

La presente deliberazione viene pubblicata all'Albo di questa Azienda il 01 LUG. 2018

La Segreteria

Messina 26 GIU. 2018

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

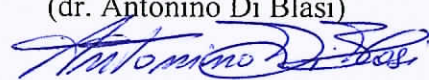
DELIBERAZIONE N. 600 DEL 26 GIU. 2018

OGGETTO: Recepimento Relazione sulla Performance anno 2017.

DIREZIONE GENERALE

Il Resp. del Procedimento Il Dirigente Struttura Semplice / Complessa

(dr. Antonino Di Blasi)

 _____

Il Direttore della Struttura Complessa Economico Finanziario e Patrimoniale

 _____

Nr. Prenotazione SAC 2018

L'anno duemiladiciotto, il giorno VENTISEI del mese di GIUGNO nella sede dell'Azienda Ospedaliera Papardo di Messina, il sottoscritto Dr. Paolo La Paglia, Commissario Straordinario dell'Azienda, nominato con D.A. n. 477 del 22.03.2018 e coadiuvato dai Sigg.:

- Dott. Marco Restuccia - Direttore Amministrativo;
- Dott. Paolo Cardia - Direttore Sanitario;

assistito dal/la Sig./Sig.ra GIUSEPPA ARMAO 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 2017, 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. 29280 del 22.06.2018 (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 procedimento è il dr. Antonino Di Blasi, collaboratore amministrativo professionale;

Preso atto che il presente atto 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 2017, 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. 29280 del 22.06.2018 (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. Marco Restuccia)

Il Direttore Sanitario
(dr. Paolo Cardia)

Il Commissario Straordinario
(dr. Paolo La Paglia)

Il Segretario



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

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE
ANNO 2017
AZIENDA OSPEDALIERA PAPARDO

1-Presentazione-----	Pag. 2
2-Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri Stakeholder esterni -----	Pag. 2
3-L'Amministrazione -----	Pag. 5
4-I risultati raggiunti -----	Pag. 7
5-Le criticità e le opportunità -----	Pag. 8
6-Obiettivi contrattuali generali -----	Pag. 8
7-Obiettivi – Risultati raggiunti e scostamenti - Albero della performance -----	Pag. 11
8-Obiettivi strategici – Obiettivi e piani operativi – Obiettivi individuali -----	Pag. 13
- Obiettivi contrattuali generali -----	Pag. 13
- Equilibrio di bilancio -----	Pag. 13
- Fondi Po-Fesr -----	Pag. 14
- Contenimento spesa -----	Pag. 14
- Flussi informativi -----	Pag. 18
- Osservanza disposizioni Alpi -----	Pag. 19
9-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento servizi -----	Pag. 21
- Obiettivo di riorganizzazione dei Pronto Soccorso -----	Pag. 21
- Screening Oncologici-----	Pag. 22
- Esiti -----	Pag. 23
- Liste di attesa -----	Pag. 24
- Punti di nascita -----	Pag. 25
- Donazione organi – Attività svolte -----	Pag. 27
- Prescrizione ricetta dematerializzata -----	Pag. 30
- Utilizzo Fondi PSN -----	Pag. 31
- Sviluppo percorso attuativo di certificabilità – P.A.C.-----	Pag. 32
- Piani attuativi aziendali -----	Pag. 33
- Pari opportunità e bilancio di genere -----	Pag. 33
10- 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. 34

1. Presentazione.

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

Durante l'anno 2017 l'Azienda Ospedaliera Papardo ha visto il passaggio di consegne tra il dr. Michele Vullo e la dr.ssa Maria Letizia di Liberti che con delibera n. 1 del 10.08.2018, si è insediata nella qualità di Commissario ai sensi del D.P.R.S. n. 396/Serv.1/S.G. del 1° Agosto 2017.

La nuova Amministrazione ha proceduto sin dal suo insediamento a riattivare i processi, avviando una serie di incontri con tutti i responsabili e direttori delle UU.OO. aziendali, per comprendere e conoscere l'andamento dei reparti e comprendere lo status dell'Azienda nel suo complesso e delle UU.OO. in particolare.

Infatti dall'analisi della documentazione fornita dagli Uffici Controllo di Gestione e Programmazione e Budget, si è preso atto della diminuzione della produttività programmata nella contrattazione di budget di vari reparti, e il nuovo Management Aziendale ha ritenuto necessario comprenderne le motivazioni attraverso un confronto costruttivo con tutti i responsabili che hanno avuto modo di esternare le problematiche connesse all'attività di reparto, evidenziando e prospettando unitamente alla Direzioni, azioni correttive per il rilancio dell'Azienda nel suo complesso.

A questa prima fase di monitoraggio generale è seguita una seconda fase propulsiva che si è sostanziata nel "far conoscere" a tutti i medici di base della provincia di Messina, le offerte specialistiche erogate e fornite dalle varie specialità mediche e chirurgiche dell'Azienda Ospedaliera Papardo.

Una connessione tra le prestazioni erogate e i servizi richiesti dai cittadini, risulta di particolare importanza tenuto conto che si è avuto modo di appurare che alle volte vi è una reale sconnessione tra ciò che viene offerto dai singoli reparti e ciò che viene richiesto dall'utente.

Tale azione di "marketing sanitario" è stata apprezzata dai medici di base a cui sono stati anche forniti gli orari di apertura, connessi alle prestazioni fornite, degli ambulatori presenti all'interno dell'A.O. Papardo di Messina, siti al II° Piano.

Inoltre, è da evidenziare che l'Organismo Indipendente di Valutazione ha analizzato unitamente alle Strutture Semplici Controllo di Gestione e Programmazione e Budget, gli obiettivi e il budget delle UU.OO. con riferimento all'anno 2017 per comprendere e

analizzare l'andamento gestionale, puntando l'attenzione sul periodo che va dall'01.01.2017 al 31.07.2017.

Dall'analisi effettuata è emerso che gli obiettivi di budget sono stati assegnati in rapporto alla capacità delle varie strutture anche in relazione a quanto previsto dal piano di efficientamento. Si è preso in considerazione la previsione dei posti letto per reparto in rapporto a quelli attualmente esistenti correlandola alla presenza di personale medico nei rispettivi reparti.

Il Controllo di Gestione con nota prot. n. 16561/2018 in relazione alla verifica budget anno 2017, dopo aver effettuato una disamina relativa alle varie fasi del processo di budget, ha comunicato che gli obiettivi sono stati rimodulati ad agosto 2017 in relazione agli incontri con il Commissario pro tempore e alla nota del Direttore Generale pro tempore che aveva contrattato gli obiettivi nel mese di marzo 2017, come da nota allegata alle varie schede di budget che fa riferimento alle condizioni di realizzazione degli stessi obiettivi.

L'obiettivo di produttività è stato sottoposto dal management aziendale pro tempore, in data 21.03.2017, alle seguenti condizioni:

- 1) dalla presenza di una lista di attesa maggiore di 30 giorni; in caso contrario tale obiettivo consisterà nel mantenimento del valore della produzione del 2016;
- 2) dal completamento della dotazione organica prevista negli obiettivi 2017, percentualmente al periodo in cui tale condizione è stata realizzata;
- 3) percentualmente alla media dei posti letto annui attivati (come da mod. ministeriale Hsp 22 bis).

Gli uffici competenti (U.O.S. Programmazione e Budget) hanno proceduto, pertanto, una volta accertato il mancato rispetto delle succitate condizioni, alla rimodulazione degli obiettivi di budget.

Tale rimodulazione è avvenuta nel mese di agosto 2017 a seguito degli incontri avvenuti tra la nuova direzione aziendale pro tempore appena insediatasi e i responsabili delle UU.OO., a quattro mesi dalla firma delle schede, tempo ritenuto più che adeguato per verificare il monitoraggio dei dati e l'avvenuta o meno assegnazione delle risorse umane e dei posti letto concordati in sede di budget.

La rimodulazione ha interessato pressoché tutte le UU.OO. in base ai posti letto e al personale dirigenziale con cui era stato tarato l'obiettivo e il relativo piano di rientro confrontato con la reale disponibilità di tali risorse, tenendo in ogni caso presente che la

mancata attribuzione di risorse umane e dei posti letto non fosse imputabile alla singola U.O. né alla Direzione Aziendale.

Tale rimodulazione, pertanto, si è resa necessaria per la corretta calibrazione degli stessi obiettivi in relazione sempre alle risorse umane e tecnologiche messe a disposizione.

Nell'ambito di tali azioni di rilancio, sempre nel mese di settembre 2017, si è provveduto a indire le sottoindicate procedure selettive per ricoprire le seguenti posizioni apicali:

-Direttore U.O.C. di Nefrologia e Dialisi;

-Direttore U.O.C. di Mcau;

-Direttore U.O.C. di Farmacia;

-Direttore U.O.C. di Urologia;

-Direttore U.O.C. di Oftalmologia;

-Direttore U.O.C. di Ematologia.

Appare evidente che l'Amministrazione ha posto la propria attenzione sugli organi apicali delle UU.OO., base su cui fondare un vero rilancio aziendale.

Successivamente, con nota prot. n. 97111 del 29.12.2017, l'Assessorato della Salute ha disposto la sospensione delle procedure selettive finalizzate al conferimento degli incarichi di Direttore di Unità Operativa Complessa.

3. L'Amministrazione.

Il nuovo management Aziendale sin dal suo insediamento ha avviato un processo di rinnovamento e rilancio che si è concretizzato nell'adozione dei seguenti atti deliberativi:

n. 51 dell'11.09.2017 avente ad oggetto "Adozione nuovo Atto Aziendale";

-n. 52 dell'11.09.2017 avente ad oggetto "Adozione nuova Dotazione Organica";

-n. 53 dell'11.09.2017 avente ad oggetto "Rimodulazione piano triennale dei fabbisogni di personale 2017-2019".

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 delle Medicine;

3. Dipartimento Materno Infantile;

4. Dipartimento delle Emergenze;

5. Dipartimento Alte e Medie Complessità Chirurgiche;

6. Dipartimento Patologie Cardio Toraco Vascolari;

7. Dipartimento Onco-Ematologia;

8. Dipartimento Servizi e Smart Hospital.

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 nel nuovo assetto aziendale, sono dipendenti dalla Direzione Generale le seguenti UU.OO. e Servizi:

- a) U.O.C. Controllo di Gestione e S.I.A. (Servizio Informatico Aziendale);
- b) Staff: articolato in: 1) U.O.S. Formazione; 2) U.O.S. Qualità, Rischio clinico e accreditamento; 3) U.O.S. U.R.P. (Ufficio Relazioni con il Pubblico), Comunicazione ed internazionalizzazione;
- c) U.O.S. Affari Legali;
- d) U.O.S. R.S.P.P. (Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione);
- e) Medico Competente.

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.

Ruolo ed area contrattuale	Numero Dip.ti	Costi Tabellare	Posiz. Retrib.	Condiz. di lavoro	Retrib. Risultato	Altri Costi	Oneri Sociali	Totale Costi
<u>Ruolo Sanitario</u>								
Dirigenza Medica T.I.	269	16.211.682	6.772.440	1.052.390	916.760	450.661	7.435.534	32.839.467
Dirigenza Medica T.D.	35	1.079.208	418.770	101.900	60.900	418.770	495.359	2.575.907
Dirigenza Sanitaria T.I.	24	1.368.986	289.920	52.010	156.030	-	514.787	2.381.733
Dirigenza Sanitaria T.D.	2	89.308	25.270	4.560	13.600	-	39.614	172.353
Comparto Sanitario T.I.	637	14.954.466	3.505.000	2.126.260	1.112.250	28.093	6.723.465	28.449.534
Comparto Sanitario T.D.	15	259.222	24.400	46.560	8.540	-	100.367	439.089
Totale	982	33.962.872	11.035.800	3.383.680	2.268.080	897.524	15.309.126	66.857.082

Ruolo ed area contrattuale	Numero Dipendenti	Costi Tabellare	Posiz. Retrib.	Condiz. di lavoro	Retrib. Risultato	Altri Costi	Oneri Sociali	Totale Costi
<u>Ruolo Professionale</u>								
Dirigenza Prof.le T.I.	2	92.208	74.570	-	9.220	4.938	47.578	228.514
Dirigenza Prof.le T.D.	1	55.333	650	-	-	-	17.952	73.935
Comparto Pro.le T.I.	1	24.228	25.500	5.980	1.710	15.173	21.153	93.744
Totale	4	171.769	100.720	5.980	10.930	20.111	86.683	396.193
Ruolo ed area contrattuale	Numero Dipendenti	Costi Tabellare	Posiz. Retrib.	Condiz. di lavoro	Retrib. Risultato	Altri Costi	Oneri Sociali	Totale Costi
<u>Ruolo Tecnico</u>								
Dirigenza Tecnica T.I.	1	6.894	50	-	-	-	1.853	8.797
Dirigenza Tecnica T.D.	2	137.747	40.370	-	9.220	-	61.674	249.011
Comparto Tecnico T.I.	162	2.998.362	427.770	530.420	274.980	45.702	1.179.343	5.456.577
Comparto Tecnico T.D.	34	624.372	63.440	43.040	22.200	-	226.355	979.407
Totale	199	3.767.375	531.630	573.460	306.400	45.702	1.469.225	6.693.792
Ruolo ed area contrattuale	Numero Dipendenti	Costi Tabellare	Posiz. Retrib.	Condiz. di lavoro	Retrib. Risultato	Altri Costi	Oneri Sociali	Totale Costi
<u>Ruolo Amministrativo</u>								
Dirigenza Amm.va T.I.	3	121.226	66.760	-	13.820	-	85.092	286.898
Dirigenza Amm.va T.D.	5	251.559	70.450	-	23.450	-	102.754	448.213
Comparto Amm.vo T.I.	78	1.510.137	331.470	215.220	11.020	13.865	597.480	2.779.192
Comparto Amm.vo T.D.	3	160.178	9.760	6.620	3.420	6.620	57.451	244.049
Totale	89	2.043.100	478.440	221.840	151.710	20.485	842.777	3.758.352
Totale Ruoli	1.274	39.945.116	12.146.590	4.184.960	2.737.120	983.822	17.707.811	77.705.419

4. I risultati raggiunti.

Gli obiettivi assegnati al Commissario dell'Azienda Ospedaliera Papardo sono stati oggetto di valutazione in merito al raggiungimento o meno degli obiettivi.

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

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO			
Anno 2017	N. Accessi	N. ricoveri	N. Prestazioni da flusso "C"
P.O. Papardo	33.826	6.673	235.631
Anno 2016	N. Accessi	N. ricoveri	N. Prestazioni da flusso "C"
P.O. Papardo	32.921	6.728	294.066

RICOVERO ORDINARIO						
Anno 2017	Media Annuale Posti Letto	N. SDO	N. SDO Chir.	TUPL	Degenza Media	Peso Medio
P.O. Papardo	288	10.491	4.942	87,3%	8,71	1,46
Anno 2016	Media Annuale Posti Letto	N. SDO	N. SDO Chir.	TUPL	Degenza Media	Peso Medio
P.O. Papardo	296,8	10.699	4.877	86%	8,67	1,41

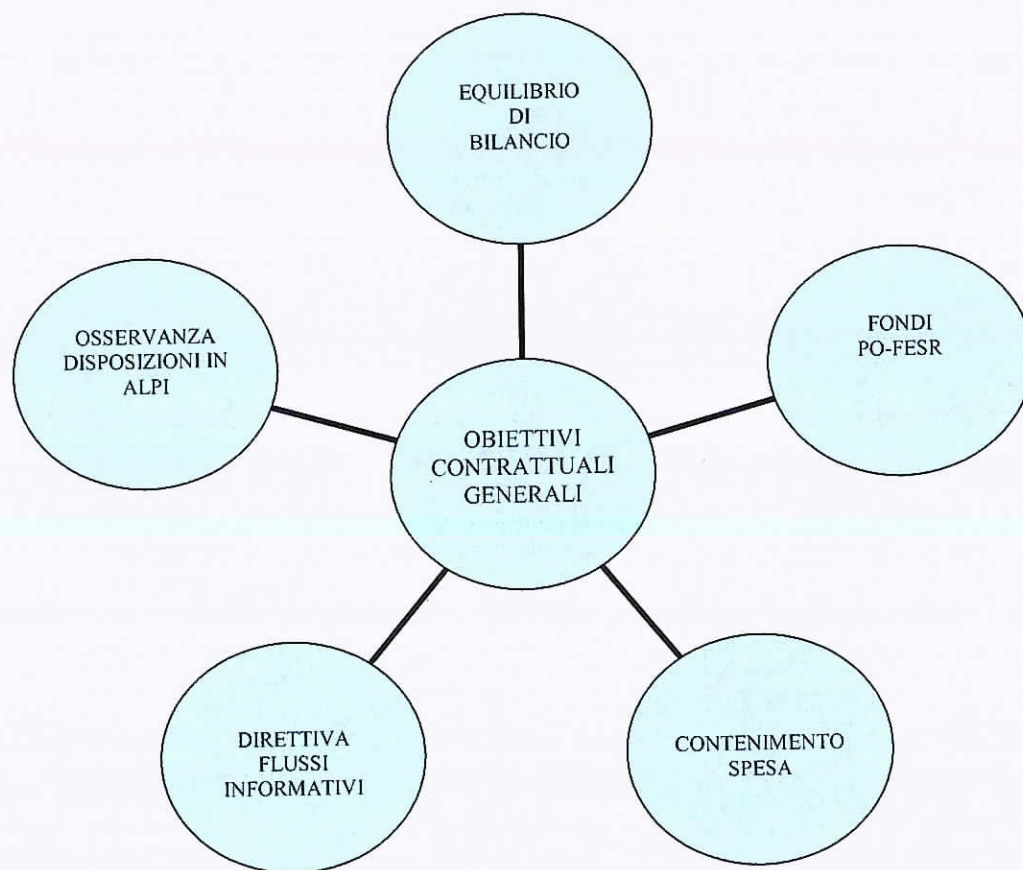
RICOVERO DAY HOSPITAL					DAY SERVICE
Anno 2017	Media Annuale Posti Letto	N.SDO	N.SDO Ch.	Accessi	N. SDAO
P.O. Papardo	45	2.488	773	7.946	5.029
Anno 2016	Media Annuale Posti Letto	N.SDO	N.SDO Ch.	Accessi	N. SDAO
P.O. Papardo	35	2.176	709	8.193	4.732

5. Le criticità e le opportunità.

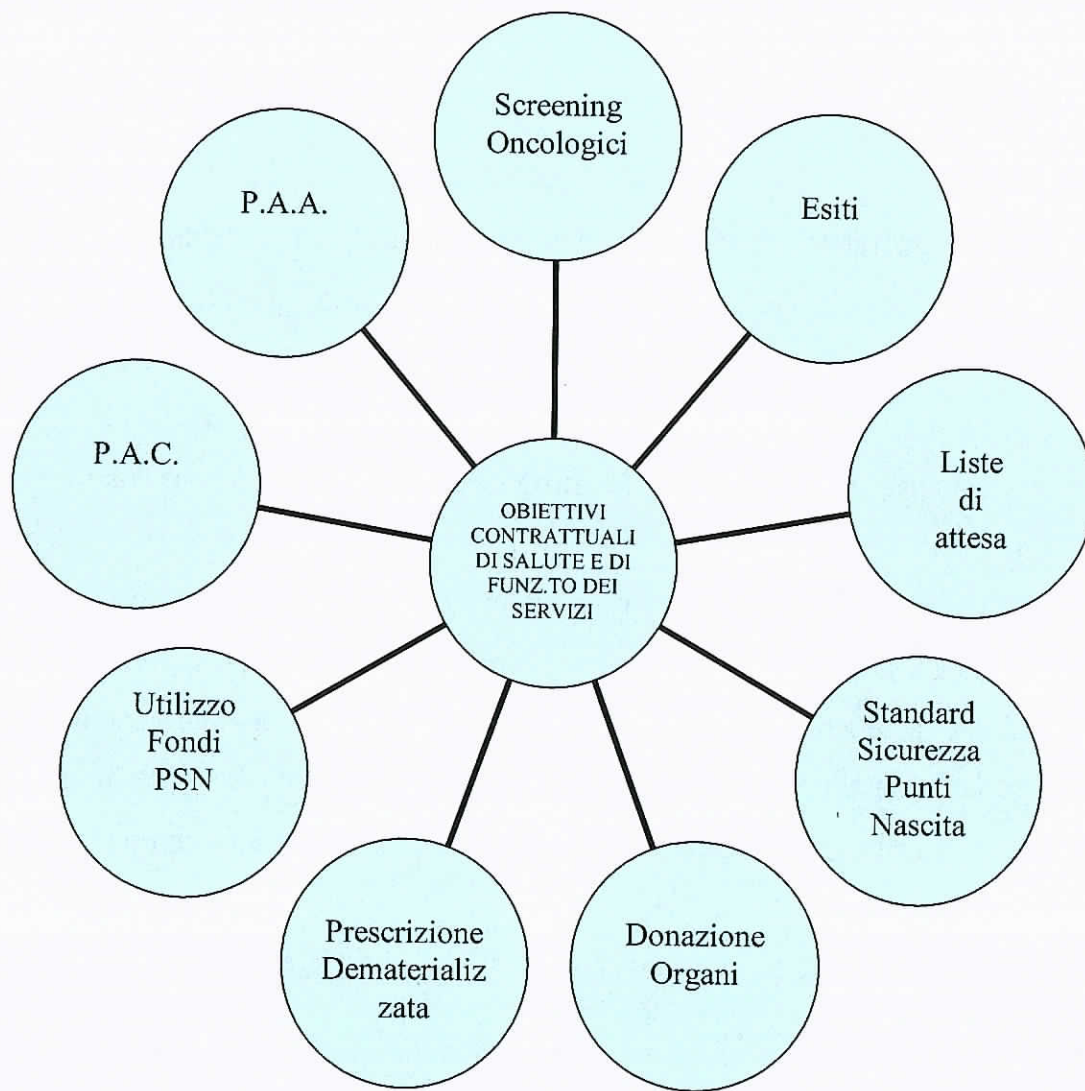
Gli obiettivi assegnati per l'anno 2017 sono distinti in:

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

6. OBIETTIVI CONTRATTUALI GENERALI



Accanto agli obiettivi contrattuali generali, vi è l'Obiettivo di riorganizzazione del Pronto Soccorso e gli Obiettivi Contrattuali di salute e di funzionamento dei servizi che si articolano come meglio sotto indicato:



All'interno dei vari macro-obiettivi abbiano 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;
- Liste di attesa;
- Punti nascita;

-Donazione organi;

-Prescrizioni dematerializzate;

-P.A.C.;

-P.A.A.

Appare evidente che anche questi obiettivi dovranno tenere conto, nel prossimo futuro, della riorganizzazione generale della rete ospedaliera già predisposta dall'Assessorato della Salute con l'applicazione del Decreto Balduzzi, e la nuova normativa di riduzione della spesa che influiranno notevolmente sulla programmazione e progettazione aziendale, sulle criticità e le opportunità che l'Azienda si propone, rispettivamente, di risolvere e raggiungere.

L'attenzione dell'Azienda deve sempre essere orientata sull'attività chirurgica in generale e su quella oncologica in particolare con contestuale programmazione di acquisto apparecchiature di nuova generazione che permettano di effettuare mappature genetiche che consentano di individuare in maniera precisa le terapie oncologiche più idonee da predisporre e che siano orientate alla lotta contro il cancro. Una risposta mirata permette un migliore risultato nell'ambito delle terapie oncologiche. Questi obiettivi perseguiti, anche mediante mappature del genoma, rappresentano opportunità di differenziazione rispetto alla normale offerta sanitaria territoriale.

A questa differenziazione si deve sempre maggiormente affiancare una necessaria interdisciplinarietà dell'attività sanitaria che deve partire dall'osservazione del paziente che sempre maggiormente porta in sé una pluralità di problematiche sanitarie alle volte croniche che chiedono concretamente una valutazione ed approccio multidisciplinare.

Il coinvolgimento di diverse discipline quali l'oncologia, la chirurgia generale, quella toracica, la nefrologia, e le altre UU.OO. chirurgiche e non chirurgiche quali l'Anatomia Patologica o la Patologia Clinica che analizzano i vari casi in maniera interdisciplinare per comprendere le migliori terapie ed interventi da porre in essere è un obiettivo che già rodato all'interno dell'Azienda Ospedaliera Papardo. Sono centinaia infatti i casi oggetto di studio interdisciplinare che vengono analizzati dai professionisti, in modo da predisporre un approccio sistematico e condiviso di terapie da attuare. La valutazione di tali casi che avviene collegialmente permette, attraverso una c.d. "conferenza di servizi" (termine mutuato dall'ambito amministrativo) utile al raggiungimento dell'obiettivo, di applicare la migliore terapia/intervento nei confronti del singolo paziente, che rappresenta un caso unico

non ascrivibile a schemi precostituiti.

7. Obiettivi. Risultati raggiunti e scostamenti.

Albero della Performance

L'Azienda Ospedaliera Papardo, in linea con i principi normativi e con le indicazioni fornite dalla Commissione indipendente per la Valutazione Trasparenza e Integrità nelle Pubbliche Amministrazioni, intende rappresentare le proprie politiche di azione mediante **l'Albero della Performance**, che descrive in una mappa concettuale le relazioni fra i diversi livelli di decision marker declinandone le strategie (dalle politiche strategiche alle azioni operative) secondo le possibilità di intervento, gli stakeholder coinvolti e gli obiettivi perseguiti.

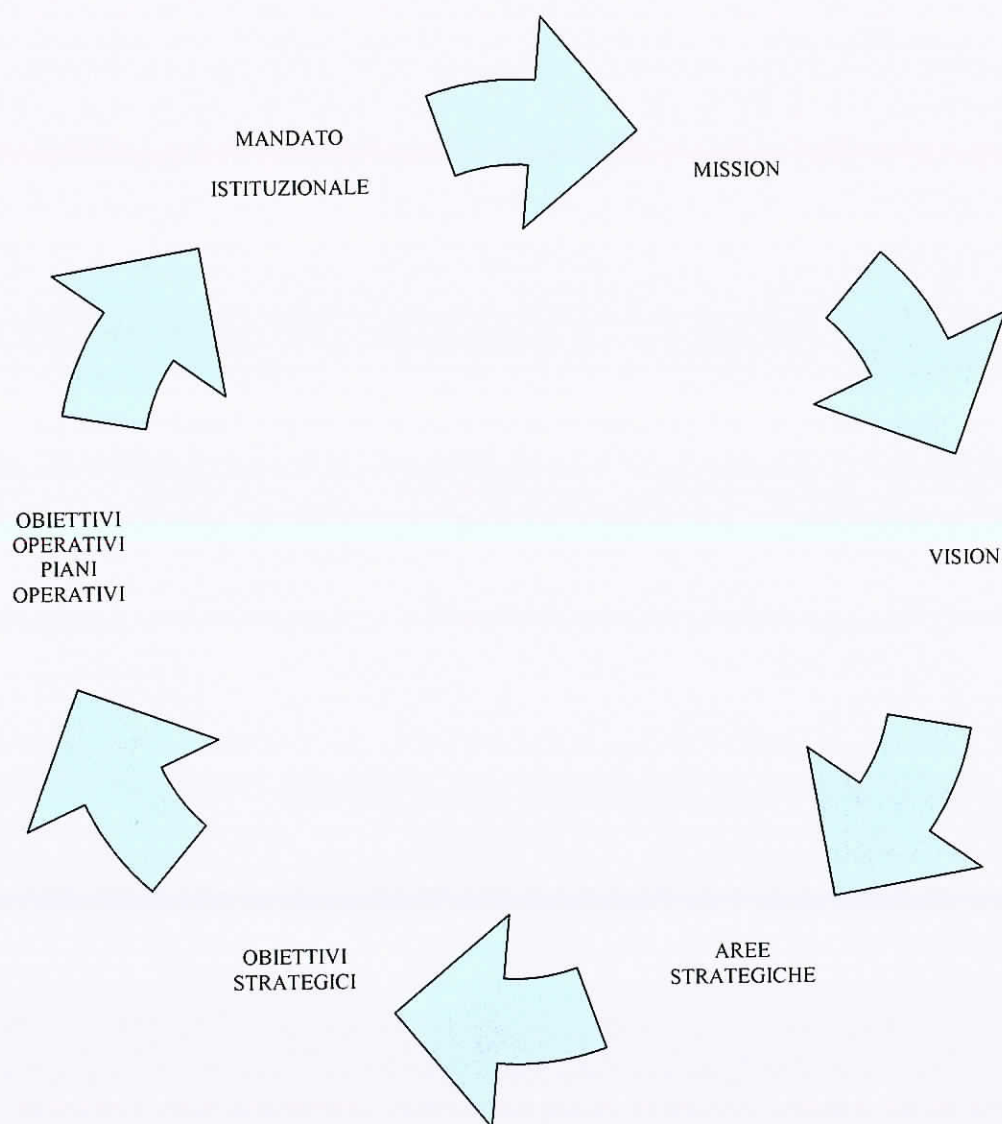
In sintesi **l'Albero della Performance** rappresenta le relazioni fra:

- **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. L'area strategica può riguardare un insieme di attività, di servizi o di politiche. La definizione delle aree strategiche scaturisce da un'analisi congiunta dei fattori di contesto interni ed esterni, le aree di potenziamento e le criticità che individuano i vincoli da conseguire attraverso adeguate risorse e piani di azione;
- **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 ed 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.

ALBERO DELLA PERFORMANCE



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

Obiettivi contrattuali generali.

► Equilibrio di bilancio ◄

A seguito della negoziazione e assegnazione delle risorse Finanziarie del Fondo Regionale dell'anno 2017, avvenuta nel mese di dicembre, è stato presentato il C.E. IV° trimestre, le cui risultanze economiche hanno evidenziato l'assoluta compatibilità del risultato di esercizio con l'obiettivo del Direttore Generale/Commissario.

Le risorse finanziarie assegnate all'Azienda, quale quota previsionale di accesso al FSR 2017 per contributi indistinti e finalizzati, determinati secondo le modalità e per le finalità individuate dall'art.6 comma 1 della Legge Regionale 5/2009, ammontano a €/mgl 41.375.

Tali risorse sono correlate a:

- | | |
|---|---------------|
| -Finanziamento per funzioni non tariffabili massimo ammissibile | -€/mgl 39.008 |
| -Quota FSR vincolato | -€/mgl 2.367 |

La quota FSR vincolato €/mgl 2.367 è correlata a:

- ~ Incentivazione corrisposta al personale dip. Sanitario sui mezzi Seus 118-2017 €. 2.144.000;
- ~ Rimborso unità di sangue trasfusa in regime di Day Hospital €. 71.792;
- ~ Quota per extracomunitari irregolari D.Lgs. n. 286/98 – Quota stato 40/98 €. 35.946;
- ~ Quota per extracomunitari irregolari D.Lgs. n. 286/98 – Quota regione 40/98 €. 34.688;
- ~ Quota per fondo esclusività L. 488/99 – Quota Stato €. 41.219;
- ~ Quota per fondo esclusività L. 488/99 – Quota Regione €. 39.777.

Nell'elaborazione del preconsuntivo, nell'ottica dell'equilibrio di bilancio, si è tenuto anche conto:

- del rispetto dei vincoli delle risorse finanziarie disponibili per il Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2017;
- dei valori di mobilità attiva/passiva determinati sulla base dei dati di produzione sanitaria dell'anno 2017 dall'Azienda e rideterminati in funzione dello "scorporo" del Piemonte.

► Fondi PO-FESR ◄

Gli interventi conclusi e per cui risultano già debitamente trasmesse le fatture quietanzate sono:

- Fornitura e posa in opera “chiavi in mano” di un litotritore extracorporeo per urologia;
- Lavori di adeguamento dell’U.O. di Medicina Nucleare del P.O. Papardo al D.M. 30.03.2005;
- Lavori di riorganizzazione e riqualificazione delle Strutture di Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri Papardo e Piemonte, finalizzato al miglioramento delle condizioni di accoglienza e tempo di trattamento dei pazienti;
- Realizzazione del Trigeneratore presso il P.O. Papardo di Messina.
- Procedura aperta per la realizzazione di una Rete Radio del Servizio di Emergenza Urgenza Sanitaria 118 della Regione Siciliana.

Su questo intervento occorre precisare che lo stesso ha subito una sospensione legata alla perizia di variante presentata dalla Ditta Aggiudicataria non ancora approvata con tutte le consequenziali problematiche connesse e relative ad una rivisitazione dell’individuazione dei siti.

- Lavori necessari per l’ottenimento del certificato di prevenzione incendi per l’Ospedale Papardo di Messina. I lavori dopo diverse vicissitudini sono stati avviati e in data 07.03.2017 era stato emesso il certificato di pagamento relativo al Sal nr. 5, per il quale è stato successivamente predisposto il relativo atto deliberativo n. 305 del 12.04.2017 per la liquidazione e pagamento. Occorre precisare che in data 14.06.2017 con prot. n. 26061 è stata acquisita la nota del competente Servizio 3 del Dipartimento di Pianificazione Strategica dell’Assessorato della Salute con il quale veniva trasmesso il D.D.G. n. 359/2017 del 28.02.2017 che ha revocato il finanziamento dell’intervento di che trattasi.

Alla data del 30.06.2017, pertanto, l’originario finanziamento con fondi PO FESR è da ritenersi ormai dismesso e, come da determinazione della Direzione Aziendale, si sta procedendo con finanziamento da bilancio aziendale.

► Contenimento spesa ◄

A seguito della negoziazione e assegnazione delle risorse Finanziarie del Fondo Regionale dell’anno 2017, avvenuta nel mese di dicembre, è stato presentato il C.E. IV° trimestre/preconsuntivo 2017, le cui risultanze economiche hanno evidenziato l’assoluta

compatibilità del risultato di esercizio con l'obiettivo del Direttore Generale/Commissario, come di seguito rappresentato:

~ Spesa riferita al Personale: il costo esposto esprime l'ammontare totale sostenuto al quarto trimestre 2017; è stato effettuato l'accantonamento integrativo in ragione temporale sui fondi contrattuali rideterminati sulle risultanze finali dell'anno 2017. Si rileva una diminuzione del costo per il personale rispetto all'anno precedente pari a €/mgl 9.360:

CODICE	VOCE MODELLO CE	CE 4 TRIMESTRE 2017	Consuntivo 2016	delta c = (a-b)	PREVISIONALE 2017	delta e = (a-d)
		a	b	c = (a-b)	d	e = (a-d)
BA2080	Totale Costo del personale	77.054	86.394	-9.340	77.073	-19
BA2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	66.222	75.217	-8.995	66.263	-41
BA2100	B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario	37.456	42.083	-4.627	37.443	13
BA2110	B.5.A.1) Costo del personale dirigente ruolo medico	34.880	39.144	-4.264	34.894	6
BA2111	B.5.A.1.1 Costo del personale dirigente ruolo medico - medico internista	32.723	37.295	-4.572	32.721	-2
BA2112	B.5.A.1.2 Costo del personale dirigente ruolo medico - medico pediatra	2.157	1.849	308	2.123	34
BA2113	B.5.A.1.3 Costo del personale dirigente ruolo medico - medico cardiologo	-	-	-	-	-
BA2120	B.5.A.2) Costo del personale dirigente ruolo non medico	2.556	2.939	-383	2.549	7
BA2121	B.5.A.2.1 Costo del personale dirigente ruolo non medico - medico odontoiatra	2.394	2.766	-372	2.377	-17
BA2122	B.5.A.2.2 Costo del personale dirigente ruolo non medico - medico veterinario	162	173	-11	172	-10
BA2123	B.5.A.2.3 Costo del personale dirigente ruolo non medico - medico veterinario	-	-	-	-	-
BA2190	B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario	28.766	33.134	-4.368	28.820	-54
BA2191	B.5.B.1 Costo del personale comparto ruolo sanitario - medico internista	28.324	32.979	-4.655	28.415	-81
BA2192	B.5.B.2 Costo del personale comparto ruolo sanitario - medico pediatra	442	155	287	425	17
BA2193	B.5.B.3 Costo del personale comparto ruolo sanitario - medico cardiologo	-	-	-	-	-
BA2230	B.6) Personale del ruolo professionale	376	377	-1	376	-1
BA2240	B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale	303	299	4	304	-1
BA2241	B.6.A.1 Costo del personale dirigente ruolo professionale - medico internista	228	226	2	231	-3
BA2242	B.6.A.2 Costo del personale dirigente ruolo professionale - medico veterinario	75	73	2	73	2
BA2243	B.6.A.3 Costo del personale dirigente ruolo professionale - medico veterinario	-	-	-	-	-
BA2280	B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale	73	78	-5	72	1
BA2281	B.6.B.1 Costo del personale comparto ruolo professionale - medico internista	73	73	0	72	1
BA2282	B.6.B.2 Costo del personale comparto ruolo professionale - medico pediatra	-	-	-	-	-
BA2283	B.6.B.3 Costo del personale comparto ruolo professionale - medico cardiologo	-	-	-	-	-
BA2320	B.7) Personale del ruolo tecnico	6.702	7.047	-345	6.683	19
BA2330	B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico	258	197	61	259	-1
BA2331	B.7.A.1 Costo del personale dirigente ruolo tecnico - medico internista	2	-	2	-	2
BA2332	B.7.A.2 Costo del personale dirigente ruolo tecnico - medico pediatra	256	197	59	259	-3
BA2333	B.7.A.3 Costo del personale dirigente ruolo tecnico - medico cardiologo	-	-	-	-	-
BA2370	B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico	6.444	6.850	-406	6.424	20
BA2371	B.7.B.1 Costo del personale comparto ruolo tecnico - medico internista	5.454	6.232	-778	5.441	-13
BA2372	B.7.B.2 Costo del personale comparto ruolo tecnico - medico pediatra	221	368	-147	221	0
BA2373	B.7.B.3 Costo del personale comparto ruolo tecnico - medico cardiologo	-	-	-	-	-
BA2410	B.8) Personale del ruolo amministrativo	3.754	3.753	1	3.751	3
BA2420	B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo	735	601	134	738	-3
BA2421	B.8.A.1 Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - medico internista	287	273	14	277	10
BA2422	B.8.A.2 Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - medico pediatra	448	323	125	445	3
BA2423	B.8.A.3 Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - medico cardiologo	-	-	-	-	-
BA2460	B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo	3.019	3.152	-133	3.013	6
BA2461	B.8.B.1 Costo del personale comparto ruolo amministrativo - medico internista	2.781	2.771	10	2.724	57
BA2462	B.8.B.2 Costo del personale comparto ruolo amministrativo - medico pediatra	238	381	-143	239	-1
BA2463	B.8.B.3 Costo del personale comparto ruolo amministrativo - medico cardiologo	-	-	-	-	-

~ Spesa riferita ai Beni Sanitari:

CODICE	VOCE MODELLO CE	CE 4 TRIMESTRE 2017	Consuntivo 2016	delta c = (a-b)	PREVISIONALE 2017	delta e = (a-d)
		a	b	c = (a-b)	d	e = (a-d)
BA0020	B.1.A) Acquisti di beni sanitari	38.708	35.697	3.011	41.307	-2.599
BA0030	B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	23.560	21.398	2.162	26.635	-3.075
BA0031	B.1.A.1.1 Medicinali con AIC ed eccezione di prodotti ed emoderivati di produzione regionale	22.261	20.057	2.204	25.261	-3.000
BA0032	B.1.A.1.2 Medicinali senza AIC	619	671	-52	713	-124
BA0033	B.1.A.1.3 Emoderivati di produzione regionale	680	671	9	671	9
BA0070	B.1.A.2) Sangue ed emocomponenti	603	590	13	592	11
BA0080	B.1.A.2.1 da pubblico Aziende sanitarie pubbliche della Regione - Mobilità intraregionale	599	591	8	597	12
BA0090	B.1.A.2.2 da pubblico Aziende sanitarie pubbliche extra Regione - Mobilità extraregionale	-	-	-	-	-
BA0100	B.1.A.2.3 da altri soggetti	4	-	4	5	-1
BA0210	B.1.A.3) Dispositivi medici	14.514	13.689	825	14.053	461
BA0220	B.1.A.3.1 Dispositivi medici	11.395	9.039	2.356	10.027	1.368
BA0230	B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili	1.548	1.676	-128	1.363	185
BA0240	B.1.A.3.3 Dispositivi medici diagnostici	2.571	2.974	-403	2.663	-92
BA0250	B.1.A.4) Prodotti veterinari	3	5	-2	3	0
BA0260	B.1.A.5) Materiali per analisi	-	-	-	-	-
BA0270	B.1.A.6) Prodotti chimici	-	-	-	-	-
BA0280	B.1.A.7) Materiali e prodotti per uso veterinario	-	-	-	-	-
BA0290	B.1.A.8) Altri beni e prodotti sanitari	28	15	13	24	4
BA0300	B.1.A.9) Beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-

Di seguito il dettaglio per flusso dei dati relativi alle movimentazioni dei File F e File T intra aziendali e riepilogati per residenza del paziente:

Distribuzione consumi per File F e T - anni 2016 e 2017		
UU.OO.	2016	2017
07.01.F. CARDIOCHIRURGIA	13.384,02	7.776,61
08.01.F. CARDIOLOGIA	148.549,46	122.703,83
09.01.F. CH. GENERALE	2.676,74	2.203,93
12.01.F. CH. PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	10.336,13	528,47
13.02.F. CH. TORACICA	1.470,87	1.676,08
14.01.F. CH. VASCOLARE	6.254,71	5.602,13
18.02.F. EMATOLOGIA	2.630.092,75	3.459.096,30
19.01.F. ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE	2.623,74	1.842,14
24.02.F. MALATTIE INFETTIVE	5.108.270,23	4.508.722,58
26.01.F. MEDICINA con GERIATRIA	393.834,74	1.050.154,80
29.01.F. NEFROLOGIA DIALISI	278.944,18	558,62
30.01.F. NEUROCHIRURGIA	715,61	1.917,68
32.02.F. NEUROLOGIA	251.036,55	154.202,63
34.02.F. OCULISTICA	126.048,33	223.633,16
36.02.F. ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	10.680,73	12.125,43
37.01.F. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	12.443,25	13.423,92
38.02.F. OTORINOLARINGOIATRIA	556,59	603,91
39.02.F. PEDIATRIA	237,84	196,29
40.02.F. PSICHIATRIA	1.338,42	407,68
43.02.F. UROLOGIA	4.452,46	4.379,00
52.01.F. DERMATOLOGIA	2.465.495,71	4.051.882,83
58.01.F. ENDOSCOPIA DIGESTIVA	5.896,90	48.818,81
62.01.F. NEONATOLOGIA	55.828,52	13.408,86
64.02.F. ONCOLOGIA MEDICA	1.188.090,39	1.234.104,84
68.01.F. MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO	33.870,90	180.174,89
91.01.F. RIABILITAZIONE	755,37	
Totali	12.753.885,14	15.102.162,42
UU.OO.	2016	2017
18.02.F. EMATOLOGIA	1.735.821,62	1.776.800,51
64.02.F. ONCOLOGIA MEDICA	2.675.410,50	2.853.993,39
Totali	4.411.232,12	4.630.793,90

Le maggiori variazioni sono attribuibili prevalentemente alle UU.OO. di Ematologia, Reumatologia e Dermatologia così come meglio esplicitato di seguito:

° Ematologia: rispetto allo stesso periodo del 2016 sono stati trattati 35 pazienti in più e si è fatto ricorso a farmaci con un maggior costo. In particolare per il Revlimid, l'Agenzia Italiana per il farmaco (Aifa) ha approvato il trattamento di pazienti affetti da Mieloma Multiplo di nuova diagnosi, non precedentemente trattato e non eleggibili al trapianto – G.U. n. 253 del 28.10.2016 e il consumo del farmaco è passato da 630 unità posologiche nel 2016 a 1.995 nello stesso periodo del 2017;

° Reumatologia: l'ambulatorio di Reumatologia, a cui è ascrivibile l'uso di farmaci riferibili al file F, è centro prescrittore e di riferimento per le malattie reumatiche. L'incremento di spesa, nel 2017, è giustificata da un aumento di attività (dalle 4.153 del 2016 alle 4.429

del 2017) che ha comportato il reclutamento di nuovi pazienti e di altrettanti piani terapeutici e dall'utilizzo di nuovi farmaci biologici;

° Dermatologia: nel 2017 l'U.O. ha avuto un incremento di circa €.1.500.000,00 sia per il reclutamento di un maggior numero di pazienti (circa 170 in più rispetto all'anno 2016) che per l'utilizzo di farmaci biologici innovativi (Etanercept e Secukinumab).

La variazione del file T, con un maggior consumo pari a €. 219.561,78, è da imputarsi nella quasi totalità all'Oncologia, che assiste rispetto al 2016 un maggior numero di utenti in ricovero diurno e day service. Nella tabella che segue si rappresentano i valori di File F e File T per provenienza del paziente:

Ricavi per provenienza del paziente	2016	2017
Ricavi per rimborso farmaci in File F Mobilità attiva infra reg.	12.155.258,23	14.692.793,00
Ricavi per rimborso farmaci in File F Mobilità attiva extra reg.	596.710,22	407.353,76
Ricavi per rimborso farmaci antitumorali in DH Mobilità attiva extra reg.	460.754,02	535.457,34
Ricavi per rimborso farmaci antitumorali in DH per assistiti residenti nell'ASP	3.952.394,79	4.095.336,56
Totali	17.165.117,26	19.730.940,66

~ Spesa riferita ai Beni non Sanitari:

Vi è una sostanziale conferma rispetto al bilancio 2017:

CODICE	VOCE MODELLO CE	CE 4 TRIMESTRE 2017	Consuntivo 2016	delta c = (a-b)	PREVISIONALE 2017	delta e = (a-d)
		a	b	c = (a-b)	d	e = (a-d)
BA0310	B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	307	300	7	360	-53
BA0320	B.1.B.1) Prodotti alimentari	-	-	-	-	-
BA0330	B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	49	70	-21	64	-15
BA0340	B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti	52	18	34	65	-13
BA0350	B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria	118	173	-55	119	-1
BA0360	B.1.B.5) Materiale per la manutenzione	32	3	29	43	-11
BA0370	B.1.B.6) Altri beni e prodotti non sanitari	56	36	20	69	-13
BA0380	B.1.B.7) Beni e prodotti non sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-

~ Spesa riferita ai Servizi non Sanitari:

CODICE	VOCE MODELLO CE	CE 4 TRIMESTRE 2017	Consuntivo 2016	delta c = (a-b)	PREVISIONALE 2017	delta e = (a-d)
		a	b	c = (a-b)	d	e = (a-d)
BA1570	B.2.B.1) Servizi non sanitari	13.896	13.258	638	14.254	-358
BA1580	B.2.B.1.1) Lavanderie	405	432	-27	451	-46
BA1590	B.2.B.1.2) Pulizie	2.877	2.889	-12	2.885	12
BA1600	B.2.B.1.3) Mensa	1.633	1.862	-229	1.641	-8
BA1610	B.2.B.1.4) Riscaldamento	2.760	1.241	1.519	3.286	-536
BA1620	B.2.B.1.5) Servizi di assistenza informatica	-	-	-	-	-
BA1630	B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)	72	86	-14	76	-4
BA1640	B.2.B.1.7) Smezzamento infus.	288	344	-46	275	23
BA1650	B.2.B.1.8) Utenze telefoniche	1.273	926	347	1.239	34
BA1660	B.2.B.1.9) Utenze elettriche	2.900	3.828	-928	3.705	-105
BA1670	B.2.B.1.10) Altre utenze	423	652	-229	653	-230
BA1680	B.2.B.1.11) Premi di assicurazione	124	124	-	149	-25
BA1690	B.2.B.1.11.4) Premi di assicurazione - R.C. Professionale	15	15	-	16	-1
BA1700	B.2.B.1.11.5) Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	109	109	-	133	-24
BA1710	B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari	1.131	764	367	604	527
BA1720	B.2.B.1.12.4) Altri servizi non sanitari da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	19	13	6	13	6
BA1730	B.2.B.1.12.6) Altri servizi non sanitari da altri soggetti pubblici	-	-	-	-	-
BA1740	B.2.B.1.12.7) Altri servizi non sanitari da privato	1.112	751	361	591	521

La voce utenze elettriche “stima a finire 2017” registra un notevole decremento di €/mgl -928 rispetto al consuntivo 2016. Si inizia a quantificare e valorizzare il risparmio da attribuire al percorso di efficientamento energetico mediante l'utilizzo del sistema di cogenerazione intrapreso dall'A.O. Papardo già nel 2015. La centrale di trigenerazione installata presso l'A.O. Papardo può essere attivata sia “in parallelo” con la rete pubblica elettrica che “in isola”, ovvero in assenza di fornitura di energia elettrica da rete pubblica e possiede una potenzialità di produzione di energia elettrica pari a 3.232 W.

► Flussi Informativi ◄

Con la circolare 217 del 7 gennaio 2015, l'Assessorato ha reso noti i criteri di valutazione dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie, in relazione ai flussi informativi, con particolare riferimento ai tempi di trasmissione, certificazione delle informazioni inviate e qualità dei dati.

L'invio tempestivo dei flussi verso l'Assessorato, con un significativo livello di qualità dei dati, rappresenta il presupposto per il monitoraggio della spesa, delle attività sanitarie, della rendicontazione della mobilità sanitaria, a garanzia dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Al 31 dicembre 2017, tutti i flussi informativi aziendali sono stati inviati entro il 18° giorno di ogni mese non dovendo ricorrere, pertanto, alla formale riapertura del canale FTP regionale. L'indicatore di qualità previsto per la verifica del rispetto dei tempi di trasmissione è pertanto pari al 100%.

La trasmissione dei flussi è stata accompagnata da opportuna certificazione che, firmata dal responsabile legale dell'Azienda, è stata inserita nell'apposita cartella FTP insieme ai flussi stessi di cui si certifica la trasmissione.

~ Flusso beni e servizi ex art.79.

In riferimento al flusso Beni e Servizi, si comunica che la trasmissione dei 4 tracciati (contratti, referenze, movimentazioni, prezzi) e delle tabelle di riconciliazione relativamente ai 4 trimestri dell'anno 2017, è avvenuta entro il 30° giorno del mese successivo al trimestre di riferimento.

Per quel che concerne gli indicatori di coerenza e qualità, si dettaglia quanto segue:

1) Indicatore di coerenza: n. di codici prodotto rilevati nel tracciato Movimentazioni <= n. di codici prodotto rilevati nel tracciato Referenze

Valore aziendale: $6.084 < 8.738$

2) Indicatore di qualità: Totale record con “codice ATC” valorizzato correttamente/totale dei record con conto economico regionale relativo ai farmaci = 1
Valore aziendale: 1

3) Indicatore di qualità: Totale record con “codice CND” valorizzato correttamente/totale dei record con conto economico regionale relativo ai dispositivi medici = 1
Valore aziendale: 1

4) Indicatore di completezza: Valorizzazione dei carichi di magazzino di competenza rilevati nel flusso Beni e Servizi – valore rilevato nelle voci di acquisto di beni nel modello CE = 0, al netto di eventuali Delta motivati.

Valore aziendale: Per i Farmaci 9,1 %; per i dispositivi medici 3%

Lo scostamento tra i valori dei carichi e i valori rilevati nel modello CE deriva, per quanto riguarda i farmaci, dal rimborso derivante dalle note di credito; per quanto riguarda i dispositivi da ritardi nelle registrazioni a sistema delle bolle.

Pertanto, considerando il valore al netto dei Delta motivati, l'indicatore assume i seguenti valori:

Valore aziendale: Per i Farmaci 0%; per i Dispositivi medici 0%

RILEVAZIONE FLUSSO PERSONALE SCADENZE - ANNO 2017									
Azienda	Trimestre	Tracciato 1	Tracciato 2	Tracciato 3	Tracciato 4	Tracciato 5	Quadratura Co.GE.	Tabella Fondi	Quadratura D.1.2
A.O. PAPARDO	I	2-mag	2-mag	2-mag	2-mag	2-mag	2-mag	2-mag	2-mag
	II	26-lug	26-lug	26-lug	26-lug	26-lug	26-lug	26-lug	26-lug
	III	31-ott	31-ott	31-ott	31-ott	31-ott	31-ott	31-ott	31-ott
	IV	30-gen	30-gen	30-gen	30-gen	30-gen	30-gen	30-gen	30-gen

► 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”.

In aderenza all'art. 1 comma 9 del la L. 120/2007, richiamato dal succitato regolamento (art. 7), sono stati definiti gli spazi disponibili per l'espletamento all'attività libero-professionale nei medesimi ambulatori e con le attrezzature dedicate all'attività istituzionale garantendo la separazione delle attività in termini di orari, prenotazioni e modalità di riscossione dei pagamenti.

In relazione al comma 4 lettera d) sul monitoraggio aziendale si precisa che sono pubblicati sul sito

aziendale i monitoraggi mensili dei tempi di attesa medi aziendali e, a cadenza trimestrale, quelli provenienti dal sovraCUP inerenti ai tempi di attesa provinciali. Vengono, inoltre, calcolati i tempi medi d'attesa trimestrali inerenti le prestazioni erogate in regime libero-professionale.

A garanzia delle erogazioni delle prestazioni con classe di priorità "urgente" da erogare entro 72 ore dalla richiesta, le agende di prenotazione posseggono slot dedicati a tale tipologia di urgenze.

Per ciò che concerne, invece, quanto previsto dal comma 4 lettera e) l'azienda provvede all'accertamento di eventuali incompatibilità grazie all'opera della Commissione paritetica, prevista dal regolamento aziendale ALPI all'art. 16.

In particolare, la Commissione effettua i controlli periodici ed estemporanei sul corretto svolgimento dell'attività da parte dei dirigenti, sia per quella ambulatoriale e di diagnostica, sia per quella in regime di ricovero e, nel caso di accertamento di inadempienze, propone alla Direzione Aziendale le eventuali sanzioni da erogare, anche nel caso si accerti il mancato rispetto del buon andamento dell'attività.

In riferimento ai volumi di attività, l'Azienda, provvede, mensilmente, ai fini della garanzia del corretto rapporto tra il regime istituzionale di erogazione delle prestazioni e quello in libera professione, nonché ai fini della rendicontazione economica, a predisporre un report di raccordo - come sotto rappresentato - sui volumi delle prestazioni rese da parte dei professionisti coinvolti sia in regime istituzionale che Alpi.

Unità operativa	I TRIM 2017	II TRIM 2017	III TRIM 2017	IV TRIM 2017	montante alpi	ISTITUZIONALE I TRIM 2017	ISTITUZIONALE II TRIM 2017	ISTITUZIONALE III TRIM 2017	ISTITUZIONALE IV TRIM 2017	montante istituzionale
ANATOMIA PATOL. Totale	59	63	51	32	205	979	-	674	1.207	2.860
ANESTESIA-RIANIMAZ. Totale	7	1	2	4	14	19	5	5	5	34
CARDIOCHIRURGIA Totale	52	44	29	41	166	38	22	26	18	104
CARDIOLOGIA Totale	496	380	326	442	1.644	1.777	2.001	1.188	1.132	6.098
CHIR. PLASTICA Totale	70	65	30	49	214	264	372	230	235	1.101
CHIR. TORACICA Totale	22	32	33	23	110	72	49	62	40	223
CHIR. VASCOLARE Totale	19	25	19	17	80	208	246	217	159	830
CHR. GENERALE Totale	31	47	23	28	129	40	206	181	176	603
DERMATOLOGIA Totale	142	132	90	104	468	745	764	529	740	2.778
EMATOLOGIA Totale	29	27	28	28	112	512	535	610	449	2.106
ENDOCRINOLOGIA Totale	47	68	60	69	244	2.329	2.628	2.003	2.299	9.259
ENDOSCOPIA DIGEST. Totale	28	35	14	30	107	561	523	478	709	2.271
MALATTIE INFETTIVE Totale	1	-	3	1	5	6	17	8	5	36
MEDICINA Totale	19	26	20	15	80	1.545	1.773	1.615	1.878	6.811
NEFROL. EMODIAL Totale	23	45	22	40	130	235	71	70	5	363
NEUROCHIRURGIA Totale	30	41	30	36	137	107	78	76	91	352

NEUROLOGIA Totale	7	17	9	14	47	72	99	193	146	510
OCULISTICA Totale	50	46	25	31	152	2.121	2.240	1.692	2.056	8.109
ONCOLOGIA MEDICA Totale	37	33	15	20	105	43	43	41	61	188
ORTOPEDIA Totale	22	25	18	20	85	83	79	130	31	323
OSTETRICIA-GINEC. Totale	472	479	359	395	1.705	567	1.067	685	676	2.995
OTORINO Totale	73	63	34	58	228	674	829	766	632	2.901
PEDIATRIA - NEONATOLOGIA Totale	6	4	5	2	17	51	260	141	60	512
PNEUMOLOGIA Totale	56	55	30	33	174	470	667	686	571	2.394
RADIOLOGIA Totale	22	22	21	34	99	3.950	-	-	-	3.950
UROLOGIA Totale	57	51	49	57	214	154	190	207	153	704
Totale complessivo	2.007	1.917	1.449	1.707	7.080	17.622	14.764	12.513	13.534	58.433

La verifica della prestazione istituzionale e quella in ALPI viene effettuata per singolo professionista.

Si specifica infine che il professionista non percepisce i compensi, maturati in regime di attività libero professionale, laddove non risulti coerente il rapporto tra i due regimi di attività.

Mensilmente, a seguito dei sopraindicati controlli si provvede al pagamento delle prestazioni Alpi ai medici che espletano tale attività.

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

► Obiettivo di riorganizzazione dei Pronto Soccorso ◄

Monitoraggio al 31/12/2017

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.

Come richiesto con nota prot. n° 7022 del 25/01/2017 il monitoraggio degli indicatori ha

avuto cadenza semestrale

Il raffronto tra i due semestri del 2017 è meglio rappresentato nella seguente tabella.



Dati qualità Pronto Soccorso - Assessorato della Salute
(prot. DASOE/8 98760 del 21/12/2016)

S.S. PROGRAMMAZIONE e BUDGET

Programma ed elaborazione: Dr. Aronica V. e Dr. Augliera G. - A.O. Papardo Messina

Accettati nel periodo 01/01/2017 31/12/2017 (*)

Permanenza < 6 ore escluso cod 6 e 7							
I 1° Indicatore (I1)	A TOTALE ACCESSI validi per semestre	B Numero Permanenze > 6 ore	C Numero Permanenze < 6 ore	D I1 Standard	E I1 Osservato	F Scostamento osservato dallo standard (D-E)	G Delta miglioramento semestrale
1° Semestre	14357	1180	13177	95 %	91,8 %	-3,2 %	
2° semestre (*)	14728	1053	13675	95 %	92,9 %	-2,1 %	1,1 %
TOTALE	29085	2233	26852		92,3 %		

Permanenza >24 ore con esito cod 2 e 3							
II 2° Indicatore (I2)	A TOTALE ACCESSI con esito ricovero	B N. Tot. accessi con esito ricovero e permanenza > 24 ore	C N. Tot. accessi con esito ricovero e permanenza < 24 ore	D I2 Standard	E I2 Osservato	F Scostamento osservato dallo standard I2	G Delta miglioramento semestrale
1° Semestre	3478	34	3444	0 %	1,0 %	-1,0 %	
2° semestre (*)	3390	16	3374	0 %	0,5 %	-0,5 %	0,5 %
TOTALE	6868	50	6818		99,3 %		

INDICATORE 3 (I3)		Numero Dimessi verso una struttura ambulatoriale	760			
		Numero Totale Dimessi	33826			= 2,2 %

(*) dati del secondo semestre fino al 31/12

Programmazione e Budget - FONTE DATI FLUSSO EMUR - ELABORATI IL 24/01/2018

► Screening Oncologici ◀

Indicatore	Valore Atteso	Valore obiettivo al 31/12/2017
1.1 Prenotazioni effettuate su richiesta dell'utente al CUP dell'AO direttamente sul programma gestionale degli screening dell'ASP	SI	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 - SI
1.2 Prestazioni richieste dalla ASP ed effettivamente rese disponibili dall'AO	100%	Non è stata richiesta alcuna prestazione - 100%
1.3 RegISTRAZIONI dei dati sui casi inviati all'AO dalla ASP per il 2° e 3° livello	100%	Non è stata richiesta alcuna prestazione - 100%

-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 al 31/12/2017

Sub-Ob. 2.1		<i>Tempestività interventi a seguito di frattura del femore su pazienti >65</i>	
Obiettivo		Valore obiettivo al 31/12/2016	Valore obiettivo al 31/12/2017
Valore obiettivo	$\geq 90\%$	74/127= 73%	112/131= 85,5%
Valore Minimo	$\geq 60\%$		

Sub-Ob. 2.2		<i>Riduzione incidenza parti cesarei primari</i>	
Obiettivo		Valore obiettivo al 31/12/2016	Valore obiettivo al 31/12/2017
Valore obiettivo	$\leq 20\%$	130/620= 21,0%	134/627= 21,4%
Valore Minimo	$\leq 28\%$ (media regionale)		

Sub-Ob. 2.3.1:		<i>Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI (dati da SDO)</i>	
Obiettivo		Valore obiettivo al 31/12/2016	Valore obiettivo al 31/12/2017
Valore obiettivo	$\geq 91\%$	111/138= 80,4%	87/97= 89,7%
Valore Minimo	$\geq 78\%$ (media regionale)		

Sub-Ob. 2.3.2:		<i>Proporzione di STEMI trattati con P.T.C.A. entro 90 minuti (da schede RAD)</i>	
Obiettivo		Valore obiettivo al 31/12/2016	Valore obiettivo al 31/12/2017
Valore obiettivo	$\geq 91\%$	94/138= 68,1%	79/97= 81,4%
Valore Minimo	$\geq 60\%$ (media regionale)		

Sub-Ob. 2.4:	Proporzioni di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	
Obiettivo	Valore obiettivo al 31/12/2016	Valore obiettivo al 31/12/2017
Valore obiettivo >= 97%	15/28=53,6%	23/22=95,7%
Valore Minimo >= 70% (media regionale)		
Indicatore non valutabile per numero di casi totali inferiori a 100 su base annua.		

Ciò detto sono possibili azioni di miglioramento:

Azione informativa-formativa interessante sia i medici e infermieri dei PS che i medici delle

cardiologie Hub e Spoke. Tale intervento dovrebbe migliorare la tempistica degli STEMI che si autopresentano al P.S. Inoltre un maggior coinvolgimento dei medici di famiglia è auspicabile al fine di migliorare l'azione e per migliorare i risultati fin ora raggiunti.

Si deve inoltre tenere conto della particolare conformazione geografica della provincia di Messina, già presa in considerazione dalla Legge Regionale n. 5 del 2009 e della necessità di procedere ad una particolare attività di formazione per i medici del 118 della zona nebroidea finalizzata all'avvio della trombolisi preospedaliera.

In quest'ambito di colloca anche l'apertura di un'emodinamica nell'area dei Nebrodi intermedia tra Messina e Cefalù, e più precisamente presso il Presidio Ospedaliero di Patti.

Occorre una maggiore attenzione in merito alla compilazione delle schede "tempi" a partire dai PS (Hub e Spoke) o dal soccorso 118. Occorre che tutti gli infartuati giungano in emodinamica con la relativa scheda di accompagnamento. Un maggior campione di schede disponibili permetterebbe un migliore monitoraggio anche degli interventi migliorativi con un conseguenziale miglioramento dell'attività di assistenza ai singoli degenti.

► Liste di attesa ◄

Monitoraggio ex ante:

Premesso che le Aziende dell'area metropolitana di Messina, ivi compreso l'IRCCS "Pulejo Bonino", hanno avviato un processo sistematico di programmazione delle agende di prenotazione differenziate per classi di priorità, di gestione e monitoraggio 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.

Tra le iniziative volte al contenimento delle liste di attesa, si colloca l'attivazione del Sovracup provinciale che rappresenta il contatto sul quale confluiscono le richieste di "primo accesso" attraverso il quale gli utenti possono conoscere le prime disponibilità, per ogni prestazione, nelle strutture presenti negli ambiti di garanzia afferenti alla residenza dell'utente stesso.

Pertanto, il monitoraggio ex ante dei tempi di attesa è effettuato globalmente per le strutture federate al Sovracup.

Gli indicatori per la verifica dell'Obiettivo 3, devono essere calcolati, trimestralmente, come valori medi ponderati di tutte le 43 prestazioni in classe B e D.

Il valore degli indicatori al 31 Dicembre 2017 è il seguente:

Classe di Priorità	Valore Obiettivo	IV Trim 2016	1° Trim 2017	2° Trim 2017	3° Trim 2017	4° Trim 2017
Classe B	$\geq 90\%$	93,9%	97,9%	97,5%	93,7%	96,5%
Classe D	$\geq 90\%$	97,8%	99,1%	98,9%	97,7%	98,0%

Monitoraggio ex post:

Il monitoraggio dei tempi di attesa ex post è effettuato a partire dai flussi della specialistica ambulatoriale (flusso C, M e XML ex art. 50) e, ai fini della valutazione, rappresenta un prerequisito, la valorizzazione, in media al 90%, di tutti i campi interessati al calcolo degli indicatori. Per l'anno 2016 e 2017, i periodi di valutazione sono i semestri.

Il valore medio della valorizzazione dei campi interessati per il calcolo degli indicatori è pari, nel II semestre 2016 e nel I trimestre 2017 al 95%.

I valori degli indicatori, disponibili nel portale "qualitàsiciliaassr.it", sono aggiornati al 30 giugno 2017.

Nella tabella che segue sono rappresentati i valori, ad oggi, esposti nel portale dell'Assessorato.

		Classe di priorità B		Classe di priorità D	
		II semestre 2016	I semestre 2017	II semestre 2016	I semestre 2017
	Valore Obiettivo	% di garanzia prestazioni critiche		% di garanzia prestazioni critiche	
Visita oculistica	$\geq 50\%$	72,4%	75,4%	82,1%	83,4%
Mammografia	$\geq 50\%$	69,2%	86,5%	76,7%	95,1%
TAC torace senza e con contrasto	$\geq 50\%$	72,7%	77,3%	83,6%	93,9%
Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici	$\geq 50\%$	71,4%	72,6%	80,3%	81,7%
RMN colonna vertebrale	$\geq 50\%$	96,1%	96,9%	98,7%	99,7%
Ecografia ostetrica - ginecologica	$\geq 50\%$	45,5%	79,3%	100,0%	97,7%
Visita ortopedica	$\geq 50\%$	81,9%	87,4%	92,4%	94,2%
visita cardiologica	$\geq 50\%$	72,1%	61,3%	80,4%	62,0%

► Punti nascita ◀

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

La Checklist, per la verifica degli standard e la riorganizzazione dei punti nascita, è stata debitamente compilata il 25/10/2017.

Ne conseguono pertanto le seguenti percentuali di raggiungimento degli obiettivi:

U.O.	Anno 2016 N° requisiti garantiti / Totale requisiti previsti dalla Checklist	Al 30/09/2017 N° requisiti garantiti / Totale requisiti previsti dalla Checklist
Ostetricia	95,52%	64/67=95,52%

Sono stati espressi tre No e precisamente:

- Risposta N. 2 Parti > 1000 - al 30/9/2017 sono stati effettuati in azienda n° 657 parti
- Risposta N. 22 Tecniche di controllo del dolore – Partoanalgesia in corso di attivazione
- Risposta N. 60 Possibilità di sterilizzare nel blocco parto – Sterilizzazione centralizzata

Neonatologia	91,52%	56/59 = 94,91%
--------------	--------	----------------

Sono stati espressi tre No e precisamente:

- Risposta N. 2 Almeno 50 nati anno con peso alla nascita < 1500 gr.
- Risposta N. 34 Area di coordinamento dello STEN: AO Papardo centro Spoke (non valutabile)
- Risposta N. 49 Disponibile in AOUP Messina

~ Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali:

Indicatore	Obiettivo	Valore obiettivo al 31/12/2017	Non conformità
Controllo analitico su un campione del 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73 a cura dei NOC aziendali.	15%	Controllo analitico effettuato sul 100% delle cartelle dei neonati dimessi da codice 73	0%

Indicatore	Obiettivo	Valore obiettivo al 31/12/2017
Percentuale dei neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod 73)	<7%	0/23=0%

► Donazione organi ◄

ATTIVITA' SVOLTE

~ 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).

~ Attività di sensibilizzazione e formazione del personale ospedaliero mediante il corso formativo "La donazione di organi e tessuti: il ruolo degli operatori sanitari", tenutosi presso l'Azienda Ospedaliera Papardo in data 22/11/2016.

~ Campagna informativa Interaziendale sulla donazione delle cornee da cadavere per ottenere la collaborazione da parte di tutte le U.O nell'attività di segnalazione dei possibili donatori.

A tal fine è stata redatta e consegnata a ciascuna U.O idonea, una carpetta contenente protocolli e procedure con allegati:

- CRITERI DI ESCLUSIONE DEL DONATORE
- MODULO DI NON OPPOSIZIONE
- ISTRUZIONE OPERATIVA PER IL MEDICO DI GUARDIA
- MODULO CON ESAMI EMATOCHIMICI CONTRASSEGNA TI DA EFFETTUARE.

~ E' stato ideato e realizzato il Logo, che caratterizza il Coordinamento Locale dell'Azienda.

Realizzazione di brochure per la sensibilizzazione della popolazione alla donazione di organi e tessuti.

~ Campagna di informazione alla popolazione con il corso "Cultura della donazione e dei trapianti. Aspetti bioetici e ruolo dei media", tenutosi presso l'auditorium dell'ordine dei medici Chirurghi e Odontoiatri di Messina in cui ha relazionato sul "Mantenimento del potenziale donatore" il Primario della U.O.C. di Anestesia e Rianimazione dell'A.O. Papardo Dott. Tanino Sutera.

~ Partecipazione a corsi, convegni, riunioni organizzate dal CRT :

- Workshop procurement di organi: confronto con gli esperti, tenutosi a Palermo il 12/12/2016 presso San Paolo Palace Hotel;
- Partecipazione alla riunione dei Coordinatori Locali Regione Sicilia tenutasi presso aula ex scuola infermieristica Arnas Civico di Palermo in data 09/05/2016;
- Monitoraggio dei potenziali donatori (attività di procurement);
- Raccolta dei dati clinici dei potenziali donatori;

- Analisi delle cartelle cliniche e raccolta anamnestica;
 - Compilazione del registro di tutti i pazienti ricoverati in Rianimazione con gravi lesioni cerebrali
- Attivazione del Sistema informatico GEDON.

► **Attività di accertamento di morte cerebrale e prelievo organi e tessuti:**

● *1° TRIMESTRE (DAL 1/1/2017 AL 31/03/2017):*

N 1 accertamento di morte cerebrale in data 05/01/2017 seguito da opposizione;

N 4 cornee prelevate in data in data 13/02/2017 e 20/03/2017;

N 2 opposizioni al prelievo cornee in data 06/02/2017 e 19/02/2017.

● *2° TRIMESTRE (DAL 31/03/2017 AL 30/06/2017):*

N 1 accertamento di morte cerebrale in data 04/06/2017 seguito da non opposizione e prelievo multi-organo.

● *3° TRIMESTRE (DAL 30/06/2017 AL 30/09/2017):*

N 1 accertamento di morte cerebrale con metodo neurologico in data 25/09/2017 seguito da opposizione al prelievo di organi e tessuti;

N 1 opposizione al prelievo di cornee in data 21/09/2017.

● *4° TRIMESTRE (DAL 30/09/2017 AL 31/12/2017):*

N 2 accertamenti di morte cerebrale con metodo neurologico in data 10/11/2017 e 23/12/2017 seguiti da non opposizione e prelievo multi-organo;

N 2 edizioni Corso di Formazione (intra ed extra-ospedaliero) "Donazione di organi e tessuti: ruolo degli operatori sanitari" tenutisi presso l'Auditorium P.O Papardo in data 08/11/2017 e 04/12/2017.

Totale attività di Procurement dall'01.01.2017 al 31.12.2017:

- N 2 accertamenti di Morte Cerebrale con metodo neurologico seguiti da opposizione al prelievo di organi e tessuti;
- N 3 accertamenti di Morte Cerebrale con metodo neurologico seguiti da non opposizione al prelievo multi organo e tessuti;
- N 2 opposizioni al prelievo delle cornee;
- N 2 non opposizione al prelievo delle cornee;

Totale cornee prelevate 8

► **Monitoraggio indicatori dall'01.01.2017 al 31.12.2017:**

Indicatore 1: Organizzazione dell'Ufficio di Coordinamento locale per i prelievi e trapianti di organi e tessuti –	Ufficio costituito
---	---------------------------

Indicatore 2: Numero di accertamenti di morte con metodo neurologico		
Numero accertamenti di morte con metodo neurologico	5	
Numero decessi per grave neurolesione in T.I.	6	
Numero accertamenti con metodo neurologico / numero dei decessi per grave neurolesione in T.I.	5/6	83%

Indicatore 3: Numero di donatori procurati*		
Numero accertamenti di morte con metodo neurologico	5	
Numero di moduli di non opposizione acquisiti	3	
Numero di moduli di non opposizione / numero di accertamenti con metodo neurologico	3/5	60%
*Soggetti per i quali sia stato completato il processo di accertamento con metodo neurologico e sia stato firmato il modulo di non opposizione		

Indicatore 4: Numero di cornee prelevate	
Numero di cornee prelevate / numero decessi registrati in soggetti con parametri di idoneità alla donazione secondo CRT	8/5

Indicatore 5: Organizzazione in ambito aziendale di un evento formativo per gli operatori sanitari coinvolti nel processo di procurement di organi e tessuti	N° 2 Eventi in data 08/11/2017 e 04/12/2017
---	--

Nell'ambito dei progetti alternanza scuola lavoro per l'anno scolastico 2017/18 è stato inoltre avviato un progetto con il Liceo Classico "F. Maurolico" (delibera 120/2017).

Durante il percorso di alternanza, gli studenti, attraverso un project work, saranno invitati a realizzare una campagna di comunicazione, grafica o video, per sensibilizzare i giovani alla donazione ed ai valori del volontariato considerato che la donazione degli organi è un atto di grande civiltà.

Obiettivo del percorso è:

- Arricchire il processo educativo e formativo degli alunni attraverso l'introduzione al volontariato, alla donazione ed ai corretti stili di vita;
- Diffondere una corretta informazione sui temi della donazione del sangue e del trapianto di organi, tessuti e cellule;
- Promuovere stili di vita sani che aiutino a prevenire le patologie per la cui cura è previsto il trapianto;
- Sensibilizzare il cittadino sulla scelta di donare come gesto di responsabilità sociale.

Attività svolte

- Giornata introduttiva d'informazione e formazione sulla donazione con la presenza di psicologi. Tempi: 2 h.
- Incontro informativo direttore S.C. Medicina Trasfusionale e Ass. di Volontariato, inerente la donazione del sangue.
- giornata di formazione h6 (4/12/2017) finalizzata alla conoscenza, degli aspetti tecnico-clinici, psicologici, giuridici ed etico-sociali del trapianto di organi e tessuti e della donazione di sangue.

Attività da svolgere

- Sondaggio tramite social sulla tematica della donazione
Tempi: cadenza settimanale;
- Creazione da parte degli studenti, di materiale informativo rivolto ai giovani ed alle famiglie, dopo aver elaborato i sondaggi sui social; Tempi: un incontro con cadenza settimanale;
- Pubblicazione sondaggio su profilo social.

► Prescrizione ricetta dematerializzata ◀

Indicatore	Obiettivo	Valore obiettivo al 30/09/2017
% di Medici dipendenti abilitati alla prescrizione dematerializzata ed invianti	> 40%	119/254=47%
Numero medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per singolo medico	> 10 per singolo medico	23.25%

► Utilizzo fondi P.S.N. ◀

Indicatori:

Indicatore	Valore obiettivo	Valore obiettivo al 31/12/2017
puntuale trasmissione dei report trimestrali	100%	I report sono stati trasmessi con cadenza trimestrale.
rispetto delle tempistiche dichiarate per la chiusura dei progetti (non oltre il 30 aprile 2017)	100%	Vedi relazione al 30/9/2017

Anno di assegnazione	2015	2014	
Progetti assegnati	6.6 Innovazione attraverso l'impiego di nuove tecnologie all'avanguardia per la diagnosi e cura della neoplasia mammaria	Piano nazionale prevenzione 4.2.1. prevenire conseguenze dei disturbi neurosensoriali	6.1.1 sviluppo rete oncologica della Sicilia intra ed extra aziendale
Stato di attuazione	in corso	in corso	in corso
Somma assegnata	€ 539.334,00	€ 4.344,00	€ 4.750.000,00
Somma impegnata	€ 539.334,00	€ 4.344,00	€ 4.750.000,00
somma spesa	€ 3.517,00	€ 0,00	€ 11.017,00
Somma residua (impegnata e non spesa)	€ 525.817,00	€ 4.344,00	€ 4.738.983,00
Previsioni di chiusura per i progetti non ancora ultimati			
Somma non spesa e non impegnata	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Note			
Responsabile scientifico	Dott. G. Mastroeni		Prof. V. Adamo

Anno di assegnazione	2013						2012				
Progetti assegnati	2.12 Implementazione del codice rosa e del raccordo operativo con i servizi "Dedicati" della rete sanitaria e miglioramento dell'accoglienza e del confort nei pronto soccorsi	8.1 L'umanizzazione nelle cure: l'implementazione di un percorso multifattoriale in sei U.O. di Oncologia medica nei territori di Palermo, Catania, Ragusa, Siracusa e Messina	8.3 Riabilitazione psicologica nei reparti critici escluso il percorso nascita	8.4 Rete civica della salute	10.6 Supporto psicosociale nel percorso nascita con particolare riguardo ai reparti critici	16.2 Fare di più non significa fare meglio	7.1 Accreditamento punti unicef azione di miglioramento della qualità dell'assistenza parto analgesia	7.3 Prevenzione e studio della Sids e monitoraggio cardio respiratorio domiciliare degli eventi estremi pericolosi per la vita.	10.2 Avvio e Implementazione rete regionale Stroke Unit e Stroke Home Integrated Functional Treatment (SHIFT)	12.3 Screening auditivo neonatale	3 bis.1 Offerta attiva del test HIV nelle strutture regionali
Stato di attuazione	in corso	concluso	concluso	in corso	concluso	in corso	concluso	concluso	in corso	concluso	concluso
Somma assegnata	€ 700.000,00	€ 20.000,00	€ 40.000,00	€ 8.820,00	€ 21.000,00	€ 800.000,00	€ 50.000,00	€ 20.000,00	€ 260.000,00	€ 16.446,00	€ 9.345,00
Somma impegnata	€ 700.000,00	€ 20.000,00	€ 40.000,00	€ 8.820,00	€ 21.000,00	€ 800.000,00	€ 50.000,00	€ 20.000,00	€ 260.000,00	€ 16.446,00	€ 9.345,00
somma spesa	€ 471.290,00	€ 20.000,00	€ 40.000,00	€ 4.416,00	€ 21.000,00	€ 351.860,00	€ 31.871,00	€ 11.698,00	€ 229.744,00	€ 13.291,00	€ 0,00

Somma residua (impegnata e non spesa)	€ 228.710,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 4.408,00	€ 0,00	€ 448.140,00	€ 18.129,00	€ 8.302,00	€ 30.256,00	€ 3.155,00	€ 9.345,00
Previsioni di chiusura per i progetti non ancora ultimati	31/12/2018	31/07/2017	31/07/2017	31/12/2017	31/07/2017	31/12/2017			15/08/2017		
Somma non spesa e non impegnata	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Note											
Responsabile scientifico	Dott.ssa M. P. Randazzo			Dott.ssa D. Montone		Dott. G. Ferlazzo			Dott. G. Turrisi		

► Sviluppo Percorso Attuativo Certificabilità (P.A.C.) ◀

Indicatore: *Implementazione, funzionalità e affidabilità delle azioni PAC*

- Valore obiettivo al 30.06.2016:

~ *Dare evidenza attraverso i rispettivi siti web istituzionali, dello stato di avanzamento del PAC.*

Alla data del 30 giugno, come richiesto dall'obiettivo, è stata data evidenza, attraverso la pubblicazione sul sito web aziendale, dello stato di avanzamento del PAC in cui, per ogni azione prevista nelle aree del PAC, è indicato il livello di implementazione. Il documento è raggiungibile secondo questo percorso: disposizioni generali/atti generali/atti amministrativi generali/PAC

- Valore obiettivo al 31.12.2016:

~ *Istituzione di una funzione d'internal audit.*

La funzione di internal audit è stata disposta con nota n. prot. 27924 del 11/05/2015. Inoltre con delibera n. 152 del 1 marzo 2017 si è preso atto della istituzione della funzione di Internal audit e della nomina del dirigente a cui affidare tale funzione.

~ *Implementazione di sistemi informatici.*

L'Azienda si è dotata negli anni di un sistema contabile integrato. Tale sistema è costituito dalla contabilità generale e da sistemi alimentanti quali gestione ordini, gestione magazzini, gestione cespiti, gestione casse ticket ecc.). Tale integrazione consente di realizzare quanto indicato dai PAC.

~ *Pieno conseguimento ed implementazione dei PAC relativi alle aree delle Rimanenze, Immobilizzazioni e Patrimonio Netto.*

Il completamento delle attività previste dal Piano attuativo di certificabilità, relativo alle aree Generale, Immobilizzazioni, Rimanenze e Patrimonio netto, da realizzarsi entro il 31

dicembre 2016, è stato realizzato e le relative delibere di approvazione sono state pubblicate sul sito web aziendale della trasparenza, raggiungibile secondo il seguente percorso: disposizioni generali/atti generali/atti amministrativi generali/PAC, all'interno della sezione PAC vi sono le cartelle Generale, Immobilizzazioni, Rimanenze, Patrimonio netto.

Si elencano le procedure amministrative attivate presso l'Azienda Ospedaliera Papardo:

- Procedura Generale, approvata con Delibera n.681 del 12.10.2016;
- Procedura Area Rimanenze, approvata con Delibera n.650 del 04.10.2016;
- Procedura Area Immobilizzazioni, approvata con Delibera n.682 del 12.10.2016;
- Procedura Area Patrimonio Netto, approvata con Delibera n.683 del 12.10.2016;
- Stato di avanzamento obiettivo al 31.12.2017:

Per l'esercizio 2017 il valore obiettivo è il pieno conseguimento degli obiettivi PAC relativi alle aree Crediti e ricavi, Debiti e costi, Disponibilità liquide entro il 31/12/2017. Di seguito si relaziona su quanto realizzato al 31/12/2017.

L'Azienda ha approvato le seguenti procedure:

- Procedure area delle Disponibilità liquide, approvata con Delibera n.212 del 21.03.2017;
- Procedure area Crediti e ricavi, approvata con delibera n. 213 del 21.03.2017;
- Procedure area Debiti e Costi, approvata con delibera n. 185 del 23.10.2017.

Le delibere di approvazione delle procedure sono state pubblicate sul sito web aziendale della trasparenza, raggiungibile secondo il seguente percorso:

► disposizioni generali ► atti generali ► Atti amministrativi generali ► PAC.

► Piani Attuativi Aziendali ◄

Si è proceduto a predisporre n. 20 copie in CD con la relative relazione sullo stato di avanzamento dei P.A.A. trasmessa dall'Azienda capofila ASP 5 di Messina con nota prot. n° 8398 del 31/1/2018.

► 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.

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.

Il Cug ha già avviato i propri lavori interessandosi di diverse tematiche e segnalazioni provenienti da singoli dipendenti o richiesti da organi aziendali.

Si è realizzato il Bilancio Sociale Aziendale esitato nel giugno dell'anno 2017 il Bilancio Sociale anno 2016 a cui hanno contribuito tutti i settori amministrativi. Esso è rinvenibile sul sito aziendale:

► amministrazione trasparente ► bilanci ► bilancio preventivo e consuntivo ► bilancio consuntivo ► 13-924 bilancio sociale.

10. 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 2018 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. Alcuni responsabili hanno anche avviato processi di autovalutazione per rendere partecipi e responsabili i vari dipendenti e per superare e condividere le difficoltà e le resistenze nella valutazione del personale.

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	Processo di Budget	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 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	Programmazione e budget – Direzione Generale	Fase 2.1: Entro il mese successivo alla definizione 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 scheda di budget	Program. e Budget, Controllo di Gestione	Entro il mese di marzo
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	Valutazioni	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	Comunicazione	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)
				Entro il 15

Fase 12	Contro-Deduzioni	Acquisizione di eventuali controdeduzioni ed osservazioni da parte dei Responsabili di cui alla fase 11	Responsabili CdR Struttura Tecnica Permanente	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 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	Direzione Generale, Responsabili CdR, STP, Personale dipendente (dirigenza e comparto)	Entro il 15 giugno (sempre che non vi siano impedimenti che non permettano il rispetto di tale termine)
Fase 16	Validazio- ne indivi- duale	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	Relazione	L'OIV ritrasmette le schede validate per gli ulteriori		Entro il 30 giugno

17	della Performance	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	(sempre che non vi siano impedimenti che non permettano il rispetto di tale termine)
----	-------------------	---	-----------------------------	--

Valutare è uno dei compiti più ostici da realizzare. Esso comporta un confronto continuo, una buona capacità di leadership che deve essere anche riconosciuta dal personale dipendente che risulta maggiormente propenso anche ad una valutazione non completamente positiva se riconosce al responsabile una capacità professionale/gestionale di alto livello.

Occorre autocritica sia da parte del valutatore che del valutato. Un’analisi su quelli che sono i risultati raggiunti e le eventuali motivazioni che hanno portato a un risultato positivo o negativo permette di accettare la conseguenziale valutazione.

La responsabilizzazione del personale contribuisce a prefigurare l’azione che ogni soggetto deve porre in essere e che si colloca nella più ampia mission aziendale.

La deresponsabilizzazione e la mancata valutazione negativa nei confronti di coloro che hanno contribuito al non raggiungimento di determinati obiettivi, denota mancanza di leadership. Oltretutto occorre sempre rammentare che il valutatore è oggetto di valutazione da parte di un organo sovraordinato. Inoltre tutta l’Azienda è oggetto di valutazione da parte di organi come l’O.I.V., Collegio dei Sindaci, e organi Regionali.

Una valutazione positiva che non tiene conto dei reali risultati raggiunti troverà un organo terzo che evidenzia tali mancanze e pertanto si traduce in un semplice rinvio di un problema che esiste ed è evidente.

Il momento della contrattazione e condivisione del budget rappresenta un momento essenziale nel quale fare confluire il confronto che deve sempre caratterizzare l’azione amministrativa. In quella sede possono essere evidenziate le problematiche che non possono mai assurgere ad alibi.

Un sistema di valutazione informatizzato collegato ai sistemi informatici del Settore Personale, permetterebbe una migliore fruizione dei dati e una immediata imputazione degli stessi. Appare evidente che tale sistema tuttavia deve tener conto anche di altri fattori quali le eventuali contestazioni provenienti dai cd. “valutati” che dovrebbero evidenziare eventuali rimostranze sempre con sistemi informatici, il che porterebbe a una serie di problematiche di difficile risoluzione.

Occorre inoltre rafforzare la problematica connessa al rispetto delle procedure anche in tema di valutazione, di ribaltamento e cristallizzazione degli obiettivi e di eventuale contestazione del mancato raggiungimento di quelli assegnati.

Una maggiore compartecipazione degli operatori agli obiettivi aziendali in generale, soprattutto per le figure professionali del comparto, risulta di non facile soluzione atteso che alle volte, sono difficilmente individuabili e convertibili nei confronti del personale dipendente.

Certo nella vision generale è evidente che gli obiettivi generali riverberano i propri effetti anche sui singoli servizi aziendali.

E' auspicabile una maggiore informazione e condivisione degli obiettivi e delle varie problematiche, al fine di supportare i valutatori che alle volte si sentono "stranieri in terra straniera" nel processo valutativo che pur rientrando nelle loro competenze e funzioni, rappresenta sempre un momento difficile di confronto e condivisione che deve essere gestito nel migliore dei modi.

Di certo non aiuta tale attività di valutazione del personale la tardività con i quali gli stessi vengono assegnati dalla Regione gli stessi obiettivi al Direttore Generale e conseguente ribaltamento ai vari responsabili, o anche la resistenza e poca dimestichezza da parte del personale nel condividere obiettivi che sembrano avulsi dalla normale attività lavorativa degli operatori.

Pertanto si ribadisce la necessaria attenzione nell'azione di intermediazione e spiegazione degli obiettivi, effettuata anche dagli uffici preposti, volta ad effettuare una piena e comprensibile attività di comunicazione con la quale rendere edotti ed entusiasmare il personale in modo da renderlo partecipe della mission aziendale.

Il confronto è sempre positivo in quanto permette di far emergere eventuali problematiche che potranno essere oggetto di discussione con gli organi apicali aziendali per una completa condivisione delle tematiche da affrontare e da risolvere in uno spirito collaborativo che vede coinvolti tutti i protagonisti a livello generale.

E' auspicabile una continua azione di confronto e coinvolgimento dei soggetti interni ed esterni (Comitati Consultivi Aziendali, OO.SS. di tutte le Aree etc.) che collaborino e indichino percorsi da intraprendere, obiettivi da realizzare, miglioramenti da apportare al fine di fornire un migliore sistema di assistenza ospedaliera che deve perseguirsi per il raggiungimento del rafforzamento dell'Azienda e delle strutture sanitarie.



Regione Siciliana
Azienda Ospedaliera Papardo

Ctr. Papardo tel.090-3991 Messina

Allegato B alla delibera
n. 500 del 26/6/2018 della
quale costituisce parte integrante

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

DOCUMENTO DI VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2017

L'Organismo Indipendente di Valutazione dell'Azienda Ospedaliera Papardo di Messina ha preso in esame la Relazione sulla Performance anno 2017 nella riunione tenutasi in forma collegiale in data 22.06.2018.

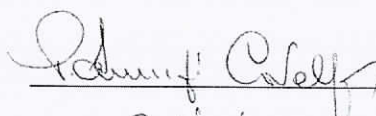
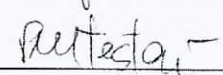
L'O.I.V., tenuto conto dei risultati e degli elementi emersi dalla documentazione fornita in merito al processo di budget 2017, del contesto in cui tale processo si è svolto e dei contenuti della relazione sulla performance e degli indicatori di processo in essa contenuti e sviluppati evidenzia come nella predetta relazione si sia offerto un ampio dettaglio dei dati di contesto. Si invita tuttavia la S.T.P. a esplicitare nella relazione anche la rilevazione dei dati di trend sui risultati raggiunti negli ultimi anni. Nello specifico va notato che si è raggiunto un positivo risultato in merito alle liste di attesa, al Piano Esiti e allo Screening, come anche per altro versante sul tema del contenimento della spesa. Pertanto, si esprime una valutazione complessivamente positiva sulla Relazione relativa alla Performance dell'anno 2017 dell'A.O. Papardo.

L'O.I.V. pertanto, valida la Relazione sulla Performance anno 2017 dell'A.O. Papardo di Messina.

Messina 22.06.2018

Prof. PierLuigi Catalfo (Componente)

Dr. Pietro Maria Testai (Componente)

Elenco principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento, ex art. 23, comma 2, D. Lgs. n. 33/2013

OGGETTO: Recepimento Relazione sulla Performance anno 2017.

- 1) Relazione sulla Performance anno 2017 (Allegato "A");
- 2) Nota prot. n. 29280 del 22.06.2018 (Allegato "B").



Antonio Di Fasi