

La presente deliberazione viene pubblicata all'Albo di questa Azienda il 28 GIU. 2020

Messina 24 GIU. 2020

La Segreteria
Sig.ra Giuseppa Arnao

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente Deliberazione è stata affissa all'Albo di questa Azienda

dal _____ e per 15 giorni consecutivi.

La Segreteria

Messina _____



REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO DELLA SALUTE
AZIENDA OSPEDALIERA PAPARDO
MESSINA

DELIBERAZIONE N. 0699 DEL 24 GIU. 2020

OGGETTO: Recepimento Relazione sulla Performance anno 2019.

DIREZIONE GENERALE

Proposta n. 8 del 23.06.2020

Il Resp. del Procedimento

Antonio Di Iesi

Il Dirigente Struttura Semplice / Complessa

[Signature]

Il Direttore della Struttura Complessa Economico
Finanziaria e Patrimoniale

[Signature]

Nr. Prenotazione

SAE, 60h

L'anno duemilaventi, il giorno VENTIQUATTRO del mese di GIUGNO nella sede dell'Azienda Ospedaliera Papardo di Messina, il sottoscritto Dr. Mario Paino, Direttore Generale, nominato con D.P.R.S. n. 197/serv.1/S.G. del 04.04.2019, coadiuvato, dai dottori:

-dr. Salvatore Munafò Direttore Amministrativo;

-dr. Giuseppe Ranieri Trimarchi Direttore Sanitario;

assistito dal/la Sig./Sig.ra Sig.ra Giuseppa Arnao in veste di segretario.

Premesso che l'art. 10 c. 11 lett. b) del D.L.vo n. 150/2009, prevede che entro il 30 giugno di ogni anno, debba essere adottato il documento denominato "Relazione sulla Performance", che evidenzi, a consuntivo e con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti, rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti;

Richiamato l'art. 14, comma 4 lett. c) del precitato D.L.vo n. 150/2009, con il quale il legislatore individua, tra i compiti dell'Organismo Indipendente di Valutazione, quello di validare la relazione sulla Performance di cui all'art. 10 e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Amministrazione;

Rilevato che la Struttura Tecnica Permanente ha provveduto a redigere la predetta "Relazione sulla Performance anno 2019", che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale (Allegato "A"), e per la quale l'O.I.V. aziendale ha espresso parere favorevole procedendo alla sua validazione (ai sensi del succitato art. 14, c.4, lett. c) come da nota prot. n. 27890 del 23.06.2020 (Allegato "B");

Atteso che il ciclo gestione della performance è ispirato al principio della massima trasparenza e leggibilità e che l'Amministrazione garantisce la massima trasparenza in ogni fase di tale ciclo e che, quindi, procederà, tra l'altro, alla pubblicazione sul proprio sito istituzionale della sopracitata "Relazione sulla Performance", nell'Area "Amministrazione Trasparente";

Ritenuto necessario, per le motivazioni sopra espresse, procedere al recepimento della "Relazione sulla Performance", allegata al presente atto;

Dato atto che responsabile del provvedimento è il dr. Antonino Di Blasi, responsabile della Struttura Tecnica Permanente;

Preso atto che il presente provvedimento è stato predisposto nel rispetto della Legge n. 190 del 06.11.2012, nonché dell'osservanza del vigente Piano Aziendale di Prevenzione della Corruzione;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa che qui si intendono integralmente riportate e trascritte:

Recepire, secondo quanto previsto dall'art. 10 c. 11 lett. b) del D.L.vo n. 150/2009, la "Relazione sulla performance per l'anno 2019", validata dall'O.I.V. aziendale secondo quanto previsto dall'art. 14 comma 4, lett. c) del precitato D.L.vo n. 150/2009 e che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale (Allegato "A"), unitamente alla valutazione positiva e validazione della relazione da parte dell'O.I.V. come da nota prot. n. 27890 del 23.06.2020 (Allegato "B");

Procedere alla pubblicazione della presente delibera e dell'allegata relazione sulla performance, sul sito internet aziendale, nel link "Amministrazione Trasparente" ► Performance ► Relazione sulla Performance, al fine di garantire la massima trasparenza in ogni fase del ciclo di gestione della performance.

Il Direttore Amministrativo
(dr. Salvatore Munafò)

Il Direttore Sanitario
(dr. Giuseppe Ranieri Trimarchi)

Il Direttore Generale
(dr. Mario Pano)

Il Segretario
Sig.ra Giuseppina Arnao



Regione Siciliana
Azienda Ospedaliera Papardo
 Ctr. Papardo tel.090-3991 Messina

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE
ANNO 2019

AZIENDA OSPEDALIERA PAPARDO

1-Presentazione - Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri Stakeholder esterni -----	Pag. 2
- Analisi degli Stakeholder esterni -----	Pag. 3
3-L'Amministrazione -----	Pag. 5
4-I risultati raggiunti -----	Pag. 9
5- Obiettivi: criticità e opportunità -----	Pag. 10
6-Obiettivi – Risultati raggiunti e scostamenti - Albero della performance -----	Pag. 11
7-Obiettivi strategici – Obiettivi e piani operativi – Obiettivi individuali	
- Obiettivi contrattuali generali - Equilibrio di bilancio -----	Pag. 12
- Flussi informativi -----	Pag. 14
- Osservanza disposizioni Alpi -----	Pag. 15
8-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento servizi	
- Obiettivo di riorganizzazione dei Pronto Soccorso -----	Pag. 15
- Screening Oncologici-----	Pag. 16
- Esiti -----	Pag. 16
- Liste di attesa -----	Pag. 20
- Punti di nascita -----	Pag. 22
- Donazione organi -----	Pag. 22
- Prescrizione ricetta dematerializzata -----	Pag. 23
- Piani attuativi aziendali -----	Pag. 24
- Pari opportunità e bilancio di genere -----	Pag. 24
9- Il processo di redazione della Relazione sulla Performance – Fasi, soggetti, tempi e responsabilità – Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance-----	Pag. 26

1. Presentazione.

2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri Stakeholder esterni.

Con delibera n. 1 del 16.04.2019 si è preso atto dell'insediamento del dr. Mario Paino, già Commissario Straordinario dal mese di dicembre 2018, quale Direttore Generale dell'A.O. Papardo di Messina a far data dal 16.04.2019, secondo quanto previsto dal Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 197/serv.1/S.G. del 04.04.2019.

Il susseguirsi di una serie di Commissari (n. tre) da oltre due anni ha inciso sulla programmazione strategica aziendale delle attività sanitarie in particolare.

Tutto ciò comporta pratiche conseguenze che tuttavia non hanno inciso particolarmente sui risultati aziendali tenuto conto delle attività svolte dalla Direzione Strategica Aziendale che ha visto sin dai primi mesi dell'anno la presenza di un Commissario poi divenuto Direttore Generale e la nomina solo nel mese di luglio dei Direttori Amministrativo e Sanitario.

Appare pertanto evidente che la Direzione Strategica Aziendale si è concretizzata in tutte le sue componenti solo nella seconda metà dell'anno 2019. Questa considerazione dovrà essere tenuta in debita istanza nella lettura del presente documento al fine di consentire una corretta interpretazione dei dati riportati: la valutazione infatti dei risultati raggiunti relativi agli obiettivi assegnati, non può essere ricondotta al mero confronto tra i dati gestionali consuntivi 2018 e quelli del 2019. E' di fondamentale importanza, pertanto, tenere in considerazione i seguenti elementi:

- il processo di riorganizzazione territoriale che ha comportato la rimodulazione di alcune strutture ospedaliere;
- il conseguente processo di riorganizzazione aziendale che si è potuto realizzare pienamente;
- il mancato perfezionamento del conferimento degli incarichi dirigenziali apicali e non;
- le procedure concorsuali relative a posizioni di dotazione organica non coperte e non perfezionate;
- il piano di efficientamento adottato dall'Azienda Ospedaliera Papardo;
- da ultimo gli obiettivi da parte della Regione.

I nuovi vertici hanno proceduto ad avviare incontri con le OO.SS. di categoria al fine di prendere conoscenza e affrontare le varie problematiche connesse all'attività aziendale.

Gli incontri avvenuti anche con le varie UU.OO. e con il Controllo di Gestione hanno permesso di prendere contezza delle problematiche connesse alle esigenze delle UU.OO. e agli obiettivi raggiunti e perseguiti dalle stesse, prendendo atto delle difficoltà che gli operatori sanitari affrontano giornalmente nell'espletamento della normale assistenza sanitaria.

L'azione del nuovo management aziendale ha permesso all'Azienda di programmare e perseguire

gli obiettivi generali aziendali e particolari delle UU.OO.

Si è avviata l'azione volta alla copertura delle posizioni apicali sanitarie, di fondamentale importanza per il rilancio dell'azione sanitaria all'interno dell'Azienda Ospedaliera.

Infatti con delibera n. 604 del 03.10.2019 si è proceduto all'indizione degli avvisi di selezione pubblica per titoli e colloquio, per il conferimento di incarichi quinquennali di direttore di Struttura Complessa delle seguenti discipline: Medicina Interna, Neurologia, Ortopedia e Traumatologia.

Sono stati completati le procedure di affidamento degli incarichi di direzione di struttura complessa di Mcan, di Urologia e di Ematologia.

Un maggiore percorso attrattivo è ciò su cui deve puntare l'Azienda per evidenziare e sfruttare al meglio le eccellenze presenti e che forniscono un'assistenza sanitaria di eccellenza che però non viene percepita all'esterno senza l'adeguata informativa anche pubblicitaria.

Il "marketing sanitario" deve essere ciò su cui devono puntare tutti gli operatori, che devono essere invogliati a sviluppare sempre di più quel senso di appartenenza che permette di svolgere e pubblicizzare l'Azienda in tutti i possibili ambiti.

L'aver coperto determinati posti apicali e avviato le procedure di copertura di altri, aiuta certamente a un vero rilancio aziendale in tutte quelle attività sanitarie.

Analisi degli Stakeholder esterni

I portatori di interesse vengono qui di seguito:

- Pazienti/cittadini;
- Risorse umane;
- Associazioni di categoria (Comitato Consultivo);
- Organizzazioni sindacali;
- Fornitori;
- Azienda sanitaria provinciale;
- Altre strutture sanitarie e non;
- Università degli studi di Messina;
- Regione Siciliana;
- Ministero della Salute.

L'A.O. Papardo riconosce l'importanza del ruolo dell'utente quale elemento centrale ed essenziale del processo di erogazione dei servizi, cercando di orientare tutti i servizi assistenziali, dall'accettazione alla dimissione, verso una risposta adeguata alle esigenze ed alle aspettative dell'utente.

L'Azienda Papardo pone al centro della sua azione la persona e i suoi diritti, attuando i principi della Carta europea dei diritti del malato. L'Azienda, attraverso la redazione della propria Carta dei

Servizi, assume un preciso impegno nei confronti dei cittadini a fornire informazioni circa l'accesso ai servizi e l'erogazione quali quantitativa dei servizi a loro destinati.

Attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.), si promuovono programmi volti al miglioramento dei rapporti tra azienda e utente, cercando anche di venire incontro alle esigenze, alle richieste ed eventuali contestazioni che possono provenire dall'utenza. Tutto ciò nell'ambito dell'ascolto delle istanze dei cittadini e con l'obiettivo di migliorarne la comunicazione.

Il miglioramento e la valorizzazione delle risorse umane all'interno dell'Azienda è il corollario dal quale partire per il raggiungimento di quegli obiettivi che sono da considerarsi come primari da parte dell'Azienda. Tale processo avviene anche attraverso la costante formazione del personale interessato per una continua crescita e aggiornamento professionale.

Il Cug aziendale, il Comitato Stress lavoro correlato e il Collegio di Conciliazione agiscono, nei vari ambiti di competenza, abbracciando le diverse tematiche a tutela dei lavoratori.

Secondo quanto disposto dal D.A. del 15.04.2010, anche l'A.O. Papardo ha un comitato consultivo aziendale che agisce e fornisce il suo supporto all'Azione dell'Amministrazione e che è stato rinnovato con delibera n. 537 del 27.06.2017.

La chiarezza e la trasparenza caratterizzano i rapporti con le Organizzazioni Sindacali di categoria e con le Rappresentanze Sindacali Unitarie, nel rispetto della normativa e della contrattazione collettiva nazionale. Nei rapporti intersindacali si cerca di collaborare, ognuno nell'ambito e nei ruoli di appartenenza, per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento e garanzia dei diritti dei lavoratori nel rispetto dei principi normativi dell'informazione, della consultazione, della concertazione e della contrattazione integrativa aziendale.

La collaborazione con le altre strutture sanitarie presenti all'interno del territorio cittadino, rappresenta un momento fondamentale di crescita e confronto che si concretizza con l'Asp territoriale, con il Policlinico Universitario, con l'Università di Messina e con l'Irccs Bonino Pulejo- Piemonte.

L'Assessorato e il Ministero della Salute rappresentano gli organi centrali che impartiscono le direttive operative a cui ci si conforma per il raggiungimento dell'obiettivo salute presso tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

Gli obiettivi prefissati dagli organi Assessoriali vengono assegnati ai Direttori Generali, unitamente a quegli obiettivi già definiti in tema di Ima, Parti Cesari e Interventi al femore.

Ciclicamente, tenuto conto delle esigenze, dei piani di rientro aziendali e di tutti gli obiettivi prestabiliti a livello centrale, vengono indicati e realizzati determinati report sullo status di raggiungimento degli stessi, anche attraverso le Strutture Controllo di Gestione e Programmazione e Budget.

3. L'Amministrazione.

Il management Aziendale insediatosi nelle sue funzioni nel mese di aprile 2019 e in tutte le componenti del management aziendale nel luglio 2019, ha adottato il seguente atto deliberativo:

-n. 921 del 18.12.2019 avente ad oggetto “Preso d’atto del verbale del dipartimento pianificazione strategica del 17.12.2019 dell’Assessorato Regionale della Salute – Definitivi chiarimenti sulla stesura dell’Atto Aziendale – Approvazione versione aggiornata – Revoca “ex nunc” delibera n.774 del 18.11.2019”.

Il nuovo Atto Aziendale dell’A.O. Papardo, prevede la strutturazione dell’Azienda in n. 8 dipartimenti e più precisamente:

1. Dipartimento Amministrativo;
2. Dipartimento Medico;
3. Dipartimento Materno Infantile;
4. Dipartimento Emergenza;
5. Dipartimento Chirurgico;
6. Dipartimento Cardio Toraco Vascolare;
7. Dipartimento Oncoematologico;
8. Dipartimento dei Servizi.

I dipartimenti sanitari afferiscono alla Direzione Sanitaria, mentre afferisce al Direttore Amministrativo il Dipartimento Amministrativo unitamente ai relativi settori e più precisamente: 1) U.O.C. Affari Generali; 2) U.O.C. Risorse Umane; 3) U.O.C. Tecnico; 4) U.O.C. Provveditorato; 4) U.O.C. Economico Finanziario e Patrimoniale.

Sempre nell’assetto aziendale scaturente dall’Atto Aziendale in vigore, sono dipendenti dalla Direzione Generale le seguenti UU.OO. e Servizi:

- a) U.O.C. Controllo di Gestione e U.O.S. Programmazione e Budget;
- b) Staff: articolato in: 1) U.O.S. Ced Sistema Informatico Aziendale; 2) U.O.S. Formazione; 3) U.O.S. Qualità; 4) U.O.S. Rischio clinico; 5) U.O.S. Ingegneria Clinica; 6) U.O.S. Internal Audit; 7) U.O.S. Sistema Informativo Statistico; 8) U.O.S. Urp e Comunicazione; 9) U.O.S. Internazionalizzazione e ricerca sanitaria; 10) Protezione dati;
- c) U.O.C. Servizio Legale;
- d) Internal Audit;
- e) Medico Competente;
- f) Responsabile Trasparenza e Anticorruzione;
- g) Servizio di Prevenzione e Protezione;
- h) Energy Manager.

Nell'ambito del personale presente all'interno dell'Azienda, vengono di seguito riassunti i dati relativi al costo del personale con indicazione di un quadro sintetico dell'Amministrazione.

COSTO GLOBALE DEL PERSONALE TRIENNIO 2017 – 2018 – 2019					
DESCRIZIONE	AL 31.12.2017	AL 31.12.2018	AL 31.12.2019	VAR. ASSOLUTA 2019-2018	VAR. ASSOLUTA 2019-2017
Ruolo Sanitario	66.314.000	65.373.870	64.758.010	-615.860	-1.555.990
Ruolo Professionale	376.000	427.976	476.004	+48.028	+100.004
Ruolo Tecnico	6.702.000	6.691.318	7.414.561	+723.243	+712.561
Ruolo Amministrativo	3.754.000	3.923.183	3.886.475	-36.708	+132.475
Totale	77.146.000	76.416.346	76.535.050	+118.704	-610.950

Di cui in dettaglio:

Ruolo e area contrattuale	Costi Tabellare	Posiz. Retrib.	Condiz. di lavoro	Retrib. Risultato	Altri Costi	Oneri Sociali	Totale Costi
<i>Ruolo Sanitario</i>							
Dirigenza Medica	15.966.661	7.191.210	1.168.680	977.660	295.146	7.333.716	32.933.073
Dirigenza Sanitaria	1.444.570	315.150	51.570	169.630	-----	563.123	2.544.043
Comparto Sanitario	15.410.001	-----	3.405.740	3.571.490	564.560	6.329.103	29.280.894
Totale	32.821.232	7.506.360	4.625.990	4.718.780	859.706	14.225.942	64.758.010
Ruolo e area contrattuale	Costi Tabellare	Posiz. Retrib.	Condiz. di lavoro	Retrib. Risultato	Altri Costi	Oneri Sociali	Totale Costi
<i>Ruolo Professionale</i>							
Dirigenza Prof.le	182.671	86.451	7.924	9.220	4.472	79.374	370.112
Comparto Prof.le	49.325	----- ---	14.640	19.080	----- ---	22.847	105.892
Totale	231.996	86.451	22.564	28.300	4.472	102.221	476.004

Ruolo e area contrattuale	Costi Tabellare	Posiz. Retrib.	Condiz. Di lavoro	Retrib. Risultato	Altri Costi	Oneri Sociali	Totale Costi
<i>Ruolo Tecnico</i>							
Dirigenza Tecnica	89.647	52.370	-----	9.220	16.136	48.015	215.388
Comparto Tecnico	4.214.535	-----	758.990	636.310	-----	1.589.338	7.199.173
Totale	4.304.192	52.370	758.990	645.530	16.136	1.637.353	7.414.561
Ruolo e area contrattuale	Costi Tabellare	Posiz. Retrib.	Condiz. Di lavoro	Retrib. Risultato	Altri Costi	Oneri Sociali	Totale Costi
<i>Ruolo Amministrativo</i>							
Dirigenza Amm.va	349.846	151.387	-----	37.270	10.979	152.163	701.645
Comparto Amm.vo	1.774.347	-----	349.780	357.070	2.113	701.520	3.184.830
Totale	2.124.193	151.387	349.780	394.340	13.092	853.683	3.886.475
Totale Ruoli	<u>39.481.610</u>	<u>7.796.568</u>	<u>5.757.324</u>	<u>5.785.950</u>	<u>893.406</u>	<u>16.819.199</u>	<u>76.535.050</u>

Costi contabilizzati provvisori Anno 2019 A.O. Papardo

UU.OO.	Personale	Costi beni sanitari e non sanitari		Costo prestazioni intermedie (comprende costi di sala operatoria)	Altri costi	Totale Costi Diretti
	A	B	di cui farmaci a rimborso	C	D	E = A+B+C+D
Anatomia Patologica	596.523	636		0	144.777	741.937
Anestesia e Rianimazione	3.982.492	478.094		515.566	158.367	5.134.519
Camera Iperbarica	193.407	1.228		0	42.318	236.953
Cardiochirurgia	2.199.707	3.180.698	4.664	576.367	239.855	6.196.628
Cardiologia con Utic	5.102.144	4.333.510	143.608	677.955	292.228	10.405.838
Centrale Operativa 118	1.203.100	64.195		0	701.446	1.968.740
Chirurgia Generale	2.003.822	370.499	2.052	473.980	105.880	2.954.181
Chirurgia Plastica e Ricost.	1.540.121	139.715	478	297.132	71.994	2.048.962
Chirurgia Toracica	1.153.000	207.823	1.109	443.994	71.012	1.875.829
Chirurgia Vascolare	994.189	644.473	2.475	485.203	56.125	2.180.080
Dermatologia	802.657	4.067.528	4.012.970	147.568	35.267	5.053.019
Ematologia	1.875.660	7.360.679	6.521.704	749.869	106.060	10.362.269
Endocrinologia	923.222	20.800	902	141.992	34.324	1.120.338
Endoscopia	777.747	194.608	77.571	17.507	103.892	1.093.754
Lungodegenza	891.613	17.928		44.827	54.347	1.008.716
Mcau	3.697.669	127.567		931.219	119.664	4.876.098
Malattie App. Resp.	1.967.259	240.380	128.079	308.244	146.421	2.662.304

Malattie Infettive	1.038.408	2.013.415	1.846.460	378.727	68.014	3.498.564
Medicina	2.455.665	1.818.332	1.670.995	670.145	141.850	5.085.992
Medicina Nucleare	636.936	228.755		0	225.160	1.090.851
Nefrologia e Dialisi	1.442.743	1.128.592	356.838	66.161	88.241	2.725.737
Neonatologia con Utin	2.699.882	77.004	27.510	52.628	46.115	2.875.630
Neurochirurgia	1.248.609	339.666	1.152	145.946	204.674	1.938.895
Neurologia	2.310.988	296.610	216.594	292.102	141.347	3.041.047
Oculistica	989.252	296.055	218.383	10.773	40.275	1.336.355
Oncologia Medica	1.340.937	7.071.945	6.539.666	763.159	727.932	9.903.973
Ortopedia	1.956.446	874.060	8.807	328.431	119.366	3.278.303
Ostetricia e Ginecologia	3.230.438	446.976	8.214	523.875	171.448	4.372.737
Otorinolaringoiatria	1.449.524	20.359	415	103.579	76.925	1.650.387
Patologia Clinica	2.745.059	1.928.911		2.901	408.944	5.085.815
Pediatria	1.471.852	4.269	349	103.775	35.879	1.615.775
P.M.A.	148.047	10.603		3.119	108.420	270.189
Radiologia	2.994.510	680.785		255	338.590	4.014.140
Radioterapia	888.712	2.792		0	211.679	1.103.182
Servizio Immunotrasfus.	1.060.178	288.700		42.115	159.050	1.550.044
Urologia	1.377.253	251.971	1.097	349.110	257.012	2.235.347

COSTI	Periodo Anno Precedente		Periodo Anno Corrente	
Beni non Sanitari		€. 181.905		€. 180.473
Servizi Sanitari		€. 1.140.679		€. 686.233
Servizi Non Sanitari	Vitto	€. 1.596.283	Num Pasti 345.317	€. 1.673.868
	Rifiuti Speciali	€. 438.528		€. 284.964
	Lavanderia	€. 394.141		€. 371.249
	Utenze	€. 5.064.951		€. 5.006.478
	Appalti	€. 3.158.636		€. 2.891.374
	Noleggi, Formazione Vigilanza etc.	€. 1.668.970		1.511.929
Manutenzioni	Canoni del CdC	€. 3.190.229		€. 1.949.918
	Manut. Ordinarie	€. 983.768		€. 911.513
	Canoni ripartiti a m2	€. 8.283		€. 7.651
Ammortamenti		€. 7.823.659		€. 6.595.004
Altri costi	Carburanti, Trasporti etc.	€. 501.860		€. 464.872
Totale Costi		€. 124.967.543		€. 120.366.727

4. I risultati raggiunti.

Qui di seguito si riportano i dati relativi all'attività di ricovero svolta presso l'Azienda Ospedaliera Papardo:

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO						
ANNO 2018	N. ACCESSI	N. PREST. DA FLUSSO C	N. RICOVERI			
P.O. PAPARDO	32.653	235.563	5.910			
ANNO 2019	N. ACCESSI	N. PREST. DA FLUSSO C	N. RICOVERI			
P.O. PAPARDO	32.151	241.671	5.881			

RICOVERO ORDINARIO						
ANNO 2018	MEDIA ANNUA Posti Letto	N. SDO	N. SDO CH.	TUPL	DEGENZA MEDIA	PESO MEDIO DRG
P.O. PAPARDO	257,3	9.852	4.695	87,9%	8,4	1,41
Anno 2019	MEDIA ANNUA Posti Letto	N. SDO	N. SDO CH.	TUPL	DEGENZA MEDIA	PESO MEDIO DRG
P.O. Papardo	278,8	9.733	4.821	82,1%	9,4	1,48

	Ricoveri Ordinari		Ricoveri DH/DS		Day Service		SDO	
	Precedente	Corrente	Precedente	Corrente	Precedente	Corrente	Precedente	Corrente
T.U.P.L. (tasso utilizzo posto letto)	90,4 %	89,7 %	65,8%	66,6 %			Psichiatria	
Deg. Media / Accessi	8,4	9,3	6.043	6.298			206	177
SDO / SDAO	9.983	9.800	1.869	1.882	5.220	4.913	Post Acuzie	
Ricoveri di cui non dimessi	10.219	9.871	1.873	1.884	5.241	4.923	50	40
		17		2		46		
% DRG Chirurgici	48,5 %	49,5 %	28,3 %	34,6 %			Nido	
Peso Medio	1,41	1,48					538	575
							Totale SDO RO	
							10.777	10.592
Giornate di degenza	R.O.	D.H.	Post Acuti	Psichiatria	Hospice	Tot. Altra Tipologia		
Periodo corrente	85.194	6.298	1.588	3.786	2.485	7.859		

5. Obiettivi: criticità e opportunità.

Gli obiettivi assegnati per l'anno 2019 sono in continuità con quelli degli anni precedenti, tenuto conto che nel predetto anno non si è proceduto ad assegnare obiettivi visto il commissariamento delle Aziende Sanitarie e pertanto gli stessi si concretizzano in:

1. Obiettivi specifici attribuiti dall'Assessorato della Sanità;
2. Obiettivi contrattuali generali;
3. Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento dei servizi.

Gli obiettivi contrattuali generali, vengono mantenuti anche per l'anno 2019, in continuità con quelli dell'anno 2018 e possono essere qui di seguito riassunti:

- 1) Equilibrio di Bilancio;
- 2) Contenimento della spesa;
- 3) Direttiva flussi informativi;
- 4) Osservanza disposizioni in Alpi.

Accanto agli obiettivi contrattuali generali, vengono qui di seguito indicati gli Obiettivi Contrattuali di salute e di funzionamento dei servizi:

- Esiti;
- Liste di Attesa;
- Standard sicurezza punti nascita;
- Donazione organi;
- Prescrizione dematerializzata;
- Utilizzo fondi PSN;
- Prescrizione dematerializzata;
- Utilizzo fondi PSN;
- P.A.C.;
- P.A.A.;
- Screening oncologici.

All'interno dei vari macro-obiettivi abbiamo dei sub-obiettivi così meglio articolati

- Screening ► Screening Oncologici;
- Esiti ► Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni;
- Riduzione incidenza parti cesarei primari;
- Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI;
- Proporzione di STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti;
- Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni;

Questi obiettivi dovranno prendere atto della nuova rete ospedaliera e della rimodulazione che all'interno della stessa è stata prevista in relazione ai Dea di I o II livello in cui sono articolate le varie Aziende Sanitarie e quelle Ospedaliere.

La nuova articolazione porta in sé la necessità di un nuovo riassetto all'interno delle varie realtà ospedaliere e territoriali, tenuto conto delle indicazioni esplicitate dal Decreto Balduzzi con il conseguenziale accorpamento di alcune UU.OO. in funzione del numero di popolazione presente nel territorio che comporterà una riduzione e rifunzionalizzazione delle stesse.

La necessità di procedere al rispetto delle indicazioni esplicitate nel piano di rientro aziendale sono condizionanti delle attività sanitarie espletate e da espletare.

In quest'ottica operativa, anche al fine di accrescere i margini di produttività aziendale, occorre porre una particolare attenzione verso l'attività di emergenza e chirurgica in generale che deve rappresentare il traino principale di attrazione dell'utenza.

La programmazione sanitaria e operatoria, lo screening, l'oncologia, le nuove apparecchiature acquisite dall'Azienda, il reclutamento di personale medico e sanitario non medico, devono rappresentare i punti di forza su cui concentrare l'attenzione e gli obiettivi da perseguire per una riconferma e rilancio dell'attività assistenziale aziendale.

Il reclutamento di nuovo personale da immettere in servizio in tutte le varie UU.OO. e nelle diverse qualifiche professionali, rappresenta un momento fondamentale per la crescita dell'Azienda e per il raggiungimento di obiettivi sempre più ambiziosi.

La multidisciplinarietà rappresenta il punto di partenza da cui iniziare un percorso valido e utile per il raggiungimento di obiettivi che permettano uno studio clinico del paziente nelle sue diverse patologie tenuto conto dell'aumento delle malattie croniche che non permette più un approccio "singolo" ma uno studio ampio che veda coinvolti varie figure professionali mediche.

6. Obiettivi. Risultati raggiunti e scostamenti.

Albero della Performance

L'Azienda Ospedaliera Papardo, secondo quanto stabilito dalla normativa vigente rappresenta le proprie politiche di azione mediante l'Albero della Performance che rappresenta la politica aziendale e le relazioni adottate anche con gli Stakeholder coinvolti e nell'ambito delle strategie politiche volte al perseguimento degli obiettivi programmati.

In sintesi l'**Albero della Performance** rappresenta le relazioni fra:

- **Mandato Istituzionale:** perimetro nel quale l'Azienda Ospedaliera può e deve operare sulla base delle sue attribuzioni/competenze istituzionali fissate dalle norme vigenti;
- **Mission:** ragione d'essere e ambito in cui l'Azienda Ospedaliera opera in termini di politiche e di

azioni perseguite;

- **Vision:** definizione dello scenario a medio e lungo termine da realizzare, attraverso obiettivi strategici, obiettivi operativi ed azioni, facendo leva sui tratti distintivi dell'A.O. Papardo;
- **Aree Strategiche:** linee di azione in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale, la missione e la visione.
- **Obiettivi Strategici:** descrizione di un traguardo che l'organizzazione si prefigge di raggiungere per sviluppare e potenziare con successo le proprie aree strategiche;
- **Obiettivi Operativi – Piani Operativi:** dettaglio delle azioni necessarie all'implementazione dei programmi strategici e delle relative modalità (risorse umane, risorse economiche, interventi etc.).

L'Azienda individua e attua strategie mirate all'appropriatezza dei ricoveri sia per gli aspetti organizzativi che per gli aspetti clinici, promuovendo l'innovazione assistenziale.

Il ciclo della performance vede coinvolti diversi attori con specifici ruoli e responsabilità e che vengono di seguito individuati:

- Direzione Strategica;
- Dipartimenti;
- Centri di responsabilità finali.

7. Obiettivi Strategici - Obiettivi e piani operativi - Obiettivi individuali.

Obiettivi contrattuali generali.

► Equilibrio di bilancio ◄

Con D.A. 2 maggio 2019, pubblicato nella G.U.R.S. n. 22 del 17.05.2019, rubricato "Individuazione degli Enti pubblici sanitari che presentano le condizioni di cui al comma 524 lettera a) della legge 28 dicembre 2015, n. 208", l'Assessorato regionale della Salute ha approvato la tabella in cui sono individuate le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), da sottoporre ai Piani di rientro di cui all'art. 1 comma 528 della legge 28.12.2015 n. 208, nella quale si individua, tra le altre, l'A.O. Papardo, quale struttura che deve redigere un Piano di efficientamento per il periodo 2019-2021.

Con delibera n. 651 dell'11.07.2018 l'Azienda ha approvato un accordo di collaborazione tra l'Agenas, la Regione Siciliana e l'Azienda Ospedaliera Papardo, tenuto conto che alla stessa Agenas sono stati affidati compiti di supporto delle attività regionali, di valutazione dei costi e dei rendimenti dei servizi resi ai cittadini, per la regolamentazione delle attività connesse

all'affiancamento di cui all'art. 1 comma 579 della n. 208 del 28.12.2015, con la costituzione di un team multidisciplinare aziendale.

Con la delibera n. 381/2019 è stato approvato, in conformità al Decreto del 21.06.2016 del Ministero della Salute, all'art. 1 comma 524 lett. "A" della L. 28.12.2015 n. 208, al D.A. 2 maggio 2019 dell'Assessorato della Salute e alle linee guida adottate dal medesimo Decreto Assessoriale, il "Piano di Efficientamento 2019-2021" e il Conto Economico Tendenziale e Programmato predisposto da questa Amministrazione con il supporto metodologico dell'Agenas.

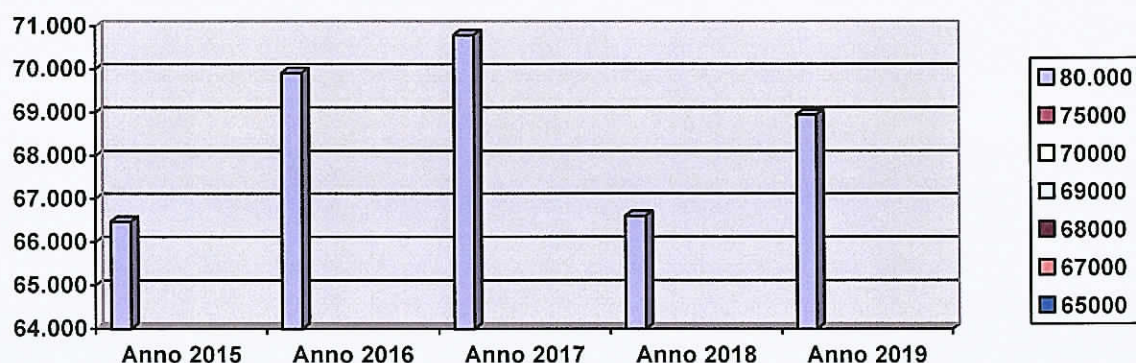
E' stato definito, pertanto, l'obiettivo economico da conseguire annualmente e al termine del triennio, utilizzando un razionale di calcolo e di risultato basato sullo scostamento percentuale (%) previsto dall'Allegato Tecnico al D.M. 21.06.2016 come di seguito rappresentato per le varie Aziende compresa l'A.O. Papardo:

Cod. Str.	Azienda	Da fonte dati: CE IV Trimestre 2018 (anno T0 del triennio T1T2 e T3)			Target di scostamento (%) dei Piani		
		Scostamento Assoluto €Mgl	Scostamento %	Risultato CE IV Trimestre 2018	Scost (%) Target dopo 1° (T1) anno del triennio 2019/2021	Scost (%) Target dopo 2° (T2) anno del triennio 2019/2021	Scost (%) Target dopo 3° (T3) anno del triennio 2019/2021
190923	A.O.U. Policlinico V. Emanuele – Catania	15.061	4,28%	-21.225	3,50%	2,00%	0,00%
190924	A.O. Papardo – Messina	24.858	20,35%	-24.179	19,00%	16,00%	13,00%
190926	A.O. Villa Sofia-Cervello Palermo	32.926	12,95%	-39.535	12,00%	9,00%	6,00%
190927	Azienda Arnas Civico, Di Cristina e Benefratelli Palermo	58.085	23,48%	-61.009	22,00%	19,00%	15,00%
190928	A.O.P. Paolo Giaccone Palermo	4.385	1,90%	-8.766	1,30%	0,60%	0,00%

Nell'ambito del piano di efficientamento vengono di seguito riportati i risultati raggiunti dall'A.O. Papardo che è riuscita, per l'anno 2019, a soddisfare il piano predisposto e meglio specificato nelle succitate delibere come meglio evidenziato nei seguenti prospetti che mostrano l'andamento produttivo dell'Azienda:

PRODUTTIVITA'	Periodo anno	Periodo corrente	Periodo anno	Periodo corrente
---------------	--------------	------------------	--------------	------------------

	precedente		precedente	
Prestazioni ambulatoriali per esterni	n. 301.526	321.366	€. 8.852.026	€. 9.046.181
Prestazioni ambulatoriali per Mcau	n. 235.498	241.509	€. 2.079.505	€. 2.133.556
Alpi (solo quota per l'Azienda)			€. 104.827	€. 51.469.734
Fatturato DRG da ricovero ordinario			€. 49.500.905	€. 51.469.734
Fatturato DRG da ricovero Day Hospital			€. 2.206.259	€. 2.404.778
Fatturato da Day Service			€. 2.952.236	€. 3.104.894
Altre attività			€. 912.050	€. 659.582
TOTALE PRODUTTIVITA'			€. 66.607.812	€. 68.951.032



► **Flussi Informativi** ◀

L'Assessorato della Salute considera i flussi informativi di particolare rilevanza tanto che sono considerati come elementi di valutazione dei Direttori Generali in riferimento ai tempi di trasmissione, certificazione delle informazioni e qualità dei dati.

Appare evidente che l'invio corretto e con la giusta tempistica dei flussi informativi rappresenta un momento importante per le connesse valutazioni da parte degli organi centrali che attraverso tale monitoraggio riescono ad avere un quadro generali in merito alle spese al personale ai costi farmaceutici che vengono sostenuti a livello regionale e a livello locale.

Tali dati permettono di valutare e raffrontare le spese sanitarie anche a livello territoriale consentendo dei parallelismi anche tra Aziende in rapporto alla popolazione presente sul territorio.

Si riescono anche a comprendere le dinamiche connesse alla mobilità sanitaria che comprende di

capire dove essa è più presente rispetto ai vari territori interessati.

Al 31 dicembre 2019, i flussi informativi aziendali sono stati inviati entro il 18° giorno di ogni mese.

In riferimento al flusso Beni e Servizi ex art. 79, si comunica che la trasmissione dei 4 tracciati (contratti, referenze, movimentazioni, prezzi) e delle tabelle di riconciliazione relativamente ai 4 trimestri dell'anno 2018, è avvenuta entro il 30° giorno del mese successivo al trimestre di riferimento. Si sta procedendo a una rendicontazione definitiva concernente le rimanenti al 31.12.2019 del File F.

► Osservanza disposizioni ALPI ◄

L'Azienda ha proceduto alla redazione ed adozione del nuovo regolamento Alpi con delibera n. 496 del 23/07/2015 e ss.mm.ii. "Regolamento sulle modalità organizzative dell'attività libero-professionale intramuraria, aggiornato al DA n.337/2014 del 07/03/2014 dell'assessorato regionale della salute" e a tutt'oggi vigente.

In aderenza all'art. 1 comma 9 della L. 120/2007, richiamato dal succitato regolamento (art. 7), sono stati individuati all'interno dell'A.O. Papardo, gli spazi disponibili per l'espletamento all'attività libero-professionale negli ambulatori e con le attrezzature dedicate all'attività istituzionale garantendo separazione rispetto alle attività ordinarie sia in termini di orari, di prenotazioni e modalità di pagamento.

All'interno dell'Azienda secondo quanto previsto dall'art. 16 del regolamento Aziendale Alpi, è presente una commissione paritetica che provvede ad accertare eventuali incompatibilità con controlli periodici sul corretto svolgimento delle attività da parte del personale interno.

L'Azienda provvede mensilmente alla liquidazione delle spettanze provenienti dall'attività Alpi ai professionisti aventi diritto, previa verifica del corretto rapporto di tale attività in proporzione a quella istituzionale che viene fatta sul singolo operatore, tenuto conto che non si provvederà a liquidare i relativi proventi qualora emergano incoerenze in relazione ai due regimi di attività.

8. Obiettivi Contrattuali di salute e di funzionamento dei servizi.

► Obiettivo di riorganizzazione del Pronto Soccorso ◄

Obiettivo 1 Ridurre i tempi di permanenza in Pronto Soccorso

- Indicatore (I1): Percentuali di pazienti con tempo massimo di permanenza al Pronto Soccorso < alle 6 ore
- Indicatore 2(I2): Percentuali di pazienti con permanenza pre-ricovero > 24 ore
- Indicatore 3(I3): Percentuale di pazienti dimessi verso una struttura ambulatoriale

Obiettivo 2: valutare la qualità percepita dei servizi offerti nei Pronto Soccorso

La valutazione sarà effettuata in termini di aderenza al progetto regionale secondo specifiche direttive che saranno disposte dall'Assessorato.

Si resta in attesa di direttive regionali.

Dai dati elaborati dalle Strutture Controllo di Gestione e Programmazione e Budget si ricavano i seguenti dati elaborati dal flusso Emur e qui di seguito rappresentati.

	Anno 2019	Anno 2018
ACCESSI	32.151	32.653
di cui: Dimessi al domicilio	19.873	19.629
Ricoveri presso lo stesso P.O.	5.881	5.910
Trasferiti in altro P.O. *	205	237
Rifiuta il ricovero	1.219	1.215
Dimessi a struttura ambulatoriale	550	760
Abbandoni al PS durante accertamenti	3.389	3.807
Abbandoni al PS prima della visita	1.022	1.063
Deceduti in PS	9	22
Giunti cadavere	3	9

(*) di cui in continuità di soccorso: 53; mancanza posti letto: 152; ritorno all'Ospedale richiedente:0

Trasferiti per ricovero altrove: 2,5 %

Tot. Abbandoni: 13,7 %

TRIAGE			Triage escluso gli abbandoni		CONFERMA			
CODICE	ANNO 2019	ANNO 2018	ANNO 2019	ANNO 2018	ANNO 2019	ANNO 2018	ANNO 2019	ANNO 2018
Rosso	530	542	525	525	505	508	Ric. Cod.	Ric. Cod.
Giallo	13552	14.762	11.361	12.240	8.571	8.998	Verde	Verde
Verde	16.763	16.422	14.907	14.293	17.569	17.350	67	84
Bianco	1.303	922	944	722	1.084	900	Abbandoni: 4.411	Abbandoni: 4.870
Nero	3	5	3	5	11	27		
TOT.	32.151	32.653	27.740	27.783	27.740	27.783		

DISTRIBUZIONE ORARIA				RICOVERATI			
ANNO 2019		ANNO 2018		ANNO 2019		ANNO 2020	
Ore 8-20	Ore 20-8	Ore 8-20	Ore 20-8	Stesso P.O.	Altro Istituto	Stesso P.O.	Altro Istituto
300	205	322	186	453	31	444	37
5.782	2.789	6.106	2.892	5.361	169	5.382	191
12.803	1.766	12.460	1.890	57	5	84	2

DISTRIBUZIONE SETTIMANALE														
CODICE	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018
	Lun	Lun	Mar	Mar	Mer	Mer	Gio	Gio	Ven	Ven	Sab	Sab	Dom	Dom
Rosso	71	84	85	67	62	82	79	72	79	82	65	65	64	56
Giallo	1406	1473	1279	1369	1273	1289	1176	1332	1305	1327	1186	1173	946	1035
Verde	2999	3010	2637	2497	2430	2425	2534	2491	2537	2561	2582	2515	1850	1851
Altro	202	201	155	134	171	138	147	123	194	154	194	136	32	41
Totali	4678	4768	4156	4067	3936	3934	3936	4018	4115	4124	4027	3889	2892	2983

► Screening Oncologici ◀

-Screening: tutte le richieste di prenotazione per screening oncologici sono trasferite automaticamente, dal CUP federato al gestionale dell'ASP 5 come disposto di comune accordo con le aziende sanitarie dell'area metropolitana a far data dal 21/06/2016.

► Esiti ◀

Monitoraggio ESITI da Gennaio a Dicembre 2019

N.B. Si precisa che sono stati riportati per tutti gli esiti, i valori obiettivi anno 2017

Sub-Ob. 2.1		Tempestività interventi a seguito di frattura del femore su pazienti >65 Indicatore: interventi effettuati entro le 48h dal ricovero sul numero totale di casi di frattura femore su pazienti target	
Obiettivo		Valore obiettivo al 31/12/2018	Valore obiettivo al 31/12/2019
Valore obiettivo	>= 90%	Percentuale Interventi Femore: 87,67%	Percentuale Interventi Femore: 75,2%
Valore Minimo	>= 60%	Totale pazienti Target = 141 di cui 120 operati entro giorni 2	Totale pazienti Target = 121 di cui 91 operati entro giorni 2

N.B. n. 2 pazienti target hanno rifiutato l'intervento per cui la % sarebbe stata in tal caso pari al **76,5 %**

Sub-Ob. 2.2	<i>Incidenza dei tagli cesari</i> <i>L'oggetto di monitoraggio sono i tagli cesarei primari e la loro incidenza</i> <i>Indicatore: tagli cesarei su parti non in donne non precesarizzate</i>	
Obiettivo	Valore obiettivo al 31/12/2018	Valore obiettivo al 31/12/2019
Valore obiettivo $\leq 20\%$ Valore Minimo $\leq 28\%$ (media regionale)	Percentuale tagli cesarei = 29,1% Totale Parti (escluso precesarizzate) = 504 di cui tagli cesari primari = 115	Percentuale tagli cesarei = 23,1% Totale Parti (escluso precesarizzate) = 489 di cui tagli cesari primari = 113

N.B. Il totale dei parti di qualunque tipo è pari a 659

Sub-Ob. 2.3.1:	<i>Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. su pazienti ricoverati per infarto miocardico acuto STEMI</i> <i>Indicatore: PTCA effettuate entro il giorno successivo a quello del ricovero sul numero totale di pazienti target</i>	
Obiettivo	Valore obiettivo al 31/12/2018	Valore obiettivo al 31/12/2019
Valore obiettivo $\geq 91\%$ Valore Minimo $\geq 75\%$ (media regionale)	Percentuale PTCA = 89,3% Totale pazienti target con Ima Stemi da Sdo = 103 di cui trattati con PTCA entro giorno successivo = 88	Percentuale di PTCA = 85,7% Totale pazienti target con Ima Stemi da Sdo = 119 di cui trattati con PTCA entro giorno successivo = 102

Secondo linee guida Decreto 1 aprile 2011 – Gurs n. 24 del 03.06.2011

Sub-Ob. 2.3.2:	<i>P.T.C.A. da Schede RAD-ESITI</i> <i>Soglia di rischio di esito per P.T.C.A. (dal 2014)</i> <i>Angioplastica Coronarica Percutanea entro 90 minuti (120 fino al 2015) dall'accesso, in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta</i>	
Obiettivo	Valore obiettivo al 31/12/2018	Valore obiettivo al 31/12/2019
Valore obiettivo $\geq 91\%$ Valore Minimo $\geq 60\%$ (media regionale)	Percentuale PTCA = 79,6% Paz. Target con Ima Stemi episodio iniziale di assistenza = 103 di cui 82 trattati con Ptca entro 90 minuti	Percentuale PTCA = 82,4% Paz. Target con Ima Stemi episodio iniziale di assistenza = 119 di cui 98 trattati con PTCA entro 90 minuti

PTCA N.B.: nel target sono presenti 3 casi che hanno fatto BPAC invece di PTCA e 10 casi che hanno eseguito coronarografia ma non necessitavano di PTCA

Pertanto la percentuale ricalcolata su 106 casi Target è pari a:

92,5% per i casi da RAD esito trattati entro 90 minuti

96,2% per i casi da SDO trattati entro le 24 ore

Sub-Ob. 2.4:	<i>Proporzione di Colectomia Laparoscopica con degenza post-operatoria entro 2 giorni.</i> <i>Indicatore: interventi con degenza post-operatoria entro 2 giorni sul numero totale di ricoveri con intervento di Colectomia Laparoscopica</i>	
Obiettivo	Valore obiettivo al 31/12/2018	Valore obiettivo al 31/12/2019

Valore obiettivo $\geq 97\%$ Valore Minimo $\geq 70\%$ (media regionale)	Percentuale Colectomie laparoscopiche = 71,4 % Totale pazienti Target n. 35 di cui 25 trattati entro il termine previsto	Percentuale Colectomie laparoscopiche = 77,3 % Totale pazienti Target n. 48
---	--	---

MONITORAGGIO ESITI NEGLI ANNI

Sub Obiettivo: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti over 65

Indicatore: Interventi effettuati entro 48 h dal ricovero sul numero totale dei casi di frattura femore su pazienti target

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
(giu-dic)	(Risk-Adj)	(Risk-Adj)	(Risk-Adj)	(Risk-Adj)	(Risk-Adj)	(Risk-Adj)	(Risk-Adj)	(Risk-Adj)
64,3%	77,1%	77,0 %	82,45%	67,46%	77,71%	88,74%	87,67%	87,67%

Sub Obiettivo: Incidenza tagli cesarei

Indicatore: % tagli cesarei su parti di donne non precesarizzate

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	(Risk-Adj)	(Risk-Adj)	(Risk-Adj)	(Risk-Adj)	(Risk-Adj)	(Risk-Adj)	(Risk-Adj)	(Risk-Adj)
52,4%	41,7%	55,0 %	55,2%	43,97%	24,66%	21,05%	29,1%	23,1%

Sub Obiettivo: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 2 giorni

Indicatore: Interventi con degenza post-operatoria entro 2 giorni sul numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica

2013	2014	2015	2017	2018	2019
62,3 %	75%	76,6%	95,7%	71,4%	77,3%

Sub Obiettivo: Effettuazione PTCA su pazienti ricoverati per infarto miocardico acuto Stemi

Indicatore: PTCA effettuate entro il giorno successivo a quello del ricovero sul numero totale di pazienti target

>= 50% sul totale dei casi Ima		>= 75%Ima-Stemi						
2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
45,6%	51,48%	86%	85,8%	84,92%	82,53%	91,7%	85,4%	85,7%

Sub Obiettivo: PTCA da schede Rad-Esiti

Indicatore: Angioplastica coronarica percutanea entro 90 minuti (120 fino al 2015) dall'accesso, in pazienti con infarto miocardico Stemi in fase acuta

2015	2016	2017	2018	2019
70,77%	72,9	72.98%	79,6%	82,4%

Azioni di miglioramento sono possibili attraverso azioni informative e piani formativi del personale, anche del 118, tenuto conto della "particolarità" della città di Messina. L'apertura degli svincoli permette una nuova ricollocazione e redistribuzione, secondo l'Hub o Spoke di riferimento. Maggiori informazioni comportano minori rischi per i pazienti che giungono ai vari Pronto Soccorso e pertanto una particolare attenzione deve essere data alla compilazione delle schede sui "tempi" a partire dai PS (Hub e Spoke) o dal soccorso 118.

► Liste di attesa ◄

Il governo delle liste di attesa è uno degli obiettivi prioritari del Servizio Sanitario Nazionale e l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati rappresenta una componente essenziale dei Lea.

La gestione delle liste di attesa può trovare più agevole soluzione se si individuano strumenti e modi di collaborazione fra tutti i protagonisti del sistema. In questo ambito si colloca l'azione delle Aziende Sanitarie dell'Area metropolitana di Messina, che hanno avviato un processo di programmazione delle agende di prenotazione differenziate per classi di priorità e di prestazione. Questo permette una gestione e un costante monitoraggio delle agende di prenotazione differenziate delle liste di attesa, rendendo possibile il controllo della domanda e dell'offerta di prestazioni

specialistiche e l'introduzione di eventuali azioni correttive nell'ottica del miglioramento continuo. In tale ambito si colloca il Sovracup provinciale che rappresenta ormai una realtà sulla quale confluiscono le richieste di "primo accesso" attraverso il quale gli utenti possono conoscere le prime disponibilità per ogni prestazione.

Le tabelle dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie e degli ambulatori, sono presenti sul sito aziendale divisi per mese seguendo i seguenti passaggi: ► Amministrazione Trasparente ► Servizi Erogati ► Servizi Erogati ► Liste di attesa ► Tempi di attesa Provinciali Sovracup.

Nel report annuale redatto dal coordinatore del Cup/Alpi Aziendale, emerge che dal monitoraggio e dall'analisi dei dati rilevati attraverso i flussi informativi dei tempi di attesa gli agenti che determinano le liste di attesa in ambito interaziendale sono da sempre riconducibili a tante variabili:

- Crescente domanda di prestazioni sanitarie dovute all'invecchiamento della popolazione;
- Potenziale in appropriatezza della selezione della classe di priorità da parte dei Medici prescrittori;
- Congruità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche;
- Scelta dell'utente verso la struttura o il medico (rilevanza del rapporto di fiducia tra medico e paziente;
- Insufficiente informazione/comunicazione al cittadino sulle modalità e finalità gestionali che governano i sistemi di prenotazione;
- Gestione non sempre differenziata tra le prestazioni di controllo programmato e gli screening e tra agende di prima visita e quelle di controllo;
- Disponibilità delle risorse umane/tecnologiche;
- Mancata disdetta della prenotazione da parte del cittadino;

Ai sensi dell'art.1 del D.A. 439 / 2015, con delibera dell'ASP di Messina n. 1565/DG del 25 giugno 2015, è stata istituita la Cabina di Regia Interaziendale per il governo delle liste di attesa.

Piano delle Azioni:

- 1) Riduzione della domanda inappropriata: sono stati implementati, in collaborazione con i rappresentanti dell'Ordine dei Medici di Messina, i percorsi di formazione/informazione per i medici prescrittori.
- 2) Sul fronte dell'offerta gli interventi sono mirati alla razionalizzazione/ottimizzazione dell'offerta, tenendo conto sia delle effettive necessità assistenziali del territorio (bisogno) sia della relativa domanda e appuntando l'attenzione in particolar modo sulle prestazioni che meritavano una offerta aggiuntiva in ambito provinciale;
- 3) Implementazione dell'offerta delle prestazioni ad alta specialità e particolare impegno professionale che rappresentano, nella provincia di Messina, prestazioni oggetto di mobilità

passiva regionale e interregionale.

Una particolarità riscontrata sovente è data dalla mancata accettazione da parte dell'utente della prima data disponibile indicata dal sistema, optando per una data successiva indipendentemente dalla gravità clinica prescritta sulla ricetta.

Ciò potrebbe indurre a pensare che l'utente si indirizza verso una Azienda che ritiene maggiormente rispondente ai propri bisogni o che considera maggiormente affidabile.

Il comportamento dell'utente rispetto alla scelta del presidio ove eseguire la prestazione e della tempistica di erogazione incide sull'equilibrio del sistema del governo dei tempi di attesa.

► Punti nascita ◄

Compilazione della Checklist e verifica del n° di requisiti garantiti / totale requisiti previsti dalla Checklist.

Sub Obiettivo: Incidenza tagli cesarei

Indicatore: % tagli cesarei su parti di donne non precesarizzate

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	(Risk-Adj)	(Risk-Adj)	(Risk-Adj)	(Risk-Adj)	(Risk-Adj)	(Risk-Adj)	(Risk-Adj)	(Risk-Adj)
52,4%	41,7%	55,0 %	55,2%	43,97%	24,66%	21,05%	29,1%	23,1%

► Donazione organi ◄

Donare gli organi rappresenta forse il più grande gesto d'amore che una persona possa concedere.

Sono passati tanti anni da quel lontano 1994 anno in cui morì il piccolo Nicholas Green.

La cultura della donazione organi anche grazie a quel grande gesto altruistico dei suoi genitori diede una scossa violenta alla coscienza di tutto il popolo italiano e siciliano in particolare.

Tanti si interrogarono e cercarono di capire come un gesto di violenza potesse trasformarsi da parte di coloro che lo avevano subito, in un grande gesto di amore.

Sono stati fatti molti passi avanti da quel momento ma non ancora abbastanza. Infatti la carenza di organi e tessuti è dovuta prioritariamente, non alla mancanza di donatori idonei, ma a una serie di altri fattori, tra cui la mancanza di consenso, la scarsa informazione e sensibilizzazione della

collettività alla donazione, al ruolo degli operatori sanitari nella implementazione delle donazioni e nella collaborazione con i cittadini per la promozione della cultura della donazione attraverso una comunicazione chiara ed efficace.

Obiettivi generali per una giusta politica della donazione sono:

- Focalizzazione degli obiettivi del processo di donazione;
- Accrescimento del grado di maturità e consapevolezza dello staff coinvolto nel processo di donazione;
- Offerta di una formazione specifica nell'approccio alle famiglie dei potenziali donatori;
- Individuazione e segnalazione di potenziali donatori di tessuti da parte degli operatori sanitari;
- Sensibilizzazione del personale operante nel Presidio Ospedaliero sul tema della donazione di organi e tessuti;
- Aiuto del turn-over degli operatori coinvolti nel procurement
- Attività di formazione e comunicazione finalizzata a favorire la diffusione della cultura della donazione degli organi e accelerare il processo di inserimento delle dichiarazioni di volontà dei cittadini nel SIT (Sistema Informativo Trapianti).

A tale azione di incentivazione della donazione si deve accompagnare un'attività formativa volta a diffondere una serie di informazioni quali:

- Criteri di esclusione del donatore;
- Modulo di non opposizione;
- Istruzione operativa per il medico di guardia;
- Modulo con esami ematochimici contrassegnati da effettuare.

Inoltre occorre incentivare la campagna di informazione alla popolazione coinvolgendo soprattutto i giovani, gli studenti di tutte le scuole di ogni ordine e grado dato che la cultura della donazione deve attecchire nelle menti dei più giovani.

► Prescrizione ricetta dematerializzata ◀

La ricetta dematerializzata rappresenta uno snodo fondamentale e punto di partenza ai fini della trasparenza, semplificazione, controllo della spesa farmaceutica. Insieme con l'Agenda Digitale rappresenta una priorità essenziale nell'ambito dell'Agenda Digitale del Governo. Dopo una prima fase complessa e tortuosa, dovuta anche alla resistenza all'innovazione tipica di tutti i nuovi processi informatici, e dopo gli aggiustamenti per i prevedibili difetti di funzionamento, oggi possono essere valutati i benefici apportati dal cambiamento. Essa permette di attuare misure di verifica del budget, di farmacovigilanza e di sorveglianza epidemiologica. La Sicilia ha

implementato, con D.A. 799/2015 le prescrizioni specialistiche in materia dematerializzata con l'intento di alleviare il percorso clinico del paziente, realizzando una riduzione dei tempi di attesa, riducendo gli accessi impropri presso gli studi medici di medicina generale, attivando sistemi efficienti di controllo prescrittivo. E' un processo che coinvolge sinergicamente e responsabilmente per il buon funzionamento della prassi dematerializzata che agevola la realizzazione di un servizio sanitario efficiente, efficace, equo cui tutti i pazienti aspirano. Il monitoraggio delle prescrizioni sarà più semplice e immediato, consentendo in tempo reale di valutare l'appropriatezza prescrittiva e la conoscenza dell'andamento della spesa farmaceutica. Infatti mediante la tracciabilità dei dati si è creato un sistema "connesso" tra farmacisti, medici, fisco, ospedale e territorio. Infine, non da ultimo, non si può sottacere il vantaggio della sicurezza del paziente, tenuto conto che si allontana il rischio di consegna di un farmaco difforme da quello prescritto perché in quest'ultimo caso si attiva un messaggio di allerta.

► Piani Attuativi Aziendali ◀

Con D.A. del 19.03.2012 pubblicato sulla Gurs n. 15/2012 supplemento ordinario n. 2 sono state pubblicate le Linee Guida per l'attuazione dei Piani Attuativi Aziendali. Il P.A.A. è, ai sensi dell'art. 5 della legge regionale n. 5/2009, atto di programmazione sanitaria locale, insieme all'atto aziendale, ai programmi definiti a livello di bacino e alle intese e gli accordi previsti dall'art. 4 della stessa legge. Con esso le Aziende Sanitarie Provinciali e le Aziende Ospedaliere programmano, nei limiti delle risorse disponibili, dei vincoli e dei termini del Piano Sanitario regionale, le attività da svolgere nel periodo di vigenza del Piano medesimo.

L'Azienda provvede a comunicare lo stato di avanzamento dei P.A.A. all'Azienda capofila Asp di Messina.

► Pari opportunità e bilancio di genere ◀

L'Azienda Ospedaliera Papardo, nel pieno rispetto della normativa vigente, ha tra i propri obiettivi il pieno raggiungimento della pari opportunità di genere. Le pari opportunità sono un principio giuridico inteso come l'assenza di ostacoli alla partecipazione economica, politica e sociale di un qualsiasi individuo per ragioni connesse al genere, religione e convinzioni personali, razza e origine etnica, disabilità, età, orientamento sessuale o politico. La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea - Nizza 7 dicembre 2000 - riprende in un unico testo, per la prima volta nella storia dell'Unione europea, i diritti civili,

politici, economici e sociali dei cittadini europei nonché di tutte le persone che vivono sul territorio dell'Unione. Con l'art. 21 viene ribadito il divieto di qualsiasi forma di discriminazione. L'art. 23 *Parità tra uomini e donne* recita: "La parità tra uomini e donne deve essere assicurata in tutti i campi, compreso in materia di occupazione, di lavoro e di retribuzione. Il principio della parità non osta al mantenimento o all'adozione di misure che prevedano vantaggi specifici a favore del sesso sottorappresentato".

La Direttiva 2000/43/CE del Consiglio, del 29 giugno 2000, attua il principio della parità di trattamento fra le persone indipendentemente dalla razza e dall'origine etnica. La direttiva mira a stabilire un quadro per la lotta alle discriminazioni fondate sulla razza o l'origine etnica, al fine di rendere effettivo negli Stati membri il principio della parità di trattamento. La Direttiva 2000/78/CE del Consiglio, del 27 novembre 2000, stabilisce un quadro generale per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro. Nello specifico la direttiva, dopo aver definito la nozione di discriminazione, individua il campo di applicazione del provvedimento, le azioni e le misure specifiche dirette ad evitare le discriminazioni sul luogo di lavoro. La moderna normativa sulle pari opportunità è anticipata, in Italia, dalla Costituzione agli artt. 3, 37, 51 e 117. I principi delle pari opportunità definiti nella normativa europea, sono stati recepiti in Italia con il D.Lgs. 215/2003, il D.Lgs. 216/2003 e la L. 67/2006. Il "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (C.U.G.), istituito con la legge 183/2010 (art.21) - che sostituisce e unifica i preesistenti comitati per le pari opportunità e i comitati contro il fenomeno del mobbing - è composto da membri designati dalle organizzazioni sindacali e dall'amministrazione, con presenza paritaria di parti sindacali e controparti datoriali e ha ruoli di consulenza, proposta e verifica ai fini del rispetto delle pari opportunità e della tutela dalla violenza. Il divieto di discriminazione per motivi di genere, di razza, sindacali, politici, religiosi, di lingua, di disabilità, di età, di orientamento sessuale, di convinzioni personali, rappresenta per l'A.O. Papardo, un principio cardine dal quale non ci si deve e non ci si può discostare.

All'interno dell'A.O. Papardo si è proceduto con delibera n. 146 del 05.10.2017 al rinnovo del Cug Aziendale (Comitato Unico di Garanzia), organismo in cui convergono le competenze dei precedenti Comitati per le pari opportunità e Comitato sul fenomeno del mobbing, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni regolanti la materia.

9. Il processo di redazione della Relazione sulla Performance.

-Fasi, soggetti, tempi e responsabilità.

-Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance.

Il processo di redazione della Relazione sulla Performance tiene conto di quanto esplicitato nel Piano triennale della Performance.

Al momento dell'individuazione degli obiettivi segue quello della contrattazione con i responsabili delle strutture. A questa fase segue quella della condivisione con tutti gli operatori delle singole UU.OO. e del monitoraggio mensile sugli obiettivi assegnati da parte degli Uffici Controllo di Gestione e Programmazione e Budget.

Il raggiungimento degli obiettivi previsti ed assegnati comporta una successiva attività di validazione da parte degli organismi di controllo, che riversano i propri effetti sull'azione degli organi apicali aziendali e su tutte le figure dirigenziali che collaborano con la Direzione per il raggiungimento degli obiettivi specifici.

La Struttura tecnica permanente ha avviato il processo di raccolta delle schede di valutazione sin dalla metà del mese di febbraio 2019 con l'invio di tutte le relative richieste ai responsabili delle varie UU.OO. e Servizi Aziendali.

Il processo di valutazione dei dipendenti, già rodato da tempo nelle strutture sanitarie, sta assumendo piano piano una connotazione di partecipazione da parte dei dipendenti agli obiettivi aziendali e di reparto. Qui di seguito viene riportata la tempistica prevista nel Piano Performance e che a tutt'oggi è stata rispettata nelle sue massime linee.

	<u>ATTIVITA'</u>	<u>DESCRIZIONE</u>	<u>SOGGETTI COINVOLTI</u>	<u>TEMPISTICA</u>
Fase 1	Piano della Performance	Documento programmatico triennale che individua indirizzi ed obiettivi strategici ed operativi del periodo e definisce gli obiettivi finali ed intermedi, le risorse e gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance dell'amministrazione e di tutto il personale. Devono essere definiti e assegnati gli obiettivi che si intendono raggiungere, i valori attesi di risultato e gli indicatori per la misurazione. Devono anche essere indicate, se necessario, le risorse umane, tecniche e finanziarie. La mancata adozione del piano vieta l'erogazione della retribuzione di risultato (pag. 3 – linee di indirizzo regionali All. A DA 1821/11)	Direzione Strategica Aziendale, Struttura Tecnica Permanente, Programmazione e Budget, Controllo di Gestione, Settore Personale	Entro il 31 gennaio dell'anno in corso o appena noti gli obiettivi regionali
		Fase 2.1: Non appena resi noti gli obiettivi regionali e quelli specifici del Direttore Generale, vengono definiti gli indirizzi programmatici e gli obiettivi aziendali da parte del Direttore Generale, in un documento di sintesi, da inviarsi ai Responsabili dei	Programmazione e budget – Direzione Generale	Fase 2.1: Entro il mese successivo alla definizione

Fase 2	Processo di Budget	CdR ed ai Capi Dipartimento, che espliciti la strategia aziendale per il breve termine e gli obiettivi attraverso i quali si intende perseguirla nel corso dell'anno		degli obiettivi regionali o entro due primi mesi dell'anno
		Fase 2.2: Predisposizione di un modello di scheda budget e validazione della stessa da parte del Direttore Generale	Programmazione e Budget	Fase 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6: Entro due mesi dal punto 2.1
		Fase 2.3: Presentazione da parte della Direzione Generale ai responsabili CdR, dei dipartimenti ospedalieri e dei settori amministrativi, del processo di budget	Direz. Generale Programm. e Budget CdG	
		Fase 2.4: Invio scheda budget ai responsabili dei CdR e dei report di costo/attività con i dati definitivi dell'anno precedente e con quelli disponibili dell'anno in corso	Direz. Generale Programm. e Budget CdG	
		Fase 2.5: Negoziazione budget con i singoli CdR	Direz. Generale Programm. e Budget CdG	
		Fase 2.6: A conclusione delle negoziazioni, redazione del documento di chiusura del budget e comunicazione degli esiti negoziali ai relativi settori di competenza	Programmazione e Budget	
Fase 3	Diffusione e assegnazione obiettivi aziendali	I responsabili dei CDR, coadiuvati dai dirigenti delle strutture coordinate e dalle posizioni organizzative: comunicano a tutto il personale gli obiettivi assegnati dalla Direzione Aziendale e le modalità previste per il raggiungimento degli stessi; informano tutti i dipendenti sui criteri e le modalità di valutazione delle performance individuali: effettuano i colloqui d'assegnazione degli obiettivi individuali o di gruppo formalizzando mediante la compilazione e la firma della scheda che sarà utilizzata per la valutazione individuale	Responsabili CdR, dipendenti (dirigenza e comparto) STP (Struttura Tecnica Permanente)	30 giorni dalla firma della scheda di budget
Fase 4	Monitoraggio	Sistema di reporting a cadenza mensile con identificazione del grado di raggiungimento degli obiettivi; analisi tendenziale e degli scostamenti	Programmazione e Budget, CdG	Cadenza mensile
Fase 5	Interventi correttivi	Eventuale negoziazione di obiettivi budget ove siano state riscontrate criticità o modifiche del contesto, delle politiche regionali etc.	Direzione Generale, Progr. e Budget, Respons. CdR	Nel corso dell'anno
Fase 6	Consolidamento dati	Acquisizione dei dati conclusivi di attività e performance dell'anno ed inserimento nel sistema informatico per l'elaborazione (dopo l'invio definitivo di tutti i flussi regionali e ministeriali)	Controllo di Gestione	Entro il 28/02 dell'anno successivo
Fase 7	Reportistica	Ai responsabili dei CdR è inviata la scheda riassuntiva dei dati di attività, produttività e costo dell'anno conclusosi e una scheda esplicativa del grado di raggiungimento di ciascun indicatore negoziato nella	Program. e Budget, Controllo di Gestione	Entro il mese di marzo

		scheda di budget		
Fase 8	Contro-Deduzioni	Acquisizione delle eventuali comunicazioni inviate dai Responsabili dei CdR relative al risultato di performance come da report della fase 7	Responsabili CdR Controllo di Gestione, OIV	15 gg. dalla ricezione dei report
Fase 9	Valutazio-Ne	Avvio dell'attività di valutazione delle performance di risultato delle singole schede budget	OIV	Entro il 15 maggio
Fase 10	Trasmissione	Trasmissione degli atti relativi alla valutazione delle singole schede budget al Direttore Generale	OIV	Entro il 15 maggio
Fase 11	Comuni-Cazione	Invio ai responsabili dei CdR sottoscrittori di budget dei risultati della valutazione della performance	Direzione Generale, Struttura Tecnica Permanente	Entro il 15 maggio (sempre che non vi siano impedimenti che non permettano il rispetto di tale termine)
Fase 12	Contro-Deduzioni	Acquisizione di eventuali controdeduzioni ed osservazioni da parte dei Responsabili di cui alla fase 11	Responsabili CdR Struttura Tecnica Permanente	Entro il 15 maggio (sempre che non vi siano impedimenti che non permettano il rispetto di tale termine)
Fase 13	Valutazio- ne finale	L'OIV acquisisce l'ulteriore documentazione pervenuta e conclude la valutazione annuale con la validazione dei risultati raggiunti dalle UU.OO. assegnatarie di budget attribuendo alle stesse un punteggio di performance organizzativa espresso in percentuale, redigendo un documento riepilogativo da inviarsi al Direttore Generale	OIV, Struttura Tecnica Permanente, Direzione Generale	Entro il 30 maggio (sempre che non vi siano impedimenti che non permettano il rispetto di tale termine)
Fase 14	Comuni-Cazione	Comunicazione ai responsabili dei CdR del punteggio definitivo attribuito dall'OIV nella valutazione della Performance. Il punteggio, espresso in percentuale di raggiungimento, indica la quota di fondo premiale effettivamente maturata dai dipendenti della U.O. assegnataria di budget (pag. 13 punto 3 del Regolamento per la valutazione del Personale, delib. N. 2035 del 14.12.2011)	Direzione Generale, Struttura Tecnica Permanente	Entro il 30 maggio (sempre che non vi siano impedimenti che non permettano il rispetto di tale termine)
Fase 15	Valutazio- ne indivi- duale	Il valutatore (Direttore o Resp. di S.C., Direttore di Dipartimento, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo etc.), rifacendosi alle schede di cui alla fase 3 e ai risultati raggiunti così come comunicati nella fase 14, effettua il colloquio individuale di valutazione finale con il valutato, al termine del quale	Direzione Generale, Responsabili CdR, STP, Personale dipendente	Entro il 15 giugno (sempre che non vi siano impedimenti che non

		formula giudizi conclusivi ed attribuisce i relativi punteggi. Il dipendente valutato firma la scheda di valutazione per attestazione ed in caso di non condivisione ha tre giorni di tempo per formulare eventuali osservazioni e procedure secondo l'articolo 4 del Regolamento per la valutazione del Personale (delibera n. 2035 del 14.12.2011). Le schede di valutazione devono essere inviate alla Struttura Tecnica Permanente	(dirigenza e comparto)	permettano il rispetto di tale termine)
Fase 16	Validazione individuale	La Struttura Tecnica Permanente trasmette all'Oiv gli elenchi dei valutati con i punteggi conseguiti o comunque una documentazione riepilogativa per la validazione e compilazione delle relative graduatorie di merito per l'inserimento nelle tre fasce di merito	STP - OIV	Entro il 30 giugno (sempre che non vi siano impedimenti che non permettano il rispetto di tale termine)
Fase 17	Relazione della Performance	L'OIV ritrasmette le schede validate per gli ulteriori adempimenti relativi alla corresponsione della quota incentivante individuale. Viene redatto il documento conclusivo definito "Relazione annuale della performance" che deve essere validato dall'OIV	STP, OIV, Settore Personale	Entro il 30 giugno (sempre che non vi siano impedimenti che non permettano il rispetto di tale termine)

L'O.I.V. ha già avviato il processo di valutazione delle schede di budget e dei relativi obiettivi raggiunti dalle UU.OO. e Servizi dell'Azienda. Questo elemento, è stato progressivamente corretto anche attraverso l'inserimento nelle singole schede di budget di una serie di obiettivi individuati proprio con la finalità di far emergere le reali eccellenze aziendali.

L'O.I.V. ha evidenziato che da un punto di vista metodologico e specificamente quantitativo, sembra non si sia ancora raggiunta l'adeguata capacità di identificazione e formalizzazione degli obiettivi strategici determinando una traslazione verso l'alto della valutazione della complessiva performance aziendale. Sembra peraltro opportuno segnalare, che occorrerebbe porre una particolare attenzione alla fissazione di obiettivi di miglioramento incrementale dei Servizi Sanitari.

Inoltre, l'O.I.V. pur apprezzando lo sforzo dell'Azienda rivolto a far coincidere le tematiche economiche con quelle meglio specificate nel piano di efficientamento, sottolinea che ci si è soffermati al raggiungimento di questo obiettivo economico tralasciando altri aspetti di crescita aziendale che risultano parimenti importanti quanto quello economico stabilizzandosi su una prospettiva futura di consolidamento e sviluppo aziendale, proiettando l'Azienda in una vision di efficientamento non solo economico ma anche strategico e organizzativo.

Per raggiungere tale crescita a tutti i livelli, occorrono nuove indicazioni sulla semplificazione delle procedure, sul rapporto staff/direzione sanitaria/UU.OO. appuntando l'attenzione su una indagine di customer satisfaction e di benessere organizzativo da collegare anche agli interventi di microorganizzaione e che diano risposte adeguate ad una domanda di sanità nuova.

Si sottolinea che il percorso è stato avviato ma dovrà essere sottoposto a ulteriore revisione anche attraverso l'ausilio degli strumenti di controllo di gestione disponibili in Azienda e l'implemento di più adeguati strumenti di controllo strategico.

Analizzando le singole schede di budget delle UU.OO. aziendali si evidenzia che la struttura delle stesse ha posto una particolare attenzione a una serie di obiettivi quali:

- R.O. S.D.O. Numero/Valore con relativo peso medio;
- D.H. S.D.O. Numero / Valore;
- DAY SERVICE Numero / Valore;
- Att. Ambulatoriale Esterni (Euro)

A questi obiettivi, si aggiungono per determinate UU.OO. gli obiettivi strategici aziendali che si sostanziano in:

- Int. Femore %;
- Tagli Cesarei %;
- Ptca % entro 24h;
- Ptca % entro 90 min.;
- Colecistectomia Laparosc. %;

Una particolare attenzione, nella predisposizione della scheda di budget è stata posta alla percentuale dei ricoveri non appropriati e all'omissione del registro.

Al fine di garantire la massima trasparenza, tutte le UU.OO. hanno inoltre l'obbligo di redigere correttamente in ogni parte il registro di accesso degli informatori scientifici.

Il raggiungimento degli obiettivi di budget diventa un lavoro di equipe che permette o meno il raggiungimento di una adeguata performance della singola U.O. e dell'Azienda in generale.

La valutazione da qualunque organo, collegiale o singolo, provenga, risulta un compito difficile con ripercussioni anche nella quotidiana attività lavorativa dei soggetti coinvolti.

Occorrerebbe procedere anche attraverso una serie di incontri formativi sul come e cosa fare nel momento in cui il valutatore si confronta col valutato, sul modo di porgere la valutazione e sulla necessaria capacità di leadership che permette di attribuire al responsabile della struttura una determinata capacità professionale/gestionale.

Anche una capacità autocritica aiuta a una migliore azione di valutazione perché con l'analisi dei propri errori e delle proprie responsabilità si capiscono e si accettano meglio gli errori degli altri.

Una particolare attenzione deve essere posta al modo di porgersi e ai rapporti interpersonali che si

vengono a creare all'interno delle strutture aziendali. Capacità comunicativa e di direzione rappresentano i corollari fondamentali per una adeguata valutazione. Occorre comprendere le singole specificità e le particolari attitudini che il personale possiede in modo da permettere un maggiore coinvolgimento globale che veda coinvolti tutti gli operatori nel raggiungimento degli obiettivi comuni.

Il riconoscimento della leadership permette anche una migliore accettazione delle valutazioni personali. La piena conoscenza dei processi aziendali, di reparto, operative, sanitarie, spinge e motiva il singolo operatore a raggiungere una migliore performance. Occorre saper motivare i singoli attraverso la discussione, il confronto, l'apertura a suggerimenti, che rappresentano momenti importanti di aggregazione.

Sarebbe opportuno evitare un appiattimento delle valutazioni che non consentono di far comprendere al singolo operatore il discrimine tra ciò che si fa bene e ciò che non viene fatto e che comporta una valutazione non sempre positiva. Le valutazioni uguali non incentivano verso il miglioramento anzi, alle volte, spingono a credere che la meritocrazia e il lavoro non vengono riconosciute e apprezzate. Inoltre tali appiattimenti portano a non accettare una valutazione non massima, tenuto conto che ci si ritrova ad essere considerata l'unica eccezione in un mondo di eccellenze, con le conseguenziali richieste di rivalutazione della propria scheda davanti al Collegio Tecnico di Valutazione che non ha poteri decisionali tali da poter portare a una riforma di quanto predisposto dal valutatore.

Viene alle volte eccepito il mancato rispetto di procedure formali, con il mancato ribaltamento degli obiettivi e assegnazione degli stessi ai singoli operatori della struttura.

Le strutture Controllo di Gestione e Programmazione e Budget effettuano una particolare e attenta lodevole attività di reportistica e segnalazione mensile degli eventuali scostamenti dal budget programmato, che permette le opportune azioni di aggiustamento utili e conducenti al raggiungimento degli obiettivi di budget.

Una maggiore compartecipazione e responsabilizzazione a tutti i livelli può portare al miglioramento dei rapporti e delle attività sanitarie in generale.



Regione Siciliana
Azienda Ospedaliera Papardo
Ctr. Papardo tel.090-3991 Messina

Allegato **B** alla delibera
n. **599** del **24/6/2020** della
Commissione di cui costituisce parte integrante

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

DOCUMENTO DI VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2019

L'Organismo Indipendente di Valutazione dell'Azienda Ospedaliera Papardo di Messina ha preso in esame la Relazione sulla Performance anno 2019 nella riunione tenutasi in forma collegiale, con collegamento in remoto, nelle seguenti date: 11.06.2020; 18.06.2020 e 19.06.2020.

L'O.I.V., tenuto conto dei risultati e degli elementi emersi dalla documentazione fornita in merito al processo di budget anno 2019, del contesto in cui tale processo si è svolto e dei contenuti della relazione sulla performance e degli indicatori di processo in essa contenuti e sviluppati, evidenzia come nella predetta relazione si è fornito un giusto dettaglio dei dati di contesto.

L'O.I.V. rileva da un punto di vista metodologico e specificamente quantitativo, sembra che non si sia ancora raggiunta l'adeguata capacità di identificazione e formalizzazione degli obiettivi strategici determinando una traslazione verso l'alto della valutazione della complessiva performance aziendale. Sembra peraltro opportuno segnalare, che occorrerebbe porre una particolare attenzione alla fissazione di obiettivi di miglioramento incrementale dei Servizi Sanitari.

Inoltre, l'O.I.V. pur apprezzando lo sforzo dell'Azienda rivolto a far coincidere le tematiche economiche con quelle meglio specificate nel piano di efficientamento, sottolinea che ci si è soffermati al raggiungimento di questo obiettivo economico tralasciando altri aspetti di crescita aziendale che risultano parimenti importanti quanto quello economico stabilizzandosi su una prospettiva futura di consolidamento e sviluppo aziendale, proiettando l'Azienda in una visione di efficientamento non solo economico ma anche strategico e organizzativo.

Per raggiungere tale crescita a tutti i livelli, occorrono nuove indicazioni sulla semplificazione delle procedure, sul rapporto staff/direzione sanitaria/UU.OO, appuntando l'attenzione su una indagine di customer satisfaction e di benessere

organizzativo da collegare anche agli interventi di microorganizzaione e che diano risposte adeguate ad una domanda di sanità nuova.

Si sottolinea che il percorso è stato avviato ma dovrà essere sottoposto a ulteriore revisione anche attraverso l'ausilio degli strumenti di controllo di gestione disponibili in Azienda e l'implemento di più adeguati strumenti di controllo strategico.

L'O.I.V., così come meglio evidenziato nei verbali in cui si è proceduto a valutare la relazione sulla performance propone di predisporre, anche in fase successiva alla validazione della relazione sulla performance, un modello comunicativo del piano della performance più efficace e che possa servire come ausilio per il riavvio delle attività di pianificazione strategica sul modello di quanto già noto dalle esperienze più avanzate delle aziende ospedaliere, sanitarie e degli enti locali che per primi hanno sperimentato il processo di misurazione e comunicazione della performance.

Tenuto conto delle superiori indicazioni, si esprime una valutazione positiva, con ciò validando, la relazione relativa alla performance dell'anno 2019 dell'A.O. Papardo.

F.to Prof. Marco Meneguzzo (Presidente)	Collegamento da remoto
F.to Dr. Pietro Maria Testai (Componente)	Collegamento da remoto
F.to Prof. PierLuigi Catalfo (Componente)	Collegamento da remoto

Elenco principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento, ex art. 23, D. Lgs. n. 33/2013

OGGETTO: Recepimento Relazione sulla Performance anno 2019.

- 1) Relazione sulla performance anno 2019 – Allegato “A”;
- 2) Documento di validazione della relazione sulla performance 2019 – Allegato “B”.


Antonio Di Iorio