

AZIENDA OSPEDALIERA PER L'EMERGENZA CANNIZZARO



PIANO DELLA PERFORMANCE ANNI 2015-2017

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

ADOTTATO CON DELIBERAZIONE N. 414/CS DEL 30/01/2015

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.....	7
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.	23
5	Obiettivi strategici	26
6	Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	28
6.1	Obiettivi assegnati al personale dirigenziale	29
7	Il processo e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance.....	33
7.1	Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano.....	33
7.2	Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.....	38
7.3	Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance	39
8	Allegati tecnici.....	41

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*.

Il piano è reso conoscibile e scaricabile on-line sul sito dell'azienda: www.ospedale-cannizzaro.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 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 2.659.627 abitanti (fonte ISTAT, Popolazione residente al 1/1/2014), 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 31/12/2014 è pari a 1.324 unità a tempo indeterminato e di 101 unità a tempo determinato, oltre a 29 unità di personale universitario.

I dati economici provvisori al quarto trimestre 2014 riportano un valore della produzione, comprensivo delle risorse di parte corrente e degli altri ricavi della gestione caratteristica, di 188.903 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 179.313.

La differenza tra valore e costi della produzione è stata pertanto pari ad €/migliaia 9.590.

Il risultato prima delle imposte si è assestato al valore di 5.966 migliaia di euro, pervenendo, al netto delle imposte e tasse, pari ad €/migliaia 5.929, ad un risultato positivo di periodo di 37 migliaia di euro.

L'attività sanitaria erogata nell'anno 2014 è stata caratterizzata da un incremento della complessità, attestata dall'incremento del peso medio dell'1,98% rispetto all'anno precedente, passando da un valore di 1,1978 nel 2013 ad un valore di 1,2215 nel 2014.

La maggiore complessità dei casi trattati, a fronte di una contrazione del numero dei ricoveri ordinari e diurni, pari al 10,7%, ha determinato un incremento del 6,9% del fatturato medio per episodio di ricovero.

In buona sostanza l'Azienda ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro nel corso del 2014 ha incrementato le proprie iniziative a sostegno dell'appropriatezza, 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 l'incremento di oltre il 46% del numero di prestazioni erogate in regime di Day Service nell'anno 2014 rispetto all'anno 2013.

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 quattro aree strategiche, come di seguito distinte.

Area Strategica 1: PIANO ATTUATIVO AZIENDALE

Prevede la redazione del documento di sintesi del Piano Attuativo Aziendale per l'anno 2014 e l'anno 2015 in linea con le indicazioni relative alle priorità evidenziate dal Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo (POCS) e dai LEA integrate dalle azioni non concluse nel 2013.

Area Strategica 2: GOVERNO CLINICO

Prevede l'adozione di misure volte al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

Area Strategica 3: ESITI

Prevede l'adozione di misure volte ad ottenere appropriatezza e tempestività degli interventi con riferimento all'intervento chirurgico in seguito a frattura del collo del femore per pazienti over 65, all'incidenza dei parti cesarei primari, alla PTCA, ove necessita, in caso di infarto miocardico acuto e alla colecistectomia laparoscopica.

Area Strategica 4: PROGETTI DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO ED

ATTIVITA' GESTIONALI

Prevede varie attività che richiedono una volontà di cambiamento organizzativo e gestionale specifico.

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*



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

Nel corso degli ultimi anni il sistema sanitario regionale ha subito profonde ed importanti modifiche culminate con l'emanazione della legge regionale 5 del 14 aprile 2009, contenente "Norme per il riordino del Servizio Sanitario regionale". Tale legge 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.

4.2 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

La base di riferimento nella descrizione della struttura dell'Azienda è costituita dal nuovo Atto Aziendale, adottato con deliberazione n. 2813 del 29 dicembre 2010 secondo la struttura approvata dalla Regione con Decreto Assessoriale n. 2301 del 22 settembre 2010. Nel corso dell'anno 2013, con deliberazione n. 2001/CS del 13 agosto, è intervenuta una modifica dello stesso, approvata con Decreto assessoriale n. 2161 del 18 novembre 2013 secondo la quale è istituita una nuova Unità Operativa Complessa ovvero il SUES 118.

4.2.1 L'ORGANIZZAZIONE

L'Atto Aziendale prevede il Dipartimento quale modello organizzativo ordinario, così come previsto dal D.Lgs. 229/99. Sono previsti 8 dipartimenti (7 sanitari e 1 amministrativo) all'interno dei quali operano 45 strutture complesse (40 sanitarie e 5 amministrative), 19 strutture semplici sanitarie, 8 strutture semplici sanitarie a valenza dipartimentale e 22 alte specialità sanitarie.

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 e Accettazione

STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI
MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E URGENZA (MCAU)	P.s. E Osservazione Breve Intensiva
	Accettazione e I Soccorso Chirurgico
CENTRO USTIONI	
CHIRURGIA GENERALE (EX URGENZA)	Diagnostica ecografica in urgenza
	Diagnostica endoscopica in urgenza
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	Odontoiatria
CHIRURGIA PLASTICA	Chirurgia plastica ad indirizzo oncologico
ANESTESIA E RIANIMAZIONE I CON UTIR	
ANESTESIA II CON TIPO	
SUES 118	

Tabella 2: Dipartimento dei Servizi sanitari

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

Tabella 3: Dipartimento delle Tecnologie avanzate

STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	Radiologia interventistica
	Diagnostica per immagini in emergenza
	Fisica sanitaria
MEDICINA NUCLEARE E P.E.T.	
RADIOTERAPIA	
MEDICINA RIABILITATIVA E DIAGNOSTICA STRUMENTALE	

Tabella 4: Dipartimento Medico

STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI
MEDICINA GENERALE	Oncologia medica
MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA	
CARDIOLOGIA	
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	
AUDIOLOGIA E FONIATRIA	
SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA	
MALATTIE INFETTIVE	Diagnosi e cura dell'AIDS e delle epatopatie infettive croniche
NEFROLOGIA	

Tabella 5: Dipartimento Chirurgico

STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI
CHIRURGIA GENERALE	
OFTALMOLOGIA	
OTORINOLARINGOIATRIA	
CHIRURGIA VASCOLARE	Chirurgia endovascolare aortica e mininvasiva
CHIRURGIA TORACICA	
UROLOGIA	Neurourologia

Tabella 6: Dipartimento Materno infantile

STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI
GINECOLOGIA E OSTETRICIA CON P.S.	Patologia ostetrica e gravidanza a rischio
	Accettazione e primo soccorso ostetrico e ginecologico
PEDIATRIA CON P.S.	Accettazione e primo soccorso pediatrico
NEONATOLOGIA CON UTIN	
SERVIZIO MULTIDISCIPLINARE DI SENOLOGIA	

Tabella 7: Dipartimento Neuroscienze

STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI
NEUROLOGIA	
NEURORADIOLOGIA	Interventistica spinale mininvasiva
NEUROCHIRURGIA E GAMMA KNIFE	Neurochirurgia vascolare
	Neurotraumatologia
UNITA' SPINALE	

Tabella 8: Dipartimento Amministrativo

STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI
GESTIONE RISORSE UMANE, SVILUPPO ORGANIZZATIVO E RELAZIONI SINDACALI	
ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE	
PROVVEDITORATO	
TECNICO	
FACILITY MANAGEMENT	

Nell'ambito del dipartimento dell'Emergenza, del dipartimento Medico e di quello Chirurgico, sono previste, altresì, 8 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
	Trattamenti Ambulatoriali in Traumatologia
MEDICO	Servizio di Cardiologia con Diagnostica strumentale non invasiva
	Elettrofisiologia e Cardiostimolazione
	Cardiologia Interventistica ed Emodinamica
CHIRURGICO	Tecniche Endoscopiche e Videochirurgia Toracica
	Chirurgia cervico facciale ad indirizzo oncologico

E' previsto, inoltre, uno Staff della Direzione Generale, articolato nei seguenti uffici:

- Controllo di Gestione
- Segreteria della Direzione e Affari Generali
- Comunicazione istituzionale e interna
- Sistema Informativo locale
- Servizio Psicologia
- Qualità Aziendale e rischio clinico

4.2.2 LE RISORSE STRUMENTALI ED ECONOMICHE

Il valore delle immobilizzazioni materiali in bilancio, escluso i fabbricati, è di 64.237 migliaia di euro, al lordo degli ammortamenti, e di 17.112 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	2.850
➤ Attrezzature sanitarie e scientifiche	12.810
➤ Mobili e arredi	1.126
➤ Automezzi	0
➤ Altri beni	326

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

N.1 Sistema CT/PET integrato

N.1 PET 4D

N.2 Gamma camera computerizzate

N.4 TAC

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

N.3 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 2013 è stata di 2,3 milioni di euro.

Il valore lordo dei fabbricati, comprensivo degli incrementi per manutenzioni straordinarie, è di 70.709 migliaia di euro, con un valore, al netto degli ammortamenti di 49.410 migliaia di euro.

Figurano in bilancio, infine, immobilizzazioni in corso per 5.206 migliaia di euro.

4.2.3 LE RISORSE UMANE

Con nota prot./Servizio 1/ n. 84514 del 21/11/2012 l'Assessorato Regionale della Salute ha posto il divieto per le aziende sanitarie di procedere alla copertura di posti vacanti fino alla definizione del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera.

Il suddetto divieto è stato esteso, con nota prot./Servizio 1/ n. 86857 del 30/11/2012, anche allo svolgimento delle operazioni concorsuali, che pertanto sono state temporaneamente sospese, fino all'emanazione di nuove disposizioni assessoriali.

Il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera non è stato ancora perfezionato e pertanto, permanendo il suddetto divieto, anche nel corso dell'anno 2014 non è stato possibile procedere al reclutamento di personale a tempo indeterminato.

Conseguentemente, al fine di fronteggiare le carenze di organico manifestate dai Responsabili delle unità operative e garantire il mantenimento dei livelli assistenziali, sono state avviate e portate a compimento diverse selezioni per il reclutamento di personale a tempo determinato, per la copertura di posti resisi vacanti o per la sostituzione di personale assente, di profili professionali dirigenziali e del comparto del ruolo sanitario.

In applicazione di espressa autorizzazione in deroga da parte dell'Assessorato Regionale della Salute, di cui alla nota prot. n. 18387 del 07/07/2014, è stata effettuata solamente la nomina a

tempo indeterminato di n. 26 unità di collaboratore professionale sanitario – infermiere, candidati al relativo concorso pubblico indetto per il bacino della Sicilia Orientale ed aventi diritto a riserva del posto ai sensi dell'art. 1014, comma 3, del D. Lgs. 66/2010.

Sono state inoltre espletate le procedure per il conferimento di alcuni incarichi di sostituzione di direzione di struttura complessa, ai sensi dell'art. 18, comma 4, del CCNL per l'area della dirigenza medica dell'8/06/2000, nelle more della copertura a tempo indeterminato dei relativi posti vacanti, atteso che, con nota assessoriale prot. n. 80813 del 06/11/2012, è stata sospesa l'attribuzione degli incarichi di struttura complessa e semplice, fino all'emanazione di nuove direttive da parte del nuovo Governo regionale.

E' stata, infine, espletata una procedura per il conferimento di un incarico libero professionale di collaborazione esterna, di dirigente medico di ginecologia e ostetricia per l'ottemperamento delle disposizioni contenute nella legge n. 194/78 per l'effettuazione degli interventi di interruzione volontaria di gravidanza, la cui necessità è derivata dall'inesistenza, in ambito aziendale, di figure professionali idonee allo svolgimento delle relative funzioni, atteso che tutti i medici di reparto sono obiettori di coscienza, e dall'esigenza di garantire all'utenza la continuità del servizio fino ad oggi espletato, in adempimento di precise disposizioni di legge.

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 2013, si è chiuso con un utile di esercizio di € 113.415, in linea con il risultato negoziato per il 2013, 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 un miglioramento dell'indice di solvibilità, determinato dal rapporto tra attivo a breve e passivo a breve termine, che passa dal valore del 101%, per l'esercizio 2012, al valore del 110% per l'esercizio 2013.

Anche l'indice di liquidità, determinato dal rapporto tra attivo a breve senza rimanenze finali e passivo a breve termine, è sensibilmente migliorato e passa dal 93% al 102%.

Tabella 10: Indici finanziari

INDICI FINANZIARI	
Indice di solvibilità	1,0968
Formula	
Attivo a breve termine	104.318.901
Passivo a breve termine	95.113.504
Liquidità	0
Crediti a breve	96.955.823
Rimanenze	7.363.078
Attivo a breve termine	104.318.901
Indice di liquidità	1,0194
Formula	
Attivo a breve termine senza RF	96.955.823
Passivo a breve termine	95.113.504
Liquidità	0
Crediti a breve	96.955.823
Attivo a breve termine	96.955.823

Il R.O.I. (return on investment) misura la redditività operativa dell'Azienda in rapporto ai mezzi finanziari impiegati e consente di misurare il ritorno finanziario delle attività effettuate.

La misura ottimale dell'indice dipende dal livello corrente dei tassi di interesse: il valore

dell'indice R.O.I. del 2013, pari al 5,1%, può pertanto essere considerato soddisfacente ove si consideri che è in linea con il costo medio del denaro in prestito (anticipazione di tesoreria).

Anche il R.O.S. (return on sales), che rappresenta il margine prodotto in percentuale sul valore della produzione, raggiunge valori più che soddisfacenti. Il valore del 2013, pari al 4,8%, indica la misura di risorse disponibili per coprire gli oneri della gestione extra-caratteristica (gestione finanziaria, gestione straordinaria e oneri fiscali).

Correlato al R.O.S. è l'indicatore che misura l'incidenza della gestione extra-caratteristica, dato dal rapporto tra utile di esercizio e risultato operativo, che esprime in rapporto inverso il peso che la gestione extra-caratteristica ha sull'utile di esercizio (più è basso il valore percentuale e più è elevato il peso della gestione extracaratteristica).

Il valore dell'indice viene influenzato dalla presenza dell'IRAP tra le voci della gestione extracaratteristica, il che è del tutto anomalo nel caso di un'azienda sanitaria pubblica ove l'IRAP, calcolata con il metodo retributivo, è in stretta dipendenza dai costi del personale, facenti parte della gestione caratteristica.

Tabella 11: Indici economici

INDICI ECONOMICI	
Indicatori di redditività	
ROI (return on investment)	5,12%
formula	
Utile operativo	9.094.711
Capitale impiegato	177.475.882
<i>Impieghi</i>	
Liquidità immediate	0
Liquidità differite nette	97.471.824
Disponibilità	7.363.078
Capitale di esercizio (Attività Correnti)	104.834.902
Immobilizzazioni tecniche nette	72.462.418
Immobilizzazioni finanziarie nette	178.563
Totale Impieghi	177.475.883
<i>Fonti</i>	
Passività correnti	95.151.395
Passività consolidate	17.394.222
Capitale netto	64.930.265
Totale Fonti	177.475.882
ROS (return on sales)	4,82%
formula	
Utile operativo	9.094.711
Valore della produzione	188.699.088
Incidenza della gestione extracaratteristica	
	1,25%
formula	
Utile di esercizio	113.415
Risultato operativo	9.094.711

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:

- ✓ i problemi logistici per le unità operative non ubicate nei due monoblocchi principali;
- ✓ l'inesistenza di aree progettate specificatamente per gli ambulatori;
- ✓ la necessità di ammodernamento dei locali di alcune unità operative;
- ✓ l'obsolescenza di parte delle immobilizzazioni materiali;
- ✓ la carenza di personale, con particolare riferimento a quello infermieristico, notevolmente inferiore agli standard regionali riferiti ai Posti Letto;
- ✓ mancata piena attuazione del modello dipartimentale.

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, attraverso la realizzazione di una apposita struttura di circa 80-100 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;
- implementazione e piena attuazione del modello organizzativo dipartimentale in un'ottica di realizzazione delle politiche di governo clinico per meglio rispondere alle esigenze correlate alla complessità dei processi sanitari, alle innovazioni ed al governo delle tecnologie, alla gestione dell'ampio spettro di professionalità e competenze, allo sviluppo di efficacia ed efficienza dei servizi offerti.

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;
- ✓ 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: PIANO ATTUATIVO AZIENDALE

- **Obiettivo strategico 1.1: definizione obiettivi strategici aziendali**

Area Strategica 2: GOVERNO CLINICO

- **Obiettivo strategico 2.1: accessibilità e fruibilità dei servizi**
- **Obiettivo strategico 2.2: appropriatezza**
- **Obiettivo strategico 2.3: informazione e comunicazione**

Area Strategica 3: ESITI

- **Obiettivo strategico 3.1: appropriatezza dei percorsi assistenziali - esiti**

Area Strategica 4: ATTIVITA' GESTIONALI

- **Obiettivo strategico 4.1: individuazione attività gestionali strategiche**

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.

Nel mese di luglio dell'anno 2014, l'Assessorato della Salute della Regione Siciliana ha assegnato gli obiettivi alle Aziende sanitarie della stessa con un orizzonte temporale che si protrae sino al 31/12/2015. Pertanto il presente Piano viene redatto con riferimento a tali obiettivi.

L'Assessorato ha anche assegnato degli obiettivi specifici alle diverse Aziende e quello assegnato all'AOE Cannizzaro è la "Reingenerizzazione della struttura organizzativa aziendale in funzione dell'emergenza". In merito a ciò, l'Azienda ha prodotto, nel settembre del 2014, un piano nel quale sono individuati gli ambiti di intervento e le misure per il governo clinico ed un corrispondente crono programma che individua in diversi periodi dell'anno 2015 la scadenza per l'attuazione del piano stesso.

I riferimenti per la individuazione degli obiettivi per l'anno 2015 sono integrati con le disposizioni normative rappresentate da:

- Piano Sanitario Regionale "Piano della Salute" 2011-2013.
- Decreto Assessorato Regionale della Salute 26 settembre 2011 "Linee di indirizzo regionali in materia di verifica e di valutazione del personale dipendente del S.S.R."
- Decreto Assessorato Regionale della Salute 30 giugno 2011 "Piano regionale per il governo dei tempi di attesa per il triennio 2011-2013".
- Legge 7 agosto 2012 n. 135 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione".
- Legge 6 novembre 2012 n. 190 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini".

- Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”.
- Decreto Assessorato Regionale della Salute 31 dicembre 2013 “Modifiche ed integrazioni al decreto assessoriale 17 maggio 2013, concernente criteri di abbattimento dei DRG a rischio di inappropriately e definizione delle relative tariffe per l'erogazione in day service”.
- Obiettivi 2014-2015 delle Aziende Sanitarie Siciliane – Luglio 2014.

La definizione degli obiettivi viene 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.

I direttori dei dipartimenti strutturali negoziano con la direzione aziendale risorse ed obiettivi. A loro volta essi negoziano tali obiettivi con le strutture complesse che ne fanno parte.

Per i dipartimenti funzionali la negoziazione delle risorse e degli obiettivi avviene con riferimento ai Centri di Responsabilità individuati in Strutture Organizzative.

Il processo di budgeting si articola a sua volta 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 2015, che saranno assegnati in sede di negoziazione a ciascuna struttura, ricadono negli obiettivi strategici individuati.

Area Strategica 1: PIANO ATTUATIVO AZIENDALE

Prevede la redazione del documento di sintesi del Piano Attuativo Aziendale per l'anno 2015 in linea con le indicazioni relative alle priorità evidenziate dal Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo (POCS) e dai LEA.

➤ **Obiettivo strategico 1.1: definizione obiettivi strategici aziendali**

- o **Obiettivo operativo 1.1.1:** Redazione e approvazione del Piano Attuativo Aziendale (PAA)
- o **Obiettivo operativo 1.1.2:** Realizzazione delle azioni previste dal PAA

Area Strategica 2: GOVERNO CLINICO

Prevede l'adozione di misure volte al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

➤ **Obiettivo strategico 2.1: accessibilità e fruibilità dei servizi**

- o **Obiettivo operativo 2.1.1:** Riduzione dei tempi di attesa critici per l'espletamento delle prestazioni e la consegna dei referti alle U.O. dell'Azienda

➤ **Obiettivo strategico 2.2: appropriatezza**

- o **Obiettivo strategico 2.2.1:** Abbattimento del numero di ricoveri ad elevato rischio di in appropriatezza
- o **Obiettivo strategico 2.2.2:** Contenimento del numero di ricoveri di un giorno erogati in regime ordinario
- o **Obiettivo strategico 2.2.3:** Rispetto dei valori per i tradizionali indicatori di utilizzo

➤ **Obiettivo strategico 2.3: informazione e comunicazione**

- o **Obiettivo operativo 2.3.1:** Tempestività, completezza e adeguatezza qualitativa dei flussi informativi
- o **Obiettivo operativo 2.3.2:** Valutazione e monitoraggio del sistema di ristorazione ospedaliera

Area Strategica 3: ESITI

Prevede l'adozione di misure volte ad ottenere appropriatezza e tempestività degli interventi con riferimento all'intervento chirurgico in seguito a frattura del collo del femore per pazienti over 65, all'incidenza dei parti cesarei primari, alla PTCA, ove necessita, in caso di infarto miocardico

acuto e alla colecistectomia laparoscopica.

➤ **Obiettivo strategico 3.1: appropriatezza dei percorsi assistenziali - esiti**

- o **Obiettivo strategico 3.1.1:** Tempestività interventi a seguito frattura femore
- o **Obiettivo strategico 3.1.2:** Riduzione incidenza parti cesarei
- o **Obiettivo strategico 3.1.3:** Tempestività nell'effettuazione di PTCA negli IMA STEMI
- o **Obiettivo strategico 3.1.4:** Colecistectomia laparoscopica per calcolosi della colecisti nei casi non complicati

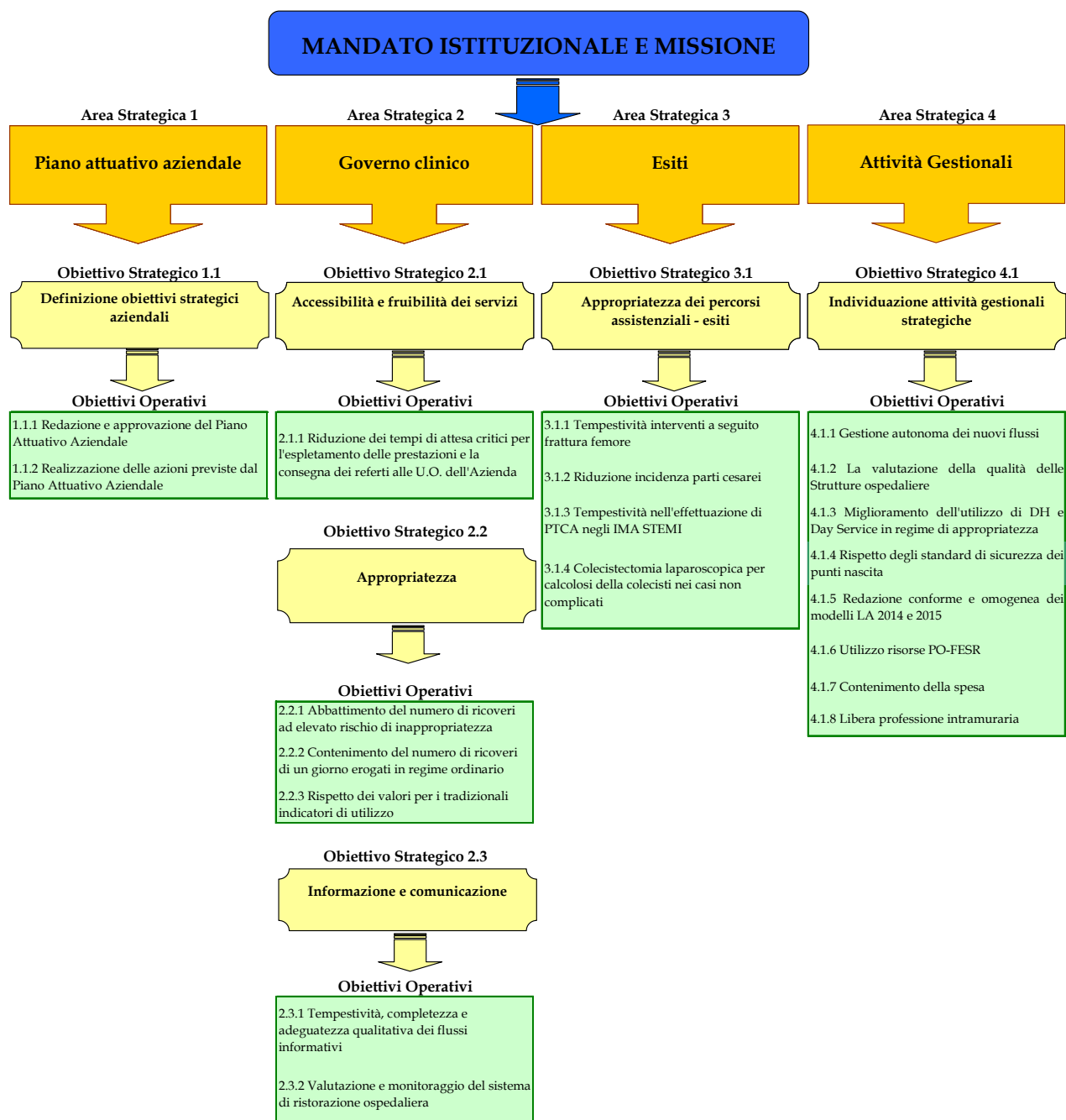
Area Strategica 4: PROGETTI DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO ED ATTIVITA' GESTIONALI

Prevede varie attività che richiedono una volontà di cambiamento organizzativo e gestionale specifico.

➤ **Obiettivo strategico 4.1: individuazione attività gestionali strategiche**

- o **Obiettivo operativo 4.1.1:** Gestione autonoma dei nuovi flussi
- o **Obiettivo operativo 4.1.2:** La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino
- o **Obiettivo operativo 4.1.3:** Miglioramento dell'utilizzo di DH e Day Service in regime di appropriatezza
- o **Obiettivo operativo 4.1.4:** Rispetto degli standard di sicurezza dei Punti Nascita (PN)
- o **Obiettivo operativo 4.1.5:** Redazione conforme e omogenea dei modelli LA 2014 e 2015
- o **Obiettivo operativo 4.1.6:** Utilizzo risorse PO-FESR
- o **Obiettivo operativo 4.1.7:** Contenimento della spesa
- o **Obiettivo operativo 4.1.8:** Libera professione intramuraria

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 DELLE *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 (Centri di Responsabilità, Dipartimenti) 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 2011-2013, 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 e la presentazione agli *stakeholder* esterni.

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 e dell'Ufficio Comunicazione istituzionale e interna dello Staff della Direzione Generale per ciò che concerne la comunicazione all'esterno.

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 di redazione del Piano della Performance sono stati tuttavia condizionati dai tempi per l'assegnazione degli obiettivi da parte dell'Assessorato, avvenuta nel mese di marzo.

In conseguenza a ciò i tempi previsti l'anno 2015 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 12: Fasi, soggetti e tempi – anno 2015

ANNO 2015		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												
Bilancio preventivo e budget finanziario	Economico Finanziario												
Assegnazione obiettivi a Direzione Generale	Regione	Già assegnati a luglio 2014											
Negoziante risorse di parte corrente	Regione												
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												
Rendicontazione dei risultati (anno prec)	Direzione Generale CED												

L'articolazione dei tempi a regime è esposta nel seguente prospetto.

Tabella 13: Fasi, soggetti e tempi – a regime

A REGIME		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												
Definizione degli obiettivi strategici	Staff Direzione Generale												
Definizione degli obiettivi operativi	Controllo Gestione Direzione Sanitaria												
Collegamento obiettivi-risorse	Economico Finanziario												
Assegnazione obiettivi	Direzione Generale												
Comunicazione del Piano	Direzione Generale CED												
Monitoraggio e correttivi	Controllo Gestione Direzione Sanitaria Direzione Generale												
Misurazione e valutazione performance (anno prec)	Controllo Gestione OIV												
Valorizzazione del merito (anno prec)	Settore Personale												
Rendicontazione dei risultati (anno prec)	Direzione Generale 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: Piano attuativo aziendale
 - 3.2 Area strategica 2: Governo Clinico
 - 3.3 Area strategica 3: Esiti
 - 3.4 Area strategica 4: Attività gestionali