

AZIENDA OSPEDALIERA PER L'EMERGENZA CANNIZZARO



PIANO DELLA PERFORMANCE ANNI 2017-2019

articolo 15, comma 2, Lettera b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150

ADOTTATO CON DELIBERAZIONE N. 174 DEL 30/01/2017

Indice

1	Presentazione del Piano	3
2	Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni.....	6
2.1	Chi siamo	6
2.2	Cosa facciamo.....	7
2.3	Come operiamo	8
3	Identità	10
3.1	L'amministrazione "in cifre"	10
3.2	Mandato istituzionale e Missione.....	11
3.3	Albero della performance	11
3.3.1	Aree strategiche.....	12
4	Analisi del contesto	14
4.1	Analisi del contesto esterno	14
4.2	Analisi del contesto interno.....	15
4.2.1	L'organizzazione.....	15
4.2.2	Le risorse strumentali ed economiche.....	18
4.2.3	Le risorse umane	19
4.2.4	La "salute finanziaria"	20
4.3	Analisi S.W.O.T.....	22
5	Obiettivi strategici.....	25
6	Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	27
6.1	Obiettivi assegnati al personale dirigenziale.....	28
7	Il processo e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione della <i>performance</i>	31
7.1	Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano.....	31
7.2	Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	36
7.3	Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle <i>performance</i>	37
8	Allegati tecnici	39

1 PRESENTAZIONE DEL PIANO

Il presente Piano della *performance* è adottato ai sensi dell'articolo 15, comma 2, Lettera b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, di seguito "decreto", e al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della *performance*.

Nella redazione del Piano, l'Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro di Catania (d'ora in poi denominata "Azienda") si attiene ai principi individuati dalla deliberazione n.112/2010 della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza, e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche, ovvero:

- Trasparenza;
- Immediata intelligibilità;
- Veridicità e verificabilità;
- Partecipazione;
- Coerenza interna ed esterna;
- Orizzonte pluriennale.

Il Piano della *performance*, secondo quanto stabilito dall'articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto:

- è un documento programmatico, con orizzonte temporale triennale. Il Piano della *performance* è modificabile con cadenza annuale in relazione a:
 - a. obiettivi definiti in sede di programmazione regionale
 - b. modifica della struttura organizzativa ai sensi dell'Atto Aziendale
 - c. modifiche del contesto esterno e interno di riferimento
- è adottato in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- dà compimento alla fase programmatoria del *Ciclo di gestione della performance* di cui all'articolo 4 del decreto.

Esso comprende:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi contenuti, ai sensi dell'articolo 10, comma 4, del decreto;
- gli obiettivi e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* di ciascuna struttura della *performance* individuale.

Il Piano è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della *performance* (articolo 4 del

decreto). È un documento programmatico triennale in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori e i *target*. Il Piano definisce dunque gli elementi fondamentali (obiettivi, indicatori e *target*) su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance*.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, il Piano è redatto con lo scopo di assicurare *“la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance”*.

Come richiesto dall'articolo 5, comma 2, del decreto gli obiettivi sono:

- 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 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.

Tale Piano (articolo 5, comma 1, e articolo 10, comma 1, del decreto), viene elaborato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, all'interno del Piano vengono riportati:

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

Gli indirizzi strategici (articolo 15, comma 2, lett. b), del decreto) - sono programmati su base triennale e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo.

Gli obiettivi sono articolati in strategici e operativi; per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi *target* ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della *performance*. Gli indicatori vengono definiti, tenendo conto degli ambiti individuati dall'articolo 8

del decreto, sulla base del Sistema di misurazione e valutazione della *performance* di cui all'articolo 7 del decreto.

Il Piano infine contiene gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori. Ciò è funzionale a consentire la valutazione della *performance* individuale dei dirigenti di cui all'articolo 9, comma 1, lettere a) e b), del decreto.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 3, del decreto, eventuali variazioni durante l'esercizio degli obiettivi e degli indicatori della *performance* organizzativa e individuale sono tempestivamente inseriti all'interno del Piano. Gli interventi correttivi, riferiti agli obiettivi della propria sfera di competenza, sono definiti dall'organo di indirizzo politico amministrativo in caso di necessità che possono eventualmente emergere a seguito della verifica dell'andamento della *performance* effettuata con il supporto dei dirigenti (articolo 6, comma 1, del decreto).

Il procedimento di programmazione degli obiettivi verrà condotto nei tempi e con le modalità propri del *ciclo di programmazione e controllo strategico e del ciclo di programmazione del sistema di valutazione*.

Nell'ambito del Programma per la Trasparenza e l'Integrità, con riferimento all'art.10, c.8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013, con deliberazione nr. 143 del 28/01/2016 è stato adottato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C) 2016-2018 dell'Azienda ove si ribadisce la necessità che vi sia coerenza tra il Piano e il P.T.P.C (Parte Generale, paragrafo 2.1 del P.N.A.); tale coerenza si esplicita con l'individuazione di obiettivi da assegnare alle strutture relativi all'attuazione di misure di prevenzione della corruzione.

Il piano è reso conoscibile e scaricabile on-line sul sito dell'azienda: www.aocannizzaro.it

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

2.1 CHI SIAMO

L'Azienda è stata istituita con L.R. 14 aprile 2009 n. 5 ed è stata attivata con decorrenza 01 settembre 2009. Ha sede legale in Catania, Via Messina n. 829, Partita I.V.A. n. 04721280875.

L'Azienda è dotata di natura giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale.

Ai sensi dell'art. 5 della L.R. n. 5/2009 l'Azienda ricade nel territorio definito "Bacino Sicilia Orientale".

Il logo aziendale è costituito da un rettangolo di colore giallo sul quale è riportata l'immagine della regione Sicilia di colore rosso. Sull'immagine della Sicilia in corrispondenza della provincia di Catania è riportato un piccolo quadrato con all'interno una "H". Nel rettangolo giallo è riportata la scritta: Ospedale Cannizzaro Catania e sotto il rettangolo giallo la scritta "AZIENDA OSPEDALIERA PER L'EMERGENZA".

Il patrimonio dell'Azienda Ospedaliera è costituito da tutti i beni mobili e immobili a essa appartenenti, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità. L'Azienda Ospedaliera, ai sensi e per gli effetti dell'art. 5, comma 2, del D.lgs. n. 229/99, dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, in particolare le disposizioni cui all'art. 830 del Codice Civile. I beni mobili e immobili utilizzati per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla legge.

L'Azienda riconosce la valenza strategica del patrimonio, quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizi e, in questa prospettiva, si riserva iniziative di investimento anche mediante processi di alienazione del patrimonio da reddito e di trasferimento di diritti reali previa la necessaria autorizzazione regionale e nel rispetto dell'art. 5 comma 2° del citato D.lgs.

Tutti i beni di proprietà dell'Azienda sono iscritti nel libro degli inventari redatto ai sensi dell'art. 2177 del Codice Civile e, a nome della stessa, presso i pubblici registri.

I principali *stakeholders* dell'Azienda sono:

- pazienti/utenti

- dipendenti
- istituzioni
- fornitori
- terzo settore

2.2 COSA FACCIAMO

L'Azienda ospedaliera assicura le attività sanitarie di alta specializzazione, di riferimento nazionale e regionale, con dotazioni di tecnologie diagnostico-terapeutiche avanzate ed innovative e svolge altresì i compiti specificamente attribuiti dagli atti della programmazione regionale.

L'Azienda costituisce, altresì, riferimento per le attività specialistiche delle Aziende sanitarie provinciali, di norma, nell'ambito del relativo bacino di competenza, secondo le indicazioni degli atti della programmazione sanitaria.

Il posizionamento dell'Azienda deriva dall'elevato livello clinico-scientifico conseguito negli anni dai professionisti che operano in Azienda, dalla capacità di assicurare uno sviluppo tecnologico coerente con l'alta specializzazione dei settori di intervento e dall'implementazione di soluzioni gestionali che favoriscono il miglioramento dei livelli di efficacia ed efficienza delle prestazioni prodotte. L'Azienda eroga prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di ricovero ordinario in area medica ed in area chirurgica, in elezione e da pronto soccorso, in regime di Day Surgery e Day Hospital, ed eroga, inoltre, prestazioni ambulatoriali ed in Day Service.

Nell'ambito dell'emergenza l'Azienda si avvale, all'interno del proprio Dipartimento di Emergenza, di una struttura di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza (M.C.A.U.), di un Pronto Soccorso Generale (medico e chirurgico) oltre che di un Pronto Soccorso Pediatrico, di un Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico e di diverse strutture di terapia intensiva per aree specialistiche, quali la Rianimazione, la Terapia Intensiva Post operatoria (T.I.P.O.), l'Unità Terapia Intensiva Coronarica (U.T.I.C.), l'Unità Terapia Intensiva Neonatale (U.T.I.N.), l'Unità Terapia Intensiva Respiratoria (U.T.I.R.) e la terapia intensiva del Centro Ustioni.

L'Azienda espleta la sua attività all'interno di un unico presidio.

È sede di Centrale Operativa Emergenza 118 – bacino Catania, Siracusa, Ragusa - con Base per l'Elisoccorso.

2.3 COME OPERIAMO

L'azione aziendale, sulla base delle risorse a disposizione, nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione regionale e dai rapporti di collaborazione instaurati con le altre aziende sanitarie, si sviluppa allo scopo di:

- consolidare e potenziare le aree che caratterizzano l'Azienda come struttura di alta specialità incrementando e sviluppando i rapporti di cooperazione con le altre strutture sanitarie regionali, nazionali ed estere;
- rafforzare il ruolo di riferimento svolto dall'Azienda nella risposta all'emergenza-urgenza in ambito provinciale e regionale;
- assicurare la risposta quali-quantitativa alla domanda di salute del bacino locale di riferimento per le aree di intervento di base valorizzando la vocazione per acuti dell'Azienda Ospedaliera;
- favorire lo sviluppo dei necessari processi di integrazione, al proprio interno e nei rapporti con le strutture sanitarie e territoriali, volti ad assicurare ai pazienti la continuità assistenziale anche attraverso la definizione di specifici accordi con le altre strutture sanitarie e socio-assistenziali regionali.

A tale scopo si ritiene fondamentale agire, sul piano gestionale, per:

- realizzare un modello di sviluppo continuo delle professionalità individuando nel patrimonio professionale aziendale la leva fondamentale per poter perseguire le finalità dell'azienda e assicurare alla stessa la possibilità di mantenere e migliorare nel tempo il posizionamento già conseguito;
- avviare logiche e strumenti del miglioramento continuo dei risultati sia sul fronte clinico-assistenziale che su quello dell'efficienza gestionale;
- favorire lo sviluppo di soluzioni organizzative basate sui principi della flessibilità e dell'economicità, anche agendo nel ridisegno complessivo della struttura organizzativa e del sistema delle responsabilità;
- assicurare i più elevati standard qualitativi per il soddisfacimento delle esigenze dei pazienti e dei loro familiari sia sotto il profilo della competenza sanitaria che della cortesia e della disponibilità del personale oltre che della rapidità nella gestione della pratica amministrativa e del comfort alberghiero;
- realizzare tutti i supporti tecnologici necessari per garantire la progressiva misurazione dei fenomeni gestionali utili alla produzione di informazioni per supportare il processo

decisionale strategico e direzionale oltre che rendere evidenti i risultati aziendali raggiunti, in campo clinico-assistenziale ed economico, alla Regione, agli Enti interessati e ai cittadini.

L'attività dell'Azienda è improntata al rispetto dei criteri di efficacia, efficienza ed economicità, qualità ed equità.

3 IDENTITÀ

Il presente capitolo presenta i principali dati numerici dell'Azienda, descrive il mandato istituzionale ed articola il primo livello della struttura dell'albero della *performance*.

3.1 L'AMMINISTRAZIONE "IN CIFRE"

Il bacino della popolazione di riferimento dell'Azienda è quello della Sicilia Orientale (Province di Catania, Messina, Ragusa, Siracusa ed Enna) ed è pertanto pari a 2.650.203 abitanti (fonte ISTAT, Popolazione residente al 1/1/2016), distribuiti su 13.085 mq di territorio.

Con Decreto Assessoriale 25/05/2010, l'Azienda è stata dotata di 560 posti letto, di cui 501 di degenza ordinaria e di 59 posti letto per attività di DH/DS.

Il numero di dipendenti in servizio al 31/12/2016 è pari a 1.292 unità a tempo indeterminato e di 142 unità a tempo determinato, oltre a 24 unità di personale universitario.

I dati economici provvisori al quarto trimestre 2016 riportano un valore della produzione, comprensivo delle risorse di parte corrente e degli altri ricavi della gestione caratteristica, di 197.208 migliaia di euro.

I costi della produzione, articolati in costi per beni di consumo, servizi, manutenzioni, personale, oneri di gestione, variazione delle rimanenze, ammortamenti ed accantonamenti, sono stati pari ad €/migliaia 190.521.

La differenza tra valore e costi della produzione è stata pertanto pari ad €/migliaia 6.687

Il risultato prima delle imposte si è assestato al valore di 6.070 migliaia di euro, pervenendo, al netto delle imposte e tasse, pari ad €/migliaia 5.883, ad un risultato positivo di periodo di 187 migliaia di euro.

L'attività sanitaria erogata nell'anno 2016 è stata caratterizzata da un incremento della complessità della casistica trattata, attestata dal valore del peso medio pari a 1,275, che, nell'anno precedente aveva raggiunto il valore di 1,2225.

In conseguenza di quanto appena descritto, anche il fatturato medio per episodio di ricovero è cresciuto, con una diminuzione del numero di ricoveri ordinari e diurni pari a quasi il 4% rispetto all'anno precedente.

L'Azienda ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro ha continuato, anche nel corso dell'anno 2016, ad attuare iniziative a sostegno dell'appropriatezza dell'attività di ricovero, anche in virtù del Decreto assessoriale 31 dicembre 2013 che modifica ed integra il precedente DA 17/5/2013 in

merito ai criteri di abbattimento dei DRG a rischio di in appropriatezza e alla definizione delle relative tariffe per l'erogazione in Day service, in linea con gli obiettivi gestionali da perseguire a livello regionale tra cui quello di ridurre il tasso di ospedalizzazione e di migliorare la qualità delle prestazioni di ricovero; a testimonianza di ciò la continua crescita dell'attività erogata in regime di Day Service che, nell'anno 2016, è cresciuta di oltre il 20% rispetto all'anno 2015

3.2 MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE

L'Azienda, tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 13 della L.R. 5/2009, ha come missione la gestione delle patologie ad alta complessità, attraverso l'utilizzo di un approccio multidisciplinare e la definizione e l'applicazione di modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico – terapeutico – assistenziali.

L'Azienda organizza i propri servizi e definisce il livello qualitativo e quantitativo degli stessi sulla base di un costante monitoraggio dei bisogni sanitari, del territorio e degli utenti.

L'Azienda ha il mandato di contribuire a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative ed a favorire il rapido trasferimento applicativo delle acquisizioni sperimentali.

Cardini essenziali per realizzare la *mission* dell'Azienda sono:

- l'utente, rispetto al quale garantire il servizio in campo assistenziale;
- la comunità, verso la quale professionisti ed organizzazione si relazionano rispetto al mandato;
- il professionista e l'organizzazione nella quale è inserito, che debbono garantire coerenza, qualità, continuità e compatibilità etica ed economica nell'erogazione del servizio.

3.3 ALBERO DELLA PERFORMANCE

L'albero della *performance* è una struttura che permette attraverso una rappresentazione grafica di evidenziare i legami tra mandato istituzionale/missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi fornendo una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della *performance* dell'amministrazione.

La struttura dell'albero mostra come gli obiettivi, ai vari livelli, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo, al mandato istituzionale ed alla missione.

Il sistema che risulta è di tipo piramidale che integra i modelli di pianificazione, programmazione e controllo aziendali con quelli di gestione delle risorse e del sistema premiante.

L'albero della *performance* è articolato su tre livelli che discendono dal mandato

istituzionale e dalla *mission*:

1° Livello: Aree Strategiche

2° Livello: Obiettivi Strategici

3° Livello: Obiettivi Operativi

In questo capitolo, dedicato all'identità, si sviluppa il primo livello dell'albero, relativo alla individuazione delle aree strategiche, mentre gli altri livelli sono presentati nei successivi capitoli 5 (obiettivi strategici) e 6 (obiettivi operativi).

Le aree strategiche costituiscono le prospettive in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale e la missione dell'Azienda: ad esse sono associati gli *outcome* attesi, in modo da rendere immediatamente intellegibile agli *stakeholder* la finalizzazione delle attività dell'amministrazione rispetto ai loro bisogni ed alle loro aspettative.

La definizione delle aree strategiche scaturisce da un'analisi congiunta dei fattori interni e dei fattori di contesto esterno ed assume, come riferimenti essenziali di base, la Legge Regionale 5/2009, il Piano Sanitario Regionale e gli obiettivi assegnati annualmente alla Direzione Generale.

L'articolazione delle aree strategiche segue generalmente una logica trasversale a più strutture organizzative.

3.3.1 AREE STRATEGICHE

Sono state individuate tre aree strategiche, come di seguito distinte.

Area Strategica 1: GOVERNO CLINICO

Prevede l'adozione di misure volte al miglioramento della produzione in ambito sanitario.

Area Strategica 2: GOVERNO ECONOMICO

Prevede l'adozione di misure volte a garantire l'economicità dell'azione amministrativa.

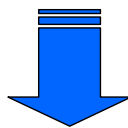
Area Strategica 3: GOVERNO DEI PROCESSI

Prevede l'adozione di misure volte al miglioramento dell'attività gestionale, sanitaria ed amministrativa.

Il primo livello di costruzione dell'albero della *performance* comprende le aree strategiche ed il relativo *outcome*, ed è rappresentato nella seguente figura.

Figura 1: Albero della *performance*: primo livello – Aree strategiche e *outcome*

MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE



Area Strategica 1

Governo clinico

Outcome

Adozione di misure volte al miglioramento della produzione in ambito sanitario

Area Strategica 2

Governo economico

Outcome

Adozione di misure volte a garantire l'economicità dell'azione amministrativa

Area Strategica 3

Governo dei processi

Outcome

Adozione di misure volte al miglioramento dell'attività gestionale, sanitaria ed amministrativa

4 ANALISI DEL CONTESTO

Il presente capitolo tratta del contesto esterno e del contesto interno, nelle varie dimensioni di cui si compone, organizzazione, risorse strumentali ed economiche, risorse umane, risorse finanziarie e conclude con la sintesi rappresentata con l'analisi S.W.O.T..

4.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

La legge regionale 5 del 14 aprile 2009, contenente “Norme per il riordino del Servizio Sanitario regionale”, ha comportato la modifica della struttura del sistema sanitario regionale con la cessazione delle esistenti aziende sanitarie e la costituzione ed entrata in attività a partire dal 1° settembre 2009 di nove Aziende Sanitarie Provinciali, di tre Aziende Ospedaliere di riferimento regionale nonché di due Aziende Ospedaliere di rilievo nazionale e alta specializzazione e di tre Aziende ospedaliere universitarie. Tali Aziende sanitarie sono state rese operative con Decreto Assessoriale del 31/8/2009.

Nell'ambito di questo processo di riforma, è stata istituita l'Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro, succeduta alla cessata Azienda Ospedaliera Cannizzaro, non coinvolta in processi di fusione o accorpamento con altre Aziende.

Il processo di cambiamento del contesto sanitario della regione siciliana dovuto alla legge 5/2009 e ai successivi provvedimenti ha inteso incidere sulla logica di uso da parte del cittadino e gestione da parte delle amministrazioni delle strutture sanitarie stesse. In particolare si è proposto un modello che spingesse verso i servizi territoriali, con una rimodulazione dell'offerta ospedaliera sia in termini di posti letto assegnati alle diverse discipline e ai diversi ambiti territoriali in relazione alle specifiche esigenze sia in termini di strutture (soppressione e/o accorpamento di strutture di medesima disciplina e/o con bassi indici di produttività), e al contempo si è cercato di sviluppare una logica di integrazione ospedale-territorio finalizzata all'ottimizzazione nell'erogazione delle prestazioni sanitarie nonché di sviluppare una rete di coordinamento per la programmazione inter-aziendale di bacino. Sono stati, a tal proposito, istituiti a livello regionale, il bacino orientale, cui fa parte l'Azienda, e quello occidentale e con leggi successive ne sono state individuate le funzioni, definite le linee e i criteri per la centralizzazione e la razionalizzazione delle attività non sanitarie, nell'ambito della realizzazione dell'obiettivo di riduzione, a livello regionale, della spesa di beni e servizi ancora oggi ritenuta troppo elevata.

L'Azienda opera in ottemperanza ai Piani attuativi aziendali, elaborati sulla base del principio del lavoro in rete tra le diverse strutture che operano nella stessa area, con lo scopo di “produrre” una sanità che tenga conto delle priorità di intervento nell'area nella quale agisce. A tal fine sono adottati i sistemi delle reti secondo il modello *hub & spoke* nonchè l'integrazione ospedale-territorio.

4.2 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

La base di riferimento nella descrizione della struttura dell'Azienda è costituita dall'Atto Aziendale adottato con delibera nr. 3902/DG del 28/09/2015. Lo stesso è stato modificato ai sensi della nota assessoriale n. 82993 del 30/10/2015, approvato con Decreto Assessoriale 255/2016 del 17/02/2016 e adottato dall'Azienda con deliberazione n. 384 del 24/02/2016.

4.2.1 L'ORGANIZZAZIONE

L'Atto Aziendale prevede il Dipartimento quale modello organizzativo ordinario, così come previsto dal D.Lgs. 502/92 e ss.mm.ii.. Sono previsti 8 dipartimenti (7 sanitari e 1 amministrativo) all'interno dei quali operano 42 strutture complesse (di cui 27 con posti letto), 28 strutture semplici sanitarie, 10 Uffici e Funzioni in staff alla Direzione aziendale e 6 Uffici e Funzioni in staff alla Direzione Generale.

Le strutture organizzative complesse, con o senza dotazione di posti letto, sono specifiche articolazioni organizzativo-strutturali con autonomia gestionale completa ed afferenti ad un dipartimento per garantire la condivisione di risorse e di modelli organizzativi.

Le strutture semplici sono specifiche articolazioni organizzative con autonomia gestionale, sotto la direzione ed il coordinamento di una struttura organizzativa complessa.

Di seguito la composizione di ciascuno dei dipartimenti, con l'articolazione delle singole strutture complesse e semplici.

Tabella 1: Dipartimento di Emergenza

STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI
ANESTESIA CON TIPO	
C.O. 118	
CHIRURGIA GENERALE (EX URGENZA)	Diagnostica ecografica in urgenza
	Diagnostica endoscopica in urgenza
CHIRURGIA PLASTICA	Chirurgia plastica ad indirizzo oncologico
	Odontoiatria e stomatologia
GRANDI USTIONI	
MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E URGENZA (MCAU)	P.S. e osservazione breve intensiva
	Accettazione e primo soccorso chirurgico
TERAPIA INTENSIVA CON TRAUMA CENTER	

Tabella 2: Dipartimento dei Servizi sanitari

STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	
FARMACIA	
ANATOMIA PATOLOGICA	
AUDIOLOGIA E FONIATRIA	
MEDICINA TRASFUSIONALE	
PATOLOGIA CLINICA	

Tabella 3: Dipartimento delle Tecnologie avanzate diagnostico-terapeutiche

STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	Radiologia interventistica
	Diagnostica per immagini in emergenza
	Fisica sanitaria
MEDICINA NUCLEARE E PET	
RADIOTERAPIA	

Tabella 4: Dipartimento Medico

STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI
CARDIOLOGIA	Unità coronarica
GERIATRIA	
MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE	Scienza dell'alimentazione e dietetica
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	Diagnosi e cura dell'AIDS e delle epatopatie infettive croniche
MEDICINA GENERALE	Oncologia
NEFROLOGIA E DIALISI	
PNEUMOLOGIA	

Tabella 5: Dipartimento Chirurgico

STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI
CHIRURGIA TORACICA	
CHIRURGIA VASCOLARE	Chirurgia endovascolare aortica mininvasiva
OCULISTICA	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
OTORINOLARINGOIATRIA	
UROLOGIA	Neurourologia

Tabella 6: Dipartimento Materno infantile

STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA CON P.S. OSTETRICO	Chirurgia ginecologica mininvasiva
	Accettazione e primo soccorso ostetrico e ginecologico
PEDIATRIA CON P.S.	Pronto soccorso pediatrico
NEONATOLOGIA CON UTIN	
CHIRURGIA GENERALE A INDIRIZZO SENOLOGICO MULTIDISCIPLINARE	

Tabella 7: Dipartimento Neuroscienze

STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI
NEUROCHIRURGIA	
NEUROLOGIA CON STROKE	
NEURORADIOLOGIA	Interventistica spinale mininvasiva
UNITA' SPINALE	

Tabella 8: Dipartimento Amministrativo

STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI
AFFARI GENERALI	
ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE	
PROVVEDITORATO	
RISORSE UMANE	
TECNICO	

Nell'ambito del dipartimento dell'Emergenza, del dipartimento Medico e di quello Chirurgico, sono previste, altresì, 9 strutture semplici a valenza dipartimentale, ovvero articolazioni organizzative con autonomia operativa e responsabilità nella gestione delle risorse umane, strutturali e strumentali, dedicate o condivise con altre strutture.

Tabella 9: Strutture semplici a valenza dipartimentale

STRUTTURE SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE	
DIPART.	STRUTTURA
EMERGENZA	UTIR
	Chirurgia epatobiliare mininvasiva
	Chirurgia maxillo facciale
MEDICO	Servizio di cardiologia con diagnostica strumentale non invasiva
	Elettrofisiologia e cardiostimolazione
	Cardiologia interventistica ed emodinamica
CHIRURGICO	Tecniche endoscopiche e videochirurgia toracica
	Trattamenti ambulatoriali in traumatologia
	Chirurgia cervico facciale ad indirizzo oncologico

Lo Staff della Direzione generale è articolato nei seguenti uffici/funzioni:

- Sorveglianza sanitaria
- Prevenzione e protezione
- Servizio legale
- Qualità Aziendale e rischio clinico
- Controllo di gestione
- Sistema informativo locale

Lo Staff della Direzione aziendale è articolato nei seguenti uffici/funzioni:

- Ufficio della direzione aziendale
- Comunicazione istituzionale e interna
 - Ufficio relazioni con il pubblico
 - Ufficio stampa

- Psicologia
- Struttura tecnica permanente
- Struttura per la formazione permanente del personale
- U.O. delle professioni sanitarie di riabilitazione
- U.O. delle professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche
- U.O. delle professioni tecnico-sanitarie
- U.O. del servizio sociale professionale

4.2.2 LE RISORSE STRUMENTALI ED ECONOMICHE

Il valore delle immobilizzazioni materiali in bilancio, escluso i fabbricati, è di 68.132 migliaia di euro, al lordo degli ammortamenti, e di 8.990 al netto degli stessi.

Le immobilizzazioni materiali sono così ripartite in bilancio (valore contabile al netto degli ammortamenti in migliaia di euro).

➤ Impianti e macchinari	1.805
➤ Attrezzature sanitarie e scientifiche	5.973
➤ Mobili e arredi	832
➤ Automezzi	142
➤ Altri beni	238

Le apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nell'Azienda sono, con riferimento alle grandi attrezzature, le seguenti:

N.2 Sistemi CT/PET integrato

N.1 PET 4D

N.1 Gamma camera computerizzate

N.4 TAC

N.3 Tomografi a risonanza magnetica, di cui 1 da 3 Tesla

N.2 Acceleratori lineari

N.2 Angiografi cardiologici, di cui 1 con fisiopoligrafo

N.2 Angiografi per interventistica RX, di cui 1 monoplanare

N.1 Mammografo

N.1 Mammotome

La spesa sostenuta per la manutenzione delle attrezzature sanitarie nel 2015 è stata di 3,8 milioni di euro.

Il valore lordo dei fabbricati, comprensivo degli incrementi per manutenzioni straordinarie, è di 76.196 migliaia di euro, con un valore, al netto degli ammortamenti di 50.370 migliaia di euro.

Figurano in bilancio, infine, immobilizzazioni in corso per 904 migliaia di euro.

4.2.3 LE RISORSE UMANE

Il divieto posto dall'Assessorato Regionale della Salute con nota prot./Servizio 1/ n. 84514 del 21/11/2012, di procedere alla copertura di posti vacanti fino alla definizione del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera e, comunque, fino all'emanazione di nuove disposizioni assessoriali, non è stato ancora rimosso.

A seguito di tale divieto, ribadito anche con nota prot./Servizio 1/ n. 90997 del 30/11/2014, non è stato possibile, anche nel corso dell'anno 2016, procedere al reclutamento di personale a tempo indeterminato per la copertura dei posti organici vacanti, determinandosi conseguentemente una situazione di estremo disagio per questa Azienda, che è giusto il caso di ricordare svolge in esclusiva alcune attività, quali il Centro Ustioni, la Camera iperbarica, l'attività di c.d. Medicina protetta, nonché funzioni individuate dalla programmazione regionale, quali la Centrale Operativa 118 di CT-SR-RG, il Trauma Center per bacino e referente per la Stroke Unit, l'Unità Spinale Unipolare, il Centro di Procreazione Medicalmente Assistita Eterologa ed il Centro di riferimento regionale per la chirurgia oncologica ginecologica.

Per tale motivo - al fine di sopperire all'inadeguatezza dell'attuale organico, nonchè al sopra citato divieto di assunzioni - l'Azienda è stata obbligata a ricorrere ancora ad assunzioni a tempo determinato, stante l'esigenza di garantire la funzionalità della struttura, in relazione al conseguimento di quei prioritari obiettivi che nel loro insieme costituiscono la "*mission*" di questa Azienda Ospedaliera di III livello per l'Emergenza, privilegiando tale ricorso per le attività dell'area dell'Emergenza, dell'Alta specialità e della Terapia intensiva.

Questa Azienda si è, infatti, fin qui impegnata a stipulare contratti a tempo determinato solamente per il reclutamento di figure professionali di particolare rilevanza, nei casi in cui ciò si è reso assolutamente necessario per consentire lo svolgimento di tutte le complesse e molteplici attività di competenza di questa Azienda Ospedaliera e, al contempo, garantire il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza e l'efficiente erogazione dei servizi sanitari.

In applicazione di espressa autorizzazione in deroga da parte dell'Assessorato Regionale della Salute, sono state avviate e/o concluse le selezioni pubbliche, per titoli e colloquio, per il conferimento degli incarichi di direttore delle strutture complesse di Malattie infettive, Cardiologia, Neurochirurgia e Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, consentendo così la copertura

dei relativi posti vacanti, indispensabile per l'infungibilità del ruolo di direttore di unità operativa.

Si precisa, infine, che, con delibera n. 852 del 14/04/2016, si è proceduto all'adozione del programma triennale del fabbisogno di personale (per gli anni 2016-2018), ai sensi dell'art. 35 comma 4 del D. Lgs. 30 marzo 2001 n. 165, in conformità alle previsioni numeriche della dotazione organica aziendale, rideterminata con delibera n. 3903 del 28/09/2015 ed approvata con D.A. 374/2016 del 9/03/2016, nonché nel rispetto del tetto di spesa assegnato a questa Azienda con il D.A. n. 1380 del 05/08/2015 e dell'equilibrio economico-finanziario del bilancio aziendale annuale.

4.2.4 LA "SALUTE FINANZIARIA"

L'Azienda ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro elabora i propri bilanci in osservanza delle disposizioni contenute nel codice civile, titolo V, capo V sezione IX, in quanto compatibili con la normativa specifica nazionale e regionale emanata per il settore sanitario pubblico, e facendo riferimento ai Principi Contabili emanati dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e dei Ragionieri.

In particolare, trovano applicazione gli articoli 2423 (Redazione del bilancio), 2423-bis (Principi di redazione del bilancio), 2423-ter, comma 5 (comparazione con importi esercizio precedente), 2424-bis (Disposizioni relative a singole voci dello stato patrimoniale), 2425-bis (Iscrizione dei ricavi, proventi, costi ed oneri) e 2426 (Criteri di valutazioni) del codice civile.

L'assegnazione delle risorse di parte corrente viene effettuata dall'Assessorato Regionale della Salute, basandosi su una preventiva negoziazione delle risorse, e procedendo alla valorizzazione dei flussi delle attività erogate dall'Azienda a consuntivo ed alla valorizzazione delle funzioni non tariffate.

Il sistema comporta, pertanto, la piena valorizzazione di tutte le attività effettuate dall'Azienda, nel rispetto del principio della competenza economica previsto dal codice civile.

L'ultimo bilancio adottato, quello dell'esercizio 2015, si è chiuso con un utile di esercizio di € 82.881, in linea con il risultato negoziato per il 2015, con le previsioni del Piano di Sviluppo, redatto dall'Azienda ed approvato dall'Assessorato Regionale della Salute, e dimostra, pertanto, il rispetto dell'equilibrio economico, una efficiente programmazione delle risorse disponibili ed una corretta ed adeguata remunerazione dei fattori produttivi impiegati.

Lo stato di salute finanziaria, inteso in termini di equilibri finanziari, economici e patrimoniali, viene attestato dagli indicatori economici e finanziari allegati all'ultimo bilancio approvato.

In relazione agli indicatori finanziari si riscontra una sostanziale stabilità dell'indice di

solvibilità, determinato dal rapporto tra attivo a breve e passivo a breve termine, che passa dal valore del 1,2 per l'esercizio 2014, al valore del 1,167 per l'esercizio 2015.

L'indice di liquidità, determinato dal rapporto tra attivo a breve senza rimanenze finali e passivo a breve termine, si attesta su un valore pari a 1,06.

Tabella 10: Situazione patrimoniale

Voci di bilancio	Valori di bilancio	
	Anno 2015	Anno 2014
Disponibilità liquide	20.973.652	50.000
Crediti	65.688.177	99.001.968
Ratei e risconti attivi	26.295	52.025
Debiti	-61.938.932	-88.729.644
Ratei e risconti passivi	-165.116	-103.477
Attivo realizzabile netto	24.584.076	10.270.872
Rimanenze	6.604.213	7.536.482
Immobilizzazioni	61.064.660	63.959.606
Capitale investito	92.252.949	81.766.960
Fondi rischi diversi	23.762.906	21.211.826
TFR	-	-
Patrimonio netto	68.490.043	60.555.134
Coperure finanziarie	92.252.948	81.766.960

4.3 ANALISI S.W.O.T.

La presente sezione rappresenta la sintesi delle informazioni rappresentate nei due paragrafi di analisi del contesto interno e di quello esterno individuando punti di forza (*Strenght*), debolezza (*Weaknesses*), opportunità (*Opportunities*), minacce (*Treath*).

I punti di FORZA sono quei fattori che favoriscono lo sviluppo, le cosiddette aree di eccellenza. Vengono messi in luce punti di primaria solidità e di imprescindibile importanza, ma anche caratteristiche meno appariscenti e non di primario impatto.

I punti di forza che caratterizzano l'Azienda sono i seguenti:

- ✓ la presenza di professionalità di elevata competenza;
- ✓ la presenza di tecnologie di altissima specialità;
- ✓ la presenza di attività uniche nel bacino d'utenza;
- ✓ l'elevata complessità della casistica trattata;
- ✓ la concentrazione delle attività in un unico presidio;
- ✓ la condivisione in rete tra le strutture abilitate dei referti prodotti dalle strutture di laboratorio e/o radiologiche e delle immagini degli esami eseguiti.

I punti di DEBOLEZZA, per contro, sono quegli elementi che ostacolano lo sviluppo e che bisogna cercare di superare; sono le aree ad alto margine di miglioramento. L'analisi dei punti di debolezza tende ad individuare le problematiche che possono destare preoccupazione e verso cui è necessario indirizzare le azioni programmatiche al fine di non compromettere l'esito finale delle scelte strategiche.

I punti di debolezza che caratterizzano l'Azienda sono i seguenti:

- ✓ l'insufficienza di aree progettate specificatamente per gli ambulatori;
- ✓ la necessità di ristrutturare i locali di alcune Unità Operative;
- ✓ l'innalzamento dell'età media del personale e la fruizione da parte dello stesso delle agevolazioni derivanti dall'applicazione di normativa vigente (legge 104/1992, decreto legislativo 151/2001 e successive modifiche ed integrazioni) con ripercussioni sull'attività e l'organizzazione dei turni;
- ✓ la non adeguatezza numerica del personale da incrementare dopo l'approvazione dell'Atto aziendale e la rimodulazione della Pianta Organica;
- ✓ il divieto di assumere personale a tempo indeterminato con evidente impossibilità ad effettuare il turnover.

Dopo aver analizzato i due parametri precedenti, punti di forza e di debolezza, si

individuano le loro possibili combinazioni sinergiche capaci di trasformarsi in opportunità: da un lato si considerano i vantaggi che derivano dalla combinazione tra punti di debolezza e punti di forza e dall'altro va stimato se e in che misura i punti di forza colmano quelli di debolezza. Si individua così l'elenco delle opportunità.

Le OPPORTUNITÀ sono i possibili vantaggi futuri che occorre saper sfruttare a proprio favore allocando in modo flessibile le risorse così da ottimizzare le performance della strategia. Si distinguono:

1. **opportunità interne** che il sistema è capace di innescare al suo interno e quindi direttamente manovrabili attraverso la S.W.O.T.. I vantaggi che possono derivare dalla combinazione tra punti di forza e punti di debolezza sono:

- incremento della quantità e della qualità delle prestazioni ambulatoriali, anche attraverso la realizzazione di una apposita struttura di nuovi ambulatori, finanziata ex art. 20, colmando le criticità dei locali attualmente destinati agli ambulatori ed avvalendosi delle elevate professionalità e tecnologie di cui dispone l'Azienda;
- razionalizzazione delle prestazioni di ricovero a favore dei ricoveri appropriati, superando le criticità derivanti dall'obsolescenza di alcune attrezzature e dall'usura di alcuni ambienti, e potendosi basare sulla presenza di elevate professionalità e su una casistica statisticamente altamente complessa.

2. **opportunità esterne** indipendenti dal sistema e proprie del contesto, dell'ambiente in cui il sistema è calato. Le opportunità che l'Azienda potrebbe cogliere dal contesto esterno riguardano:

- ✓ la creazione dei piani di gestione integrata ospedale-territorio per i pazienti cronici ai fini della dimissione facilitata;
- ✓ la collaborazione con le strutture territoriali ai fini dell'incremento delle possibilità di accesso agli screening oncologici;
- ✓ l'incremento delle prestazioni ambulatoriali, rendendo più efficienti le tecnologie altamente specializzate, in luogo delle prestazioni di ricovero che danno luogo a DRG non appropriati.

Le MINACCE sono quegli eventi o possibili mutamenti futuri che potrebbero avere un impatto sui risultati della strategia, fino a comprometterne l'esito, nei casi estremi.

Come per le opportunità anche per le minacce si possono distinguere due tipologie:

1. **minacce interne**, che è possibile gestire agendo per tempo sui punti di debolezza:

- decremento del numero di prestazioni ambulatoriali erogate e conseguente minore

soddisfacimento del bisogno di salute dei cittadini.

2. **minacce esterne**, indipendenti dalla capacità decisionale manageriale. Le minacce che provengono dal contesto esterno sono:

- ✓ la diminuzione del fatturato conseguente alla diminuzione del numero complessivo dei ricoveri derivante dall'applicazione dei decreti sull'inappropriatezza ed alla riduzione della percentuale dei DH medici di 1 giorno;
- ✓ l'affluenza al pronto soccorso di un notevole numero di utenti che potrebbero soddisfare la loro domanda di salute in strutture territoriali;
- ✓ la necessità di erogare cure di bassa intensità e complessità che dovrebbero essere erogate dalle strutture territoriali;
- ✓ la carenza nel territorio di strutture di riabilitazione e di lungodegenza e l'inadeguatezza dell'assistenza domiciliare integrata, che determinano un anomalo incremento delle giornate di degenza;
- ✓ la diminuzione della spesa per beni e servizi, prevista dalla normativa nazionale, che, tenuto conto delle nuove linee di attività intraprese dall'Azienda nell'ultimo biennio, comporta il rischio di non potere assicurare una adeguata risposta alla domanda di salute della cittadinanza.

Esistono delle relazioni tra i parametri appena descritti ma, anche se potrebbe sembrare netta la relazione che esiste in positivo tra opportunità e punti di forza e in negativo tra minacce e punti di debolezza, la relazione tra i quattro parametri non è né scontata né automatica.

Infatti, occorre promuovere le forze in modo da trasformarle in opportunità e soprattutto gestire le debolezze come aree di intervento con l'obiettivo di impedirne la trasformazione in minacce.

L'Azienda, nel delineare i propri indirizzi strategici, ha prestato particolare attenzione a fissare i traguardi e le opportunità suggeriti dai punti di forza, e con essi congruenti, evitando di perseguire fissare traguardi sovradimensionati per i quali le risorse sono insufficienti a contrastare gli ostacoli.

Il prospetto contenente l'analisi S.W.O.T. viene presentato in allegato.

5 OBIETTIVI STRATEGICI

Secondo quanto riportato dall'art. 5 del Decreto Legislativo n. 150/2009, *gli obiettivi sono programmati su base triennale e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo, sentiti i vertici dell'amministrazione che a loro volta consultano i dirigenti o i responsabili delle unità organizzative.*

Gli obiettivi strategici sono di particolare rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese degli *stakeholder* e sono aggiornati annualmente sulla base delle priorità politiche dell'amministrazione.

Le politiche e le linee strategiche aziendali sono state definite dalla Direzione nel rispetto dei principi insiti nella missione aziendale e sono stati esplicitati nel precedente capitolo 3.

Gli obiettivi strategici sono definiti a partire dalle predette aree strategiche nel rispetto delle caratteristiche metodologiche riportate nell'art. 5 c. 2 del suddetto D.L.vo.

Area Strategica 1: GOVERNO CLINICO

- **Obiettivo strategico 1.1: Esiti**
- **Obiettivo strategico 1.2: Appropriatezza**

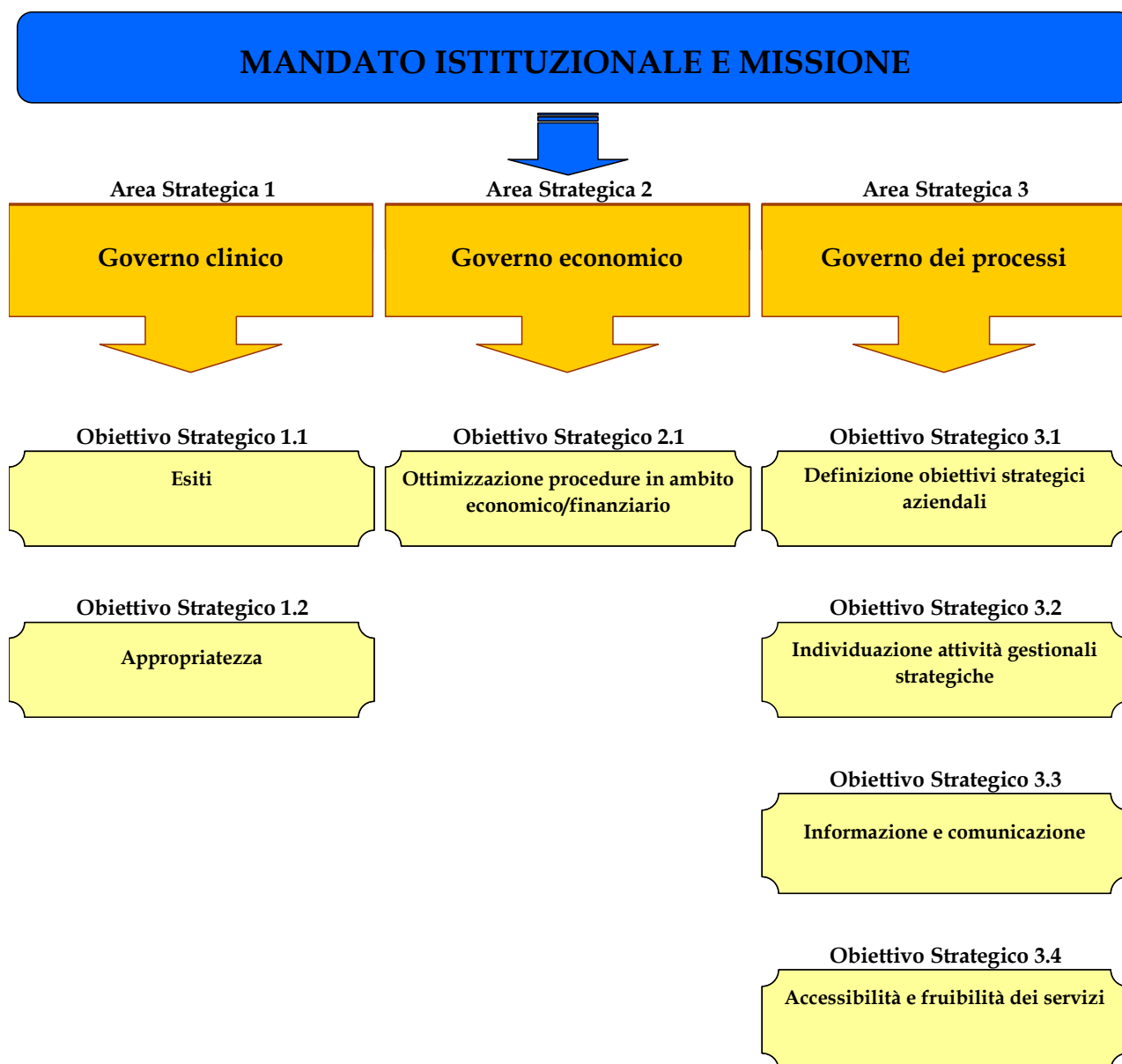
Area Strategica 2: GOVERNO ECONOMICO

- **Obiettivo strategico 2.1: Ottimizzazione procedure in ambito economico/finanziario**

Area Strategica 3: GOVERNO DEI PROCESSI

- **Obiettivo strategico 3.1: Definizione obiettivi strategici aziendali**
- **Obiettivo strategico 3.2: Individuazione attività gestionali strategiche**
- **Obiettivo strategico 3.3: Informazione e comunicazione**
- **Obiettivo strategico 3.4: Accessibilità e fruibilità dei servizi**

Figura 2: Albero della performance: secondo livello – Obiettivi strategici



6 DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

All'interno della logica di albero della *performance*, ogni obiettivo strategico precedentemente individuato è articolato in obiettivi operativi, a ciascuno dei quali si associano uno o più indicatori, ai quali viene attribuito un valore atteso (*target*).

Le scelte effettuate in sede di programmazione ai diversi livelli (nazionale, regionale ed aziendale) e l'esigenza di assicurare il soddisfacimento del bisogno di salute garantendo elevati standard qualitativi, richiedono un modello che tenga presenti tutti i molteplici e complessi aspetti che caratterizzano il sistema, al fine di delineare gli obiettivi di carattere generale e quelli specifici da assegnare a ciascun Centro di Responsabilità.

Alla fine del mese di marzo dell'anno 2016, l'Assessorato della Salute della Regione Siciliana ha assegnato gli obiettivi alle Aziende sanitarie della stessa per gli anni 2016 e 2017, in coerenza con i diversi periodi di vigenza dei contratti in essere dei Direttori generali.

Per tali anni, l'Assessore ha assegnato a tutte le Aziende l'obiettivo di "Riorganizzazione del Pronto soccorso cui si dovrà mettere in correlazione la messa in funzione di CUP unici provinciali avendo conseguentemente un sistema di accettazione unico a livello di presidio ospedaliero e di Azienda Ospedaliera".

La definizione degli obiettivi è effettuata nell'ambito del processo di *budgeting*, inteso come sistema di governo per la gestione, con lo scopo di definire i livelli di responsabilizzazione dei dirigenti e di valutare in maniera oggettiva il conseguimento degli obiettivi assegnati.

Il processo di *budgeting* si articola in fasi successive e integrate: quella della formulazione delle proposte di budget a cura della Direzione Aziendale, quella dell'esame delle stesse da parte dei Responsabili e degli operatori delle singole strutture, quella della definizione negoziata, tra Direzione aziendale e Responsabili, delle proposte definitive, quella dell'approvazione del budget.

E' previsto il costante monitoraggio dell'andamento degli indicatori nel corso dell'esercizio, attraverso il quale, nel caso in cui la Direzione aziendale ravvisi scostamenti significativi dall'obiettivo, in conseguenza di circostanze oggettive e non preventivate che non consentano di potere raggiungere i *target* di riferimento individuati, si potrà modificare il valore dell'indicatore attraverso una rinegoziazione con la struttura interessata.

6.1 OBIETTIVI ASSEGNATI AL PERSONALE DIRIGENZIALE

Nell'ambito ed in coerenza con i principi e le linee di intervento generali sopra enucleati, gli obiettivi operativi, individuati dalla direzione aziendale per la formulazione delle proposte di programma e budget 2017, che saranno assegnati in sede di negoziazione a ciascuna struttura, ricadono negli obiettivi strategici individuati.

Area Strategica 1: GOVERNO CLINICO

➤ Obiettivo strategico 1.1: Esiti

- o **Obiettivo strategico 1.1.1:** Tempestività interventi a seguito frattura femore
- o **Obiettivo strategico 1.1.2:** Riduzione incidenza parti cesarei
- o **Obiettivo strategico 1.1.3:** Tempestività nell'effettuazione di PTCA negli IMA STEMI
- o **Obiettivo strategico 1.1.4:** Colectomia laparoscopica per calcolosi della colecisti nei casi non complicati

➤ Obiettivo strategico 1.2: Appropriatezza

- o **Obiettivo strategico 1.2.1:** Abbattimento del numero di ricoveri ad elevato rischio di in appropriatezza
- o **Obiettivo strategico 1.2.2:** Rispetto dei valori per i tradizionali indicatori di utilizzo

Area Strategica 2: GOVERNO ECONOMICO

➤ Obiettivo strategico 2.1: Ottimizzazione procedure in ambito economico/finanziario

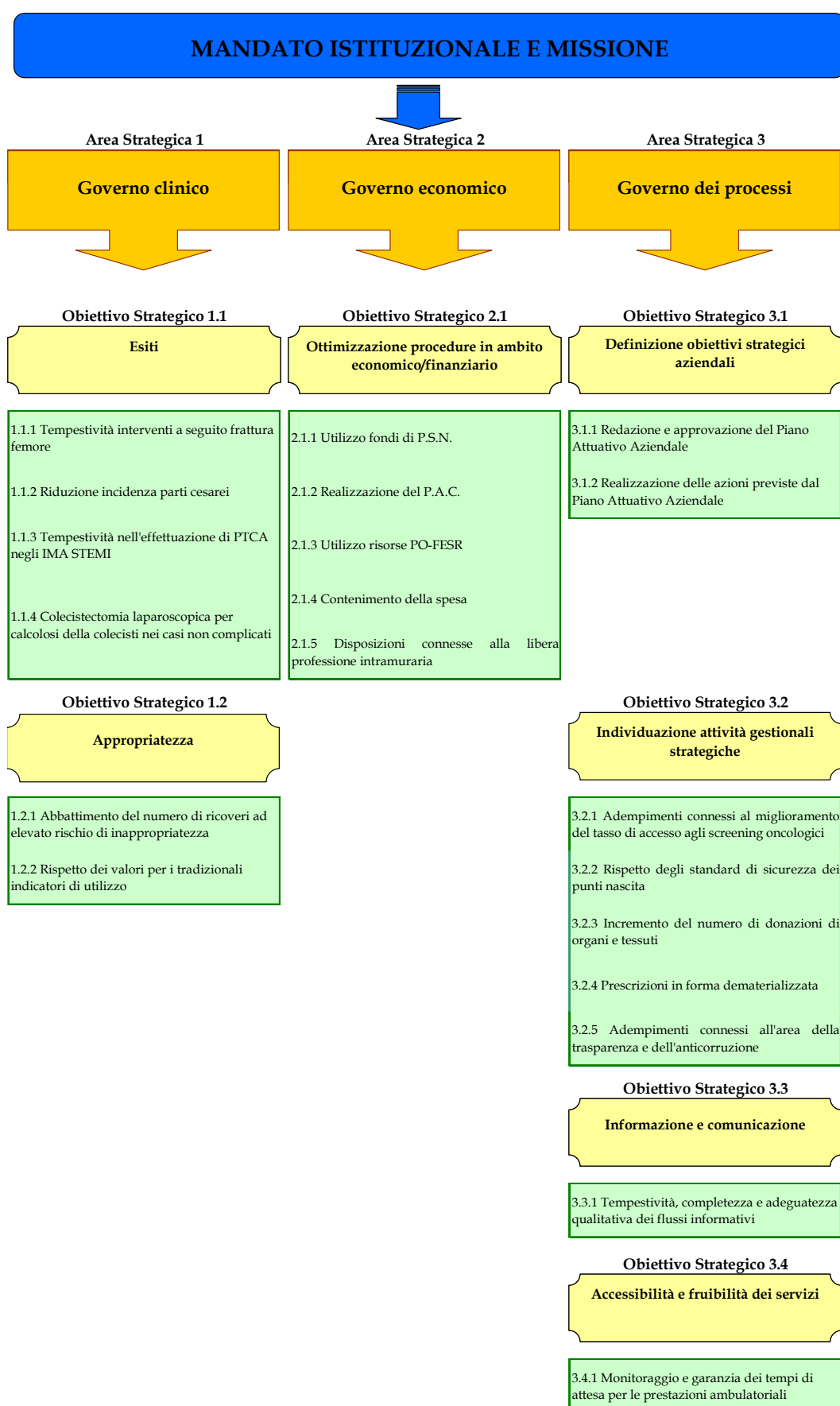
- o **Obiettivo operativo 2.1.1:** Utilizzo fondi di P.S.N.
- o **Obiettivo operativo 2.1.2:** Realizzazione dei P.A.C.
- o **Obiettivo operativo 2.1.3:** Utilizzo risorse PO-FESR
- o **Obiettivo operativo 2.1.4:** Contenimento della spesa
- o **Obiettivo operativo 2.1.5:** Disposizioni connesse alla libera professione intramuraria

Area Strategica 3: GOVERNO DEI PROCESSI

➤ Obiettivo strategico 3.1: Definizione obiettivi strategici aziendali

- o **Obiettivo operativo 3.1.1:** redazione e approvazione del Piano Attuativo Aziendale (PAA)
- o **Obiettivo operativo 3.1.2:** Realizzazione delle azioni previste dal PAA
- **Obiettivo strategico 3.2: Individuazione attività gestionali strategiche**
 - o **Obiettivo operativo 3.2.1:** Adempimenti connessi al miglioramento del tasso di accesso agli screening oncologici
 - o **Obiettivo operativo 3.2.2:** Rispetto degli standard di sicurezza dei Punti Nascita (PN)
 - o **Obiettivo operativo 3.2.3:** Incremento del numero di donazioni di organi e tessuti
 - o **Obiettivo operativo 3.2.4:** Prescrizioni in forma dematerializzata
 - o **Obiettivo operativo 3.2.5:** Adempimenti connessi all'area della trasparenza e dell'anticorruzione
- **Obiettivo strategico 3.3: Informazione e comunicazione**
 - o **Obiettivo operativo 3.3.1:** Tempestività, completezza e adeguatezza qualitativa dei flussi informativi
- **Obiettivo strategico 3.4: Accessibilità e fruibilità dei servizi**
 - o **Obiettivo operativo 3.4.1:** Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali

Nella pagina seguente, a conclusione del percorso di definizione degli obiettivi operativi, viene rappresentato l'albero della *performance* sino al terzo livello. Per ciò che concerne le formule di calcolo e i risultati attesi associati a ciascun obiettivo, si rimanda alle tabelle riportate tra gli allegati tecnici.



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

In questo capitolo viene descritto il processo seguito per la redazione del Piano e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione della *performance*.

7.1 FASI, SOGGETTI E TEMPI DEL PROCESSO DI REDAZIONE DEL PIANO

Il processo di redazione del Piano della Performance si inserisce nell'ambito del più complessivo processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell'Azienda. Di seguito si descrivono i principi generali a cui ci si è attenuti, le fasi in cui esso si articola, i soggetti coinvolti ed i tempi di realizzazione.

PRINCIPI

Nella stesura del Piano ci si attiene ai principi contenuti nella delibera n. 112/2010, della CIVIT ovvero:

1. Trasparenza

La pubblicazione del Piano sul sito aziendale, in apposita sezione denominata “Trasparenza, valutazione e merito”, con le informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali ed all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, costituisce livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 117, 2° comma lettera m) della Costituzione e favorisce forme diffuse di controllo, del rispetto dei principi di buon andamento e di imparzialità.

La garanzia della trasparenza viene assicurata, altresì, attraverso la presentazione del Piano agli *stakeholder*, prevista dall'art. 11, comma 6 del D.Lgs. 150/2009.

2. Immediata intelligibilità

Il Piano è articolato in maniera tale da essere facilmente comprensibile dai soggetti esterni, strutturato in maniera tale da contenere solo negli Allegati gli approfondimenti tecnici a corredo del documento stesso. La struttura del Piano consente, a tutti gli *stakeholder*, di poter conoscere la

struttura dell'Azienda e approfondire, secondo il personale livello di interesse, le dinamiche di sviluppo, di pianificazione e programmazione dell'Azienda.

3. Veridicità e verificabilità

Il Piano è strutturato in maniera tale che siano facilmente individuabili i riferimenti normativi che costituiscono la base per la costruzione dello stesso e degli Obiettivi strategici, poi tradotti in Obiettivi operativi con i relativi *target* di riferimento. Sono, inoltre, chiaramente indicate le fasi seguite per l'attribuzione degli obiettivi ed i soggetti coinvolti nel processo stesso. E', altresì, prevista e chiaramente indicata, la possibilità di revisioni annuali degli obiettivi assegnati.

4. Partecipazione

La stesura del Piano prevede che, a valle del processo di individuazione degli Obiettivi da parte della Direzione Aziendale, sulla base della normativa vigente e delle esigenze del territorio eventualmente manifestate dagli *stakeholder* esterni, vi sia una partecipazione sinergica di tutti gli attori coinvolti in un processo di natura contrattuale e condivisa. I destinatari degli Obiettivi sono, infatti, tenuti a coinvolgere il personale che li collabora al fine di condividere gli Obiettivi proposti dalla Direzione aziendale ed eventualmente modificarli in sede di contrattazione finale.

5. Coerenza interna ed esterna

Il Piano è stato redatto analizzando il contesto esterno nell'ambito del quale l'Azienda si trova ad operare ed individuando eventuali opportunità o minacce che derivano dallo stesso e che possono, rispettivamente, costituire elementi utili a migliorare la *performance* dell'Azienda o rispetto ai quali porre opportuni rimedi. Il Piano, inoltre, ha dovuto tener conto della realtà interna dell'Azienda stessa, dei punti di forza e di debolezza in essa presenti, al fine di rendere coerenti le strategie e gli obiettivi con le risorse, in termini di disponibilità finanziarie ma anche di strutture, attrezzature, personale, competenze.

6. Orizzonte pluriennale

L'arco temporale di riferimento del Piano è il triennio, con l'individuazione degli obiettivi annuali, secondo una logica di scorrimento.

7. Gradualità nell'adeguamento ai principi e miglioramento continuo

L'adeguamento agli indirizzi ed al modello di riferimento proposto nella delibera 112/2010 della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità della amministrazioni pubbliche sottende ad una logica di gradualità. Il costante monitoraggio ed i sistemi di feedback sono orientati a correggere le inefficienze nell'ottica di un miglioramento continuo.

FASI

Il Piano è redatto sulla base delle riforme dell'assetto organizzativo e di governo del sistema sanitario regionale, definite dalla Legge Regionale 5/2009, e degli obiettivi contenuti nel Piano Sanitario Regionale - Piano della Salute -, che, sulla base di alcuni principi di fondo quali l'universalità, il rispetto della libertà di scelta, l'equità di accesso alle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione per tutti i cittadini comprese le fasce più vulnerabili, senza prescindere dall'appropriatezza, intesa sia in senso strettamente clinico, che nella accezione di "erogazione della prestazione più efficace al minor consumo di risorse", pone il cittadino al centro del sistema assistenziale, offrendo risposte appropriate e diversificate in relazione agli specifici bisogni di salute e tenendo conto anche delle esigenze che attengono alla sfera della persona.

L'attuazione del Piano della Salute trova espressione nella realizzazione degli obiettivi assegnati in sede contrattuale alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie, che costituiscono, pertanto, elemento condizionante la valutazione della loro operatività anche ai fini della permanenza nell'incarico.

Sulla base degli obiettivi assegnati annualmente dall'Assessorato Regionale della Salute alla Direzione Generale viene, pertanto, definito il presente Piano, a conclusione di un processo che, a regime, viene articolato nel modo seguente.

1. Definizione dell'identità dell'organizzazione

L'identità dell'organizzazione è definita inizialmente ed eventualmente aggiornata nel corso dei tre anni di validità del Piano qualora si presentassero variazioni sostanziali nella struttura dell'organizzazione stessa.

2. Analisi del contesto esterno ed interno

Le analisi del contesto interno ed esterno in cui opera l'Azienda sono effettuate in una fase preventiva di definizione del Piano, in modo da poter definire gli ambiti generali e specifici in cui l'Azienda opera, dal punto di vista normativo ed organizzativo.

3. Definizione degli obiettivi strategici e delle strategie

L'analisi del contesto in cui opera l'Azienda, permette la definizione delle strategie che l'Azienda intende adottare per il triennio di validità del Piano.

4. Definizione degli obiettivi e dei piani operativi

L'assegnazione da parte dell'Assessorato regionale della Salute degli Obiettivi alla Direzione Generale costituisce presupposto fondamentale per la definizione degli obiettivi operativi da trasferire alle Strutture dell'Azienda.

In questa fase è competenza del Controllo di gestione provvedere alla produzione di tutta la documentazione accessoria alla fase di concertazione degli obiettivi tra Strutture e Direzione generale, necessaria al fine di poter descrivere le attività, i costi e i ricavi delle singole strutture.

5. Comunicazione del Piano all'interno ed all'esterno

Ultimata la redazione del Piano, entro il 31 gennaio di ogni anno, si procede alla fase di pubblicizzazione dello stesso con la pubblicazione sul sito internet dell'azienda.

SOGGETTI

Le diverse fasi in cui si articola la predisposizione del Piano comportano l'intervento di soggetti diversi che devono necessariamente interagire fra loro in un'ottica di coerenza ed omogeneità dello stesso.

In particolare, le fasi 1 e 3 precedentemente descritte sono di competenza degli Uffici dello Staff della Direzione Generale.

La fase 2 è di competenza della Direzione Sanitaria.

La fase 4 è di competenza dell'Ufficio Controllo di gestione e della Direzione Sanitaria in accordo con la Direzione Generale.

La fase 5 è di competenza del Centro Elaborazione Dati per ciò che concerne la pubblicazione sul sito internet del Piano.

TEMPI

L'articolo 10 del decreto prevede la seguente tempistica:

- entro il 31 gennaio: redazione del Piano della *performance*;
- entro il 30 giugno: redazione della Relazione sulla *performance*, che evidenzia a consuntivo i risultati organizzativi ed individuali raggiunti.

I tempi previsti l'anno 2017 sono articolati nel seguente prospetto di sintesi che riepiloga le singole fasi, i soggetti coinvolti ed i tempi, espressi con riferimento al mese, di attuazione.

Tabella 11: Fasi, soggetti e tempi – anno 2017

ANNO 2017		TEMPI (MESI)											
FASI	SOGGETTI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definizione dell'identità	Staff Direzione Generale												
Analisi del contesto esterno ed interno	Direzione Sanitaria												
Assegnazione obiettivi a Direzione Generale	Regione	Già assegnati ad aprile 2016											
Definizione degli obiettivi strategici	Staff Direzione Generale												
Definizione degli obiettivi operativi	Controllo Gestione												
	Direzione Sanitaria												
Collegamento obiettivi-risorse	Economico Finanziario												
Assegnazione obiettivi alle strutture	Direzione Generale												
Comunicazione del Piano	Direzione Generale												
	CED												
Monitoraggio e correttivi	Controllo Gestione												
	Direzione Sanitaria												
	Direzione Generale												
Misurazione performance (anno prec)	Controllo Gestione												
	STP												
Valutazione performance (anno prec)	Organo di valutazione												
Valorizzazione del merito (anno prec)	Settore Personale												
	Direzione Generale												
Rendicontazione dei risultati (anno prec)	CED												

7.2 COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA E DI BILANCIO

Allo stato attuale non esiste un collegamento diretto tra la dimensione di *performance* e la dimensione finanziaria, atteso che il sistema di bilancio su cui si basa l'azienda è di tipo economico-patrimoniale con l'integrazione del sistema di contabilità analitica per centri di costo, sistema che non prevede l'assegnazione diretta di risorse dedicate ad ogni singolo obiettivo dell'albero della *performance*.

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

La coerenza tra la pianificazione della *performance* e il processo di programmazione economico-finanziaria viene realizzata con le seguenti tappe:

- ad inizio esercizio, la redazione del conto economico preventivo contiene la traduzione in termini quantitativi delle linee di azione connesse agli obiettivi specifici ed agli obiettivi operativi;
- contestualmente vengono elaborati i budget economico – finanziari, contenenti i tetti di spesa per centro di responsabilità;
- il bilancio preventivo viene inserito nel NSIS e costituisce la base per la negoziazione delle risorse con la Regione;
- la successiva negoziazione delle risorse con la Regione può determinare il riallineamento dai valori e la rimodulazione dei programmi eventualmente non compatibili con le risorse negoziate;
- segue la verifica di compatibilità delle azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati nel Piano: le linee di intervento fissate nel Piano vengono effettivamente attivate solo se è garantita la effettiva congruità con le risorse disponibili;
- il sistema dei controlli garantisce la coerenza delle azioni intraprese con le risorse: dal costante monitoraggio scaturiscono le eventuali azioni di riequilibrio.

7.3 AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE

Il presente Piano ha lo scopo principale di assicurare elevati standard qualitativi ed economici tramite la valorizzazione dei risultati e della *performance* organizzativa ed individuale.

Le linee di azioni in esso contenute mirano ad assicurare una migliore organizzazione del lavoro, elevati standard qualitativi ed economici delle funzioni e dei servizi, ad incentivare la qualità della prestazione lavorativa, ad incrementare l'efficienza del lavoro ed a contrastare la scarsa produttività nell'ottica della trasparenza dell'operato ed a garanzia della legalità.

La valutazione della *performance*, oltre che interessare l'amministrazione nel suo complesso e le unità organizzative in cui la stessa si articola, costituisce titolo, in relazione ai singoli dipendenti, per l'erogazione di premi legati al merito.

La bontà degli esiti delle strategie e degli obiettivi fissati nel Piano è fortemente dipendente dal livello di affidabilità del sistema di misurazione delle informazioni, nelle varie dimensioni di cui esso si compone, vale a dire accuratezza, rilevanza, completezza, affidabilità, tempestività, validità e verificabilità.

Le azioni volte al miglioramento del ciclo di gestione della *performance* sono principalmente dirette al miglioramento del livello di affidabilità complessiva del sistema di misurazione delle informazioni.

Le criticità e le linee correttive, in relazione alle singole fasi in cui si articola il ciclo di gestione della *performance*, sono di seguito riportate:

1. Definizione e assegnazione degli obiettivi, degli indicatori e dei valori attesi.

La tempistica di definizione e di successiva assegnazione degli obiettivi alle strutture dell'Azienda è strettamente legata al processo di assegnazione degli Obiettivi annuali da parte dell'Assessorato Regionale della Salute. Eventuali criticità connesse a tale vincolo esterno possono condizionare, pertanto, il rispetto dei tempi previsti.

2. Collegamento tra obiettivi e allocazione delle risorse

Questa fase è necessaria al fine di rendere effettivamente attuabili gli obiettivi individuati che, altrimenti, potrebbero risultare non realizzabili perché da applicare in un contesto che non può supportarli.

Per quanto esposto nel superiore paragrafo 7.2, il processo di programmazione economico – finanziaria e di bilancio segue un percorso articolato e coerente con la pianificazione degli obiettivi,

che non ha, finora, comportato inefficienze. Il sistema è in grado di fronteggiare eventuali criticità.

3. Monitoraggio e attivazione di eventuali correttivi

L'accuratezza e la tempestiva disponibilità dei dati necessari al calcolo degli indicatori sono condizioni necessarie alla realizzazione del monitoraggio degli stessi nel corso dell'esercizio di riferimento e quindi alla possibilità di applicare eventuali correttivi.

Per il superamento delle criticità connesse è prevista l'adozione di direttive specifiche che prevedano un percorso comportamentale adeguato.

4. Misurazione e valutazione della performance

Il relativo ambito è sia organizzativo, sia individuale. Le criticità possono riguardare la sfera dell'affidabilità, nel senso della uniformità spazio-temporale, della validità, intesa come efficacia nel produrre il risultato desiderato, e della verificabilità, riferita ad un continuo monitoraggio periodico. Anche in questo caso, è prevista l'adozione di linee comportamentali adeguate cui tutti gli attori devono attenersi.

5. Valorizzazione del merito

In relazione al corretto utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito, si evidenziano criticità nelle aree della rilevanza, intesa come significatività e rappresentatività, e della completezza, con riferimento sia all'intero periodo, sia alle singole strutture.

Come nei casi precedenti, opportune linee guida possono consentire il superamento.

6. Rendicontazione dei risultati

La rendicontazione dei risultati ai vertici dell'amministrazione è a cura dell'Ufficio Controllo di Gestione e del Settore Risorse Umane, sviluppo organizzativo e relazioni sindacali, per quanto di propria competenza.

La rendicontazione dei risultati ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti ed ai destinatari dei servizi, prevista dall'art. 4 del decreto, è di competenza del Direttore Generale.

8 ALLEGATI TECNICI

Costituiscono parte integrante del Piano i seguenti allegati tecnici:

- 1 Scheda di analisi S.W.O.T.
- 2 Schede di analisi quali-quantitativa delle risorse umane
- 3 Schede di rilevazione obiettivi/indicatori
 - 3.1 Area strategica 1: Governo clinico
 - 3.2 Area strategica 2: Governo economico
 - 3.3 Area strategica 3: Governo dei processi