



Piano della Performance

D.Lgs. n.150/2009

Deliberazione n° 94 del 03/02/2011

Caro Cittadino, Utente

dopo l'ultima riforma della sanità in Sicilia (legge regionale n. 5/2009) siamo ancora dedicati alla revisione della nostra organizzazione per promuovere tutti i servizi volti a soddisfare le Tue necessità di Salute, impegnati a migliorare la nostra risposta alle Tue esigenze.

Per realizzare ciò, ci si sta orientando non solo al miglioramento dell'efficacia delle nostre risposte assistenziali, ma anche ad una loro più efficiente attuazione, che impone di sfruttare al meglio le risorse a disposizione dell'Azienda, distribuite in passato in modo non sempre appropriato per poter promuovere la migliore assistenza e i migliori risultati di salute.

Si sta cercando di colmare innanzitutto le carenze assistenziali che il sistema ha manifestato nel tempo, privilegiando la promozione dell'**educazione alla salute** e della **prevenzione** in genere, l'**assistenza riabilitativa** presso i nostri ospedali e sul territorio; l'**assistenza all'anziano** con patologie multiple o particolari (Alzheimer), che avrà a disposizione nuove residenze assistite e una più intensa **assistenza domiciliare**; l'**assistenza alla donna e al bambino**; l'**assistenza psichiatrica**; e ancora, tutti gli altri interventi necessari a tutelare la Tua Salute.

Tutto ciò naturalmente, mantenendo e migliorando i servizi tradizionalmente assicurati dai nostri ospedali e dai diversi presidi sanitari distribuiti nel vasto territorio della provincia, nel rispetto comunque del principio di equità.

Possiamo dirci fieri dei progressi fin qui realizzati, ma dobbiamo continuare a lavorare sodo in vista delle ulteriori sfide che ci attendono. Il Piano Sanitario Regionale per gli anni 2010–2012 stabilisce infatti importanti aspettative per le aziende sanitarie, per gli operatori interni ed esterni, per gli utenti del sistema, mentre le risorse e gli strumenti a disposizione sono limitati e perciò da utilizzare al meglio per riuscire a fronteggiare le nostre attese.

Le priorità di fondo, da cui derivano gli obiettivi che ci proponiamo di raggiungere sono quindi le seguenti:

1. Aumentare i risultati di salute, rimuovendo le criticità e le inefficienze che ostacolano i percorsi da compiere, premiando gli operatori che a ciò contribuiranno in modo meritevole, in modo tale che tutte le Tue necessità assistenziali siano soddisfatte al meglio.
2. Completare la costruzione dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) facendo in modo che Tu possa trovare presso tali strutture le risposte più pronte e soddisfacenti per le necessità che non richiedono il ricorso all'ospedale, e comunque per iniziare da qui ogni possibile percorso di assistenza. Perfezionare, nel contempo, la riorganizzazione della rete ospedaliera, già a buon punto, e della rete dell'emergenza.
3. Confrontarsi continuamente con le parti sociali e con le associazioni che Ti rappresentano, ma anche con gli Operatori esterni che contribuiscono a fornire adeguate risposte alle Tue esigenze di Salute, per affinare in continuo ogni sorta di integrazione e collaborazione .

Stiamo inoltre chiedendo di più ai nostri operatori, 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 nuova legge di riforma sta funzionando, e nonostante le difficoltà ha avuto un buon avvio, permettendo almeno di rimuovere i vecchi vizi del sistema sanitario, per riportarlo pian piano verso gli standard assistenziali più diffusi e più efficienti del Paese.

Ora dobbiamo lavorare insieme per rinforzare il rinnovato sistema e perseguire quanto resta da realizzare. Cordialmente,

Il Direttore Generale
Dr. Salvatore Cirignotta

INDICE

1. IDENTITÀ.....	4
2. MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE.....	4
3. L'ORGANIZZAZIONE E LE RISORSE DELL'ASP DI PALERMO	4
3.1 LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA	4
3.2 LE RISORSE UMANE	6
3.3 LE RISORSE FINANZIARIE.....	10
3.4 IL PIANO DI SVILUPPO	11
4. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO.....	12
4.1.A ELEMENTI SOCIO-ECONOMICI DI RIFERIMENTO	12
4.1.B IL CONTESTO NORMATIVO SPECIFICO DI RIFERIMENTO	14
4.1.C ANALISI SWOT	14
5. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO.....	16
6. IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE E IL CICLO DI GESTIONE.....	17
7. GLI OBIETTIVI STRATEGICI	20
AREA STRATEGICA 1 – RETE OSPEDALIERA	20
AREA STRATEGICA 2 – ASSISTENZA TERRITORIALE	21
AREA STRATEGICA 3 – PREVENZIONE E IGIENE PUBBLICA	22
AREA STRATEGICA 4 – PREVENZIONE VETERINARIA	22
AREA STRATEGICA 5 – SERVIZI DI DIAGNOSTICA – DI LABORATORIO E PER IMMAGINI	22
AREA STRATEGICA 6 – ASSISTENZA FARMACEUTICA	22
AREA STRATEGICA 7 – SERVIZI AMMINISTRATIVI	23
AREA STRATEGICA 8 – AREA DEL MANAGEMENT.....	24
8. SVILUPPO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE NELLE DIMENSIONI DELLA QUALITÀ.....	25
OBIETTIVI E INDICATORI RELATIVI ALLA “TRASPARENZA”	26
OBIETTIVI E INDICATORI RELATIVI ALLA ACCESSIBILITÀ	26
OBIETTIVI E INDICATORI RELATIVI ALLA “TEMPESTIVITÀ”	27
OBIETTIVI E INDICATORI RELATIVI ALLA “EFFICACIA”	27
9. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE.....	29

1. IDENTITÀ

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo (di seguito ASP) nasce il 1° settembre del 2009, giusta legge regionale del 4 aprile 2009, n. 5 "Norme di riordino del Sistema Sanitario Regionale", subentrando come soggetto giuridico alla cessata Azienda Unità 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 Legale rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale, dr. Salvatore Cirignotta.

2. MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE.

L'Asp di Palermo opera nel Sistema Sanitario Regionale con il mandato istituzionale di tutelare e assicurare lo stato di Salute della Collettività e del Cittadino, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti, assicurando l'erogazione delle prestazioni sanitarie essenziali ed appropriate (Livelli Essenziali di Assistenza), sia direttamente che attraverso la loro acquisizione dalle Aziende Ospedaliere e dalle strutture accreditate che operano sullo stesso territorio provinciale.

Per la migliore realizzazione del proprio mandato, l'Azienda punta quindi sullo sviluppo dei sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi, l'equità delle prestazioni, la solidarietà nei confronti dei soggetti fragili, cronici o comunque disagiati, il raccordo con gli Enti locali e il collegamento con altre organizzazioni sanitarie, socio-sanitarie e di volontariato, nello spirito di massima integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali che ogni Utente si attende.

Il servizio al Cittadino rappresenta la fondamentale ragion d'essere dell'Azienda.

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

3.1 LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'amministrazione dell'ASP è garantita da numerose strutture direttamente gestite, rappresentate da Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici, come indicate nell'Allegato 1 all' Atto Aziendale, a cui si rimanda per i dettagli.

L'organizzazione si articola quindi in numerose macrostrutture, 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.

Per l'area ospedaliera, le macrostrutture sono rappresentate dai Distretti Ospedalieri PA1 , PA2 e PA 3, in cui è ricompreso l'Ospedale "Villa delle Ginestre".

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 proprio "Atto aziendale" l'ASP ha definito le Unità Operative Complesse e il numero delle Unità Operative Semplici che costituiranno l'articolazione di ciascuna macrostruttura. Se ne riporta un quadro sintetico nelle tabelle che seguono.

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	1	
20	Distretto Sanitario n. 39 – Bagheria	1	
21	Distretto Sanitario n. 40 – Bagheria - P.T.A. Bagheria	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)	

Strutture organizzative ASP di Palermo – I Dipartimenti Amministrativi

	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	

Ogni Unità Operativa coincide con un Centro di Responsabilità e può corrispondere ad uno o più Centri di Costo.

In atto non sono stati conferiti tutti gli incarichi relativi ai Centri di Responsabilità sopraelencati, poiché sono in itinere a tale scopo specifiche procedure concorsuali, ai sensi del DPR n. 484/97 (Avvisi pubblicati sulla G.U.R.I. – Serie speciale Concorsi n. 102 del 24/12/2010) e di ogni altra procedura prevista dalla vigente normativa.

3.2 LE RISORSE UMANE

Le risorse umane, assieme a quelle finanziarie, sono fondamentali per il compimento della mission aziendale.

Seppure con una riduzione rilevante della dotazione organica rispetto al passato (- 6,5 %), l'ASP dispone di risorse umane che popolano in numero adeguato le strutture organizzative, con ruoli e profili professionali diversi, secondo una distribuzione congrua 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 31.12.2010.

Personale al 31.12.2010

Descrizione	Ruolo sanitario	Ruolo tecnico	Ruolo amministr.vo	Ruolo profess.	Totale
Assistenza ospedaliera	1.247	252	108		1.607
Assistenza territoriale	1.323	352	261	-	1.936
- Distretti sanitari	975	186	253		1.414
- Dipartimento Salute Mentale	348	166	8		522
- Dipartimento Prevenzione Medico	304	14	38	5	361
- Dipartimento Prevenzione Veterinario	120	9	30		159
Strutture centrali	149	174	290	11	624
Totale	3.143	801	727	16	4.687

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

Personale Dirigente e del Comparto

RUOLO	Fascia	Area	Personale	N°	%
Amministrativo	Comparto			702	14.97 %
	Dirigenza			25	0.53 %
Professionale	Comparto			1	0.02 %
	Dirigenza			15	0.32 %
Sanitario	Comparto		Riabilitazione	1.297	27.67 %
			Vigilanza ed ispezione	135	2.88 %
			Infermieristico	118	2.52 %
			Tecnico-sanitario	155	3.31 %
	Dirigenza	Medica		1.216	25.94 %
		Non medica		222	4.74 %
Tecnico	Comparto			783	16.70 %
	Dirigenza			18	0.38 %
Totale				4.687	100%

Complessivamente la **Dirigenza** è costituita da n. **1.496 unità**, pari al **31,92 %** del personale di ruolo, mentre la restante parte del personale, pari a n. 3.191 unità (68,08 %) è rappresentata nel Comparto.

La Dirigenza, inoltre, è ripartita fra l'area medica e l'area non medica (SPTA: Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa) nel modo seguente:

- **Dirigenti Medici** : n. 1.216 unità (81.28 % della Dirigenza)
- **Dirigenti non Medici** : n. 280 unità (18.72 %)

La relativa allocazione del personale nelle aree strategiche che caratterizzano l'Azienda, l'area ospedaliera e quella territoriale, è invece rappresentata nelle sottostanti tabelle.

Personale dei DISTRETTI OSPEDALIERI						
	Presidio Ospedaliero	Ruolo sanitario	Ruolo tecnico	Ruolo ammin.	Ruolo profess.	Totale
	"Nuovo Giglio"/ Fondazione HSR	72	16	8		96
Distretto Ospedaliero PA 1	Civico - Partinico	237	46	20		303
	Dei Bianchi - Corleone	118	26	14		158
	<i>Ex Reg. Margherita - Palazzo Adriano</i>	22	7	7		36
Distretto Ospedaliero PA 2	S. Cimino - Termini Imerese	211	43	16		270
	Madonna SS. dell'Alto - Petralia	124	11	13		148
Distretto Ospedaliero PA 3	G. Ingrassia - Palermo	417	86	23		526
	<i>Ex Enrico Albanese – Palermo</i>	26	15	5		46
	Villa delle Ginestre - Palermo	20	2	2		24
Totale		1.247	252	108	-	1.607

Personale dei DISTRETTI SANITARI						
Distretto Sanitario	Distretto Socio Sanitario	Ruolo sanitario	Ruolo tecnico	Ruolo ammin.	Ruolo profess.	Totale
1 Cefalù	33 Cefalù	31	8	14		53
2 Petralia Sottana	35 Pertralia	27	4	3		34
3 Termini Imerese	37 Termini Imerese	41	3	20		64
4 Bagheria	39 Bagheria	73	15	30		118
5 Corleone	40 Corleone	31	3	13		47
6 Lercara Friddi	38 Lercara Friddi	52	12	17		81
7 Partinico	41 Partinico	43	4	14		61
8 Carini	34 Carini	51	13	11		75
9 Misilmeri	36 Misilmeri	30	9	11		50
10 Palermo	42 Palermo	100	10	28		138
11 Palermo		172	40	24		236
12 Palermo		117	26	28		171
13 Palermo		114	18	21		153
14 Palermo		93	21	19		133
Totale		975	186	253	-	1.414

Altre risorse umane trovano allocazione nei Dipartimenti strutturali di Prevenzione, Medico e Veterinario, e nel Dipartimento di Salute Mentale, che sviluppano le proprie attività per tutti i distretti dell'area territoriale aziendale e, ove previsto, per l'area ospedaliera (esempio: SPDC - Servizi di Prevenzione, Diagnosi e Cura del Dipartimento di Salute Mentale).

Personale del DIPARTIMENTO PREVENZIONE MEDICO

Ruolo	Unità
Sanitario	304
Tecnico	14
Amministrativo	38
Professionale	5
Totale	361

Personale del DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIO

Ruolo	Unità
Sanitario	120
Tecnico	9
Amministrativo	30
Professionale	-
Totale	159

Personale del
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE e
NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

Ruolo	Unità
Sanitario	348
Tecnico	166
Amministrativo	8
Professionale	-
Totale	522

L'Azienda dispone altresì di n° 702 unità di personale "contrattista" che risulta utilizzato nell'ambito aziendale a supporto sia di attività amministrative che tecniche.

Inoltre, sono attivi in ambito aziendale, al 31.12.2010, n° 197 specialisti convenzionati interni.

Le risorse finanziarie ed economiche di cui l'Azienda dispone per l'espletamento delle sue funzioni e per il compimento della propria "missione" sono anch'esse fondamentali, com'è facile intuire, sia per sostenere i costi della produzione delle prestazioni sanitarie rese all'Utenza, sia per garantire la promozione dei programmi di sviluppo aziendali, e poter realizzare così ogni azione di miglioramento dei percorsi assistenziali e dei processi gestionali ad essi sottesi.

Una piccola quota 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".

Tali assegnazioni, tuttavia, sono spesso tardive rispetto all'avvio di ogni esercizio annuale, non consentendo di indicare con certezza i valori delle risorse correnti, degli indici di finanziamento statale e regionale.

L'Azienda ha comunque adottato un proprio documento programmatico per gli anni 2010-2012 (Delibera n. 836 del 3/11/2010) in cui espone in termini presuntivi, utilizzando gli schemi del Conto Economico previsti dal Ministero della Salute (D.M. 11 febbraio 2002), i valori della produzione e dei costi della produzione per gli anni 2011 e 2012, secondo la sottostante sintesi, in cui si prevede un incremento dell'1% circa dei contributi in conto/esercizio:

Conto Economico Schema Ministeriale - D.M. 11/02/2002	Budget 2011	Budget 2012
Valore della Produzione	1.836.149.607	1.854.149.607
1) – contributi in conto esercizio	1.775.649.099	1.793.649.099
2) – Proventi e ricavi diversi	37.816.487	37.816.487
3) – Concorsi, recuperi, rimborsi per attività tipiche	9.048.169	9.048.169
4) – Compartecipazioni alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	4.826.853	4.826.853
5) - Costi capitalizzati	8.808.997	8.808.997
Costi della Produzione	1.809.261.283	1.826.912.214
1) – Acquisti di beni	72.083.693	75.753.693
2) – Acquisti di servizi	1.358.337.951	1.371.402.317
– Prestazioni sanitarie da pubblico	571.403.618	571.403.618
– Prestazioni sanitarie da privato	753.436.028	765.360.394
- Prestazioni non sanitarie da pubblico	4.552	4.552
- Prestazioni non sanitarie da privato	33.493.753	34.633.753
3) - Manutenzioni e riparazioni	14.595.418	14.595.418
4) - Godimento beni di terzi	4.513.421	4.513.421
5) - Personale sanitario	242.983.213	242.983.213
6) - Personale professionale	1.921.390	1.921.390
7) - Personale tecnico	32.177.700	32.177.700
8) - Personale amministrativo	48.617.398	48.617.398
9) - Oneri diversi di gestione	16.021.487	16.021.487
10) - Ammortamento delle immobilizzazioni immateriali	250.752	250.752
11) – Ammortamento dei fabbricati	3.921.516	4.034.016
12) - Ammortamento delle immobilizzazioni materiali	11.823.681	12.420.202
13) – Svalutazione dei crediti	-	-
14) – Variazione delle rimanenze	-	-
15) – Accantonamenti tipici dell'esercizio	2.013.662	2.013.662

3.4 IL PIANO DI SVILUPPO

Compatibilmente con le risorse rese disponibili dall'Assessorato Regionale della Salute, l'Azienda potrà realizzare anche un suo "Piano di Sviluppo" che consentirà di porre in essere gli interventi straordinari previsti dal riordino del sistema sanitario (Legge 5/2009), soprattutto riguardo all'avvio o al potenziamento dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), per le azioni necessarie a conseguire gli obiettivi di razionalizzazione, potenziamento e miglioramento dei servizi offerti sul territorio. In coerenza con il Piano Aziendale 2010-2012 saranno potenziate le aree di attività indicate nella sottostante tabella.

Area	Azioni
Cure primarie	1. attivazione e/o messa a regime dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA)
	2. razionalizzazione del sistema di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali con realizzazione del Centro Unificato di Prenotazione (CUP)
	3. promozione dell'associazionismo relativo a Medici di medicina generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS)
Integrazione socio-sanitaria	1. potenziamento delle cure domiciliari
	2. potenziamento delle cure palliative
	3. potenziamento dell'assistenza residenziale e semi-residenziale
Riabilitazione e Assistenza Integrativa e protesica	1. incremento dell'offerta in prestazioni riabilitative da strutture accreditate.
	2. incremento delle prestazioni di Assistenza integrativa e protesica da strutture accreditate
Farmaceutica	1. incremento distribuzione diretta farmaci PH-T
Formazione	1. potenziamento della formazione manageriale degli operatori
	2. potenziamento della formazione professionale degli operatori
Affari generali	1. Incremento coperture assicurative
Appalti e Forniture	1. informatizzazione e collegamenti di rete (PTA)
	2. acquisizione attrezzature biomediche per il Centro di alta specializzazione riabilitativa "Villa delle Ginestre"
	3. Incremento vigilanza.

4. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

L'ASP di Palermo opera sul territorio della Provincia di Palermo, con una popolazione residente di 1.246.094 abitanti (dato Istat al 31.12.2009), costituita da 83 Comuni, serviti da 10 Distretti socio-sanitari come illustrato nella sottostante tabella.

All'ASP di Palermo, oltre alla provincia, con 82 comuni, comprendenti l'isola di Ustica (PA), sono attribuite anche l'organizzazione e la gestione delle Isole minori "Pelagie", rappresentate da Lampedusa e Linosa, in provincia di Agrigento, con una popolazione di 6.254 residenti (dato Istat al 31.12.2009).

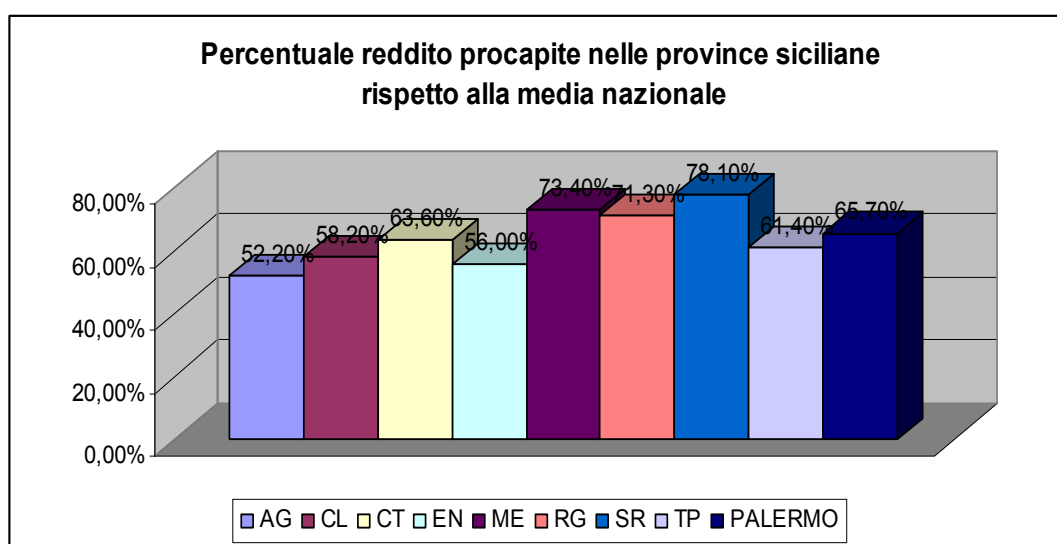
ex DISTRETTO SANITARIO	DISTRETTO SOCIO-SANITARIO		POPOLAZIONE
1	33	Cefalù	45.182
2	35	Petralia Sottana	27.796
3	37	Termini Imerese	64.030
4	39	Bagheria	96.597
5	40	Corleone	26.313
6	38	Lercara Friddi	31.176
7	41	Partinico	74.996
8	34	Carini	80.531
9	36	Misilmeri	49.508
10	42	Palermo città	656.256
11		Isole minori	7.579
12		e Comuni di:	
13		Monreale, Piana degli Albanesi,	86.442
14	S. Cristina Gela, Altofonte, Belmonte Mezzagno, Villabate.		
Totale			1.246.406

Fonte: dati ISTAT

4.1.A ELEMENTI SOCIO-ECONOMICI DI RIFERIMENTO

Nonostante il recente recupero rispetto ad alcuni importanti parametri socio-economici (produttività, lavoro, legalità) cui si è assistito nell'ultimo decennio, il contesto provinciale di riferimento rimane ancora caratterizzato da un certo divario rispetto al resto d'Italia. Tale distanza, documentata dall'analisi dei documenti regionali relativi al Piano Operativo del Fondo Sociale Europeo, è riferita ai benchmark fissati dai Consigli Europei di Lisbona e Goteborg per il 2010 che evidenziano problemi legati ad un'offerta di occupazione qualitativamente modesta da parte del sistema produttivo ed istituzionale, con difficoltà strutturali nell'assestamento di processi di sviluppo, da un lato sostenibili nel tempo, e dall'altro, capaci di convivere con modelli sociali indirizzati all'inclusività e all'incontro tra offerta e domanda di lavoro.

Il ciclo economico che, nel medio periodo 1996-2004 ha visto il PIL siciliano crescere del 1,9% e 2,1%, in misura maggiore rispetto al resto d'Italia e al Mezzogiorno (rispettivamente al 1,5% e 1,3% il primo, e il Mezzogiorno al 1,7% e 1,8%), ha avuto un rallentamento e ha subito una battuta d'arresto già nel biennio 2004/2005, ad esclusione dei settori ancora in crescita delle costruzioni e del turismo. Tale situazione è stata ancora più appesantita dalla recente crisi economica internazionale che ha fatto sentire le sue refluenze su scala locale, regionale e provinciale (Dati ISTAT). Nel 2001, in particolare, la provincia di Palermo si collocava all'87° posto nella graduatoria delle province italiane in riferimento al reddito pro-capite, e quarta rispetto alle province siciliane*, come riportato nel seguente grafico:



La situazione socioeconomica generale trova riscontro anche nella crisi strutturale che affligge ormai da anni diversi enti locali della provincia, incluso il Capoluogo, in un contesto in cui scarse sono le risorse da dedicare all'integrazione socio-sanitaria del territorio, nonostante legislazione e pianificazione integrata (L.285, L.328 e Piani di Zona) abbiano favorito la negoziazione e il coordinamento degli attori istituzionali della provincia chiamati a far fronte ai nuovi bisogni e alle richieste di salute emergenti dal territorio.

Fattori quali la disoccupazione, problematiche connesse con l'inclusione sociale, l'invecchiamento della popolazione, si intrecciano inevitabilmente con i bisogni di salute e con la richiesta di servizi socio-sanitari integrati sia in una logica Ospedale/Territorio, sia per l'ambito territoriale, che riguardo ad un approccio sinergico interistituzionale. ASP, Enti Locali, Sistema Formativo, Terzo Settore sono gli attori principali presenti ed operanti nella realtà provinciale di Palermo, chiamati a rispondere, ciascuno per la sua parte, in modo integrato, competente e tempestivo.

* Fonte: elaborazioni Unioncamere-Tagliacarne (dati 2001)

4.1.B IL CONTESTO NORMATIVO SPECIFICO DI RIFERIMENTO

In tale scenario regionale e provinciale, numerosi sono stati gli impulsi normativi per il contenimento della spesa sanitaria, la riorganizzazione e la rifunzionalizzazione dei servizi sanitari che hanno portato alla costituzione delle ASP provinciali e all'adozione dei nuovi atti aziendali. Particolarmente significativo, in tal senso, risulta il Piano della Salute della Regione Sicilia per il triennio 2011-2013 che giunge a seguito della legge 14 aprile 2009 n. 5 recante "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale".

La legge 5/09 rappresenta un punto di svolta anche rispetto alle misure assunte dalla Regione nell'ambito del "Piano di contenimento e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2007-2009" (Piano di Rientro) e del successivo "Programma operativo 2010-2012". Essa costituisce, infatti, il fondamento normativo per rinnovare in modo incisivo le modalità con cui la sanità è articolata, gestita ed erogata nella Regione, in quanto incide sull'assetto organizzativo del sistema, sulla sua modalità di programmazione, sul riequilibrio dell'offerta tra la rete ospedaliera ed il territorio ed introduce chiari meccanismi operativi di governo e controllo delle attività sanitarie e delle relative risorse.

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

- il progressivo spostamento dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio al fine di un più corretto ed efficace bilanciamento delle prestazioni in funzione dei fabbisogni;
- il riordino della rete ospedaliera pubblica e privata realizzata attraverso l'accorpamento e la rifunzionalizzazione di presidi ospedalieri sotto-utilizzati;
- il superamento della frammentazione e/o duplicazione di strutture, attraverso processi di aggregazione e integrazione operativa e funzionale;
- 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;
- il progressivo contenimento dei ricoveri inappropriati sia sotto il profilo clinico, sia organizzativo;
- l'introduzione di un sistema di assegnazione delle risorse commisurato alla erogazione delle attività programmate, alla qualità e alla efficienza dell'operato delle aziende;
- l'attuazione del principio della responsabilità attraverso un sistema di controlli e verifiche, che trovi fondamento in ben definiti processi tecnico-gestionali e nell'informatizzazione dei flussi;
- l'istituzione e la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi territoriali.

4.1.C ANALISI SWOT

In virtù delle considerazioni di cui al punto precedente, si propone un'analisi SWOT connessa allo scenario di contesto, esterno ed interno, e con il momento di cambiamento e di riorganizzazione complessiva della sanità regionale e, nello specifico, dell'A.S.P. di Palermo.

ANALISI SWOT

<p style="text-align: center;"><u>PUNTI DI FORZA</u></p> <p style="text-align: center;"><u>(Strenght)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Uniformità del nuovo Atto Aziendale (Approvato con D.A. n°2545/10) con L.R. 5/09, e successivi indirizzi e Linee guida di riferimento. • Disposizioni e misure operative per il contenimento della spesa. • Programmazione e attuazione dei primi <i>step</i> per la riorganizzazione dei servizi nel territorio. • Consapevolezza da parte dei principali Attori aziendali interessati della necessità della riorganizzazione e rifunzionalizzazione dei servizi. • Potenziamento della cultura della programmazione e ricorso all'utilizzo di strumenti efficaci per lo sviluppo di una cultura orientata alla valutazione della gestione aziendale in base ai risultati. • Maggiore diffusione della cultura legata al rischio clinico e alla qualità (percorsi, procedure, protocolli). • Significativi margini per il recupero di efficienza. • Potenzialità di sviluppo della rete assistenziale territoriale. • Attivazione e presenza di punti di eccellenza nella rete dei servizi territoriali. • Programmazione e attivazione di procedure per il reclutamento di Risorse Umane in ambito sanitario. • Potenziamento della rete informatizzata finalizzata alla creazione del CUP. 	<p style="text-align: center;"><u>PUNTI DI DEBOLEZZA</u></p> <p style="text-align: center;"><u>(Weakness)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tempi stringati per la realizzazione dei cronogrammi di attuazione scaturiti dalla riforma. • Fase di assestamento organizzativo derivante dalla situazione di sturt-up di tutti i livelli organizzativi scaturiti dal nuovo Atto Aziendale. • Scarsa consapevolezza dei processi specifici connessi alla riorganizzazione da parte del personale. • Impossibilità di programmare attività di formazione e valutazione continua per risorse umane non stabilizzate e con contratti a termine. • Eventuali resistenze degli operatori aziendali nel rispondere attivamente alle richieste di cambiamento culturale e organizzativo che il contesto aziendale attuale richiede. • 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</u></p> <p style="text-align: center;"><u>(Opportunities)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Legislazione Regionale innovativa e centrata sulla riorganizzazione ed integrazione Ospedale/Territorio (L.R. 5/09 e indicazioni e Linee Guida di riferimento). • Opportunità Ministeriali (Patto sulla Salute) che prevedono finanziamenti premiali per le Regioni in difficoltà che ottemperino alle misure di contenimento della spesa. • Affiancamento da parte del tavolo tecnico dell'Intesa Stato-Regioni per i controlli e le verifiche previste sulla gestione delle aziende sanitarie. • Forte impulso a livello Nazionale e Regionale per lo sviluppo di nuove tecnologie di informazione. • Programmi ministeriali e regionali per lo sviluppo dei processi di <i>governace</i>, dei sistemi operativi organizzativo-gestionali e per il monitoraggio e il controllo dell'efficienza ed efficacia dei servizi (Joint Commission, Accreditamento, Piano regionale dei controlli ecc). • Fondi e opportunità finanziarie finalizzati per l'attuazione di progetti specifici per target critici. 	<p style="text-align: center;"><u>MINACCE ESTERNE</u></p> <p style="text-align: center;"><u>(Threats)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dissonanza e incoerenze tra indirizzi legislativi 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. • Resistenze delle categorie portatrici di interessi agli interventi di razionalizzazione e riorganizzazione dell'Azienda. • Resistenze delle OO.SS. per la revisione delle dotazioni organiche e gli interventi complessivi di riorganizzazione e riallocazione delle Risorse Umane. • Resistenze dei medici prescrittori per l'introduzione di restrizioni dei budget sulle prescrizioni di farmaci e di prestazioni specialistiche.; • Aumento progressivo della popolazione e anziana (con conseguente aumento delle patologie croniche ed a più elevato costo). • Riduzione, nell'ultimo quinquennio, e carente integrazione degli interventi socio assistenziali da parte degli enti locali e degli attori del terzo settore operanti nel territorio. • Condizioni di forte disagio sociale ed economico di parte della popolazione (deprivazione).

Dall'analisi SWOT emergono con forza alcuni fattori connessi con la riforma sanitaria regionale (l.r. 5/09) che hanno creato opportunità e vincoli riferibili sia al contesto interno che a quello esterno. Tali elementi, rintracciabili in tutti e quattro i campi della SWOT, sono fortemente interconnessi tra loro e assumono caratteristiche di particolare complessità per il momento "storico" che l'ASP di Palermo e la Sanità siciliana stanno attraversando. Mai come in questo periodo vincoli e opportunità di questa Azienda sono stati così evidentemente interconnessi e/o reversibili: si può senz'altro affermare, che ogni vincolo può tradursi in possibilità e viceversa.

5. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Una prima analisi quali-quantitativa delle risorse umane disponibili nell'Azienda ha permesso di rilevarne e caratteristiche illustrate nella sottostante tabella.

ASP PALERMO - RISORSE UMANE

ANALISI CARATTERI QUALI/QUANTITATIVI	
età media del personale	51,17
età media dei dirigenti	52,29
tasso di crescita unità di personale (2009)	-8,80%
tasso di crescita unità di personale (2010)	-3,10%
% dipendenti in possesso di laurea (fonte conto annuale 2010)	37,50%
% dirigenti in possesso di laurea (fonte conto annuale 2010)	100%
turnover del personale (anno 2010)	21,40%
ANALISI BENESSERE ORGANIZZATIVO	
tasso di assenze (fonte conto annuale 2010)	11,70%
% personale assunto a tempo indeterminato (fonte conto annuale 2010)	87,90%
ANALISI DI GENERE	
% di dirigenti donne (fonte conto annuale 2010)	40,20%
% di donne rispetto al totale del personale (fonte conto annuale 2010)	46,70%
% personale donna assunto a tempo determinato (fonte conto annuale 2010)	83,80%
età media del personale femminile	51,78
età media dei dirigenti donne	52,68
% di personale donna laureato rispetto al totale personale femminile (fonte conto annuale 2010)	35,50%

6. IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE E IL CICLO DI GESTIONE

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). L’individuazione e l’assegnazione degli obiettivi strategici ha rappresentato comunque la prima fase del processo, muovendo dal livello Direzionale e dagli uffici di Staff, e prevedendo per ogni obiettivo assegnato ai CdR, opportunamente pesato, gli indicatori attraverso cui misurare il risultato raggiunto rispetto a quello atteso.

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).

Secondo l’Atto aziendale (art. 29, punto 8) il Nucleo Aziendale di Valutazione (NAV), in applicazione del D.Lgs. n. 150/2009, “assumerà nei tempi e con le modalità indicate dalla Regione e dalla legge stessa, la denominazione di Organismo Indipendente di valutazione (OIV), supporta la Direzione aziendale nella definizione degli obiettivi strategici, favorendone il coordinamento, e nella individuazione delle responsabilità per gli obiettivi medesimi. Contribuisce attraverso il sistema di misurazione e valutazione, all’allineamento dei comportamenti del personale alla missione dell’organizzazione. A tal fine, l’OIV rende noti al personale gli obiettivi di performance e cura la regolare comunicazione sullo stato di raggiungimento degli stessi.”

D’altra parte, ai sensi del D.Lgs. 150/2009 e delle Linee guida emanate con Delibera n. 89/2010 dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l’Integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT), il “sistema di misurazione e valutazione della performance”, in sede di prima attuazione, è definito dagli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV), mentre spetta all’organo di indirizzo politico-amministrativo (il Direttore Generale) l’adozione in via formale del sistema.

Tale 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** (strumenti che rendono possibile l’attività di acquisizione delle informazioni), di **outcome** (risultato atteso) e **target** (valore desiderato) per ciascun indicatore, che deve avere caratteristiche di qualità e di fattibilità opportunamente soppesate, in funzione della finalità 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 per la misurazione e valutazione della performance individuale, si rende opportuno tracciare una sorta di “mappa strategica” che consenta di declinare ed evidenziare a cascata, nei diversi livelli organizzativi, gli **obiettivi operativi** attribuiti in fase di negoziazione di 2° livello dai Responsabili di livello generale nei confronti dei dirigenti di livello non generale, e da parte di questi ultimi nei confronti delle singole unità di personale non dirigente (3° livello).

Tale declinazione, da svilupparsi in coerenza con gli obiettivi strategici fissati, dovrà estrinsecarsi pertanto nella definizione di specifici Piani operativi o Piani d’azione, attribuibili al singolo dirigente o ad equipe definite.

Il “sistema di misurazione e valutazione della performance” si innescherà quindi nell’ambito del più ampio **Ciclo di gestione della performance** organizzativa ed individuale, che si articola quindi nelle seguenti fasi:

- 1) - definizione e assegnazione degli obiettivi che si intende raggiungere, degli indicatori, dei risultati e dei valori attesi
- 2) - collegamento tra gli obiettivi e l’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 ai destinatari dei servizi.

In assenza di una specifica disciplina regionale riguardo alla materia in oggetto (art. 16 del D.Lgs. n. 150/2009) e nelle more della nomina dell’Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all’art. 14 del D.Lgs. 150/2009, l’Azienda ha avviato il processo di costituzione del nuovo sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale, attivando il Nucleo Aziendale di Valutazione, come previsto nel proprio atto aziendale.

E’ stato predisposto anche un nuovo **regolamento per la valutazione individuale del personale**, dirigente e del comparto, ancora al vaglio per la sua eventuale implementazione, sentite le Organizzazioni Sindacali, che è ispirato ai principi fondamentali sanciti in materia dal D.lgs 150/09, ed alle priorità indicate dalla Delibera della CIVIT n. 104 del 02/09/2010:

1. evidenziare l’importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell’azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
2. chiarire e comunicare che cosa ci si attende – in termini di risultati e comportamenti – dalla singola persona;
3. supportare le singole persone nel miglioramento della loro performance (generare allineamento con gli obiettivi complessivi dell’azienda);
4. valutare la performance e comunicare i risultati e le aspettative future alla singola persona (supportare l’allineamento);
5. contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole;
6. premiare la performance attraverso opportuni sistemi incentivanti;
7. promuovere una corretta gestione delle risorse umane.

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.

Il regolamento prevede inoltre la parametrizzazione di alcune variabili, onde determinare al meglio la misura della performance individuale.

Le variabili oggetto di valutazione per la Dirigenza sono raggruppate nelle seguenti aree di valutazione:

- A. Area del raggiungimento di specifici obiettivi di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità;
- B. Area dei comportamenti generali e competenze professionali
- C. Area del contributo individuale alla performance generale della struttura
- D. Area delle competenze manageriali specifiche (solo per i responsabili di struttura)

Le variabili oggetto di valutazione per il Comparto sono raggruppate nelle seguenti aree di valutazione:

- A. Area del raggiungimento di specifici obiettivi individuali e o di gruppo;
- B. Area dei comportamenti generali e competenze professionali;
- C. Area del contributo individuale alla performance dell'unità operativa di appartenenza.

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 del Comparto e della Dirigenza”.

Il **sistema premiante**, ai sensi dell'art. 57 del D.lgs 150/09, è collegato alla performance organizzativa, con riferimento alle UU.OO. o aree di responsabilità in cui si articola l'Azienda.

La valutazione della performance organizzativa annuale si conclude con la verifica, da parte dell'OIV (ex NAV), 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 dall'OIV (ex NAV) indica la quota di fondo premiale effettivamente maturata dai dipendenti dell'U.O. assegnataria di budget.

Il calcolo degli importi teorici di premio incentivante assegnato alle singole graduatorie di merito, articolate per fondi contrattuali e per macro strutture, viene infine effettuato dall'U.O. Gestione fondi, budget e applicazioni contrattuali del Dipartimento Risorse Umane e Sviluppo Organizzativo, che li comunica all'U.O. Valutazione delle Risorse Umane.

L'approvazione, da parte dell'OIV (ex NAV), delle graduatorie di merito del personale del Comparto e della Dirigenza, distinte per fondi contrattuali e per ogni macro struttura aziendale, determina quindi l'assegnazione dei dipendenti ad una delle fasce di merito (minimo 3 fasce) secondo lo schema previsto dal D.Lgs. 150/2009, che potrà essere soggetto a modifica dalle direttive regionali che saranno emanate in materia e dalla contrattazione integrativa.

Fascia	Numerosità della composizione della fascia in percentuale (art. 19 D.Lgs. 150/2009)
Alta	25 %
Media	50 %
Bassa	25 %

7. GLI OBIETTIVI STRATEGICI

Nello spirito di contribuire al riordino del Sistema Sanitario determinato dalla Legge regionale n. 5/2009, e sulla base delle direttive regionali già scaturite dal “Piano di contenimento e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2007-2009” (Piano di Rientro) e dal successivo “**Programma operativo 2010-2012**” per la prosecuzione del predetto Piano di contenimento, e nelle more della definizione e dell’attribuzione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali, l’ASP di Palermo ha comunque determinato, già nel “Piano aziendale per il triennio 2010-2012” facente parte del documento programmatico per gli anni 2010-2012 (Delibera n. 836 del 3/11/2010) un set di obiettivi, per ciascuna area strategica, secondo gli schemi illustrati nelle tabelle che seguono.

Sono in via di definizione, anche con il contributo del NAV (prossimo OIV), la definizione degli indicatori, degli outcome e dei target, nonché la verifica della coerenza interna del sistema. Pertanto, gli obiettivi indicati potranno ancora subire modificazioni prima di essere effettivamente resi noti e negoziati con le macrostrutture, le strutture organizzative e i Responsabili interessati.

AREA STRATEGICA 1 – RETE OSPEDALIERA

Obiettivi	Indicatori	Outcome	Risultato atteso (Target)
Appropriatezza d’uso dell’ospedale	<p>a) - Riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i 43 DRG ad alto rischio di inapproprietezza</p> <p>b) - Miglioramento dell’indice operatorio per le specialità chirurgiche, e del valore medio di occupazione dei posti letto per ricovero ordinario</p> <p>c) - Riduzione dei ricoveri ordinari ripetuti entro i 30 giorni, per lo stesso paziente e per la medesima MDC a valori inferiori alla media regionale riscontrata nel 2008</p> <p>d) - Riduzione dei parti cesarei</p> <p>e) – Promozione di Setting assistenziali diversi dal ricovero ospedaliero</p>	<p>↓ DRG ad alto rischio di in appropriatezza - LEA</p> <p>- Indice operatorio</p> <p>- Tasso occupazionale</p> <p>ricoveri ripetuti entro 30gg</p> <p>- n° parti cesarei /n° parti</p> <p>↑ attività di : Day Service – ambulatorio – assistenza Residenziale e semiresidenziale – Cure domiciliari</p>	
Potenziamento della lungodegenza e della riabilitazione	Casi di lungodegenza presso i Presidi rifunzionalizzati: ex PO E. Albanese di Palermo, ex PO Guadagna di Palermo, ex PO Regina Margherita di Palazzo Adriano)	Standard previsti dalla programmazione regionale) e dal Patto della Salute (3,87 posti letto per riabilitazione e lungodegenza/1000 abitanti).	
Pronto Soccorso e OBI: accoglienza e tempi d’attesa e di trattamento dei pazienti presso il PS e OBI	Monitoraggio degli esiti del progetto promosso nel 2010 (obiettivo n. 7 , scad. 30 giugno 2010).	- Rilievo dei dati di accesso - sviluppo interviste a campioni di pazienti (Obiettivo URP)	
Risk - management	Messa in sicurezza dei “punti nascita” e applicazione protocolli di “percorso nascita”	Monitoraggio trimestrale ed annuale	
Potenziamento del Centro di riabilitazione per medullosei “Villa delle Ginestre”			
Assistenza farmaceutica Ospedaliera Incremento rilascio del “primo ciclo di terapia”			

AREA STRATEGICA 2 – ASSISTENZA TERRITORIALE

Obiettivi	Indicatori	Outcome	Risultato atteso (Target)
Attivazione dei Presidi territoriali di Assistenza (P.T.A.) e attività collegate	Attivazione dei P.T.A. - Distretto di Bagheria - Distretto di Petralia - Distretto di Corleone		
Promozione delle forme di associazionismo fra MMG e PLS	Sviluppo dei collegamenti tra MMG e PLS ed i costituenti P.T.A. relativamente ai percorsi assistenziali per patologie croniche		
Punti di Primo Intervento (PPI) presso i P.T.A. e gestione delle urgenze di basso-medio livello.	Monitoraggio della gestione delle urgenze di basso-medio livello presso i PPI.		
Punti Unici di Accesso (PUA) alle cure domiciliari e/o residenziali e Sportelli Unici di Accesso alle cure domiciliari e/o residenziali	Monitoraggio delle attività e degli accessi ai PUA e agli Sportelli Unici per ADI e/o RSA.		
Potenziamento del sistema delle “cure domiciliari” integrate	Monitoraggio delle attività e degli accessi alle cure domiciliari (da flusso ADI e flusso RSA; da flussi informativi interni)		
Potenziamento del sistema delle “cure palliative”	Monitoraggio delle attività e delle cure palliative (da flussi informativi interni; da Hospice)		
Potenziamento della rete delle Residenze Sanitarie Assistite (RSA)			
Miglioramento e potenziamento della Assistenza specialistica ambulatoriale	a) - Riduzione dei tempi d’attesa per le prestazioni “critiche” individuate dalle norme vigenti (decreto D.A. n. 2654 del 17-11-2009) . b) - Miglioramento delle prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale, con previsione ed indicazione di livelli di priorità per una migliore gestione delle agende di prenotazione e il contenimento dei tempi d’attesa. c) – predisposizione della rete e degli strumenti informatici aziendali per i collegamenti al CUP unificato regionale (Obiettivo del Servizio Informatico Aziendale). d) - Attivazione di un Centro Unico di Prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (CUP). e) - Partecipazione alla sperimentazione di Day-Service Ambulatoriale Territoriale per patologie croniche e su target a medio-alta complessità, sulla base delle Linee guida regionali		
Riabilitazione ed assistenza integrativa e protesica	Intensificazione della offerta di prestazioni di riabilitazione da parte dei centri accreditati ex art. 26 della Legge 833/78.		
Incremento erogazione diretta di farmaci ed emoderivati del PH-T (continuità assistenziale ospedale-territorio)	Monitoraggio dell’attività e valutazioni sulla spesa farmaceutica convenzionata per le stesse categorie di farmaci PH-T.		

AREA STRATEGICA 3 – PREVENZIONE E IGIENE PUBBLICA

Obiettivi	Indicatori	Outcome	Risultato atteso (Target)
Prevenzione e Igiene Pubblica a) - Vaccinazioni obbligatorie b) - Screening oncologici	a)- Vaccinazioni obbligatorie e vaccinazioni raccomandate con esecuzione di cicli vaccinali completi entro i tempi previsti dal Piano nazionale. b) - Screening oncologici: 1. aumento dell'estensione della popolazione target coinvolta rispetto al valore 2010 . 2. Aumento dell'adesione agli screening rispetto al 2010 .	a) - Rilievo della copertura vaccinale realizzata nella popolazione pediatrica b) – rilevazione della copertura della popolazione target e della relativa adesione per ciascuno screening	
Sorveglianza sui luoghi di lavoro	Potenziamento ed incremento delle attività di prevenzione e vigilanza nei settori dell'edilizia e dell'agricoltura.	Monitoraggio delle attività di prevenzione e vigilanza nei settori dell'edilizia e dell'agricoltura (sec. Indicatori del Piano regionale della Prevenzione).	

AREA STRATEGICA 4 – PREVENZIONE VETERINARIA

Obiettivi	Indicatori	Outcome	Risultato atteso (Target)
Lotta al randagismo	Monitoraggio applicazione Piano straordinario 2010-2011,		
Sorveglianza sugli allevamenti	Monitoraggio delle attività di vigilanza nel settore degli allevamenti (bovini, ovini, caprini, suini ...).		

AREA STRATEGICA 5 – SERVIZI DI DIAGNOSTICA – DI LABORATORIO E PER IMMAGINI

Obiettivi	Indicatori	Outcome	Risultato atteso (Target)
Buon uso del sangue	Adozione di strumenti idonei (linee guida – audit) per il consumo appropriato degli emocomponenti e dei prodotti plasma derivati		
Potenziamento della Diagnostica per immagini	Monitoraggio delle attività		

AREA STRATEGICA 6 – ASSISTENZA FARMACEUTICA

Obiettivi	Indicatori	Outcome	Risultato atteso (Target)
Contenimento della spesa farmaceutica convenzionata e appropriatezza prescrittiva	Monitoraggio e report sulle prescrizioni e sulla applicazione delle linee guida per l'impiego dei farmaci a maggior impatto sui consumi e sulla spesa.	a) - Incremento prescrizione di farmaci equivalenti b) – adozione linee guida per l'appropriatezza d'uso dei farmaci a maggior impatto sui consumi e sulla spesa	
Appropriatezza prescrittiva in ambito ospedaliero	Monitoraggio delle prescrizioni di Farmaci sottoposti a Registri speciali di monitoraggio (AIFA) e/o a sistemi di Risk sharing	Chiusura schede di trattamento con farmaci inclusi nel Registro monitoraggio Farmaci Oncologici e sottoposti a "Risk sharing"	

AREA STRATEGICA 7 – SERVIZI AMMINISTRATIVI

Obiettivi	Indicatori	Outcome	Risultato atteso (Target)
Contenimento dei costi per beni e servizi	Promozione di procedure centralizzate d'acquisto, con massima adesione a gare di bacino o regionali, per l'acquisizione di farmaci, vaccini ed altre categorie merceologiche di beni sanitari		
Sviluppo del Sistema Informatico Aziendale	Predisposizione/completamento della rete e degli strumenti informatici aziendali per i collegamenti al CUP unificato regionale .		
Contenimento dei costi del personale	Ricollocazione del personale in applicazione delle linee d'indirizzo assessoriali a seguito di determinazione della nuova dotazione organica e adozione del nuovo regolamento di organizzazione		
Valorizzazione del Personale	<p>a) - Stipula dei contratti decentrati della dirigenza medica, sanitaria non medica e P.T.A.</p> <p>b) – Applicazione nuovo Regolamento per la valutazione dei dirigenti.</p> <p>c) - Applicazione nuovo Regolamento per la valutazione del personale del comparto.</p> <p>d) - Revisione dei regolamenti per l'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali, graduazione delle funzioni e sistema premiante.</p> <p>e) - Assegnazione di obiettivi prestazionali/qualitativi a tutti i dirigenti responsabili di struttura, con collegamento al sistema dei premi in base ai risultati raggiunti (ai sensi del D.Lgs. 150/2009).</p> <p>f) – Monitoraggio e rilievo delle adesioni al Piano Formativo Aziendale</p>		

AREA STRATEGICA 8 – AREA DEL MANAGEMENT

Obiettivi	Indicatori	Outcome	Risultato atteso (Target)
Miglioramento del Sistema Informativo e Statistico e del Controllo di Gestione.	Flussi informativi	<ul style="list-style-type: none"> - Puntuale invio dei flussi informativi istituzionali , completi ed attendibili, per l'alimentazione del Sistema Informativo Regionale e del NSIS - Istituzione e controllo di nuovi flussi informativi, per la corretta gestione del "ciclo delle performance". 	
Governo del rischio clinico	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio applicazione del "Piano aziendale per la gestione del Rischio Clinico" e delle procedure aziendali per l'attivazione e l'alimentazione del sistema di "Incident reporting". b) - Alimentazione del flusso SIMES – eventi sentinella e sinistri c) - Adozione di misure di qualità ed autovalutazione secondo gli standard della JCI. d) - Promozione di eventi formativi sui temi del rischio clinico e del Risk-management. (vedansi obiettivi Formazione) e) - Implementazione delle Raccomandazioni ministeriali sul rischio clinico. f) - Individuazione di un Comitato aziendale per la gestione dei contenziosi e dei rapporti con le assicurazioni in tema di rischio clinico. 	<ul style="list-style-type: none"> -diminuzione di richieste di risarcimento e cause - diminuzione del numero delle denunce di incidente - diminuzione eventi sentinella 	
Incremento delle relazioni col Pubblico e delle attività dell' Ufficio Relazioni col Pubblico (U.R.P.)	<ul style="list-style-type: none"> a) -Promozione della partecipazione dei cittadini alla programmazione sanitaria aziendale. b) - Rilievo periodico del grado di soddisfazione dell'Utenza per le prestazioni assistenziali rese. c) - Attuazione delle norme relative alla trasparenza e all'integrità previste dal D.Lgs. n. 150 /2009 (Decreto "Brunetta). 		
Formazione	Produzione ed aggiornamento continuo del Piano Formativo Aziendale	<ul style="list-style-type: none"> a) - Eventi formativi per la gestione del rischio clinico b) – Eventi formativi relativi al sistema di misurazione delle performance organizzativa ed individuale 	

8. SVILUPPO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE NELLE DIMENSIONI DELLA QUALITÀ.

L'Azienda, al fine di adottare un sistema di misurazione della performance sui propri requisiti fondamentali, ha provveduto a definire gli obiettivi da raggiungere, che secondo quanto stabilito dall'art. 5 comma 2 del D.L. n. 150 del 27/10/2009 devono essere:

“a) rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione; b) specifici e misurabili in termini concreti e chiari; c) tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi; d) riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno; e) commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe; f) confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente; g) correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.”

Nell'individuazione degli obiettivi pertanto, si è fatto riferimento alle seguenti più recenti indicazioni normative dell'Assessorato per la Salute della Regione Sicilia:

- Decreto 13 luglio 2010 *“Nuovo calendario vaccinale della Regione Sicilia”*;
- Decreto 12 agosto 2010 *“Regolamento di gestione delle prescrizioni”* che prevede l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali entro tempi definiti secondo i codici di priorità indicati dai medici prescrittori su ricettario unico regionale;
- Decreto 15 dicembre 2010 *“Soglie prescrittive”*;
- Decreto 28 dicembre 2010 *“Approvazione del documento: Il sistema regionale di valutazione della qualità percepita. Linee di indirizzo per il sistema di gestione della qualità percepita: politica, metodologia, strumenti”*.

Si è fatto riferimento inoltre al progetto *“Patient Safety”* che rappresenta la continuazione del progetto *“La gestione del rischio clinico nelle strutture sanitarie della Regione Siciliana”*, avviato nel 2006 grazie ad una convenzione tra Regione Siciliana e Joint Commission International.

Questo progetto prevede l'adozione per il 2011 di una serie di standard che rappresentano un ampliamento di quelli già in uso. Tutti gli standard sono tratti dal *Manuale per l'Accreditamento Internazionale degli Ospedali – IV edizione*, in vigore dal 1° gennaio 2011.

Infine, si è tenuto conto, in considerazione della frequenza tuttora elevata del ricorso al taglio cesareo nei Presidi Ospedalieri Aziendali, delle indicazioni contenute nelle Linee guida sul Taglio Cesareo *“Una scelta appropriata e consapevole”* emanate dal SNLG sistema Nazionale Linee Guida nel gennaio 2010.

Nella individuazione di tali obiettivi si sono in particolare selezionati quelli con una ricaduta più diretta sui cittadini/clienti che si rivolgono alle strutture sanitarie, in modo tale da avere da questi stakeholders esterni un contributo fondamentale nell'attività di monitoraggio sul miglioramento della qualità dei servizi resi (come peraltro previsto dal decreto del 28/12/2010).

Per individuare gli elementi cruciali dell'assistenza all'utente esterno, da migliorare e monitorare, si è fatto riferimento, inoltre, alle **dimensioni della qualità** così come previsto dalla delibera CIVIT n.88/2010, che definisce:

- la trasparenza, come la *“disponibilità/diffusione di un insieme predefinito di informazioni che consentono a colui che richiede il servizio o la prestazione di conoscere chiaramente a chi, come e cosa richiedere ed eventualmente con quali spese ”*;

- l'accessibilità, come la *“disponibilità e diffusione di un insieme predefinito di informazioni che consentono a qualsiasi potenziale fruitore di individuare agevolmente il luogo in cui il servizio o la prestazione possono essere richiesti, nonché le modalità per fruirne direttamente e nel minor tempo possibile”*;
- la tempestività come il *“tempo che intercorre dal momento della richiesta al momento dell'erogazione del servizio o della prestazione”*;
- l'efficacia come *“rispondenza del servizio o della prestazione erogata a ciò che il richiedente può aspettarsi dallo stesso”*.

OBIETTIVI E INDICATORI RELATIVI ALLA “TRASPARENZA”

Gli obiettivi e gli indicatori di outcome selezionati per misurare la performance aziendale rispetto alla dimensione della trasparenza riguardano le strutture territoriali e ospedaliere che erogano prestazioni all'utenza sia in regime ambulatoriale sia in regime di ricovero, ma anche quelle, come le strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione medico, che erogano altri tipi di prestazioni e servizi.

Gli indicatori individuati prevedono la disponibilità per i cittadini di informazioni scritte da consegnare e/o da affiggere nelle sedi di erogazione dei servizi ambulatoriali e territoriali, oltre che consultabili sul sito web aziendale, che descrivano tra l'altro il tipo di prestazioni erogate, gli orari e la modalità di accesso, i nominativi dei professionisti, le modalità di accoglienza e risposta ai reclami.

Nell'ambito della degenza ospedaliera l'obiettivo prevede la consegna ai degenti, all'inizio del ricovero, di informazioni scritte sull'organizzazione dell'unità operativa, con l'esplicitazione dei diritti e dei doveri e delle modalità di accoglienza e risposta ai reclami.

Un aspetto particolarmente rilevante nell'ambito della trasparenza è quello relativo all'informazione dei pazienti che devono ricevere prestazioni assistenziali più complesse per le quali è richiesta l'acquisizione di un consenso informato. E' fondamentale, infatti, in tali casi che l'informazione sulla prestazione da effettuare sia fornita in modo da rendere il soggetto effettivamente consapevole dei possibili esiti e dei rischi connessi alla prestazione per poter assumere liberamente la decisione conseguente. L'obiettivo, pertanto, prevede l'applicazione, negli ambiti assistenziali e nei casi previsti, di una procedura sul consenso informato che definisca in dettaglio le modalità di acquisizione dello stesso.

OBIETTIVI E INDICATORI RELATIVI ALLA ACCESSIBILITÀ

Rispetto alla dimensione dell'accessibilità gli indicatori selezionati riguardano alcuni interventi concreti per migliorare effettivamente l'accesso degli utenti ai servizi con una più estesa disponibilità di prenotazione telefonica attraverso l'individuazione di una fascia oraria minima pomeridiana, in aggiunta a quella mattutina.

Nell'ambito delle prestazioni relative alla diagnostica di laboratorio, si è posto l'obiettivo del miglioramento dell'accessibilità interna fra laboratori aziendali e centri prelievi che, attraverso la realizzazione di un collegamento telematico per l'invio dei referti fra i laboratori di riferimento e i centri prelievo, determinerà una riduzione dei tempi di consegna dei referti.

OBIETTIVI E INDICATORI RELATIVI ALLA "TEMPESTIVITÀ"

Gli obiettivi e gli indicatori di misurazione della performance aziendale che riguardano la dimensione qualitativa della tempestività concernono innanzitutto l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, sia distrettuali che ospedaliere, entro i tempi massimi stabiliti secondo i codici di priorità indicati sulle richieste delle prestazioni. Il rispetto di tali tempi infatti consente un'erogazione delle prestazioni in tempi non dipendenti dall'ordine cronologico di presentazione delle richieste, ma dipendenti da effettive priorità cliniche. A questo riguardo bisogna sottolineare che sarà importante un coinvolgimento più profondo e diffuso dei medici prescrittori e soprattutto dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta al fine di pervenire a una definizione condivisa, almeno per le principali patologie, della priorità di ricorso alle prestazioni specialistiche.

Nell'ambito delle prestazioni specialistiche territoriali, inoltre, si sono individuati alcuni obiettivi relativi alla tempestività che riguardano due aspetti dell'Assistenza domiciliare e cioè la comunicazione tempestiva all'utente dei tempi di erogazione di visite e prestazioni domiciliari e i tempi di erogazione della prima visita domiciliare per gli utenti ammessi all'Assistenza domiciliare integrata.

Un altro obiettivo che riguarda questa dimensione della qualità è poi rappresentato dalla disponibilità dei referti dei Pap test entro tempi prefissati.

Infine, nell'ambito dell'assistenza farmaceutica, è stata presa in considerazione la fornitura del primo ciclo terapeutico ai pazienti dimessi dai Presidi ospedalieri. Essa infatti rappresenta un obiettivo che risponde al miglioramento della tempestività dell'assistenza sanitaria in quanto evita ritardi nella prosecuzione delle cure dopo il ricovero ospedaliero eliminando il ricorso alla prescrizione di farmaci da parte del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta.

OBIETTIVI E INDICATORI RELATIVI ALLA "EFFICACIA"

Una dimensione della qualità, contemplata dalla delibera CIVIT e che assume particolare rilevanza nei rapporti fra Azienda sanitaria e cliente, perché riguarda in modo cruciale la risposta dei servizi sanitari alle sue aspettative, è rappresentata dall'efficacia.

Uno degli elementi fondamentali nel percorso diagnostico-terapeutico che condiziona gli esiti assistenziali, e quindi la sua efficacia, è costituito dalla valutazione clinica dei pazienti, pertanto si è focalizzata l'attenzione su di essa nei diversi ambiti clinici: degenza, pronto soccorso, ambulatori specialistici, assistenza domiciliare.

Gli obiettivi individuati relativi alla valutazione clinica, alcuni dei quali fanno riferimento agli standard della JCI, prevedono:

- nelle UU.OO. di degenza ospedaliera la completezza della valutazione medica e infermieristica dei pazienti nelle prime ore di ricovero e la completezza della relazione di dimissione

- nel Pronto soccorso, al fine di migliorare la prosecuzione delle cure e l'informazione del paziente, la completezza della relazione di dimissione;

- negli ambulatori specialistici la consegna di relazione clinica contenente gli elementi utili per un raccordo efficace con il medico di medicina generale e per una facilitazione dell'utente nelle fasi successive;

- nei servizi di radiologia la compilazione dei referti che contenga la diagnosi o ipotesi diagnostica.

- nell'ambito dell'Assistenza domiciliare integrata l'effettuazione della valutazione, in itinere e finale, dei pazienti presi in carico.

Nell'ambito dell'efficacia un aspetto rilevante è poi quello che riguarda l'integrazione fra professionisti che operano in livelli assistenziali diversi, in quanto è da essa che possono derivare i migliori esiti assistenziali, sia in termini di salute sia in termini di facilitazione per i pazienti.

Gli obiettivi e indicatori selezionati sono quindi riferiti:

- alla gestione integrata del diabete mellito fra medici di medicina generale e specialisti ambulatoriali nell'ambito di ambulatori appositamente istituiti come previsto dalla Legge 5/2009 di riordino del Servizio sanitario regionale;
- alla gestione integrata della gravidanza fisiologica tra i consultori familiari e i punti nascita ospedalieri al fine di aumentare l'uso appropriato dei servizi sanitari.

Sono stati inoltre selezionati, seguendo le indicazioni fornite dagli standard JCI, altri obiettivi e indicatori che riguardano la prevenzione di alcuni eventi avversi (prevenzione delle cadute accidentali dei pazienti, prevenzione del suicidio, prevenzione degli errori da somministrazione di farmaci) e la regolamentazione di alcuni interventi sanitari (somministrazione di sangue ed emocomponenti, uso dei mezzi di contenzione nei pazienti, comunicazione verbale degli esiti degli esami).

Ulteriori obiettivi e indicatori riguardano infine:

- i controlli sull'appropriatezza prescrittiva dei farmaci secondo il decreto dell'Assessorato Regionale per la Salute 15 dicembre 2010 che stabilisce soglie di prescrizione per determinate categorie di farmaci;
- l'adeguamento al nuovo calendario vaccinale previsto dal decreto dell'Assessorato Regionale per la Salute 13 luglio 2010 "Nuovo calendario vaccinale della Regione Sicilia".

Le **Schede degli Obiettivi** e dei relativi Indicatori determinati **per il miglioramento della Qualità** dei servizi resi all'Utente, costituiscono "**Allegati tecnici**" (n. 16 fogli) al presente documento, di cui sono parte integrante. Le stesse sono suscettibili di modifiche nella fase di ulteriore sviluppo del sistema.

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

Le fasi del processo seguito per lo sviluppo del ciclo di gestione delle performance, ancora in via di definizione, hanno 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	U.O. Qualità Dip. Risorse Umane
3	Definizione degli obiettivi strategici e delle strategie	U.O. Programmazione e Controllo di Gestione U.O. Qualità U.O. Valutazione del personale (Dip. Risorse Umane) <i>(in fase di definizione con il supporto del NAV /OIV)</i>
3.a	Valutazione della coerenza con la programmazione economico-finanziaria	Dip. Gestione Risorse Economiche
4	Definizione degli obiettivi e dei piani operativi	<i>Fase in definizione</i>
5	Comunicazione del Piano all'interno e all'esterno	<i>Fase in sviluppo</i>

Le criticità emerse nello sviluppo del processo risiedono in particolare nel non totale allineamento della sequenza logica delle sue fasi, con riguardo soprattutto alla costruzione del sistema di misurazione della performance organizzativa e, parallelamente, di quella individuale; ciò, anche a causa dell'assenza di specifiche linee guida e indirizzi regionali.

Inoltre, l'atteggiamento culturale e manageriale che il nuovo sistema prevede sembra essere ancora in divenire a tutti i livelli organizzativi.

Il miglioramento del ciclo di gestione delle performance richiederà pertanto un ulteriore impegno e l'implementazione di azioni ancora necessarie alla sua completa ed efficace definizione.