

*PIANO DELLE
PERFORMANCE
AZIENDA
OSPEDALIERA
DI COSENZA
2018 / 2020*

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. 10
3.4.	La situazione finanziaria	pag. 11
3.5.	L'Amministrazione "in cifre"	pag. 11
4.	Mandato istituzionale e Missione	pag. 22
5.	Struttura organizzativa	pag. 24
6.	Sistemi di controllo	Pag. 27
7.	Albero della performance	pag. 29
8.	SWOT Analysis	pag. 31
9.	Analisi del contesto	pag. 34
9.1.	Analisi del contesto esterno	pag. 34
9.2.	Analisi del contesto interno	pag. 35
10.	Obiettivi strategici	pag. 36
10.1	Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	pag. 37
10.2	Obiettivi assegnati al Direttore Generale	pag. 38
10.3	Obiettivi Programma nazionale esiti	pag. 39
10.4	Obiettivi assegnati al personale dipendente	pag. 40
11.	Correlazione con il piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza e integrità	pag. 41
12.	Il processo e le azioni del Ciclo di gestione delle performance	pag. 43
12.1	Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano	pag. 43
12.1.1	Fasi	pag. 45
12.1.2	Soggetti	pag. 47
12.1.3	Tempi	pag. 48

A

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO

Il presente piano è il documento programmatico, previsto dal D.L. n°150 art.10 del 27 ottobre 2009 e s.m.i., con cadenza triennale, nel quale, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati obiettivi, indicatori e target da cui partire per le 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**: garantire la massima trasparenza nei confronti dei cittadini, degli utenti e degli stakeholders rendendo partecipe la collettività delle linee strategiche e dei principali obiettivi che si intendono raggiungere nel breve periodo;
- **anticorruzione**: contrasto efficace dei fenomeni corruttivi e attuazione delle strategie prioritarie e mirate per la prevenzione;
- **immediata intelligibilità**: adozione di una struttura standard con supporto grafico e tabellare
- **veridicità e verificabilità**: indicazione di fonti di provenienza dei dati.
- **partecipazione**: recepimento delle indicazioni interne da parte del personale e interazione con gli stakeholder esterni ed in particolare le rappresentanze dei cittadini.
- **principio della coerenza interna ed esterna** - con il contesto di riferimento (coerenza esterna) e con gli strumenti e le risorse - umane, strumentali, finanziarie - disponibili (coerenza interna);

Eventuali revisioni del presente documento potranno rendersi necessarie a seguito di modifica di norme e/o adeguamenti rispetto alla programmazione nazionale, regionale, aziendale;

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 e s.m.i. 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 il Piano della performance documento programmatico triennale, che è definito dall'organo di indirizzo politico amministrativo in collaborazione con i vertici dell'amministrazione..... 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.
- comma 524 punto a) della Legge di stabilità 2016.
- Decreto del Dirigente Regione Calabria 3262 del 21.03.2014 avente ad oggetto "Approvazione schema di Regolamento aziendale del Sistema di misurazione e

valutazione della Performance individuale – Programma operativo 2013-2015 –
Programma 10 obiettivo 10.1.6.

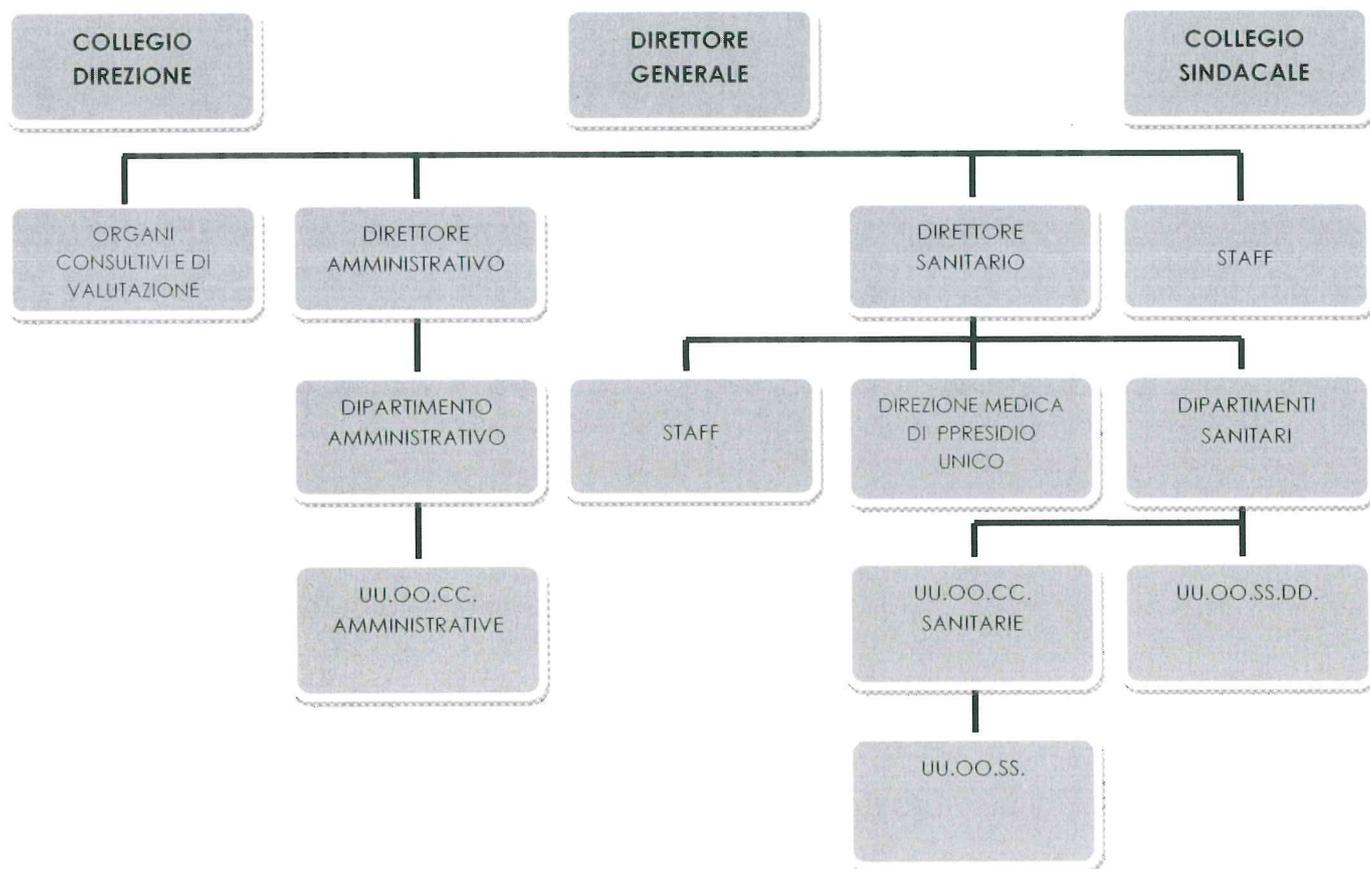
3. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI AZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI (o portatori di interesse)

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 e s.m.i.

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). La Stroke Unit conta 8 posti letto di degenza e 2 posti di day-hospital. Il Direttore Dr. Alfredo Petrone dirige l'unica struttura della provincia ad effettuare la terapia trombolitica per via endovenosa nei pazienti con ictus ischemico acuto. Inoltre si aprono nuove prospettive di cura per i pazienti con leucemia linfatica cronica, il tumore del sangue più frequente, e l'Azienda Ospedaliera di Cosenza si conferma in prima linea nel fronteggiare la sfida alle malattie onco-ematologiche che, con leucemie e linfomi, sono in ascesa vertiginosa nella terza età. "L'Azienda Ospedaliera di Cosenza è uno dei più importanti poli oncologici di alta specialità del Mezzogiorno. Si sta conducendo un'intensa attività di ricerca in campo biomedico con un centinaio di protocolli di ricerca clinica sui nuovi farmaci e modalità di cura con prospettive interessanti. In onco-ematologia oggi è possibile offrire a ciascun malato terapie sempre più mirate, a partire dalle caratteristiche genomiche del tumore, come le cure d'avanguardia basate su cure in grado di attivare la morte programmata delle cellule tumorali in chi soffre di leucemia linfatica cronica, patologia che in Calabria conta numerose diagnosi l'anno".

Altre eccellenze in campo sanitario di quest'Azienda sono:

- **I'U.O.S.D. di Ablazione percutanea ecoguidata** diretta dal Dott. Giovanni VALLONE che si occupa della diagnosi e cura dei tumori del fegato e delle procedure eco-interventistiche attraverso la termoablazione con radiofrequenza e con microonde su pazienti selezionati che non possono essere sottoposti a resezione chirurgica o in alternativa alla chirurgia. Unica struttura in Calabria ad eseguire procedure di alta complessità. L'attività ha come scopo di ridurre nettamente la migrazione sanitaria.

- **I'U.O.S.D. di Chirurgia Bariatrica** diretta dal Dott. Antonino URSO, trattandosi di quella branca della Chirurgia che si occupa del trattamento chirurgico dei pazienti affetti da obesità patologica rispetto ai normopeso che rappresenta grave fattore di rischio per il cancro. Rappresenta motivo di vanto e di prestigio per la Calabria, è diventato da subito riferimento per i pazienti obesi di tutta la regione e non solo, quale chirurgia specialistica considerata come intervento salvavita.

E' da evidenziare, oltre ad altre attività qui non menzionate, l'attività diagnostica e terapeutica, svolta all'interno dell'U.O.C. di Medicina Nucleare, che si avvale di tecniche specialistiche ad alta tecnologia attraverso l'impiego di apparecchiature d'imaging e di misura molto sofisticata (PET-CT), utilizzate, oltre che in campo oncologico, anche nel campo della Neurologia e più in generale delle Neuroscienze e della Cardiologia.

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

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

L'Azienda elabora i propri bilanci in osservanza delle disposizioni contenute nel codice civile, titolo V, capo V sezione IX e della specifica normativa nazionale e regionale emanata per il settore sanitario pubblico.

Non risultando ancora disponibile Il risultato d'esercizio 2017 si riporta Il risultato d'esercizio 2016 che è rappresentato da un utile pari ad € 301.471,72.

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 prevalentemente per acuti, si sta avviando nello stabilimento del Santa Barbara una attività di lungodegenza, dotato di dipartimento di emergenza DEA di II livello e di tutte le principali branche specialistiche.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

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



REGIONE CALABRIA

RISORSE UMANE

L'Azienda Ospedaliera considera le risorse umane un fattore essenziale per l'erogazione dei propri servizi e per la qualità degli stessi.

L'importanza di tali risorse giustifica gli investimenti in attività formative e di aggiornamento professionale nonché l'attenzione ai sistemi di valutazione del loro operato.

In considerazione della valenza altamente strategica, l'Azienda sostiene la valorizzazione del personale, con l'obiettivo di renderlo il più possibile partecipe delle scelte aziendali, favorendo l'espressione delle capacità propositive e la responsabilizzazione rispetto alla propria attività, utilizzando allo scopo anche gli istituti incentivanti contrattualmente previsti.

Tale impegno si sviluppa con l'obiettivo di disporre di personale qualificato ed efficiente, preparato sia sotto il profilo professionale che relazionale ed in numero adeguato rispetto alle richieste dei diversi servizi.

L'Azienda si avvale in maggioranza di personale dipendente suddiviso nelle quattro diverse "aree": sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa.

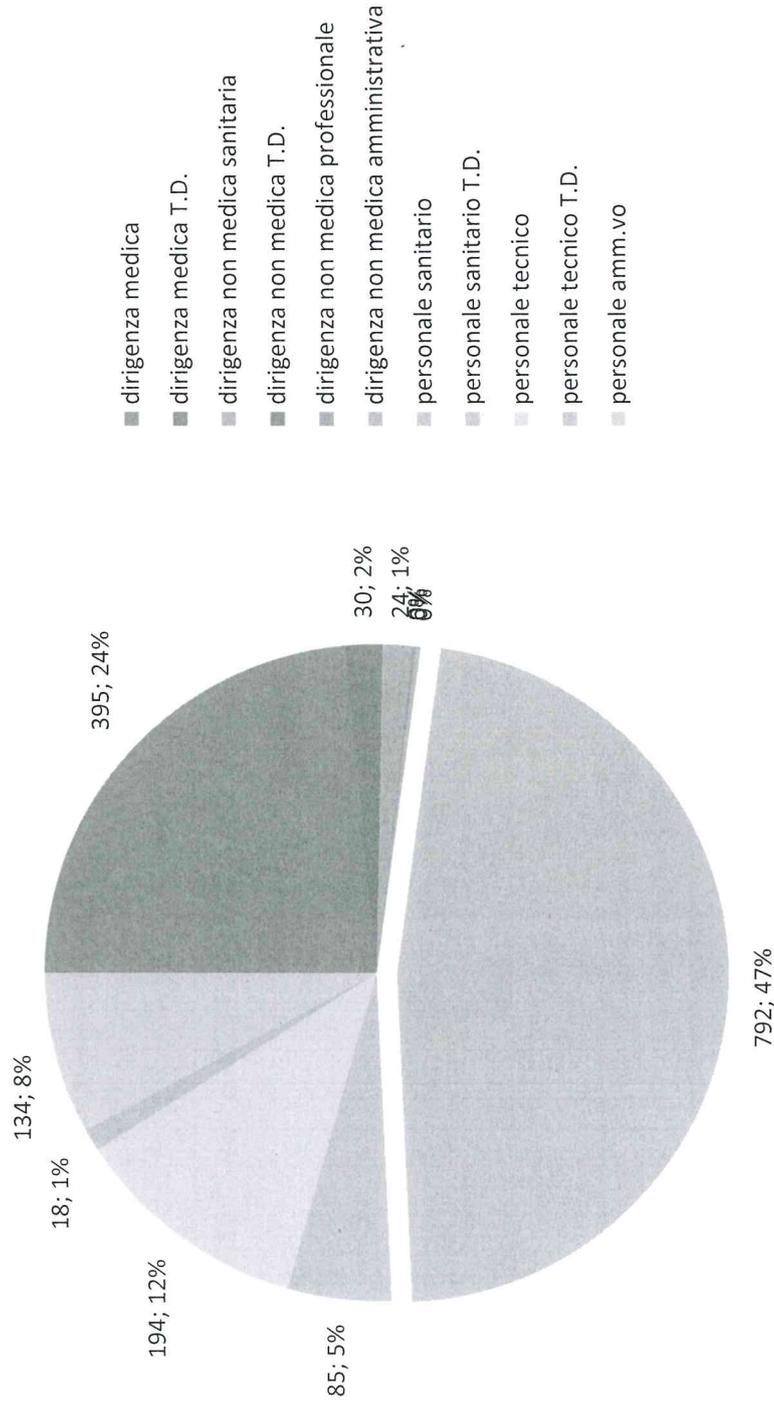
Al 31.12.2017 le risorse umane dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza sono pari a N°1689 unità, distribuite per ruolo e per tipologia di contratto (tempo determinato e indeterminato) secondo quanto indicato

Le risorse umane sono pari a N°1689 con una percentuale del 7,87% di personale a tempo determinato.

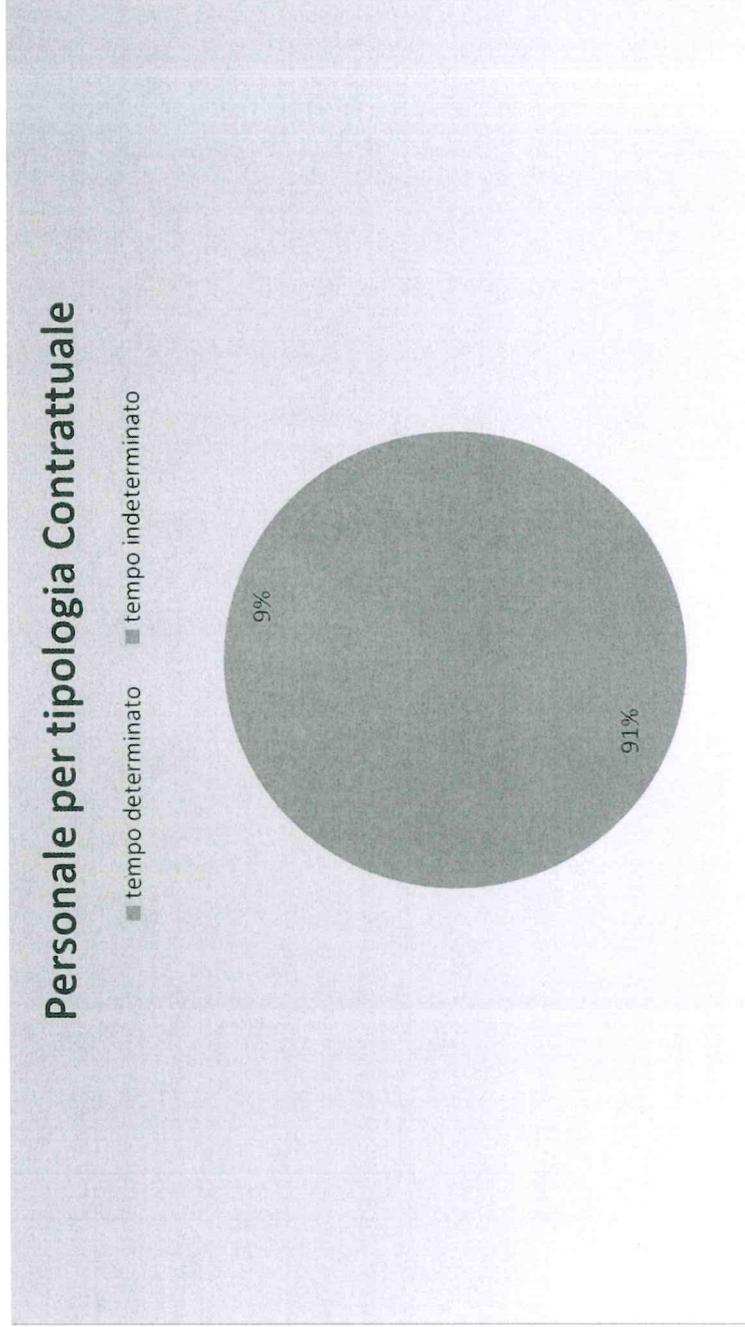
PERSONALE IN SERVIZIO DIVISO PER RUOLO

Ruolo	presenti al 31/12/2014	presenti al 31/12/2015	presenti al 31/12/2016	Cessati	Assunti	presenti al 31/12/2017
DIRIGENZA MEDICA	351	340	410	37	22	395
DIRIGENZA MEDICA T.D.	56	56	18	13	25	30
DIRIGENZA MEDICA	407	396	428	50	47	425
DIRIGENZA NON MEDICA SANITARIA	19	19	21	0	3	24
DIRIGENZA NON MEDICA SANITARIA T.D.	4	4	3	3	0	0
DIRIGENZA NON MEDICA PROFESSIONALE	3	3	3	0	0	3
DIRIGENZA NON MEDICA AMMINISTRATIVA	8	7	6	2	0	4
DIRIGENZA NON MEDICA	34	33	33	5	3	31
PERSONALE SANITARIO	755	763	785	75	82	792
PERSONALE SANITARIO T.D.	101	94	97	58	70	85
PERSONALE TECNICO	148	143	170	13	37	194
PERSONALE TECNICO T.D.	42	42	40	22	0	18
PERSONALE AMMINISTRATIVO	141	134	137	6	3	134
PERSONALE COMPARTO	1187	1176	1230	174	192	1224
TOTALE	1628	1605	1689	168	252	1689

personale in servizio diviso per ruolo



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



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 day surgery	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 ANNO 2016	
NUMERO CASI TRATTATI DALLE UNITÀ OPERATIVE	
Casi trattati in regime ordinario	21.108
Casi trattati in regime day hospital	2.891
Casi trattati in regime day surgery	1.725
Prestazioni APA e PAC	13.652

NUMERO CASI INTERVENTI CHIRURGICI ANNO 2016	
Interventi chirurgici	7.478

PRESTAZIONI AMBULATORIALI ANNO 2016	
Prestazioni ambulatoriali per esterni	739.716

ATTIVITÀ ANNO 2017	
NUMERO CASI TRATTATI DALLE UNITÀ OPERATIVE	
Casi trattati in regime ordinario	22.006
Casi trattati in regime day hospital	2.679
Casi trattati in regime day surgery	1.339
Prestazioni APA e PAC	16.721

W

NUMERO CASI INTERVENTI CHIRURGICI ANNO 2017	
Interventi chirurgici	7.403

PRESTAZIONI AMBULATORIALI ANNO 2017	
Prestazioni ambulatoriali per esterni	742.656

ATTIVITÀ PRONTO SOCCORSO

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

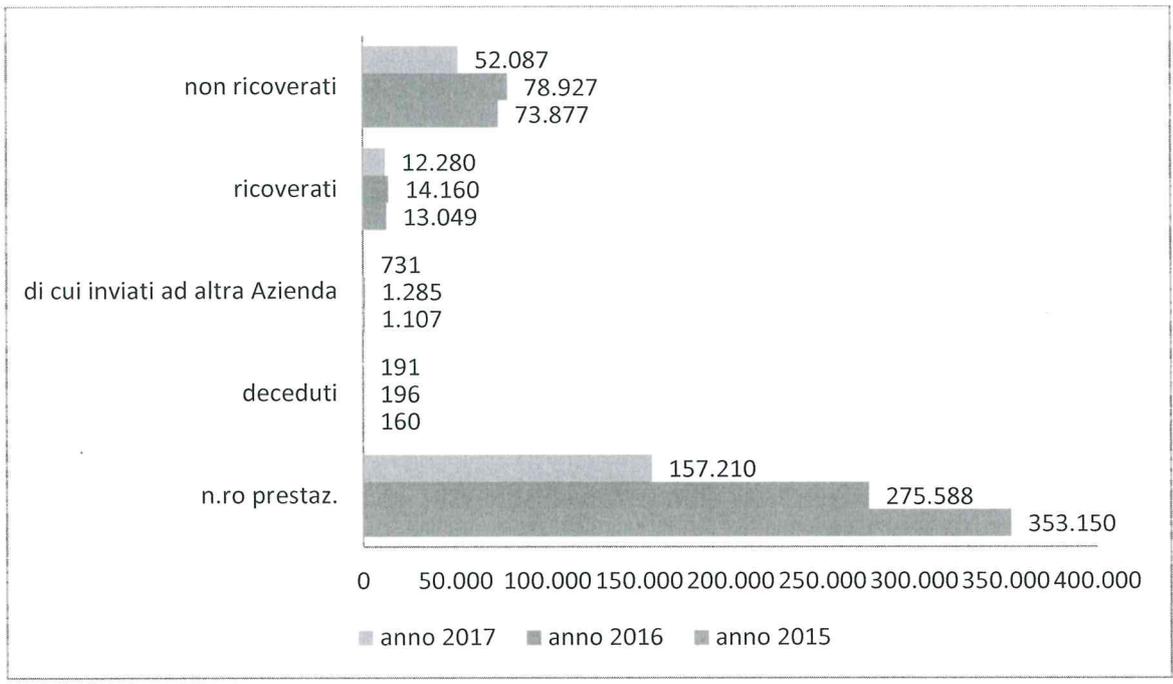
	RICOVERATI	NON RICOVERATI	DI CUI INVIATI AD ALTRA AMMINISTRAZIONE	DECEDUTI	NUMERO PRESTAZIONI
gen-15	1.121	6.438	111	19	30.000
feb-15	1.034	5.290	97	11	28.000
mar-15	1.081	6.139	96	20	29.200
apr-15	1.099	5.928	74	9	29.500
mag-15	1.164	6.444	84	14	30.400
giu-15	988	6.522	92	12	30.700
lug-15	1.193	6.420	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 2016
PRONTO SOCCORSO	HSP.24

	RICOVERATI	NON RICOVERATI	DI CUI INVIATI AD ALTRA AMMINISTRAZIONE	DECEDUTI	NUMERO PRESTAZIONI
gen-16	1.160	6.980	104	15	29.303
feb-16	1.150	6.680	119	16	29.542
mar-16	1.170	7.160	147	11	29.470
apr-16	1.152	7.312	140	17	25.020
mag-16	1.129	7.357	117	18	23.686
giu-16	1.041	5.863	121	18	21.600
lug-16	1.161	6.725	117	18	19.398
ago-16	1.253	6.718	105	11	20.678
set-16	1.361	5.467	45	14	19.693
ott-16	1.227	6.464	95	17	18.178
nov-16	1.128	6.084	85	15	19.200
dic-16	1.228	6.117	90	26	19.820
TOTALE	14.160	78.927	1.285	196	275.588

DAY HOSPITAL, NIDO, PRONTO SOCCORSO, OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE	ANNO 2017
PRONTO SOCCORSO	HSP.24

	RICOVERATI	NON RICOVERATI	DI CUI INVIATI AD ALTRA AMMINISTRAZIONE	DECEDUTI	NUMERO PRESTAZIONI
gen-17	1106	5396	84	22	17540
feb-17	1098	4715	47	16	13645
mar-17	1104	5200	79	11	15964
apr-17	953	3963	58	10	12350
mag-17	1026	4173	62	17	15600
giu-17	955	4010	69	11	12852
lug-17	1017	4013	41	6	12025
ago-17	1079	5491	54	18	12379
set-17	961	3793	53	15	10813
ott-17	1039	3999	54	22	11609
nov-17	962	3750	63	23	11234
dic-17	980	3584	67	20	11199
TOTALE	12280	52087	731	191	157210



Handwritten signature

4. MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE

L'Azienda concorre nella specificità del proprio ruolo e dei propri compiti al perseguimento dei seguenti obiettivi:

a) Sviluppo dell'eccellenza attraverso l'introduzione di nuove tecnologie e favorevole per l'espressione dell'eccellenza di modelli organizzativi e gestionali innovativi, atti a garantire un ambiente clinica e assistenziale, per lo sviluppo dell'attività di ricerca e di sperimentazione e per la valorizzazione delle risorse professionali, anche attraverso il confronto con realtà regionali e sovraregionali.

b) Sviluppo di programmi di governo clinico attraverso politiche di prevenzione, formazione e promozione, atti a gestire e contenere i rischi e al contempo innalzare i livelli di qualità e sicurezza e delle prestazioni sanitarie. I programmi di Governo Clinico sono il risultato di un confronto e di sinergie tra professionisti, tra Direzione e Uffici di Staff; garantiscono percorsi di valutazione e di verifica dell'efficacia dei risultati e dell'efficienza nell'uso delle risorse.

c) Centralità dell'utente ed equità di accesso nel rispetto del principio di centralità dei bisogni dell'utente garantito sulla base di modelli improntati alla maggiore flessibilità e funzionalità organizzativa, fondata su percorsi e protocolli assistenziali integrati e multidisciplinari. Il principio di equità di accesso è garantito dalla costante ricerca di una corretta allocazione delle risorse, atte a determinare una costante e continua rimodulazione dell'offerta di prestazioni in rapporto alla qualità e quantità della domanda, con particolare riferimento a quelle ad alto contenuto professionale e tecnologico.

d) Partecipazione dei cittadini, proprio in attuazione del principio di centralità del cittadino - utente, a cui l'Azienda riconosce il diritto di partecipazione, anche tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, alle fasi di programmazione delle attività, valutazione della qualità dei servizi e tutela dei diritti degli utenti. Gli strumenti organizzativi con i quali viene effettivamente assicurata tale partecipazione sono la Carta dei Servizi, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

e) Partecipazione e sviluppo delle risorse umane investendo sui professionisti e sulla loro formazione continua al fine di offrire servizi sempre più qualificati ai cittadini e di sviluppare e valorizzare le proprie competenze professionali, in coerenza con gli obiettivi

dipartimentali e di Azienda nonché con le attività di innovazione e ricerca. Nell'elaborazione delle strategie aziendali e nella definizione dei percorsi assistenziali, la Direzione opera attraverso un approccio interdisciplinare e interprofessionale, promuovendo il pieno ed attivo coinvolgimento dei professionisti.

f) Sviluppo dell'innovazione e della ricerca, si pone l'obiettivo di realizzare in maniera compiuta e sistematica percorsi per la promozione, valutazione ed il miglioramento della Qualità delle attività sanitarie dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza. Contribuendo a che livello centrale vi siano sintonia di visione e coerenza di attività nei riguardi delle iniziative di valutazione e miglioramento della Qualità e a che livello periferico si promuova e si sostenga la rete dei professionisti per la promozione della qualità attraverso la condivisione di linguaggi, metodi e strumenti da utilizzare. L'Attività di relazioni interne valorizza la ricerca e la promozione della qualità professionale. Supportando i gruppi di lavoro i cui mandati riguardano la valutazione ed il miglioramento. Promuove la realizzazione, il coordinamento e la valutazione di iniziative di Health Technology Assessment di Empowerment ed Umanizzazione e di Evidence Based Medicine (EBM). Promuove le attività per valorizzare la ricerca, la qualità professionale e il capitale intellettuale con iniziative funzionali al processo di trasferimento della ricerca biomedica e organizzativa ai contesti assistenziali. Collabora ad integrare le istanze / iniziative delle unità Operative / Dipartimenti e gli eventuali enti finanziatori dei progetti. Allinea progetti assistenziali e di ricerca favorendo l'adozione di innovazioni cliniche e gestionali.

g) Promuovere la qualità dei servizi attraverso l'implementazione di processi di miglioramento continuo della qualità conformi alle esigenze dell'utente, del professionista e dell'organizzazione, coniugando qualità clinica, relazionale e organizzativa. A tale scopo implementerà programmi di verifica sistematica dell'attività e dei risultati raggiunti con la partecipazione attiva dei professionisti.

h) Integrazione con il sistema territoriale dell'Emergenza-Urgenza (118): sviluppare programmi di integrazione funzionale con la rete dell'emergenza-urgenza (118) al fine di consentire la corretta allocazione del paziente tra i presidi della rete e una ottimale e appropriata gestione della fase acuta.

i) Integrazione Ospedale-Territorio attraverso il rapporto tra le due Aziende (sanitaria provinciale e azienda ospedaliera), finalizzato alla valorizzazione di un progetto

complessivo di sviluppo di una rete integrata di servizi al cittadino, Il Rapporto con l'Azienda Sanitaria sarà volto, altresì, a sistematizzare le sinergie con i Medici di Assistenza Primaria, al fine di definire linee guida comuni su patologie rilevanti che prevedono integrazione; migliorare l'appropriatezza delle richieste, definire criteri per garantire un eccesso equo rispetto alla "gravità" della patologia.

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 e s.m.i.. 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,

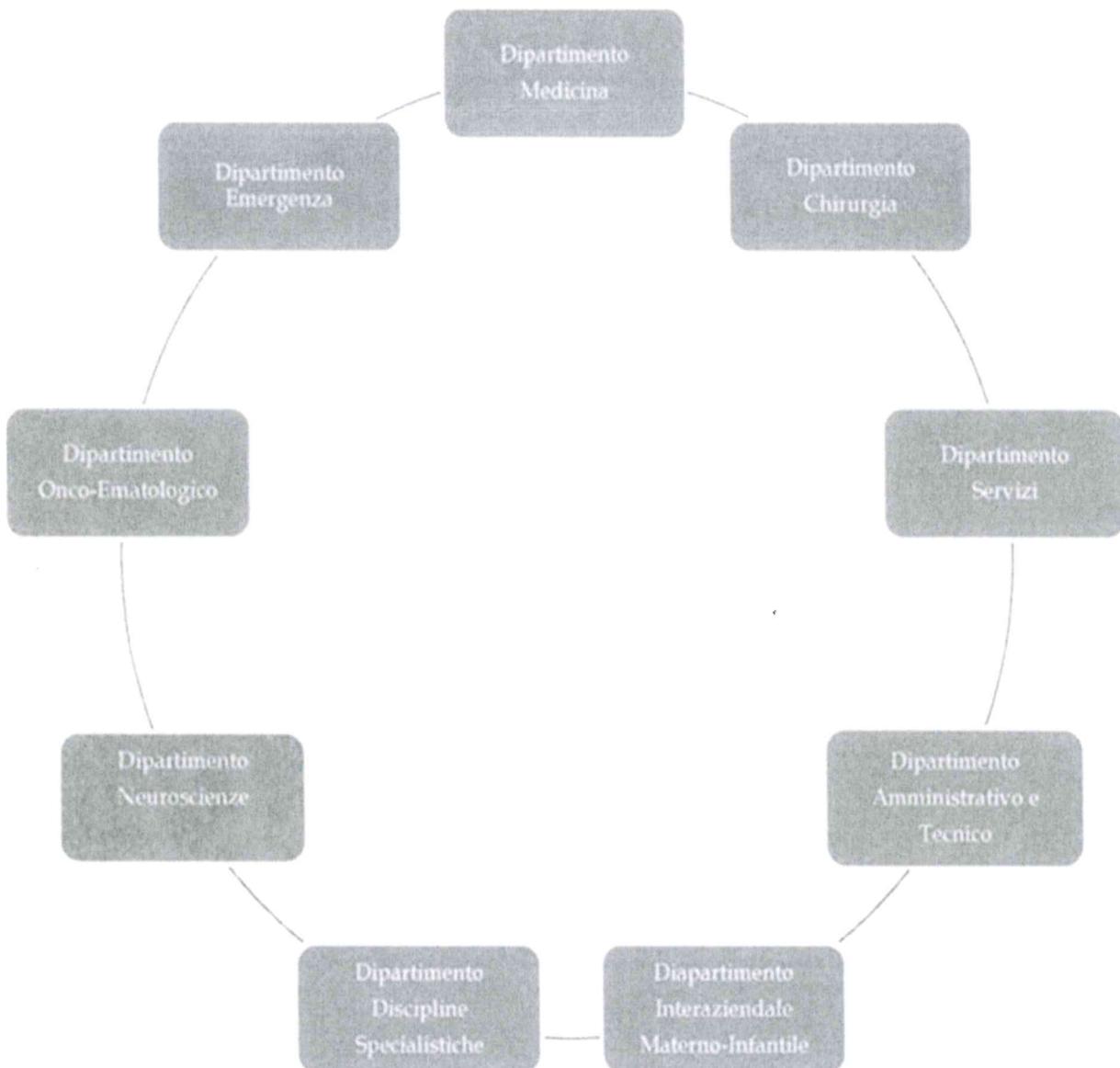
tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati alle singole unità operative aziendali, è quello del dipartimento strutturale.

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:



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.D. Accreditamento, Qualità e formazione e la S.S.D. Gestione di rischio clinico, edilizia, impiantistica, in staff alla Direzione 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 fino a nuove disposizioni regionali in materia di OIV.

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**, fino alla nomina dell'OIV da parte di quest'Amministrazione, 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;
- verifica annuale per tutti i dirigenti;

L'Azienda Ospedaliera provvede alla formulazione ad 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.D. Convenzioni, ALPI e Monitoraggio prestazioni Ambulatoriali
- U.O S.D. Gestione di rischio clinico, edilizia, impiantistica
- U.O S.D. Monitoraggio e Controllo delle Attività Di Ricovero
- U.O S.D. *Accreditamento, Qualità e Formazione*
- U.O.S. Servizio Infermieristico, Tecnico, Riabilitativo, Ostetrico e Sociale
- U.O.S *Affari Legali*



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	PUNTI DI DEBOLEZZA
<ul style="list-style-type: none"> • Competenze professionali rilevanti in alcune UUOO che risultano attrattive e competitive. • Nuovo assetto organizzativo • Dotazione tecnologica in alcuni contesti adeguati. • Aumento della produzione (ricoveri, accessi, interventi). • Aumento ricavi e possibilità d'investimenti futuri. • Ampiezza dell'offerta specialistica • Attività uniche nel bacino d'utenza • Economicità ed efficienza 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilità passiva. • Comunicazione e condivisione inefficace degli impegni all'interno delle strutture aziendali. • Insufficiente analisi dei processi produttivi, del clima e della cultura aziendale. • Insufficiente capacità di attrazione di donazioni e di attivazione di modalità di <i>fund raising</i>. • Cantieri di ristrutturazione avviati da diverso tempo • Personale numericamente insufficiente rispetto ai requisiti minimi organizzativi di cui alla L.R. 24/2009 e s.m.i. sull'accREDITAMENTO.
MINACCE	OPPORTUNITA'
<ul style="list-style-type: none"> • Incremento progressivo della popolazione anziana con conseguente aumento delle patologie croniche ed a più elevato costo. • Condizioni di forte disagio sociale ed economico di parte della popolazione residente, con livelli di deprivazione particolarmente elevati nelle donne anziane. • Carenza di risorse con conseguente riduzione degli interventi socio assistenziali da parte degli enti locali e del terzo settore. • Limitate possibilità di acquisizione di risorse umane dati i vincoli del Piano di Rientro. • Resistenze delle categorie portatrici di interessi agli interventi di razionalizzazione e riorganizzazione dell'Azienda. • Mancanza di filtro territoriale che determina un riversamento verso le strutture ospedaliere di domanda "inappropriata" ed incremento improprio dei tempi di attesa. • Riduzione nel corso degli anni dei finanziamenti e delle risorse disponibili 	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilità, data la non numerosa offerta ospedaliera alternativa, di implementare un modello di integrazione ospedale-territorio di cui si possa beneficiare l'intera provincia. • Superamento dell'attuale frammentazione dell'offerta dei servizi per i pazienti con pluripatologie ed orientamento verso forme innovative di gestione delle patologie croniche. • Strutturazione di una rete ospedaliera per i livelli di complessità assistenziale e per aree polispecialistiche, con introduzione di modelli organizzativi innovativi ed orientata all'efficacia, efficienza, economicità ed etica. • Significativi margini per il recupero di efficienza. • Riorganizzazione del personale e valorizzazione delle eccellenze. • Politica del personale dell'ottica di una stagione complessiva del Cambiamento e dello sviluppo organizzativo. • Valorizzazione del ruolo dei dipartimenti nei processi di ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse, della Formazione permanente del personale, di valutazione e verifica dell'assistenza fornita, di omogeneizzazione delle procedure organizzative, assistenziali e di utilizzo delle tecnologie. • Sviluppo delle reti inter-istituzionali e di network informali basati sulla <i>information communication technology</i> (ICT). • Disponibilità delle OO.SS. all'ascolto e al confronto costruttivo sulle principali problematiche aziendali per il raggiungimento degli obiettivi programmati. • Aumento numero posti letto. • Riduzione degli errori. • Riduzione degli eventi avversi.

- Formalizzazione ed attivazione dei ribaltamento dei costi per il *full costing*.

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'adeguatezza 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 inappropriatazza);
- 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 dell'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 2018-2020 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 Direttore Generale

Con nota n°66548 del 22.02.2018 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del servizio sanitario della Regione Calabria sono stati assegnati i seguenti obiettivi di carattere generale:

- a) Trasmissione flussi informativi nei tempi previsti dalla norma;
- b) Efficienza dei servizi e dell'organizzazione;
- c) Risposta ai bisogni sanitari;
- d) Contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera;
- e) Contenimento costo per acquisti beni e servizi;
- f) Attuazione dell'organizzazione dei servizi ospedalieri coerenti con la programmazione regionale definita dal DCA n°64 del 2016;
- g) Processo di dematerializzazione della ricetta cartacea;
- h) Appropriatelyzza dei ricoveri in degenza ordinaria e indice di occupazione dei posti letto;
- i) Governo delle liste d'attesa;
- j) Obiettivi di Performance e esiti;

Gli obiettivi del Direttore Generale rappresentano anch'essi base di partenza per definire gli obiettivi a livello delle singole strutture, pertanto, ricadono a cascata su tutta l'Azienda.



10.3 Obiettivi Programma Nazionale Esiti

Il Programma Nazionale Esiti sviluppa per il Servizio Sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, che può essere definita come stima, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari. La Legge 7 agosto 2012, n. 135, "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini.", Titolo III "Razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria", all'art. 15 comma 25 bis, garantisce che: "Il complesso delle informazioni e dei dati individuali così ottenuti è reso disponibile per le attività di valutazione esclusivamente in forma anonima Il Ministero della salute si avvale dell'AGENAS per lo svolgimento delle funzioni di valutazione degli esiti delle prestazioni assistenziali e delle procedure medico-chirurgiche nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. A tal fine, AGENAS accede, in tutte le fasi della loro gestione, ai sistemi informativi interconnessi del Servizio sanitario nazionale di cui al presente comma in modalità anonima. "Questa norma introduce importanti novità in materia di gestione ed utilizzazione dei sistemi informativi sanitari a livello nazionale e consentirà, dalle prossime edizioni di PNE lo sviluppo e la stima di nuovi e più validi indicatori attraverso l'utilizzazione integrata delle informazioni individuali, in modalità anonima, di tutti i sistemi informativi del SSN. Queste nuove opportunità consentiranno non solo un ulteriore sviluppo ed una maggiore validità delle stime di esito dell'assistenza ospedaliera, ma soprattutto lo sviluppo di validi indicatori di esito delle cure primarie, ambulatoriali e della continuità assistenziale. Gli indicatori utilizzati da PNE devono essere supportati da protocolli scientifici basati sulla letteratura disponibile, con chiara definizione dell'esito misurabile di salute in studio (i.e. mortalità a breve termine, ospedalizzazioni per specifiche condizioni etc). Il PNE, per ciascuna delle attività, processi di cura ed interventi preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi valutati deve documentare, la revisione sistematica della letteratura scientifica, le prove disponibili di efficacia dei trattamenti che vengono valutati, nonché valutare l'associazione tra volumi di attività ed esiti delle cure e stimati, con specifici protocolli, indicatori di volumi di attività che saranno oggetto dell'aggiornamento del presente piano. Di seguito si riportano i risultati PNE:



Descrizione indicatore

1. Colectomia laparoscopica Degenza Post-operatoria < 3 gg;
2. Intervento chirurgico per frattura di femore entro 2 gg;
3. By-Pass aortocoronarico mortalità a 30 gg;
4. Valvuloplastica isolata mortalità a 30 gg;
5. Proporzione di parti con taglio cesareo primario;
6. Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni;
7. Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni;
8. Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30gg;
9. Colectomia in regime ordinario/day surgery: proporzione di colectomie laparoscopiche;
10. Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi;
11. Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 gg;
12. Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni;
13. Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio;
14. Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero.

10.4 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.



monitoraggio dell'attuazione, nell'ambito delle rispettive strutture, delle misure e degli interventi previsti dal PTPCT 2018-2020	percentuale tra azioni implementate e azioni previste dal piano			
--	---	--	--	--

In tal modo tutte le strutture sono impegnate ad implementare le azioni e le misure obbligatorie di prevenzione al fine di individuare i fenomeni corruttivi.

Tenuto conto della diversa tipologia di funzioni esplicate dalle strutture che operano all'interno dell'azienda, per le strutture amministrative sono stati individuati gli obiettivi indicati nella sottostante tabella:

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

Partendo dall'analisi del rischio e dalla valutazione del medesimo, per come stabilito dalla normativa vigente, sono state individuate le aree particolarmente sensibili ed assegnati obiettivi specifici, il cui raggiungimento sarà oggetto di valutazione del dirigente.

La procedura di attribuzione degli obiettivi ai resp. delle varie Unità Operative, è in itinere, pertanto, costituirà l'aggiornamento del presente piano con apposito atto deliberativo.

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. La misurazione della performance viene effettuata dalla U.O.C.



Programmazione e controllo di gestione e trasmessa al NAVS per la successiva valutazione della performance organizzativa.

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 dei 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 nel reperire i dati per l'assegnazione delle risorse alle UU.OO.

In tale contesto si è quindi proceduto da parte della Direzione Strategica, alla definizione dei budget con gli obiettivi per singoli CDR, di cui si riporta copia in allegato al presente Piano della Performance.

Con successivo atto deliberativo si prenderà atto delle schede di budget negoziate con i Direttori/Responsabili Sanitari, Amministrativi e Professionali.