

Deliberazione n. **782** del **18.08.2014**

Oggetto: Approvazione "Relazione sulla Performance Aziendale, anno 2013".

|  |   |
|--|---|
| <b>DIREZIONE GENERALE</b><br><br><i>La presente deliberazione è composta da n. pagine</i><br><br><b>Il Responsabile dell'Ufficio atti deliberativi</b><br><br><br><b>Il Dirigente Amministrativo</b><br><b>Rag. A. Di Gregorio</b> | <b>Area Gestione Economico - Finanziaria</b><br><br>Autorizzazione spesa n.<br><br>Del<br><br>Conto di costo _____<br><b>NULLA OSTA</b> in quanto conforme alle norme di contabilità<br><br><b>Il Responsabile dell'Area Gestione Economico - Finanziaria</b> |
|--|---|

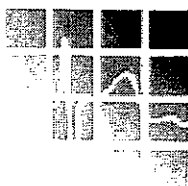
Ai sensi della Legge 15/68 e della Legge 241/90, recepita in Sicilia con la L.R. 10/91, il sottoscritto attesta la regolarità della procedura seguita e la legalità del presente atto, nonché l'esistenza della documentazione citata e la sua rispondenza ai contenuti esposti.

**Il Responsabile dell'Unità di Staff proponente: Rag. Antonino Di Gregorio**

**Il Direttore Generale**  
**Dott. Renato Li Donni**

nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 211/Serv. 1°/S.G. del 24.06.2014  
Con l'intervento, per il parere prescritto dall'art.3 del D.L.vo n. 502/92, così come modificato dal D.L.vo n. 517/93 e dal D.L.vo 229/99

del Direttore Sanitario dott. Luigi Aprea  
e del Direttore Amministrativo dott. Roberto Colletti  
Svolge le funzioni di Segretario verbalizzante



Delibera n. 782 del 18.08.2014

IL DIRETTORE GENERALE

- VISTA La delibera n. 597 del 23 maggio 2012 con la quale sono stati nominati i componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione ai sensi dell'art. 14 del D. Lgs 27 ottobre 2009;
- VISTO Il Piano Triennale della Performance 2011/2013, approvato da questa AOUP con delibera n. 99 del 31 gennaio 2011;
- VISTA La deliberazione n. 5 del 2012 della Commissione Nazionale per l'Integrità, la Trasparenza ed il Merito;
- VISTA La delibera n. 1337 del 29 dicembre 2011 e ss.mm.ii. con la quale è stato approvato il Regolamento per la Valutazione del Personale per la retribuzione di risultato/produttività;

Per i motivi in premessa citati che qui si intendono ripetuti e trascritti

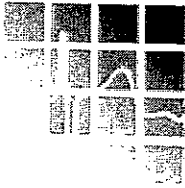
DELIBERA

Di approvare la "Relazione sulla Performance, anno 2013, allegata alla presente deliberazione per farne parte integrante;

Di trasmettere copia del presente atto deliberativo all'Organismo Indipendente di Valutazione per il prosieguo dell'iter di validazione;

Di trasmettere ai sensi dell'art. 10, comma b) del D.Lgv 150/2009, copia del presente atto deliberativo con relativo allegato alla "Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche";

Di dare mandato all'U.O. "Sistema Informativo Aziendale" di pubblicare il presente atto deliberativo con relativo allegato nel sito aziendale, sezione "Amministrazione Trasparente".



**Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone**



Il Direttore Amministrativo  
Dott. Roberto Colletti

Il Direttore Sanitario  
Dott. Luigi Aprea

Il Direttore Generale  
Dott. Renato Li Donni

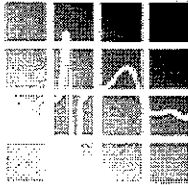
Segretario Verbalizzante

*Gabrielle Douzelli*

| ESTREMI ESECUTIVITA'   | PUBBLICAZIONE  |
|--|--|
| <p>Delibera non soggetta al controllo ai sensi dell'art.8 della L.412 del 1991 è divenuta <b>ESECUTIVA</b> decorso il termine di cui alla L.R. n. 30/93 art.53 comma 6.</p> <p>Ufficio Atti Deliberativi<br/>Il Responsabile</p> | <p>Il sottoscritto dichiara che la presente deliberazione, copia conforme all'originale, è stata pubblicata all'Albo dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico, ai sensi e per gli effetti della L.R. n. 30/93 art.53 comma 2, a decorrere dal <b>18.08.2014</b> e fino al <b>16.09.2014</b></p> <p>Ufficio Atti Deliberativi<br/><i>Gabrielle Douzelli</i></p> <p>La presente Delibera è stata registrata nell'apposito registro del Collegio Sindacale</p> <p>Ufficio Atti Deliberativi<br/><i>Gabrielle Douzelli</i></p> |
| <p>Delibera non soggetta al controllo ai sensi dell'art.8 della L.412 del 1991 è divenuta <b>IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA</b> decorso il termine di cui alla L.R. n. 30/93 art.53 comma 7.</p>                                       |  |
| <p>Delibera non soggetta al controllo ai sensi dell'art.28 comma 6 legge regionale 26 marzo 2002 n.2 è dichiarata <b>IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA</b> ai sensi della L.R. n. 30/93 art.53 comma 7.</p>                               |  |

La presente deliberazione è composta da n. \_\_\_\_\_ pagine

NOTE:



**Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone**



**DIREZIONE GENERALE**

# **RELAZIONE SULLA P E R F O R M A N C E**

## **ANNO 2013**

Ai sensi del D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, Art. 10, Comma 1, Lettera b)

**APPROVATA DAL DIRETTORE GENERALE**

**DOTT. RENATO LI DONNI**

**CON DELIBERAZIONE N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_**

## 1. PRESENTAZIONE

La predisposizione del presente documento è prevista dall'art. 10, comma 1, lettera b) del D. Lgs. 150/2009 ed finalizzato ad informare, a consuntivo, i cittadini e i portatori di interesse, interni ed esterni all'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo (AOUP), sulla *performance* complessiva realizzata nell'anno 2013.

Ai sensi dell'art. 11 del decreto predetto, la relazione ha lo scopo di informare i diversi utenti e stakeholder sui risultati conseguiti rispetto agli obiettivi prefissati e sulle criticità esistenti (comma 6), nonché di assolvere agli obblighi della «Trasparenza» (comma 8).

In particolare, si metteranno a fuoco:

1. i risultati degli obiettivi conseguiti
2. l'utilizzo delle risorse impiegate
3. il caratteristico contesto interno ed esterno e le relative modificazioni intervenute.

Rispetto al punto 1. saranno specificamente presentati i risultati degli obiettivi organizzativi e degli individuali; saranno evidenziati gli scostamenti rispetto ai risultati attesi, le cause che li hanno determinati e gli eventuali interventi correttivi.

Rispetto al punto 2. saranno esplicitati i criteri di assegnazione e di monitoraggio degli stessi.

Rispetto al punto 3. si riferirà sullo stato delle politiche circa il conseguimento delle pari opportunità e del bilancio di genere, e sulle indagini interne rivolte ad analizzare il benessere organizzativo in generale e la soddisfazione dei dipendenti in funzione del sistema di misurazione e valutazione della *performance* individuale.

Si riferirà, altresì, sulle peculiarità della *mission* istituzionale dell'Azienda.

Il documento chiude il «Ciclo di gestione della *performance*» dell'anno 2013 e dopo l'auspicabile approvazione da parte dell'OIV, verrà pubblicizzato nell'ambito delle «Giornate della trasparenza» e sarà reso disponibile per l'utenza attraverso il sito web aziendale, sezione «Amministrazione Trasparente».

Nella relazione si farà riferimento alla complessità strutturale, organizzativa e funzionale di questa AOUP sia riguardo agli aspetti logistici, legati alle difficoltà e inefficienze di un Policlinico a padiglioni, che a quelli normativi e istituzionali. Si sottolinea la sua complessità intrinseca per essere sede di insegnamento universitario, con obblighi verso studenti e specializzandi, e per questo è chiamata anche a garantire i volumi e la qualità delle prestazioni assistenziali per un proficuo insegnamento.

Nel marzo del 2013 l'Assessorato della Salute ha assegnato ai Commissari Straordinari gli obiettivi, che subito sono stati declinati ed integrati con quelli che l'Azienda aveva precedentemente assegnato ai direttori delle unità operative.

Per rendere più agevole la consultazione del presente documento si adotta, come consigliato dalle linee guida per la stesura della relazione, una forma semplice e lineare, corredata di tabelle e schemi allegati, al fine di far emergere i livelli di trasparenza e di consentire la fluidità di lettura di cui il documento deve essere caratterizzato.

I dati economico-finanziari fanno riferimento al documento CE al quarto trimestre 2013.

Questa relazione non vuole essere un mero adempimento formale, bensì costituire utile documento per la revisione critica dell'operato svolto al 31 dicembre 2013 e fondare le premesse per la correzione delle criticità attraverso lo sviluppo dei Sistemi e dei Piani dei prossimi anni, in modo da rendere possibile un sempre più efficace ciclo di gestione della *performance*.

La redazione è avvenuta attuando le disposizioni dell'art. 15, comma 2, lettera b) del D. Lgs. 150/2009 ed è esitata con delibera del Commissario Straordinario. Essa è rivolta in prima istanza all'utenza, al cittadino che chiede di fruire dei servizi sanitari, verso cui oggi è sempre più incombente la necessità di instaurare un nuovo rapporto perché si presenta più informato, più consapevole dei servizi che richiede e di cui potrà fruire, dei propri diritti: in ultimo sempre più esigente sia sotto il profilo tecnico e professionale (qualità, oggettività, conseguimento del risultato atteso) che degli aspetti relazionali, della comunicazione, del comfort alberghiero, dell'umanizzazione, chiamato a dare anche la sua valutazione sulla qualità percepita.

## 2. INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E PER ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI

Il 2013 è stato caratterizzato dal mantenersi della gestione commissariale a causa della complessità delle procedure di selezione dei direttori generali delle aziende sanitarie.

Anche il quadro politico nazionale è stato travagliato dalla grave crisi economica e dall'instabilità politica a causa della crisi di governo di inizio d'anno, che ha portato il Governo Monti alla dimissione, e per quella di fine anno che ha fatto sì che il governo Letta rassegnasse le dimissioni soltanto dopo 300 giorni.

All'interno dell'Azienda si è lavorato per rinnovare il Piano Triennale della *Performance*, per redigere il Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2014-2016, nonché il Piano Triennale per la prevenzione della corruzione 2014-2016.

L'OIV ha approvato la Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di misurazione della *performance* ed ha validato la relazione sulla *performance* per l'anno 2012.

In tema di trasparenza, sono stati pubblicati una serie di documenti, ma il sistema deve essere ancora più riccamente popolato.

### CONTESTO ESTERNO

La situazione del contesto esterno non è sostanzialmente variata rispetto agli anni precedenti. La vicina Azienda ARNAS e l'ISMETT impongono a questa organizzazione e ai professionisti di mantenere elevato il livello di competenza e di *performance*, come pure alla Direzione Strategica di lavorare per migliorare l'efficienza organizzativa e l'*appeal*, pur con le peculiari differenze della *mission* tra questa struttura universitaria e le altre aziende votate solo alle attività ospedaliere.

Dal punto di vista logistico sono stati conclusi i lavori di costruzione della galleria per la metropolitana cittadina, il che dovrebbe avere reso più agevole l'arrivo dei professionisti e dei pazienti con i mezzi pubblici.

Dal punto di vista normativo nel contesto esterno possiamo inserire l'evoluzione della normativa regionale, mirante a promuovere:

- la de-ospedalizzazione delle prestazioni a bassa complessità con avvio del Day Service Ambulatoriale Ospedaliero
- le attività inerenti il «controllo analitico delle cartelle cliniche»
- le linee guida regionali per la diffusione delle metodologie HTA
- gli obiettivi dell'Assessorato Regionale della Salute ai Direttori Generali

Il contesto esterno è gravato anche da una ancora elevata migrazione sanitaria per patologie che sono anche trattabili in questa Regione con elevata sicurezza dei pazienti.

La Regione è uscita dal Piano di Rientro, ha ricevuto anche una premialità, il che testimonia l'impegno che le Aziende hanno mostrato per perseguire gli obiettivi segnati.

### **CONTESTO INTERNO**

A caratterizzare il contesto interno è stato, non senza pochi disagi dell'utenza, l'avvio dei lavori di esecuzione delle gallerie per il collegamento sotterraneo di diversi padiglioni del Policlinico; la ristrutturazione del plesso di Farmacologia e Medicina Legale, delle aree limitrofe al Dipartimento Materno Infantile, della zona antistante il cancello sulla via Gaspare Palermo. Altri lavori saranno avviati nel 2014, sempre facenti parte di questo finanziamento.

Sono continuati i lavori di ingrandimento e ristrutturazione del padiglione di Chirurgia Plastica e sono ripartite, l'01 luglio 2013, le attività dell'UO di Cardiochirurgia.

Tra gli obiettivi, l'Assessorato alla Salute ha richiesto la redazione di un «Piano Attuativo Provinciale condiviso» tra le quattro aziende metropolitane che, in diciannove capitoli e/o aree ha definito in modo analitico il percorso delle aziende per la razionalizzazione e il miglioramento dell'offerta nonché per l'appropriatezza d'uso dei servizi offerti al territorio.

Nel 2013 l'Assessorato ha continuato a sostenere il processo di misurazione e valutazione della *performance* con un percorso formativo a favore dei componenti delle «Strutture Tecniche Permanenti» ed ha varato, anche se poi rinviato al 2014, la formazione per i valutatori di prima istanza.

Altro obiettivo dell'Assessorato è stato il contenimento della migrazione sanitaria extra-regionale della popolazione siciliana a favore di quelle prestazioni parimenti fruibili nella Regione a parità di rischio. Varie riunioni operative, convocate dal Direttore Generale dell'ASP 6, a cui ha costantemente partecipato l'Azienda, hanno elevato i nostri livelli di attenzione verso le prestazioni a maggiore criticità.

Per la persistenza del regime commissariale, la Direzione ha ritenuto opportuno assumere uno stile definibile "a moderato impatto di intervento", pur tuttavia organizzando gli incontri con il Collegio di Direzione, avviando il ciclo di *performance* e il varo degli obiettivi strategici.

Nel luglio 2013 «l'Organismo Indipendente di Valutazione» ha proseguito nello svolgimento dei compiti previsti dall'art. 14 del D. Lgs. 150/2009, per cui anche nel 2013 la quota stipendiale legata al risultato è stata erogata ai dipendenti con procedura di assegnazione di obiettivi e con misurazione dei risultati, spingendo a che i valutatori di prima istanza procedessero ad una valutazione differenziata, come da norma.

L'Azienda ha dovuto affrontare e superare le difficoltà organizzative e di immagine conseguenti all'incidente avvenuto in Oncologia, approntando ogni misura per la rassicurazione dei pazienti, sortendo il ritorno della loro fiducia nei confronti della struttura.

Si è ben consapevoli che non sono sufficienti le misure rivolte ai tagli sui beni e i servizi, ma è necessario responsabilizzare gli operatori nella «appropriata» gestione delle risorse economiche, tecnologiche, e soprattutto nei beni immateriali, ripensare il ruolo dell'ospedale riallocando le risorse nei settori di più ampia qualificazione per il perseguimento dei fini istituzionali della struttura ospedaliera e universitaria, nonché superare le criticità accompagnando lo sviluppo con modelli organizzativi innovativi.

## 2.1 L'AMMINISTRAZIONE

Di seguito si riporta il numero dei dipendenti dell'Amministrazione distinto per profilo professionale al 1° gennaio 2013. Ai fini della dotazione organica, il personale docente della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Palermo è stato computato al 60% del personale a tempo pieno, così come previsto dai Protocolli d'Intesa tra la Regione Siciliana e l'Università degli Studi di Palermo, pubblicati in GURS n. 13 del 19 marzo 2010. Antica criticità ha riguardato l'instabilità contrattuale di figure professionali importanti per l'assistenza, *in primis* gli infermieri, rispetto alla quale l'Azienda si è adoperata efficacemente per la stabilizzazione di parte di loro.

Si è verificata una fisiologica mobilità in uscita, per raggiunti limiti di età, di figure professionali universitarie apicali, per cui si è provveduto alla nomina dei nuovi responsabili di struttura complessi e dei Direttori di dipartimento.

Si rimanda alla tabella 1 per la consistenza quantitativa del personale.



Tabella 1: Risorse Umane al 31/12/2013

| Area di appartenenza         | Personale Aziendale |                     | Personale Universitario |                     | Totale |
|------------------------------|---------------------|---------------------|-------------------------|---------------------|--------|
|                              | Tempo determinato   | Tempo indeterminato | Tempo determinato       | Tempo indeterminato |        |
| Dirigenti Medici             | 59                  | 215                 |                         | 194                 | 468    |
| Dirigenti Medici UOC         |                     | 1                   |                         | 52                  | 53     |
| Dirigenti Sanitari           | 3                   | 21                  |                         | 49                  | 73     |
| Dirigenti Sanitari UOC       |                     | 1                   |                         | 3                   | 4      |
| Dirigenti Tecnici            |                     | 1                   |                         | 63                  | 64     |
| Dirigenti Amministrativi     | 1                   |                     |                         | 7                   | 8      |
| Dirigenti Amministrativi UOC |                     |                     |                         | 1                   | 1      |
| Dirigenti Professionali      |                     |                     |                         | 4                   | 4      |
| Dirigenti Professionali UOC  | 2                   |                     |                         | 1                   | 3      |
| Amministrativi Comparto      | 64                  | 1                   |                         | 195                 | 260    |
| Tecnici del Comparto         | 81                  | 10                  |                         | 305                 | 396    |
| Sanitari del Comparto        | 203                 | 385                 |                         | 297                 | 885    |
| Professionali comparto       | 1                   |                     |                         | 2                   | 3      |
| Assistenti Religiosi         | 2                   |                     |                         |                     | 2      |
| Co.Co.Co.                    | 22                  |                     |                         |                     | 22     |
| Borsa di studio              | 32                  |                     |                         |                     | 32     |
| Totale                       | 470                 | 635                 |                         | 1.173               | 2.278  |

I dati sono stati forniti dal Responsabile dell'Area Risorse Umane.

## 2.2 STRUTTURA ASSISTENZIALE: I DIPARTIMENTI E LE UNITÀ OPERATIVE

La pianta organica dell'Azienda è stata aggiornata secondo le direttive dell'Assessorato e varata nel dicembre 2010.

La struttura organizzativa è articolata in 8 Dipartimenti Assistenziali di Diagnosi e Cura, due per l'erogazione dei Servizi Intermedi, uno il Dipartimento dei Servizi Centrali d'Ospedale. L'aggregazione delle unità operative è mista: in parte a carattere strutturale, e segue la logistica dei padiglioni, in parte funzionale come il Dipartimento Materno Infantile e l'Oncologico, in parte ancora per specialità, come il Dipartimento delle Chirurgie Speciali.

I dipartimenti di medicina aggregano specialità affini. La tabella successiva sintetizza per ogni dipartimento la consistenza delle risorse umane e la produzione ottenuta nell'anno 2011.

Il modello dipartimentale, anche se istituito da parecchi anni, tuttavia non opera compiutamente come un'unica unità funzionale, perché gli operatori, a ogni livello, si riconoscono soprattutto nella struttura organizzativa a cui appartengono. Ciò costituisce una forte limitazione allo sviluppo delle attività integrate da cui si attende la liberazione di risorse e il potenziamento dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi. È critica la soluzione che si è data ai dipartimenti, per cui è legittimo pensare alla loro riorganizzazione.

## 2.3 ANALISI S.W.O.T.

Si procede all'analisi della struttura ospedaliero-universitaria secondo le quattro dimensioni: punti di forza, debolezza, minacce e opportunità.

### 2.3.1 Punti di forza

Il Policlinico è dotato di un'offerta specialistica ampia e completa, il suo indice di entropia è elevato, favorendo lo sviluppo delle scuole di specializzazione. Ospita numerosi Centri di Riferimento Regionale per le patologie rare e ad alta complessità, nonché numerosi laboratori ad alta specializzazione e qualificazione. Le tecnologie cosiddette pesanti offrono un'attività altamente qualificata e di volume consistente. Partecipa, anche come centro HUB, di diverse reti assistenziali.

Sono valore aggiunto per l'attività assistenziale il suo ruolo peculiare nella formazione degli operatori sanitari, la vocazione e il servizio nella ricerca scientifica, l'essere riferimento regionale per l'internazionalizzazione e la ricerca sanitaria, la possibilità di offrire il Teleconsulto specialistico nel progetto SETT Teleradiologia come *second opinion*, disporre di un sito aziendale con intranet e CUP multicanale.

### 2.3.2 Punti di debolezza

Si registrano diverse criticità che hanno diminuito il livello di efficienza dell'organizzazione, rallentato i processi assistenziali, negativamente inciso sull'utilizzo delle risorse. Il megacantiere aperto ha causato ostacolo alla viabilità, rallentamento nei trasferimenti interni, difficoltà negli

accessi per la presenza di barriere architettoniche, , complice anche la vetusta struttura poliblocco, riduzione dei posti letto, quali quelli della Chirurgia Plastica. Gli arredi a volte sono fatiscenti e letti da sostituire (in Cardiologia si è registrata la riduzione nell'accoglienza a causa di letti rotti e non sostituiti).

Spazi insufficienti e inadeguati per accogliere come si deve i pazienti in pronto soccorso, negli ambulatori delle unità operative, per la didattica, per avviare l'osservazione breve intensiva. Se abbiamo detto che la tecnologia pesante è adeguatamente presente, lo stesso non si può dire per quella di base.

L'Azienda dispone di più fornitori dei sistemi informatici con l'aggravante che ci sono diversi amministratori e i sistemi tra loro non dialogano. Bisognerà progressivamente virare verso l'unità.

Assenza di servizi accessori per l'utenza e il personale in genere (bar, edicola, mensa, asilo, parcheggi, etc.).

Offerta di prestazioni sanitarie in regimi assistenziali ad elevato rischio di non appropriatezza e difficoltà a garantire la continuità assistenziale.

Struttura amministrativa dispersiva e burocratizzata. Non sempre agevole l'integrazione tra necessità e vincoli aziendali con le attese istituzionali universitarie.

### **2.3.3 Minacce**

La grave congiuntura economica del Paese, e della Regione in specie, incide negativamente nell'adozione di agili politiche regionali di finanziamento, e si ripercuote nella difficile pianificazione e nella scelta delle priorità. La nuova normativa impone limiti al turnover del personale.

Una peculiarità riguarda questa Azienda universitaria: il contingente di personale contrattualizzato dall'Università, quali gli infermieri, si sta esaurendo e il nuovo personale assunto in sostituzione grava a totale carico aziendale. Una serie di problematiche contrattuali e il rapporto con le organizzazioni sindacali devono trasformarsi in opportunità per lo sviluppo delle attività aziendali, sia assistenziali che amministrative.

La qualità attesa dall'utenza è molto distante da quella percepita. Qui il riferimento che il Direttore Generale intende fare è soprattutto all'accoglienza, intesa non tanto come spazio fisico e luogo comodo, ma *in primis* come momento relazionale tra chi chiede aiuto e chi è chiamato a darlo. È uno dei modi di parlare della "Qualità", ma lo riteniamo propedeutico a tutti gli altri.

Il Policlinico è stato negli anni passati poco aiutato dai mezzi di comunicazione, generando nella società convinzioni ingiustamente penalizzanti se si guarda alla complessità delle attività e alla elevata competenza dei suoi professionisti.

### **2.3.4 Opportunità**

Il completamento dei significativi interventi strutturali che si stanno eseguendo daranno un aspetto nuovo al Policlinico e soprattutto un'organizzazione più efficiente.

Si dovrà procedere alla riorganizzazione dei dipartimenti in chiave funzionale, con riposizionamento delle responsabilità ai vari livelli e nei singoli processi.

Un grosso impegno è richiesto per la riorganizzazione dell'area logistica relativa agli approvvigionamenti dei beni sanitari, in atto disseminata su più magazzini non collegati tra loro e con frammentazione degli ordini, perché ogni dipartimento è un'isola.

Tramite il Comitato Consultivo Aziendale e le organizzazioni del settore, unitamente alla Direzione Sanitaria del Presidio, si dovranno attuare quegli interventi verso l'umanizzazione dei servizi e dell'assistenza in genere e, come detto prima, a partire dalla qualità umana delle relazioni.

L'aggiornamento del nuovo protocollo d'intesa tra Università e Regione rappresenta un'opportunità per eliminare alcune criticità esistenti. In questa ottica è auspicabile una migliore integrazione delle attività dell'AOUP e di quelle dell'università, *non prevedendosi un ottimale servizio dell'Azienda senza la costante attenzione alle istanze della didattica e della ricerca.*

Vista la limitatezza delle risorse pubbliche fa obbligo a tutti muoversi per intercettare nuove fonti di finanziamento.

Tabella 2: I dipartimenti assistenziali: risorse umane e produzione\*

| Dipartimento   | U.O.C. | UOS | PL in RO | PL in DH | Medici U. | Medici H. | Sanitari U. | Sanitari H | Infer-mieri TI | Infer-mieri TD | Rico-Veri R.O. | Rico-Veri D.H. | DSAO  | Prestazioni ambulatoriali |
|--|--------|-----|----------|----------|-----------|-----------|-------------|------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------|---------------------------|
| Materno Infantile <sup>(1)</sup>   | 3      | 10  | 62       | 5        | 24        | 27        | 0           | 0          | 65             | 11             | 2.730          | 972            | 53    | 14.139                    |
| Diagnostica di Laboratorio <sup>(2)</sup>                                    | 10     | 11  | 0        | 0        | 17        | 5         | 25          | 8          | 10             | 2              | 0              | 0              | 0     | 106.655                   |
| Chirurgia Generale, d'Urgenza e dei Trapianti <sup>(3)</sup>                 | 7      | 7   | 66       | 8        | 17        | 31        | 0           | 0          | 80             | 40             | 2.915          | 961            | 79    | 11.299                    |
| Patologie Emergenti <sup>(4)</sup>   | 4      | 9   | 57       | 9        | 23        | 16        | 1           | 0          | 54             | 11             | 1.930          | 940            | 1.114 | 42.492                    |
| Oncologia <sup>(5)</sup>   | 5      | 3   | 56       | 15       | 22        | 21        | 2           | 0          | 70             | 12             | 1.845          | 1.609          | 2.861 | 26.780                    |
| Medicina Interna, Malattie Cardiovascolari e Nefro-Urologiche <sup>(6)</sup> | 4      | 5   | 74       | 10       | 25        | 27        | 1           | 0          | 76             | 21             | 3.011          | 637            | 138   | 26.291                    |
| Chirurgie Speciali <sup>(7)</sup>  | 5      | 8   | 34       | 14       | 37        | 17        | 0           | 0          | 46             | 8              | 1.096          | 2.198          | 999   | 35.598                    |
| Biomedico di Medicina Interna e Specialistica <sup>(8)</sup>                 | 4      | 5   | 66       | 8        | 20        | 18        | 1           | 0          | 53             | 11             | 2.715          | 1.137          | 72    | 40.161                    |
| Diagnostica Radiologica <sup>(9)</sup>                                       | 4      | 6   | 0        | 1        | 13        | 27        | 0           | 0          | 21             | 3              | 0              | 28             | 0     | 33.716                    |
| Servizi Centrali d'Ospedale <sup>(10)</sup>                                  | 5      | 5   | 0        | 0        | 14        | 18        | 11          | 15         | 29             | 9              | 0              | 0              | 0     | 2.897                     |
| Emergenza, Urgenza e Neuroscienze <sup>(11)</sup>                            | 5      | 11  | 52       | 5        | 25        | 84        | 0           | 0          | 95             | 31             | 2.945          | 257            | 12    | 28.966                    |
| Totale   | 56     | 80  | 467      | 75       | 237       | 291       | 41          | 23         | 599            | 159            | 19.187         | 8.739          | 5.328 | 368.994                   |

\* I dati sono rilevati dalla Intranet aziendale.

## 1.1 I RISULTATI DEGLI OBIETTIVI

In questa sezione vengono presentati gli obiettivi assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute all'Azienda e quelli dell'Azienda ai Direttori delle unità operative, rendicontando sui risultati conseguiti e sulle criticità emerse nel loro perseguimento e nella valutazione finale.

### 1.1.1 Obiettivi regionali per la valutazione del Commissario Straordinario

#### 1. Piano Attuativo Provinciale ()

1. L'obiettivo era quello di produrre un unico documento di sintesi del Piano Attuativo a carattere provinciale. Sono state individuate quindici aree di intervento su cui hanno lavorato i Referenti delle diverse discipline interessate di questa Azienda. Il è stato considerato uno strumento di pianificazione flessibile in grado di rispondere in maniera efficace alle priorità e necessità strategiche e/o normative che sono potute intervenire nel corso dell'anno.

Sono state considerate azioni da inserire in via prioritaria:

- i. Punti nascita
- ii. Emergenza-Urgenza
- iii. URP e Comitati Consultivi Aziendali
- iv.

Si rimanda al documento allegato n. 1 per i risultati particolareggiati conseguiti nel perseguimento degli obiettivi richiesti dal . Si anticipa che le azioni richieste sono state interamente effettuate e quindi l'obiettivo, nel suo complesso, è stato raggiunto.

#### 2. Obiettivo «Esiti»

1. L'obiettivo è finalizzato al miglioramento della tempestività degli interventi operativi al fine di migliorare la prognosi e al perseguimento della appropriatezza di pratiche per la riduzione dei parti cesarei primari.
  - i. Frattura di femore: la riduzione chirurgica entro le 48 ore dal ricovero è stata conseguita per una percentuale di pazienti superiore al target fissato dall'obiettivo.
  - ii. Parti cesarei primari: richiesto il target massimo del 20%. Obiettivo non conseguito.
  - iii. Tempestività dell'Angioplastica Primaria Percutanea (PTCA) entro giorni 0-1 dal ricovero. Obiettivo raggiunto.

#### 3. Obiettivi gestionali:

Hanno fatto parte di questo gruppo sette obiettivi che hanno impegnato la Direzione soprattutto nello sviluppo delle azioni amministrative. L'Assessorato ha voluto anche assicurare l'omogeneità in ambito regionale delle modalità di erogazione delle informazioni prodotte in ciascuna azienda oltre che governare i costi e la spesa.

1. Contenimento della spesa sui dispositivi medici.

Si chiedeva la riduzione del 5,0% dei costi dei dispositivi medici e della protesica attraverso la conclusione delle forme consorziate di acquisto a livello di Bacino, nonché la relativa ottimizzazione della logistica, a parità di rimanenze di magazzino (anno 2012-anno 2013). Questo obiettivo era chiesto venisse perseguito come ulteriore contenimento rispetto ai disposti normativi previsti dalla Legge di Stabilità. L'Azienda su queste voci non ha realizzato la riduzione dei costi soprattutto perché sono state sviluppate le attività interventistiche delle unità operative di Neurochirurgia, Cardiocirurgia, Chirurgia endovascolare, Ortopedia e Oculistica. Si è speso di più, ma si è prodotto di più.

2. Predisposizione del flusso sulle informazioni inerenti il personale in servizio in Azienda, individuato dal D.A. del 29 febbraio 2012 (GURS Parte I n. 11 del 16.03.2012). L'obiettivo, che peraltro è stato raggiunto, prevedeva:

- Invio del Flusso del Personale istituito dal progetto art. 79 secondo le modalità e la tempistica indicata nel DA del 29 febbraio 2012.
- Produzione e «certificazione» del prospetto di raccordo tra i dati contenuti nel flusso del personale e i dati esposti nel Modello CE.
- Produzione del monitoraggio trimestrale dell'andamento del personale (unità e costi) nell'ambito degli adempimenti del Programma Operativo in coerenza con le risultanze del Flusso del Personale: sottoscrizione e certificazione del dato.

3. Messa a regime del Sistema di Valutazione della *performance* secondo le linee di indirizzo in materia di verifica del personale dipendente SSR di cui all'allegato «A» del DA n. 1821 del 26 settembre 2011.. L'obiettivo, che è stato raggiunto, chiedeva:

- L'attivazione presso l'Azienda della Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della *performance*.
- Pubblicazione sul sito istituzionale aziendale delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento, imparzialità, legalità e trasparenza.

4. Messa a regime dei flussi dell'Area Beni e Servizi. Anche questo obiettivo era finalizzato a uniformare le informazioni prodotte e soprattutto a rendere coerenti tra loro i dati prodotti nei diversi documenti.

- Produzione e certificazione del prospetto di coerenza tra le risultanze dei flussi informativi relativi ai consumi dei dispositivi medici (DM consumi) e a quelli dell'Area Farmaco (DD= Dispositivi Medici, CFO=Consumo Farmaci Ospedalieri) con i corrispondenti valori indicati nel CE (Conto Economico) pre-consuntivo. La valutazione era operata attraverso due indicatori (uno relativo al consumo dei DM e uno relativo a quello dell'area farmaco) in modo da valutare il raggiungimento dell'obiettivo su due dimensioni: a) la piena coerenza tra flusso informativo e CE nel 2013; b) il miglioramento rispetto ai valori del 2012. Obiettivi raggiunti.

5. Applicazione del Regolamento Acquisti in Economia. L'obiettivo appartiene all'Area Provveditorato e chiedeva:

- Adozione e applicazione da parte dell'Azienda del Regolamento che disciplina il ricorso al sistema delle acquisizioni in economia di beni, servizi e lavori, e monitoraggio della relativa spesa sia in termini quantitativi che qualitativi.
6. Rispetto delle tempistiche delle gare di bacino. L'obiettivo prevede l'effettuazione di gare consorziate al fine di avere vantaggi sui costi dei materiali.
- Presentazione da parte dei due Comitati di Bacino di un piano di gare comprensivo di quelle già previste e di quelle che si intende programmare nei prossimi due anni (2013 e 2014), e rispetto del Piano presentato (ed approvato dal Comitato Guida Regionale) in termini temporali, con riferimento alle scadenze previste nel 2013.
7. Incremento dell'utilizzo post acuzie. Organizzazione di posti letto dedicati alla Lungodegenza e alla Riabilitazione.
- Il Piano Sanitario Regionale 2011-2013 specifica che la rete assistenziale si basa sul principio della continuità delle cure, erogate attraverso percorsi specifici con un sistema fortemente integrato tra i diversi livelli istituzionali, sia in ambito sanitario che socio-sanitario. In tale logica vengono valorizzate le disponibilità di assistenza esistenti fra le diverse strutture che operano in ospedale, nel distretto sanitario e socio-sanitario e negli altri servizi attivi nell'ambito dell'area riabilitativa.

L'attuale sistema di protezione riabilitativa e socio-sanitaria regionale presenta alcune criticità correlate prevalentemente a: 1) insufficiente sviluppo della riabilitazione ad alta specialità in età adulta ed evolutiva; 2) insufficiente sviluppo della rete riabilitativa ospedaliera e territoriale e carente integrazione tra riabilitazione ospedaliera e territoriale nonché con i soggetti accreditati o convenzionati regionali per l'erogazione di interventi riabilitativi; 3) inappropriato utilizzo dei diversi *setting* assistenziali; 4) carente attivazione dei posti letto di post-acuzie programmati e scarso utilizzo di quelli attivati. Partendo da questi presupposti l'Assessorato ha posto l'obiettivo all'Azienda di dare corso nel 2013 almeno alla piena attivazione dei posti letto programmati e alla loro saturazione.

L'Azienda ha attivato dei posti letto in Lungodegenza e, sta risolvendo le difficoltà logistiche per l'attivazione dei posti letto in Riabilitazione, attraverso la rimodulazione di quelli dedicati all'UO di Ortopedia.

### **1.1.2 Obiettivi aziendali per la valutazione dei Direttori delle unità operative**

La strategia con cui sono stati assegnati gli obiettivi alle unità operative assistenziali e amministrative è stata quella di:

- a) coprire e assicurarsi il raggiungimento degli obiettivi a valenza regionale rilasciati dall'Assessorato
- b) impegnare le unità operative nel risolvere criticità interne riguardo allo sviluppo delle prestazioni appropriate, alla loro qualificazione, all'efficienza del sistema.

I risultati conseguiti sul piano assistenziale sono desumibili dal miglioramento di indicatori relativi al buon uso dell'ospedale. Infatti:



- a) la percentuale di *ricoveri ad elevato rischio di non appropriatezza in regime ordinario* secondo i LEA del 2001 è contenuta nel limite di tolleranza previsto del 5%. L'occupazione dei posti letto è superiore all'80%, con miglioramento degli indici di rotazione e di turnover rispetto ai parametri dell'anno precedente.
- b) *l'indice chirurgico delle chirurgie*, come voluto dall'Assessorato, è superiore al 75%. Solo la Chirurgia Generale e d'Urgenza ha un valore inferiore al target perché, in mancanza di un'unità di Osservazione Breve Intensiva (OBI), offre vicariante attività di supporto a quei numerosi casi di dubbia appartenenza chirurgica che, giunti al Pronto Soccorso, per necessità di prolungamento dell'osservazione non possono ivi essere gestiti. È in programma il miglioramento organizzativo tra le due UO, anche con l'attivazione dei posti in OBI;
- c) numerose prestazioni prima erogate in regime ordinario o diurno sono state trasferite virtuosamente a regimi assistenziali meno onerosi, quali il *day service ambulatoriale ospedaliero* (DSAO) secondo il D. A. 954/2013, tanto che nel 2013 hanno avuto sorprendente sviluppo a scapito, comunque previsto e voluto, del regime diurno. Ciò ha costituito uno specifico obiettivo per tutte le unità operative. A questo adeguamento gestionale è da attribuire la minor valorizzazione economica.

Le unità operative assistenziali sono state impegnate:

- a) nel perseguimento di macro obiettivi tendenti alla de-ospedalizzazione delle prestazioni verso regimi di ricovero a più basso impatto assistenziale
- b) verso l'appropriatezza d'uso sia delle risorse strutturali, quali i posti letto, delle tecnologie sanitarie e farmaceutiche, del buon uso della diagnostica radiologica e di laboratorio, del sangue e dei suoi derivati
- c) verso la correttezza del processo di assegnazione e valutazione della *performance* individuale.
- d) Le aree amministrative sono state per lo più impegnate sul perseguimento degli obiettivi gestionali dati al Commissario prima presentati.

In allegato 2 si propongono le schede tipo per la trasmissione degli obiettivi organizzativi alle unità operative assistenziali erogatrici dei servizi di prestazioni finali ed intermedie, amministrative e per le unità di staff, ciascuna corredata con gli obiettivi assegnati. Essendo schede tipo, è evidente che qualche obiettivo può essere stato variato per qualche struttura a seconda delle peculiarità o criticità su cui intervenire.

È evidente che il valore target da conseguire per obiettivi uguali potrebbe non essere stato per tutti lo stesso.

## 2. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI

In questa sezione sono riportati i risultati di *performance* assistenziale conseguiti dall'Azienda nel corso del 2013, corredata degli indicatori di produzione.

In sanità pubblica lo spingere prioritariamente l'attenzione sul governo dei costi e il concentrare significativamente l'attenzione sugli aspetti economici può, a volte, far perdere di vista il fatto che le tariffe sono spesso utilizzate per modificare i comportamenti gestionali e non tanto per

soddisfare i costi sostenuti. Esempi recenti li troviamo nell'abbattimento tariffario delle prestazioni relative al parto cesareo o ad altre prestazioni individuate dall'Assessorato per la salute: di queste ultime si persegue il trasferimento dal regime di ricovero ordinario al diurno o da questo all'ambulatoriale, compreso il DSAO, con l'intento strategico prioritario di tagliare i posti letto nella Regione non appropriatamente utilizzati, sì da ridurre i costi di esercizio e destinare gli esistenti alla maggiore complessità clinica secondo quanto disposto a partire dal DA 875/09, più volte rinnovato fino al DA 2533/2013: tutti questi decreti, attraverso progressivi aggiustamenti, hanno contenuto rivolto al trasferimento delle prestazioni a bassa complessità verso più appropriati regimi assistenziali meno onerosi, sia per la struttura che per i pazienti.

Alle innovazioni organizzative non poterono seguire la riduzione dei costi dei materiali sanitari e di quanto necessario per le attività interventistiche e chirurgiche, per la diagnostica di laboratorio, per i trattamenti terapeutici e per ogni altro costo correlato, giacché i volumi di prestazioni rimasero complessivamente invariati per trasferimento delle prestazioni nei regimi diversi dall'ordinario e dal diurno, conseguendo inoltre l'obiettivo della riduzione dei posti letto su base regionale. È evidente che il modello gestionale innovato in tal maniera non solo non riduce i costi diretti, ma per di più richiede l'aumento delle risorse per la riqualificazione dei posti letto una volta orientati alla complessità clinico-assistenziale. Ci si servirà di tabelle sintetiche per documentare i dati di produzione che, confrontati con quelli dell'anno precedente, consentono la rappresentazione immediata degli esiti della gestione.

Si ritiene altresì opportuno associare una lettura non giustificativa, bensì interpretativa ed esplicitante i giusti comportamenti gestionali che si sono dovuti e voluti attuare. L'analisi tiene conto di variazioni sostanziali nei volumi e nelle tariffe in adeguamento alle disposizioni regionali oltre che degli eventi aziendali.

Si ricorda che nell'analisi dei dati 2013 l'attività della Cardiocirurgia va scorporata ogniqualevolta si vorrà effettuare il benchmark di produzione e costi con gli anni precedenti.

I punti salienti che hanno interessato la riorganizzazione strutturale e organizzativa interna e che hanno determinato i risultati sono di seguito rappresentati:

a) *In adeguamento alla strategia regionale si ricordano i seguenti fattori*

- o traduzione operativa dei Decreti Assessoriali che hanno comportato modificazione tariffaria *in pejus* sulla resa tariffaria di diversi DRG, anche numerosamente trattati in Azienda;
- o trasferimento delle prestazioni ai regimi di accoglienza meno onerosi;
- o sviluppo del Day Service Ambulatoriale Ospedaliero (DSAO).

b) *In ordine a situazioni interne all'Azienda*

- o Si rimanda all'allegato 3 per l'elencazione delle opere edilizie del 2013. Il documento è stato fornito dall'Area Tecnica.

c) *In applicazione del D. Lgs 150/2009*

- o Si può confermare di avere dato piena attuazione alle nuove disposizioni di legge sulla valutazione del personale, anche se con le criticità di cui si è detto. La tematica è stata costantemente supportata dall'Organismo Indipendente di Valutazione. È stata articolata una scheda per la consegna degli obiettivi suddivisa in due parti (obiettivi

individuali e obiettivi organizzativi) al fine di rendere più evidente l'articolazione del processo, e la responsabilità e il coinvolgimento di ciascuno nel risultato personale e complessivo.

d) *In ordine alla produzione e ai costi*

- Per l'analisi della produzione sanitaria condotta a livello complessivo aziendale per ciascun regime di erogazione (ordinario, diurno, DSAO, ambulatoriale) si è tenuto conto dei volumi di prestazioni rese, delle loro caratteristiche e dell'entità della rimborsabilità tariffaria.
- I costi sono stati gestiti attraverso l'assegnazione ad inizio d'anno del tetto di spesa per ciascun dipartimento a fronte di un risultato atteso.

Compito di questa relazione è dimostrare, inoltre, che l'Azienda, facendo proprie le disposizioni contenute nei DA 1150/2009, DA 2687/2010 e rinnovate nel DA 1529/2011 e nel DA 954/2013 ha assunto nella gestione adeguati comportamenti organizzativi sì da essere co-protagonista della realizzazione degli obiettivi strategici regionali voluti dall'Assessorato. In particolare:

- ricondurre le prestazioni assistenziali al regime economico a minor costo tariffario
- perseguire *efficienza* organizzativa e *appropriatezza* d'uso delle risorse e delle tecnologie, come voluti dal Patto per la Salute 2010-2012
- migliorare il risultato nel pacchetto degli obiettivi "Esiti"
- aggiornare i processi amministrativi secondo quanto richiesto dall'Assessorato e dalle norme di governo

## 2.1 IL PROCESSO DI DE-OSPEDALIZZAZIONE

Il processo di de-ospedalizzazione delle prestazioni è stato armonico con le disposizioni regionali e l'Azienda ha tenuto nel giusto conto l'applicazione della tecnica dell'abbattimento tariffario, dimostrandosi parte attiva nel rinnovo manageriale regionale. In particolare:

- la produzione assistenziale del 2013 rispetto a quella del 2012 è complessivamente migliorata, nonostante le difficoltà legate alla situazione logistica del Policlinico e alla decurtazione tariffaria operata a monte dall'Assessorato per aver modificato le tariffe del DRG e per quella relativa all'applicazione del decreto sui DSAO;
- si sono monitorate le liste d'attesa per mantenere i tempi a non più degli ottimi risultati conseguiti nel 2012;
- l'analisi della produzione iassistenziale (vedi allegato 4) mostra che si è avuta un regime ordinario a flessione di 802 ricoveri rispetto al 2012 insieme all'aumento del peso medio del DRG, il che dimostra il positivo risultato per avere gestito la bassa complessità in regimi diversi dal ricovero ordinario;
- in regime diurno la flessione ha riguardato 2.895 ricoveri per via dell'attivazione del DSAO. Seguendo le direttive dell'Assessorato, ormai il DH è diventato un regime assistenziale pressoché residuale;

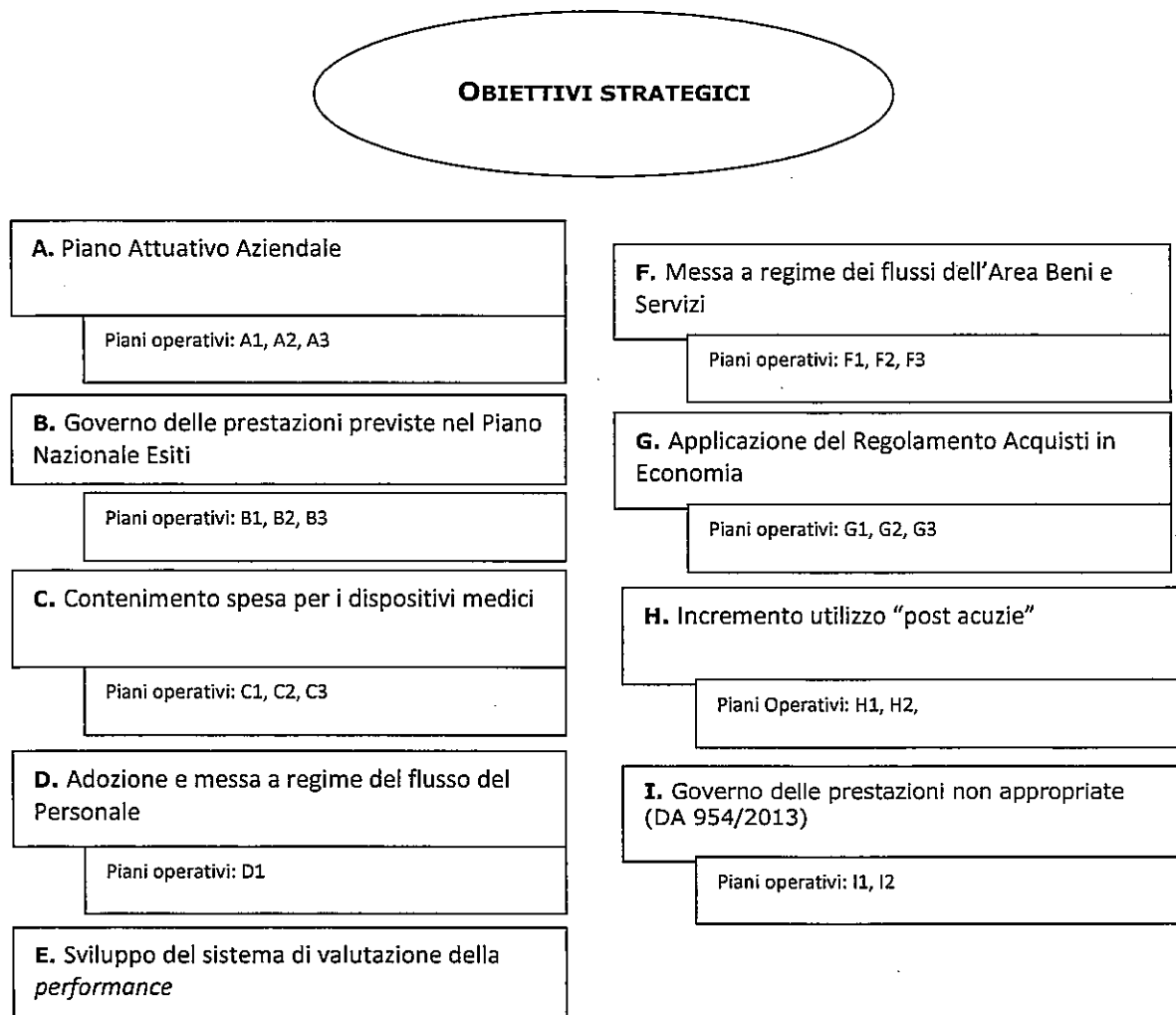
- in regime di DSAO è stato trattato un numero di casi di molto superiore rispetto al 2012, andando oltre il numero delle prestazioni in DH, ma non raggiungendo, evidentemente, lo stesso valore tariffario;
- sul versante economico la minor valorizzazione non ha inciso sulla riduzione dei consumi dei materiali perché le prestazioni sono state comunque assicurate secondo le procedure e le tecniche sanitarie professionalmente avallate e pari a quelle del precedente regime di ricovero;
- nel 2013 l'Azienda ha registrato una percentuale oltre soglia per i ricoveri ricadenti nei DRG del DA 954/2013, a elevato rischio di non appropriatezza, adoperandosi il management per intervenire sulle unità operative dove esisteva maggiore produzione di DRG ad elevato rischio;
- è stata dedicata la massima attenzione all'accoglienza dei pazienti offrendo il set assistenziale più idoneo e meglio proporzionato all'intensità di cura richiesta. Su questo punto un più efficace dialogo tra Pronto Soccorso e unità operative di ricovero e cura potrà generare un filtro sicuramente più efficace dell'attuale, il cui ritorno, in prima istanza, è a vantaggio della *compliance* dei pazienti;
- è da tener presente che la struttura assistenziale e formativa pubblica di questa Azienda non può rifiutare prestazioni incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), anche se cosiddetta "*a bassa redditività*" – meglio sarebbe definirle "*a bassa complessità*" e quindi "*a basso rimborso economico*". Le tariffe nel sistema pubblico non consentono mai un margine di reddito, ma rappresentano una misura forfetaria dei volumi di prestazioni erogate. Utilizzate ai fini del mantenimento di una loro coerenza con i costi, la loro utilità è più evidente solo nel confronto tra più anni di gestione, a patto che rimangano stabili: cosa che non è stato. Confermato l'obbligo per il management di ricondurre ciascuna prestazione al regime tariffario meno oneroso, purché a parità di sicurezza per il paziente: così è stato in questa AOUP;
- sono pertanto determinanti *non i volumi economici delle prestazioni, ma le caratteristiche delle stesse nei rispettivi regimi di cura, e differenziati per appropriata complessità diagnostico terapeutica*: parametri che diventano presupposto per la rimodulazione costante della struttura organizzativa e della dotazione dei posti letto, come i Direttori Generali sono vincolati ad attuare;
- la ricerca dell'*appropriatezza* dell'erogazione delle prestazioni in ordine al miglior utilizzo delle tecnologie diagnostiche, strumentali e di laboratorio, nonché dei presidi terapeutici medico-chirurgici è stato costantemente vigilato attraverso lo sviluppo della reportistica, tra cui la radiologica;
- a tal fine l'Azienda ha ritenuto necessario continuare nella costruttiva interlocuzione tra la componente aziendale manageriale-gestionale e quella professionale, attivando continui incontri che, partendo dalla revisione delle caratteristiche delle prestazioni analizzate a mezzo dell'applicazione dei diversi indicatori, hanno mantenuto aggiornata la produzione secondo i migliori indici di *performance*. Questi incontri hanno sicuramente facilitato l'attuazione delle strategie per lo sviluppo delle unità organizzative dell'Azienda, la traduzione operativa delle priorità e necessità, anche attraverso gli obiettivi organizzativi e individuali assegnati al personale della dirigenza e del comparto;
- La Radiologia ha ridotto le liste d'attesa potendo contare sull'operatività di un parco tecnologico potenziato. L'uscita di scena di un professionista per una gravissima

patologia, ha comportato la flessione del numero di procedure diagnostiche e interventistiche in ambito vascolare.

- o I laboratori di analisi sono stati gravati da un gran numero di prestazioni, su cui incombe il sospetto di non appropriatezza clinico-diagnostica, ma in ossequio ad una *medicina difensivistica*, che prova a difendere il medico in caso di contenzioso, ma non è detto che riesca a farlo se non si dimostra l'appropriatezza dell'esame rispetto al bisogno di assistenza. sarebbe meglio lasciarsi andare alla *medicina difensiva*, che è quella che in prima istanza difende il malo, e di conseguenza il medico. È noto che in Italia la pessima prassi della *medicina difensivistica* pesa sul bilancio dello stato per una cifra pari a 13 miliardi di euro sprecati: ma ai sensi del 502/92 non grava sulla responsabilità dei dirigenti medici la gestione delle risorse, in ordine soprattutto alla microallocazione sul singolo malato?
- o Si sono registrati costi maggiori per le prestazioni virologiche, dato che il Policlinico è stato dichiarato dall'Assessorato della Salute centro HUB facente parte della rete regionale per la gestione dei pazienti con epatite virale C da sottoporre ai farmaci antivirali di ultima generazione.

## 2.2 ALBERO DELLA PERFORMANCE

Tabella 3: Albero della performance



Piani operativi: E1, E2, E3

## 2.3 OBIETTIVI STRATEGICI

- L'Azienda ha attivamente partecipato alla redazione del piano provinciale condiviso sulla riorganizzazione della diagnostica strumentale e di laboratorio, sul piano degli investimenti con la ricognizione delle risorse umane e tecnologiche. Si è proceduto all'analisi dell'offerta attuale in termini sia quantitativi che qualitativi concordando con l'ASP il contributo di prestazioni da offrire al territorio. Il potenziamento tecnologico della Radiologia e la centralizzazione dei laboratori di analisi hanno consentito la disponibilità di nuove apparecchiature, l'esecuzione di un maggior numero di prestazioni e la riduzione del tempo tra la richiesta, l'esecuzione e la dismissione del referto.
- Nell'ambito dell'appropriatezza d'uso dell'ospedale si è puntato a migliorare l'accessibilità dei pazienti e la tempestività degli interventi per frattura di collo di femore negli over 65 anni e nell'effettuazione della PTCA nei casi di infarto miocardico acuto, i cui risultati soddisfacenti per la seconda, sono risultati per la prima ampiamente migliorati rispetto al 2012, superando il target richiesto.
- Procedura che deve trovare ulteriori miglioramenti è quella relativa al parto cesareo. Vero è che in questa Azienda, per via della presenza dell'Unità di Terapia Intensiva Neonatale, sono più frequentemente ricoverate gestanti con gravidanza a rischio, ma il dato relativo ai parti cesarei primari può ancora essere oggetto di miglioramenti.
- Una parte degli obiettivi ha riguardato il riordino di talune procedure amministrative tendenti a migliorare le informazioni e a governare il sistema per conseguire la riduzione dei costi a parità di prestazioni.

Tabella 4: Obiettivi strategici

| Codice obiettivo | Descrizione dell'obiettivo   | Valore atteso | Valore conseguito   |
|------------------|--|---------------|---|
| A                | Redazione del documento di sintesi del Piano Attuativo Aziendale 2013 secondo il modello predisposto da Agenas e dai responsabili provinciali PAA. Azioni da inserire in via prioritaria: Punti nascita, Emergenza Urgenza, URP e Comitati Consultivi Aziendali. | Si            | Si  |
| B                | L'obiettivo consiste nel riportare l'esito delle prestazioni target ai risultati delle migliori <i>performance nazionali</i> , espressione della qualità dell'assistenza.  | 100%          | Per PTCA e trattamento frattura femore, l'obiettivo è stato raggiunto.<br>No per il parto cesareo nelle primipare |
| C                | Riduzione del 5% dei costi per i dispositivi medici e protesica, attraverso la conclusione delle forme consorziate di acquisto a livello di Bacino e relativa ottimizzazione della logistica.  | ≥ 50%         | Si  |
| D                | Aggiornamento e trasmissione del flusso del personale e raccordo dei dati con il modello Conto Economico.  | Si            | Si  |
| E                | Messa a regime del Sistema di Valutazione della <i>Performance</i> .   | Si            | Si  |
| F                | Produzione e certificazione del prospetto di coerenza tra le risultanze dei flussi informativi relativi ai consumi dei dispositivi medici e a quelli dell'area farmaco con i corrispondenti valori indicati nel CE pre-consuntivo.                               | Si            | Si  |
| G                | Adozione e applicazione del Regolamento che disciplina il ricorso al sistema delle acquisizioni in economi di beni, servizi e lavori, e monitoraggio della spesa in termini quali-quantitativi.  | Si            | Si  |
| H                | Potenziamento della lungodegenza e della riabilitazione.   | Si            | No  |
| I                | Applicazione del DA 954/2013 finalizzato al trasferimento delle prestazioni a bassa complessità verso regimi di ricovero meno onerosi.   | 100           | Raggiunto al 60%  |



DI SEGUITO SI SVILUPPANO BREVI NOTE INFORMATIVE SUGLI OBIETTIVI DELLA TABELLA 4:

- A.** Questo obiettivo intende raggiungere un elevato grado di organizzazione condivisa tra le Aziende ricadenti all'interno della medesima area metropolitana. L'Assessorato ha individuato le aree di specialità su cui intervenire. In particolare ha richiesto che venissero trattati in via prioritaria:
1. Punti Nascita: nel capitolo dedicato alla Rete Ospedaliera, dovranno essere indicati tutti gli interventi che consentiranno di procedere al completamento della rete dei Punti Nascita entro il 31 dicembre 2013
  2. Emergenza – Urgenza: ricognizione delle risorse umane disponibili.
  3. URP e Comitati Consultivi Aziendali: necessario impostare, in accordo con l'Assessorato, un'analisi sullo stato di attuazione degli Uffici Relazioni con il Pubblico. Particolare attenzione andrà dedicata alle condizioni dell'applicazione della Direttiva Europea 2011/24/UE riguardo alla mobilità transfrontaliera.
- L'obiettivo si componeva di due sub: la redazione e approvazione del Piano Attuativo Aziendale e la Realizzazione delle azioni previste dal PAA.
- Al momento in cui scriviamo l'Assessorato non ha ufficialmente diramato il risultato, ma il dott. Remo Bonichi dell'Agenas ha ufficiosamente comunicato in data 30 luglio che le aziende dell'Area Metropolitana di Palermo avevano raggiunto il risultato atteso.
- B.** L'obiettivo si articolava in tre sub-obiettivi e la sua ragion d'essere sta nell'erogare ai cittadini prestazioni pari alle *best practice*:
1. Frattura del femore: tempestività dell'intervento per frattura di femore *over 65* anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data dell'intervento e quella del ricovero) di 0-2 giorni;
  2. Parti cesarei: riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su donne non pre-cesarizzate;
  3. Tempestività P.T.C.A. nei casi IMA STEMI entro un intervallo di tempo di 0-1 giorni;
- C.** L'obiettivo intendeva perseguire la riduzione dei costi per i dispositivi medici e la protesica attraverso la conclusione delle gare consorziate di acquisto, la relativa ottimizzazione della logistica con parità di beni rimanenti in magazzino. Coinvolte le Aree Economico Finanziaria e Provveditorato.
- D.** Adozione e messa a regime del flusso del personale come da DA del 29 febbraio 2012 (GURS parte I, n. 11 del 16 marzo 2012). Coinvolta l'Area Risorse Umane.
- E.** Sistema di Valutazione della Performance: l'Azienda era già in linea con questo obiettivo in quanto aveva già attivato la Struttura Tecnica Permanente e nominato l'Organismo Aziendale di Valutazione.
- F.** È stata complessa la messa in linea di questo flusso sui dispositivi medici sia per fatti legati alla tecnologia informatica, sia per la complessità delle informazioni richieste. La coerenza finale tra i valori del flusso e quelli del documento del Conto Economico è stata ottimale, rispecchiando il target richiesto.
- G.** Esitato e applicato il Regolamento Acquisti in Economia.
- H.** L'incremento dell'utilizzo dei posti letto per la post acuzie non è avvenuto.

- I. Il DA 954/2013 è stato applicato ed anche varato nella intranet il programma software per il suo monitoraggio. La percentuale raggiunta dovrà essere ulteriormente migliorata nel 2014.

## **2.4 OBIETTIVI E PIANI OPERATIVI**

All'interno della logica dell'albero della *performance*, ogni obiettivo strategico è stato articolato in obiettivi operativi per ciascuno dei quali sono state definite azioni, tempi, risorse, responsabilità organizzative connesse al suo raggiungimento, secondo il seguente modo di procedere che prevedeva la definizione de:

1. l'obiettivo operativo e degli indicatori associati al suo rilevamento. Ad ogni indicatore era applicato un target o valore atteso
2. le azioni da porre in essere con la relativa tempistica
3. l'eventuale quantificazione delle risorse umane e finanziarie
4. le responsabilità organizzative

Tabella 5: Obiettivi operativi

|    | Descrizione dell'obiettivo   | Peso | Data inizio prevista | Data termine prevista | Indicatore  | Strutture interessate  |
|----|--|------|----------------------|-----------------------|---|--|
| A1 | Individuazione dei Referenti delle Aree Tematiche del PAP  | 5    | 31/03                | 12/12                 | Nomina dei Referenti  | UO interessate   |
| A2 | Redazione e approvazione del Piano Attuativo Aziendale (PAP)   | 10   | 01/04                | 31/07                 | Presentazione del PAP                                       | Referenti delle UO interessate   |
| A3 | Realizzazione delle azioni previste dal PAP  | 10   | 01/07                | 31/12                 | Realizzazione delle azioni                                  | Direzione Sanitaria  |
| B1 | Frattura del femore: tempestività dell'intervento per frattura femore over 65 anni entro un intervallo di tempo 0-2 giorni dal ricovero  | 8    | 31/03                | 31/12                 | N° di interventi entro 0-2 giorni dal ricovero: $\geq 50\%$ | UO Ortopedia, Pronto Soccorso, Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Direzione Sanitaria    |
| B2 | Parti cesarei primari: riduzione dell'incidenza dei parti cesarei primari su parti di donne non pre-cesarizzate  | 4    | 31/03                | 31/12                 | N° di parti cesarei primari: $\leq 20\%$                    | UO Ostetricia e Ginecologia, Direzione Sanitaria   |
| B3 | Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI: tempestività di esecuzione di Angioplastica Percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo di 0-1 giorni dal ricovero | 4    | 31/03                | 31/12                 | N° interventi entro 0-1 giorni: $\geq 85\%$                 | UO Cardiologia, Emodinamica, UTIC  |
| C1 | Assegnazione dell'obiettivo ai Responsabili delle UO interessate   | 3    | 31/03                | 10/04                 | Consegna dell'obiettivo                                     | Area Economico Finanziaria, Provveditore, Farmacia, Programmazione e Controllo di Gestione   |
| C2 | Monitoraggio trimestrale dei risultati conseguiti  | 4    | 30/06                | 31/12                 | Stesura del report  | Programmazione e Controllo di Gestione   |
| D1 | Assegnazione dell'obiettivo al Responsabile dell'UO Risorse Umane  | 3    | 31/03                | 10/04                 | Consegna dell'obiettivo                                     | Area Risorse Umane   |
| D2 | Monitoraggio trimestrale dei risultati conseguiti  | 4    | 30/06                | 31/12                 | Stesura del report  | Programmazione e Controllo di Gestione   |
| E1 | Assegnazione dell'obiettivo al Responsabile della Struttura Tecnica Permanente   | 3    | 31/03                | 10/04                 | Consegna dell'obiettivo                                     | Struttura Tecnica Permanente   |
| E2 | Monitoraggio delle azioni previste dal Ciclo della Performance   | 4    | 30/04                | 31/12                 | Stesura del report  | Programmazione e Controllo di Gestione   |
| F1 | Assegnazione dell'obiettivo ai Responsabili delle unità operative interessate  | 3    | 31/03                | 10/04                 | Consegna dell'obiettivo                                     | Area Economico Finanziaria, Provveditorato, Farmacia, Programmazione e Controllo di Gestione |

|    |  |   |       |       |  |   |
|----|--|---|-------|-------|--|---|
| F2 | Produzione e certificazione del prospetto di coerenza tra le risultanze dei flussi informativi relativi ai consumi dei dispositivi medici e area farmaco con i corrispondenti valori del CE pre-consuntivo | 5 | 30/06 | 31/12 | Raccolta del risultato del prospetto di coerenza               | Area Economico Finanziaria                              |
| G1 | Assegnazione obiettivo al responsabile dell'area Provveditorato  | 5 | 31/03 | 10/04 | Consegna dell'obiettivo  | Area Provveditorato                                     |
| G2 | Adozione e applicazione del Regolamento che disciplina in ricorso al sistema delle acquisizioni in economia di beni, servizi e lavori, e monitoraggio della spesa  | 5 | 30/06 | 31/12 | Monitoraggio della spesa in termini quantitativi e qualitativi | Programmazione e Controllo di Gestione                  |
| H1 | Assegnazione dell'obiettivo ai Responsabili delle unità operative interessate  | 5 | 31/03 | 10/04 | Consegna dell'obiettivo  | Direzione Sanitaria, Fisiatria, Ortopedia, Lungodegenza |
| H2 | Potenziamento della rete ospedaliera della post acuzie   | 5 | 31/06 | 31/12 | Attivazione dei posti letto per post acuzie                    | Direzione Sanitaria, Fisiatria, Ortopedia, Lungodegenza |
| I1 | Assegnazione dell'obiettivo ai Responsabili delle unità operative interessate  | 5 | 31/03 | 10/04 | Consegna dell'obiettivo  | UO assistenziali  |
| I2 | Produzione nel rispetto dei criteri fissati dal DA 954/2013  | 5 | 30/06 | 31/12 | Predisposizione del report trimestrale                         | Programmazione e Controllo di Gestione                  |

Tabella 6: Distribuzione del grado di raggiungimento degli OBIETTIVI INDIVIDUALI dei Direttori delle UOC e UOS con budget

| Fasce di Risultato % | Medicine | Chirurgie | Servizi | Laboratori | Unità di Staff | Amm. ivi |
|----------------------|----------|-----------|---------|------------|----------------|----------|
| ≤ 65                 | 1 4,2%   |           | 1 20,0% |            |                |          |
| 65,1-70,0            |          | 0,0%      |         | 1 12,5%    |                |          |
| 70,1-75,0            |          |           |         |            |                |          |
| 75,1-80,0            | 3 12,5%  |           | 1 20,0% |            | 1 12,5%        | 2 28,6%  |
| 80,1-85,0            | 4 16,7%  | 3 18,8%   |         | 3 37,5%    | 2 25,0%        | 1 14,3%  |
| 85,1-90,0            | 16 66,7% | 13 81,3%  | 3 81,3% | 4 60,0%    | 5 62,5%        | 4 57,1%  |

La valutazione degli obiettivi individuali è stata effettuata dal Commissario Straordinario e dal Direttore Sanitario per i Direttori delle unità operative assistenziali e dal Commissario Straordinario congiuntamente con il Direttore Amministrativo per i Responsabili delle unità operative del Dipartimento Amministrativo. La Direzione ha tenuto conto di diversi indicatori, quali la complessità della struttura diretta dal valutato in termini di numerosità di personale, volumi di produzione, tipologia delle prestazioni, nonché della performance organizzativa conseguita. Essendoci a valle il compenso economico, evidentemente si è voluto differenziare chi ha gestito unità operative con un posto letto in DH da chi ha governato più di trenta posti letto in regime ordinario. Su questa parametri è stata graduata la percentuale di valutazione, pur consapevoli di essere andati incontro ad una criticità: infatti, con questo metodo di graduazione della complessità, coloro che gestiscono strutture meno impegnative dal punto di vista organizzativo non potranno mai arrivare alla valutazione del 100%, il che non è giusto. Tutti devono potere arrivare al 100% di risultato, ma al 100% di una unità deve corrispondere un valore economico diverso rispetto ad una unità meno complessa. Attualmente subisce un danno, anche ai fini del rinnovo dell'incarico chi, pur essendosi impegnato anche in strutture piccole, con pochi infermieri e con poche risorse, viene presentato al Collegio Tecnico con una valutazione individuale dell'80%, pur avendo conseguito tutti gli obiettivi. La soluzione è che va differenziata la quota economica da attribuire a ciascuna unità operativa secondo la propria complessità: è un lavoro che va fatto per tempo e che richiede la modifica del Regolamento vigente, previo passaggio con le organizzazioni sindacali. È un compito che si dovrà avviare e portare a termine entro il ciclo della *performance* successivo.

Nella tabella precedente si può vedere come si sono distribuiti i risultati della valutazione individuale all'interno delle diverse aree di specialità e comprova che risultano ampiamente differenziati. Solo il 62% delle unità appartenenti ai Servizi, ai Laboratori di analisi, alle Unità di staff e alle Aree amministrative ha conseguito il risultato ascrivibile tra 85,1 e 90,0%, per cui è richiesto un impegno aggiuntivo per conseguire risultati migliori. Anche tra i direttori delle unità operative delle medicine generali e specialistiche solo il 66,7% ha ricevuto una valutazione nella fascia predetta. Un po' meglio le chirurgie dove la percentuale sale all'81,3%. Dall'altro lato si sono viste valutazioni del 65% o anche meno.

Gli obiettivi organizzativi sono stati monitorati dall'UO Programmazione e Controllo di Gestione, unità che ha redatto le schede completandole con la misurazione dei risultati. Anche in questo caso vi è una distribuzione su più fasce di risultato a garanzia dell'oggettività dell'assegnazione degli obiettivi e della intenzionalità alla differenziazione dei risultati.

Tabella 7: Distribuzione del grado di raggiungimento degli OBIETTIVI ORGANIZZATIVI delle UOC e UOS con budget

| Fasce di Risultato % | Medicine | Chirurgie | Servizi | Laboratori | Unità di Staff | Amm. ivi |
|----------------------|----------|-----------|---------|------------|----------------|----------|
| ≤ 65                 | 1 4,2%   | 3 18,8%   | 1 20,0% | 1 12,5%    | 1 12,5%        |          |
| 65,1-70,0            | 4 16,7%  | 1 6,3%    |         |            |                |          |
| 70,1-75,0            | 6 25,0%  | 4 25,0%   |         |            | 1 12,5%        |          |
| 75,1-80,0            | 5 20,8%  | 3 18,8%   | 1 20,0% | 2 25,0%    |                | 2 28,6%  |
| 80,1-85,0            | 3 12,5%  | 1 6,3%    |         |            | 1 12,5%        | 2 28,6%  |
| 85,1-90,0            | 2 8,3%   | 3 18,8%   | 2 40,0% | 2 25,0%    | 3 37,5%        | 1 14,3%  |
| 90,1-99,9            | 3 12,5%  | 1 6,3%    | 1 20,0% | 3 37,5%    | 2 25,0%        | 2 28,6%  |

Rispetto a taluni peculiari obiettivi i risultati complessivi sono stati i seguenti:

- "Cartelle cliniche contestate": il 75% delle unità operative ha subito contestazioni dagli Ispettori dell'ASP
- "Percentuale di trasferimento dei ricoveri secondo il DA 954": obiettivo raggiunto dal 53,3% delle unità operative
- "Riduzione degli esami richieste al Corelab": obiettivo raggiunto dal 61,5% delle unità operative
- Riduzione degli esami radiologici in rapporto alla produzione: obiettivo raggiunto dall'85,6% delle unità operative
- Rapporto tra degenza media / peso medio: obiettivo raggiunto dal 93,3% delle unità operative.

## 2.5 OBIETTIVI INDIVIDUALI

L'argomento è stato anticipato nella parte introduttiva.

Anche nel 2013 sono stati assegnati gli obiettivi individuali alla dirigenza medica, sanitaria e al comparto sanitario da parte del dirigente sovraordinato. Il risultato generale è stato che la maggior parte dei direttori di unità operativa sembra che abbia voluto evitare di valutare, assegnando obiettivi facilmente raggiungibili e con giudizio indifferenziato.

Molti direttori di unità operativa, pur avendo raggiunto non soddisfacenti risultati nella *performance* organizzativa hanno valutato quella individuale dei propri dirigenti e del personale del comparto al 100%. Nonostante il 2013 è stato il quarto anno in cui ha funzionato il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale e organizzativa, tuttavia la nuova metodologia di assegnazione della remunerazione di risultato, nonostante la legge, non viene ancora vista come un'opportunità di miglioramento continuo del sistema, ma come un mero adempimento compilativo di un format, con chiara espressione amministrativa piuttosto che gestionale e finalizzata, primariamente, alla c delle risorse umane. La Direzione è oltremodo impegnata, in questo nuovo anno di gestione, a far sì che gli obiettivi organizzativi e individuali costituiscano occasione di chiamata a responsabilità dei singoli attori, ai vari livelli in cui ciascuno opera, sfruttando al massimo uno strumento che serve a premiare il merito e a fornire stimoli per la crescita individuale e del sistema azienda.

Inoltre, la Direzione, per la prima volta, ha deciso di assegnare obiettivi individuali anche ai Direttori di Dipartimento, con regolare pesatura e target di risultato. Anche se essi non possono avere avuto effetti economici, in quanto in atto ciò non è previsto, tuttavia è per loro un impegno rivolto soprattutto a sviluppare una visione ordinata e coordinata del dipartimento di cui è stata affidata la direzione.

### 3. Indagine sul benessere organizzativo

Dal 10 al 30 settembre 2013, ai sensi dell'art. 14, comma 5 del decreto legislativo del 27 ottobre 2009, n. 150 questa Azienda ha varato, per la prima volta, l'indagine sul benessere organizzativo del personale. Si è occupata in prima istanza la Responsabile della Struttura Tecnica Permanente, la dott.ssa Di Pietro, nel seguire le operazioni per portare a buon fine tutta la procedura, dalla predisposizione del modello online alla sollecitazione, a mezzo intranet, dei dipendenti per la partecipazione all'indagine.

La rilevazione, rivolta a tutto il personale dipendente dell'Azienda, è stata realizzata con un applicativo WEB, la cui compilazione è stata possibile per tutti coloro che erano in possesso di una *password* di accesso all'intranet aziendale (potenzialmente tutto il personale); i dipendenti privi di *password* hanno avuto l'opportunità di poterla richiedere e disporne in tempo reale. Il SIA ha garantito che il sistema applicato provvedesse alla raccolta dei dati rispettando le norme sulla privacy sia per quanto riguarda i dati anagrafici che la struttura di appartenenza del compilatore.

L'informazione sull'avvio della rilevazione, gli obiettivi e le modalità dell'indagine sono state comunicate ai responsabili di tutte le articolazioni aziendali, alle organizzazioni sindacali, alla rete dei referenti della comunicazione aziendale, con invito alla massima diffusione. L'informativa completa (corredata di documentazione CIVIT) è stata pubblicata sull'*home page* del sito aziendale.

## Risultati dell'indagine

Hanno partecipato all'indagine 138 dipendenti.

a) Nella tabella *Anagrafica*, si forniscono i dati dei compilatori aggregati per genere, fascia d'età, anzianità di servizio, rapporto di lavoro e qualifica.

Tabella 7: Anagrafica del campione che ha partecipato all'indagine

| SESSO  | ETA               | N. R.           | %     |         |
|--------|-------------------|-----------------|-------|---------|
| Donna  | Dai 31 ai 40 anni | 15              | 10,7  |         |
|        | Dai 41 ai 50 anni | 19              | 13,6  |         |
|        | Dai 51 ai 60 anni | 40              | 28,6  |         |
|        | Fino a 30 anni    | 2               | 1,4   |         |
|        | Oltre i 60 anni   | 4               | 2,9   |         |
| Uomo   | Dai 31 ai 40 anni | 4               | 2,9   |         |
|        | Dai 41 ai 50 anni | 16              | 11,4  |         |
|        | Dai 51 ai 60 anni | 21              | 15,0  |         |
|        | Oltre i 60 anni   | 16              | 11,4  |         |
| N. R.  |                   | 3               | 2,1   |         |
| Totale |                   | 140             | 100,0 |         |
| SESSO  | QUALIFICA         | CONTRATTO       | N. R. | %       |
| Donna  | Dirigente         | t.d.            | 5     | 4       |
|        |                   | t.ind.          | 22    | 16      |
|        | Non dirigente     | t.d.            | 13    | 9       |
|        |                   | t.ind.          | 39    | 28      |
|        | N. R.             | t.d.            | 1     | 1       |
| Uomo   | Dirigente         | t.d.            | 5     | 4       |
|        |                   | t.ind.          | 23    | 16      |
|        | Non dirigente     | t.d.            | 2     | 1       |
|        |                   | t.ind.          | 27    | 19      |
| N. R.  | N. R.             |                 | 3     | 2       |
| Totale |                   |                 | 140   | 100     |
| SESSO  | QUALIFICA         | ANZIANITA'      | N. R. | Totale2 |
| Donna  | Dirigente         | Da 11 a 20 anni | 7     | 5       |
|        |                   | Da 5 a 10 anni  | 4     | 3       |
|        |                   | Meno di 5 anni  | 3     | 2       |
|        |                   | Oltre i 20 anni | 13    | 9       |
|        | Non dirigente     | Da 11 a 20 anni | 14    | 10      |
|        |                   | Da 5 a 10 anni  | 6     | 4       |
|        |                   | Meno di 5 anni  | 6     | 4       |
|        |                   | Oltre i 20 anni | 26    | 19      |
|        | N. R.             | Da 11 a 20 anni | 1     | 1       |



(Continua)

| SESSO  | QUALIFICA     | ANZIANITA'      | N. R. | Totale2 |
|--------|---------------|-----------------|-------|---------|
| Uomo   | Dirigente     | Da 11 a 20 anni | 2     | 1       |
|        |               | Da 5 a 10 anni  | 3     | 2       |
|        |               | Meno di 5 anni  | 3     | 2       |
|        |               | Oltre i 20 anni | 20    | 14      |
|        | Non dirigente | Da 11 a 20 anni | 9     | 6       |
|        |               | Da 5 a 10 anni  | 1     | 1       |
|        |               | Meno di 5 anni  | 1     | 1       |
|        |               | Oltre i 20 anni | 18    | 13      |
| N. R.  | N. R.         | N. R.           | 3     | 2       |
| TOTALE |               |                 | 140   | 100     |

Si rimanda all'allegato 5 per l'analisi dettagliata dei singoli item.

### Valutazione dei risultati

La partecipazione alla rilevazione dei dati sul benessere organizzativo è risultata molto scarsa, circa il 6% della totalità dei dipendenti dell'azienda. Nonostante la scarsa significatività del campione, il contenuto delle risposte evidenzia l'esistenza di alcune aree particolarmente critiche su cui la Direzione Strategica è stata chiamata a porre, particolare attenzione e si sente responsabilizzata a sviluppare opportune azioni di miglioramento.

Esse riguardano:

per il benessere organizzativo:

- la sicurezza del luogo di lavoro, in primo istanza, percepita anche come un ambito di primaria importanza;
- la carriera e lo sviluppo professionale;

per il grado di condivisione del sistema di valutazione:

- l'organizzazione come conoscenza e condivisione delle strategie, degli obiettivi e dei risultati dell'amministrazione;
- il funzionamento del sistema della *performance*.

#### 4. Pari opportunità e bilancio di genere

La politica di sviluppo aziendale per le pari opportunità ha posto al centro il potenziamento delle attività ambulatoriali per i cittadini Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) e per i cittadini Europei Non Iscritti (ENI). A tale scopo in Azienda è operativa una unità operativa che li accoglie e li assiste, autorizzata anche a rilasciare la documentazione prevista per legge per l'accesso alle cure.

Un secondo percorso privilegiato è quello dedicato ai cittadini Diversamente Abili, per i quali è stata istituita altra unità operativa dedicata, con personale che li segue nei diversi percorsi di cura: tra le specialità più richieste dal territorio, il set di trattamento odontoiatrico.

La politica sanitaria a favore del genere vede lo sviluppo di un progetto per l'educazione alla salute sessuale della donna proveniente dalle aree extracomunitarie soprattutto non europee.

## 5. La relazione con l'utenza: le criticità

Nel corso del 2013, gli utenti che si sono rivolti all'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico per inoltrare reclami sono stati **139**, di cui 21 telefonicamente, 10 via e-mail, 8 via fax e 100 direttamente nelle sedi dell'URP, ubicate una al 3° piano del Dipartimento di Igiene e una nella palazzina ex Avis. Visto che alcune segnalazioni in unico reclamo hanno evidenziato più disservizi e sotto "aspetti", sono stati registrati in totale **197 motivi di insoddisfazione**. A **79 segnalazioni** è stata data immediata risposta e risolte in tempo reale sulla scorta del patrimonio informativo delle operatrici URP.

La distribuzione aziendale delle segnalazioni suddivise per area di disagio evidenzia una **maggiore concentrazione dei reclami** nelle seguenti aree:

- **Aspetti organizzativi, burocratici, amministrativi: n. 69 interventi (35%)**
- **Rispetto della tempistica: n. 47 (24%)**
- **Aspetti tecnico-professionali: n. 31 (16%)**

Il motivo dei reclami relativi agli **aspetti organizzativi, burocratici, amministrativi** è stato **spesso dovuto alle** difficoltà incontrate nei percorsi assistenziali per la complessità dei meccanismi burocratici aziendali, per i problemi legati alla disorganizzazione interna, all'assenza di operatori, al mancato rispetto dell'orario degli ambulatori, al mancato preavviso alla cancellazione di visite o esami già prenotati, etc.): questi casi **sono notevolmente aumentati rispetto al 2012, passando dal 14% al 35%** (33 su 230 pari al 14% nel 2012 e 69 su 197 pari al 35% nel 2013).

I reclami inerenti all'area disagio **Tempi**, ascrivibile prevalentemente ai tempi d'attesa per contattare il CUP per le prenotazioni e ai tempi d'attesa per ottenere l'erogazione di alcune prestazioni ambulatoriali, hanno registrato **considerevole riduzione rispetto al 2012, passando dal 40% al 24%** (92 su 230 pari al 40% nel 2012 e 47 su 197 pari al 24% nel 2013).

Per la prima volta rientrano tra le prime 3 aree critiche, i reclami relativi agli **Aspetti tecnico-professionali**, in cui ricadono le segnalazioni relative alla qualità percepita rispetto alla prestazione erogata (opportunità/adequatezza delle prestazioni, correttezza, precisione, accuratezza nell'erogazione, attenzione ai bisogni di assistenza e supporto alla persona da parte del personale, appropriatezza, informazione e acquisizione del consenso sul percorso di cura). Rispetto al 2012 si assiste ad un **incremento dall'8% al 16%** (19 su 230 pari all'8% nel 2012 e 31 su 197 pari al 16% nel 2013). Tale aumento potrebbe essere correlato ad un'**accresciuta informazione dei pazienti/utenti**, anche grazie a internet, che li porta ad essere sempre meno disponibili ad accettare relazioni di scambio caratterizzate da una significativa asimmetria informativa e culturale tra paziente e curante.

La Tab. 4 illustra la distribuzione delle segnalazioni per **Dipartimento** (173 pari all'88% del totale dei reclami è relativo ai Dipartimenti assistenziali e 24 pari al 12% ad unità organizzative non assistenziali, quali CUP e Aree del Dipartimento amministrativo).

Le Tabelle 5÷16 mostrano la **distribuzione dei reclami all'interno dei Dipartimenti**, mentre la Tab. 17 mette a confronto il numero di reclami **per unità operativa assistenziale del 2012 e del 2013**.

**Tabella 8: Distribuzione dei reclami per area di disagio**

| <b>CLASSIFICAZIONE AREE DISAGIO</b>                    | <b>N. RECLAMI 2013</b> | <b>%</b>   |
|--|------------------------|------------|
| 1. Aspetti strutturali                                 | 6                      | 3%         |
| 2. Informazione  | <b>19</b>              | <b>10%</b> |
| 3. Aspetti organizzativi, burocratici e amministrativi | <b>69</b>              | <b>35%</b> |
| 4. Aspetti tecnico-professionali                       | 31                     | 16%        |
| 5. Umanizzazione e aspetti relazionali                 | 15                     | 8%         |
| 6. Aspetti alberghieri e comfort                       | 5                      | 3%         |
| 7. Tempi   | <b>47</b>              | <b>24%</b> |
| 8. Aspetti economici                                   | 2                      | 1%         |
| 9. Adeguamento alla normativa                          | 2                      | 1%         |
| 10. Altro  | 1                      | 1%         |
| <b>TOTALE</b>  | <b>197</b>             | <b>100</b> |

## **6. Il processo di redazione della Relazione sulla *performance***

Il processo di redazione della relazione ha coinvolto l'UO Programmazione e Controllo di Gestione, l'Area degli Affari Generali, Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane, l'Area della Gestione Risorse Economiche, Finanziaria e Patrimoniale, l'Area Gestione Tecnica e Logistica, la Direzione Sanitaria di Presidio.

Punto di partenza è stato il Piano Triennale della Performance, attivo dal 2011 e non più rinnovato, anche se si sono tenuti in considerazione documenti di rilevante importanza per la gestione del 2013, quali:

- gli obiettivi che l'Assessorato Regionale ha assegnato ai Direttori Generali
- gli obiettivi strategici aziendali assegnati alle unità operative
- gli obiettivi individuali assegnati a ciascun dirigente e unità del comparto
- vincoli e obblighi intervenuti nel corso della gestione 2012

La Direzione ha tenuto conto delle delibere n. 5/2012 e n. 23/2013 della CIVIT per la redazione di questo documento.

## 6.1 FASI, SOGGETTI E RESPONSABILITÀ

La redazione del presente documento ha coinvolto l'UO Programmazione e Controllo di Gestione, l'Area Economico-Finanziaria, l'UdS dello Sviluppo Aziendale e della Qualità, l'Area Affari Generali Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane, l'Area Economico Finanziaria, l'Area Tecnico Logistica, Sistema Informativo Aziendale.

Il **coordinamento** di queste attività è stato assunto dal Responsabile dell'UO per il Controllo di Gestione.

Tabella 9: Griglia delle responsabilità

|  | Programmazione e Controllo di Gestione | Sistema Informativo Aziendale | Area Economico Finanziaria | Area Risorse Umane | Area Tecnico Logistica |
|--|--|-------------------------------|----------------------------|--------------------|------------------------|
| Acquisizione dati attività assistenziale                               | R                                      | C                             |                            |                    |                        |
| Analisi produzione assistenziale                                       | R                                      |                               |                            |                    |                        |
| Acquisizione dati economici  | V                                      |                               | R (non invia)              |                    |                        |
| Dati organico personale  |  |                               |                            | R                  |                        |
| Dati riqualificazione struttura ospedaliera                            |  |                               |                            |                    | R                      |
| Predisposizione schede obiettivi dirigenza sanitaria ed amministrativa | R                                      |                               |                            |                    |                        |
| Monitoraggio obiettivi   | R                                      |                               |                            |                    |                        |
| Elaborazione complessiva aziendale risultati obiettivi                 | R                                      |                               |                            |                    |                        |

R= Responsabile; C= Collabora; V=Vicariante

## 6.2 CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE: PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA

L'AOUP "P. Giaccone" ha ottemperato a quanto previsto dal D. Lgs. 150/2009 pur consapevole che il processo avviato necessita di ulteriori miglioramenti.

Il ciclo di gestione della performance, nel descrivere i vari passaggi, ha consentito di definire punti di forza e punti di debolezza del sistema. La criticità più consistente si è riscontrata nella sostanziale volontà di rinuncia alla valutazione individuale del personale. Nonostante il D. Lgs. 150/09 contrasti la valutazione a pioggia e punta alla valorizzazione del merito, il vertice delle unità operative in maniera diffusa non ha eseguito un corretto processo di valutazione per la promozione del merito e il miglioramento continuo della performance individuale.

Le carenze riscontrate consentiranno di sviluppare gli aggiornamenti al Piano Triennale della Performance e a promuovere il Piano Strategico Aziendale per l'anno 2012.

Vale soprattutto per questa seconda esperienza l'aver consistentemente calato nel sistema gestionale aziendale questa nuova metodologia di lavoro sì da trasformare sempre più la gestione nel modello manageriale per obiettivi. Tuttavia si registrano i primi deboli segni di una valutazione che tende a distanziarsi dalla valutazione omogenea e indifferenziata, ma soprattutto si deve porre in risalto la divaricazione tra il risultato della performance organizzativa e quello della performance individuale.

Ai fini della semplificazione dell'analisi, abbiamo suddiviso il ciclo di gestione della performance in cinque fasi.

### *Fase 1: Pianificazione strategica.*

I contenuti del Piano Sanitario Regionale e la strategia che lo sottende hanno costituito la base per la definizione e pianificazione strategica degli obiettivi aziendali da perseguire, poi consegnati ai direttori di dipartimento. Dagli obiettivi si è passati ai piani operativi. Questo momento ha rappresentato un punto di forza per aver fatto muovere tutta l'Azienda in modo unitario e verso traguardi comuni, anche se non tutti raggiunti. Il far operare i diversi ambiti dell'Azienda in forma integrata e coordinata è un progetto costante del management aziendale, pur nella consapevolezza delle difficoltà alla sua realizzazione.

### *Fase 2: Programmazione e Controllo*

L'UO ha rappresentato il momento e il luogo naturale della traduzione operativa della pianificazione strategica. In questa fase sono stati prodotti gli obiettivi assistenziali con una visione di coordinamento tra attività assistenziale, unità di staff e aree amministrative. Il varo degli obiettivi, almeno in questo primo anno, ha richiesto una quotidiana attività di *help desk* da parte dell'UO Programmazione e Controllo di Gestione. La costante interlocuzione con i responsabili di unità operativa ha rappresentato occasione formativa e di articolazione di un linguaggio comune che si è sviluppato anche nei documenti prodotti.

### *Fase 3: Misurazione e valutazione della performance organizzativa*

Le iniziative tendenti a coltivare la soddisfazione dei bisogni di salute della collettività ha trovato nel tavolo dell'ASP il suo momento organizzativo tra le varie aziende della provincia di Palermo per ridurre la migrazione extraregionale dei pazienti e per facilitare l'accessibilità ai

servizi. All'interno, si è stati attenti a migliorare l'efficienza dei servizi per avvicinare l'utenza all'Azienda. La rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi è stato effettuato dall'URP. Si sono ridotti i reclami degli utenti rispetto al 2011. Sul versante economico si è perseguito il contenimento dei costi nell'ambito dell'appropriato utilizzo, sicché si è ottenuto l'equilibrio economico. Non è stato prodotto un piano formalizzato per la politica di genere, ma i risultati relativi agli obiettivi legati alle pari opportunità sono soddisfacenti.

*Fase 4: Performance individuale e gestione delle risorse umane*

Non risulta che i direttori delle unità operative abbiano condotto in corso d'opera una valutazione individuale del personale, in modo da coinvolgerlo in processi di miglioramento personale e della performance dell'unità operativa.

*Fase 5: Rendicontazione e trasparenza*

Documenti con l'assegnazione degli obiettivi, schede di budget, risorse assegnate, monitoraggio in corso d'opera, risultati 201e e rilevazioni statistiche sono stati pubblicati nella rete intranet aziendale e accessibili a tutti gli operatori.

## ALLEGATI

Allegato 1

Obiettivi previsti nel Piano Attuativo Provinciale 2013

| Obiettivo  | Indicatore  |
|--|---|
| Assistenza Territoriale e Continuità Assistenziale           | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Esistenza di un documento tecnico per la committenza su uno studio preliminare per la realizzazione della rete informatico-informativa per la gestione del paziente cronico (Diabete mellito in 1° diagnosi e neodiagnosticato e paziente con scompenso cardiaco)</li> </ol>  |
| Sviluppo della rete oncologica                               | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consolidamento attività screening oncologici</li> <li>2. Implementazione della rete oncologica con alcuni percorsi dedicati</li> <li>3. Progettato un sistema integrato di gestione informatizzata del data base oncoematologico provinciale e interprovinciale</li> <li>4. Progettata e avviata la rete dei laboratori di biologia molecolare</li> </ol>   |
| Cure palliative e terapie del dolore (Ospedale senza dolore) | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Potenziamento dei Centri Hub e Spoke per la terapia del dolore</li> <li>2. Miglioramento del percorso assistenziale del paziente che accede ai servizi per le cure palliative e per la terapia del dolore</li> <li>3. Attività formativa per la promozione della cultura del sollievo dalla sofferenza</li> <li>4. Implementare le procedure di monitoraggio nelle Aree di Emergenza è obiettivo di secondo step.</li> <li>5. Deliberato dall'Università il Master per la Terapia del dolore</li> </ol> |
| Cardiologia  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rendere pienamente operativa la rete per l'infarto</li> <li>2. Istituire la rete per la gestione delle aritmie</li> <li>3. Migliorare l'offerta riabilitativa cardiologica in regime non degenziale</li> <li>4. Rendere operativo il PDTA sullo scompenso cardiaco</li> </ol>   |
| Neuroscienze   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Riconoscimento requisiti delle <i>Stroke Unit</i> della Provincia di Palermo, ai sensi del DA 17 ottobre 2012.</li> <li>2. Obiettivo finale: costituzione della rete delle <i>Stroke Unit</i></li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valutazione del potenziale impatto della redistribuzione dei flussi di ricovero per patologia cerebrovascolare acuta nella Provincia di Palermo</li> </ol>   |
|  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incontri formativi rivolti al personale sanitario delle UO sede di <i>Stroke Unit</i> e delle Aree di Emergenza della Provincia di Palermo</li> </ol>   |



|   |   |
|---|---|
| Gestione del paziente politraumatizzato | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La Commissione ha proceduto alla pianificazione e programmazione delle attività</li> <li>2. Predisposizione di una scheda di ausilio per i soccorritori delle ambulanze del 118 per la classificazione del trauma maggiore</li> <li>3. Nomina dei referenti aziendali</li> <li>4. Adozione da parte dell'Azienda dei PDTA "Trauma midollare" e "Trauma del bacino"</li> </ol>   |
| Trapianti e Piano Sangue                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autorizzazione e accreditamento delle Strutture Trasfusionali (ST) e delle unità di raccolta associativa (UdR)</li> <li>2. Attivazione di un programma di screening per le emoglobinopatie nei donatori di sangue</li> <li>3. Attivazione della rete per le emoglobinopatie ai sensi del DA 2646/2011</li> <li>4. Istituzione del registro del percorso assistenziale del neuroleso grave</li> <li>5. Integrazione delle équipes chirurgiche trapiantologiche tra le Aziende AOUP "P. Giaccone" e "ARNAS" di Palermo</li> </ol> |
| Rete delle patologie psichiatriche      | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contestualizzazione di PDTA interaziendali per le patologie psichiatriche dell'età evolutiva / adolescenziale a partire dalle aree di emergenza / urgenza pediatriche</li> <li>2. Contestualizzazione di PDTA area emergenza / urgenza in Psichiatria</li> <li>3. Partecipazione al programma di superamento OPG</li> </ol>   |
| Qualità e Rischio Clinico               | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Applicazione del modello di qualità progettata</li> <li>2. Applicazione delle Raccomandazioni per la prevenzione del Tromboembolismo venoso</li> <li>3. Raggiungimento degli standard previsti dalla JCI</li> </ol>   |

|  |   |
|--|---|
| <p>Rete formativa, comunicazione e rete civica</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborazione e realizzazione del piano annuale della formazione ECM</li> <li>2. Partecipazione del responsabile della formazione ai lavori della rete regionale dei responsabili della formazione</li> <li>3. Attivazione di gruppi di lavoro per l'area metropolitana, nell'ambito della rete dei responsabili della formazione, per definire percorsi comuni su aree trasversali, <i>in primis</i> derivanti dagli obiettivi del PAA</li> <li>4. Omogeneizzare e rendere trasparenti le procedure per la gestione dei reclami</li> <li>5. Partecipazione al programma regionale "Paziente esperto e consapevole" per la formazione di una rete di "Promotori di salute per la gestione delle patologie croniche"</li> <li>6. Potenziamento della rete civica della salute</li> <li>7. Consolidamento e potenziamento della comunicazione sanitaria aziendale</li> <li>8. Mobilità transfrontaliera</li> </ol> |
| <p>Programmi di sviluppo e innovazione</p>         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diffondere le ITC e le <i>best practice</i> all'interno del SSR, attraverso il consolidamento del progetto SETT – Tele radiologia e Tele TAC</li> <li>2. Migliorare, a livello provinciale, l'appropriatezza prescrittivi e la collaborazione tra chi richiede e chi eroga prestazioni critiche radiologiche (TAC e RMN)</li> <li>3. Creazione di protocolli operativi sulla base di linee guida nazionali e internazionali per uniformare la tipologia dell'offerta di RMN</li> <li>4. Organizzare o partecipare a corsi di formazione aziendali sui bandi comunitari</li> <li>5. Partecipare a Reti tematiche europee</li> <li>6. Costituire un Nucleo di Progettazione Interaziendale e implementare la banca dati regionale</li> <li>7. Partecipazione qualificata ai laboratori in tema di HTA</li> </ol>  |

Allegato 2

Scheda tipo per la trasmissione degli obiettivi

| Area intervento   | Obiettivo   | Peso attribuito | Indicatore di risultato   | Risultato atteso | Risultato conseguito | Formula di calcolo                      | Risultato in percentuale | Fasce di correlazione alla % di risultato | Peso conseguito ponderato |
|---|---|-----------------|---|------------------|----------------------|---|--------------------------|---|---------------------------|
| Appropriato utilizzo dei posti letto e delle sale operatorie  | RO: Miglioramento dell'Indice chirurgico  | 0               | Numero di DRGs chirurgici prodotti / Numero totale di ricoveri in regime ordinario                    | % ≥              |                      | Risultato conseguito / Risultato atteso |                          | ≤60,0%=0<br>>60,0%                        |                           |
| Riduzione non appropriata. Adeguamento ad "Allegato 1" del DA 1529, Patto per la Salute 2010-2012. GURS n. 40 del 23.09.2011. | RO: Contenimento al di sotto del valore soglia dei DRG di cui all'allegato 1  | 4               | Totale DRG che non hanno superato il valore soglia / totale DRG (=96) di cui all'allegato 1           | % ≤              |                      | Risultato atteso / Risultato conseguito |                          | ≤60,0%=0<br>>60,0%                        |                           |
| Riduzione non appropriata. Adeguamento ad "Allegato 2" del DA 1529, Patto per la Salute 2010-2012. GURS n. 40 del 23.09.2011. | Contenimento al di sotto del valore soglia dei DRG di cui all'allegato 2  | 0               | Totale DRG che non hanno superato il valore soglia in RO e DH/ totale DRG (=15) di cui all'allegato 2 | % ≤              |                      | Risultato atteso / Risultato conseguito |                          | ≤60,0%=0<br>>60,0%                        |                           |
| Appropriato utilizzo dei posti letto e delle sale operatorie  | DH: Miglioramento dell'Indice chirurgico  | 0               | Numero di DRGs chirurgici prodotti / Numero totale di ricoveri in regime diurno                       | % ≥              |                      | Risultato conseguito / Risultato atteso |                          | ≤60,0%=0<br>>60,0%                        |                           |
| Efficienza organizzativa in funzione dell'efficacia clinica   | RO: Ottimizzazione della durata media della degenza in funzione della complessità espressa in termini di peso del DRG | 4               | Durata degenza media effettiva / Peso medio DRG conseguito  | ≤                |                      | Risultato atteso / Risultato conseguito |                          | ≤60,0%=0<br>>60,0%                        |                           |
| Adeguamento ad "Allegato 2C" del DPCM 2001  | Riduzione dei ricoveri ad elevato rischio di non appropriatezza   | 4               | Ricoveri ricadenti nei 43 DRG ad elevato rischio di non appropriatezza                                | % ≤              |                      | Risultato atteso / Risultato conseguito |                          | ≤60,0%=0<br>>60,0%                        |                           |

|   |   |   |   |     |   |                    |  |
|---|---|---|---|-----|---|--------------------|--|
| Orientamento al buon uso delle risorse              | Buon uso della risorsa anestesiológica.   | 6 | Punti DRG chirurgici prodotti / Numero sedute operatorie  | ≥   | Risultato conseguito / Risultato atteso | ≤60,0%=0<br>>60,0% |  |
| Orientamento al buon uso delle risorse              | Buon uso dei farmaci antibiotici  | 4 | Numero di DDD consumate per 100 giorni di degenza   | ≤   | Risultato atteso / Risultato conseguito | ≤60,0%=0<br>>60,0% |  |
| Orientamento al buon uso delle risorse              | Buon uso dei farmaci inibitori di pompa protonica   | 4 | Numero di DDD consumate per 100 giorni di degenza   | ≤   | Risultato atteso / Risultato conseguito | ≤60,0%=0<br>>60,0% |  |
| Orientamento al buon uso delle risorse              | Buon uso della diagnostica radiologica  | 5 | RO: Rapporto tra peso totale degli esami erogati dalla U.O. di Radiologia e produzione di punti di DRG  | ≤   | Risultato atteso / Risultato conseguito | ≤60,0%=0<br>>60,0% |  |
| Orientamento al buon uso delle risorse              | Buon uso della diagnostica di laboratorio   | 5 | RO: Numero medio di esami per paziente richiesti al CORELAB "in urgenza"  | ≤   | Risultato atteso / Risultato conseguito | ≤60,0%=0<br>>60,0% |  |
| Orientamento al buon uso delle risorse              | Buon uso della diagnostica di laboratorio   | 5 | RO: Numero medio di esami (compreso urgenza) richiesti al CORELAB per giornata di degenza   | ≤   | Risultato atteso / Risultato conseguito | ≤60,0%=0<br>>60,0% |  |
| Orientamento al buon uso delle risorse              | Buon uso della risorsa farmaceutica "Albumina umana"  | 0 | Consumo di numero flaconi di albumina umana per punto DRG in ricovero ordinario   | ≤   | Risultato atteso / Risultato conseguito | ≤60,0%=0<br>>60,0% |  |
| Miglioramento dell'offerta ambulatoriale all'utenza | PRGTA 2011-2013: riduzione tempi di attesa per le prestazioni critiche ambulatoriali n.15-43 del PRGTA 2011-2013: ≤ 10% | 5 | Percentuale di prestazioni critiche (dal n°15 al n° 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011/2013) prenotate oltre i tempi stabiliti secondo i codici di priorità / numero di prestazioni critiche totali prenotate | % ≤ | Risultato atteso / Risultato conseguito | ≤60,0%=0<br>>60,0% |  |

|  |   |           |   |   |   |   |          |  |
|--|---|-----------|---|---|---|---|----------|--|
| Orientamento al buon uso delle risorse       | Recupero risorse (materiale sanitario e per suture, prodotti di laboratorio, farmaci)             | 5         | Riduzione del 5% rispetto ai costi dell'anno 2012 a parità di produzione RO, DH e DSAO espressi in punti DRG        | % | ≤ | Risultato atteso / Risultato conseguito | ≤60,0%=0 |  |
|  |   |           |   |   |   |   | >60,0%   |  |
| Gestione delle risorse umane                 | Assegnazione obiettivi a dirigenza e comparto per la valutazione annuale                          | 3         | Assegnazione degli obiettivi, misurazione della performance e valutazione   |   |   | Sì / No                                 | Sì=100%  |  |
|  |   |           |   |   |   |   | No=0%    |  |
| Continuità assistenziale ospedale-territorio | Erogazione del primo ciclo terapeutico a pazienti dimessi da RO, DH, DSAO                         | 4         | Numero di pazienti ricevuti il primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi                                  | % | ≥ | Risultato conseguito / Risultato atteso | ≤60,0%=0 |  |
|  |   |           |   |   |   |   | >60,0%   |  |
| Continuità assistenziale ospedale-territorio | Erogazione del primo ciclo terapeutico a pazienti a seguito di visita specialistica ambulatoriale | 4         | Numero di pazienti ricevuti il primo ciclo di terapia / Numero di pazienti a cui è stata effettuata la prescrizione | % | ≥ | Risultato conseguito / Risultato atteso | ≤60,0%=0 |  |
|  |   |           |   |   |   |   | >60,0%   |  |
| <b>Totale peso obiettivi</b>                 |   | <b>62</b> |   |   |   |   |          |  |
| <b>Media ponderata</b>                       |   |           |   |   |   |   |          |  |
| <b>Risultato finale</b>                      |   |           |   |   |   |   |          |  |

### Allegato 3

Elenco delle opere edilizie: dati forniti dall'Area Tecnica

- o Plesso di Medicina con Ingresso da Piazza delle Cliniche  
*Riqualificazione del piano cantina e del piano rialzato dell'ala di sinistra per allocare ivi l'apparecchiatura di Tomografia a Emissione di Positroni.*
- o Plesso di Anestesia e Rianimazione e contiguo plesso di Chirurgia  
*Oggetto di ampia ristrutturazione.*
- o Plesso di Clinica Oculistica  
*Oggetto di ampia ristrutturazione.*
- o Plesso di Dermatologia  
*Già riqualificato il piano semi-cantinato destinato agli ambulatori DH e AIDS e il II Piano per ospitare il reparto di Malattie Infettive. Al Piano rialzato l'AOUUP ha realizzato il laboratorio CLADIBIOR (fondi ex art. 20).*
- o Plesso dell'Istituto di Igiene  
*Ristrutturato il primo piano per la realizzazione del laboratorio di riferimento regionale CQRC. Sono in corso lavori di riqualificazione dei laboratori di Microbiologia al II piano.*
- o Plesso ex Pronto Soccorso e Direzione Aziendale  
*In atto in ristrutturazione.*
- o Plesso della Medicina Legale e Farmacologia  
*Oggetto di ristrutturazione con la costruzione della nuova morgue.*
- o Plesso di Urologia  
*Tutto l'edificio è stato ristrutturato e completato nel maggio 2014.*
- o Plesso di Radiagnostica e Scienze Odontostomatologiche  
*Piano semicantinato in uso all'Odontostomatologia è stato oggetto da parte dell'AOUUP di ristrutturazione per l'allocazione di una Risonanza Magnetica Nucleare con fondi di bilancio.*
- o L'edificio 14 (Farmacologia?)  
*L'intero edificio è oggetto di ristrutturazione nell'ambito dell'investimento ex Mutuo 100 mld di lire.*
- o Edificio ex banca e centrale telefonica

*Il piccolo fabbricato è stato demolito e sono in corso i lavori per la realizzazione della nuova Area di Emergenza nell'ambito degli investimenti dell'Ateneo ex Mutuo 100 mld.*

- *Ex alloggio del custode e poi del cappellano, prospiciente l'ingresso principale sulla via Gaspare Palermo*

*L'edificio è stato demolito per realizzare il nuovo edificio "Servizi".*

- *Edificio ex "Servizi generali" e prima ancora "Laboratorio di Microscopia Elettronica"*

*Demolito per allocarvi la nuova Farmacia, già definita.*

- *Piccolo fabbricato ex AVIS*

*Prevista la ristrutturazione nell'ambito dell'investimento dell'Ateneo sostenuto dai fondi ex Mutuo 100 miliardi.*

Tabella produzione assistenziale 2013 vs 2012

| DESCRIZIONE                                     | 2013    |                 | 2012    |                 | "2013 vs 2012" | CardioCH_II semestre 2013 |                |
|---|---------|-----------------|---------|-----------------|----------------|---------------------------|----------------|
|   |         |                 |         |                 |                |                           |                |
| Posti Letto in Regime di Ricovero Ordinario     | 470     | -               | 467     | -               |                | 20                        | -              |
| Posti Letto in Regime di Ricovero Diurno        | 72      | -               | 75      | -               |                | 0                         | -              |
| RO - Numero medio di posti letto attivi         | 472,2   | -               | 469,3   | -               | 2,9            | 8,4                       | -              |
| RO - Numero di ricoveri                         | 18.587  | -               | 19.389  | -               | -802           | 119                       | -              |
| RO - Numero di ricoveri annullati               | 228     | -               | 286     | -               |                | 0                         | -              |
| RO - Numero dimessi                             | 18.577  | -               | 19.379  | -               | -802           | 133                       | -              |
| RO - Indice di occupazione media posto letto(%) | 80,6    | -               | 82,2    | -               |                | 80,9                      | -              |
| RO - Numero di schede SDO valorizzate           | 18.571  | -               | 19.377  | -               |                | 133                       | -              |
| RO - Giornate di degenza                        | 138.949 | -               | 141.235 | -               | -2.286         | 2.490                     | -              |
| RO - Durata media della degenza                 | 7,4     | -               | 7,2     | -               | 0,2            | 17,7                      | -              |
| RO - Peso medio dei DRG                         | 1,22    | -               | 1,17    | -               | 0,1            | 4,53                      | -              |
| RO - Numero dei DRG chirurgici                  | 6.714   | -               | 7.191   | -               | -477           | 125                       | -              |
| RO - Peso medio dei DRG chirurgici              | 1,67    | -               | 1,55    | -               | 0,1            | 4,76                      | -              |
| RO - Totale punti di DRG (stima)                | 22.608  | -               | 22.635  | -               |                | 539                       | -              |
| RO - Indice di attività specialistica (%)       | 70,76   | -               | 70,28   | -               |                | 99,25                     | -              |
| RO - Ricoveri "non appropriati" (%)             | 4,4     | -               | 5,2     | -               |                | -                         | -              |
| RO - Totale punti di DRG                        | 22.589  | -               | 22.621  | -               | -32            | 603                       | -              |
| RO - Durata media della degenza preoperatoria   | 2,5     | -               | 2,3     | -               | 0,2            | 6,3                       | -              |
| RO - DRG di tipo Medico di 1 giorno (%)         | 3,8     | -               | 3,7     | -               |                | 0,8                       | -              |
| RO - DRG di tipo Chirurgico di 1 giorno (%)     | 1,6     | -               | 1,6     | -               |                | 0,8                       | -              |
| RO - Totale rimborsi di RO (stima)              | -       | € 72.548.240,00 | -       | € 71.375.080,00 |                | -                         | € 2.337.904,00 |
| RO - Indice di "case mix"                       | 1       | -               | 1       | -               |                | 3,73                      | -              |
| RO - Numero schede SDO non valorizzate          | 6       | -               | 2       | -               |                | 0                         | -              |
| RO - Totale rimborsi di RO                      | -       | € 72.485.792,00 | -       | € 71.330.904,00 |                | -                         | € 2.612.951,00 |
| RO - Ricoveri con DRG sentinella (%)            | -       | -               | -       | -               |                | -                         | -              |
| RO - DRG con complicanze (%)                    | 20,8    | -               | 20,2    | -               |                | 3                         | -              |
| RO+DH - DRG con complicanze (%)                 | 15,6    | -               | 14,5    | -               |                | 3                         | -              |
| RO - Indicatore di flusso OUT                   | 2.058   | -               | 2.147   | -               |                | 8                         | -              |
| RO - Indicatore di flusso IN                    | 2.058   | -               | 2.147   | -               |                | 32                        | -              |



| DESCRIZIONE                                     | 2013   |                | 2012   |                 | "2013 vs 2012 | CardioCH_II semestre 2013 |             |
|---|--------|----------------|--------|-----------------|---------------|---------------------------|-------------|
|   |        |                |        |                 |               |                           |             |
| RO - Ricoveri in overbooking (%)                | 37,4   | -              | 43,9   | -               |               | 26,1                      | -           |
| RO - Rimborso medio DRG                         | -      | € 3.903,17     | -      | € 3.681,22      |               | -                         | € 19.646,25 |
| RO - Indice di turnover in regime ordinario     | 1,26   | -              | 1,23   | -               |               | 1,31                      | -           |
| RO - Indice di rotazione in regime ordinario    | 39,37  | -              | 41,31  | -               |               | 14,12                     | -           |
| RO - DRG di un giorno in regime ordinario       | 5,4    | -              | 5,3    | -               |               | 1,5                       | -           |
| RO - Totale punti DRG chirurgici                | 11.221 | -              | 11.144 | -               | 77            | 595                       | -           |
| DH - Numero ricoveri                            | 8.739  | -              | 11.634 | -               | -2.895        | 0                         | -           |
| DH - Giornate di degenza                        | 29.800 | -              | 41.006 | -               | -11.206       | 0                         | -           |
| DH - Numero medio accessi                       | 3,4    | -              | 3,5    | -               | -0            | 0                         | -           |
| DH - Peso medio dei DRG                         | 0,85   | -              | 0,84   | -               |               | -                         | -           |
| DH - Numero dei DRG chirurgici                  | 4.374  | -              | 4.849  | -               | -475          | 0                         | -           |
| DH - Totale punti di DRG (stima)                | 7.429  | -              | 9.755  | -               |               | -                         | -           |
| DH - Indice di attività specialistica (%)       | 64,32  | -              | 62,17  | -               |               | -                         | -           |
| DH - Totale rimborsi (stima)                    | -      | € 9.715.069,00 | -      | € 12.423.424,00 |               | -                         | -           |
| DH - Numero schede SDO non valorizzate          | 7      | -              | 8      | -               |               | 0                         | -           |
| DH - Numero ricoveri annullati                  | 331    | -              | 292    | -               |               | 0                         | -           |
| DH - Numero schede SDO valorizzate              | 8.738  | -              | 11.624 | -               |               | 0                         | -           |
| DH - Indice di occupazione media posto letto(%) | 70,1   | -              | 94     | -               |               | -                         | -           |
| DH - Peso medio dei DRG chirurgici              | 0,83   | -              | 0,84   | -               |               | -                         | -           |
| DH - Ricoveri con DRG "non appropriati" (%)     | -      | -              | -      | -               |               | -                         | -           |
| DH - Ricoveri con DRG "sentinella" (%)          | -      | -              | -      | -               |               | -                         | -           |
| DH - Totale punti di DRG                        | 7.429  | -              | 9.746  | -               |               | -                         | -           |
| DH - Numero dimessi                             | 8.745  | -              | 11.632 | -               |               | 0                         | -           |
| DH - DRG di un giorno (%)                       | 20,1   | -              | 16,3   | -               |               | -                         | -           |
| DH - Totale rimborsi                            | -      | € 9.713.957,00 | -      | € 12.412.746,00 |               | -                         | -           |
| DH - DRG con complicanze (%)                    | 4,6    | -              | 4,8    | -               |               | -                         | -           |
| DH - Rimborso medio DRG                         | -      | € 1.111,69     | -      | € 1.067,85      |               | -                         | -           |
| DH - Totale punti DRG chirurgici                | 3.629  | -              | 4.058  | -               |               | -                         | -           |

## Allegato 5

### Indagine sul Benessere organizzativo

b) Nelle successive tabelle relative a:

- Benessere organizzativo (sicurezza, discriminazioni, equità, carriera e sviluppo professionale, il mio lavoro, i miei colleghi, il contesto di mio lavoro, il senso di appartenenza, l'immagine della mia amministrazione);
- Grado di condivisione del sistema di valutazione (la mia organizzazione, le mie performance, il funzionamento del sistema);
- Valutazione del superiore gerarchico (il mio capo e la mia crescita, il mio capo e l'equità).

si forniscono, per ciascuno degli *item* considerati, i dati relativi a:

- (1) Numero di risposte in Valori Assoluti (N. R.)
- (2) Numero di risposte in Valori Percentuali (N. R.%)
- (3) La percentuale di valori negativi, neutri, positivi (% Cum), ottenuta sommando i risultati corrispondenti ai valori 1 e 2, 3 e 4, 5 e 6 della scala Likert.

I risultati sono stati visualizzati attraverso faccine che esprimono disaccordo, incertezza, accordo, a seconda del valore prevalente. Solo per i valori negativi, è stata raddoppiata la faccina "triste" nei casi in cui la somma dei due valori negativi è risultata superiore al 50%. In un solo caso l'equa distribuzione dei valori è stata visualizzata con le tre faccine.

Le risposte sull'importanza degli ambiti di indagine (legate agli aspetti del benessere organizzativo) sono state elaborate utilizzando gli stessi criteri di cui sopra ed evidenziando con il punto esclamativo le pesature maggiori. Il doppio punto esclamativo evidenzia un peso superiore all'85%.

Allegato 6

Acquisto beni e servizi (da procedura SCI)\_ 2013 vs 2012

| Descrizione   | 2013           | 2012           | 2012 vs 2011    |
|---|----------------|----------------|-----------------|
| A.A.II.02.04 - FABBRICATI RURALI, COSTRUZIONI LEGGERE ED ALTRI        | € 15.677,00    | € 8.288,50     | € 7.388,50      |
| A.A.II.03.01 - IMPIANTI SANITARI                                      | € 40.155,54    | € 120.169,37   | -€ 80.013,83    |
| A.A.II.03.04 - MACCHINARI SANITARI AD ALTA TECNOLOGIA                 |                | € 1.019.222,39 | -€ 1.019.222,39 |
| A.A.II.03.05 - IMPIANTI ELETTRICI                                     | € 4.174,50     | € 92.750,44    | -€ 88.575,94    |
| A.A.II.03.06 - MACCHINARI ELETTRICI                                   | € 61.026,35    | € 63.815,40    | -€ 2.789,05     |
| A.A.II.03.07 - IMPIANTI IDRAULICI, DI RISCALDAMENTO E CLIMATIZZAZIONE | € 112.590,28   | € 307.449,30   | -€ 194.859,02   |
| A.A.II.03.08 - IMPIANTI TELEFONICI                                    |                | € 2.174,39     | -€ 2.174,39     |
| A.A.II.03.09 - IMPIANTI DI ALLARME E SICUREZZA                        | € 5.887,55     | € 36.602,52    | -€ 30.714,97    |
| A.A.II.03.10 - ALTRI IMPIANTI   | € 15.761,41    | € 45.500,68    | -€ 29.739,27    |
| A.A.II.03.11 - ALTRI MACCHINARI                                       |                | € 6.079,04     | -€ 6.079,04     |
| A.A.II.04.01 - ATTREZZATURE SANITARIE                                 | € 320.116,52   | € 243.877,27   | € 76.239,25     |
| A.A.II.04.02 - ATTREZZATURE PER LABORATORI DI ANALISI                 | € 47.174,78    | € 2.262.940,14 | -€ 2.215.765,36 |
| A.A.II.04.03 - ATTREZZATURE DIVERSE                                   | € 25.569,17    | € 22.211,67    | € 3.357,50      |
| A.A.II.04.04 - APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI                        | € 1.336.024,50 | € 1.985.690,85 | -€ 649.666,35   |
| A.A.II.05.01 - MOBILI E ARREDI  | € 37.980,64    | € 90.871,73    | -€ 52.891,09    |
| A.A.II.06.03 - ALTRI MEZZI DI TRASPORTO                               |                | € 3.690,50     | -€ 3.690,50     |
| A.A.II.07.03 - ATTREZZATURE TECNICO-ECONOMALE                         | € 4.134,57     | € 7.123,11     | -€ 2.988,54     |
| A.A.II.07.04 - STRUMENTARIO CHIRURGICO                                | € 261.501,22   | € 221.231,73   | € 40.269,49     |
| A.A.II.07.05 - ELABORATORI ELETTRONICI, TERMINALI E STAMPANTI         | € 90.586,46    | € 99.912,73    | -€ 9.326,27     |
| A.A.II.07.06 - MACCHINE ELETTRICHE D'UFFICIO                          | € 39,91        | € 1.676,13     | -€ 1.636,22     |
| A.A.II.07.07 - BIBLIOTECA   | € 237,80       | € 715,95       | -€ 478,15       |
| A.A.II.07.08 - BENI DIVERSI   | € 6.172,11     | € 4.425,99     | € 1.746,12      |
| A.A.II.08.01 - COSTI SOSTENUTI PER COSTRUZIONI IN CORSO               | € 3.786.708,67 | € 3.284.718,45 | € 501.990,22    |
| A.A.I.03.03 - SOFTWARE -ALTRI   |                | € 60.500,00    | -€ 60.500,00    |
| A.A.I.04.02 - LICENZE D'USO SOFTWARE                                  | € 48.460,31    | € 99.110,25    | -€ 50.649,94    |
| A.A.I.06.03 - SPESE STRAORD. E/O MIGL. SU BENI IMMOBILI DI TERZI      | € 651.763,27   | € 1.853.208,63 | -€ 1.201.445,36 |
| C.A.III.01.03 - SU BENI IMMOBILI DI TERZI                             | € 378.912,52   | € 577.227,45   | -€ 198.314,93   |

| Descrizione   | 2013           | 2012           | 2012 vs 2011    |
|---|----------------|----------------|-----------------|
| C.A.III.02.01 - MACCHINE  | € 11.596,14    | € 16.356,48    | -€ 4.760,34     |
| C.A.III.02.03 - IMPIANTI E MACCHINARI   | € 1.768.410,21 | € 1.757.478,16 | € 10.932,05     |
| C.A.III.03.01 - ATTREZZATURE TECNICO SCIENTIFICHE SANITARIE                                     | € 2.378.277,76 | € 2.305.659,29 | € 72.618,47     |
| C.A.III.04.02 - AUTOMEZZI NON SANITARI  | € 4.072,55     | € 5.715,19     | -€ 1.642,64     |
| C.A.II.01.03 - ALTRI SERVIZI SANITARI E SOCIO SANITARI DA PUBBLICO EXTRA REGIONE                | € 8.844,02     |                | € 8.844,02      |
| C.A.II.01.04 - SERVIZI PER PRESTAZIONI SANITARIE DA OSPEDALI CLASSIFICATI E CASE DI CURA        |                | € 5.965,44     | -€ 5.965,44     |
| C.A.II.01.05 - SERVIZI PER PRESTAZIONI SANITARIE DA ALTRI SOGGETTI PRIVATI                      | € 4.685,21     | € 8.459,81     | -€ 3.774,60     |
| C.A.II.02.07 - SERVIZI PER TRASPORTI SANITARI DA PRIVATO  | € 517.959,19   | € 1.368.176,67 | -€ 850.217,48   |
| C.A.II.02.08 - SERVIZI SANITARI DIVERSI   | € 373.268,65   |                | € 373.268,65    |
| C.A.II.03.02 - SERVIZI DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO (ESTERNALIZZATA E NON) DA PUBBLICO         | € 576,00       |                | € 576,00        |
| C.A.II.03.03 - SERVIZI DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO (ESTERNALIZZATA E NON) DA PRIVATO          | € 36.472,78    | € 22.162,92    | € 14.309,86     |
| C.A.II.03.09 - SERVIZI DI LAVANDERIA  | € 163.956,12   | € 160.558,78   | € 3.397,34      |
| C.A.II.03.10 - SERVIZI DI PULIZIA   | € 2.907.530,15 | € 2.924.519,80 | -€ 16.989,65    |
| C.A.II.03.11 - SERVIZI DI FORNITURA PASTI DEGENTI   | € 1.913.462,55 | € 2.004.611,62 | -€ 91.149,07    |
| C.A.II.03.13 - SERVIZI DI ELABORAZIONE DATI   | € 33.245,24    | € 21.394,48    | € 11.850,76     |
| C.A.II.03.14 - SERVIZI DI TRASPORTI NON SANITARI  | € 93.771,46    | € 78.039,59    | € 15.731,87     |
| C.A.II.03.15 - SERVIZI DI SMALTIMENTO RIFIUTI   | € 514.212,85   | € 401.348,65   | € 112.864,20    |
| C.A.II.03.16 - SERVIZI DI UTENZE TELEFONICHE  | € 72.327,10    | € 230.632,51   | -€ 158.305,41   |
| C.A.II.03.17 - SERVIZI DI UTENZA ENERGIA ELETTRICA  |                | € 3.007.705,98 | -€ 3.007.705,98 |
| C.A.II.03.18 - SERVIZI DI UTENZA GAS METANO   |                | € 413.605,62   | -€ 413.605,62   |
| C.A.II.03.19 - SERVIZI DI UTENZA ACQUA  |                | € 375.318,11   | -€ 375.318,11   |
| C.A.II.03.20 - SERVIZIO DI VIGILANZA  | € 1.461.362,60 | € 1.548.165,97 | -€ 86.803,37    |
| C.A.II.03.21 - ALTRI SERVIZI NON SANITARI DA PRIVATO  | € 129.534,37   | € 112.212,42   | € 17.321,95     |
| C.A.II.03.22 - SERVIZI DI MENSA DIPENDENTI  | € 504.171,20   | € 549.450,72   | -€ 45.279,52    |
| C.A.II.03.23 - SERVIZI DI ASSISTENZA SW   | € 179.336,70   | € 98.103,37    | € 81.233,33     |
| C.A.II.03.24 - ALTRI SERVIZI NON SANITARI DA PUBBLICO   | € 21.780,00    | € 21.780,00    | € 0,00          |
| C.A.II.04.05 - CONSULENZE SANITARIE E SOCIO SANITARIE DA ASL-AO-IRCCS-POLICLINICI DELLA REGIONE | € 21.000,00    | € 24.000,00    | -€ 3.000,00     |
| C.A.II.04.06 - CONSULENZE SANITARIE E SOCIO SANITARIE DA TERZI -ALTRI ENTI PUBBLICI             | € 601,14       |                | € 601,14        |
| C.A.II.05.08 - CONSULENZE NON SANITARIE DA PRIVATO  | € 3.000,00     | € 4.586,44     | -€ 1.586,44     |

| Descrizione   | 2013            | 2012            | 2012 vs 2011   |
|---|-----------------|-----------------|----------------|
| C.A.IV.02.01 - ATTREZZATURE E MACCHINARI SANITARI   | € 1.533.512,45  | € 1.375.272,29  | € 158.240,16   |
| C.A.IV.02.02 - SOFTWARE   | € 1.984,45      | € 1.984,45      | € 0,00         |
| C.A.IV.02.03 - FOTOCOPIATRICI   | € 161.674,68    | € 165.104,05    | -€ 3.429,37    |
| C.A.IV.02.05 - MEZZI DI TRASPORTO   | € 88.433,66     | € 84.514,36     | € 3.919,30     |
| C.A.IV.02.06 - ALTRO  | € 50.629,98     | € 31.302,32     | € 19.327,66    |
| C.A.IV.04.01 - SERVICE DI CARDIOCHIRURGIA   | € 495.104,99    | € 22.869,00     | € 472.235,99   |
| C.A.I.01.01 - MEDICINALI - CON AIC  | € 5.212.228,95  | € 4.981.456,72  | € 230.772,23   |
| C.A.I.01.02 - SANGUE E PLASMA DA ALTRI SOGGETTI   |                 | € 268.655,05    | -€ 268.655,05  |
| C.A.I.01.03 - EMODERIVATI - CON AIC   | € 1.275.120,97  | € 1.553.999,00  | -€ 278.878,03  |
| C.A.I.01.04 - SOLUZIONI MEDICINALI  | € 402.023,66    | € 403.378,16    | -€ 1.354,50    |
| C.A.I.01.06 - MATERIALE DIAGNOSTICO PER LABORATORI Reagenti Diagnostici (W1)                      | € 4.535.646,68  | € 4.537.017,88  | -€ 1.371,20    |
| C.A.I.01.07 - MATERIALE RADIOGRAFICO (Z13)  | € 15.043,90     | € 17.845,10     | -€ 2.801,20    |
| C.A.I.01.08 - MEZZI DI CONTRASTO PER RADIOLOGIA - CON AIC   | € 756.429,06    | € 664.807,71    | € 91.621,35    |
| C.A.I.01.09 - GAS MEDICALI- SENZA AIC   | € 93.732,62     | € 76.009,05     | € 17.723,57    |
| C.A.I.01.10 - PRODOTTI DIETETICI  | € 1.678,84      | € 1.565,52      | € 113,32       |
| C.A.I.01.11 - MATERIALE PROTESICO VARIO- dispositivi impiantabili e prodotti per osteosintesi (P) | € 274.012,39    | € 924.342,52    | -€ 650.330,13  |
| C.A.I.01.12 - PACE MAKER -DISPOSITIVI IMPIANTABILI ATTIVI (J)                                     | € 1.033.996,26  | € 939.197,61    | € 94.798,65    |
| C.A.I.01.13 - MATERIALE PER DIALISI (F)   | € 62.369,52     | € 70.192,01     | -€ 7.822,49    |
| C.A.I.01.14 - MATERIALE E PRESIDI MEDICO CHIRURGICI specialistici (B,G,N,Q,R,U)                   | € 5.904.683,25  | € 6.303.385,06  | -€ 398.701,81  |
| C.A.I.01.15 - MEDICINALI - CON AIC -FARMACI ONCOLOGICI FILE T                                     | € 5.491.883,50  | € 5.385.860,92  | € 106.022,58   |
| C.A.I.01.16 - MEDICINALI - SENZA AIC  | € 7.830,79      |                 | € 7.830,79     |
| C.A.I.01.18 - MEDICINALI - CON AIC - FARMACI FILE F   | € 24.835.474,08 | € 20.493.363,88 | € 4.342.110,20 |
| C.A.I.01.19 - OSSIGENO - CON AIC  | € 367.789,13    | € 338.935,54    | € 28.853,59    |
| C.A.I.01.21 - MATERIALE E PRESIDI MEDICO-CHIRURGICI specialistici (M,T01,T02,T03)                 | € 76.754,94     |                 | € 76.754,94    |
| C.A.I.01.22 - DISPOSITIVI PER SUTURA (H)  | € 843.588,47    | € 630.339,01    | € 213.249,46   |
| C.A.I.01.23 - DISPOSITIVI per apparato cardiocircolatorio (C)                                     | € 146.014,30    |                 | € 146.014,30   |
| C.A.I.01.24 - DISINFETTANTI e prodotti per sterilizzazione e dispositivi vari (D,S)               | € 6.790,16      |                 | € 6.790,16     |
| C.A.I.01.27 - DISPOSITIVI da somministrazione, prelievo e raccolta (A)                            | € 132.886,46    |                 | € 132.886,46   |
| C.A.I.01.28 - STRUMENTARIO CHIRURGICO (K,L)   | € 93.524,03     |                 | € 93.524,03    |
| C.A.I.01.29 - DISPOSITIVI VARI (V)  | € 25.151,92     |                 | € 25.151,92    |

| Descrizione   | 2013           | 2012           | 2012 vs 2011  |
|---|----------------|----------------|---------------|
| C.A.I.01.30 - PROTESI ORTOPEDICHE-dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi (P)    | € 452.222,38   | € 620.475,11   | -€ 168.252,73 |
| C.A.I.01.31 - PROTESI CHIRURGICHE-dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi (P)    | € 768.138,20   | € 489.899,38   | € 278.238,82  |
| C.A.I.01.32 - PROTESI PER EMODINAMICA-dipositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi (P) | € 598.015,30   | € 592.020,42   | € 5.994,88    |
| C.A.I.01.33 - PROTESI PER UROLOGIA-dispositivi impiantabili e prodotti per osteosintesi (P)             | € 2.877,68     | € 35.708,17    | -€ 32.830,49  |
| C.A.I.01.34 - PROTESI PER OCULISTICA-dispositivi impiantabili e prodotti per osteosintesi (P)           | € 80.206,21    | € 113.376,08   | -€ 33.169,87  |
| C.A.I.01.35 - DISPOSITIVI MEDICO DIAGNOSTICI in vitro (IVD) (W2,W3)                                     | € 49.848,69    |                | € 49.848,69   |
| C.A.I.01.37 - SUPPORTI O AUSILI TECNICI per persone disabili (Y)  | € 3.709,30     |                | € 3.709,30    |
| C.A.I.01.39 - ALTRI BENI E PRODOTTI SANITARI  | € 222.074,37   |                | € 222.074,37  |
| C.A.I.01.41 - DISPOSITIVI IMPIANTABILI (J)  | € 72.980,02    |                | € 72.980,02   |
| C.A.I.01.42 - ALTRI BENI E PRODOTTI DI LABORATORIO  | € 124.811,82   |                | € 124.811,82  |
| C.A.I.01.43 - STRUMENTAZIONE PER ESPLOAZIONI FUNZIONALI E INTERVENTI TERAPEUTICI (Z12)                  | € 31.005,63    |                | € 31.005,63   |
| C.A.I.02.01 - CANCELLERIA , STAMPATI E SUPPORTI INFORMATICI   | € 128.009,34   | € 149.612,49   | -€ 21.603,15  |
| C.A.I.02.03 - BENZINA   | € 8.529,83     | € 10.546,38    | -€ 2.016,55   |
| C.A.I.02.04 - MATERIALE DI PULIZIA E CONVIVENZA   | € 27.623,65    | € 59.139,54    | -€ 31.515,89  |
| C.A.I.02.05 - DIVISE PERSONALE  | € 67.010,20    | € 5.091,17     | € 61.919,03   |
| C.A.I.02.06 - ARTICOLI DI GUARDAROBA  | € 69.030,36    | € 52.713,86    | € 16.316,50   |
| C.A.I.02.07 - PRODOTTI ALIMENTARI   | € 1.655,23     | € 1.249,69     | € 405,54      |
| C.A.I.02.08 - MATERIALE VARIO DI CONSUMO NON SANITARIO  | € 134.532,71   | € 187.625,13   | -€ 53.092,42  |
| C.A.I.02.09 - GASOLIO   | € 24.680,13    | € 38.109,06    | -€ 13.428,93  |
| C.A.I.03.01 - MATERIALE PER IMMOBILI ISTITUZIONALI  | € 6.723,83     | € 11.212,64    | -€ 4.488,81   |
| C.A.I.03.03 - MATERIALE PER ATTREZZATURE TECNICO-SCIENTIFICHE SANITARIE                                 | € 23.926,80    | € 24.667,06    | -€ 740,26     |
| C.A.I.03.04 - MATERIALE PER AUTOMEZZI   |                | € 154,64       | -€ 154,64     |
| C.A.I.03.05 - MATERIALE PER MOBILI E MACCHINE   | € 14,90        | € 410,20       | -€ 395,30     |
| C.A.I.03.06 - MATERIALE VARIO DI CONSUMO PER MANUTENZIONE   | € 11.453,62    | € 6.314,39     | € 5.139,23    |
| C.A.I.04.01 - BENI NON SANITARI DA ASL-AO-IRCCS E POLICLINICI DELLA REGIONE                             | € 1.265,66     |                | € 1.265,66    |
| C.A.VI.01.02 - COSTI DEL COLLEGIO SINDACALE   |                | € 48.691,19    | -€ 48.691,19  |
| C.A.VI.02.01 - ASSICURAZIONE RESPONSABILITA CIVILE  | € 1.815.776,59 | € 1.193.633,17 | € 622.143,42  |
| C.A.VI.02.02 - ASSICURAZIONE FURTO E INCENDI  | € 50.262,40    | € 34.835,50    | € 15.426,90   |
| C.A.VI.02.03 - ASSICURAZIONE CONTRO INFORTUNI   | € 4.642,20     | € 400,00       | € 4.242,20    |

| Descrizione  | 2013            | 2012            | 2012 vs 2011    |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|
| C.A.VI.02.04 - ASSICURAZIONE AUTOMEZZI                                   | € 5.346,38      | € 2.252,90      | € 3.093,48      |
| C.A.VI.04.07 - ALTRE IMPOSTE E TASSE                                     | € 36.232,87     | € 20.588,97     | € 15.643,90     |
| C.A.VI.05.01 - SPESE DI RAPPRESENTANZA                                   |                 | € 28,96         | -€ 28,96        |
| C.A.VI.05.02 - SPESE POSTALI   | € 16.285,82     | € 14.310,27     | € 1.975,55      |
| C.A.VI.05.03 - SPESE PER PUBBLICAZIONI GARE                              | € 99.232,75     | € 52.712,84     | € 46.519,91     |
| C.A.VI.05.04 - SPESE DIVERSE   | € 13.006,04     | € 15.431,97     | -€ 2.425,93     |
| C.A.VI.05.06 - ACCREDITAMENTO E.C.M.                                     | € 9.746,10      | € 2.000,00      | € 7.746,10      |
| C.A.VI.05.09 - SPESE PER VALORI BOLLATI                                  | € 17,62         | € 19,91         | -€ 2,29         |
| C.A.VI.05.10 - SPESE BOLLI AUTOMEZZI                                     | € 508,25        |                 | € 508,25        |
| C.A.VI.05.15 - SPESE PER RISARCIMENTO DANNI                              | € 2.422,61      |                 | € 2.422,61      |
| C.A.VI.06.03 - MATERIALE VARIO E DI CONSUMO PER PROGETTI FINALIZZATI     | € 1.851,30      |                 | € 1.851,30      |
| C.A.VI.06.06 - SERVIZI NON SANITARI PER PROGETTI FINALIZZATI DA PUBBLICO | € 2.979,99      |                 | € 2.979,99      |
| C.A.VI.06.08 - NOLEGGI, LEASING, SERVICE PER PROGETTI FINALIZZATI        | € 1.499,99      |                 | € 1.499,99      |
| C.A.VI.06.10 - COSTI DI FORMAZIONE PER PROGETTI FINALIZZATI              | € 766,91        |                 | € 766,91        |
| C.A.VI.06.11 - SPESE PER CONVEGNI E CONGRESSI PROGETTI FINALIZZATI       | € 36.155,12     |                 | € 36.155,12     |
| C.A.VI.06.12 - SPESE PER PUBBLICAZIONI PROGETTI FINALIZZATI              | € 4.019,30      |                 | € 4.019,30      |
| C.A.VI.06.14 - ALTRE SPESE PER PROGETTI FINALIZZATI                      | € 92,34         |                 | € 92,34         |
| Totale   | € 79.311.293,60 | € 83.041.820,93 | -€ 3.730.527,33 |