

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
PALERMO

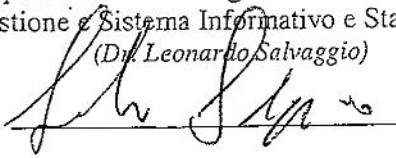
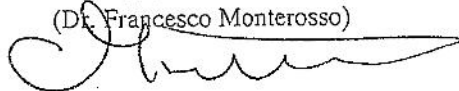
UNIVERSITARIO
UNIVERSITARIO
UNIVERSITARIO

DELIBERA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Deliberazione n. 0142

del 31 GEN. 2014

OGGETTO: *Aggiornamento Piano Triennale della Performance Aziendale 2014-2016:*
approvazione e adozione.

<p>STRUTTURA PROPONENTE UO PROGRAMMAZIONE CONTROLLO DI GESTIONE E S.I.S.</p> <hr/> <p>QUADRO ECONOMICO PATRIMONIALE BUDGET Bilancio 2014</p> <p>N° Centro di costo _____</p> <p>N° Conto Economico _____</p> <p>Ordine n° _____ del _____</p> <p>Budget assegnato (Euro) _____</p> <p>Budget già utilizzato (Euro) _____</p> <p>Budget presente atto (Euro) _____</p> <p>Disponibilità residua di budget (Euro) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non comporta ordine di spesa</p> <hr/> <p>Proposta n. <u>01</u> del <u>31.1.2014</u></p> <p>Il Responsabile U.O. Programmazione Controllo di Gestione e Sistema Informativo e Statistico (Dr. Leonardo Salvaggio)</p> <p></p> <p>IL DIRETTORE DELL COORDINAMENTO STAFF STRATEGICO (Dr. Francesco Monterosso)</p> <p></p>
--

<p>DIPARTIMENTO RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE E PATRIMONIALE</p> <p>ANNOTAZIONE CONTABILE - BILANCIO Esercizio 2014</p> <p>Prot. n. _____ del _____</p> <p>N° Conto economico _____</p> <p>N° Conto Patrimoniale _____</p> <p>Importo (Euro) _____</p> <p>Prima nota contabile _____</p> <p>Il Direttore del Servizio Bilancio e Finanze (Dr. A. Guzzardi)</p> <p>_____</p> <p>Il Direttore Dipartimento Gestione Risorse Economiche</p> <p>_____</p>

L'anno duemilaquattordici, il giorno tredecimo del mese di gennaio, nei locali della Sede Legale di via Giacomo Cusmano n° 24 - Palermo, il Commissario Straordinario, Dr. Antonio Candela, nominato con Decreto Assessoriale n. 1303/2013 del 4/7/2013, assistito dalla dott.ssa Emilia Matranga, quale segretario verbalizzante adotta la seguente delibera sulla base della proposta di seguito riportata

Il Responsabile dell'U.O. Programmazione Controllo di Gestione e Sistema Informativo e Statistico, dr. Leonardo Salvaggio,

- **Visto** il Decreto Legislativo n.150 del 27/10/2009, attuativo delle Legge n.15/09 concernente l'ottimizzazione della produttività del Lavoro pubblico e dell'efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;

- **Visto** l'Art.10 dello stesso Decreto Legislativo n.150/09 con cui si dispone che le amministrazioni pubbliche redigono ed adottano annualmente il *Piano della Performance* contenente gli obiettivi strategici;

- **Preso atto** della delibera n. 112 e n. 114 del 2010, della Commissione per la Valutazione la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT) concernenti rispettivamente "Strutture e modalità di redazione del Piano della Performance" e "Indicazioni operative ai fini ai fini dell'adozione del Sistema di misurazione e valutazione della Performance";

- **Preso atto** della delibera n. 6 del 17.01.2013, della Commissione per la Valutazione la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT) concernente "Linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l'annualità 2013";

- **Visto** l'Art.29, comma 8, dell'Atto Aziendale, approvato con D.A. n.2545/10, relativo alla trasformazione del Nucleo Aziendale di Valutazione (N.A.V.) in Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) e agli adempimenti connessi in materia di valutazione degli obiettivi di *Performance*;

- **Vista** la Deliberazione n. 796 del 23 settembre 2011, relativa alla "Costituzione e attivazione dell' Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)" con decorrenza 1° ottobre 2011 e per un triennio, preposto agli specifici adempimenti in materia di valutazione degli obiettivi di *Performance*;

- **Esaminato** l'Aggiornamento del *Piano Triennale della Performance Aziendale 2014 - 2016*, allegato al presente provvedimento e parte integrante dello stesso;

Dato atto della conformità della presente proposta alla normativa vigente che disciplina la materia trattata;

Per le causali di cui in premessa ;

PROPONE

di:

- 1) **Approvare e adottare** l'Aggiornamento del *Piano Triennale della Performance Aziendale 2014 - 2016*, allegato e parte integrante di questo Atto Deliberativo;
- 2) **Dare mandato** all'U.O. Comunicazione e Informazione di dare massima diffusione a l'Aggiornamento del *Piano Triennale della Performance 2014 - 2016*, prevedendone la pubblicazione sul sito web aziendale;
- 3) **Dichiarare** il presente atto immediatamente esecutivo al fine di consentire immediata operatività all'O.I.V. per la validazione del presente Piano;
- 4) **Trasmettere** copia de l'Aggiornamento del *Piano Triennale della Performance Aziendale 2014 - 2016* alla Commissione per la Valutazione la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT) e al Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Il Responsabile dell'U.O. Programmazione

Controllo di Gestione e S.I.S.

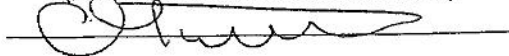
(Dr. Leonardo Salvaggio)



Il Direttore dell'UOC

Coordinamento Staff Strategico

(Dott. Francesco Monterosso)



PARERI EVENTUALI DEI DIRETTORI AMMINISTRATIVO E SANITARIO
da richiedere a cura del D.G. ai sensi dell'art. 3 comma 7 del D.lgs 502/92 e s.m.i.

Sul presente atto viene espresso

parere ~~_____~~ dal
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

parere favorevole dal
IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr. Giuseppe Noto)

IL DIRETTORE GENERALE

- vista la proposta di deliberazione che precede e che s'intende qui di seguito riportata e trascritta;
- visti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;
- ritenuto di condividerne il contenuto;
- assistito dal segretario verbalizzante,

DELIBERA

di approvare la superiore proposta, che qui s'intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata dal Dirigente Responsabile della struttura proponente

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dr. Antonino Candela)

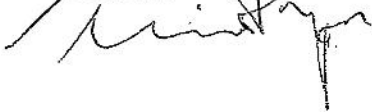
Il Segretario verbalizzante
IL FUNZIONARIO AMMINISTRATIVO
VERBALIZZANTE
D.ssa Emilia Matranga

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
PALERMO

ATTESTAZIONI

Deliberazione n. 0142 del 31 GEN. 2014

Immediatamente esecutiva ai sensi
dell'art. 65 comma 7 - L.R. 25/1993
nel testo riformulato dall'art. 53
della L.R. n. 30/1993
Il Direttore Amministrativo



Il Responsabile
dell'Ufficio Deliberazioni

La presente deliberazione è stata affissa all'Albo il 2 FEB. 2014 L'Addetto HUGO

E' stata ritirata dall'Albo il _____ L'Addetto _____

Si attesta che contro la presente deliberazione non è pervenuto alcun reclamo.

Si attesta che contro la presente deliberazione è pervenuto reclamo da:

Palermo _____

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Annotazioni _____

ALLEGATO ALLA DELIBERA
N. 0142 DEL



AGGIORNAMENTO AL PIANO DELLA PERFORMANCE AZIENDALE

2014 - 2016

A handwritten signature in black ink is located in the bottom right corner of the page. The signature is stylized and appears to consist of two main parts, possibly initials or a name.

Caro Cittadino, Utente

Scopo prioritario di questa Azienda è quello di soddisfare le Tue necessità di Salute e migliorare sempre più la nostra risposta alle Tue esigenze. A tal fine ci stiamo impegnando alla revisione della nostra organizzazione per promuovere e potenziare tutti i servizi volti alla realizzazione di tale obiettivo.

Cerchiamo così di sfruttare al massimo le risorse sempre più esigue a disposizione della nostra Azienda, migliorando la loro distribuzione in modo da ottenere maggiore efficacia delle nostre risposte assistenziali e conseguentemente migliori risultati di salute.

Per colmare le carenze assistenziali succedutesi nel tempo, si privilegiano varie tipologie di interventi:

- di **prevenzione** in genere,
- di **tempestività** di particolari interventi (frattura femore >65, PTCA nei casi di IMA STEMI);
- di **assistenza riabilitativa** sia presso gli ospedali che sul territorio;
- di **aumento posti letto post acuzie e incremento utilizzo**;
- di **assistenza all'anziano** con patologie multiple o particolari (Alzheimer), che avrà a disposizione **nuove residenze assistite** e una più intensa **assistenza domiciliare**;
- di **assistenza alla donna e al bambino**, con particolare riguardo alla **riduzione dei parti cesarei**;
- di **assistenza psichiatrica**,
- di **riduzione della spesa farmaceutica**,
- di sviluppo del **Sistema di Valutazione della Performance**,
- tutti gli altri interventi necessari a tutelare la Tua Salute,

nel contempo mantenendo e migliorando gli standard dei servizi tradizionalmente resi a Voi tutti, sempre nel rispetto del principio di equità e trasparenza.

Le azioni più urgenti e gli obiettivi che il Sistema Sanitario Regionale e Noi ci proponiamo di raggiungere, sono quindi le seguenti:

1. Incrementare i risultati di salute attraverso la rimozione delle criticità e premiando gli operatori che grazie al loro impegno lo permetteranno, in modo tale che tutte le Tue necessità assistenziali siano soddisfatte al meglio.
2. Implementare l'attività dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) in maniera che Tu possa trovarvi con immediatezza le risposte più soddisfacenti per le Tue necessità che non richiedano il ricorso ai Presidi Ospedalieri.
3. Ottimizzare il percorso di riorganizzazione della rete ospedaliera e della rete dell'emergenza, già iniziato negli anni scorsi.
4. Sviluppare il dialogo già intrapreso con le parti sociali, con le associazioni che Ti rappresentano e con gli Operatori esterni che, segnalandoci le Tue esigenze di salute, contribuiscono a fornire adeguate risposte alle stesse e ad affinare integrazione e collaborazione.

Per raggiungere le nostre e le Vostre aspettative chiediamo di più a tutti gli operatori del sistema e ai nostri dirigenti, al management, attraverso l'attribuzione di obiettivi trasversali mirati alla promozione di pratiche gestionali virtuose e della cultura della buona performance.

La legge di riforma del 2009 ha iniziato a dare i suoi frutti e, superate le difficoltà di partenza, ha permesso di eliminare i vecchi vizi del sistema sanitario e di dirigerci verso gli standard assistenziali più diffusi e più efficienti del Paese.

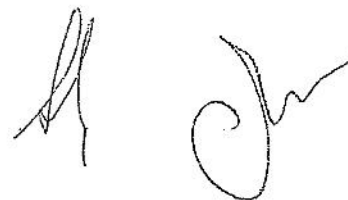
Non ci resta che unirvi tutti insieme per rinforzare il rinnovato sistema e per perseguire quanto resta da realizzare, consapevoli che, nonostante i progressi fin qui realizzati, si debba continuare a lavorare sodo in vista delle ulteriori sfide che ci attendono.

Buon lavoro a tutti.

Cordialmente,

Il Commissario Straordinario
Dr. Antonino Candela

INDICE



PRESENTAZIONE DEL PIANO

1. IDENTITÀ.....	3
2. MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE.....	4
3. L'ORGANIZZAZIONE E LE RISORSE DELL'ASP DI PALERMO.....	5
3.1 LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	5
3.2 LE RISORSE UMANE.....	7
3.3 LE RISORSE FINANZIARIE.....	12
4. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO.....	13
4.1 ELEMENTI SOCIO-ECONOMICI DI RIFERIMENTO.....	16
4.2 IL CONTESTO NORMATIVO SPECIFICO DI RIFERIMENTO.....	19
4.3 ANALISI SWOT.....	20
5. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO.....	21
6. IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	22
7. GLI OBIETTIVI STRATEGICI.....	23
8. ALBERO DELLE PERFORMANCE.....	26
9. PIANO TRIENNALE ANTICORRUZIONE.....	30
10. TRASPARENZA DEL PIANO.....	30
11. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE.....	30



PRESENTAZIONE DEL PIANO

Il Piano della Performance è il documento programmatico, previsto dall'art. 10 del D. L.vo n. 150/09, da adottare quale strumento per assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

Il presente piano aggiorna per il triennio 2014 – 2016 il precedente piano triennale già adottato e si articola su un orizzonte temporale triennale, in coerenza con le risorse disponibili.

Esso consente di:

- individuare ed incorporare le attese dei portatori di interesse (Stakeholder)
- favorire una effettiva accountability e trasparenza;
- migliorare il coordinamento fra le diverse funzioni e strutture organizzative;
- rendere più efficaci i meccanismi di comunicazione interna ed esterna;

Il Piano, conformemente ai principi sanciti dalla delibera n. 112/ 2010 della CIVIT, deve essere:

- immediatamente intelligibile anche per gli stakeholder esterni, per cui deve avere linguaggio e contenuti facilmente accessibili a chiunque;
- trasparente
- garante della partecipazione degli stakeholder esterni;
- coerente all'interno dell'Azienda stessa e all'esterno
- verificabile e veritiero
- orientato al prossimo triennio

Il Piano deve permettere il confronto negli anni del documento stesso e il confronto con la Relazione sulla Performance; costituisce parte integrante del ciclo di gestione della performance e ne rappresenta uno dei principali prodotti.

1. IDENTITÀ

In seguito alla legge regionale del 4 aprile 2009, n. 5 "Norme di riordino del Sistema Sanitario Regionale", il 1° settembre del 2009 nasce l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo (di seguito ASP), subentrando come soggetto giuridico alla cessata Azienda Sanitaria Locale n. 6 di Palermo.

L'Azienda è un ente con personalità giuridica di diritto pubblico, dotata di autonomia imprenditoriale ed ha adottato il proprio "atto aziendale" con deliberazione n. 840 del 3.11.2010.

La sua sede legale è a Palermo, in via Giacomo Cusmano, n. 24.

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili e immobili il cui possesso è stato trasferito all'atto della costituzione con L. R. n. 5/2009, nelle more dell'acquisizione della piena proprietà secondo le modalità di cui al D. Lgs. N. 502/92 e s.m.i..

Fanno altresì parte del patrimonio aziendale tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità.

Il Legale rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale, in atto il Commissario Straordinario, Dr. Antonino Candela.

2. MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE

L'ASP di Palermo opera nel Sistema Sanitario Regionale sull'intera Provincia di Palermo che vanta un'estensione di 4.992 Km² ed è costituita da 82 Comuni. La popolazione rappresentata nei predetti Comuni è pari complessivamente a n. 1.242.560 residenti (fonte Istat 2013).

L'ASP di Palermo ha il mandato di assicurare assistenza sanitaria anche alle Isole Pelagie (Lampedusa e Linosa), seppure insistenti nella Provincia di Agrigento, che contano una popolazione di 6.216 residenti.

Mandato istituzionale dell'ASP è quello di tutelare e assicurare, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti, lo stato di Salute della Collettività e dei Cittadini, assicurando l'erogazione delle prestazioni sanitarie essenziali ed appropriate (Livelli Essenziali di Assistenza), sia in forma diretta che attraverso la loro acquisizione dalle Aziende Ospedaliere e dalle strutture accreditate che operano sullo stesso territorio provinciale.

Per poter realizzare al meglio il proprio mandato, l'Azienda ha fatto propri ed intende sviluppare a beneficio dei cittadini le seguenti finalità:

- potenziare ulteriormente i sistemi di qualità,
- garantire all'utenza l'accesso ai servizi sempre più agevole,
- erogare le prestazioni nel rispetto dell'equità e della trasparenza,
- esprimere solidarietà nei confronti dei soggetti fragili, cronici o comunque disagiati,
- raccordarsi con gli Enti locali e al collegamento con altre organizzazioni sanitarie, socio-sanitarie e di volontariato
- raggiungere un equilibrio economico e finanziario,
- motivare e valorizzare il capitale umano dell'Azienda.

L'Azienda svolge la propria azione in relazione alle politiche regionali ed agli obiettivi assegnati dall'Assessorato alla Salute, al fine di raggiungere i risultati individuati nella programmazione regionale in un'ottica di sinergia sistemica.

Viene riconosciuta la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie, nella fruizione di servizi.

In tale ottica obiettivo prioritario è il servizio al cittadino e dal sistema di comunicazione al cittadino stesso sia individualmente che rappresentato dalle diverse associazioni.

Per raggiungere tutto ciò questa Azienda assicura la partecipazione dei cittadini, anche tramite le organizzazioni sindacali, le associazioni di volontariato, le associazioni dei familiari e di tutela dei diritti e ne favorisce il fattivo contributo alla valutazione della qualità dei servizi e alla programmazione delle attività.

3. L'ORGANIZZAZIONE E LE RISORSE DELL'ASP DI PALERMO

3.1 LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura organizzativa dell'ASP di Palermo risulta dall'Atto Aziendale che, approvato con Decreto n. 2545 del 19 ottobre 2010, è stato adottato con Deliberazione n° 840 del 3 novembre 2010 e successive modificazioni ed integrazioni.

L'organizzazione dell'ASP è assicurata da numerose macrostrutture, rappresentate da Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici (come indicate nell'Allegato 1 all' Atto Aziendale, pubblicato sul sito web dell'Azienda, a cui si rimanda per i dettagli), che, per l'area territoriale sono rappresentate dai 10 Distretti Socio-sanitari in cui è suddiviso il territorio della Provincia, dal n. 33 al n. 42, così come descritti di seguito e per l'area ospedaliera, sono rappresentate dai Distretti Ospedalieri PA1 , PA2 e PA3, in cui è ricompreso l'Ospedale "Villa delle Ginestre" che rappresenta un "Centro di alta specializzazione per la riabilitazione dei medullolesi".

Area Ospedaliera - Macrostrutture	Bacino territoriale	Sede
Distretto Ospedaliero PA1	Provincia di Palermo - ovest	Partinico
Distretto Ospedaliero PA2	Provincia di Palermo - est	Termini Imerese
Distretto Ospedaliero PA3 e Ospedale "Villa delle Ginestre"	Palermo città e Comuni limitrofi	Palermo

Con il su citato Atto aziendale e successive integrazioni e modificazioni, questa Azienda, per il raggiungimento della propria mission, , ha articolato la propria organizzazione in 15 Dipartimenti, (strutturali, funzionali, sanitari, amministrativi), 101 UU. OO. CC. e n. 319 UU. OO. SS., come da tabelle di seguito riportate:

Strutture organizzative ASP di Palermo – Lo Staff e i Dipartimenti

	Macrostruttura	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici
1	Direzione Generale - Staff	4	16
Dipartimenti funzionali			
2	Dipartimento della Programmazione e organizzazione delle Attività Territoriali e dell'Integrazione Socio-sanitaria	3	14
3	Dipartimento di Medicina , di Emergenza e Accettazione	1	
4	Dipartimento della Programmazione , Organizzazione e Controllo delle Attività Ospedaliere	2	
Dipartimenti strutturali			
5	Dipartimento di Prevenzione	7	172
6	Dipartimento di Prevenzione Veterinario	4	
7	Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza.	11	
8	Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino.	7	
9	Dipartimento di Medicina Riabilitativa.	4	
10	Dipartimento Farmaceutico.	5	
11	Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio.	5	
12	Dipartimento di Diagnostica per Immagini.	3	
13	Dipartimento delle Anestesi , delle Terapie Intensive e della Terapia del Dolore.	3	

Strutture organizzative ASP di Palermo – I Distretti socio-sanitari e i P.T.A.

	Macrostruttura	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici
Area Territoriale e Distretti Sanitari			
14	Distretto Sanitario n. 33 - Cefalù	1	66
15	Distretto Sanitario n. 34 - Carini	1	
16	Distretto Sanitario n. 35 – Petralia Sottana - P.T.A. Petralia Sottana	1	
17	Distretto Sanitario n. 36 - Misilmeri	1	
18	Distretto Sanitario n. 37 – Termini Imerese	1	
19	Distretto Sanitario n. 38 – Lercara Friddi - P.T.A. Lercara Friddi -Palazzo Adriano		
20	Distretto Sanitario n. 39 – Bagheria - P.T.A. Bagheria	1	
21	Distretto Sanitario n. 40 – Corleone - PTA Corleone	1	
22	Distretto Sanitario n. 41 – Partinico	1	
23	Distretto Sanitario n. 42 – Palermo - P.T.A. "Biondo" (UOC) - P.T.A. "Casa del Sole" (UOC) - P.T.A. "E. Albanese" (UOC) - P.T.A. "Guadagna" (UOC)	5	

Strutture organizzative ASP di Palermo – La rete Ospedaliera

	Macrostruttura	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici
Rete Ospedaliera e Distretti Ospedalieri			
24	Distretto Ospedaliero n. 1: - Presidi Ospedalieri Integrati "Civico" di Partinico e "dei Bianchi" di Corleone.	9 (+ 6 afferenti a Dipartimenti strutturali)	27
25	Distretto Ospedaliero n. 2: - Presidi Ospedalieri Integrati "S. Cimino" di Termini Imerese e "Madonna SS. Dell'Alto" di Petralia	5 (+ 6 afferenti a Dipartimenti strutturali)	
26	Distretto Ospedaliero n. 3 - Presidio Ospedaliero "G. Ingrassia" di Palermo e Centro riabilitativo di alta specializzazione "Villa delle Ginestre"	6 (+ 8 afferenti a Dipartimenti strutturali)	

	Macrostruttura	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici
Dipartimenti Amministrativi			
27	Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo organizzativo e Affari Generali.	3	26
28	Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie e Patrimoniale.	3	
29	Dipartimento Provveditorato e Tecnico.	3	

3.2 LE RISORSE UMANE

Per il raggiungimento degli obiettivi aziendali e più in generale della mission aziendale sono fondamentali le risorse umane, assieme a quelle finanziarie.

Negli anni precedenti si è verificata una rilevante riduzione della dotazione organica e il personale non è stato sostituito, se non in casi eccezionali.

L'ASP dispone quindi di limitate risorse umane che hanno ruoli e profili professionali diversi, secondo una distribuzione il più congrua possibile all'espletamento degli specifici compiti e attribuzioni per ciascuna area strategica.

La tabella che segue rappresenta la distribuzione del personale per area e per i diversi ruoli al 1.1.2014

PERSONALE al 1.1.2014

Descrizione	Ruolo sanitario	Ruolo tecnico	Ruolo ammin.	Ruolo profess.	Totale
Assistenza ospedaliera	682	160	86	2	930
Assistenza territoriale	1.196	279	222	-	1.697
- Distretti sanitari	627	106	208	-	756
- Dipartimento Salute Mentale	569	173	14	-	756
Dipartim. Prevenzione Medico	278	24	34	4	340
Dipartim. Prevenzione Veterinario	110	7	28	-	145
Strutture centrali	863	197	258	12	1.330
Totale	3.129	667	628	18	4.442

Per ciascun ruolo, il personale è suddiviso nelle due fasce della Dirigenza e del Comparto, come di seguito rappresentato.

AS

PERSONALE DELLA DIRIGENZA E DEL COMPARTO

RUOLO	Fascia	Area	Personale	N°
Amministrativo	Comparto			610
	Dirigenza			18
Professionale	Comparto			-
	Dirigenza			18
Sanitario	Comparto		Riabilitazione	124
			Vigilanza ed ispezione	129
			Infermieristico	1.344
			Tecnico-sanitario	155
	Dirigenza	Medica		1.181
		Non medica		196
Tecnico	Comparto			650
	Dirigenza			17
Totale				4.442
	Comparto			3.012
	Dirigenza	Medica		1.181
		SPTA		249
		Totale		4.442

Da tali tabelle si evidenzia che la Dirigenza è costituita da n. 1.430 unità, pari al 32,19 % del personale di ruolo, mentre la restante parte del personale, rappresentata dal Comparto, è composta da n. 3.012 unità, pari al 67,81 %.

La Dirigenza, inoltre, è suddivisa in area medica e area non medica (SPTA: Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa) nel modo seguente:

- Dirigenti Medici : n. 1.181 unità (82,59 % della Dirigenza)
- Dirigenti non Medici : n. 249 unità (17,41 %)

Il personale, escluse le n. 107 unità afferenti alle UU.OO. della Direzione Aziendale, è allocato nei Distretti Ospedalieri, nei Distretti Sanitari e nei Dipartimenti, come rappresentato nelle sottostanti tabelle.

PERSONALE DEI DISTRETTI OSPEDALIERI

Presidio Ospedaliero		Ruolo sanitario	Ruolo tecnico	Ruolo ammin.	Ruolo profess.	Totale
	"Nuovo Giglio"/HSR	25	8	8	-	41
Distretto Ospedaliero PA 1	Civico - Partinico	146	34	16	1	197
	Dei Bianchi - Corleone	60	17	12	-	89
Distretto Ospedaliero PA 2	S. Cimino - Termini Imerese	115	30	14	-	159
	Madonna dell'Alto - Petralia	64	8	10	-	82
Distretto Ospedaliero PA 3	Ingrassia - Palermo	194	35	16	-	245
	Villa delle Ginestre - Palermo	78	28	10	1	117
Totale		682	160	86	2	930

PERSONALE dei DISTRETTI SANITARI

Distretto Sanitario	Distretto Socio Sanitario	Ruolo sanitario	Ruolo tecnico	Ruolo ammin.	Ruolo profess.	Totale
1 Cefalù	33 Cefalù	20	4	10	-	34
2 Petralia Sottana	35 Petralia	28	1	4	-	33
3 Termini Imerese	37 Termini Imerese	26	3	15	-	44
4 Bagheria	39 Bagheria	37	13	22	-	72
5 Corleone	40 Corleone	16	3	12	-	31
6 Lercara Friddi	38 Lercara Friddi	60	8	20	-	88
7 Partinico	41 Partinico	28	2	13	-	43
8 Carini	34 Carini	31	5	10	-	46
9 Misilmeri	36 Misilmeri	21	5	10	-	36
10 Palermo	42 Palermo	360	62	92	-	514
Totale		627	106	208	-	941

PERSONALE dei DIPARTIMENTI

	Ruolo sanitario	Ruolo tecnico	Ruolo ammin.	Ruolo profess.	Totale
Personale del DIPARTIMENTO PREVENZIONE	278	24	34	4	340
Personale del DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIO	110	7	28	-	145
Personale del DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE e NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA	569	173	14	-	756
Personale del DIPARTIMENTO DI SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO	339	41	4	-	384
Personale del DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	35	10	8	-	53
Personale del DIPARTIMENTO DI MEDICINA, EMERGENZA E ACCETTAZIONE	Non è stato comunicato il censimento del personale				
Personale del DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' TERRITORIALI E DELL' INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	29	7	19	-	55
Personale del DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, ORGANIZZAZIONE E CONTROLLO DELLE ATTIVITA' OSPEDALIERE	25	1	9	-	35
Personale del DIPARTIMENTO DI MEDICINA RIABILITATIVA	59	6	27	-	92
Personale del DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	109	6	1	-	116
Personale del DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	95	2	1	-	98
Personale del DIPARTIMENTO DI ANESTESIA, TERAPIE INTENSIVE E TERAPIE DEL DOLORE	111	7	1	-	119
Personale del DIPARTIMENTO DI RISORSE UMANE, SVILUPPO ORGANIZZATIVO E AFFARI GENERALI	-	8	72	-	80
Personale del DIPARTIMENTO DI RISORSE ECONOMICO- FINANZIARIO E PATRIMONIALE	-	4	30	-	34
Personale del DIPARTIMENTO PROVVEDITORATO E TECNICO	1	96	43	5	145
TOTALE	1.760	392	291	9	2.452

Nella tabella sottostante si riporta una sintesi delle precedenti tabelle, evidenziando la situazione in atto del personale di ruolo, rispetto alla situazione prevista in Pianta Organica, approvata con delibera n. 160 del 28/02/2011 e s.m.i.

RUOLO	Fascia	Personale in servizio	Pianta organica (Delibera 160 del 28/02/2011 e s.m.i.)	Differenza
Amministrativo	Comparto	610	651	41
	Dirigenza	18	33	15
Professionale	Comparto		7	7
	Dirigenza	18	24	6
Sanitario	Comparto	1752	1994	242
	Dirigenza	1377	1613	236
Tecnico	Comparto	650	757	107
	Dirigenza	17	21	4
	Totale	4442	5100	658

L'Azienda dispone inoltre di:

- n. 697 unità di personale "contrattista", utilizzato a supporto sia di attività amministrative che tecnico-assistenziali.
- n. 205 unità di "specialisti convenzionati interni".

3.3 LE RISORSE FINANZIARIE

L'Azienda per poter svolgere le proprie funzioni e per il compimento della propria "missione" dispone di risorse finanziarie ed economiche, indispensabili sia per affrontare i costi della produzione delle prestazioni sanitarie rese all'Utenza, sia per sviluppare e realizzare ogni azione di miglioramento dei percorsi assistenziali e dei processi gestionali connessi.

Parte dei finanziamenti deriva dal Fondo Sanitario Nazionale, ma la principale fonte di finanziamento dell'Azienda è rappresentata dalle assegnazioni effettuate dal Fondo Sanitario Regionale (Assessorato Regionale per la Salute) sulla base della cosiddetta "quota capitaria".

Si evidenziano di seguito le voci del bilancio consuntivo 2013 riportate nel Conto Economico 2013.

<i>BILANCIO CONSUNTIVO ANNUALE - Schema ministeriale ex DM 11/2/2002 (Valori in migliaia di Euro)</i>		2013
A	Valore della Produzione	
1)	contributi in c/esercizio	1.778.106
2)	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	2.060
3)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	59.126
4)	Concorsi, recuperi e rimborsi	7.181
5)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	5.204
6)	Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	10.859
7)	Altri ricavi e proventi	1.347
	Totale (A)	1.863.883
B	Costi della Produzione	
1	acquisti di beni	63.825
2	acquisti di servizi	1.409.602
3	Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	15.266
4	godimento di beni di terzi	3.742
5	Personale del ruolo sanitario	232.515
6	Personale del ruolo professionale	1.730
7	personale del ruolo tecnico	25.807
8	personale del ruolo amministrativo	43.866
9	oneri diversi di gestione	4.939
10	Totali ammortamenti	17.294
14	svalutazione crediti	1500
15	variazione delle rimanenze	
a)	sanitarie	2.089
b)	non sanitarie	0
16	accantonamenti tipici dell'esercizio	12.634
	Totale (B)	1.834.809
	Differenza tra valore e costi della produzione (A-B)	29.073

C	Proventi e oneri finanziari	
1	interessi attivi	0
2	altri proventi	14
3	interessi passivi	-4.784
4	altri oneri	0
	Totale (C)	(4.770)
D	Rettifiche di valore di attività finanziarie	
1	rivalutazioni	0
2	Svalutazioni ¹	0
	Totale (D)	0
E	Proventi e oneri straordinari	
1	Proventi straordinari	9.216
2	Oneri straordinari	-1.996
	Totale (E)	7.220
	Risultato prima delle imposte (A-B+C+D+E)	31.524
	Imposte e tasse	24.469
	Utile o (perdita) dell'esercizio	7.055

4. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO


L'ASP di Palermo ha una competenza territoriale che comprende tutta la Provincia di Palermo, con una popolazione residente di **1.243.638 abitanti** (dato Istat 2013), distribuita in 82 Comuni dislocati in 10 Distretti socio-sanitari, (V. tabella sottostante).

Inoltre l'ASP di Palermo cura l'organizzazione sanitaria e la gestione delle Isole minori "Pelagie", (Lampedusa e Linosa), in provincia di Agrigento, con una popolazione di **6.216 residenti** (dato Istat 2013).

Totale della Popolazione residente al 2013 per sesso

Comuni	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
Alia	1.806	1.989	3.795
Alimena	986	1.152	2.138
Aliminusa	652	651	1.303
Altavilla Milicia	3.770	3.777	7.547
Altofonte	5.076	5.272	10.348
Bagheria	26.359	27.912	54.271
Balestrate	3.179	3.380	6.559
Baucina	992	1.010	2.002
Belm. Mezzagno	5.574	5.675	11.249
Bisacchino	2.282	2.479	4.761
Bolognetta	2.020	2.036	4.056
Bompietro	673	787	1.460
Borgetto	3.550	3.639	7.189
Caccamo	4.046	4.219	8.265
Callavuturo	1.993	2.104	4.097
Campof. di Fitalia	262	264	526
Campof. di Roccella	3.488	3.555	7.043
Campofionto	641	680	1.321
Camporeale	1.708	1.761	3.469
Capaci	5.414	5.629	11.043
Carini	18.087	18.380	36.467
Castelbuono	4.408	4.691	9.099
Casteldaccia	5.424	5.615	11.039
Castellana Sicula	1.853	1.836	3.689
Castronovo Sicilia	1.510	1.649	3.159
Cefalà Diana	493	524	1.017
Cefalù	7.012	7.381	14.393
Cerda	2.635	2.767	5.402
Chiusa Sclafani	1.356	1.579	2.935
Ciminna	1.850	1.979	3.829
Cinisi	6.007	6.208	12.215
Collesano	1.961	2.117	4.078
Contessa Entellina	902	944	1.846
Corleone	5.468	5.790	11.258
Ficcarazzi	5.817	5.935	11.752
Gangi	3.361	3.632	6.993
Geraci Siculo	921	986	1.907
Giardinello	1.151	1.150	2.301
Giuliana	1.007	1.007	2.014
Godrano	583	610	1.193
Gratteri	464	535	999

Comuni	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
Isnello	736	826	1.562
Isola d.Femmine	3.591	3.599	7.190
Lascari	1.705	1.837	3.542
Lercara Friddi	3.258	3.643	6.901
Marineo	3.277	3.380	6.657
Mezzojuso	1.446	1.535	2.981
Misilmeri	13.754	13.991	27.745
Monreale	19.024	19.538	38.562
Montelepre	3.087	3.254	6.341
Montem. Belsito	1.689	1.822	3.511
Palazzo Adriano	1.040	1.160	2.200
Palermo	311.874	343.113	654.987
Partinico	15.552	16.118	31.670
Petralia Soprana	1.669	1.747	3.416
Petralia Sottana	1.367	1.571	2.938
Piana Albanesi	2.917	3.158	6.075
Polizzi Generosa	1.700	1.843	3.543
Pollina	1.479	1.514	2.993
Prizzi	2.398	2.595	4.993
Roccamena	749	799	1.548
Roccapalumba	1.245	1.352	2.597
San Cipirello	2.639	2.822	5.461
S. Giuseppe Jato	4.070	4.400	8.470
S. Mauro Castelverde	891	929	1.820
Santa Cristina Gela	482	474	956
Santa Flavia	5.379	5.554	10.933
Sciara	1.380	1.426	2.806
Sclafani Bagni	226	232	458
Termini Imerese	12.690	13.467	26.157
Terrasini	5.928	6.039	11.967
Torretta	2.059	2.201	4.260
Trabia	5.223	5.088	10.311
Trappeto	1.554	1.637	3.191
Ustica	663	659	1.322
Valledolmo	1.775	1.941	3.716
Ventimiglia di Sicilia	1.010	1.038	2.048
Vicari	1.396	1.536	2.932
Villabate	9.828	10.143	19.971
Villafraati	1.666	1.738	3.404
Scillato	300	318	618
Blufi	503	555	1.058
TOTALE	599.760	643.878	1.243.638



Distribuzione della Popolazione residente al 2013 per Comuni/Distretti

Distretto 33	Campofelice di Roccella	Castelbuono	Cefalù	Collesano	Gratteri	Isnello	Lascari	Pollina	San Mauro Castelverde	Totale		
	7043	9099	14.393	4.078	999	1.562	3.542	2993	1.820	45.529		
Distretto 34	Capaci	Carini	Cinisi	Isola delle Femm.	Terrasini	Torretta	Totale					
	11.043	36.467	12.215	7.190	11.967	4.260	83.142					
Distretto 35	Castellana Sicula	Petralia Soprana	Petralia Sottana	Gangi	Geraci Siculo	Alimena	Blufi	Bompietro	Polizzi Generosa	Totale		
	3.489	3.416	2.938	6.993	1.907	2.138	1.058	1.460	3.543	26.942		
Distretto 36	Baucina	Bolognetta	Campofelice di Fitalia	Cefalà Diana	Ciminna	Godrano	Marineo	Mezzojuso	Misilmeri	Ventimiglia di Sicilia	Villafraati	Totale
	2.002	4056	526	1017	3.829	1.193	6.657	2.981	27.745	2.048	3.404	55.458
Distretto 37	Alimnusa	Caccamo	Caltavuturo	Cerda	Montemaggiore Bels.	Sciara	Scillato	Sclafani Bagni	Termini Imerese	Trabia	Totale	
	1.303	8.265	4.097	5.402	3.511	2.806	618	458	26.157	10.311	62.928	
Distretto 38	Alia	Castro-novo di Sicilia	Lercara Friddi	Palazzo Adriano	Prizzi	Roccapalumba	Valledolmo	Vicari	Totale			
	3.795	3.159	6.901	2.200	4.993	2.597	3.716	2.932	30.293			
Distretto 39	Altavilla Millicia	Bagheria	Casteldaccia	Ficarazzi	Santa Flavia	Totale						
	7.547	54.271	11.039	11.752	10.933	95.542						
Distretto 40	Bisacquino	Campofiorito	Chiusa Sclafani	Contessa Entell.	Corleone	Giuliana	Roccamena	Totale				
	4.761	1.321	2.935	1.846	11.258	2.014	1.548	25.683				
Distretto 41	Balestrate	Borgetto	Camporeale	Giardinello	Montelepre	Partinico	San Cipirello	San Giuseppe Jato	Totale			
	6.559	7.189	3.469	2.301	6.341	31.670	5.461	8.470	71.460			
Distretto 42	Palermo	Altofonte	Belmonte Mezz.	Monreale	Piana degli Albanesi	Santa Cristina Gela	Trappeto	Ustica	Villabate	Lampedusa e Linosa	Totale	
	654.987	10.348	11.249	38.562	6.075	956	3.191	1.322	19.971	6.216	752.877	

Fonte: dati ISTAT 2013

4.1. Elementi socio-economici di riferimento

Il contesto provinciale di riferimento rimane ancora contraddistinto da un notevole divario rispetto al nord del Paese. Dopo la pesante crisi del 2009 si comincia a registrare, pur in un contesto congiunturale particolarmente critico, una lieve ripresa del sistema economico regionale. Assistiamo quindi ad una moderata inversione di tendenza, con conseguente ripresa dell'attività produttiva (industria, turismo e agricoltura) e delle esportazioni che interrompe il lungo trend negativo. Anche se si assiste ancora ad un calo dell'occupazione, gli indicatori di settore evidenziano, dopo periodi più o meno lunghi con risultati costantemente negativi, i primi segnali di ripresa. La crisi finanziaria globale però impone manovre di rigore ai conti pubblici del nostro paese. Si evidenziano problemi legati all'offerta di occupazione qualitativamente modesta da parte del sistema produttivo ed istituzionale, con difficoltà strutturali nell'assestamento di processi di sviluppo, che sarebbero sostenibili nel tempo solo adottando modelli sociali favorevoli all'incontro tra offerta e domanda di lavoro.

- La politica Sanitaria

Il Documento di Programmazione Economico - Finanziario per la Regione Sicilia per gli anni 2012 – 2014 richiama i contenuti principali dei seguenti Documenti: Programma Operativo di sviluppo, Piano Sanitario Regionale "Piano della Salute 2011-2013", DUPISS – (Documento Unitario di Programmazione degli Investimenti Sanitari in Sicilia)

La Regione siciliana si avvale di un Programma Operativo per gli anni 2010 e successivi. Il Piano Operativo descrive pertanto i settori d'intervento su cui è atteso un impatto economico migliorativo insieme al raggiungimento di standard assistenziali allineati a quelli di altre Regioni più virtuose, attività che saranno poste in essere all'interno della quota di fondo sanitario spettante.

Qui di seguito si riportano gli interventi strettamente connessi alla programmazione economica:

- Potenziamento del territorio

L'art. 12 comma 8 della L.R. n. 5/2009 introduce il PTA (Presidio Territoriale di Assistenza), che rappresenta il perno della riorganizzazione dei servizi territoriali al fine di riqualificare le funzioni e l'offerta delle cure primarie e prevenire l'ospedalizzazione. Nei PTA già attivi saranno potenziati i servizi relativi all'assistenza medica e pediatrica di base, all'assistenza specialistica extra-ospedaliera, all'assistenza domiciliare, all'assistenza preventiva e consultoriale, all'assistenza farmaceutica ed integrativa, all'assistenza sanitaria in regime residenziale o semiresidenziale, ed inoltre al loro interno saranno implementati anche i Punti Unici di Accesso (PUA) alle cure domiciliari, al fine di garantire una più efficace attivazione e il monitoraggio di tale tipo di assistenza e di colmare la carente risposta locale al bisogno di questa tipologia di assistenza con il progressivo allineamento agli standard nazionali.

La programmazione complessiva della rete regionale delle Residenze Sanitarie Assistite (RSA), su base regionale, definita con il Decreto Assessoriale del 24 maggio 2010 n.1325, ha individuato il

fabbisogno per la provincia di Palermo, prevedendo un numero complessivo di 587 posti di RSA, da completare con l'attivazione di tutti i posti.

Nell'ottica dello spostamento progressivo delle risorse dall'ospedale al territorio e della riqualificazione dell'assistenza che vede orientata, ove possibile, nel domicilio la sede elettiva per la cura di persone particolarmente "fragili", si tende ad incrementare l'assistenza al domicilio attraverso misure specifiche nell'ambito della riorganizzazione delle cure domiciliari.

- **Rimodulazione rete ospedaliera**

La piena attuazione del piano regionale di riordino, di rimodulazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera pubblica e privata prevede il completamento, nel prossimo triennio, del processo di accorpamento di unità operative, di disattivazione di funzioni di acuzie e la contestuale rifunzionalizzazione di presidi ospedalieri sotto-utilizzati/sotto-dimensionati per allinearsi ai parametri introdotti dal Patto per la Salute:

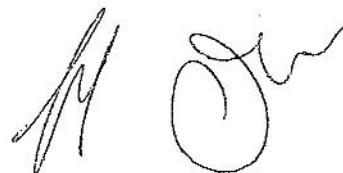
Acuti 3,3 x 1000 ab. 3,57 x 1000 ab. 3,22 x 1000 ab. Lungodegenza e riabilitazione 0,7 x 1000 ab. 0,22 x 1000 ab. 0,65 x 1000 ab. Ospedalizzazione 180 x 1000 ab. 209,8 x 1000 ab. 180 x 1000 ab. Alto rischio inappropriata entro il 5% Tasso al 2009 Risultati previsti a regime parametri nazionali (Patto per la Salute).

Per quanto attiene la riduzione dell'attività di ricovero inappropriata, l'ASP proseguirà nell'implementazione delle misure volte al trasferimento dal regime di ricovero a quello ambulatoriale di prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza, in linea con quanto previsto nell'Allegato A del "Patto per la salute" del 3 dicembre 2009.

- **Completamento del processo di riordino del sistema emergenza urgenza**

La legge di riforma ha stabilito i termini della riorganizzazione strutturale della rete dell'emergenza-urgenza sanitaria. L'articolazione strutturale ed organizzativa è stata individuata in quattro centrali operative di cui una ubicata a Palermo, (le altre a Catania, Messina e Caltanissetta), che coordinano il servizio attraverso nove unità periferiche (una per provincia) e le modalità di affidamento delle attività di trasporto anche tramite un organismo a totale partecipazione pubblica costituitosi nel dicembre 2009 tra la Regione e tutte le Aziende sanitarie (SEUS Scpa). Gli elementi di innovazione del sistema riguardano principalmente la riprogrammazione delle modalità organizzative di trasporto terrestre e la ridefinizione della rete ospedaliera dell'emergenza.

- **Farmaceutica Convenzionata**



Contestualmente al mantenimento, dell'attuale sistema di compartecipazione alla spesa (ticket), sono stati introdotti (in coerenza con la normativa nazionale di cui al D.L. n. 78/2010, art. 11, comma 7b convertito in Legge 30 luglio 2010 n. 122 e con le indicazioni della Agenzia Italiana del Farmaco) appositi parametri prescrittivi di appropriatezza per le classi di farmaci ad elevato impatto sui consumi e sulla spesa, con riferimento ai principi attivi non coperti da brevetto ovvero a prezzo minore rispetto agli altri prodotti della medesima categoria terapeutica equivalente, quali strumenti idonei a realizzare il governo dei consumi e la razionalizzazione della spesa.

Ulteriori interventi vengono rivolti, in tema di appropriatezza, ai farmaci antiblastici innovativi che, avendo grandi potenzialità diagnostiche e terapeutiche, ma scarse informazioni sulla sicurezza e un costo elevato, richiedono forti azioni di controllo. Analogamente, anche per i farmaci biologici per il trattamento dell'artrite reumatoide (AR) e dell'osteoporosi, per i quali si registrano elevati indici di consumo, l'attenzione sull'appropriatezza d'uso degli stessi e l'elaborazione di apposite schede di monitoraggio regionali, passeranno attraverso la corretta gestione degli appositi Registri di monitoraggio, che in atto per questa ASP sono centralizzati presso l'Azienda di Rilievo Nazionale e di alta specializzazione Civico.

L'aspetto socioeconomico generale purtroppo non è migliorato rispetto agli ultimi anni. La crisi strutturale che coinvolge i vari enti locali di tutta la Provincia riguarda anche le risorse da dedicare all'integrazione socio-sanitaria del territorio, che appunto sono scarse, nonostante legislazione e pianificazione integrata (L.285, L.328 e Piani di Zona) abbiano favorito il coordinamento degli attori istituzionali chiamati a far fronte ai nuovi bisogni e alle richieste di salute emergenti.

Varie concause, fra le quali la disoccupazione e l'invecchiamento della popolazione, fanno incrementare i bisogni di salute della popolazione e la conseguente richiesta di servizi socio-sanitari in una logica di integrazione fra l'Ospedale e il Territorio, fra i diversi servizi territoriali, con un approccio sinergico interistituzionale. L'ASP è appunto fra gli attori principali presenti ed operanti nella realtà provinciale di Palermo, chiamata a rispondere, in modo integrato, competente e tempestivo, con le altre istituzioni preposte.

4.2 IL CONTESTO NORMATIVO SPECIFICO DI RIFERIMENTO

Numerosi sono stati gli impulsi normativi per il contenimento della spesa sanitaria che hanno comportato la riorganizzazione e la rifunzionalizzazione dei servizi sanitari.

Particolare rilevanza assume la programmazione sanitaria regionale, realizzata con il Piano della Salute della Regione Sicilia per il triennio 2011-2013, in adempimento della legge 14 aprile 2009 n. 5, recante "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale".

Tale legge ha costituito il fondamento normativo che ha permesso di rinnovare in modo incisivo le modalità con cui la Sanità è articolata, gestita ed erogata nella Regione, in quanto ha inciso sull'assetto organizzativo del sistema, sulla sua modalità di programmazione, sul riequilibrio dell'offerta tra la rete ospedaliera ed il territorio.

Le linee di intervento che la legge di riforma sanitaria ha imposto possono essere così sintetizzate:

- l'implementazione dello spostamento dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio al fine di un più corretto ed efficace bilanciamento delle prestazioni in funzione dei fabbisogni dell'utenza;
- il riordino della rete ospedaliera pubblica e privata realizzata attraverso il completamento dell'accorpamento e della rifunzionalizzazione di presidi ospedalieri sotto-utilizzati;
- il potenziamento dei servizi e dei posti letto destinati alle attività di riabilitazione, lungo-degenza e post-acuzie;
- la riduzione della mobilità sanitaria passiva extra-regionale;
- la riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri, sia sotto il profilo clinico, sia organizzativo;
- l'implementazione del sistema di controlli e verifiche, che trovi fondamento in ben definiti processi tecnico-gestionali e nell'informatizzazione dei flussi;
- l'istituzione, sperimentazione e monitoraggio di nuovi modelli organizzativi territoriali.

Altra importantissima fonte normativa ai fini del presente documento è il decreto legislativo n. 150/09, decreto "Brunetta", "ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", che, relativamente al sistema di misurazione e valutazione della performance, permette di coniugare il valore del risultato raggiunto dalle strutture assegnatarie degli obiettivi con quello individuale collegato ai dirigenti stessi.

E' da ricordare, inoltre, il Decreto Assessoriale 1821/11, che definisce la composizione e i compiti della Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della performance

4.3 ANALISI SWOT

Si procede ora ad un' analisi SWOT connessa allo scenario di contesto esterno ed interno, su esposto, e alle esigenze di cambiamento e di riorganizzazione sempre più efficace ed efficiente della Sanità regionale e, nello specifico, dell'A.S.P. di Palermo.

ANALISI SWOT

<p style="text-align: center;"><u>PUNTI DI FORZA (Strength)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Disposizioni e misure operative per il contenimento della spesa. • Costi di gestione dei nuovi PTA inferiori rispetto ai costi dei presidi convertiti con conseguente creazione di economie. • Uniformità delle Linee guida.. • Maggiore coinvolgimento dei principali Attori aziendali nella riorganizzazione e rifunzionalizzazione dei servizi. • Avanzamento dello stato dei lavori per la riorganizzazione dei servizi nel territorio. • Crescente integrazione fra ospedale e territorio • Crescita della cultura della programmazione e della valutazione della gestione aziendale in base ai risultati. • Incremento della sensibilizzazione e della diffusione della cultura legata alla qualità e al rischio clinico (percorsi, procedure, protocolli). • Possibilità di implementazione della rete assistenziale territoriale. • Discreti margini per il recupero di efficienza. • Attivazione e presenza di punti di eccellenza nella rete dei servizi territoriali. • Potenziamento della rete informatizzata del CUP. 	<p style="text-align: center;"><u>PUNTI DI DEBOLEZZA (Weakness)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tagli e riduzioni dettati dalla necessità del contenimento della spesa. • Riduzione del personale, non sostituito. • Mancata nomina di alcuni Responsabili/Direttori di macrostrutture previste dal nuovo Atto Aziendale. • Scarsa consapevolezza, da parte del personale, dei processi specifici connessi alla riorganizzazione. • Impossibilità di programmare attività di formazione e valutazione continua per risorse umane non stabilizzate e con contratti a termine. • Esigui margini di manovra finanziaria legati ai vincoli di bilancio. • Inappropriatezza in alcune tipologie di prestazioni. • Alta spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata. • Presenza di alcuni indicatori di salute negativi. • Carente integrazione, in atto, tra ospedale e territorio.
<p style="text-align: center;"><u>OPPORTUNITA' ESTERNE (Opportunities)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Legislazione Regionale centrata sulla riorganizzazione ed integrazione Ospedale/Territorio (L.R. 5/09 e indicazioni e Linee Guida di riferimento). • Sviluppo di nuove tecnologie di informazione. • Programmi ministeriali e regionali per lo sviluppo dei processi di <i>governance</i>, dei sistemi operativi organizzativo-gestionali e per il monitoraggio e il controllo dell'efficienza ed efficacia dei servizi (Joint Commission, Accredimento, Piano regionale dei controlli ecc). • Fondi e opportunità finanziarie finalizzati per l'attuazione di progetti specifici per target critici. • Affiancamento da parte del tavolo tecnico dell'Intesa Stato-Regioni per i controlli e le verifiche previste sulla gestione delle aziende sanitarie. • Convenzione / protocollo di intesa fra ASP e ONLUS convenzionate per il soddisfacimento di bisogni di salute della popolazione. 	<p style="text-align: center;"><u>MINACCE ESTERNE (Threats)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento progressivo della popolazione anziana (con conseguente aumento delle patologie croniche ed a più elevato costo). • Stato di indigenza e di forte disagio sociale di parte della popolazione. • Discordanza fra indirizzi innovativi e di riforma del sistema sanitario regionale e capacità dei sistemi di riferimento a far fronte ai cambiamenti culturali, organizzativi e operativo-progettuali richiesti. • Resistenza di alcune categorie portatrici di interessi agli interventi di razionalizzazione e riorganizzazione dell'Azienda. • Resistenze delle OO. SS. alla revisione delle dotazioni organiche e agli interventi che contemplino riallocazione e riorganizzazione delle risorse umane. • Difficoltà per i medici prescrittori ad operare ulteriori restrizioni sulle prescrizioni di farmaci e di prestazioni specialistiche. • Riduzione e carente integrazione degli interventi socio assistenziali da parte degli enti locali e degli attori del terzo settore operanti nel territorio.

Gli elementi dell'analisi SWOT sopra rappresentati, cioè i punti di forza, di debolezza, opportunità e minacce, devono essere valutati nella loro integrità e non invece considerarli separatamente; occorre avere un "quadro generale" della reale situazione per poter decidere e orientare al meglio le azioni dell'Azienda al fine di raggiungere gli obiettivi fissati eliminando le difficoltà che possono impedire, nella fattispecie, il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione.

Dall'analisi SWOT si evidenziano caratteristiche di particolare complessità per il momento "storico" e congiunturale che l'ASP di Palermo e la Sanità siciliana stanno attraversando, chiedendo a tutti gli operatori un impegno sempre maggiore per poter raggiungere le performance attese.

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Passando ad analizzare il contesto interno, si fa riferimento a:

- la struttura organizzativa aziendale, di cui si è già illustrato al paragrafo 3.1 del presente Piano,
- le risorse finanziarie, di cui si è già trattato al paragrafo 3.3 del presente Piano,
- le risorse umane, le quali sono già state indicate al paragrafo 3.2 e per le quali si può aggiungere che una analisi quali-quantitativa delle risorse umane disponibili nella nostra Azienda ha permesso di rilevarne alcune caratteristiche, come indicate nella sottostante tabella.

ASP PALERMO - RISORSE UMANE

ANALISI CARATTERI QUALI/QUANTITATIVI	
età media del personale	52,60
età media dei dirigenti	54,00
tasso di crescita unità di personale	- 0,01%
% dipendenti in possesso di laurea	36,91%
% dirigenti in possesso di laurea	99,64%
turnover del personale	8,35%
ANALISI BENESSERE ORGANIZZATIVO	
tasso di assenze	17,00%
% personale assunto a tempo indeterminato	4,10%
ANALISI DI GENERE	
% di dirigenti donne	42,37%
% di donne rispetto al totale del personale	47,62%
% personale donna assunto a tempo determinato	66,74%
età media del personale femminile	52,02
età media dei dirigenti donne	53,32
% di personale donna laureato rispetto al totale personale femminile	35,82%

6. IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Il sistema di valutazione della performance 2014-2016 prevede il perfezionamento dell' integrazione delle strutture coinvolte e il consolidamento del sistema , già avviato nel 2011 secondo la normativa di riferimento (Dlgs 150/09 , D.A. 1821/11 , D.A. 1557/12) e disciplinato dal Regolamento per la valutazione del personale (Delibera del Direttore Generale n.686 del 05/08/2011)

Le indicazioni contenute nelle disposizioni assessoriali nonché nelle circolari aziendali hanno già consentito di attuare la diffusione della informazione a tutto il personale in particolare sulla correlazione tra risultati e riconoscimento economico. Ancora per il prossimo triennio si farà riferimento ad alcuni capisaldi del ciclo della performance, che trovano concretezza negli strumenti utilizzati, fermo restando la flessibilità dello strumento stesso:

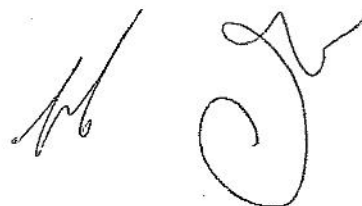
1. Differenziazione del merito/Premialità
2. Corrispondenza tra performance e premio
3. Assegnazione di obiettivi a cascata
4. Adozione di criteri di valutazione distinti per i Direttori di macrostruttura

Il criterio della differenziazione si mantiene attraverso la diversificazione di fasce di merito secondo il punteggio attribuito attraverso una scheda di valutazione individuale così come già applicato negli anni precedenti . Già dal 2011, infatti, si sono distinte due fasce di merito di cui una "media" cui accedono tutti coloro che partecipano al sistema premiante e una fascia "alta" cui afferiscono coloro che hanno un punteggio individuale tra il 90 e il 100% del massimo previsto, considerato che la normativa (D.A 1821/2011) prevede la disapplicazione- fino a nuova tornata contrattuale - della fascia "bassa" indicata dal Dlgs 150/09 come fascia di dipendenti cui non spetta alcun premio di produttività e per rispettare al contempo il principio di premialità .

Per quanto concerne l'assegnazione degli obiettivi, si procede alla distribuzione delle schede degli obiettivi aziendali alle macrostrutture, corrispondenti alla performance organizzativa, oggetto di valutazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione; a queste segue, a cascata, l'assegnazione degli obiettivi annuali individuali. Il ciclo della performance sarà monitorato dalla Struttura Tecnica Permanente che prevede incontri informativi e formativi per la diffusione del sistema, col supporto tecnico dell'Organismo Regionale di monitoraggio e supporto del sistema di misurazione e valutazione della performance del personale dipendente del S.S.R. all'interno del programma regionale di formazione e supporto.

Un elemento di innovazione già avviato nel 2013 riguarda la scheda di valutazione dei Direttori di macrostruttura. Così come previsto dalla normativa, i criteri di valutazione del top management riguardano aree più ampie rispetto alla performance della struttura stessa e comprendono anche gli aspetti comportamentali e gestionali, le competenze professionali e organizzative, nonché le specifiche competenze manageriali, ivi compresa la capacità di gestione del processo di valutazione. Pertanto, a seguito della consegna degli obiettivi annuali, il Direttore Amministrativo Aziendale e il Direttore Sanitario Aziendale – rispettivamente per i Direttori dell'area amministrativa e dell'area sanitaria- effettuano le loro valutazioni annuali di performance dei Direttori delle macrostrutture. Tali valutazioni confluiscono nelle valutazioni per il rinnovo dei contratti individuali, cui contribuiscono in modo sostanziale.

7. GLI OBIETTIVI STRATEGICI



Per il triennio 2014 – 2016 l'ASP di Palermo, continuerà a rendere più evidenti i processi di “de-verticalizzazione” dell'organizzazione, utili ad una maggiore responsabilizzazione del management intermedio e di linee sui processi attivati e sui risultati attesi, al fine di ridurre ulteriormente la persistenza, pur residuale, di logiche autoreferenziali delle diverse componenti organizzative.

Per questo motivo, al di là degli obiettivi che saranno declinati dal livello regionale, verranno introdotti ulteriori correttivi per una politica di gestione più appropriata ed efficace per “creare sistema”. Si tratta di consolidare un processo “interno” di maggiore chiarezza delle responsabilità e di miglioramento delle interfacce organizzative interne ed un processo “esterno”, che, in un'ottica interaziendale provinciale, si prefigga di consolidare in modo più incisivo e duraturo i percorsi assistenziali integrati all'interno dei nuovi modelli organizzativi territoriali previsti dalla L.R. 5/2009 (Presidi territoriali di Assistenza, Punti Unici di Accesso, Punti di Primo Intervento, Ambulatori a Gestione Integrata etc).

Del resto, in un territorio che si estende dal comprensorio della Valle dello Jato fino a Cefalù, in cui viene servita una popolazione pari a 1.243.638 di assistibili, appare indispensabile imprimere una ulteriore spinta verso uno “stile responsabile” diffuso, che favorisca quanto già realizzato sul versante dello sviluppo dei meccanismi operativi necessari al progressivo spostamento dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio ed al superamento della frammentazione e/o duplicazione di strutture, attraverso processi di aggregazione e integrazione operativa e funzionale.

Per tali motivi nella misurazione della performance aziendale verrà data prioritariamente particolare enfasi a tutte le azioni necessarie per imprimere nuova linfa al sistema di regolamentazione interno, non solo a quello di tipo amministrativo –contabile, ma con particolare rilievo alle strategie di sviluppo più visibile del sistema procedurale (linee guida, raccomandazioni, Percorsi diagnostico –terapeutici, etc) a supporto dell'attività clinico–assistenziale per rinforzare la “resilienza” del sistema di sicurezza del paziente e dell'operatore. Infatti al fine di imprimere maggiore spinta alle logiche di governo clinico, per la valutazione delle attività sarà data prioritaria rilevanza alla capacità di programmazione – progettazione delle macroarticolazioni aziendali.

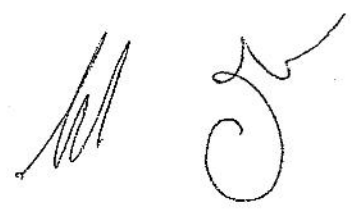
L'impegno sarà inoltre rivolto al consolidamento di un vero e proprio “sistema provinciale” attraverso lo sviluppo, sostanziale e formale, della funzione di “committenza” dell'ASP verso le Aziende Ospedaliere, come indicato dalla LR 5/2009: si tratta di procedere ulteriormente verso quell'indirizzo strategico di cui nell'anno in corso è stata infatti già espressione concreta il “piano di budget”, articolato dalla Direzione strategica dell'ASP con le Direzioni strategiche di tutte le Aziende Ospedaliere operanti nella provincia di Palermo, sottoscritto presso l'Assessorato Reg. le della Salute

In particolare la misurazione delle performance riguarderà prevalentemente i seguenti macro – obiettivi:

Assistenza Collettiva e negli Ambienti di Vita e di Lavoro	Miglioramento e stabilizzazione delle percentuali di adesione per le tre linee di screening oncologici (ca mammella, ca cervice uterina, ca colon retto) secondo i valori target relativi alla Circolare Assessoriale n° 1308 del 30.10.2013).
Assistenza Territoriale e Continuità	Miglioramento dell'integrazione tra le strutture territoriali e quelle ospedaliere, soprattutto nell'ambito delle patologie croniche, per il consolidamento dei percorsi integrati ospedale territorio e di setting alternativi per pazienti con patologie a bassa

Assistenziale	complessità
	Razionalizzazione della Rete provinciale per la gestione dei pazienti cronici target anche attraverso l'implementazione definitiva della rete informatica dotata di <i>hardware</i> e <i>software</i> dedicato
	Consolidamento del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale sullo scompenso cardiaco
Assistenza Ospedaliera	Piena attivazione dei posti letto per post-acuzie programmati considerando 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie. Revisione dei percorsi assistenziali per lungodegenza e riabilitazione già realizzati, anche in base al disegno Assessoriale di riorganizzazione provinciale.
	Miglioramento dell'appropriatezza assistenziale secondo il Piano Nazionale Esiti: -miglioramento degli standard relativi alla Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni - miglioramento degli standard relativi alla riduzione incidenza parti cesarei - mantenimento dello standard relativo all'effettuazione dell'angioplastica nell'infarto miocardico acuto con sopralivellamento del tratto ST
Integrazione socio-sanitaria	Miglioramento delle attività relative ai servizi dedicati ai soggetti con scarsa protezione sociale per grave disabilità psico-fisica e fattori socio-culturali e ambientali
Salute della donna, del bambino e dell'età giovanile	Completamento del processo di razionalizzazione della rete dei punti nascita e miglioramento del percorso nascita tra i consultori e i punti nascita PPOO ASP e AA.OO.
Salute mentale e dipendenze	Miglioramento della presa in carico globale del paziente
Qualità e Rischio clinico	Miglioramento del livello delle prestazioni relative alla Qualità e Sicurezza dei pazienti assistiti nelle strutture ospedaliere e consolidamento di un sistema di incident reporting in ambito territoriale
	Formazione a due operatori per ciascuna UOC dei PP.OO. su Root Cause Analysis e Audit clinico relativo al Piano Nazionale Esiti.
	Miglioramento della gestione della documentazione (registrazione, monitoraggio, sistema di archiviazione e aggiornamento) a supporto dell'attività clinico - assistenziale (linee guida, procedure, raccomandazioni, protocolli etc)
Gestionale	Consolidamento dei valori relativi ai flussi del personale ed a quelli relativi all'Area Beni e Servizi (dispositivi medici, farmaco)

<p>Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo 2013-2015, relativamente alle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del s.s.r., in prosecuzione del programma operativo regionale 2010-2012, ai sensi dell'art.15, comma 20, del d.l. n.95/2012 convertito in legge n.135/2012.</p>	Miglioramento del governo della spesa del settore farmaceutico
	Implementazione Screening metabolico neonatale allargato (entro il 31.12.2015: Aumento del numero di neonati screenati fino al 100% dei nati)
	Potenziamento della rete dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA): Miglioramento dell'adeguamento dei PTA allo standard organizzativo/strutturale (Numero di PTA conformi allo standard entro il 31.12.2015 >= 90%.)
	Sviluppo dei percorsi assistenziali per pazienti in età evolutiva con interventi di educazione alla salute (Disturbi Specifici di Apprendimento -DSA, Diabete Mellito e obesità)
	Azioni di miglioramento, in termini di completezza, qualità e tempistica, dei flussi informativi (NSIS) consolidati
	Miglioramento del monitoraggio sistematico dell'uso della checklist in Sala Operatoria (100% entro il 31.01.2016)) secondo le indicazioni del D. Assessorato della Salute del 27/12/13 GURS 24/01/14 parte I n. 4
	Miglioramento dell'attività di formazione attraverso lo sviluppo e applicazione di strumenti che consentano di rendere più efficacemente valutabile l'aspetto della qualità dell'assistenza a partire dalle competenze cliniche e relativi livelli di autonomia professionale "privileges" (entro il 30.06.2014: Sviluppo progettazione e realizzazione del progetto formativo a partire dai livelli di autonomia professionale conferiti; entro il 31.12.2015: Linee guida per la predisposizione dei fascicoli personali dei professionisti al fine di favorire lo sviluppo delle competenze individuali)
	Miglioramento del coinvolgimento dei cittadini/pazienti nel processo di personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza con la partecipazione al programma Ricerca Corrente 2012 "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino" promossa dall'AGENAS
	Implementazione delle linee di indirizzo per le attività di controllo analitico delle cartelle cliniche secondo D. Assessorato Salute 13/3/2013 (GURS 29/3/2013)
<p>Progettazione/innovazione</p>	Pieno sviluppo e consolidamento della progettazione Aziendale e messa a sistema delle aree di progettazione afferenti alle linee programmatiche di PSN, di integrazione socio – sanitaria (328, 285 e Piani di zona 2013/2015) e di Internazionalizzazione.
	Diffusione delle metodologie HTA nei processi decisionali aziendali secondo le linee guida regionali approvate con il D. Assessorato della Salute del 19 dicembre 2013 GURS 24/01/14 parte I n. 4



8. ALBERO DELLE PERFORMANCE.

L'ASP di Palermo comprende un ampio territorio provinciale con una popolazione pari a circa 1.250.000 abitanti e, proprio per la sua vastità, è caratterizzata da una particolare complessità che si riflette nella sua articolata struttura organizzativa.

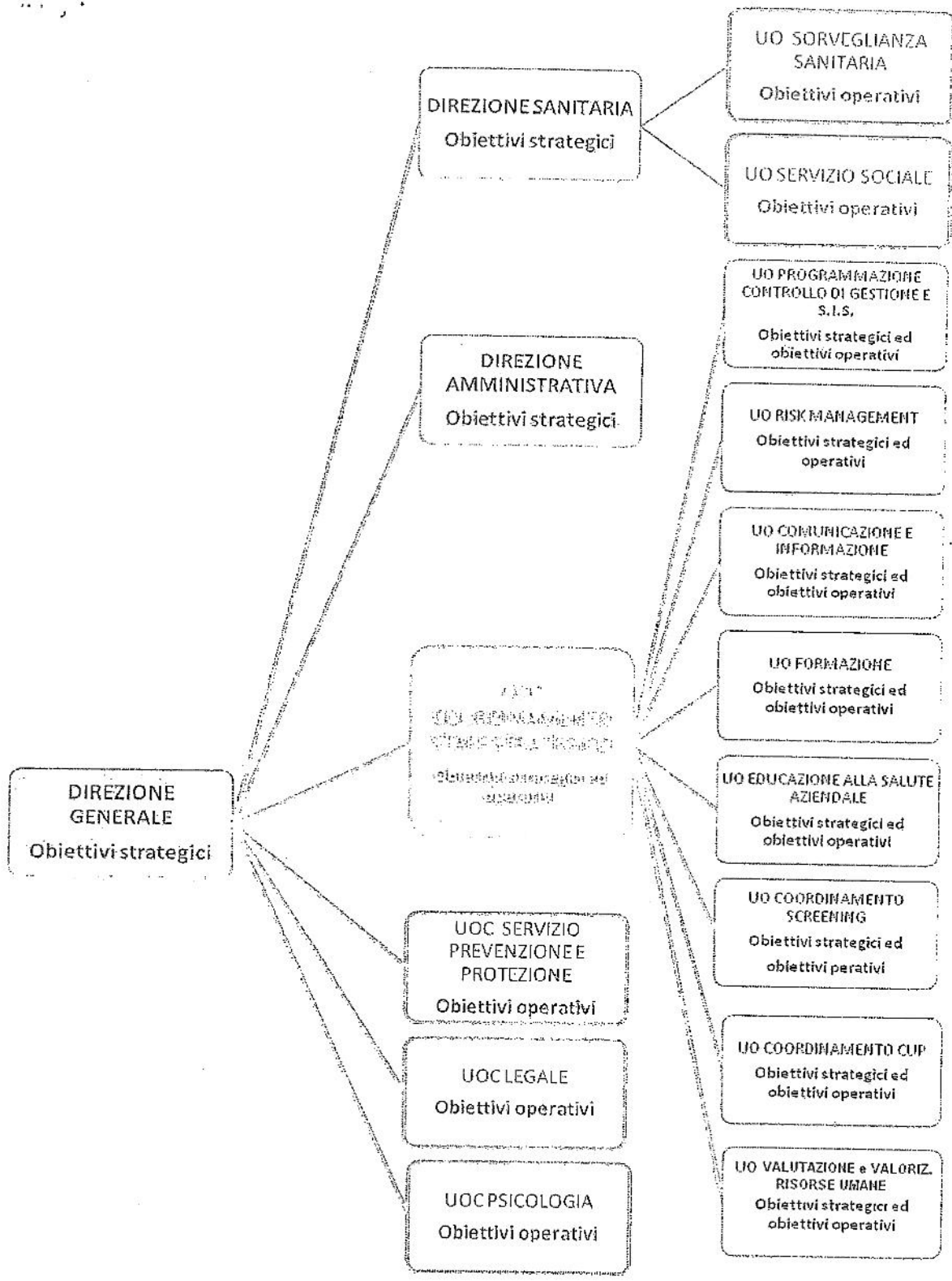
L'Azienda è articolata in numerosi Dipartimenti strutturali e in diversi Presidi Ospedalieri, caratterizzati da una gestione dipartimentale dei servizi propri, sia dell'area ospedaliera sia dell'area territoriale, con lo scopo precipuo di realizzare al meglio ogni forma di integrazione ospedale-territorio e viceversa, per meglio soddisfare i bisogni di salute della popolazione.

La Direzione Strategica declina gli **obiettivi strategici**, definiti dall'Assessorato della Salute con il supporto dell'Agenas, per macro-area di intervento, individua opportuni **obiettivi operativi** che consentano di perseguire gli obiettivi strategici stabiliti, quindi li assegna alle macrostrutture (Dipartimento – Distretto Sanitario – Distretto Ospedaliero e UU.OO. di Staff) e/o per singole strutture complesse. Ai sensi del D.Lgs n. 150/2009, in ciascun ambito operativo vengono coerentemente definiti, secondo il meccanismo a cascata sopra citato, ulteriori obiettivi operativi, tali da consentire la coniugazione della performance organizzativa conseguita dalla struttura di riferimento con la performance individuale realizzata da ciascun dipendente (dirigente e non).

Tutto ciò rende possibile l'apporto individuale di ciascuna struttura e ciascun operatore, dando quindi maggiori garanzie di pervenire al raggiungimento dei risultati attesi, prevalentemente orientati al potenziamento delle attività assistenziali di recente avviamento, al perseguimento di una maggiore efficienza dei servizi, al miglioramento dei risultati già conseguiti in precedenza, al perseguimento di buoni esiti di salute.

Gli obiettivi vengono assegnati alle UU.OO. indicate nell' *albero della performance* sotto raffigurato.

gr
pl



DIREZIONE SANITARIA
Obiettivi strategici

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Obiettivi strategici e obiettivi operativi

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO
Obiettivi strategici e obiettivi operativi

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE,
DIPENDENZE PATOLOGICHE E
NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E
DELL'ADOLESCENZA
Obiettivi strategici e obiettivi operativi

DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA DONNA E
DEL BAMBINO
Obiettivi strategici e obiettivi operativi

DIPARTIMENTO DI MEDICINA RIABILITATIVA
Obiettivi strategici e obiettivi operativi

DIPARTIMENTO FARMACUTICO
Obiettivi strategici e obiettivi operativi

DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI
LABORATORIO
Obiettivi strategici e obiettivi operativi

DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
Obiettivi strategici e obiettivi operativi

DIPARTIMENTO DELLE ANESTESIE, DELLE TERAPIE
INTENSIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE
Obiettivi strategici e obiettivi operativi

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELLA ORGANIZZAZIONE
DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI E DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
Obiettivi strategici e obiettivi operativi

DIPARTIMENTO DI MEDICINA, DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE
Obiettivi strategici e obiettivi operativi

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, ORGANIZZAZIONE E CONTROLLO
DELLE ATTIVITÀ OSPEDALIERE
Obiettivi strategici e obiettivi operativi

DIREZIONE AMMINISTRATIVA
Obiettivi strategici

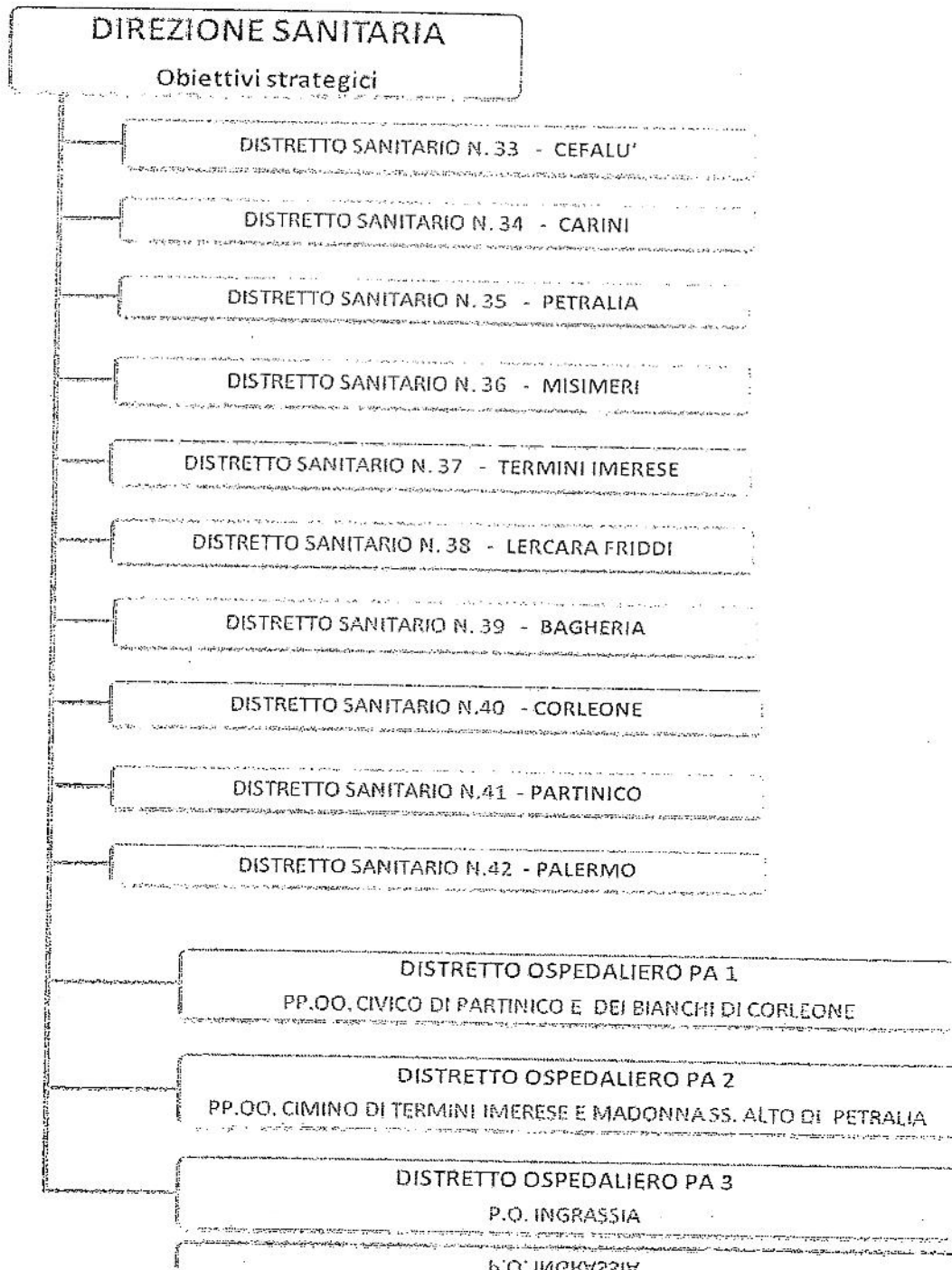
DIPARTIMENTO RISORSE UMANE, SVILUPPO
ORGANIZZATIVO E AFFARI GENERALI
Obiettivi operativi

DIPARTIMENTO PROVVEDITORATO E TECNICO
Obiettivi operativi

DIPARTIMENTO RISORSE ECONOMICO-
FINANZIARIE E PATRIMONIALE
Obiettivi operativi

M J

Gli obiettivi strategici aziendali sono declinati sia nell'ambito dell'area territoriale, governata dai Distretti Sanitari, sia nell'ambito dell'area ospedaliera, organizzata nei 3 Distretti Ospedalieri di PA 1 , Pa 2 e PA 3 (oggi comprensivo anche del P.O. "Villa delle Ginestre"), per la quale sono stati definiti specifici obiettivi con riferimento alle singole Strutture complesse (UOC) in essa operanti.



9. PIANO TRIENNALE ANTICORRUZIONE 2014 – 2016 (LEGGE 6 NOVEMBRE 2012 N. 190)

La legge 190/2012 e il Piano Nazionale Anticorruzione, di cui alla delibera CIVIT – ANAC n. 72/2013 prevedono il coordinamento del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione con il Ciclo della Performance.

Pertanto, ai sensi della su detta delibera CIVIT si rende necessario che gli adempimenti, i compiti e le responsabilità inseriti nel P.T.P.C. debbano essere inseriti nell'ambito del c.d. "Ciclo della Performance", e conseguentemente assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica come previsti nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e nel Piano Triennale Prevenzione della trasparenza e dell'Integrità.

10. LA TRASPARENZA DEL PIANO

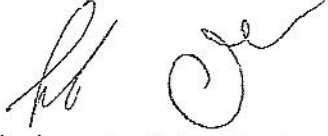
Il Piano della Performance deve essere diffuso tra gli utilizzatori, reso disponibile e di facile accesso anche via web.

Il Piano, pertanto, una volta adottata la relativa determina di adozione e approvazione, è reso conoscibile e scaricabile on line dal sito aziendale, www.asppalermo.org, pubblicato nell'apposita sezione "Trasparenza, valutazione e merito" e, inoltre, come sancito dall'art. 10, c. 2, del decreto legislativo 150/09, deve essere trasmesso alla Commissione e al Ministero dell'Economia e delle Finanze.

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

Il processo seguito per lo sviluppo del ciclo di gestione delle performance ha coinvolto i soggetti indicati nella sottostante tabella.

	Fase del processo	Soggetti coinvolti
1	Definizione dell'identità dell'organizzazione	U.O. Programmazione e Controllo di Gestione
2	Analisi del contesto esterno ed interno	Dipartimento Risorse Umane
3	Definizione degli obiettivi strategici e delle strategie	Direzione Strategica U.O. Programmazione, Controllo di Gestione e SIS U.O. Qualità e progettazione
4	Programmazione economico-finanziaria	U.O. Programmazione, Controllo di Gestione e SIS Dip. Risorse Economico-Finanziarie
5	Il sistema di misurazione e valutazione della Performance e il ciclo di gestione	U.O. Valutazione e Valorizzazione delle Risorse Umane.
6	Comunicazione del Piano all'interno e all'esterno	UO Programmazione e Controllo di Gestione UO Comunicazione e Informazione



L'ASP avvia il proprio "processo di budgeting" con la definizione degli obiettivi da parte della Direzione Strategica, tenuto conto delle indicazioni assessoriali, per il tramite dell'U.O. Programmazione, controllo di gestione e SIS; si procede quindi all'assegnazione degli stessi obiettivi ai direttori di macrostruttura.

L'individuazione e l'assegnazione degli obiettivi strategici rappresenta quindi la prima fase del processo, prevedendo per ogni obiettivo assegnato ai CdR, opportunamente pesato, gli indicatori attraverso cui misurare il risultato raggiunto rispetto a quello atteso.

Tale processo, finalizzato, oltre che al soddisfacimento dei bisogni della popolazione, alla verifica della produttività delle strutture sulla base degli obiettivi assegnati ai corrispondenti Centri di Responsabilità (CdR).

Del suddetto sistema di misurazione è garante l'Organismo Indipendente di valutazione (OIV), istituito nell'ASP di Palermo con delibera n. 796 del 23 settembre 2011, che supporta la Direzione aziendale.

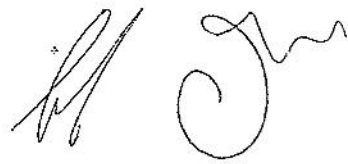
Tale sistema è centrato sulla misurazione e valutazione della performance organizzativa, indicando ogni raccordo logico per l'allineamento con il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale, attraverso una chiara individuazione di obiettivi e relativi indicatori (strumenti che rendono possibile l'attività di acquisizione delle informazioni), di outcome (risultato atteso) e target (valore desiderato o valore atteso) per ciascun indicatore, che deve avere caratteristiche di qualità e di fattibilità opportunamente soppesate, al fine di soddisfare le esigenze dei portatori di interesse interni ed esterni, e dell'Utenza in particolare, cui le azioni sottese agli obiettivi sono destinate.

Ai fini dell'efficacia dell'intero sistema e per garantire la connessione fra il sistema di misurazione della performance organizzativa con quello della misurazione e valutazione della performance individuale, il ricorso ad un'opportuna "mappa strategica" consente di declinare ed evidenziare a cascata, nei diversi livelli organizzativi, gli obiettivi operativi attribuiti in fase di negoziazione di 2° livello dai Responsabili di macrostruttura ai dirigenti responsabili di Unità Operative Complesse, e da parte di questi ultimi nei confronti delle singole Unità Operative Semplici ed Unità di personale non dirigente (negoziazione di 3° livello).

Tale processo, che si sviluppa in coerenza con gli obiettivi strategici fissati a livello regionale, si estrinseca infine nella definizione di specifici Piani operativi o Piani d'azione, attribuibili al singolo dirigente o ad équipe definite, in armonia con il Piano di Attuazione Aziendale (P.A.A.) approvato dall'Assessorato Regionale della Salute.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa si innesca quindi nell'ambito del più ampio **Ciclo di gestione della performance**, articolato nelle seguenti fasi:

- 1) - definizione e assegnazione degli obiettivi che si intende raggiungere, degli indicatori, dei risultati e dei valori attesi;
- 2) - collegamento tra obiettivi ed allocazione delle risorse;
- 3) - monitoraggio in corso di esercizio, con attivazione di eventuali interventi correttivi;
- 4) - misurazione e valutazione della performance, organizzativa ed individuale, secondo frequenza e modalità definite;
- 5) - utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;



6) - rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e destinatari dei servizi.

Il percorso "a cascata" nell'attribuzione degli obiettivi operativi consente di collegare la valutazione della performance organizzativa alla performance individuale, secondo i principi di coerenza e di responsabilità: la Direzione aziendale, sulla base degli obiettivi ed essa assegnati dagli organismi regionali e dalla relativa pianificazione, procede alla definizione e assegnazione degli obiettivi annuali alle macro strutture aziendali.

I responsabili delle macro strutture, coadiuvati dai dirigenti delle strutture coordinate, comunicano a tutto il personale gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale e le modalità previste per il raggiungimento degli stessi; informano inoltre sui criteri e le modalità di valutazione della performance individuale.