

REGIONE SICILIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
SIRACUSA

Data 29/01/2019

OGGETTO: ADOZIONE PIANO TRIENNALE PER LA PERFORMANCE 2019/2021

Dimostrazione della compatibilità economica:

Direzione Generale

Proposta n. 4

del 29/01/2019

Budget già utilizzato € _____

Budget disponibile €

da cui prelevare la spesa prevista dal presente

atto, pari ad € _____

Disponibilità residua

di budget € _____

Il Direttore U.O.C.

Non comporta spesa

Addì **29/01/2019**, nei locali della sede legale dell'Azienda, siti in C.so Gelone 17 – Siracusa – il Commissario Straordinario, Dott. Salvatore Lucio Ficarra, giusto D.A. n. 2492/2018, assistito dalla Dr.ssa Carmela Linda Di Giorgio con funzioni di Segretario, ha adottato la seguente deliberazione:

Il Commissario dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa

Dott. Salvatore Lucio Ficarra

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

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

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

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

Visto il piano POCS 2016 -2018 per la Regione Siciliana;

Preso atto che l'Assessorato Regionale della Salute ha provveduto, per l'anno 2017 ad assegnare gli obiettivi ai Direttori Generali delle ASP e fra cui n.5 capitoli di intervento riconducibili al Piano Attuativo Aziendale, che configura il contributo organizzativo/operativo dell'Amministrazione alle linee di intervento indicate nel Piano Sanitario Regionale, e che a tutt'oggi non sono stati aggiornati;

Vista la delibera n. 95 del 30.01.2018 con la quale questa ASP ha adottato il Piano della Performance 2018-2020;

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

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

Richiamate le deliberazioni ANAC (ex CIVIT) n.113/2010, in particolare le delibere n. 4/2012, n. 6/2013 (*linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l'annualità 2013*) nonché le indicazioni operative dell'ANAC del 10.01.2014, ai fini dell'avvio del ciclo di gestione della performance 2014 - 2016, in cui – tra l'altro – è sottolineata la necessità di integrazione con

gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della corruzione;

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

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

Atteso che la Direzione strategica ha ritenuto di dover dare continuità anche per il triennio 2019-2021 al Sistema Obiettivi 2017, comprensivo di PAA e Obiettivi del Direttore Generale, nelle more della assegnazione dei nuovi obiettivi che perverranno nel corso dell'anno 2019 da parte del competente Assessorato alla Salute;

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

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

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

Coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario

D E L I B E R A

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 2019-2021 dell'ASP di Siracusa, nel testo che si allega al presente atto per farne parte integrante;
2. Di dare atto che il perseguimento degli obiettivi programmati è soggetto alla valutazione dell'OIV;
3. Di pubblicare il presente Piano sul sito aziendale alla sezione "Amministrazione Trasparente";
4. Di riservarsi di apportare eventuali variazioni, durante l'esercizio, agli obiettivi annuali ed agli indicatori previsti nel Piano della Performance Triennale allegato, qualora le stesse si rendessero necessarie in esito agli obiettivi che verranno assegnati alla Direzione Generale di questa ASP, a sopravvenute esigenze aziendali, nonché a seguito del susseguente percorso di negoziazione;
5. Di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo, stante l'esigenza di rispettare il dettato normativo, nonché le disposizioni regionali.

Il Direttore Amministrativo
Dott. Giuseppe Di Bella
FIRMATO

Il Direttore Sanitario
Dott. Anselmo Madeddu
FIRMATO

**IL COMMISSARIO STAORDINARIO
(Dott. Salvatore Lucio Ficarra)**

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE
(Dr.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 ed per gli effetti dell'art. 53 della L.R. n. 30/93 e successive modificazioni dal giorno al giorno

IL RESPONSABILE DI SEGRETERIA
(Dr.ssa Carmela Linda Di Giorgio)

Siracusa, li

La presente deliberazione è stata notificata al Collegio Sindacale in data _____
Prot. n° _____

IL RESPONSABILE DI SEGRETERIA
(Dr.ssa Carmela Linda Di Giorgio)

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

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



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
SIRACUSA

PIANO DELLA PERFORMANCE
Triennio 2019 - 2021

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. ANSELMO MADEDDU

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. GIUSEPPE DI BELLA

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. SALVATORE LUCIO FICARRA

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO

Il Piano della performance viene adottato annualmente ai sensi dell'articolo 10) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n°150, come modificato con Dlgs 74/2017 di seguito indicheremo come decreto, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

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

Il Piano della performance, quindi 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 riportati:

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

Gli 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 2018-2020, tenendo conto dei risultati raggiunti nel 2018, 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 COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Salvatore Lucio Ficarra

Indice

1. Presentazione del Piano	Pag. 1
Indice	Pag. 2
2. Sintesi delle informazioni di interesse per il cittadino e gli stakeholder esterni	Pag. 3
2.1 Chi siamo	Pag. 3
2.2 Cosa facciamo	Pag. 3
2.3 Come operiamo	Pag. 4
3. Identità	Pag. 6
3.1 L'amministrazione "in cifre"	Pag. 6
3.2 Mandato istituzionale e missione	Pag. 10
3.3 Albero della performance	Pag. 12
4. Analisi del contesto	Pag. 13
4.1 Analisi del contesto esterno	Pag. 15
4.2 Analisi del contesto interno	Pag. 17
5. Gli obiettivi strategici	Pag. 18
5.1 Gli obiettivi contrattuali	Pag. 18
6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	Pag. 34
6.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale	Pag. 34
7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione delle performance	Pag. 37
7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano	Pag. 37
7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	Pag. 53
7.3 Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione della performance	Pag. 53
8. Integrazione del piano della performance con il piano triennale prevenzione, corruzione trasparenza (PTPCT)	Pag. 54

Allegati

• Organigramma	Pag. 55
• Fac-simile scheda obiettivo	Pag. 56
• Fac-simile piano azione	Pag. 57

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

2.1 - CHI SIAMO

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

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

Rappresentante Legale dell'Azienda è il Direttore Generale.

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

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati con Atto Aziendale approvato con Decreto Assessoriale n°214/2016, recepito con deliberazione n. 301 del 11/4/2016.

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 1.1.2019), 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 Decreto Assessoriale n° 214/2016, recepito con deliberazione n. 301 del 11/4/2016 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 (CustomerSatisfaction), 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 del Farmaco
 - Dipartimento Strutture Residenziali
 - **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 2.778 dipendenti, distribuita secondo i ruoli e i profili professionali riportati nella successiva tabella, con la indicazione dei soli posti coperti con personale a tempo indeterminato.

DESCRIZIONE	RUOLO SANITARIO		RUOLO TECNICO		RUOLO AMMINISTR.		RUOLO PROFESS.		TOTALE	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Assistenza ospedaliera	1.340	1.520	162	155	64	57	2	2	1568	1.734
Assistenza territoriale	331	205	91	63	106	146	-		528	414
- Distretti sanitari	198	190	49	41	101	95			348	326
- Dipartimento Salute	133	134	42	36	5	4			180	174
Assistenza collettiva e Strutture centrali	323	199	39	35	99	61	1		462	460
Incaricati	52	293	53	16	114	14	1	5	220	328
TOTALE	2.377	2.541	436	346	489	377	4	7	3.306	3.436

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		
Presidio Ospedaliero	PP.LL. per acuti	PP.LL. post acuti
Umberto I – Siracusa	337	26
Avola – Noto	145	44
Totale	482	70

Distretto Ospedaliero SR2		
Residenti: ca 100.000		
Presidio Ospedaliero	PP.LL. per acuti	PP.LL. post acuti
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 1°	Siracusa
Presidio Ospedaliero Di Maria	Avola
Presidio Ospedaliero Trigona	Noto
Presidio Ospedaliero Muscatello	Augusta
Presidio Ospedaliero Generale	Lentini
Casa di Cura Villa Azzurra	Siracusa
Casa di Cura Villa Rizzo	Siracusa
Casa di Cura S. Lucia Glef	Siracusa
Casa di Cura Villa Salus	Augusta
Casa di Cura Villa Mauritius	Siracusa

Il personale in forza presso i Presidi Ospedalieri è pari a 1.734 unità, suddiviso come segue:

Personale presso i presidi ospedalieri					
Presidio Ospedaliero	RUOLO SANITARIO	RUOLO TECNICO	RUOLO AMMINISTR.	RUOLO PROFESS.	TOTALE
Umberto I - Siracusa	854	63	10	1	228
Di Maria - Avola	257	29	22	0	308
Trigona - Noto	152	25	6	0	183
Muscatello - Augusta	320	35	10	0	165
Generale - Lentini	182	11	11	1	205
TOTALE	1.765	163	59	2	1.989

PRINCIPALI ATTIVITA' OSPEDALIERE

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

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

Ricoveri ordinari

I Presidi Ospedalieri a gestione diretta, nell'anno 2018, hanno garantito circa 30.000 ricoveri ordinari ed hanno prodotto un fatturato quantificabile in €. 100.000.000

Ricoveri in Day Hospital e Day Surgery

Nell'ambito delle iniziative assunte dall'Azienda finalizzate alla valorizzazione dei ricoveri in day hospital e/o day surgery, i presidi ospedalieri a gestione diretta, nell'anno 2018, hanno erogato circa 20.000 accessi con un fatturato quantificabile in €. 9.000.000:

Numero complessivo di parti – anno 2018

Per l'anno 2018 il numero di parti è stato di ca n. 1.150

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

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

FONDI NEGOZIATI DALL'AZIENDA CON L'ASSESSORATO DELLA SALUTE PER FAR FRONTE ALLE ESIGENZE SANITARIE PER IL 2019

Per l'anno 2019 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

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.

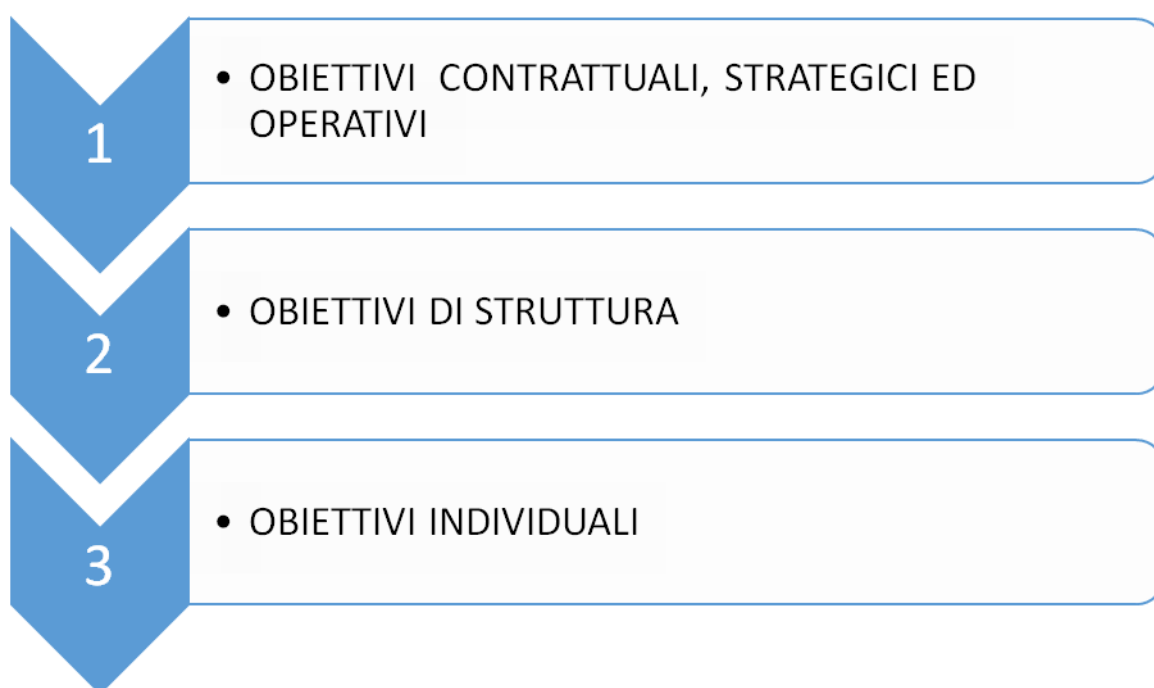
L'Azienda pone a fondamento della propria azione i seguenti principi:

- a) rispetto della dignità umana, equità ed etica professionale;
- b) centralità del valore salute e orientamento ai bisogni del paziente - utente;
- c) sviluppo delle cure primarie, appropriatezza clinica e organizzativa;
- d) garanzia per l'utente del servizio in campo assistenziale, didattico e di ricerca;
- e) garanzia della coerenza, qualità, continuità e compatibilità etica ed economica nell'erogazione del servizio;
- f) compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti, nel quadro degli indirizzi regionali;
- g) programmazione dell'impiego delle risorse disponibili secondo criteri di costo-efficacia, in funzione del soddisfacimento prioritario dei bisogni fondamentali di salute;
- h) diffusione dell'assistenza di primo livello, al fine di assicurare in modo generalizzato e coordinato la protezione e la promozione della salute, la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie, la riabilitazione dei pazienti, l'assistenza alle persone sofferenti, a quelle disabili ed ai malati terminali;
- i) sviluppo del sistema di emergenza - urgenza S.U.E.S. 118 anche in relazione alla presenza della Centrale Operativa 118 e del presidio Ospedaliero Umberto I, presidio di 2° livello per l'emergenza;
- j) miglioramento continuo nell'erogazione del prodotto e nel processo produttivo;
- k) appropriatezza delle performance cliniche e gestionali;
- l) valorizzazione delle risorse interne, integrazione delle professionalità e responsabilizzazione del personale sugli obiettivi aziendali;

- m) flessibilità organizzativa in relazione ai bisogni espressi dal territorio rilevati attraverso la rilevazione della qualità percepita, il processo di gestione dei reclami e le ricerche di Audit Civico.;
- n) partecipazione alla propria attività dei singoli cittadini e delle loro associazioni, nel rispetto delle norme vigenti attraverso il Comitato Consultivo, la Rete Civica e progetti che coinvolgono le associazioni di volontariato (Sportello Orientamento ai Servizi).

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

Il contesto in cui opera l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa è caratterizzato dall'esistenza dei seguenti fattori, che possono agire a livello delle attività delle singole strutture organizzative:

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:

- Limitazione del turn-over aziendale nel rispetto della normativa vigente;
- Abbattimento dello straordinario relativo al personale ausiliario;

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
- Processo di riordino del S.S.R.; - Rimodulazione dei servizi su base provinciale e per effetto di una maggiore integrazione ospedale / territorio - Potenziamento emodinamica; - Avvio 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 nefrologia; - Potenziamento urologia e ortopedia; - Rimodulazione dei servizi su base provinciale e sviluppo servizi territoriali e di prevenzione	- 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 01/1/2018), 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.

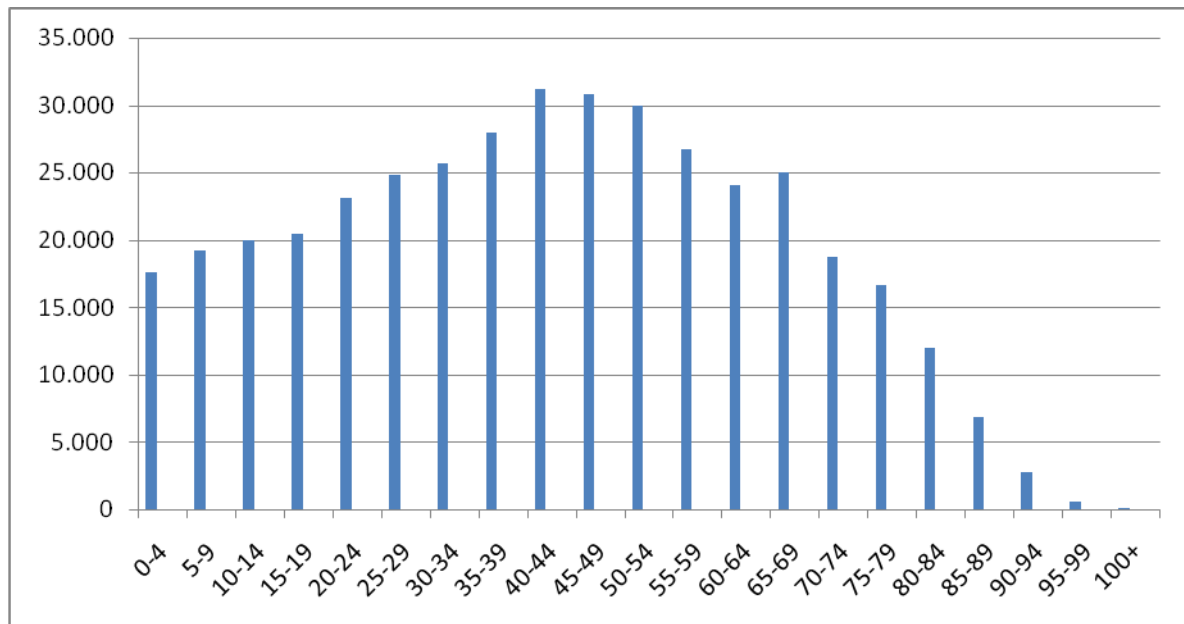
DISTRETTO SANITARIO	COMUNI AFFERENTI
Siracusa (n°2 PTA) Totale residenti: 196.236	1. Buccheri; 2. Buscemi; 3. Canicattini B.; 4. Cassaro; 5. Ferla; 6. Floridia; 7. Palazzolo A.; 8. Priolo Gargallo; 9. Siracusa ; 10. Solarino; 11. Sortino
Noto (n°2 PTA) Totale residenti: 103.140	1. Avola; 2. Noto ; 3. Pachino; 4. Portopalo di C.P.; 5. Rosolini
Augusta (n°1 PTA) Totale residenti: 49.926	1. Augusta ; 2. Melilli.
Lentini (n°1 PTA) Totale residenti: 54.683	1. Carlentini; 2. Francofonte; 3. Lentini .

4.1 -Analisi del contesto esterno

Provincia di Siracusa - Popolazione per Età e per sesso – 2018

Età	Celibi /Nubili	Coniugati /e	Vedovi /e	Divorziati/e	Maschi	Femmine	Totale	
								%
0-4	16.619	0	0	0	8.599 51,7%	8.020 48,3%	16.619	4,1%
5-9	18.643	0	0	0	9.654 51,8%	8.989 48,2%	18.643	4,7%
10-14	19.612	0	0	0	10.255 52,3%	9.357 47,7%	19.612	4,9%
15-19	20.460	30	0	0	10.626 51,9%	9.864 48,1%	20.490	5,1%
20-24	20.823	766	0	8	11.101 51,4%	10.496 48,6%	21.597	5,4%
25-29	19.987	4.163	5	53	12.364 51,1%	11.844 48,9%	24.208	6,0%
30-34	14.102	10.230	16	233	12.666 51,5%	11.915 48,5%	24.581	6,1%
35-39	9.770	16.010	70	613	13.334 50,4%	13.129 49,6%	26.463	6,6%
40-44	7.577	21.130	179	1.151	15.159 50,5%	14.878 49,5%	30.037	7,5%
45-49	5.498	23.403	391	1.545	15.306 49,6%	15.531 50,4%	30.837	7,7%
50-54	3.818	24.392	707	1.505	15.109 49,7%	15.313 50,3%	30.422	7,6%
55-59	2.691	22.986	1.157	1.222	13.646 48,6%	14.410 51,4%	28.056	7,0%
60-64	1.918	20.273	1.816	908	11.956 48,0%	12.959 52,0%	24.915	6,2%
65-69	1.438	18.471	2.907	715	11.285 48,0%	12.246 52,0%	23.531	5,9%
70-74	1.127	15.438	4.095	465	10.039 47,5%	11.086 52,5%	21.125	5,3%
75-79	845	10.464	5.354	303	7.539 44,4%	9.427 55,6%	16.966	4,2%
80-84	552	5.862	5.440	162	5.157 42,9%	6.859 57,1%	12.016	3,0%
85-89	396	2.371	4.411	73	2.716 37,5%	4.535 62,5%	7.251	1,8%
90-94	197	541	2.021	30	852 30,5%	1.937 69,5%	2.789	0,7%
95-99	47	93	489	5	173 27,3%	461 72,7%	634	0,2%
100+	4	10	75	0	22 24,7%	67 75,3%	89	0,0%
Totale	166.124	196.633	29.133	8.991	197.558 49,3%	203.323 50,7%	400.881	100,0%

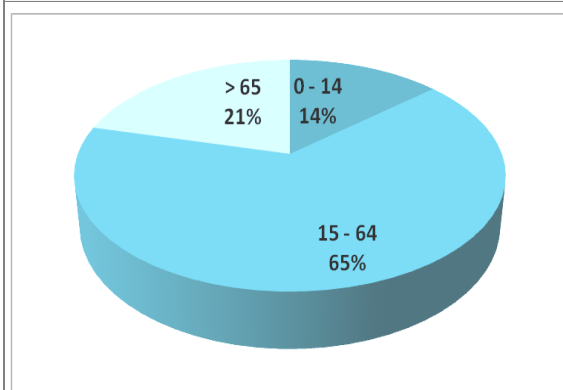
Grafico Età



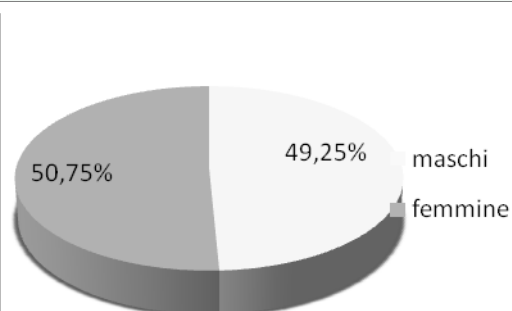
Per Fasce di Età

Età	Maschi	Femmine	Totale	%Totale	%Maschi
0-14	28.508	26.366	54.874	14,0%	51,9%
15-64	131.267	130.339	261.606	65,5%	50,1%
65+	37.783	46.618	84.401	20,4%	44,8%
Totale	197.558	203.323	400.881		

Distribuzione per fasce di età



Distribuzione per sesso



4.2-Analisi del contesto interno

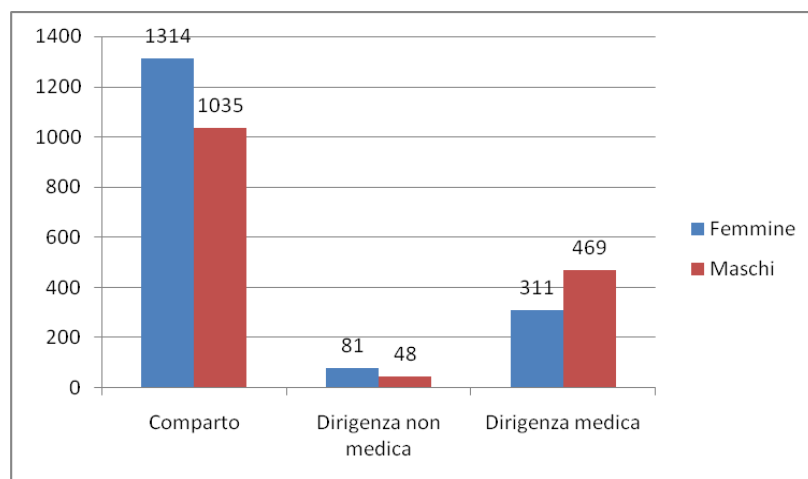
L'Atto Aziendale ha ridefinito l'assetto organizzativo e funzionale dell'Azienda, (Allegato n.1). I conseguenti atti amministrativi adottati dall'Azienda o da adottare sono finalizzati a dare concreta e completa attuazione a quanto previsto in termini di dotazione organica e di organizzazione dei servizi.

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 31 dicembre 2018

DESCRIZIONE	RUOLO SANITARIO		RUOLO TECNICO		RUOLO AMMINISTR.		RUOLO PROFESS.		TOTALE	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Assistenza ospedaliera	1.340	1.520	162	155	64	57	2	2	1568	1.734
Assistenza territoriale	331	205	91	63	106	146	-		528	414
- Distretti sanitari	198	190	49	41	101	95			348	326
- Dipartimento Salute	133	134	42	36	5	4			180	174
Assistenza collettiva e Strutture centrali	323	199	39	35	99	61	1		462	460
Incaricati	52	293	53	16	114	14	1	5	220	328
TOTALE	2.377	2.541	436	346	489	377	4	7	3.306	3.436

Bilancio di genere dell'ASP di Siracusa



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

5.1- Gli obiettivi contrattuali, strategici ed operativi

Sistema obiettivi 2019 (in attesa della definizione degli obiettivi contrattuali, strategici ed operativi da parte della Regione)

Articolazione

Per l'anno 2019 l'Azienda intende confermare il sistema obiettivi per l'anno 2018 riservandosi eventuali modifiche e rimodulazioni al momento della nuova assegnazione.

Per quanto sopra si conferma che il Sistema Obiettivi si articola su due categorie:

- Gli obiettivi contrattuali generali sono riferiti al mandato di Direttore Generale che, se non raggiunti, ai sensi dell'art. 20 comma 4 della L.r. n° 5/09, sono oggetto di decadenza automatica e sono definiti in continuità a quelli di inizio mandato. L'Azienda è in attesa di nomina del Direttore Generale e a cui, successivamente l'Assessorato assegnerà i predetti obiettivi. Fino alla nuova assegnazione vengono considerati in vigore quelli degli anni precedenti.
- Gli obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento dei servizi sono correlati all'attribuzione della indennità, che verrà corrisposta in proporzione al livello di raggiungimento degli stessi, con il limite del 60% che se non raggiunto comporta la decadenza ai sensi dell'art. 20 comma 6 della L.r. 05/09, e sono definiti per i secondi 18 mesi di mandato.

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

Mission

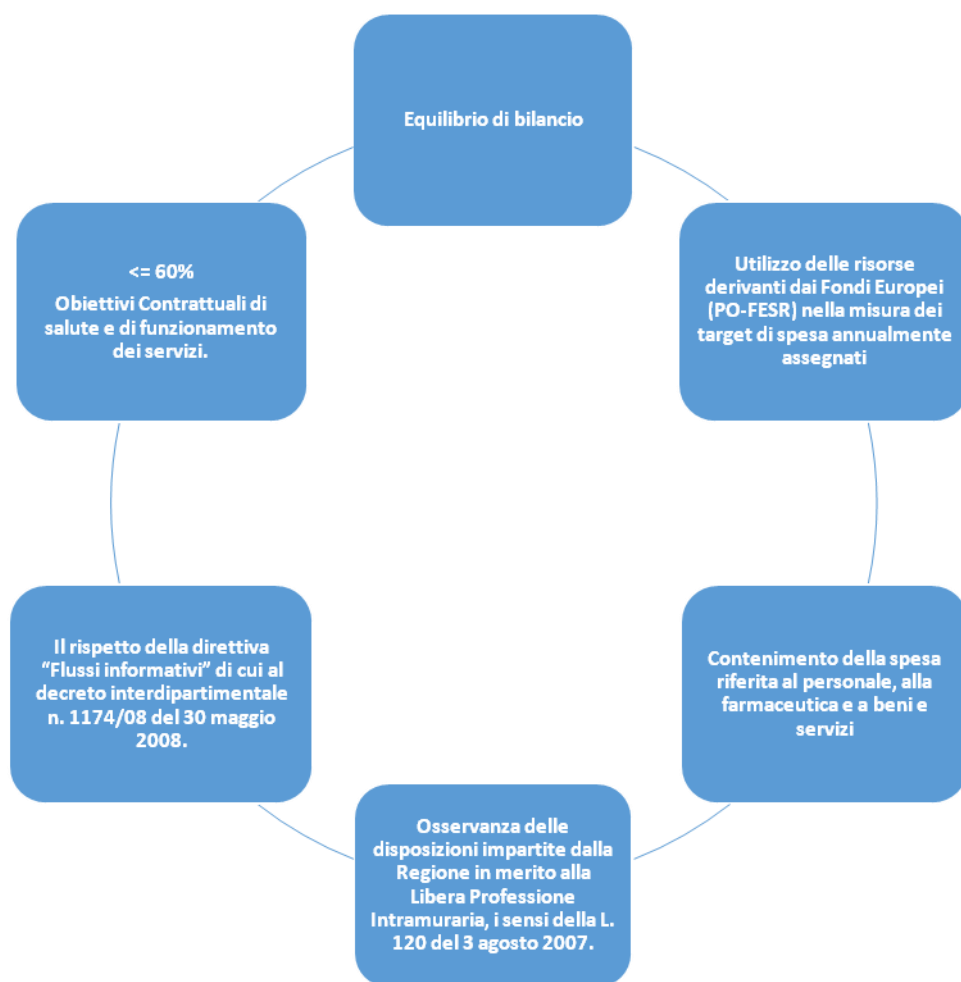
Garantire la tutela della salute sia individuale che collettiva, della popolazione residente nel proprio ambito territoriale per consentire alla stessa la migliore qualità di vita possibile. Tale obiettivo è perseguito garantendo la disponibilità e l'accesso alle diverse tipologie di assistenza, di servizi 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 di integrazione
con il PTPCT**

OBIETTIVI CONTRATTUALI GENERALI



OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

In merito agli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi, oggetto del sistema di incentivazione, in attesa che l'Assessorato assegni nuovi obiettivi per il 2019, si confermano i seguenti macro-obiettivi già rilevati per il biennio 2016/2017:

5.1a

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

5.1b

- ESITI

5.1c

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

5.1d

- OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI

Gli obiettivi strategici hanno lo scopo di tradurre l'identità (mandato e missione) in obiettivi misurabili e correlati ai servizi erogati. Il conseguimento degli obiettivi costituisce condizione per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrativa. Gli obiettivi, strumento di governo e di conduzione aziendale, sono distinti in obiettivi strategici, riferiti ad un arco temporale di lungo periodo, ed obiettivi operativi, di breve periodo.

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

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

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

Per l'anno 2019, in linea con le indicazioni relative alle priorità indicate nel "Sistema Obiettivi" 2016/2017, con la quale l'Assessorato per la Salute ha individuato 5 Aree di Intervento per la predisposizione del documento di sintesi e la successiva formalizzazione degli obiettivi. Non essendo ancora stato definito il Sistema Obiettivi per il periodo di validità del presente piano e nell'intento, comunque, di consolidare gli interventi già implementati, si confermano i medesimi anche per il presente Piano, nelle more della definizione per l'anno 2019.

Le linee di intervento individuate sono le seguenti:

Intervento 1 SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE	• Sanità veterinaria • Igiene degli alimenti • Vaccinazioni • Tutela ambientale • Prevenzione luoghi di lavoro
Intervento 2 QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	• Sicurezza dei pazienti • Formazione dei professionisti • Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza • PDTA • Appropriatelyzza • Outcome
Intervento 3 RETI	• Reti tempo-dipendenti: • Rete IMA • Rete Stroke • Rete Politrauma • Reti cliniche integrate: • Rete Oncologica • Percorso Nascita
Intervento 4 ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	•Cronicità •Disabilità e non autosufficienza •Riabilitazione •Salute mentale •Violenza su donne e minori
Intervento 5 SVILUPPO ORGANIZZATIVO	•Comunicazione •Formazione •Internazionalizzazione e Ricerca sanitaria •Telemedicina

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

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

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.)

5.1a - POCS 2016/2018

INTERVENTI DA ATTUARE

Cap. 1 - Governo del Sistema Sanitario	• Certificabilità dei bilanci del SSR (P.A.C.)
	• Piani di efficientamento di cui all'art.1 comma 524 della legge 28 dicembre 2015, n. 208
	• Programmazione ricerca, innovazione, internazionalizzazione ed attrazione di investimenti
Cap. 2 - Costruzione del tendenziale 2016-2018 e riepilogo manovre del programmatico	
Cap. 3 - Aree di Intervento / Prevenzione	• Potenziamento screening oncologici • Screening uditivo neonatale • Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare • Piano Regionale Integrato dei Controlli - PRIC • Disporre di un sistema informativo in sicurezza alimentare, dedicato alla rilevazione dei dati a fini programmatici, per il monitoraggio, la vigilanza dei processi, la valutazione del rischio • Efficacia dei Controlli ufficiali: efficacia in rapporto alla trasparenza ed all'anticorruzione nella Pubblica Amministrazione • Programmi regionali in materia di controlli sulla alimentazione animale e in tema di lotta alle zoonosi con particolare riferimento per la brucellosi -Gestione del randagismo
IgienePubblica	• Implementazione della comunicazione sulle vaccinazioni, finalizzata al raggiungimento delle coperture vaccinali previste dal Piano Nazionale Vaccini 2016-2018 e dal Calendario Vaccinale per la Vita, adottato con il D.A. n° 38/2015 • Gestione dei flussi di malattie infettive, ed in particolare, Morbillo e Rosolia congenita, in ottemperanza a quanto previsto dal Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita (PNEUMoRc 2010-2015) e Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 • Controllo malattie croniche e sorveglianza fattori di rischio comportamentali • Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione • Programma Regionale Abbattimento Morbosità e Mortalità delle Malattie Croniche non Trasmissibili (MCNT), lotta al tabagismo, abuso di alcol, obesità e sedentarietà • Programma di Prevenzione Regionale Formazione Educazione Dieta (FED) • Area di intervento: Adeguamento della rete ospedaliera • Attuazione del processo di "Riqualificazione e rifunionalizzazione della rete ospedaliera e territoriale della Regione Sicilia" • Piano Triennale 2015-2017 di riorganizzazione ed efficientamento dell'ISMETT
Rete della Riabilitazione	• Istituzione della Rete della Riabilitazione mediante la realizzazioni di sedi satelliti dell'IRCCS Bonino Pulejo di Messina
Rete Emergenza-Urgenza	• Adeguamento della rete ospedaliera e territoriale • La rete ospedaliera dell'emergenza della Regione Siciliana è costituita da strutture di diversa complessità assistenziale che si relazionano secondo il modello "Hub and Spoke" • La rete territoriale dell'emergenza è costituita dalle centrali operative, dalle postazioni dei mezzi di soccorso di base ed avanzato, dal servizio di elisoccorso. • Attuazione del processo di "Riqualificazione e rifunionalizzazione della rete ospedaliera dell'Emergenza della Regione Sicilia" • Riorganizzazione della rete territoriale dell'Emergenza della Regione Sicilia
Reti Tempo Dipendenti	• Integrazione della rete ospedaliera dell'emergenza-urgenza con la gestione delle patologie tempo dipendenti
Rete Territoriale	• Implementazione del livello organizzativo della rete regionale di assistenza territoriale • Implementazione dei percorsi assistenziali per pazienti affetti da patologie croniche • Attività consultoriale e percorso nascita • Assistenza sanitaria cittadini stranieri • Sanità penitenziaria • Completamento del processo di trasferimento delle funzioni sanitarie in tema di sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Regionale
Rete Laboratoristica	
Tutela delle fragilità	

Gestione del personale	• Monitoraggio del personale dipendente e non del SSR (art. 2, commi 71-72 della L. 191/2009 e ss.mm.ii.) • Misure di contenimento del personale a tempo determinato (in coerenza al DL n. 78/2010, art. 9 comma 28) • Piano fabbisogno di personale (Art. 1, commi 541 lettera b), 542, 543 e 544 della L. 208/2015) • Rideterminazione delle dotazioni organiche • Direttiva reclutamento del personale • Attuazione procedure DPCM 6 marzo 2015 in materia di stabilizzazione del personale "precario" • Procedure di mobilità e concorsi • Riepilogo degli impatti economici complessivi derivanti dall'avvio di procedure di reclutamento/stabilizzazione
Flussi Informativi	• Miglioramento della qualità dei dati • Tessera Sanitaria • <u>Appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri</u>
Gestione e monitoraggio sull'acquisto di beni e servizi	• Monitoraggio dei sistemi di approvvigionamento in corso ed a supporto della Centrale di Committenza • Potenziamento del flusso beni e servizi ex D.D.G. 914/2014 • Evoluzione del sistema di monitoraggio delle procedure di acquisto • Attività di supporto alla Centrale Unica di Committenza • Potenziamento dei sistemi di monitoraggio e controllo della spesa sanitaria in termini di prezzi • Potenziamento del sistema di reportistica • Prezzi di riferimento categorie DPCM del 24.12.2015 • Coinvolgimento del Servizio Controllo di Gestione in fase di monitoraggio • Valutazione impatto economico delle azioni
Spesa farmaceutica	• Mantenimento del sistema di compartecipazione alla spesa farmaceutica • Individuazione di soglie prescrittive • Mantenimento livelli di spesa farmaceutica • Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti • Valutazione della qualità percepita dei servizi sanitari <i>Descrizione</i> • Appropriatezza - Controlli analitici • Accredimento istituzionale • Individuazione organismo accreditante ed adeguamento del sistema di accreditamento istituzionale regionale al documento TRAC • Rinnovo dell'autorizzazione e dell'accredimento delle strutture trasfusionali della rete regionale • Cure Palliative e di fine vita e Terapia del Dolore
Miglioramento della gestione finanziaria	
Rapporti con gli erogatori privati	
Promozione dell'integrazione socio-sanitaria	
Rapporti con le Università	
Controllo di Gestione	• Linee Guida per l'implementazione del Controllo di Gestione
	• Intervento operativo: Integrazione Linee Guida regionali
	• Contabilità Analitica
	• Intervento operativo: Piano Regionale dei Centri di Rilevazione
	• Intervento operativo attivazione flusso informativo co.an.
Tempi di pagamento	• Disposizioni in materia di tempi di pagamento dei fornitori • Intervento operativo: tempi di pagamento dei fornitori

2. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali

- 2.12 ACCOGLIENZA DEL CITTADINO IN OSPEDALE

3. CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA

- 3.1 ATTIVAZIONE MODELLI ASSISTENZIALI PER POTENZIARE LE ESIGENZE SOCIALI E SANITARIE NELL'AMBITO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE
- 3.23 PROPOSTA PROGETTUALE PER LO SVILUPPO DELLA CENTRALE OPERATIVA DI COORDINAMENTO DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE

**4. Piano Nazionale
Prevenzione e supporto al
Piano Regionale
Prevenzione**

- 4.1.1 PROGRAMMA REGIONALE DI PROMOZIONE DELLA SALUTE, LOTTA AL TABAGISMO, OBESITA' E SOVRAPPESO, ABUSO DI ALCOL, SEDENTARIETA'
- 4.1.7 PROGRAMMA REGIONALE DI PREVENZIONE DELLA SALUTE A FAVORE DI SOGGETTI A RISCHIO MCNT
- 4.1.8 PROGRAMMA REGIONALE FED (FORMAZIONE, EDUCAZIONE, DIETA)
- 4.1.9 PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO SCEENING ONCOLOGICO
- 4.2 PREVENIRE CONSEGUENZE DEI DISTURBI NEUROSENSORIALI
- 4.3 PROGRAMMA REGIONALE DI PREVENZIONE DEL DISAGIO PSICHICO INFANTILE, ADOLESCENZIALE E GIOVANILE
- 4.4 PREVENIRE LE DIPENDENZE DA SOSTANZA E/O COMPORTAMENTI
- 4.5 PREVENIRE GLI INCIDENTI STRADALE E RIDURRE LA GRAVITA' DEI LORO ESITI
- 4.6.1 PREVENIRE GLI INCIDENTI DOMESTICI E RIDURRE LA GRAVITA' DEI LORO ESITI
- 4.7 PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI
- 4.9 RIDUZIONE DELLA FREQUENZA DI INFEZIONI/MALATTIE INFETTIVE PRIORITARIE
- 4.10 RAFFORZAMENTO DELLE ATTIVITA' DI PREVENZIONE IN SICUREZZA ALIMENTARE SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

5. CRONICITA'

- 5.3 SOSTEGNO ALLE ATTIVITA' DEL CENTRO DIURNO ALZHEIMER DI NOTO E LENTINI

**1. ATTIVITA' DI ASSISTENZA
PRIMARIA**

- 1.3 COSTRUZIONE DI UNA PIATTAFORMA TECNOLOGICA PER L'INFORMATIZZAZIONE, LA GESTIONE ED IL MONITORAGGIO DEL SISTEMA DEDICATO AI CITTADINI STRANIERI

**2 SVILUPPO DEI PROCESSI
DI UMANIZZAZIONE
ALL'INTERNO DEI PERCORSI
ASSISTENZIALI**

- 2.20 SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI AUTOSUFFICIENZA DI SANGUE ED ECOCOMPONENTI
- 2.21 GUIDA E SOSTEGNO AL BAMBINO RICOVERATO

**3.CURE PALLIATIVE E
TERAPIA DEL DOLORE.
SVILUPPO DELL'ASSISTENZA
DOMICILIARE PALLIATIVA
SPECIALISTICA**

- 3.1 ATTIVAZIONE MODELLI ASSISTENZIALI PER POTENZIARE LE ESIGENZE SOCIALI E SANITARIE NELL'AMBITO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE
- 3.23 PROPOSTA PROGETTUALE PER LO SVILUPPO DELLA CENTRALE OPERATIVA DI COORDINAMENTO DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE

**4. PIANO NAZIONALE
PREVENZIONE E SUPPORTO
AL PIANO NAZIONALE
PREVENZIONE**

- 4.2.10 PIANO REGIONALE PLURIENNALE DI COSTRUZIONE DEL CORRETTO RAPPORTO UOMO/ANIMALE/AMBIENTE
- 4.1.1 PROGRAMMA REGIONALE DI PROMOZIONE DELLA SALUTE, LOTTA AL TABAGISMO, OBESITA' E SOVRAPPESO, ABUSO DI ALCOL, SEDENTARIETA'
- 4.1.2 PROGRAMMA REGIONALE DI PREVENZIONE DELLA SALUTE A FAVORE DI SOGGETTI A RISCHIO MCNT
- 4.1.3 PROGRAMMA REGIONALE FED (FORMAZIONE, EDUCAZIONE, DIETA)
- 4.1.4a IMPLEMENTAZIONE TST HPV - DNA SCREENING DEL CERVICOCARCINOMA
- 4.5.1 PREVENIRE GLI INCIDENTI STRADALI E RIDURRE LA GRAVITA' DEI LORO ESITI
- 4.6.1 PREVENIRE GLI INCIDENTI DOMESTICI ED I LORO ESITI
- 4.8.2 SENSIBILIZZARE LA POPOLAZIONE SUL CORRETTO USO DELLA TELEFONIA CELLULARE

6. RETI ONCOLOGICHE

- 6.19 OSPEDALE A DOMICILIO - SVILUPPO Re.O.S. - SVILUPPO PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DELLE PATOLOGIE INDOTTE DA FARMACI E DALLE TERAPIE ANTITUMORALI

5.1b - ESITI

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

Alla luce delle indicazioni assessoriali e regionali per l'anno 2016/2017 si è continuato ad impiegare i tre indicatori utilizzati in precedenza aggiungendo un nuovo indicatore di attenzione.

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

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;

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

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

5.1c – PROGETTI DI MIGLIORAMENTO DEL FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

Per gli anni 2016/2017 i progetti di miglioramento organizzativo sono 7. Tali obiettivi fanno riferimento sostanzialmente ad azioni che richiedono una volontà di cambiamento organizzativo e gestionale specifico per portare a regime nuove soluzioni su alcune aree prioritarie. Gli obiettivi sono:

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

1) *Screening oncologici*

Obiettivo: mantenimento del numero degli inviti con atteso il miglioramento del valore delle adesioni che in tutti e tre gli screening è posizionato al di sotto del 50%, dovuto per lo più a problematiche culturali.

Per il 2019 necessita mettere in atto le seguenti azioni:

- a. Campagna di comunicazione in materia di screening: organizzare degli incontri informativi a gruppi di popolazione nei comuni dell'Azienda ed ai dipendenti delle raffinerie (Lukoil-Esso) nell'area ad alto rischio ambientale.
- b. Attivazione di percorsi per gruppi di donne difficili da raggiungere, mediante l'offerta dell'HPV DNA test in contemporanea alla pratica del Paptest.
- c. Corsi di formazione all'Ordine dei Medici ai MMG.
- d. Incontri informativi con i docenti delle scuole Superiori di Siracusa e Comuni della Provincia.
- e. Incontri nelle scuole superiori con gli studenti nei comuni di Noto, Palazzolo A., Canicattini B. ed Augusta
- f. Incontri con i MMG dei comuni di Siracusa e provincia.
- g. Incontri informativi con altrettante Associazioni di Volontariato.

2) *Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali*

Porre massima attenzione sui tempi di attesa delle classi di priorità B e D e per entrambe le modalità (EX ANTE ed EX POST) di rilevazione per le quali è stato già raggiunto il livello 1,

Incentivare la metodologia di lavoro già con il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema all'interno del gruppo interaziendale per il governo delle liste di attesa previsto dall'art. 2 del da 439/2015. Continuare l'analisi profonda delle liste di attesa ed ha pianificato soluzioni condivise per il miglioramento di detti tempi.

Coinvolgere il Comitato Consultivo Aziendale per il miglioramento della "cultura" della gestione della risorsa "prestazione specialistica ambulatoriale".

Coinvolgimento degli specialisti privati accreditati con l'offerta tramite CUP della quasi totalità delle prestazioni specialistiche, unitamente ad una attenta azione di prevenzione del drop out mediante una puntuale azione di recall ed una continua azione di formazione sui medici prescrittori per migliorare l'appropriatezza prescrittiva.

3) *Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR.*

Punti nascita

I punti nascita dell'Asp di Siracusa presentano requisiti previsti dalla checklist pari ad un valore medio aziendale superiore al 90% e pertanto è stato raggiunto il livello 2 dell'obiettivo previsto al 100% del livello 1. I dati sono stati regolarmente inseriti nella piattaforma qualisiciliassr.

	Ostetricie	Neonatologia / Pediatria
Siracusa	94,03%	91,52%
Noto	88,8%	81,4%
Lentini	92,06%	98,14%

4) *Donazione organi*

Presso questa Azienda è stato attivato l'ufficio del Coordinatore Locale per i prelievi ed i trapianti, l'obiettivo per il 2019 è "l'aumento del numero di accertamenti effettuati che in atto si aggira al 50%.

Aumento della percentuale del numero di non opposizioni , valore che in atto si aggira al 75%

Miglioramento del numero di cornee prelevate non inferiore al 5% dei decessi registrati di soggetti che rientrino nei parametri di idoneità alla donazione delle cornee.

5) *Prescrizioni dematerializzate*

Obiettivo:

Aumento del numero medici complessivamente abilitati che in atto è pari al 38%

Aumento del numero ricette mensili per medico prescrittore che in atto è pari a 10

Aumento del numero totale di ricette de materializzate che in atto si aggira a 50.000

6) *Utilizzo fondi di PSN*

Obiettivo:

Consolidamento di tutte le procedure necessarie per l'impegno economico dei singoli progetti di PSN sono state tutte avviate ed in atto in fase di realizzazione secondo la tempistica prevista.

7) *Sviluppo percorso attuativo di certificabilità (P.A.C.)*

Tutte le azioni contenute nei PAC sono state realizzate entro il 31/12/2017 secondo le previsioni di cui al D.A. n. 1559 del 5/9/2016. Pertanto, a partire dal 2018 e per l'anno in corso, le strutture aziendali sono impegnate nella effettiva applicazione delle procedure previste nelle diverse aree di intervento, ai fini della certificabilità del bilancio. Lo sviluppo del percorso di certificabilità è completato dalle verifiche sulla corretta esecuzione delle procedure poste in essere, secondo lo specifico piano annuale, dalla funzione aziendale di Internal Audit.

5.1d – OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI

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

Nel dettaglio il Piano consiste nelle seguenti linee di attività.

- 1. BIOMONITORAGGIO: PRESA IN CARICO SOGGETTI CON VALORI IN ECCESSO.**
- 2. RAFFORZAMENTO INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE .**
 - Fumo: Peer Education.
 - Fumo : Fumo in gravidanza e centro antifumo.
 - Alcool.
 - Cattiva alimentazione.
 - Cattiva alimentazione: Contrasto obesità.
 - Sedentarietà.
 - Rischio cardiovascolare.
- 3. RAFFORZAMENTO INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE .**
 - Promozione del test di screening neoplasia del collo dell'utero.
 - Promozione del test di screening neoplasia della mammella.
 - Promozione del test di screening tumore del colon retto.
- 4. SORVEGLIANZA SANITARIA NEGLI EX-ESPOSTI AMIANTO .**

SVILUPPO CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE ATTIVATO PRESSO IL P.O. DI AUGUSTA
- 5. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'OFFERTA DIAGNOSTICO-ASSISTENZIALE.**
 - Implementazione dei percorsi assistenziali e continuità ospedale territorio.
 - Riduzione tempi di attesa al Pronto Soccorso
 - Potenziamento Sale Operatorie P.O. Avola
 - Previsione sviluppo apertura dei CUP presso le farmacie territoriali
 - Implementazione rete SPOKE
 - Miglioramento dei posti RSA
 - Avvio delle attività per apertura RSA Pachino
 - Sviluppo dei PDTA - Percorso diagnostico terapeutico assistenziale cardio-oncologico

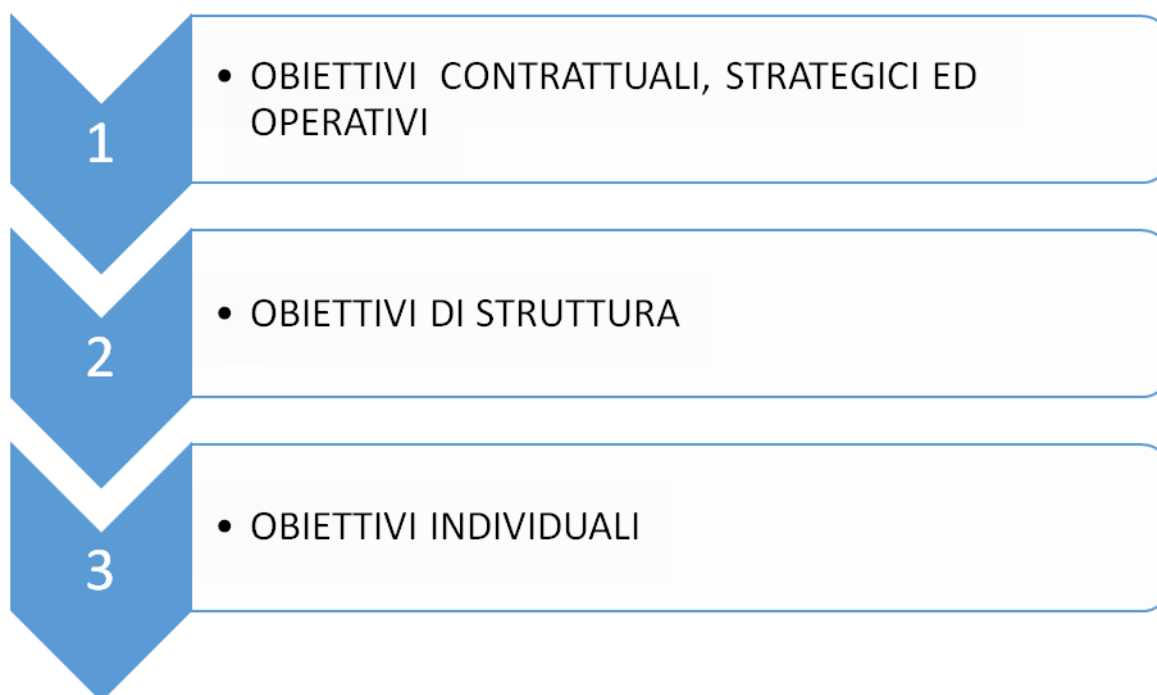
6. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI

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 predispone specifiche schede di budget ed avvia la negoziazione con i dirigenti titolari di Centri di Responsabilità definendo le risorse necessarie, gli indicatori e la tempistica di raggiungimento degli obiettivi;
- i responsabili di Unità Operativa Complessa avranno cura di redigere, sulla base degli obiettivi assegnati, specifici piani annuali di lavoro coinvolgendo, in fase di elaborazione e di attuazione, tutti i responsabili di struttura semplice afferenti nonché tutto il personale in servizio della dirigenza e del comparto assegnato, **“performance individuale”**;
- nei piani di lavoro annuale vengono esplicitate le iniziative che si intendono avviare per il raggiungimento degli obiettivi specifici nel rispetto dei programmi e degli obiettivi strategici dell'Azienda.
- i piani di lavoro elaborati dai titolari di Centri di Responsabilità e trasmessi alla Direzione Aziendale (U.O. 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).

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

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

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

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

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

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

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

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

Il punto di partenza del Piano è costituito dagli indirizzi di programmazione emanati dalla Regione Siciliana (POCS), dagli obiettivi individuati ed assegnati alla Direzione Generale, dai progetti obiettivi PSN anno 2013 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.

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

Il Piano prevede il coinvolgimento delle seguenti funzioni:

- Direzione Aziendale

- Indirizzo strategico gestionale
- Verifica risultati.

- **Organismo Indipendente di Valutazione / 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 formulazione del Piano della performance

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

1. La Direzione Aziendale recepisce gli indirizzi della Regione in merito ai programmi di sviluppo del sistema di offerta di servizi sanitari ed alle risorse economico-finanziarie a disposizione dell'Azienda e definisce gli obiettivi strategici aziendali. Sulla base degli obiettivi e delle risorse, la Direzione Sanitaria e la Direzione Amministrativa, congiuntamente, predispongono il Piano della Performance.
2. I Dipartimenti sanitari, 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 i Coordinatori dell'Area Territoriale, dei Distretti Ospedalieri ed i Responsabili dei Dipartimenti hanno il compito di rilevare in modo puntuale i dati quantitativi relativi al proprio settore di attività, riferiti all'esercizio precedente a quello di riferimento del Piano. I dati devono essere rappresentati sinteticamente in prospetti condivisi con chi elabora il documento.

Analisi del contesto esterno ed interno

In questa fase i Coordinatori dell'Area Territoriale, dei Distretti Ospedalieri 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:

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

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

- > Direttore Amministrativo con funzioni di Coordinatore
- > Direttore Sanitario
- > Un Direttore di U.O.C. o capo Dipartimento
- > Resp. del Controllo di Gestione
- > RESP. 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,

1.3 FASI DEL PROCESSO DI BUDGET

1.3.1 Fasi e Tempi del Processo di Budget

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

Fasi e tempi del Processo di Budget

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

Fase 7 - Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi

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

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

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

All'esito dell'esame da parte del Comitato di Budget viene determinata la percentuale totale di raggiungimento degli obiettivi del Centro di Responsabilità che rappresenta per la valutazione della performance organizzativa del personale afferente al Centro di Responsabilità. Tale valutazione viene

riportata nell'atto dispositivo del Direttore Generale per i successivi adempimenti amministrativi contabili.

A seguito dell'approvazione delle Schede di monitoraggio consuntive (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.

In atto non sono state negoziate le risorse economiche per l'anno 2019; non appena definita tale assegnazione, si procederà ad aggiornare l'attuale bilancio provvisorio di previsione, adottato con deliberazione n. 1105 del 22.12.2017 .

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

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 2019.

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

- implementazione delle attività di monitoraggio intermedio sullo stato di attuazione degli obiettivi
- rispetto della tempistica relativa la valutazione annuale delle Unità Operative
- evidenza dell'assegnazione di obiettivi individuali a tutti i dipendenti.
- individuazione di strumenti di monitoraggio intermedio sullo stato di attuazione degli obiettivi individuali
- implementazione del processo di integrazione fra il ciclo della performance e il ciclo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio.

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

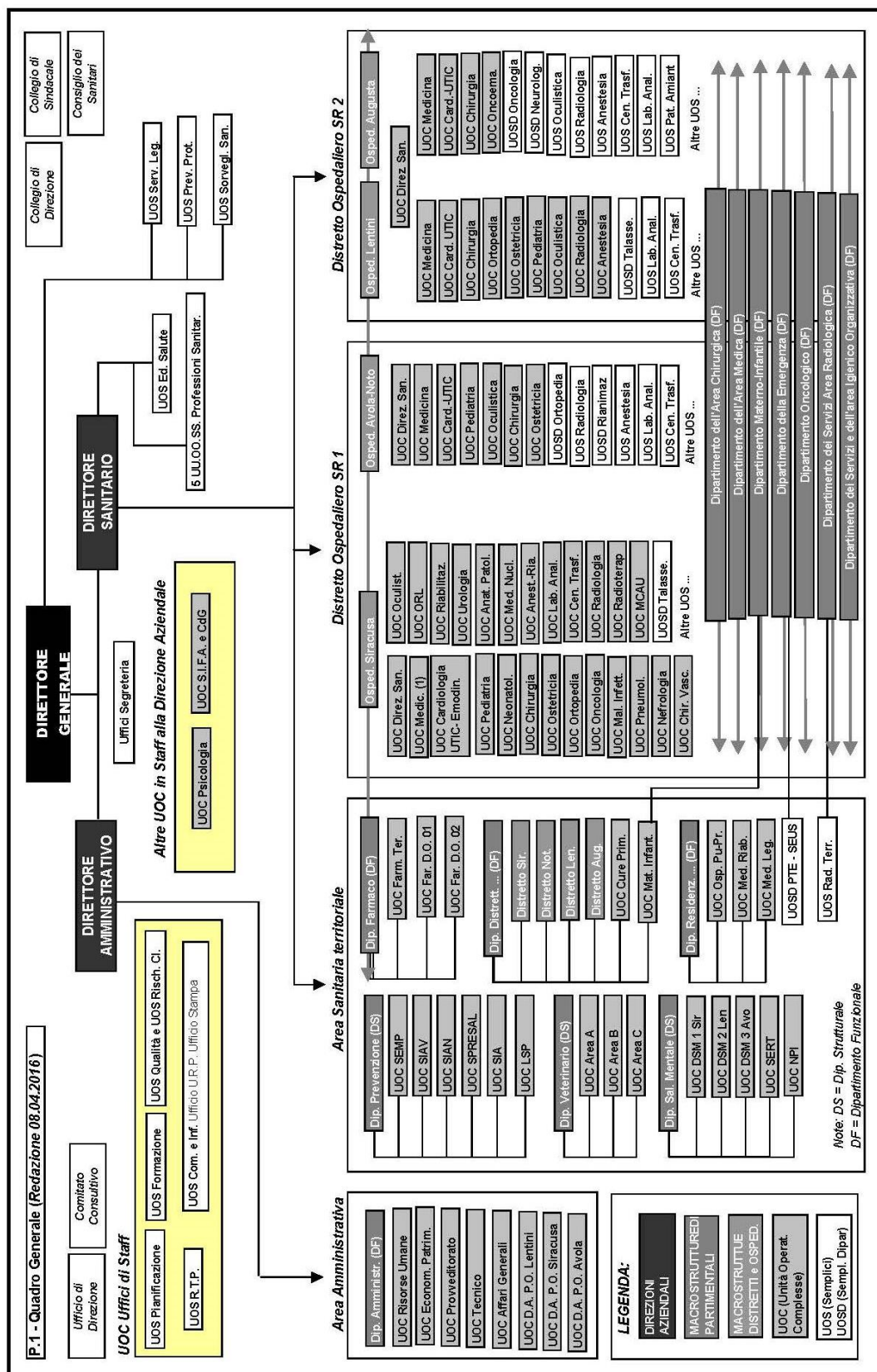
- l'analisi e la mappatura di tutti i processi per singola struttura e puntuale aggiornamento in occasione dell'aggiornamento al piano per le strutture con il rischio individuato;
- il grado di implementazione delle misure di prevenzione previste nella UO diretta;
- l'ottemperanza agli obblighi di legge 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 2018)
- Attuazione delle misure e delle azioni correttive previste nella mappatura dei rischi del PTPCT 2019-2021: per ogni struttura aziendale nel PTPC 2018-20 sono state individuate le aree di rischio di corruzione e le misure preventive da adottare al fine di ridurre i rischi;

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.

SCHELETRO ORGANIZZATIVO ATTO AZIENDALE



Scheda obiettivo

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

Piano di Azione

ASP Siracusa		Budaet del periodo:			
		Aadornato 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.).