



Piano della Performance 2013

D.Lgs. n.150/2009

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

PREMESSA

1. IDENTITÀ	4
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	8
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	19
5. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO.....	21
6. IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE E IL CICLO DI GESTIONE.....	22
7. GLI OBIETTIVI STRATEGICI	23
8. ALBERO DELLE PERFORMANCE.	24
9. TRASPARENZA DEL PIANO	27
10. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE.	28

PREMESSA

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.

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 deve essere agevolmente comprensibile anche per gli stakeholder esterni, per cui deve avere linguaggio e contenuti facilmente accessibili a chiunque.

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 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 2012).

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 punta a sviluppare i sistemi di qualità, a garantire l'accesso ai servizi sempre più agevole, ad erogare le prestazioni nel rispetto dell'equità, ad esprimere solidarietà nei confronti dei soggetti fragili, cronici o comunque disagiati, al raccordo con gli Enti locali e al collegamento con altre organizzazioni sanitarie, socio-sanitarie e di volontariato.

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 medullosesi".

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

Questa Azienda, con il su citato Atto aziendale e successive integrazioni e modificazioni, 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	17
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	170
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	65
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)	

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	

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 31.12.2012.

PERSONALE al 31.08.2013

Descrizione	Ruolo sanitario	Ruolotecnico	Ruolo ammin.	Ruolo profess.	Totale
Assistenza ospedaliera	649	153	81	2	885
Assistenza territoriale	914	286	229	-	1.429
- Distretti sanitari	629	109	214	-	952
- Dipartimento Salute Mentale	285	177	15	-	477
Dipartim. Prevenzione Medico	283	25	33	4	345
Dipartim. Prevenzione Veterinario	110	7	28	-	145
Strutture centrali	49	11	40	7	107
Totale	2.005	482	411	13	2911

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

PERSONALE DELLA DIRIGENZA E DEL COMPARTO				
RUOLO	Fascia	Area	Personale	N°
Amministrativo	Comparto			670
	Dirigenza			19
Professionale	Comparto			-
	Dirigenza			25
Sanitario	Comparto		Riabilitazione	123
			Vigilanza ed ispezione	142

			Infermieristico	1.169
			Tecnico-sanitario	162
	Dirigenza	Medica		1.338
		Non medica		227
Tecnico	Comparto			678
	Dirigenza			20
Totale				4.573
	Comparto			2.944
	Dirigenza	Medica		1.338
		SPTA		291
		Totale		4.573

Da tali tabelle si evidenzia che la Dirigenza è costituita da n. **1.629** unità, pari al **35,62 %** del personale di ruolo, mentre la restante parte del personale, rappresentata dal Comparto, è composta da n. **2.944** unità, pari al **64,38 %**.

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

- **Dirigenti Medici** : n. 1.338 unità (82,14 % della Dirigenza)
- **Dirigenti non Medici** : n. 291 unità (17,86 %)

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
Distretto Ospedaliero PA 1	Civico - Partinico	146	35	17	1	199
	Dei Bianchi - Corleone	59	18	12	-	89
Distretto Ospedaliero PA 2	S. Cimino - Termini Imerese	116	29	13	-	158
	Madonna dell'Alto - Petralia	63	8	11	-	82
Distretto Ospedaliero PA 3	Ingrassia - Palermo	182	33	17	-	232
	Villa delle Ginestre - Palermo	83	30	11	1	125
Totale		649	153	81	2	885

PERSONALE dei DISTRETTI SANITARI

Distretto Sanitario	Distretto Socio Sanitario	Ruolo sanitario	Ruolo tecnico	Ruolo ammin.	Ruolo profess.	Totale
1 Cefalù	33 Cefalù	20	4	12	-	36
2 Petralia Sottana	35 Pertralia	27	1	4	-	32
3 Termini Imerese	37 Termini Imerese	25	3	16	-	44
4 Bagheria	39 Bagheria	39	12	23	-	74
5 Corleone	40 Corleone	17	3	12	-	32
6 Lercara Friddi	38 Lercara Friddi	59	8	20	-	87
7 Partinico	41 Partinico	28	2	12	-	42
8 Carini	34 Carini	34	5	10	-	49
9 Misilmeri	36 Misilmeri	21	5	10	-	36
10 Palermo	42 Palermo	359	61	95	-	515
Totale		629	104	214	-	947

PERSONALE dei DIPARTIMENTI

	Ruolo sanitario	Ruolo tecnico	Ruolo ammin.	Ruolo profess.	Totale
Personale del DIPARTIMENTO PREVENZIONE	283	25	33	4	345
Personale del DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIO	110	7	28	-	145
Personale del DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE e NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA	285	177	15	-	477
Personale del DIPARTIMENTO DI SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO	343	42	4	-	389
Personale del DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	35	8	10	-	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	28	7	19	-	54
Personale del DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, ORGANIZZAZIONE E CONTROLLO DELLE ATTIVITA' OSPEDALIERE	26	1	10	-	37

Personale del DIPARTIMENTO DI MEDICINA RIABILITATIVA	60	5	29	-	94
Personale del DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	114	6	1	-	121
Personale del DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	93	2	1	-	96
Personale del DIPARTIMENTO DI ANESTESIA, TERAPIE INTENSIVE E TERAPIE DEL DOLORE	100	7	1	-	108
Personale del DIPARTIMENTO DI RISORSE UMANE, SVILUPPO ORGANIZZATIVO E AFFARI GENERALI	-	8	74	-	82
Personale del DIPARTIMENTO DI RISORSE ECONOMICO- FINANZIARIO E PATRIMONIALE	-	4	33	-	37
Personale del DIPARTIMENTO PROVVEDITORATO E TECNICO	1	100	44	5	150
TOTALE	1478	399	302	9	2188

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

Per l'espletamento delle sue funzioni e per il compimento della propria "missione" l'Azienda 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 riportano di seguito le previsioni del Conto Economico per il 2013.

<i>BILANCIO ANNUALE DI PREVISIONE - Schema ministeriale ex DM 11/2/2002 (Valori in Euro)</i>		2013
A	Valore della Produzione	
1)	<i>contributi in c/esercizio</i>	1.766.975
	<i>Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti</i>	339
2)	<i>Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria</i>	59.258
3)	<i>Concorsi, recuperi e rimborsi</i>	7.396
4)	<i>Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)</i>	5.198
5)	<i>Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio</i>	12.455
6)	<i>Altri ricavi e proventi</i>	1.238
7)		
	Totale (A)	1.852.859
B	Costi della Produzione	
1	<i>acquisti di beni</i>	67.009
2	<i>acquisti di servizi</i>	1.393.957
3	<i>Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)</i>	15.842
4	<i>godimento di beni di terzi</i>	3.703
5	<i>Personale del ruolo sanitario</i>	234.134
6	<i>Personale del ruolo professionale</i>	1.594
7	<i>personale del ruolo tecnico</i>	27.443
8	<i>personale del ruolo amministrativo</i>	43.951
9	<i>oneri diversi di gestione</i>	7.337
10	<i>Totali ammortamenti</i>	26.550
14	<i>svalutazione crediti</i>	0
15	<i>variazione delle rimanenze</i>	0
a)	<i>sanitarie</i>	0
b)	<i>non sanitarie</i>	0
16	<i>accantonamenti tipici dell'esercizio</i>	4.480
	Totale (B)	1.826.000
	Differenza tra valore e costi della produzione (A-B)	26.859

C	Proventi e oneri finanziari	
1	interessi attivi	0
2	altri proventi	0
3	interessi passivi	-5.211
4	altri oneri	0
	Totale (C)	(5.211)
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	6.167
2	Oneri straordinari	-2.878
	Totale (E)	3.289
	Risultato prima delle imposte (A-B+C+D+E)	24.937
	Imposte e tasse	24.661
	Utile o (perdita) dell'esercizio	276

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 **1.242.560 abitanti** (dato Istat 2012), 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 2012).

Totale della Popolazione residente al 2012 per sesso

Comuni	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
Alia	1.801	1.999	3.800
Alimena	995	1.149	2.144
Aliminusa	644	645	1.289
Altavilla Milicia	3.710	3.725	7.435
Altofonte	5.043	5.269	10.312
Bagheria	26.295	27.890	54.185
Balestrate	3.087	3.306	6.393
Baucina	994	1.013	2.007
Belm. Mezzagno	5.539	5.643	11.182
Bisacchino	2.304	2.509	4.813
Bolognetta	1.969	1.988	3.957
Bompietro	671	804	1.475
Borgetto	3.463	3.573	7.036
Caccamo	4.052	4.240	8.292
Caltavuturo	2.021	2.141	4.162
Campof. di Fitalia	267	277	544
Campof. di Roccella	3.420	3.504	6.924
Campofiorito	646	682	1.328
Camporeale	1.678	1.764	3.442
Capaci	5.419	5.611	11.030
Carini	17.637	18.015	35.652
Castelbuono	4.434	4.718	9.152
Casteldaccia	5.345	5.525	10.870
Castellana Sicula	1.691	1.853	3.544
Castronovo Sicilia	1.527	1.660	3.187
Cefalà Diana	491	517	1.008
Cefalù	6.970	7.360	14.330
Cerda	2.638	2.753	5.391
Chiusa Sciafani	1.370	1.588	2.958
Ciminna	1.846	1.995	3.841
Cinisi	5.928	6.127	12.055
Collesano	1.956	2.116	4.072
Contessa Entellina	914	946	1.860
Corleone	5.480	5.798	11.278
Ficarazzi	5.701	5.817	11.518
Gangi	3.383	3.665	7.048
Geraci Siculo	922	1.003	1.925
Giardinello	1.138	1.127	2.265
Giuliana	1.013	1.014	2.027
Godrano	567	581	1.148
Gratteri	477	534	1.011

Comuni	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
Isnello	748	840	1.588
Isola d.Femmine	3.560	3.555	7.115
Lascari	1.700	1.813	3.513
Lercara Friddi	3.270	3.662	6.932
Marineo	3.322	3.418	6.740
Mezzojuso	1.450	1.562	3.012
Misilmeri	13.611	13.918	27.529
Monreale	18.782	19.286	38.068
Montelepre	3.118	3.304	6.422
Montem. Belsito	1.709	1.850	3.559
Palazzo Adriano	1.050	1.177	2.227
Palermo	312.802	344.027	656.829
Partinico	15.342	16.051	31.393
Petralia Soprana	1.679	1.752	3.431
Petralia Sottana	1.371	1.589	2.960
Piana Albanesi	2.871	3.132	6.003
Polizzi Generosa	1.735	1.866	3.601
Pollina	1.487	1.518	3.005
Prizzi	2.424	2.612	5.036
Roccamena	754	805	1.559
Roccapalumba	1.260	1.366	2.626
San Cipirello	2.629	2.843	5.472
S. Giuseppe Jato	4.095	4.425	8.520
S.Mauro Castelverde	897	943	1.840
Santa Cristina Gela	460	462	922
Santa Flavia	5.285	5.492	10.777
Sciara	1.359	1.409	2.768
Sciafani Bagni	224	224	448
Termini Imerese	13.152	13.902	27.054
Terrasini	5.950	6.066	12.016
Torretta	2.022	2.138	4.160
Trabia	4.701	4.641	9.342
Trappeto	1.567	1.633	3.200
Ustica	640	651	1.291
Valledolmo	1.785	1.964	3.749
Ventimiglia di Sicilia	1.028	1.054	2.082
Vicari	1.411	1.541	2.952
Villabate	9.705	10.147	19.852
Villafraati	1.643	1.727	3.370
Scillato	310	322	632
Blufi	504	571	1.075
TOTALE	598.858	643.702	1.242.560

Distribuzione della Popolazione residente al 2012 per Comuni/Distretti

Distretto 33	Campofelice di Roccella	Castelbuono	Cefalù	Collesano	Gratteri	Isnello	Lascari	Pollina	San Mauro Castelverde	Totale		
	6.924	9.152	14.330	4.072	1.011	1.588	3.513	3.005	1.840	45.435		
Distretto 34	Capaci	Carini	Cinisi	Isola delle Femm.	Terrasini	Torretta	Totale					
	11.030	35.652	12.055	7.115	12.016	4.160	82.028					
Distretto 35	Castellana Sicula	Petralia Soprana	Petralia Sottana	Gangi	Geraci Siculo	Alimena	Blufi	Bompietro	Polizzi Generosa	Totale		
	3.544	3.431	2.960	7.048	1.925	2.144	1.075	1.475	3.601	27.203		
Distretto 36	Baucina	Bolognetta	Campofelice di Fitalia	Cefalà Diana	Ciminna	Godrano	Marineo	Mezzojuso	Misilmeri	Ventimiglia di Sicilia	Villafraati	Totale
	2.007	3.957	544	1.008	3.841	1.148	6.740	3.012	27.529	2.082	3.370	55.238
Distretto 37	Aliminusa	Caccamo	Caltavuturo	Cerda	Montemaggiore Bels.	Sciara	Scillato	Scalfani Bagni	Termini Imerese	Trabia	Totale	
	1.289	8.292	4.162	5.391	3.559	2.768	632	448	27.054	9.342	62.937	
Distretto 38	Alia	Castro-novo di Sicilia	Lercara Friddi	Palazzo Adriano	Prizzi	Roccapi-lumba	Valledolmo	Vicari	Totale			
	3.800	3.187	6.932	2.227	5.036	2.626	3.749	2.952	30.509			
Distretto 39	Altavilla Milicia	Bagheria	Castel-daccia	Ficaraz-zi	Santa Flavia	Totale						
	7.435	54.185	10.870	11.518	10.777	94.785						
Distretto 40	Bisacqui-no	Campo-fiorito	Chiusa Scalfani	Contes-sa Entell.	Corleone	Giuliana	Rocca-mena	Totale				
	4.813	1.328	2.958	1.860	11.278	2.027	1.559	25.823				
Distretto 41	Balestra-te	Borgetto	Campo-reale	Giardi-nello	Monte-lepre	Partinico	San Cipirello	San Giusep-pe Jato	Totale			
	6.393	7.036	3.442	2.265	6.422	31.393	5.472	8.520	70.943			
Distretto 42	Palermo	Altofonte	Belmonte Mezz.	Mon-reale	Piana degli Albanesi	Santa Cristina Gela	Trappeto	Ustica	Villabate	Lampe-dusa e Linosa	Totale	
	656.829	10.312	11.182	38.068	6.003	922	3.200	1.291	19.852	6.216	753.875	

Fonte: dati ISTAT 2012

4.1. Elementi socio-economici di riferimento

Il contesto provinciale di riferimento è ancora contraddistinto, rispetto al nord del Paese, da un certo gap. La situazione economica siciliana manifesta, pur in un contesto congiunturale assai difficile, soprattutto a livello continentale, una prima reazione del sistema economico, lieve ma significativa perché viene dopo la pesante crisi del 2009. Si innesca una lieve inversione di tendenza, con una moderata ripresa dell'attività produttiva (industria, turismo e agricoltura) e delle esportazioni che interrompe il lungo trend negativo. Parte degli indicatori di settore evidenziano, dopo periodi più o meno lunghi con risultati costantemente negativi, i primi segnali di ripresa anche se si assiste ancora ad un calo dell'occupazione, ad una devastante crescita del numero di giovani che non studiano né lavorano e ad una profonda crisi dei vari settori. La crisi finanziaria globale impone manovre di rigore ai conti pubblici del nostro paese e smorza gli effetti della ripresa che pure si era manifestata in alcuni comparti produttivi. 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 ha colto l'opportunità di avvalersi 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:

- **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 inappropriatezza 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.

- **Potenziamento del territorio**

Il PTA (Presidio Territoriale di Assistenza) introdotto dall'art. 12 comma 8 della L.R. n. 5/2009, rappresenta il perno della riorganizzazione dei servizi territoriali al fine di riqualificare le funzioni e l'offerta delle cure primarie e prevenire l'ospedalizzazione. Verranno aperti altri PTA nella provincia di Palermo e all'interno dei PTA già attivati, 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. All'interno dei PTA saranno implementati inoltre anche i Punti Unici di Accesso (PUA) alle cure domiciliari, finalizzati ad assicurare una più efficace attivazione e il monitoraggio di tale tipo di assistenza.

La ricognizione del fabbisogno di assistenza residenziale della popolazione siciliana ha costituito il presupposto per la riprogettazione dell'offerta in questo settore assistenziale. Il percorso, già avviato, sul piano programmatico ed organizzativo, il cui completamento è un obiettivo prioritario, mira a colmare la carente risposta locale al bisogno di questa tipologia di assistenza con il progressivo allineamento agli standard nazionali.

Con il Decreto Assessoriale del 24 maggio 2010 n.1325, è stata definita la programmazione complessiva della rete regionale delle Residenze Sanitarie Assistite (RSA), su base regionale, individuando nel dettaglio il fabbisogno per la provincia di Palermo un numero complessivo di 587 posti di RSA, prevedendo entro il 2013 il completamento della rete con l'attivazione di tutti gli altri 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.

- **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 antitumorali 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 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 (al 31/12/2012)	52,60
età media dei dirigenti (al 31/12/2012)	54,00
tasso di crescita unità di personale (2012)	- 0,01%
% dipendenti in possesso di laurea (fonte conto annuale 2012)	36,91%
% dirigenti in possesso di laurea (fonte conto annuale 2012)	99,64%
turnover del personale (anno 2012)	8,35%
ANALISI BENESSERE ORGANIZZATIVO	
tasso di assenze (fonte conto annuale 2012)	17,00%
% personale assunto a tempo indeterminato (fonte conto annuale 2012)	4,10%
ANALISI DI GENERE	
% di dirigenti donne (fonte conto annuale 2012)	42,37%
% di donne rispetto al totale del personale (fonte conto annuale 2012)	47,62%
% personale donna assunto a tempo determinato (fonte conto annuale 2012)	66,74%
età media del personale femminile (al 31/12/2012)	52,02
età media dei dirigenti donne (al 31/12/2012)	53,32
% di personale donna laureato rispetto al totale personale femminile (fonte conto annuale 2012)	35,82%

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

Nell'anno 2013 si consolidano alcuni capisaldi del ciclo della performance così come previsto dalla normativa nazionale e regionale, 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 2011 e 2012.

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.

Per quanto concerne l'assegnazione degli obiettivi nel 2013, si è proceduto alla distribuzione delle schede degli obiettivi aziendali alle macrostrutture (prot. n. 1475 dell'U.O. Programmazione, Controllo di Gestione e SIS del 3/7/2013), corrispondenti alla performance organizzativa, oggetto di valutazione da parte dell'O.I.V.; a queste segue l'utilizzo delle schede di valutazione individuali che prevede l'assegnazione degli obiettivi annuali individuali.

Un elemento di innovazione del sistema riguarda la scheda di valutazione dei Direttori di macrostruttura.

La valutazione della performance annuale dei Direttori è finora coincisa, infatti, con la valutazione della performance organizzativa esitata dall'O.I.V. ed in base e a tale percentuale è stato calcolato il premio di produttività dei Direttori.

Così come previsto dalla normativa, i criteri di valutazione del *top management* riguardano aree più ampie 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.

A fronte delle richieste di maggiore informazione sul sistema e soprattutto sulla condivisione di obiettivi misurabili, tutto il ciclo di della performance è monitorato dalla Struttura Tecnica Permanente che prevede incontri informativi e formativi per la diffusione del sistema, con il supporto tecnico dell'Organismo Regionale di monitoraggio e supporto del sistema di misurazione e valutazione della performance del personale dipendente del SSR all'interno del programma regionale di formazione e supporto.

7. GLI OBIETTIVI STRATEGICI

Ultimato il processo di determinazione e attribuzione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali per l'anno 2013, l'ASP di Palermo procede alla assegnazione di tali obiettivi alle proprie strutture (con Nota prot. n. 1475 del 03.07.2013), prevedendo per ciascuna "scheda di budget" attribuita ai Centri di Responsabilità l'indicazione degli obiettivi che scaturiscono dal Piano Attuativo Aziendale (PAA), di realizzazione del Piano Sanitario Regionale, con i relativi indicatori.

I macro-obiettivi strategici definiti dall'Assessorato Regionale della Salute ed attribuiti alle Aziende Sanitarie Provinciali sono i seguenti:

Obiettivo 1: Piano Attuativo aziendale del PSR anno 2013

- Sub-obiettivo 1.1 : Assistenza Collettiva e negli Ambienti di Vita e di Lavoro
- Sub-obiettivo 1.2 : Assistenza Territoriale e Continuità Assistenziale
- Sub-obiettivo 1.3: Assistenza Area Ospedaliera
- Sub-obiettivo 1.4: Integrazione Socio-Sanitaria
- Sub-obiettivo 1.5: Salute della donna, del bambino e dell'età giovanile
- Sub-obiettivo 1.6: Oncologia
- Sub-obiettivo 1.7: Cure palliative e terapia del dolore
- Sub-obiettivo 1.8: Cardiologia
- Sub-obiettivo 1.9: Neuroscienza
- Sub-obiettivo 1.10: Gestione del poli-traumatizzato
- Sub-obiettivo 1.11: Trapianti e Piano sangue
- Sub-obiettivo 1.12: Salute Mentale e dipendenze
- Sub-obiettivo 1.13: Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti
- Sub-obiettivo 1.14: Rete formativa, comunicazione e rete civica
- Sub-obiettivo 1.15: Partecipazione a Programmi sviluppo e innovazioni.

Obiettivo 2: ESITI

- Sub-obiettivo 2.1 : tempestività degli interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni
- Sub-obiettivo 2.2 : riduzione incidenza parti cesarei in donne non precesarizzate
- Sub-obiettivo 2.3 : Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI

Obiettivo 3: Gestionali

Sub-obiettivo 3.1 :	riduzione spesa farmaceutica
Sub-obiettivo 3.2 :	adozione e messa a regime del flusso del personale
Sub-obiettivo 3.3 :	messa a regime del Sistema di Valutazione della Performance
Sub-obiettivo 3.4:	messa a regime dei flussi dell'Area Beni e Servizi
Sub-obiettivo 3.5:	riduzione degli acquisti in economia attraverso l'applicazione del nuovo R.A.E. (Regolamento Acquisti in Economia)
Sub-obiettivo 3.6:	rispetto delle tempistiche delle "Gare di Bacino"
Sub-obiettivo 3.7:	incremento utilizzo dei <i>setting</i> assistenziali post-acuzie

8. ALBERO DELLE PERFORMANCE.

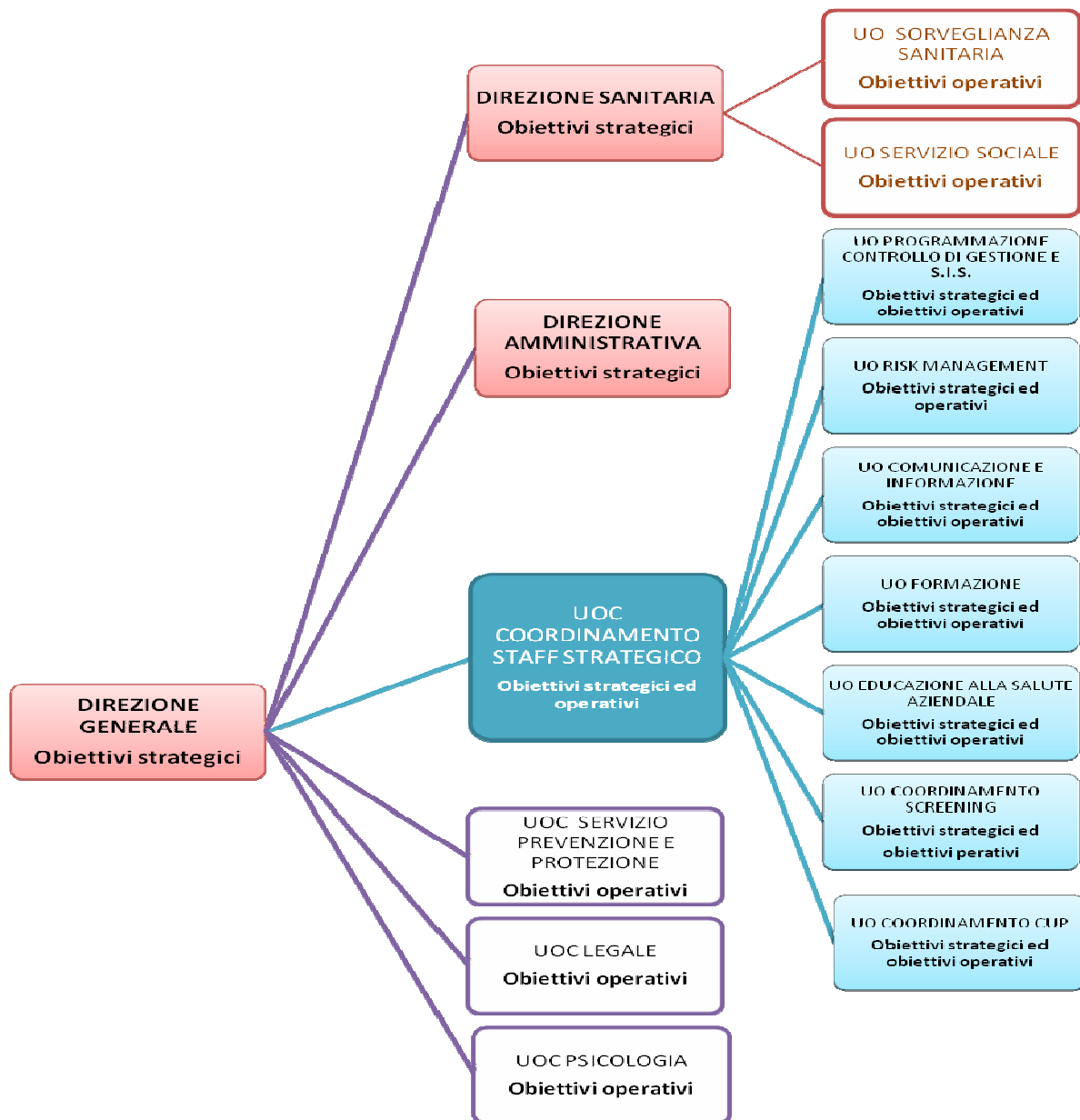
L'ASP di Palermo comprende un ampio territorio provinciale con una popolazione pari a circa 1.250.000 abitanti e, proprio per la sua vastità, è caratterizzata da una particolare complessità che si riflette nella sua articolata struttura organizzativa.

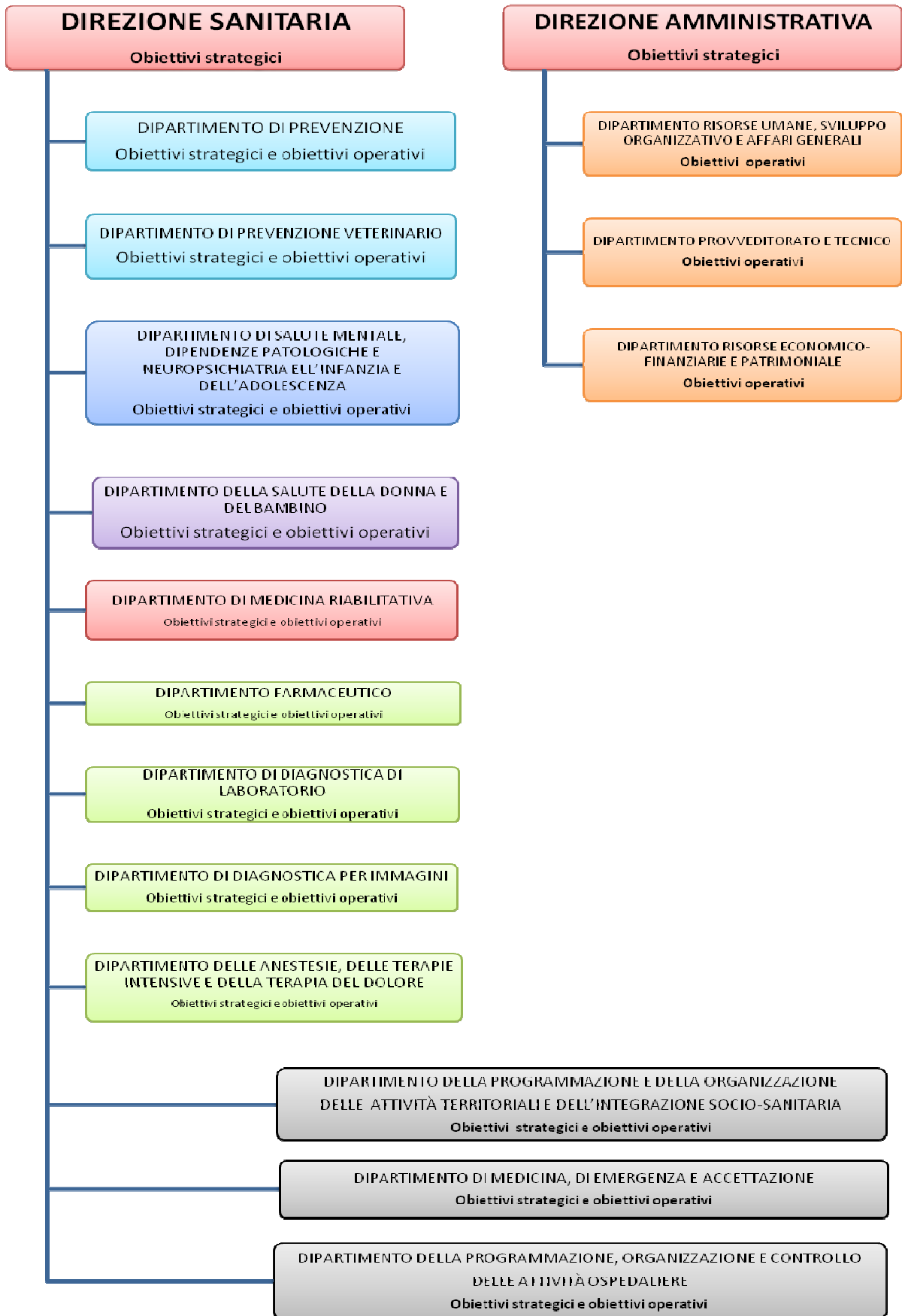
L'Azienda è articolata in numerosi Dipartimenti strutturali e in diversi Presidi Ospedalieri, caratterizzati da una gestione dipartimentale dei servizi propri, sia dell'area ospedaliera sia dell'area territoriale, con lo scopo precipuo di realizzare al meglio ogni forma di integrazione ospedale-territorio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

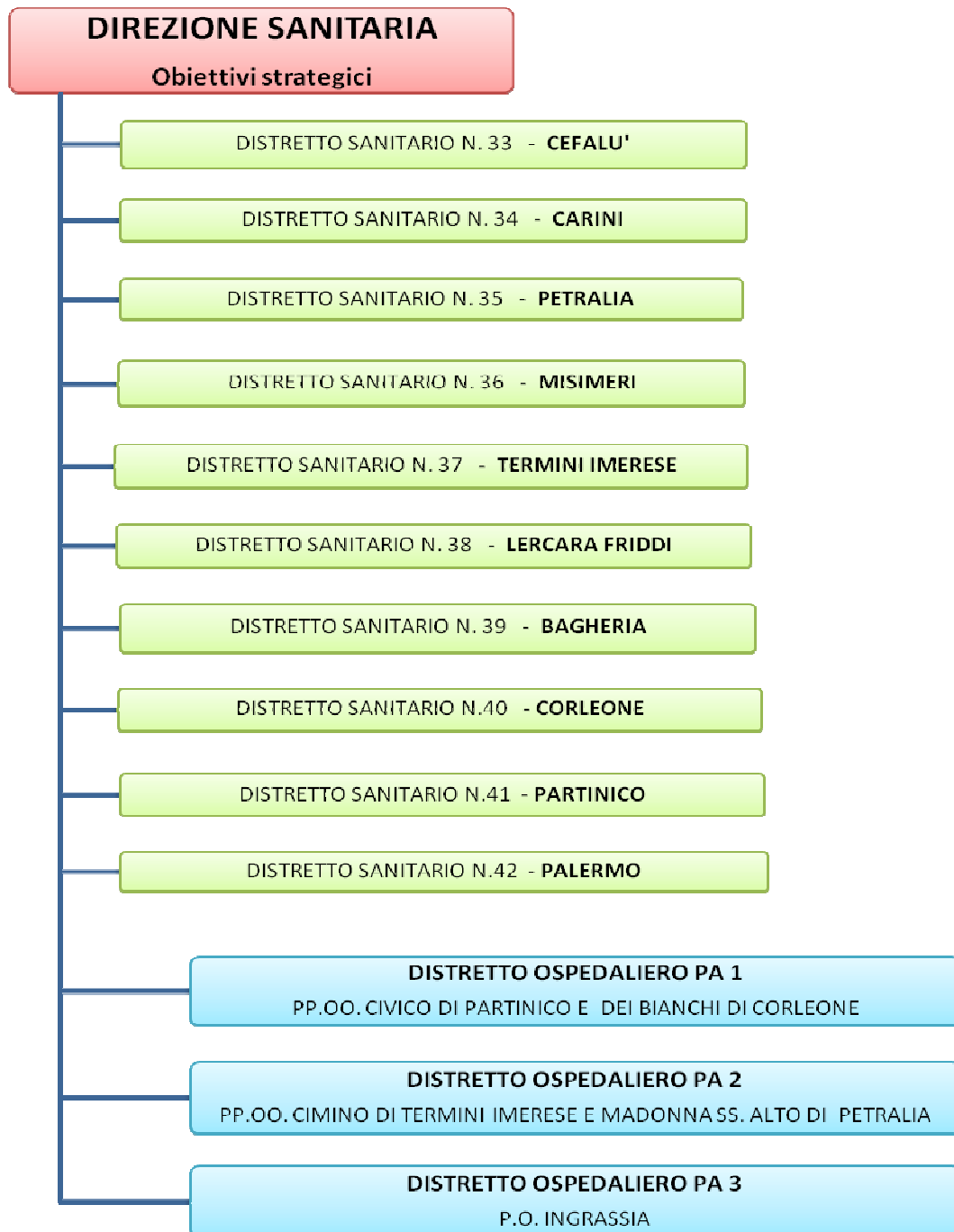
Tutto ciò rende possibile l'apporto individuale di ciascuna struttura e ciascun operatore, dando quindi maggiori garanzie di pervenire al raggiungimento dei risultati attesi, prevalentemente orientati al potenziamento delle attività assistenziali di recente avviamento, al perseguimento di una maggiore 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.





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. 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.

10. 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.

