



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

AZIENDA OSPEDALIERA
"Annunziata - Mariano Santo
S. Barbara"
Cosenza



REGIONE CALABRIA



Piano delle Performance
Azienda Ospedaliera
di Cosenza

Piano delle performance 2016- 2018

INDICE

1.	Presentazione del Piano	pag. 2
2.	Riferimenti normativi	pag. 5
3.	Sintesi delle informazioni di azioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni (o portatori di interesse)	pag. 6
3.1.	Chi siamo	pag. 6
3.2.	Come operiamo	pag. 8
3.3.	Identità	pag. 9
3.4.	La situazione finanziaria	pag. 10
3.5.	L'Amministrazione "in cifre"	pag. 10
4.	Mandato istituzionale e Missione	pag. 21
5.	Struttura organizzativa	pag. 23
6.	Sistemi di controllo	Pag. 25
7.	Albero della performance	pag. 27
8.	SWOT Analysis	pag. 29
9.	Analisi del contesto	pag. 32
9.1.	Analisi del contesto esterno	pag. 32
9.2.	Analisi del contesto interno	pag. 32
10.	Obiettivi strategici	pag. 34
10.1	Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	pag. 35
11.	Correlazione con il piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza e integrità	pag. 37
12.	Il processo e le azioni del Ciclo di gestione delle performance	pag. 38
12.1	Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano	pag. 38
12.1.1	Fasi	pag. 40
12.1.2	Soggetti	pag. 42
12.1.3	Tempi	pag. 43
13.	Metodologia	pag. 44

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO

Il presente piano è il documento programmatico, previsto dal D.L. n°150 art.10 del 27 ottobre 2009, con cadenza triennale, nel quale, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati obiettivi, indicatori e target da cui partire per la misurazione, la valutazione e la rendicontazione delle performances.

In quanto documento programmatico di medio termine è modificabile annualmente in relazione:

- a) agli obiettivi definiti in sede di programmazione regionale;
- b) alla modifica della struttura organizzativa in riferimento all' **Atto Aziendale**;
- c) alla modifica del contesto esterno e interno di riferimento;
- d) alla stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Comprende:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
- gli obiettivi e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance di ciascuna struttura e della performance individuale.

Scopo precipuo dello stesso è quello di assicurare la comprensibilità ed attendibilità dei documenti relativi alla performance e, soprattutto, di migliorare ed adeguare i livelli delle prestazioni rese dall'Azienda Ospedaliera ed infine ottimizzare i costi di gestione.

Nella redazione del Piano, l'Azienda Ospedaliera di Cosenza 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.

Particolare attenzione è stata posta a che gli obiettivi siano:

- a) specifici e misurabili in termini concreti e chiari;



- b) tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- c) riferibili ad un arco temporale determinato corrispondente ad un anno;
- d) commisurati ai valori di riferimento derivanti da *standard* definiti a livello nazionale e regionale;
- e) confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al biennio precedente;
- f) 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 ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio al fine di:

- *migliorare il coordinamento tra le diverse funzioni e strutture organizzative;*
- *rendere più efficaci i meccanismi di comunicazione interna ed esterna;*
- *individuare e incorporare le attese dei portatori di interesse (stakeholder);*
- *favorire una effettiva responsabilità e trasparenza.*

Il ciclo di gestione della performance, così come delineato dall'art. 4 del decreto 150, si articola nelle seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi strategici ed operativi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- collegamento tra gli obiettivi e allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi;
- misurazione e valutazione della *performance*, organizzativa e individuale;
- utilizzo di sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati.

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

Gli obiettivi sono articolati in strategici ed operativi; per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi target per consentire la misurazione e la valutazione della *performance*.

Gli indicatori vengono definiti, tenendo conto degli ambiti individuati dall'art. 8 del decreto, sulla base del Sistema di misurazione e valutazione della *performance* di cui all'art. 7 del decreto.



Vengono presentate inoltre sezioni riguardanti l'identità aziendale, l'analisi di contesto interno ed esterno, il ciclo di gestione della performance aziendale in relazione all'adozione del Piano. I principi di riferimento, oltre alla centralità della persona e all'allineamento delle strategie aziendali alla domanda di salute dei cittadini, si rifanno alla trasparenza, all'immediata intelligibilità, alla verificabilità, alla partecipazione, alla coerenza interna ed esterna, alla pluriennalità.

In applicazione dell' art. 10, c. 8, lett. b) del II decreto legislativo 14.3.2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" corre l'obbligo, per la pubblica amministrazione, di pubblicazione del Piano in apposita sezione del proprio sito istituzionale, di facile accesso e consultazione, denominata "Amministrazione Trasparente" .



2. RIFERIMENTI NORMATIVI

I riferimenti normativi principali relativi al Piano della Performance sono contenuti in alcuni articoli del titolo 1 del Decreto 150/09 che ne delineano le modalità di redazione e le finalità.

In particolare:

- l'art. 5, al comma 1, statuisce che "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 sono definiti in coerenza con quelli di bilancio indicati nei documenti programmatici....";
- l'art. 10 al comma 1 punto a), stabilisce che le Amministrazioni redigano, annualmente entro il 31 gennaio, un documento programmatico triennale, denominato Piano della performance da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;
- l'art. 15, alle lettere a e b del comma 2, definisce la responsabilità dell'organo di indirizzo politico-amministrativo nella emanazione di "direttive generali contenenti gli indirizzi strategici" e nella definizione, in collaborazione con i vertici dell'amministrazione, del Piano;
- delibera Civit 88/2010, linee guida per la definizione degli standard di qualità.
- delibera Civit 89/2010, indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.
- delibera Civit 112/2010, struttura e modalità di redazione del piano della performance.
- delibera Civit 113/2010, applicazione agli enti del Servizio Sanitario Nazionale Mattoni SSN, Mattoni 8, Misura dell'Outcom.
- L.R. n°3/2012, linee guida regionali in materia di valutazione delle performance nel Servizio Sanitario Regionale.



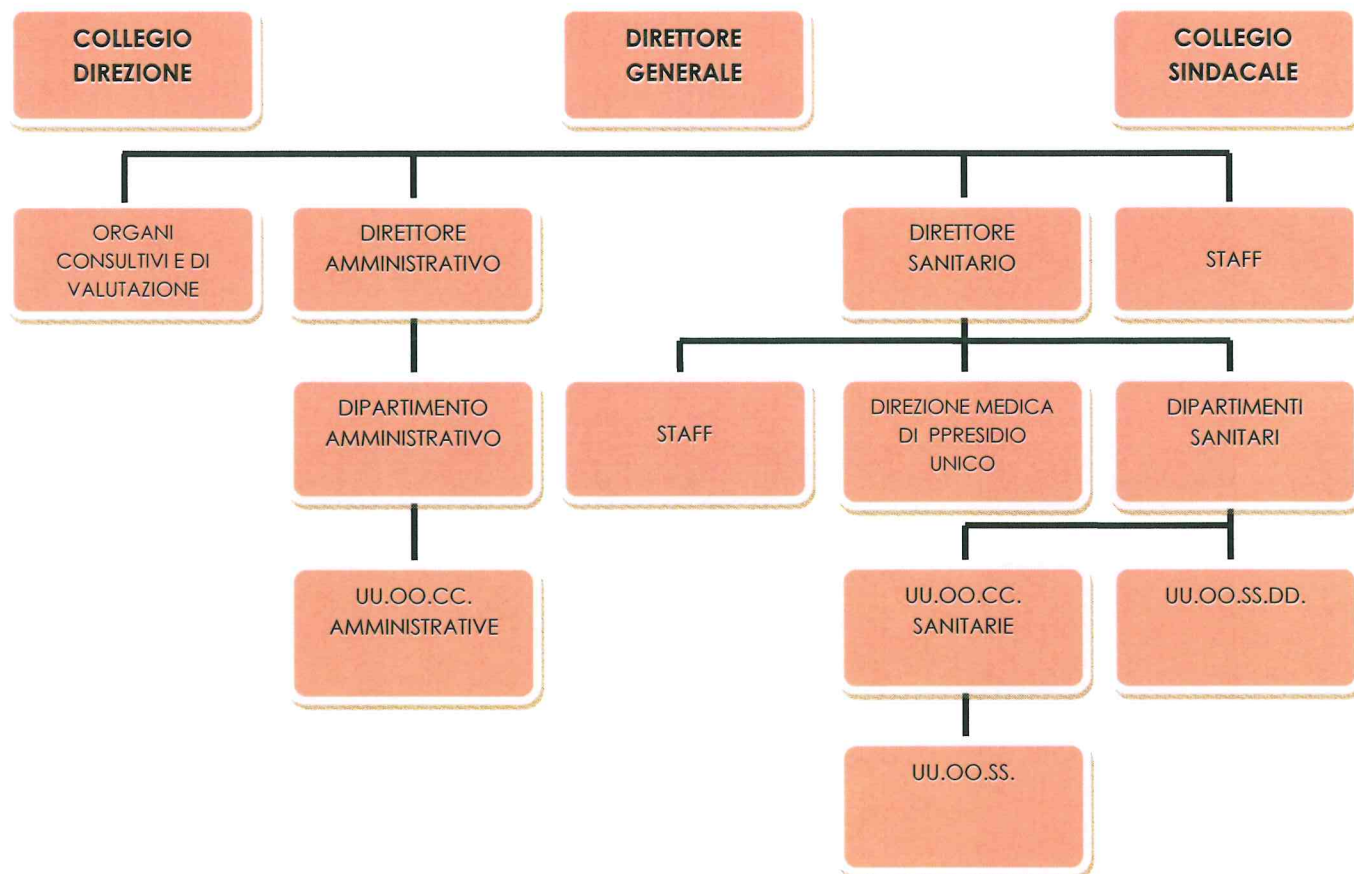
3. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI AZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI (o portatori di interesse)

3.1 Chi siamo

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza è un ente con personalità giuridica pubblica, avente autonomia imprenditoriale, costituito ai sensi e per gli effetti del Decreto del Presidente della Giunta Regione Calabria n. 170 dell'8 febbraio 1995 e ai sensi degli artt. 3 e 4 del D.Lgs. n. 229 del 19 giugno 1999, e successive modifiche ed integrazioni. Ha sede legale in Cosenza, via San Martino, ove è situato il centro direzionale, nel quale sono ubicati gli uffici della Direzione Generale e vengono svolte anche le attività aziendali di supporto. Opera senza fine di lucro, è organicamente inserita nel Servizio Sanitario della Regione Calabria e assolve al compito istituzionale di promuovere, attraverso programmi coerenti con i principi e con gli obiettivi indicati dalla pianificazione sanitaria ed assistenziale, azioni tese al miglioramento delle condizioni di vita della popolazione.

Il Direttore Generale è il Legale Rappresentante dell'Azienda, responsabile della gestione complessiva della stessa, esercita le competenze di governo e di controllo, nomina i responsabili delle strutture operative. E' coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dai Direttori Amministrativo e Sanitario, da lui nominati. Il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario costituiscono la **Direzione Aziendale** che assicura la direzione strategica dell'Azienda attraverso la funzione generale di pianificazione, programmazione, indirizzo e controllo. I Direttori, Amministrativo e Sanitario, partecipano, per specifica responsabilità (anche attraverso l'espressione di pareri) alla gestione dell'Azienda. Il **Collegio Sindacale**, è formato da tre componenti e dura in carica tre anni. Il Collegio esercita le funzioni di verifica in ordine alla regolarità amministrativa e contabile dell'attività aziendale, di vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale, esamina ed esprime valutazioni sul bilancio d'esercizio. Il **Collegio di Direzione**, di cui il Direttore Generale si avvale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria. Il Collegio di Direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione della attività libero - professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il Direttore Generale si avvale del Collegio di Direzione per l'elaborazione del programma di attività dell'Azienda, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale e per l'utilizzazione delle risorse umane.





Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili e immobili disponibili di diritto e di fatto e viene conservato ed incrementato nel tempo per meglio assicurare il soddisfacimento dei bisogni degli utenti del Servizio Sanitario Nazionale, cui eroga prestazioni e servizi.

L'Azienda, ai sensi e per gli effetti del secondo comma, art. 5 del D.Lgs. n°502/1992, dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata. I beni mobili e immobili, utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali, costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dagli artt. 828, 829, 830 c.c.

L'Azienda riconosce la valenza strategica del patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione tecnologica e strutturale dell'offerta di salute. A tal fine può adottare iniziative di investimento anche mediante processi di alienazione del patrimonio da reddito e di trasferimento di diritti reali, previa la necessaria autorizzazione regionale ex art. 5 c. 2 del D.Lgs n°502/1992.

L'Azienda provvede alla salvaguardia, alla valorizzazione e all'aumento della redditività del patrimonio immobiliare indisponibile e disponibile, anche mediante una corretta procedura di ammortamento finalizzata al reintegro delle risorse disponibili.

I principali impegni che l'Azienda ha fatto propri ed intende sviluppare a beneficio dei cittadini sono:

- competenza, eccellenza e autorevolezza professionale;
- ascolto e coinvolgimento;
- motivazione e valorizzazione del capitale intellettuale;
- attività sinergiche multidisciplinari e interprofessionali;
- affidabilità, qualità, sicurezza e appropriatezza delle prestazioni;
- innovazione tecnologica e organizzativa;
- consolidamento dei rapporti con le strutture sanitarie della rete provinciale, regionale e nazionale e forte integrazione con l'Azienda Sanitaria territoriale, con gli Enti Locali, le associazioni di Volontariato nella ricerca di sinergie per il raggiungimento di obiettivi comuni ; che si concretizza in risposte di qualità al bisogno sanitario delle persone;
- qualità del sistema di governo aziendale;
- equità e trasparenza;
- equilibrio economico finanziario.

3.2 Come operiamo

L'Azienda opera, in ragione delle politiche regionali e degli obiettivi individuati dal Dipartimento Regionale Tutela della Salute, in un'ottica di sinergia sistemica, sviluppando un sistema di ascolto e di interpretazione dei bisogni dei cittadini e della collettività, promuovendo e partecipando ad iniziative riguardanti la salute, in stretta collaborazione con l'ASP di Cosenza, quale committente di erogazione di prestazioni, in risposta ai bisogni dei cittadini e parte attiva in iniziative di educazione alla salute.

Nel corso degli anni sono intervenuti importanti mutamenti nel bisogno di salute da cui è derivata la necessità di significativi interventi nei modelli organizzativi, di cui si è preso atto con l'adozione del nuovo atto aziendale approvato dalla Regione Calabria con DCA n° 84 del 25.07.2016.

Il modello organizzativo delineato nell'Atto Aziendale tiene conto del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera in atto. Tale processo ha consentito lo sviluppo di una rete ospedaliera regionale, strutturata per livelli gerarchici, che individua nell'Azienda Ospedaliera di Cosenza la struttura di riferimento regionale per l'alta specialità (neurochirurgia) per il sistema di emergenza urgenza regionale (DEA II° LIVELLO), per le prestazioni di eccellenza con riferimento alle professionalità ed alle tecnologie disponibili , soprattutto quelle a maggior complessità clinica ed organizzativa (STROKE).



L'Azienda riconosce la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi.

In tale ottica l'obiettivo prioritario è rappresentato dal servizio al cittadino e dal sistema di relazione e comunicazione con il cittadino stesso, singolo o rappresentato da associazioni.

L'Azienda tende alla massima soddisfazione dei bisogni della popolazione di riferimento attraverso l'analisi delle informazioni rilevate dall'Ufficio URP, inoltre, assicura la partecipazione dei cittadini tramite le organizzazioni sindacali, le Associazioni di Volontariato, le Associazioni dei Familiari e di Tutela dei Diritti e ne favorisce il fattivo contributo alla valutazione della qualità dei servizi e alla programmazione delle attività.

I diritti dei cittadini e le modalità del loro esercizio sono definiti nella Carta dei Servizi, che è resa pubblica attraverso i mezzi di comunicazione aziendale per garantirne la massima diffusione.

La Carta dei Servizi è il documento, dunque, che nasce dalla volontà dell'Azienda per migliorare il rapporto con il cittadino, secondo una logica di trasparenza e di garanzia dei diritti

3.3 Identità

La definizione dell'identità dell'organizzazione costituisce la prima fase del percorso di costruzione del Piano e deve essere sviluppata, specie per quanto riguarda la missione e l'albero della performance, attraverso l'apporto congiunto dei seguenti attori:

- vertici dell'amministrazione;
- dirigenti o responsabili apicali dei vari settori organizzativi;
- altri stakeholder interni (personale);
- stakeholder esterni.

In altri termini, ciascuno di questi attori, in funzione del proprio ruolo e secondo momenti e iniziative di condivisione individuati dall'organizzazione, contribuisce alla esplicitazione dell'identità dell'organizzazione, che servirà come punto di riferimento per lo sviluppo delle fasi successive del processo di definizione del Piano.



3.4 La situazione finanziaria

Il risultato d'esercizio 2015 è rappresentato da un utile pari ad € 24.694,76, a fronte del risultato a pareggio del Bilancio di previsione (deliberazione del 7 novembre n° 285). L'utile d'esercizio, rapportato alle risorse assegnate evidenzia la coerenza con gli obiettivi d'equilibrio economico finanziario, sanciti dall'art. 6 p.2 dell'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, in attuazione dell'art. 1, comma 173 Legge 30 dicembre 2004, n°311, DCA del 6 settembre 2016.

3.5 L'Amministrazione "in cifre"

L'Azienda Ospedaliera è dotata di autonomia organizzativa, gestionale e contabile e gestisce le attività mediante un bilancio di previsione redatto in termini di competenza.

L'Azienda elabora il bilancio in osservanza alle disposizioni contenute nella specifica normativa nazionale e regionale emanata per il settore sanitario pubblico.

Analisi caratteri quali-quantitativi

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza espleta la sua attività istituzionale attraverso i suoi 3 Stabilimenti:

- Stabilimento Annunziata;
- Stabilimento Mariano Santo;
- Stabilimento Santa Barbara;

Costituiscono un complesso organico di stabilimenti ospedalieri per acuti, dotato di dipartimento di emergenza DEA di II livello e di tutte le principali branche specialistiche.



RISORSE UMANE

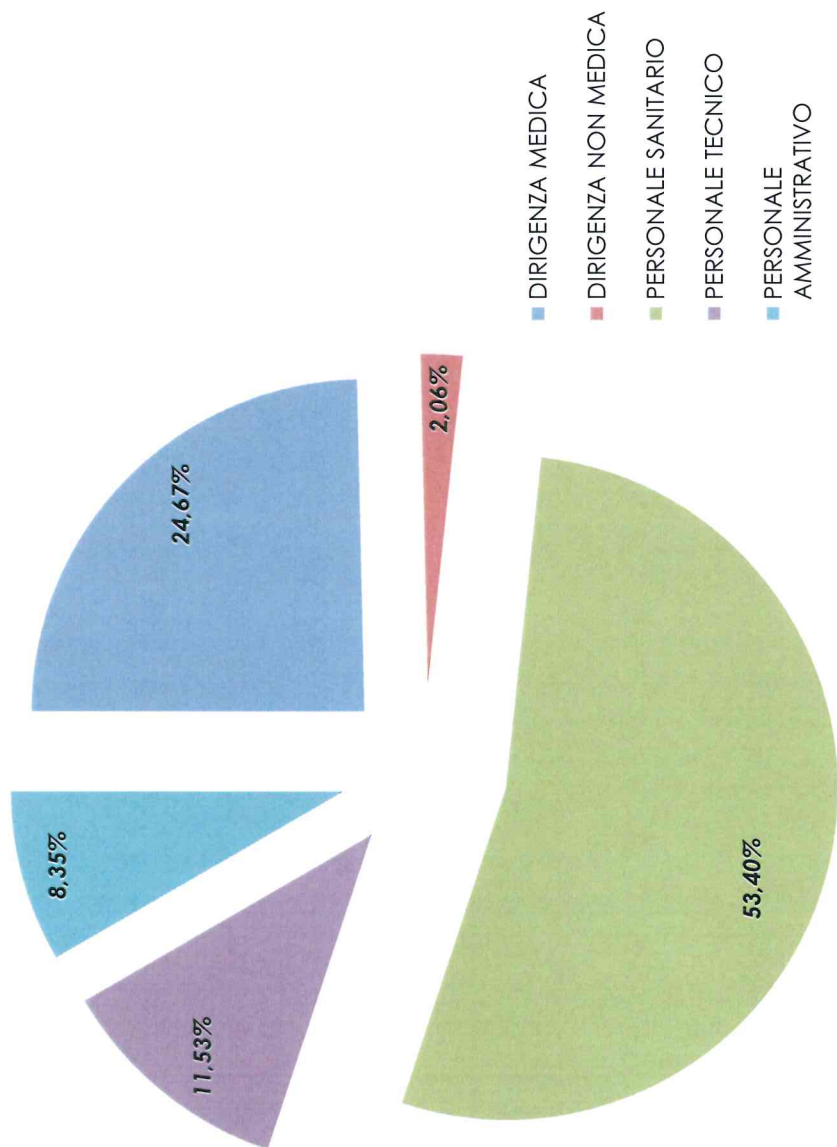
Le risorse umane sono pari a 1.605 con una percentuale del 12,26% di personale a tempo determinato.

Di seguito vengono riportati dei grafici che evidenziano, rispettivamente, la percentuale di personale dipendente suddiviso per categoria e per sesso.

PERSONALE IN SERVIZIO DIVISO PER RUOLO

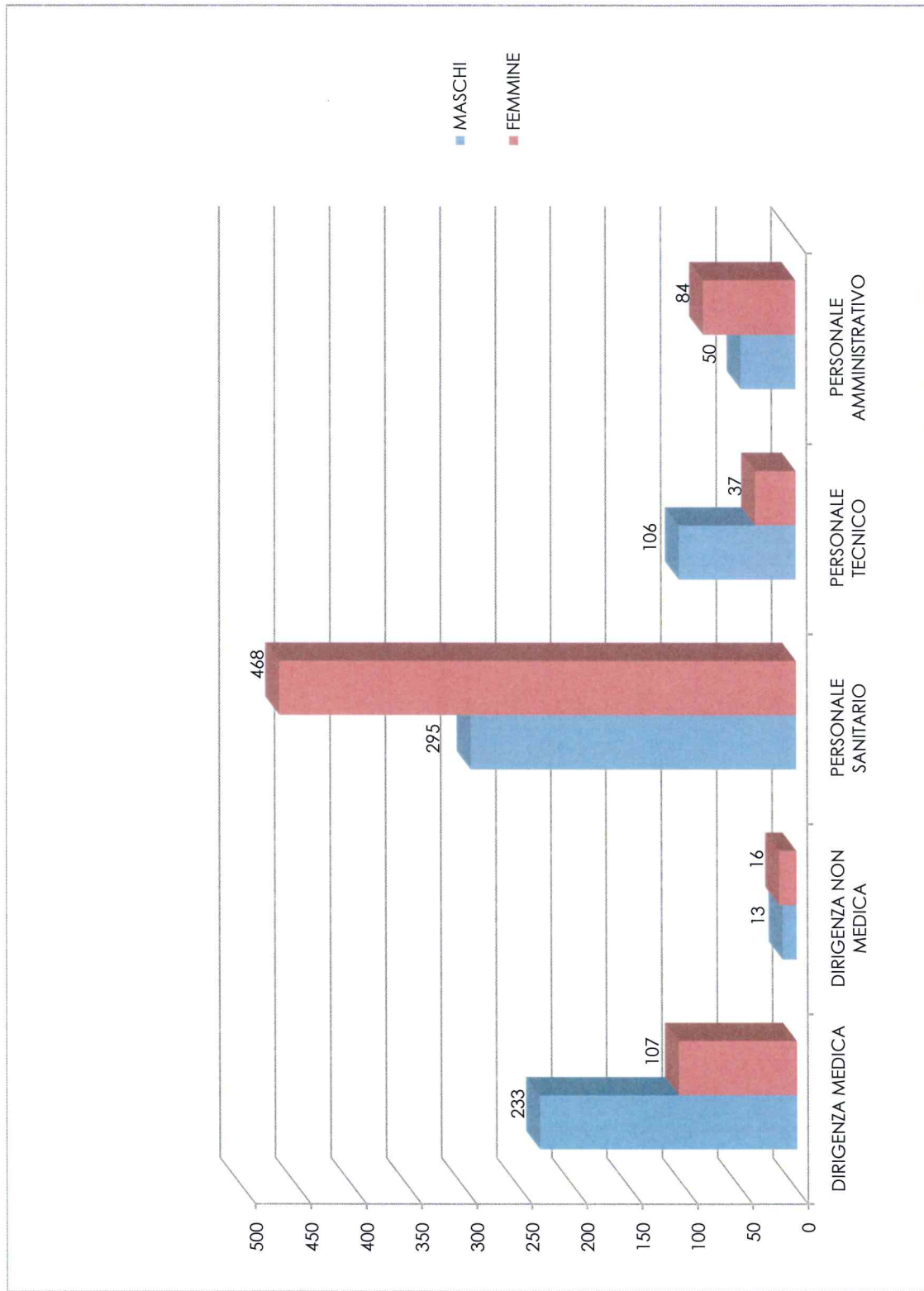
ruolo	presenti al 31/12/13	presenti al 31/12/14	cessati	assunti	presenti al 31/12/15
DIRIGENZA MEDICA	363	351	20	9	340
DIRIGENZA MEDICA T.D.	54	56	6	6	56
DIRIGENZA MEDICA	417	407	26	15	396
DIRIGENZA NON MEDICA SANITARIA	23	19	0	0	19
DIRIGENZA NON MEDICA SANITARIA T.D.	5	4	0	0	4
DIRIGENZA NON MEDICA PROFESSIONALE	3	3	0	0	3
DIRIGENZA NON MEDICA AMMINISTRATIVA	8	8	1	0	7
DIRIGENZA NON MEDICA	39	34	1	0	33
PERSONALE SANITARIO	768	755	39	47	763
PERSONALE SANITARIO T.D.	89	101	22	15	94
PERSONALE TECNICO	151	148	6	2	143
PERSONALE TECNICO T.D.	43	42	0	0	42
PERSONALE AMMINISTRATIVO	148	141	9	1	134
PERSONALE COMPARTO	1199	1187	76	65	1176
TOTALE	1655	1628	103	80	1605

Personale per tipologia contrattuale al 31.12.2015



[Handwritten signature]

personale dipendente sesso e categoria al 31.12.2015



me

Suddividendo il personale per categoria e andando a calcolare l'incidenza sul totale (del solo dato femminile), si ottengono le percentuali di seguito riportate all'interno della tabella e del grafico.

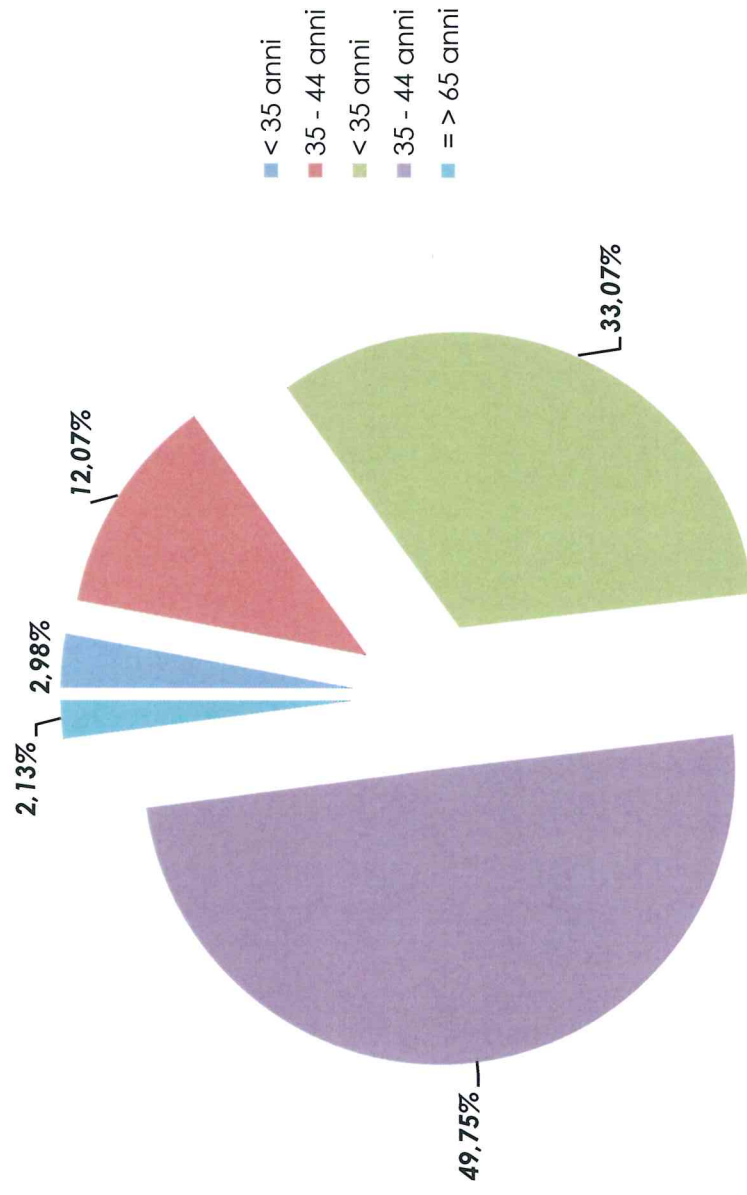
Personale dipendente per classi di età a tempo indeterminato – FEMMINE – 31.12.2015

CATEGORIA	CLASSE D'ETA'				
	<35	35 - 44	45 - 54	55 - 64	=> 65
DIRIGENZA MEDICA	1	7	49	47	3
DIRIGENZA NON MEDICA	0	1	4	11	0
PERSONALE SANITARIO	23	74	176	193	2
PERSONALE TECNICO	2	6	9	19	1
PERSONALE AMMINISTRATIVO	1	18	31	34	0

Personale dipendente per classi di età a tempo indeterminato – MASCHI – 31.12.2014

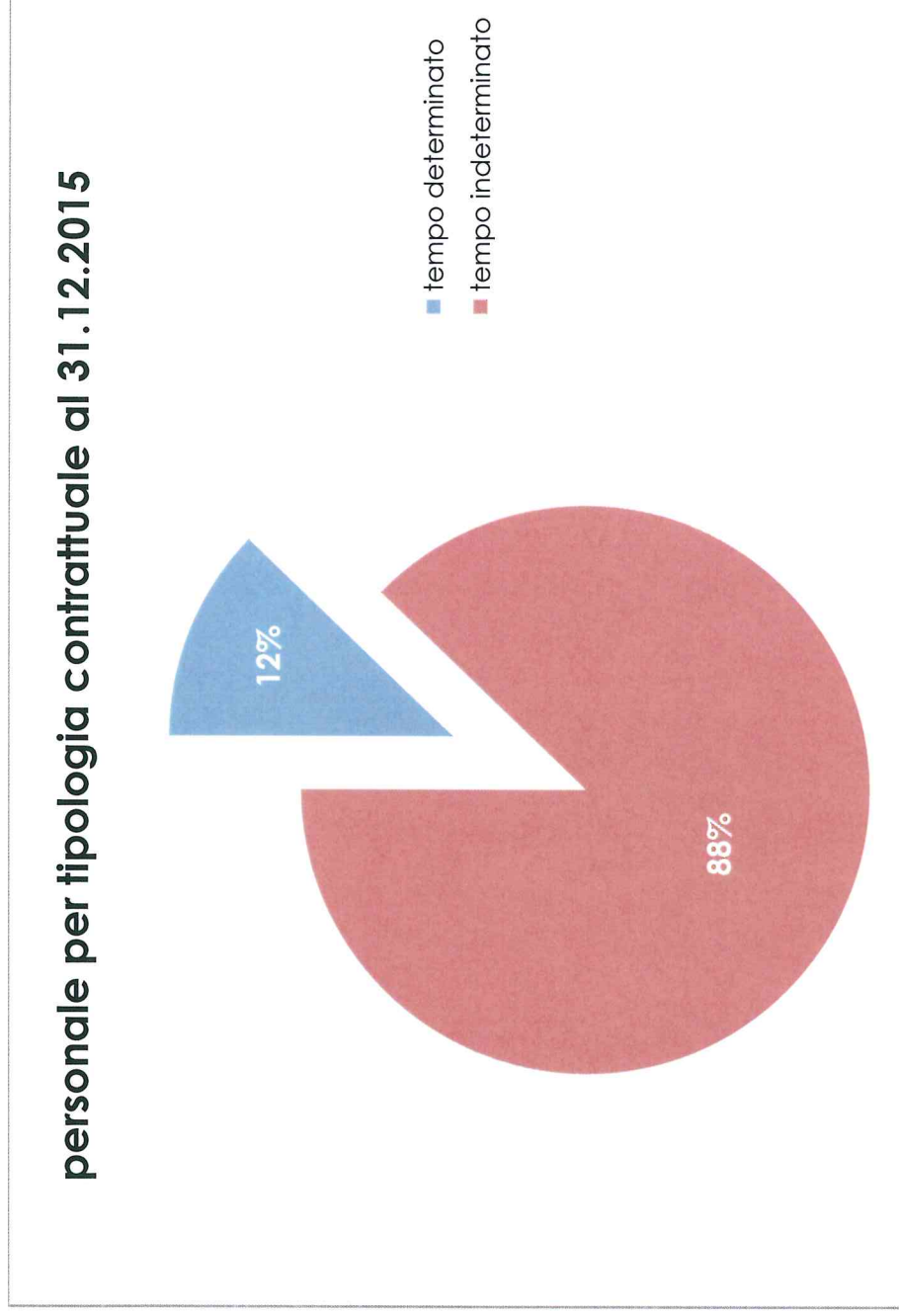
CATEGORIA	CLASSE D'ETA'				
	<35	35 - 44	45 - 54	55 - 64	=> 65
DIRIGENZA MEDICA	0	3	70	148	12
DIRIGENZA NON MEDICA	0	2	3	7	1
PERSONALE SANITARIO	14	35	69	173	4
PERSONALE TECNICO	0	21	39	42	4
PERSONALE AMMINISTRATIVO	1	3	16	27	3

Incidenza sul totale per classi d'età T.I. 31.12.2015



me

Un dato importante è riportato nel grafico seguente, da cui è facile notare che la percentuale del personale a tempo determinato è rilevante.



me

Distribuzione del personale a tempo determinato e co.co.co. per anzianità di rapporto

Anzianità di servizio maturata al 31/12/2015, anche in modo non continuativo, nell'attuale o in altre amministrazioni	Fino a 1 anno		Da 1 a 2 anni		Da 2 a 3 anni		oltre i 3 anni	
Uomo/Donna	U	D	U	D	U	D	U	D
CATEGORIA								
XX - cococo	-	-	-	-	-	-	-	-
MD - medici	5	5	-	-	3	-	19	25
MV - veterinari	-	-	-	-	-	-	-	-
MO - odontoiatri	-	-	-	-	-	-	-	-
DS - dirigit. sanitari non medici	-	-	-	-	-	2	-	2
SI - profili ruolo sanitario - personale infermieristico	3	9	4	2	4	18	12	25
ST - profili ruolo sanitario - personale tecnico sanitario	-	-	-	-	3	6	2	6
SV - profili ruolo sanitario - personale vigilanza e ispezione	-	-	-	-	-	-	-	-
SF - profili ruolo sanitario - personale funzioni riabilitative	-	-	-	-	-	-	-	-
DP - dir. ruolo professionale	-	-	-	-	-	-	-	-
LP - profili ruolo professionale	-	-	-	-	-	-	-	-
DT - dir. ruolo tecnico	-	-	-	-	-	-	-	-
LT - profili ruolo tecnico	-	-	-	-	12	23	2	5
DA - dir. ruolo amministrativo	-	-	-	-	-	-	-	-
LA - profili ruolo amministrativo	-	-	-	-	-	-	-	-
PC - personale contrattista	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE Tempo Determinato	8	14	4	2	22	49	35	63

Mu

ATTIVITÀ ANNO 2015

NUMERO CASI TRATTATI DALLE UNITÀ OPERATIVE

Casi trattati in regime ordinario	20.892
Casi trattati in regime day hospital	3.354
Casi trattati in regime daysurgery	1.681
Prestazioni APA e PAC	7.185

NUMERO CASI INTERVENTI CHIRURGICI ANNO 2015

Interventi chirurgici	9.353
-----------------------	-------

PRESTAZIONI AMBULATORIALI ANNO 2015

Prestazioni ambulatoriali per esterni	852.969
---------------------------------------	---------



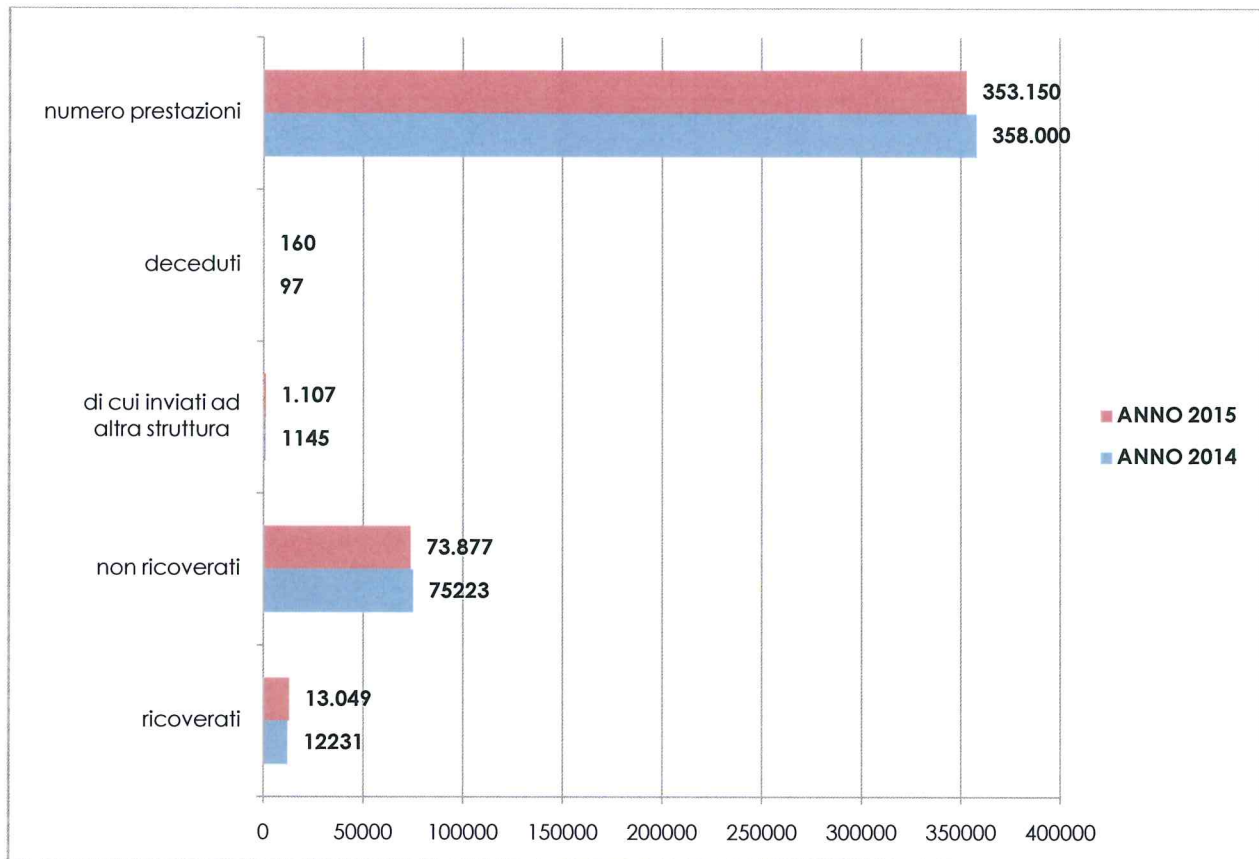
ATTIVITÀ PRONTO SOCCORSO

DAY HOSPITAL, NIDO, PRONTO SOCCORSO, OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE	ANNO 2015
PRONTO SOCCORSO	HSP.24

	RICOVERATI	NON RICOVERATI	DI CUI INVIATI AD ALTRA	DECEDUTI	NUMERO PRESTAZIONI
gen-15	1.121	6.438	111	19	30.000
feb-15	1.034	5.290	97	11	28.000
mar-15	1.081	6.139	96	20	29.200
apr-15	1.099	5.928	74	9	29.500
mag-15	1.164	6.444	84	14	30.400
giu-15	988	6.522	92	12	30.700
lug-15	1.193	6.420	92	8	29.500
ago-15	1.076	6.679	89	14	30.100
set-15	1.056	5.926	98	9	28.200
ott-15	1.068	6.279	91	17	29.300
nov-15	1.016	6.038	101	15	29.100
dic-15	1.153	5.774	82	12	29.150
TOTALE	13.049	73.877	1.107	160	353.150

DAY HOSPITAL, NIDO, PRONTO SOCCORSO, OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE	ANNO 2014
PRONTO SOCCORSO	HSP.24

	RICOVERATI	NON RICOVERATI	DI CUI INVIATI AD ALTRA	DECEDUTI	NUMERO PRESTAZIONI
gen-14	1.095	5.879	132	12	29.800
feb-14	989	5.437	96	11	29.200
mar-14	1.135	6.290	103	13	30.400
apr-14	1.041	6.440	90	6	29.800
mag-14	887	7.309	55	4	30.200
giu-14	967	6.328	63	5	29.800
lug-14	1.079	5.952	85	4	29.600
ago-14	1.069	6.758	74	8	29.400
set-14	1.083	6.301	89	5	29.800
ott-14	789	6.614	129	12	30.200
nov-14	1.039	5.992	129	10	30.000
dic-14	1.058	5.923	100	7	29.800
TOTALE	12.231	75.223	1.145	97	358.000



Si evidenziano, di seguito, le analisi sul personale previste ai sensi della delibera n°112/2010 della Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle pubbliche amministrazioni:

4. MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza è struttura di riferimento della Sanità Ospedaliera, secondo le aree di intervento specifiche, a livello locale-regionale e nazionale.

L'Azienda persegue la propria missione nel rispetto delle indicazioni regionali e dei principi di salvaguardia della dignità della persona e del bisogno di salute espresso, dell'equità nell'accesso ai servizi offerti, della qualità e dell'appropriatezza delle cure praticate, dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Garantisce l'accoglienza nelle sue strutture ed eroga i suoi servizi a chiunque ne abbia bisogno, a prescindere da nazionalità, etnia cultura e religione, senza anteporre il problema del recupero dei costi sostenuti al ripristino delle condizioni di salute della persona presa in carico.

Il posizionamento dell'Azienda deriva dall'elevato livello clinico-scientifico conseguito negli anni dai professionisti/dirigenti 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 e sviluppa assistenza polispecialistica, ricerca e formazione. Promuove l'innovazione e persegue la centralità del paziente-utente, favorisce la valorizzazione del personale mediante la condivisione degli obiettivi e la responsabilizzazione sui risultati.

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 del settore sanitario, si sviluppa con le seguenti finalità:

- consolidare e potenziare le aree che caratterizzano l'Azienda come struttura di alta specialità incrementando, nel rispetto dei principi di appropriatezza, il case-mix trattato e sviluppando i rapporti di cooperazione con le altre strutture sanitarie regionali;
- rafforzare il ruolo di riferimento svolto 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 alta specialità 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 altre strutture sanitarie e territoriali, per 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, l'Azienda ritiene fondamentale agire, sul piano gestionale, per:

- realizzare un modello di sviluppo continuo delle professionalità, individuando, nel patrimonio professionale aziendale, la leva fondamentale per perseguire le finalità istituzionali ed assicurare la possibilità di mantenere e migliorare nel tempo il posizionamento già conseguito;
- avviare logiche e strumenti di 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, agendo nel ridisegno complessivo della struttura organizzativa e del sistema delle responsabilità;
- 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 evidenziare i risultati raggiunti in campo clinico-assistenziale ed economico, alla Regione, agli Enti interessati ed ai cittadini.

I valori di riferimento su cui si fondano le azioni intraprese dall'Azienda sono:

- collaborazione;
- equità;
- partecipazione;
- razionalità e coerenza dei comportamenti;
- sviluppo delle conoscenze;
- responsabilità;
- trasparenza.



5. LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura organizzativa dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza è composta da Dipartimenti.

Sulla base delle responsabilità attribuite dalla Direzione Strategica e gestite dalla stessa articolazione organizzativa, le strutture si caratterizzano nell'ambito dell'organigramma per essere complesse, semplici a valenza dipartimentale o semplici. La vigente articolazione è espressione dell'Atto Aziendale. Tale Atto consiste nel documento adottato dal Direttore Generale e approvato dalla Giunta Regionale, che individua le modalità organizzative finalizzate alla realizzazione degli obiettivi previsti nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria nazionale e regionale, nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità che sostengono l'intero sistema. Sviluppa sia gli aspetti strutturali che caratterizzano l'Azienda Ospedaliera di Cosenza nella sua fisicità, sia gli aspetti che ne disciplinano il funzionamento e la connotano nella sua dinamicità.

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di organizzazione e di gestione operativa delle attività dell'Azienda e rappresenta la struttura fondamentale per la organizzazione e la gestione della produzione dei servizi e delle prestazioni assistenziali. Il dipartimento è costituito dall'aggregazione di almeno cinque (5) unità operative complesse ed, eventualmente, di unità operative semplici a rilevanza dipartimentale, generalmente, fra loro omogenee, omologhe, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e che, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale e/o gestionale, sono tra loro interdipendenti.

Il modello dipartimentale individuato dall'Azienda per l'organizzazione delle proprie attività assistenziali e amministrativo, al fine di garantire risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati alle singole unità operative aziendali, è quello del dipartimento strutturale.

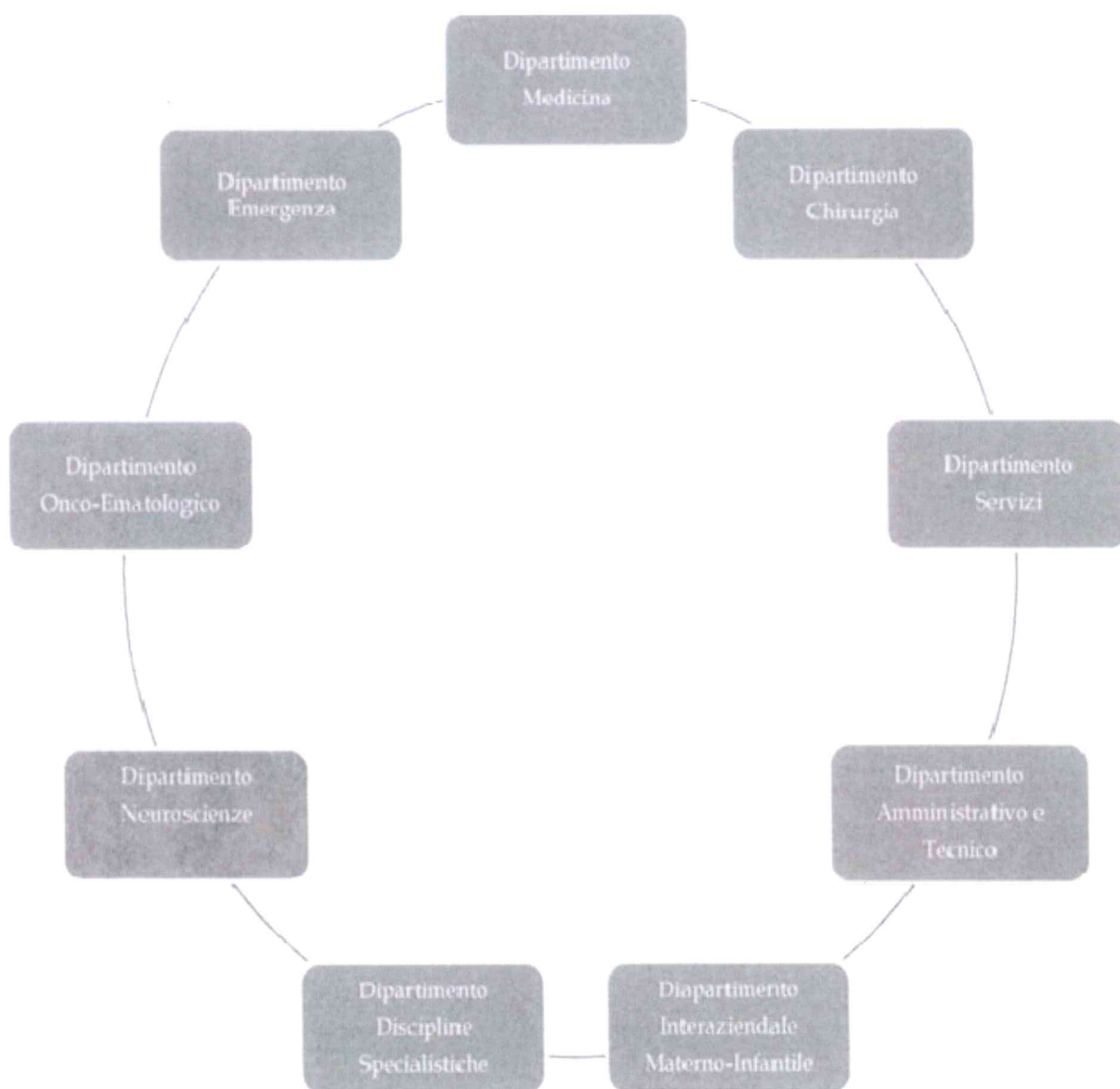
In casi particolari, in applicazione di disposizioni regionali o su iniziativa congiunta con altre aziende del Servizio Sanitario Regionale, l'Azienda ha istituito dipartimenti interaziendali.



Il dipartimento partecipa alla negoziazione con la Direzione Strategica delle unità operative ad esso afferenti, restando in capo alle singole unità operative il ruolo di centro di responsabilità e di costo nei confronti delle risorse a ciascuna assegnate.

Il funzionamento del dipartimento è definito con apposito atto avente natura regolamentare.

L'Azienda individua i seguenti dipartimenti:



mu

6. SISTEMI DI CONTROLLO

Il controllo ordinario di natura amministrativa e contabile, finalizzato a garantire il rispetto della regolarità, legittimità e correttezza dell'attività amministrativa, è attribuito al Direttore Generale, fermo restando le competenze del Collegio Sindacale. Il sistema dei controlli interni è lo strumento che supporta gli organi di vertice al conseguimento degli obiettivi aziendali di efficienza, economicità e trasparenza. Al fine di garantire la qualità delle prestazioni direttamente erogate e la sicurezza degli assistiti, operano nell'ambito del sistema di controllo la S.S. Qualità ed accreditamento, ricerca ed innovazione clinica e la S.S. Gestione rischio clinico, edilizia, impiantistica ospedaliera, in staff al Direttore Generale.

La valutazione del personale dipendente - dirigenza e comparto - risponde ai criteri previsti, dalla normativa e dal quadro contrattuale nazionale e locale su specifici obiettivi predeterminati, tra i quali quelli economici di centro di responsabilità e di Azienda. Il personale Dirigente è altresì soggetto a verifica con le cadenze temporali (valutazione degli incarichi dirigenziali) previste dalle normative. Il D.Lgs. n. 502/1992 all'art. 15, commi 5 e 6, prevede quali organismi preposti alla verifica dei dirigenti: - Collegio Tecnico; - Nucleo di Valutazione Aziendale. Il Decreto Legislativo n. 229/1999, riformulando la disciplina della dirigenza sanitaria, presuppone un preciso sistema di verifiche articolato secondo le responsabilità professionali e di gestione attribuite al personale dirigenziale. Il

Collegio Tecnico procede alla verifica:

- delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti da parte di tutti i dirigenti con cadenza triennale;

- dei dirigenti titolari di incarico di direzione di struttura complessa o semplice alla scadenza dell'incarico loro conferito;

- dei dirigenti di nuova assunzione ai fini del conferimento di incarico, al termine del primo quinquennio di servizio. Il **Nucleo di Valutazione Aziendale**, svolge le seguenti funzioni:

- verifica del rispetto dei principi di meritocrazia e selettività nella valutazione;

- verifica della effettiva e corretta identificazione della performance, attraverso la definizione di relativi obiettivi, indicatori e target, perseguite dall'ente nell'esercizio di riferimento in piena coerenza con il sistema di programmazione regionale;



- procede alla verifica e valutazione annuale dei risultati di gestione del dirigente di struttura complessa e di struttura semplice;

L'Azienda Ospedaliera provvede alla formulazione ed all'applicazione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità e del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, strettamente connessi al presente documento, secondo quanto richiesto dalla normativa vigente.



7. ALBERO DELLA PERFORMANCE

In ragione delle normative vigenti, l'Azienda Ospedaliera applica:

- il principio di separazione tra funzioni di programmazione, indirizzo, controllo e funzioni di gestione, per garantire il decentramento operativo e gestionale.
- Individua le competenze, proprie o delegate, attribuite ai Direttori di Dipartimento ed agli altri Direttori di struttura complessa.

Persegue il processo di valorizzazione delle attribuzioni dirigenziali trasferendo il processo decisionale al livello appropriato, con un conferimento di responsabilità caratterizzata dai compiti che il Direttore Generale assegna al Dirigente, dall'autorità concessa al delegato nell'impiego delle risorse e dall'obbligo del Dirigente di rispondere al delegante in termini di responsabilità. Il Dirigente esercita le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione annuale delle attività e dei contratti, nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget concordati e assume, nel contesto dei limiti previsti dalla negoziazione, obbligazioni in nome e per conto dell'Azienda.

In quanto responsabili dell'attività della gestione e dei relativi risultati negli ambiti di competenza, spetta in particolare ai dirigenti l'adozione di tutte le decisioni, atti e provvedimenti, compresi quelli che impegnano l'Azienda verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e l'organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo.

Il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda è il Dipartimento, individuato secondo specifici parametri dimensionali e funzionali.

Le Unità Operative Complesse sono articolazioni aziendali in cui si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche, strumentali ed economiche), finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione, oppure di produzione di prestazioni e di servizi sanitari.

In virtù di tale "complessità", queste strutture costituiscono centri di responsabilità e di costo all'interno del processo di budget.



Le unità operative semplici, a rilevanza dipartimentale, sono contrassegnate da un sistema di produzione con valore economico significativo (sia in termini di tecnologie utilizzate che di risorse umane assegnate) tale da assicurare attività riconducibili ad una linea di produzione chiaramente individuabile.

Lo staff direzionale oltre che essere caratterizzato da specifica specializzazione professionale, deve mostrare flessibilità organizzativa, e capacità di innovazione. Competenze precipue dello staff sono:

AREA DI SUPPORTO ALLA DIREZIONE GENERALE

- U.O.C. Protezione e Prevenzione Ambientale
- U.O.S. Servizio Infermieristico, Tecnico, Riabilitativo, Ostetrico e Sociale
- U.O S.D. Convenzioni, ALPI e Monitoraggio prestazioni Ambulatoriali
- U.O S.D. Gestione Rischio Clinico, Edilizia Impiantistica Ospedaliera
- U.O S.D. Monitoraggio e Controllo delle Attività Di Ricovero
- U.O S.D. *Accreditamento, Qualità e Formazione*



8. LA SWOT ANALYSIS (Strengths, Weaknesses/Limitations, Opportunities, and Threats)

Il continuo processo di analisi e conoscenza dell'Azienda e degli stakeholders esterni capaci di influenzare le decisioni, rappresentano presupposti obbligatori per assumere delle decisioni valide in chiave strategica. A tal proposito, l'analisi SWOT è una delle metodologie certamente più diffuse per l'analisi di contesti economico-territoriali, così come per la valutazione di piani, progetti e programmi e, pertanto, rappresenta oggetto di trattazione e passaggio fondamentale per la stesura del Piano della Performance.

In pratica, si tratta di un procedimento, che consente di rendere coerenti e utilizzabili le informazioni raccolte in forma idonea per la "decisione". Infatti, attraverso l'analisi SWOT è possibile evidenziare i punti di forza e i punti di debolezza del sistema interno aziendale al fine di individuare quelli capaci di favorire, o ostacolare, il perseguimento degli obiettivi, così come le opportunità e/o minacce del contesto esterno.

Punti di forza:

- Presenza di tutte le specialità in quanto Azienda di alta specializzazione e di rilievo nazionale;
- Alta competenza tecnico- professionale;
- dotazione di tecnologie diagnostiche e terapeutiche avanzate ed innovative;
- articolazione organizzativa in dipartimenti strutturali che accorpano le strutture complesse e hanno come obiettivo principale e diretto l'ottimizzazione delle politiche assistenziali destinate a specifiche categorie di pazienti/quadri clinici e volte a migliorare l'efficienza, anche mediante l'utilizzo razionale ed efficiente delle risorse assegnate.

Punti di debolezza:

- Articolazione in tre Presidi ospedalieri separati che condiziona negativamente l'iter diagnostico terapeutico e aumenta i costi di gestione influenzando sulla possibilità di ottimizzare i turni di guardia e richiedendo, in taluni casi, la



duplicazione di attrezzature medicali onde evitare pericolosi spostamenti a pazienti critici;

- Necessità di procedere, nel tempo, all'ammodernamento di molti padiglioni e di adeguarsi alle normative di riferimento con l'avvio di opere di ristrutturazione e adeguamento strutturale;
- Prestazioni non sempre appropriate, dovute al fatto che l'Azienda si vede costretta a prestare assistenza non rispondente al proprio mandato sia per difficoltà di trasferire nel territorio la continuità delle cure ospedaliere che per l'assistenza al fuori delle acuzie (codici bianchi)

Sulla base delle analisi di contesto interno ed esterno è stata sviluppata una matrice di analisi universalmente conosciuta con il nome di SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) che rappresenta uno strumento di pianificazione strategica usato per esaminare ed evidenziare analiticamente le forze (S) e le debolezze (W) emerse dal contesto interno al fine di far emergere le opportunità (O) e le minacce (T) e emerse dal contesto esterno.



	PUNTI DI FORZA (strenghts)	PUNTI DI DEBOLEZZA (weakness)
ANALISI PRESENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Risorse umane con elevata e riconosciuta professionalità. • Tecnologie innovative • Disposizioni e misure operative per il contenimento della spesa e la riduzione degli sprechi. • Presenza nell'ambito dell'Azienda di tutte le specialità, alcune delle quali svolte in esclusiva per un bacino di utenza sovraprovinciale (oncoematologia pediatrica, attività trapiantologica, neonatologia e t.i.n., radioterapia, ecc.); • Disponibili, in termini di spazi, per le attività sanitarie e l'accoglienza dell'utenza, delle aree destinate all'Emergenza Urgenza e più in particolare del Pronto Soccorso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Articolazione dell'Azienda in Presidi Ospedalieri i, distanti fra loro, che in taluni casi comporta spostamento di pazienti, anche critici, da un ospedale all'altro, con elevati rischi per i pazienti e conseguente incremento dei costi di gestione; • Difficoltà a garantire la continuità assistenziale fra L'Azienda Ospedaliera e L'Azienda Sanitaria; • Problematiche legate ad un sistema aziendale informativo ed informatico non ancora completamente adeguato alle esigenze aziendali. • Assetto strutturale dei presidi.

	OPPORTUNITÀ (opportunities)	MINACCE (threats)
ANALISI FUTURA	<ul style="list-style-type: none"> • Riduzione degli errori; • Riduzione eventi avversi; • Valorizzazione delle "eccellenze"; • Costante aggiornamento degli operatori; • Incentivazione della trasparenza; • Promozione con l'ASP di protocolli d'intesa che possano creare un filtro per l'Azienda Ospedaliera al fine di garantire l'abbattimento delle liste d'attesa soprattutto per gli esami diagnostico strumentali, ed eliminare il fenomeno del barellaggio" che rappresenta una forte criticità per alcune Unità Operative • Formalizzazione ed attivazione dei ribaltamenti dei costi per il Full Costing; • Crescita professionale degli operatori attraverso la partecipazione a eventi formativi mirati all'acquisizione di nuove metodologie e strumenti di lavoro; 	<ul style="list-style-type: none"> • Vincoli economico-finanziari collegati ai piani di contenimento della spesa sanitaria ed ai rapporti Stato-Regioni; • Incertezza collegata alle condizioni della finanza regionale; • Distorsione allocativa delle risorse; • Mancanza di filtro territoriale che determina un riversamento verso le strutture ospedaliere di domanda "inappropriata" ed incremento improprio dei tempi di attesa; • mobilità passiva

9. ANALISI DEL CONTESTO

9.1 Analisi del contesto esterno.

L'Azienda, quale struttura a rilevanza regionale ad alta specializzazione, nel rispetto delle indicazioni fornite dall'Assessorato della Salute ed in ragione dell'abbattimento dei ricoveri inappropriati in strutture di degenza, offre prestazioni assistenziali, diagnostiche e terapeutiche specialistiche agli utenti del territorio che si rivolgono ad essa, utilizzando anche il servizio reso dall'area di Emergenza-Urgenza. Mediante la specifica attività di integrazione con l'A.S.P. di Cosenza, l'A.O. è impegnata nella realizzazione di specifici percorsi assistenziali di gestione integrata di pazienti bisognosi di diagnosi e cura con malattia in fase avanzata di qualsiasi origine e/o affetti da patologie dolorose croniche (Rete integrata delle cure palliative con la Terapia del Dolore sul modello Hub and Spoke). Il Dipartimento Interaziendale per l'assistenza Materno-Infantile, ad esempio, sopperisce alla carenza cronica di personale sanitario e tecnico e, soprattutto, assicura un miglioramento del livello assistenziale delle gestanti e dei neonati, attivando, anche, percorsi per la prevenzione e la cura delle patologie trasmissibili e tumorali.

Inoltre, l'Azienda Ospedaliera di Cosenza, in ottemperanza a quanto previsto dal D.C.A. n° 30 del 3 marzo 2016 garantisce l'omogeneità e la continuità tra il sistema di emergenza territoriale 118 e i PP.SS./DEA che sono le componenti essenziali del complesso sistema dell'emergenza sanitaria. Il sistema di emergenza vede coinvolti i diversi elementi: Centrali operative 118 e i Dipartimenti di emergenza/urgenza ed accettazione (DEA), tra loro integrati e cooperanti nel raggiungimento di obiettivo comune. Obiettivo prioritario dell'Azienda Ospedaliera è garantire l'adequazione della rete emergenza urgenza, adottando tutti gli accorgimenti necessari a consentire che gli accessi al pronto soccorso siano realmente urgenti.

9.2 Analisi del contesto interno.

Come previsto dal D.C.A. n°30 del 3 marzo 2016, avente ad oggetto " Approvazione documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti" gli Stabilimenti Ospedalieri dell'Azienda



dovranno essere in grado di offrire competenze e tecnologie sofisticate e complesse per rispondere, in modo armonico e coordinato, ai molteplici fabbisogni di assistenza della popolazione.

Dovranno, altresì, realizzare le prescrizioni regionali in relazione:

- al consumo e alla produzione delle prestazioni ospedaliere;
- alla appropriatezza dei ricoveri effettuati nell'Azienda Ospedaliera di Cosenza (OBI, PAC, APA, prestazioni ambulatoriali, controllo DRG ad alto rischio di inappropriatezza);
- al numero dei posti letto necessari all'espletamento delle prestazioni richieste;
- al numero delle strutture complesse necessarie a garantire la produzione e la relativa collocazione delle stesse.

La rete ospedaliera terrà conto, nella gestione, della necessità di integrarsi con le altre reti regionali riguardo all'emergenza-urgenza territoriale.

Inoltre, l'Azienda Ospedaliera avrà puntuale considerazione delle eventuali analisi specifiche effettuate dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, relativamente alle indagini epidemiologiche sulla situazione dei propri residenti.



10.OBIETTIVI STRATEGICI

Il processo di redazione del piano delle performance si inserisce nell'ambito del più completo processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell'Azienda.

Gli obiettivi individuati dall'Azienda per il triennio 2016-2018 e derivati dalla Mission Aziendale sono obiettivi di particolare rilevanza rispetto ai bisogni ed alle attese degli stakeholder e in funzione dell'indissolubile legame con le risorse economiche disponibili.

Essi sono ricompresi nelle seguenti quattro aree strategiche:

1. **ECONOMICITÀ** (equilibrio finanziario, economico e patrimoniale, indebitamento);
2. **EFFICACIA ESTERNA** (impatto sui bisogni);
3. **EFFICACIA ORGANIZZATIVA** (modello organizzativo, formazione, sviluppo delle competenze, benessere organizzativo, pari opportunità);
4. **EFFICACIA INTERNA** misura della capacità dell'Azienda e di tutte le sue articolazioni strutturali di raggiungere gli obiettivi definiti e le proprie finalità);



Tali obiettivi, sono raggruppati per aree strategiche:

PIANO DI FATTIBILITÀ			
OBIETTIVI STRATEGICI			
Codice Area Strategica	DESCRIZIONE	Codice Obiettivo Strategico	DESCRIZIONE
1.	Economicità	1.1.	Diminuzione spesa
		1.2.	Remunerazione
		1.3.	Spesa Beni e Servizi
2.	Efficienza Esterna	2.1.	Utente Esterno
		2.2.	Utente Interno
		2.3.	Utente Interno/Esterno
3.	Efficienza Organizzativa	3.1.	Formazione
		3.2.	Informatizzazione
		3.3.	Informazione
		3.4.	Organizzazione
4.	Efficienza Interna	4.1.	Pianificazione
		4.2.	Controllo
		4.3.	Programmazione

10.1 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

L' Azienda Ospedaliera di Cosenza definisce la programmazione delle attività attraverso il processo di negoziazione di budget di ciascuna struttura sanitaria ed amministrativa.

È proprio in sede di definizione del budget annuale che l'Azienda e le singole strutture operative aziendali si impegnano a perseguire gli obiettivi aziendali.

Allo scopo di pervenire, annualmente e con sistematico riferimento alle scelte della programmazione, ai risultati da conseguire, alle attività da realizzare, ai

fattori operativi da utilizzare, alle risorse finanziarie da acquisire e da impiegare ed agli investimenti da compiere, è obbligatoria l'adozione della metodica di budget, la quale si sviluppa in due fasi:

1. Il piano della performance quale documento di raccordo sistematico tra la programmazione aziendale e il processo di budget, in aderenza ai contenuti ed alle scelte di pianificazione di medio periodo adottate dall'Azienda. Esso riporta le principali linee di attività da attuare nell'anno di riferimento ai fini del raggiungimento degli obiettivi previsti dalla programmazione regionale e aziendale, nonché dei progetti specifici aziendali.
2. il budget operativo delle Unità Operative con il quale si assegnano, per l'anno di riferimento, gli obiettivi di attività e le relative risorse.

10.2 Obiettivi assegnati al personale dirigente

Gli obiettivi operativi vengono dunque declinati in obiettivi individuali e quindi assegnati al dirigente che sarà responsabile insieme al personale afferente alla sua U.O. del raggiungimento degli stessi.



11. CORRELAZIONE CON IL PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA E INTEGRITÀ

In attuazione della L. 190/2012, l'Azienda ha adottato il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e Piano per la Trasparenza ed Integrità con la Deliberazione n°11 del 1.2.2016. In occasione della stesura del Documento di Budget 2016, l'Azienda ha ritenuto ancora di inserire due obiettivi comune a tutti i Centri di Responsabilità Amministrativi in merito alla partecipazione degli operatori ad iniziative formative inerenti alle prescrizioni normative anticorruzione e trasparenza.

Obiettivo specifico	Indicatore	Indicatore di Risultato
Realizzazione e aggiornamento degli obblighi di trasparenza amministrativa.	Pubblicazione da documentare fatto si (1) no (0)	100%
Trasmissione al Responsabile dell'Anticorruzione del "monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti"	Trasmissione copia fatto si (1) no (0)	aggiornamento continuo



12. IL PROCESSO E LE AZIONI DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE

Il processo seguito per la redazione del Piano del ciclo di gestione della *performance* è il seguente:

12.1 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 "Amministrazione Trasparente", 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. 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 gli 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; è, 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) 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 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.

12.1.1 Fasi

L'attuazione del Piano trova espressione nella realizzazione degli obiettivi assegnati dalla Regione, in sede contrattuale, ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e che costituiscono, pertanto, elemento condizionante per la valutazione della loro operatività e per la permanenza nell'incarico.

Sulla base degli obiettivi assegnati annualmente dall'Assessorato Regionale della Salute alla Direzione Generale viene, quindi, definito il presente Piano, a conclusione di un processo che, a regime, si articola 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 presentino 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, per consentire una corretta definizione di attività, costi e ricavi delle singole strutture.

Quindi gli obiettivi, gli indicatori e le risorse assegnate sono inseriti nelle schede di budget. Quest'ultimi sono dibattute nel corso degli incontri di negoziazione di budget. Una volta definiti e condivisi gli obiettivi, le schede sono sottoscritte dai Direttori di Struttura e dagli stessi sono illustrate a tutto il personale dipendente dell'Azienda in momenti di formale coinvolgimento attraverso incontri di presentazione, discussione e verifica a cura dei rispettivi Responsabili e documentati dalla formalizzazione di verbali con le firme in calce dei partecipanti. Analoga procedura è adottata con i Responsabili di Struttura Semplice rilevanza dipartimentale e con i Responsabili delle Strutture Semplici autonome.

5. Monitoraggio degli obiettivi

La misurazione intermedia del grado di raggiungimento degli obiettivi di unità operativa viene formalizzata attraverso uno specifico report elaborato dalla Struttura Programmazione e Controllo di Gestione che evidenzia per ciascuna Struttura e per ciascuno ambito di valutazione il grado di raggiungimento degli obiettivi con riferimento all'esercizio di budget. Tale report è comunicato a tutto il personale interessato attraverso la trasmissione diretta ai Direttori di Struttura Complessa, ai Responsabili di Struttura Semplice rilevanza dipartimentale ed ai Responsabili delle Strutture Semplici autonome al fine di garantire le sinergie necessarie alla efficienza ed efficacia organizzativa.



6.Feedback

I meccanismi di feedback, previsti nei casi di situazioni di comprovata criticità che possano recare pregiudizio al raggiungimento degli obiettivi, vengono attivati su istanza del Direttori di Struttura Complessa, dai Responsabili di Struttura Semplice a rilevanza dipartimentale e dai Responsabili delle Strutture Semplici autonome sulla base di elementi oggettivi di valutazione che evidenziano l'impossibilità dell'obiettivo dovuta ad errate previsioni ovvero a sopravvenute situazioni non prevedibili.

7. Misurazione e valutazione della performance

Alla chiusura dell'esercizio di budget si procede alla misurazione della performance organizzativa a livello di Unità Operativa. La valutazione compete al Nucleo Aziendale di Valutazione Strategica ai fini del riconoscimento degli incentivi previsti dal Sistema Premiante.

8. Collegamento con il sistema premiante

Il sistema di misurazione e valutazione della performance è collegato al sistema premiante definito dalla contrattazione integrativa decentrata.

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

Ultimata la redazione del Piano si procede alla fase di pubblicizzazione dello stesso con la pubblicazione sul sito web dell'azienda e la presentazione agli stakeholder esterni.

12.1.2 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 di supporto alla Direzione Generale.

La fase 2 è di competenza della Direzione Sanitaria.

La fase 4 è di competenza dell'Ufficio programmazione e Controllo di Gestione e della Direzione Sanitaria in raccordo con la Direzione Generale.



La fase 5 è di competenza del responsabile sezione "Amministrazione trasparente", per ciò che concerne la pubblicazione sul sito internet del Piano e per ciò che concerne la comunicazione all'esterno.

12.1.3 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 nell'anno precedente.

I tempi di redazione sono stati tuttavia, condizionati dal ritardo sui tempi di avvio della negoziazione delle risorse e dall'assegnazione degli obiettivi da parte dell'Azienda a causa della nuova riorganizzazione aziendale intervenuta a fine luglio con l'adozione del nuovo Atto Aziendale (deliberazione n° 157 del 25 luglio 2016).

Di conseguenza, i tempi previsti per l'anno 2016, 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.

VEDI ALLEGATO 1 - schede di budget 2016



13. METODOLOGIA

Il presente documento è frutto del monitoraggio e dell'aggiornamento dei target fissati nel Piano della Performance 2016-2018 scaricabile dall'area Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale. I target riportati sono il risultato del confronto con le articolazioni organizzative e, in alcuni casi, della declinazione aziendale delle linee strategiche regionali. Pertanto i parametri potrebbero variare nel prossimo triennio in virtù di nuovi standard regionali.

