

AZIENDA OSPEDALIERA PER L'EMERGENZA CANNIZZARO



PIANO DELLA PERFORMANCE ANNI 2022-2024

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

ADOTTATO CON DELIBERAZIONE N. 160 DEL 31/1/2022

Indice

1	Presentazione del Piano	3
2	Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni.....	7
2.1	Chi siamo	7
2.2	Cosa facciamo.....	8
2.3	Come operiamo.....	10
3	Identità	12
3.1	L'amministrazione "in cifre".....	12
3.2	Mandato istituzionale e Missione.....	13
3.3	Albero della performance	13
3.3.1	Aree strategiche.....	14
4	Analisi del contesto.....	16
4.1	Analisi del contesto esterno	16
4.2	Analisi del contesto interno.....	17
4.2.1	L'organizzazione.....	17
4.2.2	Le risorse strumentali ed economiche.....	21
4.2.3	Le risorse umane	22
4.2.4	La "salute finanziaria"	24
4.3	Analisi S.W.O.T.....	26
5	Obiettivi strategici.....	29
6	Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	31
6.1	Obiettivi assegnati al personale dirigenziale.....	31
7	Il processo e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione della <i>performance</i>	35
7.1	Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano.....	35
7.2	Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	40
7.3	Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle <i>performance</i>	41
8	Allegati tecnici	43

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, così come modificato dal decreto legislativo n. 74 del 25 maggio 2017, di seguito "decreto", 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, definito dalla direzione aziendale secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica. 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
- dà compimento alla fase programmatoria del *Ciclo di gestione della performance* di cui all'articolo 4 del decreto.

Esso definisce gli obiettivi e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance di ciascuna struttura

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*, tenendo conto anche dei risultati conseguiti dalle strutture nell'anno precedente. 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.

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 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.

Ai sensi dell'art. 6 comma 1 del decreto, gli Organismi indipendenti di valutazione verificano l'andamento delle performance rispetto agli obiettivi e segnalano la necessità o

l'opportunità di interventi correttivi in corso di esercizio alla direzione generale.

La legge 6 agosto 2021, n. 113, all'art. 6, prevede che le Amministrazioni pubbliche con più di 50 dipendenti (escluse le scuole) redigano annualmente, entro il 31 gennaio, il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO).

Il PIAO, tra l'altro, contiene anche il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (P.T.P.C.). Per quest'anno, la scadenza per la redazione del PIAO è spostata al 30 aprile e pertanto anche l'auspicato coordinamento tra Piano della performance e P.T.P.C. si esplicherà successivamente con l'individuazione di obiettivi da assegnare alle strutture relativi all'attuazione di misure di prevenzione della corruzione nonché di implementazione della trasparenza

Secondo le "Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di Performance" emanate nel mese di dicembre 2020 dalla Presidenza del consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, ai sensi dell'art.14 c.1 L. 7 agosto 2015 e s.m.i., le amministrazioni pubbliche sono tenute a redigere il POLA inserendolo quale specifica sezione del Piano della Performance. Appare utile sottolineare che l'attività svolta in modalità agile riguarda il personale tecnico/amministrativo e non il personale sanitario, tuttavia, l'Azienda, considerata la particolare articolazione del documento e il numero di soggetti da coinvolgere ha costituito un gruppo di lavoro per lo studio del predetto documento e la definizione del POLA.

Nelle more dell'adozione del POLA aziendale, tuttavia, fino al 14/10/2021 oltre il 30% dei dipendenti ha effettuato lavoro in modalità agile, in osservanza delle circolari di seguito indicate con le quali la Direzione dell'Azienda Ospedaliera ha emanato una serie di disposizioni sull'espletamento del lavoro agile da parte dei dipendenti dell'area tecnico/amministrativa in applicazione delle direttive nazionali: n. 5281 del 20/03/2020; n. 5536 del 25/03/2020; n. 7292 del 04/05/2020; n. 12600 del 31/08/2020; n. 15023 del 15/10/2020; n. 1602 del 29/01/2021; n. 2145 del 09/02/2021; n. 2542 del 12/02/2021; n.7415 del 27/04/2021; n. 12969 del 28/07/2021.

In data 23/09/2021 interviene il D.P.C.M. che stabilisce che a decorrere dal 15/10/2021 il lavoro agile cessa di essere una modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa in conseguenza dell'emergenza epidemiologica con il ritorno ad una modalità organizzativa della prestazione lavorativa nelle Pubbliche Amministrazioni in presenza e, pertanto, nelle more di ulteriori indicazioni normative, con circolare n. 16055 del 28/09/2021 il Direttore Generale ha disposto al personale tecnico/amministrativo l'espletamento della propria attività in presenza, salvo valutazione di particolari ed eccezionali esigenze da parte di singole unità di personale.

Una “transizione” verso un sempre più diffuso utilizzo del lavoro agile potrà essere garantita dall’adozione dei PIAO.

All’interno del PIAO, il legislatore ha inteso inserire, tra le altre cose, la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile.

Il lavoro agile potrà diventare definitivamente una modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa solo a seguito della corretta approvazione dei PIAO, ove dovranno anche essere regolamentate alcune delle principali problematiche connesse all’utilizzo di questo strumento. Le amministrazioni dovranno, tra le altre cose, garantire che il lavoro prestato dai propri dipendenti venga effettuato nel pieno rispetto delle disposizioni vigenti in materia di sicurezza informatica e tutela dei dati personali.

Il piano è reso conoscibile e scaricabile on-line sul sito dell’azienda www.aocannizzaro.it nella sezione Amministrazione trasparente, sottosezione Performance

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 è sede di DEA di II livello e si avvale di:

- Pronto Soccorso Generale (medico-chirurgico)
- Pronto soccorso Pediatrico
- Pronto soccorso Ostetrico Ginecologico
- Medicina e Chirurgia di Accettazione e Urgenza (M.C.A.U.)
- Centrale Operativa 118 - bacino Catania, Siracusa, Ragusa - e Base per Elisoccorso
- Sede della Centrale Unica di Risposta NUE 112 – Numero Unico Emergenza per la Sicilia Orientale

E' sede delle Strutture di terapia intensiva di seguito elencate:

- Anestesia, rianimazione, terapia intensiva con trauma center
- Terapia Intensiva Coronarica (U.T.I.C.)
- Terapia Intensiva Neonatale (U.T.I.N.)
- Terapia intensiva Respiratoria (U.T.I.R.)

- Centro Ustioni

L'Azienda è:

- **Centro Hub della rete traumatologica della Regione Sicilia** per la gestione del paziente traumatizzato che giunge al Pronto soccorso.
- **Centro Hub della rete per l'infarto della Regione Sicilia** - L'Unità Operativa di Emodinamica e Cardiologia interventistica costituisce un centro attivo h 24, presso cui i pazienti territoriali affetti da infarto miocardico acuto vengono sottoposti ad immediata procedura di rivascolarizzazione coronarica.
- **Centro Hub di III livello riabilitativo - Unità Spinale Unipolare**, destinato alla presa in carico delle persone con lesioni midollari.
- **Centro Hub rete Stroke** per il trattamento dell'ictus.
- **Centro di riferimento regionale di Senologia – Struttura capofila con funzioni di coordinamento e raccordo D.A. nr. 49 del 30/1/2020.**

L'azienda è inoltre dotata di

- **Centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) con Biobanca**, all'interno dell'UOC di Ostetricia e Ginecologia, in grado di crioconservare ovociti, spermatozoi e tessuto ovarico, per la preservazione della fertilità di donne e uomini in età riproduttiva affetti da neoplasie, prima dei trattamenti oncologici;
- **UOC di Malattie Infettive**, dotata di venti posti letto per il biocontenimento delle malattie infettive emergenti e riemergenti e UOSD di **Gestione delle infezioni da germi MDR e antimicrobial stewardship**;
- **Camera Iperbarica**, per Ossigenoterapia Iperbarica;
- **Ciclotrone (Acceleratore circolare di particelle)**, in dotazione all'UOC di Medicina Nucleare e PET per la produzione di radiofarmaci;
- **Angiografo biplanare** - per metodiche interventistiche in Neuroradiologia;
- **Gamma Knife Icon** per il trattamento di tumori cerebrali, malformazioni artero-venose, nevralgia del trigemino, altri disturbi dell'encefalo e patologie funzionali gestito da Neurochirurgia e Radioterapia.

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 2.535.572 abitanti (fonte ISTAT, Popolazione residente al 1/1/2021), distribuiti su 13.163 mq di territorio.

Con Decreto Assessoriale "Adeguamento della rete ospedaliera al D.M. 2 aprile 2015 n.70" dell'11 gennaio 2019, l'Azienda risulta dotata di 565 posti letto tra degenza ordinaria e DH/DS.

Il numero di dipendenti in servizio al 31/12/2021 è pari a 1.357 unità a tempo indeterminato e di 773 unità a tempo determinato, oltre a 10 unità di personale universitario.

L'attività sanitaria ed i valori di costi e ricavi, anche nell'anno 2021, hanno fortemente risentito della pandemia da SARS Cov2.

I dati economici provvisori al quarto trimestre 2021 riportano un valore della produzione, comprensivo delle risorse di parte corrente e degli altri ricavi della gestione caratteristica, di 196.929 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 218.855.

La differenza tra valore e costi della produzione è stata pertanto pari ad €/migliaia -21.926.

Il risultato prima delle imposte si è assestato al valore di -20.288 migliaia di euro, pervenendo, al netto delle imposte e tasse, pari ad €/migliaia 6.732, ad un risultato di esercizio pari a €/migliaia -27.020.

Per ciò che concerne l'attività sanitaria erogata nell'anno 2021, rispetto all'anno precedente sono aumentati gli accessi al Pronto Soccorso (+15%) con una diminuzione (-36%) solo per quanto riguarda gli accessi con codice bianco. Gli accessi più gravi, con codice rosso, sono aumentati del 7%.

Il numero di pazienti dimessi in regime di degenza ordinaria è aumentato nell'anno 2021 del 13% rispetto all'anno 2020. Anche il numero di pazienti trattati in regime diurno è aumentato di circa il 9%.

L'attività erogata in regime di Day Service, è rimasta, nel 2021, sugli stessi livelli del 2020.

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.

Con riferimento agli obiettivi del presente Piano, si sottolinea che l'Assessorato, con la stipula dei contratti con i Direttori Generali, nel mese di maggio 2019, ha assegnato gli obiettivi di salute e di funzionamento alle Direzioni Generali delle Aziende sanitarie per il periodo 2019/2020, e ha incluso nei contratti stessi obiettivi generali il cui non conseguimento determina la decadenza dei Direttori generali. L'Azienda ritiene di utilizzare tali obiettivi come base per la costruzione dell'albero della performance e per la contrattazione del budget con le Unità operative, riservandosi di apportare modifiche qualora venissero assegnati nuovi obiettivi alle aziende.

3.3.1 AREE STRATEGICHE

Le tre aree strategiche individuate sono di seguito indicate:

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.

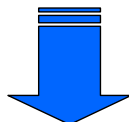
Area Strategica 3: GOVERNO DEI PROCESSI

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..

Anche l'anno 2021 è stato caratterizzato in maniera pregnante dalla pandemia da Sars Cov-2 che ha avuto inevitabili ricadute in termini di organizzazione della struttura, delle attività, di costi e di fatturato. L'Azienda è stata impegnata nell'attuazione di tutte le misure di contrasto alla pandemia imposte dai governi nazionali e regionali; ha proceduto all'attivazione di reparti dedicati alla cura di pazienti affetti da COVID 19, tutt'ora in attività, con conseguenti oneri in termini di risorse umane, strutturali e tecnologiche; ha adeguato alle direttive l'organizzazione delle attività erogate in favore di pazienti non affetti da patologia COVID, rimodulando l'attività sanitaria in regime di elezione sia di ricovero che ambulatoriale in ottemperanza alle disposizioni assessoriali.

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.

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* nonché l'integrazione ospedale-territorio.

4.2 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Nel corso dell'anno 2019 l'Azienda ha provveduto alla definizione del nuovo Atto Aziendale che è stato approvato giusto verbale dell'incontro con l'Assessorato della Salute del 12/12/2019 di cui l'Azienda ha preso atto con deliberazione n. 3647 del 16/12/2019.

A seguito della rideterminazione della rete ospedaliera e territoriale della Regione di cui al D.A. n. 22 del 19/1/2019, con D.A. n. 2201 del 6/12/2019 sono state trasmesse le linee guida per la rideterminazione dei piani di fabbisogno e delle dotazioni organiche

4.2.1 L'ORGANIZZAZIONE

L'Atto Aziendale prevede il Dipartimento quale modello organizzativo ordinario, così come previsto dall'art. 17 bis del D.Lgs. 502/92 e ss.mm.ii.. Il Dipartimento, al suo interno, è articolato in Strutture Organizzative Complesse (S.O.C.), Strutture Organizzative semplici a valenza dipartimentale e Strutture Organizzative semplici di struttura Organizzativa Complessa (S.O.S.).

L'Atto Aziendale prevede 8 dipartimenti (7 sanitari e 1 amministrativo) all'interno dei quali operano 35 strutture operative complesse sanitarie (di cui 26 con posti letto), 5 strutture operative complesse amministrative, 32 strutture operative semplici. Inoltre, sono previste strutture complesse e semplici e funzioni/uffici in staff alla Direzione aziendale, alla Direzione sanitaria e 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 organizzative semplici a valenza dipartimentale sono specifiche articolazioni organizzative con autonomia operativa e responsabilità della gestione di risorse umane, strutturali e strumentali dedicate o condivise con altre strutture.

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.

Tabella 1: Dipartimento Emergenza

STRUTTURE COMPLESSE
Anestesia, rianimazione, terapia intensiva con trauma center
C.O. 118
Chirurgia generale
Chirurgia plastica
Grandi ustioni
Medicina e chirurgia di accettazione e urgenza (M.C.A.U.)
Unità coronarica

Tabella 2: Dipartimento dei Servizi sanitari

STRUTTURE COMPLESSE
Anatomia patologica
Direzione medica di presidio
Farmacia
Medicina trasfusionale
Patologia clinica

Tabella 3: Dipartimento Tecnologie avanzate diagnostico-terapeutiche

STRUTTURE COMPLESSE
Diagnostica per immagini
Medicina nucleare e P.E.T.
Radioterapia

Tabella 4: Dipartimento Medico

STRUTTURE COMPLESSE
Geriatria
Malattie endocrine del ricambio e della nutrizione
Malattie infettive e tropicali
Medicina generale
Nefrologia e dialisi
Oncologia
Pneumologia

Tabella 5: Dipartimento Chirurgico

STRUTTURE COMPLESSE
Chirurgia toracica
Chirurgia vascolare
Oculistica
Ortopedia e traumatologia
Otorinolaringoiatria
Urologia

Tabella 6: Dipartimento Materno infantile

STRUTTURE COMPLESSE
Chirurgia generale a indirizzo senologico multidisciplinare
Neonatologia con Utin
Ostetricia e ginecologia con P.S. ostetrico
Pediatria con P.S.

Tabella 7: Dipartimento Neuroscienze

STRUTTURE COMPLESSE
Neurochirurgia
Neurologia con stroke
Neuroradiologia
Unità spinale

Tabella 8: Dipartimento Amministrativo

STRUTTURE COMPLESSE
Affari generali
Economico finanziario e patrimoniale
Provveditorato
Risorse umane
Tecnico- Informatico

Sono previste, altresì, 13 strutture semplici a valenza dipartimentale rappresentate nella seguente tabella:

Tabella 9: Strutture semplici a valenza dipartimentale

DIPARTIMENTO	STRUTTURA
EMERGENZA	Chirurgia epatobiliare mininvasiva
	Gastroenterologia - Diagnostica endoscopica in urgenza
	Chirurgia bariatrica
	Chirurgia maxillo facciale
	Emodinamica
	P.S. generale ed O.B.I.
	UTIR
MEDICO	Gestione delle infezioni da germi MDR e antimicrobial stewardship
CHIRURGICO	Trattamenti ambulatoriali in traumatologia
	Tecniche endoscopiche e videochirurgia toracica
MATERNO INFANTILE	Day hospital e day surgery in pediatria
TECNOLOGIE AVANZATE DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE	Diagnostica per immagini in emergenza
	Fisica sanitaria

Lo Staff della Direzione generale è articolato nel modo seguente:

- S.O.S. Servizio legale

Funzioni/Uffici:

- Energy management
- Sorveglianza sanitaria
- Prevenzione e protezione

La struttura operativa complessa Staff della Direzione aziendale è articolato nel modo seguente:

- S.O.S. Ingegneria clinica e H.T.A.
- S.O.S. Qualità, gestione rischio clinico ed educazione alla salute
- S.O.S. Controllo di gestione
- S.O.S. Audit P.A.C.
- S.O.S. Internazionalizzazione e ricerca sanitaria

Funzioni/Uffici

- Comunicazione istituzionale
 - Ufficio unico Gestione Rapporti Utenza
 - Ufficio stampa
- Struttura tecnica permanente
- Formazione permanente del personale
- Ufficio per la transizione al digitale
- Ufficio Direzione aziendale
- Ufficio protezione dati personali
- Attività procurement trapianto organi
- Prevenzione della corruzione e per la trasparenza

La Direzione Sanitaria è articolata nel modo seguente:

- S.O.S. delle professioni sanitarie di riabilitazione
- S.O.S. delle professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche
- S.O.S. delle professioni tecnico-sanitarie
- S.O.S. del servizio sociale professionale
- S.O.S. coordinamento sale operatorie
- Funzione Bed Management
- Servizio assistenza religiosa

4.2.2 LE RISORSE STRUMENTALI ED ECONOMICHE

Il valore delle immobilizzazioni materiali in bilancio, escluso i fabbricati, è di 78.348 migliaia di euro, al lordo degli ammortamenti, e di 10.357 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	1.379
➤ Attrezzature sanitarie e scientifiche	7.943
➤ Mobili e arredi	651
➤ Automezzi	12
➤ Altri beni	372

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.2 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.1 Angiografo monoplanare

N.1 Angiografo mobile

N.2 Mammografi

N.1 Mammotome

La spesa sostenuta per la manutenzione delle attrezzature sanitarie nel 2020 è stata di 2,9 milioni di euro.

Il valore lordo dei fabbricati, comprensivo degli incrementi per manutenzioni straordinarie, è di 91.897 migliaia di euro, con un valore, al netto degli ammortamenti di 51.064 migliaia di euro.

Figurano in bilancio, infine, immobilizzazioni in corso per 3.655 migliaia di euro.

4.2.3 LE RISORSE UMANE

Nel corso dell'anno 2021 sono state effettuate assunzioni di personale a tempo indeterminato come previsto dalla circolare assessoriale prot. n. 13507 del 05/03/2020, prioritariamente mediante l'utilizzo di graduatorie concorsuali ancora valide, con la nomina degli idonei utilmente collocati nelle suddette graduatorie, in conformità alle previsioni numeriche della vigente dotazione organica aziendale – rideterminata con delibera n. 1496 del 19/05/2017 ed approvata con D.A. n. 1413 del 17/07/2017 - 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.

Il reclutamento a tempo indeterminato ha riguardato unità di personale appartenente all'area della dirigenza medica nonché personale appartenente ai profili professionali sanitari del comparto. Sono stati in particolare espletati i concorsi pubblici indetti per la copertura di posti vacanti di dirigente medico delle discipline di nefrologia e patologia clinica.

Sono state anche definite diverse procedure di mobilità relative ad unità di personale della dirigenza medica e del comparto, a copertura di corrispondenti posti organici vacanti.

Nel periodo di riferimento si è anche proceduto alla stabilizzazione di alcune unità di personale in servizio a tempo determinato a temporanea copertura di posti vacanti, in attuazione delle disposizioni di cui al combinato disposto del comma 1 e 11 dell'art. 20 del D. Lgs. 25 maggio 2017, n. 75 (decreto Madia), come modificato dall'art. 1, comma 813, della legge n. 205/2017 n. 205, nonché del D.L. 30 dicembre 2019, n. 162, convertito con modificazioni dalla L. 28 febbraio 2020, n. 8.

Sono state anche espletate numerose selezioni pubbliche per assunzioni di personale a tempo determinato, al fine di fronteggiare le assenze di personale verificatesi a vario titolo nel corso dell'anno nonché procedere alla temporanea copertura di posti organici vacanti, garantendo il mantenimento quali-quantitativo dei livelli essenziali di assistenza e la piena funzionalità delle unità operative.

In particolare, sono state espletate le selezioni per dirigente medico delle seguenti discipline:

Chirurgia generale

Malattie infettive

Medicina interna

Gastroenterologia

Pediatria

Neonatologia

Anatomia patologica

Medicina nucleare

Le predette assunzioni sono sempre avvenute nel rispetto del limite numerico massimo dei contratti a tempo determinato in essere alla data del 31 dicembre 2013, conformemente a quanto disposto con circolare assessoriale prot. n. 51465 del 24/06/2014, e nel rispetto dei posti vacanti nella dotazione organica approvata.

Sono state inoltre espletate le procedure per il conferimento dell'incarico di Direttore delle strutture complesse Patologia clinica, Anestesia e Rianimazione con Terapia intensiva e Trauma Center, Centrale Operativa 118, a copertura dei relativi posti organici resisi vacanti a seguito del collocamento in quiescenza dei relativi titolari.

Sono state, infine, definite diverse procedure di selezione interna finalizzate al conferimento degli incarichi di responsabilità di strutture semplici - previste nell'assetto organizzativo dell'Azienda - nonché alla sostituzione dei Direttori di struttura complessa, collocati in quiescenza, nelle more dell'espletamento delle relative selezioni pubbliche indette per la definitiva copertura dei relativi posti organici.

Con delibera n. 1896 del 10/11/2021, si è proceduto alla rideterminazione del piano triennale del fabbisogno di personale per gli anni 2021-2023 e della dotazione organica aziendale, nel rispetto delle disposizioni assessoriali di cui al D.A. n. 2201 del 6 dicembre 2019 e della nota assessoriale prot. n. 5462 del 29/01/2021, ed in coerenza con l'assetto organizzativo definito nell'Atto aziendale.

La nuova dotazione organica è stata successivamente approvata con Decreto Assessoriale n. 1505 del 31/12/2021.

Anche nel corso dell'anno 2021 l'attività del Settore Risorse Umane è stata rivolta anche alla gestione dell'emergenza sanitaria derivante dalla diffusione del Covid-19, che ha determinato il reclutamento straordinario ed urgente di diverse figure professionali indispensabili per garantire un incremento dei posti letto di terapia intensiva e sub intensiva necessari alla cura dei pazienti affetti dal predetto virus e supportare la campagna di vaccinazione regionale. In particolare, sulla base delle specifiche disposizioni assessoriali e della speciale normativa nazionale di riferimento, sono stati reclutati con contratti di collaborazione coordinata e continuativa medici, infermieri, psicologi, psicoterapeuti e periti informatici.

Tale straordinario potenziamento delle risorse umane aziendali è stato sempre accompagnato da una costante attività di monitoraggio e rilevazione dei relativi dati, trasmessi settimanalmente

all'Assessorato Regionale della Salute, nonché da una contabilizzazione separata dei costi sostenuti, suddivisi per profilo professionale e per tipologia di contratto di lavoro stipulato.

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 è 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 2020, si è chiuso con un utile di esercizio di € 7.965, in linea con il risultato negoziato per il 2020, 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.

Tabella 10: Situazione patrimoniale

Voci di bilancio	Valori di bilancio	
	Anno 2020	Anno 2019
Disponibilità liquide	57.974.325	44.641.650
Crediti	45.871.878	46.718.675
Ratei e risconti attivi	398.733	53.282
Debiti	-62.590.216	-53.698.248
Ratei e risconti passivi	-	-33.002
Attivo realizzabile netto	41.654.720	37.682.357
Rimanenze	8.295.073	7.642.103
Immobilizzazioni	66.919.655	68.527.929
Immobilizzazioni a breve-lungo periodo	75.214.728	76.170.032
Capitale investito	116.869.448	113.852.389
Fondi rischi diversi	36.770.079	34.200.606
TFR	-	-
Patrimonio netto	80.099.368	79.651.783
Coperture finanziarie	116.869.447	113.852.389

La voce “Attivo realizzabile netto” include crediti e debiti effettivamente maturati alla data di bilancio e indica la capacità dell’Azienda di far fronte, in tempi brevi e con le risorse liquide o di facile conversione, alle proprie passività correnti. Rispetto all’esercizio 2019, la voce evidenzia un incremento, conseguenza della maggiore variazione positiva di disponibilità liquide e crediti rispetto all’incremento dei debiti.

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;
- ✓ l'utilizzo all'interno delle strutture aziendali di software applicativi e gestionali che appartengono a differenti software house con conseguenti difficoltà di integrazione.

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:

- l'incremento delle prestazioni ambulatoriali, anche in regime di Day Service, rendendo più efficienti le tecnologie altamente specializzate, in luogo delle prestazioni di ricovero che danno luogo a DRG non appropriati.

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 convenzione tra l'ASP di Catania e l'AOEC (UU.OO. di Neurochirurgia e Neuroradiologia) in modo da fornire alle UU.OO. dell'ASP un servizio di teleconsulto tramite la piattaforma QUENTRY per ottenere una più celere risposta diagnostico-terapeutica ed una conseguente riduzione dei costi;
- ✓ la possibilità prevista nel nuovo Atto Aziendale di aderire ai Dipartimenti Interaziendali (Dipartimento Oncologico Interaziendale e Dipartimento Interaziendale di Chirurgia Maxillo Facciale);
- ✓ 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.

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.

Le minacce che possono essere individuate sono:

- ✓ il protrarsi dello stato di emergenza pandemico da Sars Cov 2;
- ✓ la diminuzione del fatturato conseguente alla diminuzione del numero complessivo dei ricoveri derivante dal perdurare dello stato di emergenza;
- ✓ 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, 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 porre 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, *gli obiettivi si articolano in generali e specifici di ogni pubblica amministrazione. I primi sono determinati con apposite linee guida adottate su base triennale con decreto del presidente del Consiglio dei Ministri. I secondi sono programmati, in coerenza con gli obiettivi generali, 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. Nelle more dell'adozione delle linee guida di determinazione degli obiettivi generali, ogni pubblica amministrazione programma e definisce i propri obiettivi [...] salvo procedere successivamente al loro aggiornamento.*

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

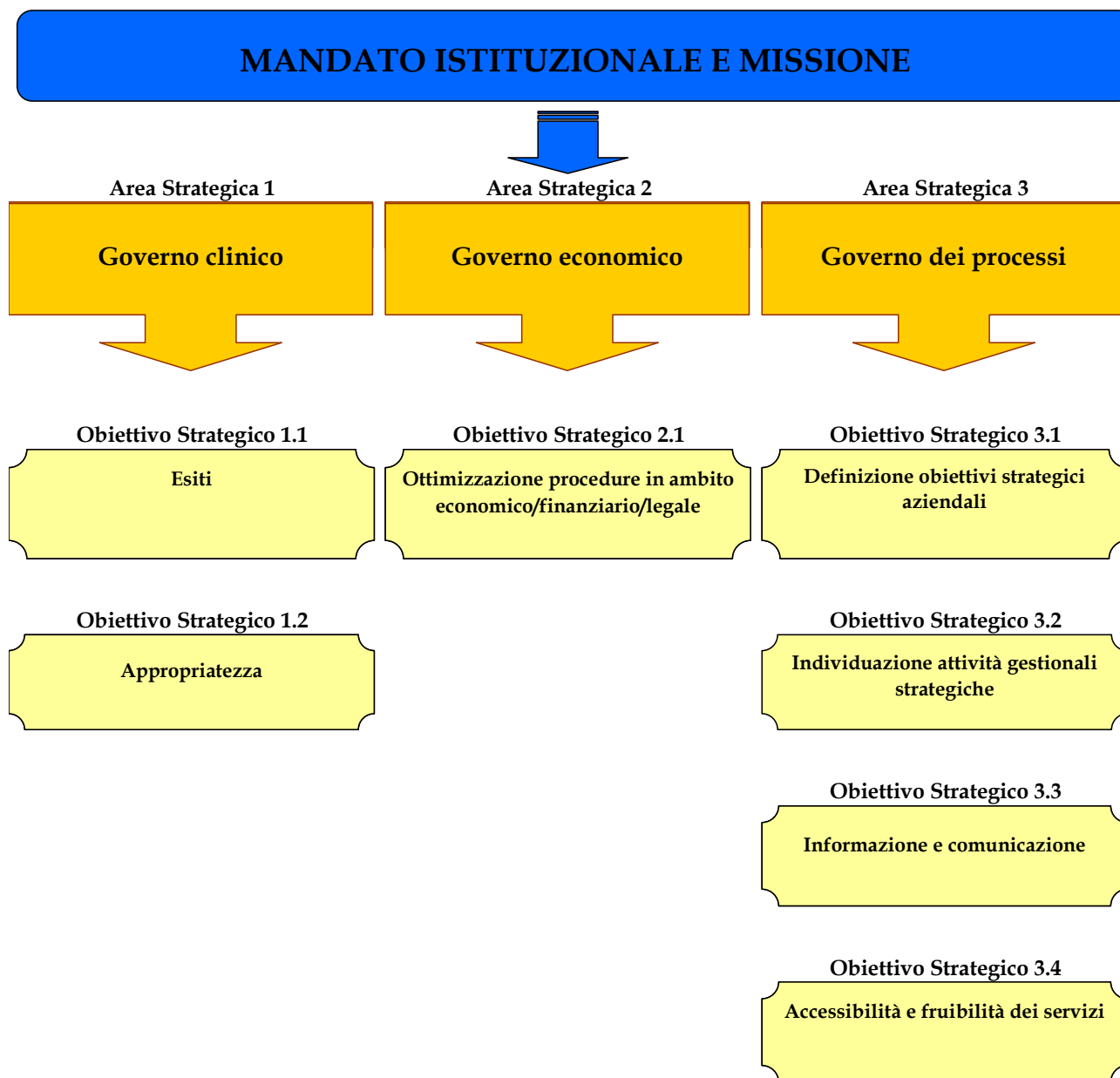
Area Strategica 2: GOVERNO ECONOMICO

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

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 ciascuna Struttura complessa o Struttura semplice a valenza dipartimentale.

Nel mese di maggio dell'anno 2019, l'Assessorato della Salute della Regione Siciliana ha assegnato gli obiettivi alle Aziende sanitarie della stessa per gli anni 2019-2020.

La definizione e l'attribuzione 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 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 strategica per la formulazione delle proposte di programma e budget 2022, 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:** Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

➤ Obiettivo strategico 1.2: Appropriatezza

- o **Obiettivo strategico 1.2.1:** Rispetto dei valori per i tradizionali indicatori di utilizzo
- o **Obiettivo strategico 1.2.2:** Raggiungimento di standard di qualità

Area Strategica 2: GOVERNO ECONOMICO

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

- o **Obiettivo operativo 2.1.1:** Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.)
- o **Obiettivo operativo 2.1.2:** Contenimento della spesa
- o **Obiettivo operativo 2.1.3:** Disposizioni connesse alla libera professione intramuraria
- o **Obiettivo operativo 2.1.4:** Ottimizzazione delle attività

Area Strategica 3: GOVERNO DEI PROCESSI

➤ Obiettivo strategico 3.1: Definizione obiettivi strategici aziendali

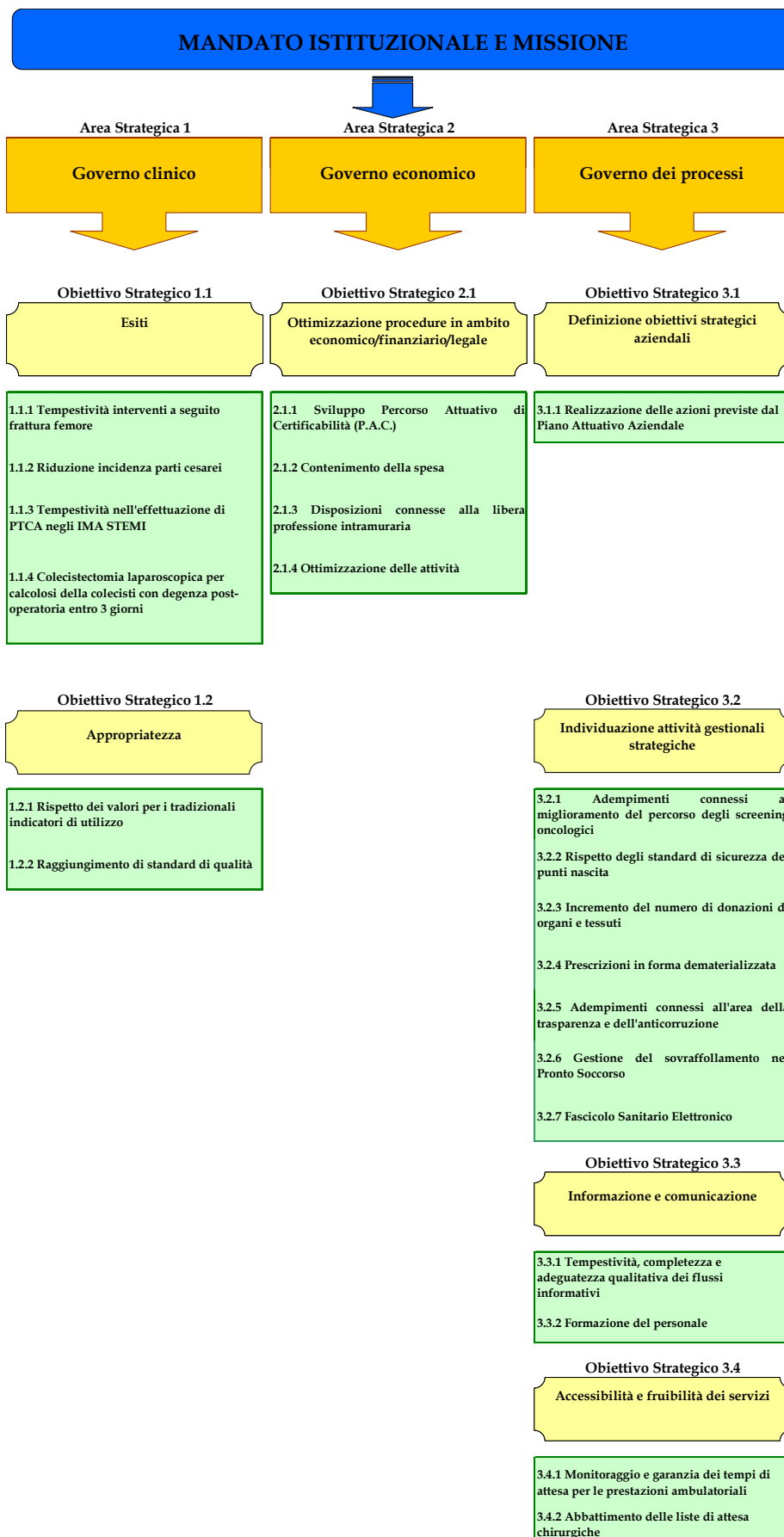
- o **Obiettivo operativo 3.1.1:** Realizzazione delle azioni previste dal PAA

➤ Obiettivo strategico 3.2: Individuazione attività gestionali strategiche

- o **Obiettivo operativo 3.2.1:** Adempimenti connessi al miglioramento del percorso degli screening oncologici
- o **Obiettivo operativo 3.2.2:** Rispetto degli standard di sicurezza dei Punti Nascita
- 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
- o **Obiettivo operativo 3.2.6:** Gestione del sovraffollamento nel Pronto Soccorso
- o **Obiettivo operativo 3.2.7:** Fascicolo Sanitario Elettronico
- **Obiettivo strategico 3.3: Informazione e comunicazione**
 - o **Obiettivo operativo 3.3.1:** Tempestività, completezza e adeguatezza qualitativa dei flussi informativi
 - o **Obiettivo operativo 3.3.2:** Formazione del personale
- **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
 - o **Obiettivo operativo 3.4.2:** Abbattimento delle liste di attesa chirurgiche

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 (Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità) ridenominata Autorità nazionale anticorruzione ai sensi della legge n. 190/2012 e del decreto legge 24 giugno 2014 n.90, 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.

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 istituzionale 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 dell'Ufficio Stampa 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 e pubblicazione del Piano della *performance*;
- entro il 30 giugno: redazione e pubblicazione della Relazione sulla *performance*, che evidenzia a consuntivo i risultati organizzativi ed individuali raggiunti.

I tempi previsti per l'anno 2022 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 2022

ANNO 2022		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	Assessorato della Salute	assegnati a maggio 2019											
Definizione degli obiettivi strategici	Staff Direzione Generale												
Definizione degli obiettivi operativi	Controllo Gestione												
	Direzione Sanitaria												
Redazione e Pubblicazione del Piano della Performance	Direzione Generale												
	Ufficio Stampa												
Assegnazione obiettivi alle strutture	Direzione Generale												
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												
Redazione e Pubblicazione della Relazione sulla Performance (anno prec)	Controllo di gestione												
	Direzione Generale												
	Ufficio Stampa												

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 consentirne il superamento.

6. Rendicontazione dei risultati

La rendicontazione dei risultati, attraverso la redazione della Relazione sulla Performance, ai vertici dell'amministrazione è a cura dell'Ufficio Controllo di Gestione. La successiva pubblicazione della Relazione sul sito aziendale è a cura dell'Ufficio stampa.

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