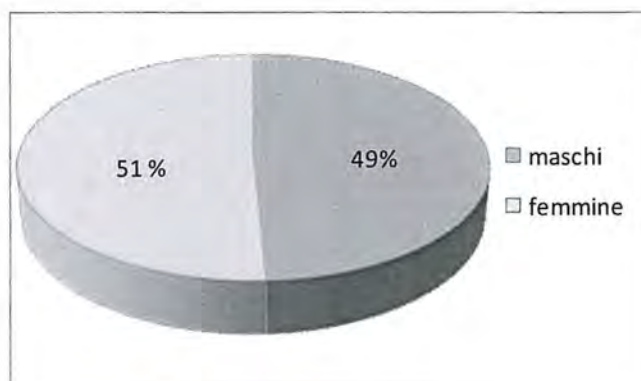
Per Fasce di Età

Età	Maschi	Femmine	Totale	%Totale
0-14	24.928	22.920	47.848	14,00%
15-64	127.507	126.448	253.955	65%
65+	38.349	47.147	85.496	21%
Totale	190.784	196.515	387.299	

Distribuzione per fasce di età



Distribuzione per sesso



4.2-Analisi del contesto interno

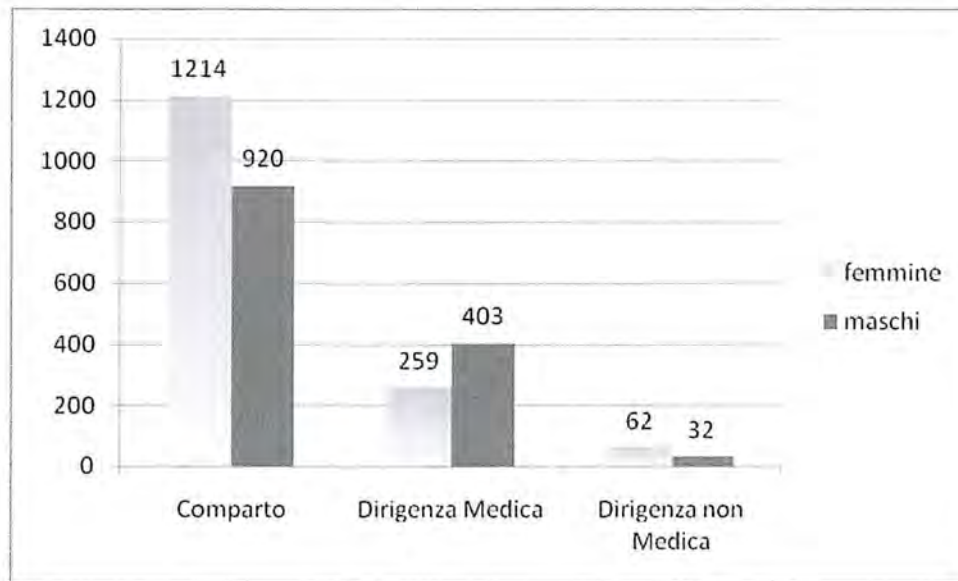
L'Atto Aziendale ha ridefinito l'assetto organizzativo e funzionale dell'Azienda, (Allegato n.1). I conseguenti atti amministrativi adottati dall'Azienda o da adottare sono finalizzati a dare concreta e completa attuazione a quanto previsto in termini di dotazione organica e di organizzazione dei servizi.

Il contesto in cui l'Azienda opera è rappresentato da diverse criticità relative al deficit di capitale umano (blocco del turnover, ricorso a personale a tempo determinato), sebbene i livelli di assistenza siano garantiti, senza influenzare in maniera significativa i livelli quantitativi delle prestazioni erogate.

Il personale di ruolo al 01/01/2021

DESCRIZIONE	RUOLO SANITARIO		RUOLO TECNICO		RUOLO AMMINISTR.		RUOLO PROFESS.		TOTALE	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Assistenza ospedaliera	1507	1529	138	122	59	56	2	2	1706	1709
Assistenza territoriale	179	170	31	29	96	85	0	0	306	284
Dipartimento Salute Mentale	138	134	36	29	7	7	0	0	181	170
Assistenza collettiva	256	188	22	29	53	56	0	0	331	273
Strutture centrali	148	195	62	57	155	135	0	0	365	392
TOTALE	2228	2216	289	266	370	339	2	2	2889	2828

Bilancio di genere dell'ASP di Siracusa – Personale di ruolo al 01/01/2021



La valutazione generale della gestione delle risorse e la verifica dell'attività svolte dall'ente, rappresentano infine le basi sulle quali costruire il progetto di bilancio preventivo dell'ente, concludendo così il ciclo gender auditing-gender budgeting, in vista delle finalità e degli obiettivi posti inizialmente.

5 - GLI OBIETTIVI STRATEGICI

Gli obiettivi contrattuali generali, strategici ed operativi

Sistema obiettivi 2020/2021

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 obiettivi contrattuali assegnati in sede di conferimento incarico al Direttore Generale.

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.

Articolazione

L'Assessorato alla Salute ha assegnato alle Aziende Sanitarie e/o Aziende Ospedaliere obiettivi che sostanzialmente possono essere divisi in due categorie:

- 1) Contrattuali
- 2) Salute e funzionamento dei servizi

Alle categorie suddette, l'Azienda ha inteso aggiungere obiettivi propri, la cui peculiarità è data dalla ricerca di superare le criticità presenti nel contesto specifico in cui l'Azienda opera.

- 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.



Mission e articolazione degli obiettivi

Mission

Garantire la tutela della salute sia individuale che collettiva, della popolazione residente nel proprio ambito territoriale per consentire alla stessa la migliore qualità di vita possibile. Tale obiettivo è perseguito garantendo la disponibilità e l'accesso alle diverse tipologie di assistenza, di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza erogate direttamente o da altre Aziende del SSN, pubbliche o private, favorendo lo sviluppo delle cure primarie nonché l'appropriatezza clinica ed organizzativa. L'Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta mission del SSR assicurando gli aspetti organizzativi e gestionali dei programmi generali da svolgere per raggiungere gli obiettivi definiti dalla Regione, in un'ottica di pareggio di bilancio e di attuazione delle norme previste per la prevenzione della corruzione e la trasparenza degli atti amministrativi.

Obiettivi contrattuali generali

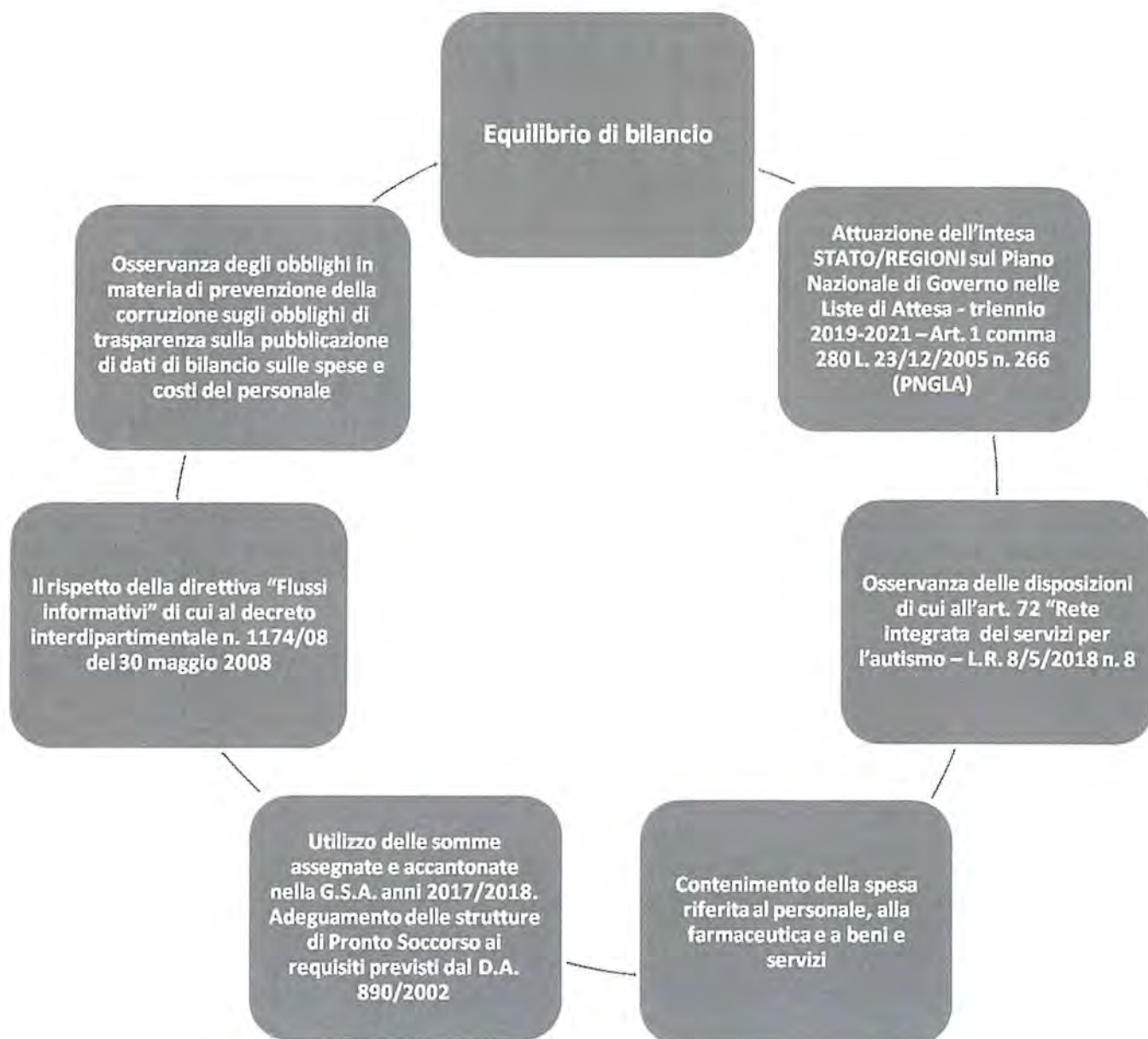
**Obiettivi di salute e
funzionamento dei servizi**

Obiettivi specifici Aziendali

5.1 - OBIETTIVI CONTRATTUALI GENERALI

Gli obiettivi contrattuali generali sono stati attribuiti ai Direttori generali in sede di sottoscrizione del contratto con validità per l'anno 2019/2020, e che si intendono prorogati fino alla nuova assegnazione.





001	GE	2	a		Raggiungimento equilibrio bilancio
002	GE	2	b		Adempimenti Piano Regionale Governo Liste d'Attesa (compreso D.A 1130/2020)
162	GE	2	c		Osservanza disposizioni art.72 l.r.8/2018 (Rete integrata di servizi per l'autismo)
004	GE	3	A	1	Tetto spesa personale (art.1 c.584 L.190/2014 - art.1 c. 71 e 72 L.191/2009)
005	GE	3	A	2	Programma triennale riduzione spesa personale a T.D. (art.9 c.28 DL 78/2010)
007	GE	3	A	3a	Esclusivo ricorso a Consip MePa (escl. gare CUC, Bacino e Beni/Servizi non presenti)
008	GE	3	A	3b	Eliminazione procedure negoziate e d'urgenza (salvo private industr)
009	GE	3	A	3c	Eliminazione fenomeno Rinnovo contratti in mancanza di programmazione
011	GE	3	A	4a	Area Emergenza Urgenza - Progettazione Esecutiva entro il 31/12/2019
013	GE	3	A	5	Assistenza Farmaceutica terri./osped. (rispetto risorse negoziate)
014	GE	3	B		Osservanza obblighi Flussi Informativi (tempi, qualità, coerenza e completezza)
015	GE	3	C		Osservanza obblighi ANAC (Pubbl. Bilancio e Costi Pers.)
016	GE	3	E		Osservanza disposizioni regionali ALPI (compreso D.A 1130/2020)

OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

Gli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi, unitamente agli obiettivi contrattuali generali, sono stati attribuiti dall'Assessorato alla Salute ai Direttori Generali in sede di nomina, fanno parte del contratto sottoscritto con validità 2019/2020 e che si intendono prorogati fino alla nuova assegnazione.

017	SF	1	a-c		Screening - Cervice Uterina - Mammella - Colon retto (e collab. Altre UO)
018	SF	2	A		Esiti - Frattura Femore (o collaborazione delle altre UO al raggiungimento)
019	SF	2	B		Esiti - Parti Cesarei (o collaborazione delle altre UO al raggiungimento)
020	SF	2	C		Esiti - PTCA IMA STEMI (o collaborazione delle altre UO al raggiungimento)
021	SF	2	D		Esiti - Colectomia Laparoscopica (o collaborazione altre UO al raggiungimento)
022	SF	3			Liste d'Attesa (compreso Piano di Recupero ex D.A. 1130/2020)
023	SF	4			Standard Sicurezza Punti Nascita
024	SF	5			Sovraffollamento PS
025	SF	6			Donazione Organi
026	SF	7			Prescrizione dematerializzata
027	SF	8			Fascicolo Sanitario Elettronico (Consensi informati per FSE e referti Lab. In CDA2-HL7)
028	SF	9			Sviluppo P.A.C. (Percorsi Attuativi di Certificabilità)

SCREENING

- Tumore della cervice uterina
- Tumore della mammella
- Tumore del colon retto

Obiettivo: messa in atto delle azioni necessarie ad ottenere il potenziamento degli screening oncologici in accordo al Piano Regionale della Prevenzione.

Indicatore di risultato per ciascuno dei 3 screening, è il numero di persone che hanno effettivamente eseguito il test in rapporto alla popolazione target annuale (tutti quelli che avrebbero dovuto eseguirlo).

L'Azienda è tenuta ad intervenire sulla popolazione target che per ogni screening è così individuata:

- Screening della cervice uterina: donne residenti 25-64 anni (il test va fatto ogni 4 anni)
- Screening tumore della mammella: donne residenti 50-69 anni (il test va fatto ogni 2 anni)
- Screening tumore del colon retto: donne e uomini residenti 50-69 anni (il test va fatto ogni 2 anni)

Per raggiungere i risultati l'Azienda interverrà con le seguenti azioni:

- Consolidamento della U.O. di Screening all'interno dell'ASP

- Coinvolgimento e collaborazione MMG (% MMG con pulizia liste)
- Aggiornamento banca dati anagrafica
- Presenza PDTA per ogni screening
- Utilizzo HPV-DNA come test primario

Valori attesi:

Il Ministero della salute ha fissato come indicatori LEA l'adesione del 50% popolazione target per il cervico carcinoma ed il tumore del colon retto e 60% per il tumore della mammella.

ESITI

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

Alla luce delle indicazioni assessoriali e regionali per l'anno 2019/2021 è stato proposto di continuare ad impiegare i sottoelencati obiettivi:

- 2.1 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;
- 2.2 Parti cesarei:** riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate;
- 2.3.1 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;
- 2.4 Colectomia laparoscopica:** proporzione di colecistomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni.

LISTE DI ATTESA - MONITORAGGIO E GARANZIA DEI TEMPI DI ATTESA

La Regione Siciliana ha adottato il Piano Regionale di Governo di liste di attesa e le Aziende Sanitarie sono chiamate ad adottare i propri programmi attuativi aziendali in coerenza con detto piano.

Obiettivo è permettere all'Assessorato della Salute di effettuare il monitoraggio della garanzia dei tempi di attesa e degli interventi attuati dalle Aziende Sanitarie nell'ambito di un programma attuativo aziendale.

Sono da considerare i seguenti monitoraggi:

- Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali

- Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali
- Monitoraggio ex post delle attività di ricovero
- Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione
- Monitoraggio della presenza sui siti web dell'Azienda Sanitaria di sezioni dedicate ai tempi ed alle liste di attesa
- Monitoraggio della effettiva inclusione delle agende delle attività pubblica e professionale nel sistema CUP

Per il raggiungimento dei suddetti obiettivi l'Azienda metterà in essere le seguenti azioni:

- 1) Coinvolgimento partecipativo di medici prescrittori e soggetti erogatori
- 2) Individuazione di criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario alle prestazioni facendo riferimento al manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" già condiviso dalla Regione Siciliana.

RISPETTO DEGLI STANDARD DI SICUREZZA DEI PUNTI NASCITA

Per il raggiungimento dell'obiettivo sono state individuate due azioni:

1) Punti nascita

La Regione Sicilia ha predisposto una check list per una verifica degli standard dei punti nascita. L'Azienda dovrà garantire il raggiungimento di tutti i requisiti contemplati dalla check list ed inserire i dati sulla piattaforma Qualità Sicilia SSR

2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza neonatale

Sono stati previsti degli indicatori di monitoraggio differenziati per i punti nascita con UTIN e senza UTIN.

Gli obiettivi, a cascata, sono stati riversati ai Responsabili delle UU.OO.CC di Ostetricia e Ginecologia.

PRONTO SOCCORSO - GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO

Il D.A. 1584/2018 ha adottato le "Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di Pronto Soccorso nella Regione Sicilia" GURS n. 41 del 21/9/2019, con lo scopo di fornire alle Aziende Sanitarie le strategie per contrastare e gestire il fenomeno del sovraffollamento nei PP.SS. e prevenire le sue conseguenze negative in termini di out come e potenziali eventi avversi.

Obiettivo principale: è quello di contrastare il sovraffollamento attraverso il monitoraggio continuo, l'analisi delle criticità e l'attuazione degli specifici interventi volti alla riduzione del fenomeno, da attivare in rapporto alla gravità delle situazioni (non sovraffollamento, sovraffollamento, sovraffollamento severo) attraverso piani aziendali per la gestione.

La Direzione Strategica Aziendale è chiamata a dare effettiva attuazione alle suddette linee di indirizzo, che rivestono carattere di assoluta priorità per il SSR, per garantire in modo sistematico le seguenti attività:

- Monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento;
- Attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;
- Adozione del piano aziendale per la gestione del sovraffollamento.

L'obiettivo, in attesa di nuove direttive, viene inserito anche per l'anno in corso, tenendo conto delle difficoltà di accesso dei pazienti ai pronto soccorso dei PP.OO.

Per la valutazione dell'obiettivo sarà considerato l'indicatore di efficienza operativa (D.A. 1584/2018) che misura la capacità da parte dei PP.SS. di dimettere / ricoverare i pazienti entro le 24 ore, al di là del numero dei posti tecnici presidiati ovvero prescindere dalla capacità di ricezione del P.S.

L'indicatore costruito rapportando "i pazienti oltre le 24 h su pazienti entro le 24 h" è stato fissato ad un livello \leq a 0,05 il valore atteso di accettabilità al 31/12/2021.

DONAZIONE ORGANI

Dal 2017 ad oggi, la donazione di organi e tessuti, in Sicilia, ha subito un notevole decremento.

In relazione alla necessità di migliorare il procurement degli organi solidi e dei tessuti, l'Assessorato Regionale ha ravvisato l'esigenza di attribuire un obiettivo alle Aziende Sanitarie.

Per il raggiungimento dell'obiettivo l'Azienda metterà in atto diverse azioni:

- 1) Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti
- 2) Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2021 non inferiore del 20% rispetto all'anno 2020.
- 3) Tasso di opposizione alla donazione non superiore all'8%
- 4) Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente) non inferiore al 30%
- 5) Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione

PRESCRIZIONE IN MODALITA' DEMATERIALIZZATA

I medici dipendenti pubblici ospedalieri, specialisti ambulatoriali interni etc), sono individuati dal D.A. 12/8/2010 come prescrittori di farmaci e prestazioni specialistiche, il seguente D.A. 2234/2015 ha imposto anche l'obbligo di assolvere anche la prescrizione di farmaci.

L'obiettivo è di dare attuazione alle disposizioni contenute nei predetti decreti, volte a semplificare a favore degli utenti le procedure di prescrizione e ridurre la conflittualità con MMG e PLS.

Azioni previste:



- Aumento del numero di medici dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità de materializzata.
- Aumenti in maniera significativa del numero di prescrizioni dagli stessi effettuate

Valori attesi:

- Aumento del 35% rispetto al 2019 del numero dei prescrittori
- Aumento del 120% nel 2021 del numero di ricette

FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

Il fascicolo elettronico rappresenta lo strumento digitale regionale attraverso il quale il cittadino può consultare e gestire i propri documenti clinici, che potranno essere disponibili agli operatori sanitari in caso di necessità per finalità di cura.

Obiettivo:

Per il buon esito è necessario coinvolgere un numero significativo di cittadini ricorrendo a delle azioni possibili per acquisire il consenso informato per l'attivazione del FSE e aumentarlo con i referti di laboratorio. Il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato dal numero dei consensi acquisiti ed i referti di laboratorio trasmessi.

SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICAZIONE (P.A.C.)

La Regione Siciliana con i Decreti dell'Assessore alla Salute n. 2128/2013 e seguenti ha provveduto all'adozione di percorsi attuativi di fattibilità (PAC) per gli Enti del SSR, intesi alla certificabilità dei propri dati e bilanci attraverso audit volti a cercare il reale stato di attuazione delle procedure aziendali.

Obiettivo aziendale è rappresentato dal conseguimento delle certificazione dei bilanci aziendali con le modalità e termini previsti dalla normativa di riferimento



P.A.A. 2019/2020

Per l'anno 2019/2020, l'Assessorato per la Salute ha individuato 3 Aree di Intervento per la predisposizione del documento di sintesi e la successiva formalizzazione degli obiettivi.

Le linee di intervento individuate sono le seguenti:

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

- Sanità veterinaria
- Sicurezza alimentare
- Copertura vaccinale e sorveglianza malattie infettive
- Tutela ambientale
- Prevenzione luoghi di lavoro

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

- Sicurezza dei pazienti
- Consolidamento della raccolta delle emazie concentrate e del plasma da destinare alla preparazione di medicinali
- Coinvolgimento dei cittadini pazienti
- PDTA
- Appropriatelyzza
- Outcome

Intervento 3 **ASSISTENZA** **TERRITORIALE E** **INTEGRAZIONE SOCIO-** **SANITARIA**

- Cronicità
- Fragilità
- Disabilità e non autosufficienza
- Privacy

032	Paa	1	1	A	Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)
033	Paa	1	1	B	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina
034	Paa	1	1	C	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina
035	Paa	1	1	D	Controllo anagrafico aziende bovine e ovi-caprine (Reg. Ce n. 1082/2003 e n. 1505/2006)
036	Paa	1	1	E	Riduzione della prevalenza di brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto al 2015
038	Paa	1	2	A	Garantire la disponibilità di Laboratori accreditati per controlli di alimenti e acque
039	Paa	1	2	B	Attuazione Piani di Controllo sugli alimenti (Piano residui e monitoraggio molluschi)
040	Paa	1	2	C	Piena funzionalità del Sistema informativo regionale Demetra
042	Paa	1	3	A	Implementazione della copertura vaccinale (D.A. N. 1965/2017) ed attuazione Piano Vaccinazione Covid
043	Paa	1	3	B	Programma comunicazione corretta informazione sui vaccini (D.A. N. 1965/2017)
044	Paa	1	3	C	Registrazione vaccinazioni su Cruscotto regionale Anagrafe vaccinale
045	Paa	1	3	D	Offerta attiva vaccinazioni a extracomunitari (nota 71734 del 28.09.2018)
046	Paa	1	3	E	Notifica casi di Morbillo, Rosolia e Ros. Congenita in tempo utile per accertamenti lab.
047	Paa	1	3	F	Notifica delle malattie infettive

049	Paa	1	4	A	Sorveglianza Malformazioni Congenite
050	Paa	1	4	B	Raggiungimento standard del PRP Linea 2.8 Ambiente e Salute
051	Paa	1	4	C	Raggiungimento standard previsti dal Piano straordinario interventi Aree a Rischio
052	Paa	1	4	D	Esecuzione interviste a esposti amianto
053	Paa	1	4	E	Avvio interventi di promozione salute su corretto uso cellulari e prevenzione raggi UV
054	Paa	1	5		Area 1 - Sanità Pubblica e Prevenzione - 1.5 (A-B) Prev.: luoghi di lavoro - Sorveglianza ex Esposti
057	Paa	2	1	A	SIMES: Monitoraggio eventi sentinella e attuazione azioni correttive nei piani di migl.
058	Paa	2	1	B	SIMES: Implementaz. raccomandazioni ministeriali per prevenzione eventi sentinella
059	Paa	2	1	C	Corretta applicazione della checklist di sala operatoria
060	Paa	2	1	D	Applicazione Piano Nazionale Azioni di contrasto all' Antibioticoresistenza
061	Paa	2	1	E	Adempimenti Legge 24/2017 (Sicurezza delle cure e della persona assistita - resp. Profess.)
063	Paa	2	2	A	Umanizzazione - Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale
064	Paa	2	2	B	Umanizzazione - Valutazione qualità Strutture Ospedaliere secondo prospettiva cittadino
065	Paa	2	3		2.3 Implementazione Linee guida cliniche attraverso i PDTA
072	Paa	2	4		Appropriatezza PACA (Piano Ann. Controlli Analit.)
073	Paa	2	5		Outcome : Auditing in strutture piattaforma PNE
075	Paa	2	6	A	Trasfusionale: Rispetto della previsione di raccolta delle EC già programmata per 2019
076	Paa	2	6	B	Trasfusionale: Incremento quantità di plasma da destinare all'emoderivazione
078	Paa	3	1		Cronicità: Diabetici e Scompensati Cardiaci Arruolati
079	Paa	3	2		Fragilità: Attuazione Piano Regionale Autismo
081	Paa	3	3	A	Realizzazione procedura per accesso facilitato ai front-office distrettuali per disabili
082	Paa	3	3	B	Liquidazione indennità per i disabili nei tempi e modi previsti dalla Regione
083	Paa	3	3	C	Attuazione valutazioni delle UVM a domicilio dell'utenza
084	Paa	3	4		Applicazione Regolamento Europeo Protezione Dati

Per il raggiungimento dei risultati e dei target richiesti dall'Assessorato l'Azienda, per gli anni 2020/2021, ha individuato Azioni di intervento, assegnando gli obiettivi alle UU.OO. interessate.

Il sistema attivato ha previsto l'inserimento delle linee di Azioni all'interno delle schede di budget sottoscritte dai responsabili delle UU.OO.CC..

I responsabili, per il raggiungimento del target delle varie linee di azioni hanno a loro volta declinato gli obiettivi ai Dirigenti ed al personale del comparto con l'attivazione delle schede individuali.

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.

OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI

Tutte le azioni collegate al raggiungimento degli obiettivi devono essere rivalutate e programmate in considerazione della pandemia il cui contrasto rappresenta l'obiettivo primario.

I restanti obiettivi rappresentano una serie di Azioni che l'Azienda, anche se non obbligata a raggiungere, in quanto non inserite tra gli obiettivi assegnati dall'Assessorato, ha inteso attivare, rappresentando la possibilità di erogazione dei servizi verso gli utenti.

Le linee di azione generali già individuate fanno riferimento alla prevenzione del contagio, con la previsione di vaccinazione di massa da effettuare entro il 2021, a cui si aggiungono le criticità del contesto di riferimento.

085	DG	Ge	1	Rispetto del Budget assegnato
086	DG	Ge	2	Adempimenti Delega Datore di Lavoro
087	DG	Ge	3	Adempimenti Delega Trattamento dei Dati e Privacy
088	DG	Ge	4	Adempimenti Obblighi Prevenzione Corruzione e Trasparenza
089	DG	Ge	5	Adempimenti Gestione ALPI
161	DG	Ge	6	Adempimenti altre eventuali Deleghe ed attuazione Decentramento attività delegate
091	DG	H	1	Incremento mobilità attiva
092	DG	H	2	Mantenimento / Incremento valore di produzione (Flusso A, SDAO, Flusso C, SPI, etc.)
093	DG	H	3	Mantenimento / Incremento delle Prestazioni assicurate ad altre UO Interne
094	DG	H	4	Tempestività delle Prestazioni (o referti) assicurate ad altre UO Interne
095	DG	H	5	a Indicatori Attività Ospedalieri: Indice di Occupazione
163	DG	H	5	b Indicatori Attività Ospedalieri: Indice di Occupazione (SPDC)
164	DG	H	5	c Indicatori Attività Ospedalieri: Ricoveri ripetuti 0-1 Giorno
096	DG	H	6	Indicatori Attività Ospedalieri: Degenza Media
097	DG	H	7	Indicatori Attività Ospedalieri: Peso Medio
098	DG	H	8	Indicatori Attività Ospedalieri: Indice di Operatività (Drg Chir./Med.)
099	DG	H	9	Incentivazione dimissioni facilitate per Scopenso, Diabete e BPCO
100	DG	H	10	Esecuzione Trombolisi presso centro Hub Siracusa (Obiettivo Stroke)
101	DG	H	11	Gestione Sedute Operatorie (Obiettivo Anestesia)
102	DG	H	12	Effettuazione di ERCP con risorse proprie (Obiettivo Gastroenterologia)
103	DG	H	13	Gestione Centro Sclerosi Multipla (Obiettivo Neurologia)
104	DG	H	14	Primo Ciclo Terapeutico
090	DG	H	15	Partoanalgesia
105	DG	T	1	Gestione Ordinaria Attività Distrettuali (ASB, ASI, ASS, Poliambulatori)
106	DG	T	2	Gestione Convenzioni MMG, PLS, MCA, SUMAI, Spec. Conv. Esterni
107	DG	T	3	Gestione Medicina Scolastica e Dispensario Antitubercolare
108	DG	T	4	Gestione altra attività ordinaria del Servizio di Epidemiologia e Medicina Preventiva
109	DG	T	5	Controlli alimentari presso "Ristorazioni Collettive" e presso "Ristorazioni Pubbliche"
110	DG	T	6	Attività Igiene della Nutrizione interna alla UO SIAN (Igiene Alimenti e Nutrizione)
111	DG	T	7	Verifica condizioni igienico-sanitarie in Carceri, Alberghi e Studi Dentistici
112	DG	T	8	Interventi di monitoraggio ambientale Poliovirus
113	DG	T	9	Controlli di Laboratorio su alimenti, bevande, acque balneari, stupefacenti etc.
114	DG	T	10	Controlli in fabbriche, cantieri e az. agricole da PRP (Piano Regionale Prevenzione)

115	DG	T	11	Verifiche su impianti (DM 11/4/11 e DA 773/12) e ascensori ecc. e vigilanza luoghi lavoro
116	DG	T	12	Controlli su Stabilimenti di macellazione e di produzione del latte
117	DG	T	13	Lotta al fenomeno del randagismo
118	DG	T	14	Gestione anagrafe canina
119	DG	T	15	Controlli Aziende Zootecniche (allevamenti)
120	DG	T	16	Tempi presa in carico a CSM di dimessi da SPDC (ob. A) e visite domiciliari CSM (ob. B)
121	DG	T	17	Aggiornamento dei P.T.I. a 6 mesi per tutti i ricoverati in C.T.A. e C.D.
122	DG	T	18	Prevenzione e trattamento GAP (Gioco d'Azzardo Patologico)
123	DG	T	19	Ambulatorio per soggetti affetti da DCA (Disturbi Comportamenti Alimentari)
124	DG	T	20	Valutazione multidisciplinare di minori su segnalazione del Tribunale dei minori
125	DG	T	21	Presa in carico di minori per valutazione e trattamento: Tempi (ob. A) e Prestaz. (ob. B)
126	DG	T	22	Coordinamento attività per il controllo delle infezioni ospedaliere
127	DG	T	23	Monitoraggio prestazioni Ospedali Pubblici
128	DG	T	24	Visite Medico Legali: ob. A per malattia; ob. B per idoneità al lavoro
129	DG	T	25	Tempestività interventi riabilitativi in post-acute: Autorizz. (ob. A) e Trattamento (ob. B)
130	DG	T	26	Tempestività autorizz. per prestaz. ambulatoriali o residenziali presso strutture art. 26
131	DG	T	27	Appropriatezza rilascio presidi e ausili per disabili
132	DG	T	28	Integraz. Consultori-Punti Nascita (donne trattate in consultorio e partorienti in ASP)
133	DG	T	29	Percorso Nascita: A) Redazione quaderno gravidanza (o analogo strumento); B) Volumi di attività
134	DG	T	30	Distribuzione diretta (in economia) di Farmaci e Dispositivi a pazienti aventi diritto
135	DG	T	31	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva di MMG e PLS attraverso controlli a farmacie
136	DG	T	32	Assistenza Domiciliare per Malati Oncologici in fase terminale (e assistenza ambulat.)
137	DG	T	33	Gestione Emergenza Territoriale (ivi compresa gestione sbarchi immigrati)
138	DG	T	34	Gestione attività di accreditamento (nuove istruttorie e verifiche periodiche)
139	DG	T	35	Gestione attività del Centro Alzheimer
170	DG	T	36	Riordino attività ADI con particolare riferimento ai disabili gravissimi e rinnovo/rinegoziazione convenzioni
140	DG	A	1	Supporto Generale a tutte le altre UU.OO.
141	DG	A	2	Gestione Ordinaria UO Affari Generali
142	DG	A	3	Gestione Ordinaria UO Gestione Risorse Umane
143	DG	A	4	Gestione Ordinaria UO Economico Finanziaria e Patrimoniale
144	DG	A	5	Gestione Ordinaria UO Provveditorato
145	DG	A	6	Gestione Ordinaria UO Tecnico
146	DG	A	7	Gestione Ordinaria UO Direzione Amministrativa P.O. Siracusa
147	DG	A	8	Gestione Ordinaria UO Direzione Amministrativa P.O. Lentini
148	DG	A	9	Gestione Ordinaria UO Direzione Amministrativa P.O. Avola-Noto
149	DG	S	1	Gestione Ordinaria Controllo di Gestione (Monitoraggio Obiettivi e Budget, ecc.)
150	DG	S	2	Gestione Ordinaria UO Pianificazione (Affiancamento al Co.d.Ge. Per pianificazione)
151	DG	S	3	Programmazione e Sviluppo Piano Annuale della Formazione coerente con Obiettivi ASP
152	DG	S	4	Gestione Ordinaria UO Qualità (Gestione sistema documentale aziendale, audit, ecc.)
153	DG	S	5	Gestione Ordinaria UO URP (Gestione Reclami, Aggiornamento Carta dei Servizi, ecc.)
154	DG	S	6	Gestione Ordinaria UO Servizio Prevenzione e Protezione (Supporto al DG, ecc.)
155	DG	S	7	Gestione Ordinaria UO Sorv. San.: Adempimenti ord. (Ob. A) e Appropriatezza (Ob. B)
156	DG	S	8	Gestione Ordinaria UO RTP (Incidenza Tumori, Studi Epidemiologici, Re.N.Ca.M., ecc.)
157	DG	S	9	Gestione Ordinaria UO Servizio Legale (Affidamento incarichi legali, pareri, ecc.)
158	DG	S	10	Gestione Ordinaria UO Educazione alla Salute (Piano Regionale Prevenzione, ecc.)

159	DG	S	11	Gestione Ordinaria Ufficio Stampa (Comunicati, rassegna, ecc.)
160	DG	V	1	Rispetto Obiettivi assegnati di volta in volta dalla direzione aziendale
165	DG	A	10	Gestione Ordinaria UO Direzione Amministrativa P.O. Augusta
169	DG	X	1	Realizzazione posti letto Covid (ordinari e T.I.) in conformità alle direttive regionali

I valori ed i target da monitorare e raggiungere a scadenza dell'azione sono inseriti nelle schede di budget contrattate con i responsabili delle UU.OO.CC. che variano a seconda del grado di coinvolgimento della U.O. al raggiungimento del valore contrattato.



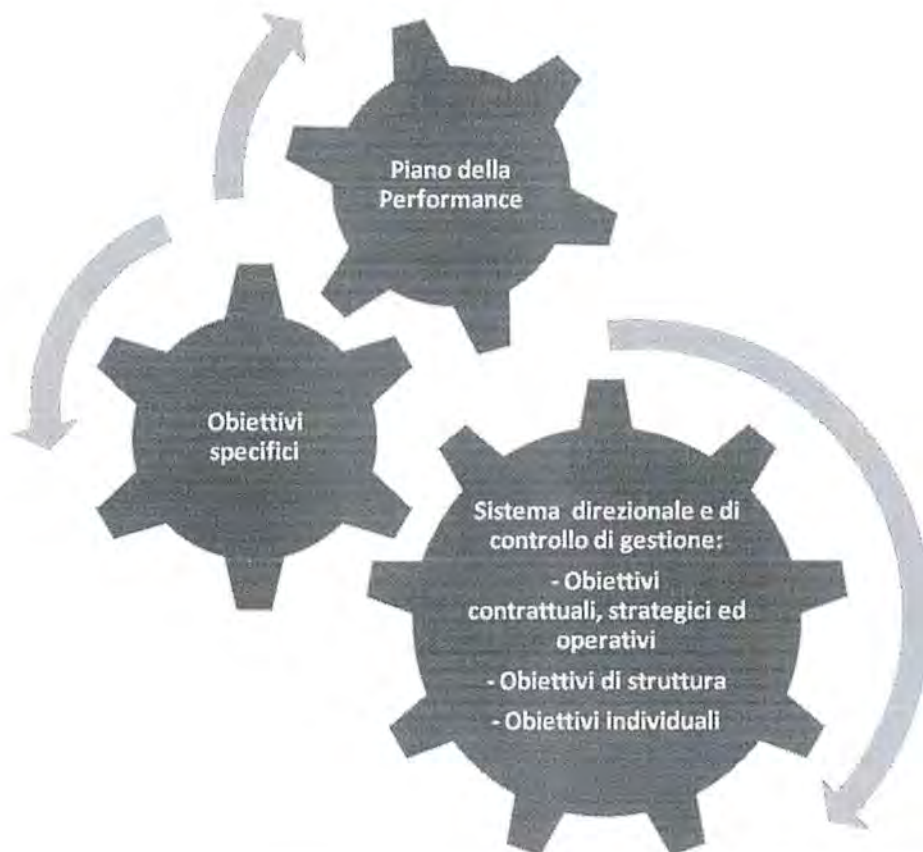
6. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI

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 2 e 3 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. Programmazione e Controllo di Gestione predisponde 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. Programmazione 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;

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.



7. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE DELLA PERFORMANCE

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

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

Fase	Attività	Soggetti coinvolti	Tempi previsti
Fase Gestionale	Redazione del Piano triennale della Performance e pubblicazione sul sito istituzionale	Direzione Strategica/STP/Resp.le Anticorruzione/Resp.le Trasparenza/OIV	31 Gennaio
	Negoziante degli Obiettivi regionali con il Direttore Generale	Assessorato Reg.le Salute / Direttore Generale	Gennaio / 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
	Negoziante obiettivi di struttura (intesi anche quali obiettivi individuali dei Dirigenti Responsabili di struttura) e redazione del documento "Sistema obiettivi operativi anno 2019"	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

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).

Il sistema è incentrato 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, di responsabilità e del grado di coinvolgimento (possibilità di influenzare) il risultato atteso.

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.

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, 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 della performance per l’annualità 2013 redatte dalla CIVIT e di cui alla delibera civit n. 6/2013, con riferimento anche alle “Linee guida per il Piano della Performance” emanate dal dipartimento del Consiglio dei Ministri con Circolare n. 1 giugno 2017.

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 strutture con le funzioni ad essa collegate:

- **Direzione Aziendale**

- Indirizzo strategico gestionale
- Verifica risultati.



- **Organismo Indipendente di Valutazione / Nucleo 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. Programmazione e controllo di gestione**

- Programmazione, budgeting e rendicontazione.



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.

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.



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.

I soggetti del processo di stesura 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, l'Area territoriale 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.



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 il Management Aziendale ed i Responsabili 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 il Management Aziendale ed i Responsabili 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, dei Distretti Ospedalieri ed i Responsabili 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.

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;
- Programmazione strategica
- 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:

- > 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. Programmazione e 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 imeddesimi 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. Programmazione strategica.

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.

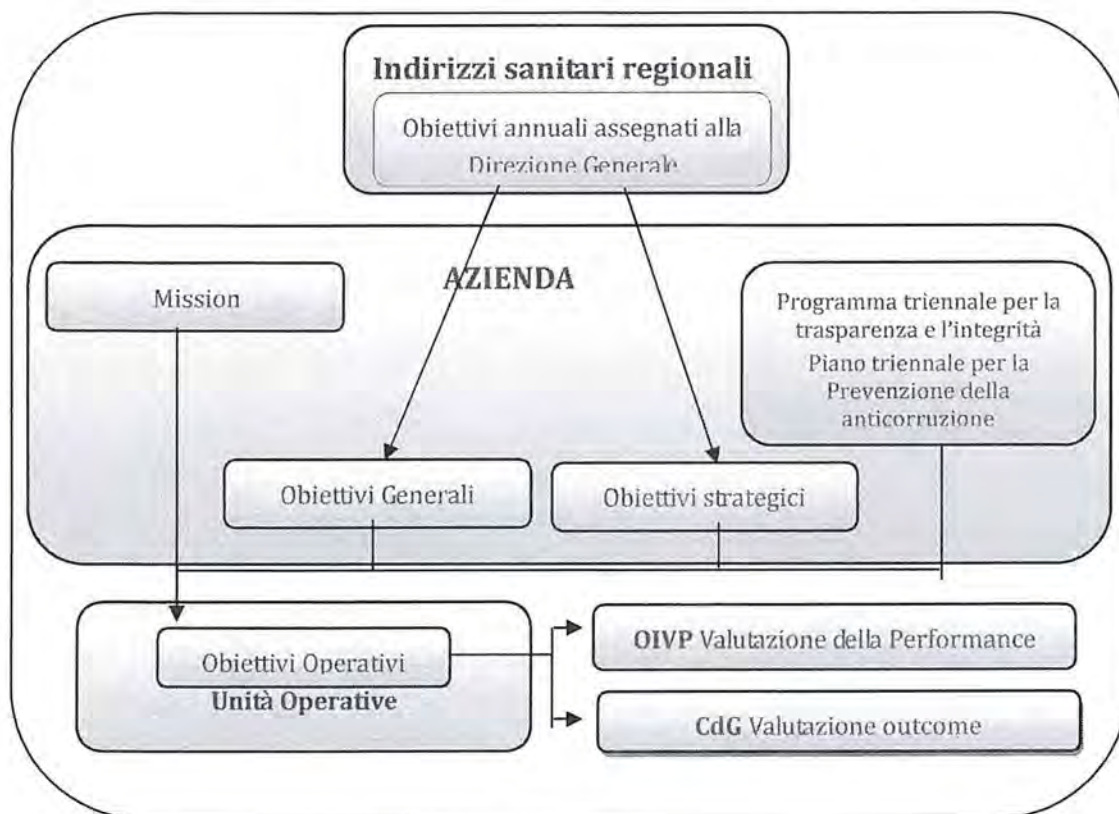
I Centri di Responsabilità partecipano al processo di Budget tramite i Direttori di Struttura gli stessi negoziano si confrontano sulle attività di seguito riportate:

- > 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,

FASI DEL PROCESSO DI BUDGET

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

Per l'anno 2021 gli obiettivi sono stati assegnati durante il 2° semestre 2020, stante che risultano collegati con gli obiettivi aziendali contrattati dal Direttore generale con l'Assessorato alla Salute e validi per il 2° semestre 2020 e per l'anno 2021.

	DESCRIZIONE
FASE 1	<i>Determinazione degli indirizzi programmatici e trasmissione ai Centri di Responsabilità</i>
FASE 2	<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	<i>Assegnazione obiettivi e correlati indicatori e target per Centri di Responsabilità</i>
FASE 4	<i>Analisi dei dati preliminare agli incontri negoziali e definizione calendario di negoziazione</i>
FASE 5	<i>Negoziatura degli obiettivi</i>
FASE 6	<i>Approvazione del Budget Aziendale e degli Obiettivi assegnati ai Centri di Responsabilità</i>
FASE 7	<i>Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi</i>
FASE 8	<i>Monitoraggio consuntivo del grado di raggiungimento degli obiettivi</i>



FASI PROCESSO DI BUDGET.

Fase 1 - Determinazione degli indirizzi programmatici e trasmissione ai Centri di Responsabilità

L'obiettivo di questa fase è quello di formalizzare il quadro di riferimento per la predisposizione del Budget Aziendale in relazione agli obiettivi aziendali.

Gli obiettivi aziendali, sono sviluppati dalla Direzione Aziendale con il supporto del Comitato di Budget, e negoziati con i vari responsabili al fine di assegnare i medesimi ai vari Centri di Responsabilità e/o alle varie U.O.C.

Ai Centri di Responsabilità viene trasmessa una Scheda proposte Obiettivi, strutturata in modo da:

- 1) poter rendere noti i macro obiettivi aziendali previsti
- 2) poter rilevare le proposte di obiettivi specifici da parte del Centro di Responsabilità
- 3) individuare le azioni da realizzare per poter raggiungere l'obiettivo proposto, unità operative coinvolte
- 4) individuare il responsabile del raggiungimento dell'obiettivo.

Fase 2 - Elaborazione delle Schede di Budget e Schede Obiettivi

Il processo di definizione del budget aziendale si sviluppa secondo una logica interattiva, segue cioè un flusso di comunicazioni che parte dagli organi di direzione in ordine all'assegnazione degli obiettivi da raggiungere e delle attività da realizzare da ciascun Centro di Responsabilità ed è da questi tradotta in fabbisogni dei fattori produttivi direttamente riconducibili ai Centri di Responsabilità.

Il Comitato di Budget analizza gli obiettivi e gli indirizzi di programmazione annuali trasmessi dalla Direzione Aziendale e sulla base di queste indicazioni definisce i prospetti contabili (schede di budget) e le schede obiettivi per ogni Centro di Responsabilità e per il tramite dei Direttori di Dipartimento li trasmette a tutti i Direttori/Responsabili di UOC e UOSD.

I Direttori/Responsabili di UOC e UOSD procedono ad eventuali contro proposte e scheda di budget revisionata e le trasmettono al Direttore del Dipartimento, il quale dopo averle analizzate e validate le invia al Comitato di Budget.

Il Comitato di Budget verifica la coerenza dei prospetti contabili revisionati e degli obiettivi proposti dai Direttori di Dipartimento.

In caso di esito negativo richiedono a questi ultimi di apportare modifiche ai prospetti proposti. In caso di esito positivo il Comitato di Budget procede alla approvazione e all'invio dello stesso alla Direzione Generale per la firma.

Fase 3 -Assegnazione obiettivi per Centri di Responsabilità.

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

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

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

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 Economico Patrimoniale per la predisposizione del bilancio di previsione. Quest'ultimo predispose 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

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

La Scheda di monitoraggio consuntiva relativa all'intero anno di riferimento del budget, 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 (Allegati 2 e 3) 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.



7.2 - Coerenza con la programmazione economica-finanziaria e di bilancio

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

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

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

Alla base del processo di negoziazione è indispensabile il collegamento tra la dimensione di *performance* e la dimensione finanziaria, atteso che il sistema di rendicontazione delle risorse impiegate si fonda sull'integrazione tra bilancio e sistema di contabilità analitica per centri di costo, sistema che prevede l'assegnazione diretta di risorse dedicate ad ogni singolo obiettivo dell'albero della *performance*.

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

Tappe e tempistica tra pianificazione della performance e il processo di programmazione economico-finanziaria:

- ad inizio esercizio, la redazione del conto economico preventivo contiene la traduzione in termini quantitativi delle linee di azione connesse agli obiettivi specifici ed agli obiettivi operativi;
- contestualmente vengono elaborati i budget economico – finanziari, contenenti i tetti di spesa per centro di responsabilità;
- il bilancio preventivo viene inserito nel NSIS e costituisce la base per la negoziazione delle risorse con la Regione;
- la successiva negoziazione delle risorse con la Regione può determinare il riallineamento dai valori e la rimodulazione dei programmi eventualmente non compatibili con le risorse negoziate;

- segue la verifica di compatibilità delle azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati nel Piano: le linee di intervento fissate nel Piano vengono effettivamente attivate solo se è garantita la effettiva congruità con le risorse disponibili;
- il sistema dei controlli garantisce la coerenza delle azioni intraprese con le risorse: dal costante monitoraggio scaturiscono le eventuali azioni di riequilibrio.

7.3 - Azioni per il miglioramento del Ciclo di Gestione della Performance

Facendo leva sull'attività di controllo/monitoraggio di pertinenza dell'OIV l'Azienda individuerà delle aree di criticità nell'attuazione del Ciclo di gestione della performance, rispetto alle quali questa Amministrazione potrà in essere delle azioni di miglioramento, inserendole nella programmazione dei propri obiettivi per l'anno 2021.

Una prima previsione delle azioni che questa Azienda potrà in essere, prevederà:

- previsione e applicazione delle linee guida sulla valutazione partecipativa nel processo di performance organizzativa nelle amministrazioni pubbliche (linee guida n. 4 novembre 2019 a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri).
- implementazione delle attività di monitoraggio intermedio sullo stato di attuazione degli obiettivi
- rispetto della tempistica relativa alla valutazione annuale delle Unità Operative
- evidenza dell'assegnazione di obiettivi individuali a tutti i dipendenti.
- individuazione di strumenti di monitoraggio intermedio sullo stato di attuazione degli obiettivi individuali
- implementazione del processo di integrazione fra il ciclo della performance e il ciclo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio.

7.4 - Valutazione partecipativa degli stakeholders nel processo di misurazione della performance organizzativa.

La valutazione partecipativa è una forma di valutazione della *performance* che avviene nell'ambito di un rapporto di collaborazione tra amministrazione pubblica e cittadini, coinvolgendo non solo gli utenti esterni ma anche quelli interni e comprende diversi ambiti e strumenti. All'interno di tale rapporto, il processo può essere guidato prevalentemente dall'amministrazione (valutazione partecipativa) o dai cittadini (valutazione civica).

Molti metodi di valutazione, anche sofisticati, non riconoscono agli *stakeholder* autonomia nella valutazione. Il punto di vista dei cittadini è considerato oggetto di indagine, ovvero uno dei tanti punti di vista da tenere in considerazione durante la valutazione. Nella valutazione partecipativa, invece, tale prospettiva si ribalta. Il cittadino e/o l'utente cessa di essere esclusivamente oggetto di indagine, diventando co-valutatore delle attività e dei servizi di cui beneficia, anche ai fini del miglioramento organizzativo.

E' svolta in collaborazione con i cittadini e/o gli utenti, mediante l'utilizzo di metodologie dichiarate e controllabili aventi anche lo scopo di ridurre l'asimmetria informativa, per la formulazione di giudizi motivati sull'operato dell'amministrazione. Sono dunque i cittadini e/o gli utenti stessi, dotati di adeguati strumenti, a produrre informazioni rilevanti per la valutazione dei servizi. L'attività di valutazione partecipativa consente così di monitorare e verificare, ad esempio, il rispetto di determinati *standard* quanti-qualitativi previsti da impegni contrattuali o carte dei servizi o il grado di rispondenza di determinate attività e servizi alle attese dei cittadini e/o utenti.

Ha come principale finalità l'integrazione dell'azione amministrativa con il punto di vista dei cittadini e/o degli utenti. Le informazioni raccolte a valle del processo di partecipazione sono rilevanti ai fini della programmazione futura e utili al miglioramento delle attività e dei servizi erogati dall'amministrazione.

Principali benefici che la valutazione partecipativa apporta all'amministrazione:

Migliorare la qualità delle attività e dei servizi pubblici	avvicinandoli ai reali bisogni dei cittadini grazie alle loro idee e suggerimenti, attraverso cui raggiungere una conoscenza più completa dei bisogni.
Promuovere processi di innovazione amministrativa	
Mobilizzare risorse e capitale sociale presenti sul territorio	attivando processi di cittadinanza attiva, responsabilizzando e motivando i cittadini per rafforzare la coesione sociale e il senso di appartenenza alla collettività.
Gestire e ridurre i conflitti	rafforzando la fiducia nelle istituzioni e contrastando il <i>deficit</i> di legittimità e consenso, anche attraverso il miglioramento della trasparenza e l'apertura verso l'esterno dell'operato dell'amministrazione pubblica.
Integrare il performance management nei processi decisionali	collegando realmente la valutazione alla pianificazione, migliorando l'uso delle informazioni di <i>performance</i> sia da parte dei dirigenti pubblici e dei politici, sia da parte dei cittadini.

Riferimento normativo:

Con linee guida n. 4 novembre 2019, la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica – ai sensi D-Lgs 150/2009 e DPR 105/16 (art. 3 comma 1) ha inteso rafforzare il ruolo dei cittadini utenti nel ciclo di gestione della performance e introdotto con il nuovo art. 19 bis.

Con il successivo D.Lg.s 74/17 il legislatore ha dato maggiore concretezza al principio astratto della partecipazione (l'art. 7 comma 2 lettera c) declinando su tre aspetti fondamentali i profili di partecipazione:

<i>Profilo</i>	<i>Processo</i>
Soggettivo	Coinvolti i fruitori delle attività istituzionali e dei servizi pubblici (stakeholders) in qualsiasi modo direttamente o indirettamente interessati
Oggettivo	Concerne la qualità di tutte le attività istituzionali e tutte le prestazioni dei servizi delle PP.AA.
Procedimentale	La partecipazione alla valutazione è ricondotta all'ambito specifico "della performance organizzativa dell'amministrazione secondo quanto stabilito dagli art., 8 e 19 bis"

L'Azienda già dal 2020 ha iniziato l'attivazione e il processo della scala di sviluppo della valutazione partecipativa, in particolare con l'attuazione degli artt. 8 e 19 bis.

L'art. 8 prevede:

- la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive
- sviluppo qualitativo e interattivo delle relazioni con i cittadini attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione

L'art. 19 bis prevede:

- la partecipazione dei cittadini alla valutazione della performance organizzativa anche in "forma associativa"
- coinvolge l'OIV quale interlocutore dei cittadini e degli utenti a cui comunicare "il proprio grado di soddisfazione" per le attività e i servizi erogati
- dare uno specifico ruolo anche agli utenti interni, cioè ai settori delle strutture amministrative che si avvalgono di servizi strumentali e di supporto dell'amministrazione valutata
- pubblicare i risultati della rilevazione del grado di soddisfazione dei soggetti su attività dei servizi con cadenza annuale

Per l'attuazione delle linee previste dai suddetti articoli, l'amministrazione intende avvalersi della presenza dell'OIV, che rappresenta l'organo di verifica della effettiva adozione dei sistemi di rilevazione; lo stesso OIV terrà conto dei risultati sia ai fini della valutazione della performance organizzativa della amministrazione e sia ai fini della relazione annuale sulla performance.

Il coinvolgimento dei cittadini e utenti al processo di valutazione della performance diventerà funzionale al perseguimento delle finalità intrinseche dei sistemi di valutazione delle prestazioni.

Inoltre, con la partecipazione dei cittadini l'azienda punta ad incidere sugli orientamenti quali l'impatto delle politiche e dei servizi pubblici sulla collettività e la fiducia dei cittadini sull'amministrazione pubblica, cogliendo i vari significati e la diversa rilevanza che gli stakeholders attribuiscono ai risultati conseguiti dall'amministrazione.

Azioni e fasi che l'amministrazione intende attuare per l'anno in corso:

L'amministrazione, già dal 2020, ha inteso avviare un'azione di coinvolgimento per migliorare l'apertura in chiave partecipativa sia al loro esterno che al loro interno, attivando strumenti quali:

1. mappatura degli *stakeholder* dell'amministrazione;
2. selezione dei servizi e delle attività oggetto di valutazione e delle corrispondenti modalità e strumenti di coinvolgimento;
3. selezione dei cittadini e/o degli utenti;
4. definizione delle dimensioni di *performance* organizzativa per la valutazione dei servizi e delle attività selezionati;
5. motivazione dei cittadini e/o degli utenti nonché dei dipendenti coinvolti nella valutazione;
6. valutazione delle attività e/o dei servizi;
7. utilizzo dei risultati ai fini della valutazione della *performance* organizzativa.

Le azioni sopra riportate rappresentano input per l'amministrazione per superare le maggiori criticità sulle quali gli stakeholders possono influenzare le azioni della amministrazione, quali:

- eliminare le autoreferenzialità
- rafforzare il sistema di gestione della performance
- rafforzare i requisiti normativi minimi

L'amministrazione, anche alla luce della recente pubblicazione delle linee guida, dovrà predisporre il modello di valutazione partecipativa da adattare in base alle esigenze dell'ASP.

Riferendosi alle linee guida n. 4/19 sarà imprescindibile adottare un modello che si rifaccia a quanto previsto per i requisiti minimi riportati secondo la "scala di sviluppo della valutazione partecipativa" e di cui alle tabelle 1 – 2.

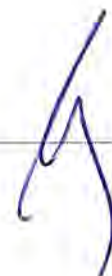


Tabella 1 - I Requisiti Minimi

<p>CONTENUTISTICI</p>	<p>1) ESPLICITAZIONE DEL MODELLO NEL SMVP: nel Sistema di Misurazione e Valutazione della <i>Performance</i> deve essere dichiarato ed illustrato il “modello di valutazione partecipativa” adottato dall’amministrazione. In particolare, devono essere indicati soggetti e ruoli (compreso il soggetto a cui viene affidato, all’interno dell’amministrazione, il ruolo del coordinamento della valutazione partecipativa); oggetti valutati (servizi, attività, funzioni) e dimensioni di <i>performance</i> organizzativa coinvolte (nel rispetto delle LG n. 1/2017 del DFP); finalità della valutazione partecipativa; processo e tempi, ivi inclusa la fase di uso degli esiti della valutazione; strumenti e metodi adottati.</p> <p>2) EFFETTI DELLA VALUTAZIONE PARTECIPATIVA SULLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: il modello deve chiarire le modalità operative di collegamento tra valutazione partecipativa e <i>performance</i> organizzativa e gli effetti della prima sulla seconda (ovvero le modalità di utilizzo dei risultati) secondo gli ambiti/criteri previsti, in particolare, alle lettere a), c), e), f) e g) dell’art. 8, co. 1 del d.lgs. n. 150/2009. Tali effetti si traducono in termini di incidenza percentuale sulla valutazione della <i>performance</i> organizzativa e di partecipazione dei soggetti alla riorganizzazione del servizio o dell’attività (mappatura dei processi e ri-progettazione in chiave migliorativa del servizio, al fine di co-creare valore pubblico per il cittadino/utente insieme al cittadino/utente).</p>
<p>METODOLOGICI</p>	<p>3) ANNUALITÀ: la valutazione partecipativa deve essere effettuata con cadenza annuale.</p> <p>4) INCLUSIONE: l’amministrazione pubblica deve garantire che la partecipazione al processo di valutazione sia il più possibile accessibile, inclusiva e aperta, assicurando uguale possibilità di partecipare a tutte le persone interessate.</p> <p>5) RESPONSABILIZZAZIONE: il modello deve consentire la riconoscibilità dei valutatori e, quindi, la loro responsabilizzazione.</p> <p>6) PRIVACY E SICUREZZA: il modello deve garantire il rispetto della privacy e della sicurezza per tutti i valutatori.</p> <p>7) VERIFICABILITÀ: il modello deve consentire la verificabilità dei dati da parte dell’OIV.</p> <p>8) RILEVANZA: il modello deve assicurare che siano oggetto di valutazione partecipativa le attività e i servizi selezionati secondo i criteri di cui al successivo par. 5.2</p>
<p>TECNOLOGICI</p>	<p>9) SUPPORTO DIGITALE: il modello deve essere dotato di un supporto digitale che favorisca la migliore e più veloce attuazione dei requisiti metodologici.</p>
<p>INFORMATIVI</p>	<p>10) TRASPARENZA: le fasi, gli esiti e i costi del processo di valutazione sono resi pubblici, non solo per la platea dei diretti interessati alla materia oggetto di consultazione, ma per tutti i cittadini.</p>

Tabella 2 - Scala di sviluppo della valutazione partecipativa (le "X" indicano la fase nella quale il requisito deve essere introdotto nel SMVP)

REQUISITI		FASE DI AVVIO (I ANNO)	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO (II ANNO)	FASE DI SVILUPPO AVANZATO (III ANNO)
CONTENUTISTICI	1) ESPLICITAZIONE MOD. NEL SMVP 2) EFFETTI	X X (PO)	X (riprogettazione servizio o attività)	X (altri effetti decisi dall'amministrazione)
METODOLOGICI	3) ANNUALITÀ 4) INCLUSIONE 5) RESPONSABILIZZAZIONE 6) PRIVACY E SICUREZZA 7) VERIFICABILITÀ 8) RILEVANZA	X X X X attività/servizi selezionati per prima attuazione	X X X ulteriori attività/servizi	X X tutte le attività/servizi
TECNOLOGICI	9) SUPPORTO DIGITALE			X
INFORMATIVI	10) TRASPARENZA		X	X

Azioni previste durante la fase di avvio primo anno:

- esplicitare il modello di valutazione (Requisito 1) già in fase di avvio (nello specifico, in sede di aggiornamento del SMVP);
- attivare l'effetto della valutazione partecipativa sulla *performance* organizzativa (Requisito 2) già in fase di avvio, rimandando gli effetti sulla riprogettazione di servizi e attività e altri possibili effetti alle fasi di sviluppo;
- digitalizzare il modello (Requisito 10) entro la fase di sviluppo avanzato, potendo peraltro anticiparne la realizzazione nelle fasi precedenti;
- dichiarare nell'aggiornamento del SMVP le attività e i servizi da sottoporre a valutazione partecipativa a decorrere dall'anno in cui la modifica acquista efficacia, chiarendo l'arco temporale, al massimo di 3 anni, entro il quale valutare tutte le attività e tutti i servizi.

In sede di parere vincolante sul SMVP, l'OIV verifica in quale fase della scala di sviluppo si colloca l'esperienza, dandone evidenza nel parere.

L'OIV, inoltre, nella Relazione annuale sul funzionamento complessivo del sistema, suggerisce all'amministrazione quali azioni adottare per favorirne il miglioramento progressivo.



8. INTEGRAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE CON IL PIANO DELLA TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

COLLEGAMENTO CON PIANO ANTICORRUZIONE

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

Nello specifico:

- Monitoraggio dell'applicazione delle norme relative al nuovo accesso civico, come disciplinato dal D.Lgs 97/2016 (indicatori: relazione semestrale da parte dei responsabili dei servizi sulle richieste di accesso civico pervenute).
- Implementazione del percorso formativo interno in materia di anticorruzione e trasparenza per tutto il personale (Piano Formativo Aziendale).
- Attuazione delle misure e delle azioni correttive previste nella mappatura dei rischi del PTPCT 2020-2022: per ogni struttura aziendale nel PTPC 2020-2022 sono state individuate le aree di rischio di corruzione e le misure preventive da adottare al fine di ridurre i rischi;

Nei casi più gravi il mancato rispetto delle previsioni 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.

Obiettivi di integrazione con il PTPCT

1

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

2

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

3

Applicazione L. n. 179 del 30/11/2017 sulla gestione delle segnalazioni interne (WHISTLEBLOWING)

- 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.)

COLLEGAMENTO CON PIANO DELLA TRASPARENZA E INTEGRITA'

Le principali novità in materia di trasparenza sono state introdotte con D.Lgs. 97/2016 (FOIA). Si riportano le più importanti azioni di intervento:

- Ampliamento ambito soggettivo di applicazione della normativa sulla trasparenza
 - ✓ Pubbliche Amministrazioni, di cui all'art. 1, comma 2, del D.lgs. 165/2001;
 - ✓ Enti pubblici economici, ordini professionali, società in controllo pubblico, associazioni, fondazioni ed enti di diritto privato;
 - ✓ Società a partecipazione pubblica, associazioni, fondazioni ed enti di diritto privato;
 - ✓ Autorità portuali;
 - ✓ Autorità amministrative indipendenti;
 - ✓ Regioni a statuto speciale e province autonome;
 - ✓ Organi costituzionali e a rilievo costituzionale.

- Unificazione Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione con il Piano per la Trasparenza e l'Integrità (che diventa sezione del PTPCT);
- Previsione che, di norma, vi sia in ciascuna amministrazione un unico responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- **Elemento necessario del Piano della trasparenza sono gli Obiettivi strategici in materia che devono essere coordinati con gli obiettivi degli altri documenti, di natura programmatica e strategico gestionale, dell'amministrazione nonché con il Piano della Performance. Ciò al fine di assicurare coerenza e sostenibilità degli obiettivi posti;**
- Caratteristica essenziale e necessaria della sezione della trasparenza e l'indicazione dei nominativi (o degli uffici/strutture purché sia chiaramente individuabile il soggetto responsabile) dei soggetti responsabili di ognuna delle fasi del processo della trasparenza (individuazione, elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati), e per ciascun obbligo di pubblicazione;
- Introduzione istituto dell'Accesso civico generalizzato oltre all'ordinario accesso civico;
- Abrogazione di alcuni precedenti obblighi di pubblicazione e introduzione di nuovi obblighi;
- Nuovi obblighi di pubblicazione ai sensi del Codice appalti (art. 21 e 29 D.Lgs. 50/2016, Programma biennale acquisti di beni e servizi e programma triennale lavori pubblici, tutti gli atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti di servizi, forniture, lavori, opere, resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione etc.)
- Possibilità di pubblicazione dei dati mediante collegamenti alle banche dati contenenti i relativi dati.

OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA

Gli obiettivi strategici dell'ASP Siracusa per il triennio 2019-2021 in corso di aggiornamento, in materia di trasparenza sono finalizzati alla realizzazione di una amministrazione sempre più aperta al servizio del cittadino, attraverso una migliore accessibilità alle informazioni sull'organizzazione e sulle attività dell'Amministrazione.

Ciò risulta aderente alle stesse indicazioni ANAC, in occasione della approvazione del P.N.A. 2019 (delibera n°1064/2019), che ha enfatizzato il rispetto dei criteri di qualità delle informazioni, allo scopo di rendere effettiva e utile – per gli stakeholders e la stessa P.A. – l’obiettivo previsto dalla legge istitutiva (L. n°190/2012).

Vengono, pertanto, individuati in materia di trasparenza i seguenti obiettivi strategici:

- **Assicurare all’utenza adeguata informazione dei servizi resi dall’Azienda, delle loro caratteristiche qualitative e quantitative, nonché delle modalità di erogazione, rafforzando il rapporto fiduciario con i cittadini;**
- **Garantire con le iniziative adottate in materia di trasparenza, l’integrità e la legalità dell’azione amministrativa, rendendo conto della correttezza ed efficacia degli atti, in funzione di prevenzione della corruzione e più in generale della cattiva amministrazione;**
- **Consentire il controllo diffuso sulla Performance aziendale;**
- **Favorire un rapporto diretto tra amministrazione e cittadino.**

Tali obiettivi strategici si devono tradurre in obiettivi operativi che devono consentire:

- La responsabilizzazione dei Dirigenti/ funzionari che hanno gli obblighi di individuazione, elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati nel processo della trasparenza;
- La possibilità per gli utenti di valutare la regolarità dei processi aziendali derivante dalla conoscenza delle modalità e procedure di svolgimento;
- La possibilità di verificare se le risorse pubbliche sono impiegate per finalità proprie, derivante dalla conoscenza del modo in cui tali risorse vengono utilizzate;
- La possibilità di controllare in modo diffuso l’operato della pubblica amministrazione.

COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE

Con la delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017, al paragrafo 4.2, è stata già evidenziata (come già art. 44 D.Lgs. 33/2013, art. 1, comma 8-bis Legge 190/2012, introdotto da D.Lgs. 97/2016) "la necessità di coordinare gli obiettivi di performance con le misure di trasparenza" e "che gli OIV hanno il compito di verificare la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPCT e quelli indicati nei documenti di programmazione strategico-gestionali e che la valutazione della performance tenga conto degli obiettivi connessi all’anticorruzione e alla trasparenza".



L'attività volta ad assicurare la trasparenza e la pubblicazione dei dati integra gli obiettivi annualmente stabiliti per ciascun dirigente ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato.

Il Piano trasparenza riveste un ruolo importante nell'ambito del ciclo della Performance aziendale, in quanto consente la piena conoscibilità dei programmi di attività, del loro stato di attuazione e dei risultati conseguiti.

Il collegamento tra i due strumenti di programmazione (Trasparenza e Performance) non deve essere interpretato come mera integrazione formale, ma piuttosto come una prassi da perseguire per consolidare il collegamento funzionale e strategico tra le misure messe in campo dagli stessi.

L'efficacia del Piano della Trasparenza dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'amministrazione e, pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinate rispetto a quelle di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione.

Le amministrazioni, a tal fine, devono procedere, alla costruzione di un ciclo della performance integrata, che comprenda gli ambiti relativi:

- Alla performance;
- Agli standard di qualità dei servizi;
- Alla trasparenza e alla integrità;
- Al piano di misure in tema di misurazione e contrasto della corruzione.

Quindi le pubbliche amministrazioni procedono ad inserire, negli strumenti del ciclo della performance, e in qualità di obiettivi e di indicatori, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione del Piano della trasparenza.

La promozione della trasparenza e dell'integrità di cui al D.lgs. n. 33/2013 costituiscono obiettivi strategici dell'ASP di Siracusa e, conseguentemente, le attività per la predisposizione, implementazione e attuazione del relativo piano e delle misure ivi previste devono essere inseriti sotto forma di obiettivi nel Piano della Performance, nel duplice versante della:

- performance organizzativa;
- performance individuale.

L'integrazione con il ciclo di gestione della performance è finalizzata a porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia della trasparenza.

L'attuazione delle misure di trasparenza è opportuno che divenga uno degli elementi di valutazione del dirigente e, per quanto possibile, del personale non dirigenziale.

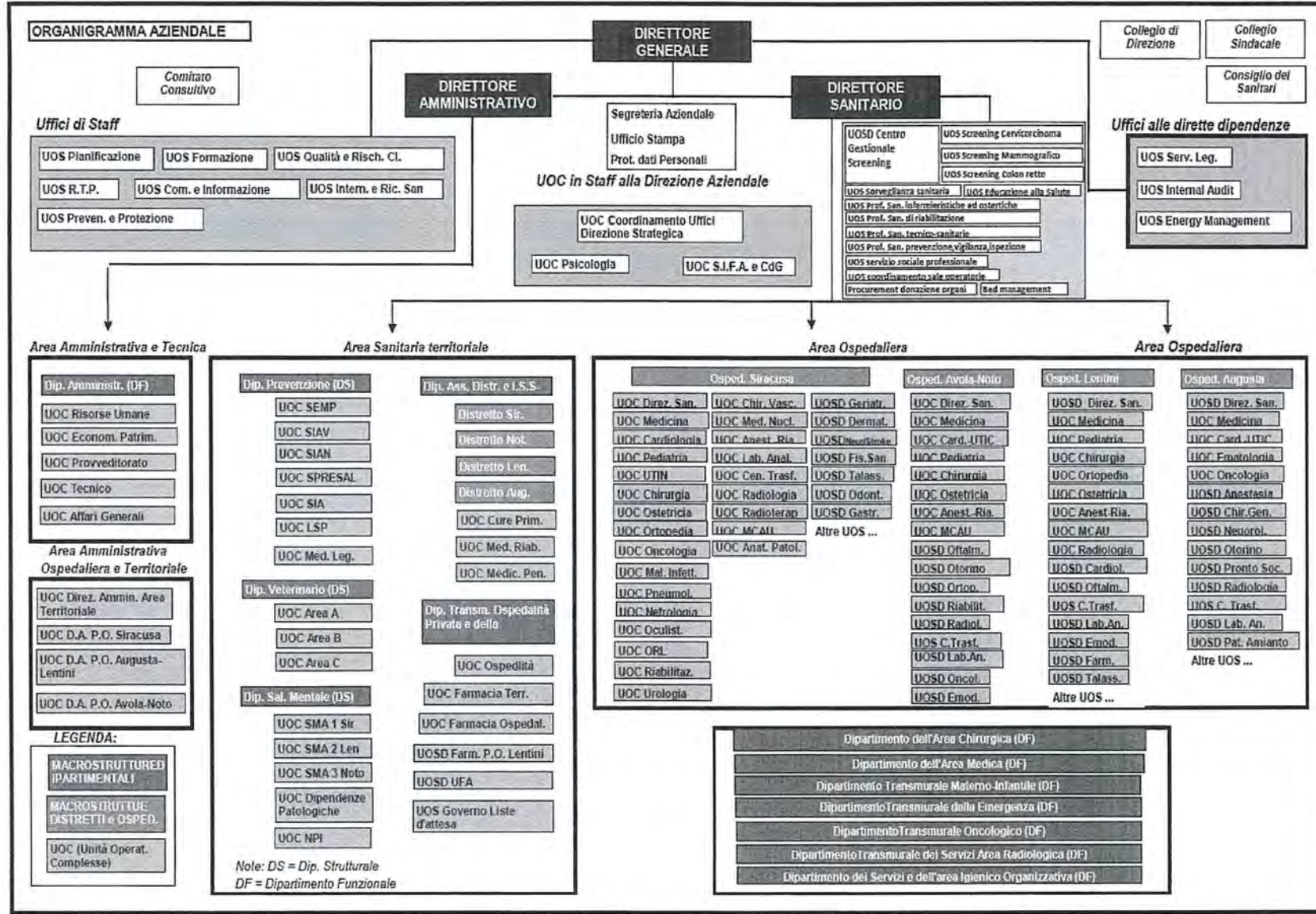
Assumono pertanto rilievo - come obiettivi per gli uffici e i relativi dirigenti - quelli declinati nella tabella (allegata alla nota n. 3458/AAGG del 04/12/2019, destinata agli uffici, e contenente sia la richiesta di mappatura dei rischi corruttivi, che la tabella con gli obblighi di pubblicazione di cui

trattasi), dove sono individuati gli uffici e i soggetti responsabili della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati con indicazione dei termini e dei risultati attesi sotto il profilo della completezza e della periodicità dell'aggiornamento dei dati.

Del raggiungimento dei suddetti obiettivi in tema di contrasto del fenomeno della corruzione e di attuazione della trasparenza si dovrà dare specificatamente conto nella Relazione della performance che, a norma dell'art. 10 D.lgs. n. 150/2009, dovrà evidenziare a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse.

Per quanto riguarda l'individuazione di ulteriori specifici obiettivi, per l'anno 2021, da assegnare alle diverse strutture dell'Azienda in relazione all'attuazione del principio di trasparenza, con correlata graduazione economica ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato, si ritiene che gli obiettivi fissati nel Piano, di cui il presente costituisce aggiornamento, siano sufficienti ad integrare un sistema di obiettivi adeguati al raggiungimento di un buon livello di trasparenza, nel senso giuridico di cui al D.Lgs n. 33/2013.







Ospedale G. Di Maria UOC **MEDICINA GENERALE**

208FH280001

Responsabile: ****** ******

Cod	OBIETTIVO	Peso	Descr. Intervento	Indicatori	val. atteso	Note
OBIETTIVI CONTRATTUALI GENERALI						
GE						
GE						
OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO						
SF						
SF						
OBIETTIVI DEL P.A.A. (PIANO ATTUATIVO AZIENDALE)						
PAA						
OBIETTIVI AZIENDALI						
DG						

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.).