Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico Paolo Giaccone

DIREZIONE GENERALE

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE
ANNO 2014

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. 846 del 29/9/2015

INDICE

FINALITA' E PRINCIPI GENERALI DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

FINALITA'

PRINCIPI GENERALI

STRUTTURA E CONTENUTI DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

1. PRESENTAZIONE E INDICE

2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E PER GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI
   - *2.1 Il contesto esterno di riferimento*
   - *2.2 Criticità relative al contesto interno*
   - *2.3 L'Amministrazione*
   - *2.4 I risultati raggiunti*
   - *2.5 Le criticità e le opportunità: analisi SWOT*

3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI
   - *3.1 Albero della performance*
   - *3.2 Obiettivi strategici*
   - *3.3 Obiettivi e piani operativi*
   - *3.4 Obiettivi individuali*

4. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA'

5. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE

6. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMACE
   - *6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità*
   - *6.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance*

ALLEGATI

ALLEGATO 1: PROSPETTO RELATIVO ALLE PARI OPPORTUNITA' E AL BILENCIO DI GENERE

ALLEGATO 2. – TABELLA 2.1A - OBIETTIVI STRATEGICI: RISORSE E ORGANIZZAZIONE

ALLEGATO 2 – TABELLA 2.1B - OBIETTIVI STRATEGICI*: performance* QUALITA', SICUREZZA DEI PAZIENTI, EMPOWERMENT

ALLEGATO 3: TABELLA DOCUMENTI DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE
TABELLA 3.1 : "DOCUMENTI DEL CICLO"

FINALITÀ E PRINCIPI GENERALI DELLA RELAZIONE SULLA *PERFORMANCE*

FINALITÀ

La relazione sulla *performance*, prevista dall'art. 10, comma 4, lettera b), del D. L.gs. 150/2009 costituisce lo strumento mediante il quale l'Amministrazione illustra ai cittadini e agli *stakeholder*, interni ed esterni all'AOUP, i risultati ottenuti nel corso del 2014, concludendo in tal modo il «ciclo di gestione della *performance*» che ha avuto avvio con il rilascio degli obiettivi.

La funzione di comunicazione verso l'esterno è riaffermata dai commi 6 e 8 dell'art.11 del decreto che prevedono la **presentazione della Relazione** «alle associazioni di consumatori e utenti, ai centri di ricerca e a ogni altro osservatore qualificato nell'ambito di apposite giornate della trasparenza», oltre la **pubblicazione** della stessa sul sito istituzionale nella sezione *Amministrazione Trasparente*.

La Relazione persegue l'obiettivo di evidenziare a consuntivo i **risultati organizzativi e individuali raggiunti**, rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti registrati nel corso dell'anno di riferimento, e di indicare le cause e le misure correttive da adottare.

La relazione, in particolare, riferirà, in base all'art. 27, comma 2 del decreto, in ordine ad eventuali risparmi sui costi di funzionamento derivanti dai processi di ristrutturazione, riorganizzazione e innovazione ai fini del conseguimento, nei limiti e con le modalità ivi previsti, del premio di efficienza di cui al medesimo articolo.

Verranno date informazioni sul bilancio annuale di genere realizzato dall'Amministrazione.

La Relazione 2014 è fondata,sostanzialmente, sugli eventi gestionali relativi alla produzione e ai costi dell'anno, su quelli relativi al *Ciclo della performance*, compresi i risultati degli obiettivi organizzativi e individuali al 31.12.2014 pervenuti nel 2015.

PRINCIPI GENERALI

La delibera della CiVIT, oggi ANAC, n. 5 del 2012, raccomanda di configurare la Relazione come un «documento snello e facilmente comprensibile» accompagnato, ove necessario, da una serie di allegati che raccolgono le informazioni di maggior dettaglio.

La declinazione dei contenuti della Relazione tiene conto, inoltre, delle caratteristiche specifiche dell'Amministrazione in termini di complessità organizzativa, tipologia di servizi resi al cittadino e di quanto utile a rappresentare la produzione dell'Azienda.

La stesura del documento è ispirata ai principi di trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità dei contenuti, partecipazione e coerenza interna ed esterna.

Per i dati di carattere economico-contabile non si farà riferimento all'applicazione dei principi contabili generali di cui all'Allegato 1, del D. Lgs. N. 91/2011 perché non previsti in sede regionale.

Al pari del Piano della *performance* ("Piano"), ai sensi dell'art. 15, comma 2, lettera b) del decreto, la Relazione sarà definita tramite un processo di stesura in collaborazione con i vertici dell'amministrazione e inviata all'Organismo Indipendente di Valutazione per la successiva analisi e approvazione, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera e), comma 6.

STRUTTURA E CONTENUTI DELLA RELAZIONE SULLA *PERFORMANCE*

La predisposizione della Relazione sulla *performance* per l'anno di gestione già concluso, è prevista dall'art. 10, comma 1, lettera b) del D. Lgs. 150/2009, ed è finalizzata 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 ottenuta nel 2014.

La redazione della Relazione ha seguito passo dopo passo i contenuti delle linee guida rilasciate dalla CiVIT con la delibera n. 5 del 07 marzo 2012.

Il documento è stato redatto con il Coordinamento del Responsabile dell'UO Programmazione e Controllo di Gestione, giusto incarico della Direzione Generale del 28 luglio 2015, e che si è avvalso dei Responsabili delle Aree chiamate a collaborare per l'acquisizione dei dati in loro possesso.

La Relazione supporta con dati quanto affermato e viene sviluppata nella linearità e oggettività dei risultati conseguiti nel 2014, nella convinzione di fornire non un documento formale (sol perché richiesto da organi superiori), ma uno strumento che sia veramente utile per lo sviluppo e la correzione delle criticità di questa AOUP.

Nel corso della trattazione verranno prese in considerazione non solo la complessità strutturale, organizzativa e funzionale dello stabilimento residenziale, caratterizzato da padiglioni tra loro non collegati, ma soprattutto la peculiare, attuale condizione logistica, fortemente condizionata dai numerosi cantieri edilizi che hanno reso disagevole la viabilità interna all'utenza.

L'Azienda, quotidianamente, si confronta con una complessità intrinseca per essere, da un lato, sede di insegnamento universitario, con obblighi verso studenti e specializzandi, dall'altro per essere chiamata dall'Assessorato a garantire volumi e qualità delle prestazioni assistenziali, all'interno di un quadro economico-finanziario sostenibile.

Per rendere più agevole la consultazione del presente documento si adotta, come consigliato dalle linee guida, una forma semplice e lineare, corredata di tabelle e schemi, utile a far emergere i livelli di trasparenza e consentire la fluidità della lettura.

I dati sono stati forniti dai Responsabili delle rispettive aree o acquisiti dall'intranet aziendale.

La relazione sulla performance è un'occasione opportuna per fornire utili indicazioni per la revisione critica dell'operato svolto al 31 dicembre 2014 e creare 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 ha attuato le disposizioni dell'art. 15, comma 2, lettera b) del D. Lgs. 150/2009 ed è esitata con atto deliberativo della Direzione Strategica aziendale.

Essa è rivolta in prima istanza all'utenza, al cittadino che chiede di fruire dei servizi sanitari, verso cui oggi è sempre più pressante la necessità di stabilire un nuovo rapporto, tenuto conto della acquisita consapevolezza del diritto alla tutela della propria salute, e del diritto all'accesso ai servizi.

L'assistito è, oggi, un soggetto sempre più esigente – sia sotto il profilo della prestazione tecnica e professionale (qualità, oggettività, conseguimento del risultato atteso) che sul fronte dei rapporti relazionali, comunicativi, del comfort alberghiero e dell'umanizzazione – ed è chiamato ad esprimere una propria valutazione sulla qualità percepita.

La Relazione è rivolta anche ad altri portatori di interesse, quali associazioni dei pazienti, sindacati, fornitori, nonché studenti e medici in formazione.

L'Azienda ha rinnovato il «Piano Triennale della *Performance* 2014-2016», redatto 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* per l'anno 2014» ed ha validato nel 2014 la relazione sulla *performance* per l'anno 2013 con le opportune osservazioni.

In tema di stato di applicazione delle «norme sulla trasparenza» si ritiene di poter affermare che è stata migliorata la diffusione dei documenti nel sito aziendale "Amministrazione Trasparente", in ciò avendo aderito alle osservazioni prodotte nel documento rilasciato dall'OIV in merito «All'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione per l'anno 2014 da parte delle pubbliche amministrazioni e attività di vigilanza e controllo dell'Autorità» di cui alla delibera dell'Autorità Nazionale Anticorruzione n. 148 del 2014, ciò nonostante un periodo di assenza dei Responsabili apicali dell'Area delle Risorse Umane e dell'Area Economico Finanziaria i cui rispettivi posti si sono resi, improvvisamente vacanti.

Un dato da evidenziare è l'avvenuta sottoscrizione nel 2014 dei protocolli d'intesa tra Università e Assessorato della Salute, che pubblicati nel 2015 dovrebbero essere a breve operativi, fatte salve le osservazioni da parte degli Organi del Governo centrale.

La Relazione è articolata come segue:

1. PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE E INDICE
2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI
   a. Il contesto esterno di riferimento
   b. L'amministrazione
   c. I risultati raggiunti
   d. Le criticità e le opportunità
3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI
   a. Albero della *performance*
   b. Obiettivi strategici
   c. Obiettivi e piani operativi
   d. Obiettivi individuali
4. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ
5. PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE
6. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE
   a. Fasi, soggetti, tempi e responsabilità
   b. Punti di forza e di debolezza del ciclo della *performance*

1. PRESENTAZIONE E INDICE

I contenuti della relazione sono stati sviluppati a partire da quelli del «Piano Triennale della performance 2014 – 2016», redatto dalla Direzione Generale attraverso la Responsabile della Struttura Tecnica Permanente e la collaborazione del Responsabile della Programmazione e Controllo di Gestione.

Ricevuto l'incarico formale, con nota del 30 luglio 2015 il Responsabile dell'UO Programmazione e Controllo di Gestione ha inviato la richiesta ai Responsabili delle Aree e agli altri Responsabili, a vario titolo coinvolti, invitandoli a fornire le informazioni e i dati di loro pertinenza per la stesura del documento e a collaborare fattivamente alla stesura di questo documento.

Si è tenuto anche conto dei documenti redatti dall'Organismo Indipendente di Valutazione e dei contenuti dei verbali delle sedute.

Altre informazioni sono state assunte dal sistema intranet aziendale e dai documenti di bilancio.

I differenti paragrafi della Relazione sono stati sviluppati sulle linee guida emanate dalla CiVIT nel 2012, i cui allegati sono stati aggiornati in data 30.05.2013.

In particolare, nella stesura del documento sono state perseguite i seguenti criteri:

- la **conformità** (*compliance*) al D. Lgs. 150/2009 e alla predetta linea guida del 2012;
- l'**attendibilità** dei dati e delle informazioni riportati;
- la **comprensibilità** per favorire il controllo sociale sulle attività e sui risultati ottenuti.

2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E PER ALTRI *STAKEHOLDER* ESTERNI

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

La sezione si sviluppa in quattro paragrafi volti a descrivere:

- Il contesto esterno di riferimento
- L'amministrazione
- I risultati raggiunti
- Le criticità e le opportunità

2.1 Il contesto esterno di riferimento

La situazione del contesto esterno non è sostanzialmente variata rispetto agli anni precedenti.

La peculiarità formativa e la vocazione all'alta specialità impongono a questa organizzazione e ai professionisti di mantenere elevato il livello di competenza e di *performance*, impegnando la Direzione Strategica a lavorare per migliorare l'efficienza organizzativa e l'*appeal*, in coerenza con la mission rappresentata nell'Atto Aziendale.

Un ruolo importante sulle attività della Azienda ha certamente avuto il D.A. 2533 del 31.12.2013 emanato dall'Assessorato Regionale della Salute, che ha imposto alle Aziende di riordinare il proprio modello organizzativo per l'assistenza ai pazienti con patologia riferite ai DRG ivi elencati.

Il trasferimento delle prestazioni dal RO e DH al DSAO, se da un lato ha avuto un effetto positivo sotto il profilo dell'appropriatezza dei ricoveri nei regimi a più elevato assorbimento di risorse, comportando contestualmente una riduzione del numero dei ricoveri e dell'occupazione

media dei posti letto (PL), dall'altro ha gravato l'Azienda sul fronte dei rimborsi per via della differenza tariffaria, a parità di costi, della stessa prestazione tra i regimi RO, DH e il nuovo setting assistenziale in DSAO.

La valorizzazione delle attività prodotte non puo' essere espressa soltanto in termini economici, infatti, le *performance* valutate solo in termini tariffari hanno esposto questa Azienda nei confronti della Regione, ciò nonostante si sia correttamente e coerentemente adeguata alle strategie regionali.

Tale situazione ha posto, artatamente, l'AOUP in una posizione di debolezza contrattuale, subendo conseguenti riduzioni delle risorse assegnate.

L'adeguamento al DA 2533, anziché premiare i corretti comportamenti gestionali della Direzione Strategica, hanno come conseguenza un giudizio "negativo" che rischia di tradursi in uno svilimento dell'impegno dei professionisti, ingiustamente "mortificati".

Il nuovo D. A. del maggio 2014 ha dettato le linee guida per il Controllo di Gestione, che hanno sortito un proficuo impegno per l'adeguamento.

L'aspetto strutturale non può, quindi, non essere strettamente correlato ad una necessaria, quanto conseguente revisione dell'attuale articolazione dipartimentale che, resa più snella, più contenuta e, per quanto possibile, più coerente con l'esigenza prioritaria di tutelare i pazienti da continue e disagevoli "movimentazioni", deve, conseguentemente, poter tener conto del criterio della vicinanza spaziale, ovvero di una naturale contiguità che va assicurata alle UU.OO. che afferiscono al medesimo dipartimento.

Quale ulteriore elemento in grado di influire sulla performance aziendale va segnalata la mancata unità topografica delle UU.OO. che afferiscono ad uno stesso dipartimento,

Sotto questo aspetto, indubbiamente, le scarse risorse finanziarie ad oggi disponibili rendono particolarmente difficile e complesso qualsiasi percorso di rinnovamento, atteso che, pur perseguendosi obiettivi di efficienza in un quadro di sostenibilità economica, l'avvio di alcune azioni, in particolare, richiede investimenti, talvolta indispensabili, per sostenere il completamento dei progetti avviati (lavori strutturali, interventi di ordinaria manutenzione, acquisizione di tecnologie per il reintegro del parco attrezzature in parte obsoleto ecc…), ovvero per assicurare il supporto logistico per le necessarie movimentazioni ed i previsti trasferimenti.

E' qui il caso di ricordare, peraltro, come il bilancio dell'azienda che, specie, negli ultimi anni è stato sottoposto a continui ridimensionamenti, dovuti alle minori entrate regionali, sia ulteriormente, fortemente penalizzato da un meccanismo che, seppur legittimo risulta di fatto perverso per le "casse" dell'azienda, prevedendo la sostituzione del personale universitario che va in quiescenza (i cui oneri sono in buona parte a carico dell'Università) con personale aziendale a totale carico del bilancio aziendale, senza che nel tempo sia stata prevista, a compensazione, una sua integrazione.

Ciò significa che, fatti salvi i costi del personale e della gestione corrente (ivi compresi quelli relativi a farmaci e dispositivi medici), i pochi residui margini di autonomia finanziaria, consentiti all'Azienda (che dovrebbero, quindi, essere utilizzati per far fronte agli interventi, urgenti, utili al superamento delle criticità più pressanti) sono stati impiegati secondo un piano-programma di priorità che ne ha valutato, per quanto possibile, l'impatto sotto il profilo della assistenza e della ricaduta d'immagine per l'Azienda.

Infine, per quanto riguarda gli effetti sulla produttività aziendale, va evidenziato come a livello nazionale si sia verificata una generale riduzione della domanda sanitaria, per motivazioni riconducibili alla recessione economica che ha colpito il paese (oltre l'11% secondo dati ISTAT con ovvie diversità che penalizzano in maniera più significativa le regioni meridionali ed in particolare la Sicilia).

2.2 *Criticità relative al contesto interno*

Prescindendo dalla tipologia edilizia (struttura a padiglioni) una peculiare criticità è connessa alla presenza, all'interno del Policlinico, dei cantieri di ristrutturazione che, di fatto, hanno pesantemente condizionato e continuano a condizionare l'attività assistenziale, determinando non pochi disagi all'utenza a causa della riduzione dei pp.ll., del traumatico cambiamento dei percorsi di collegamento e della significativa riduzione delle aree a parcheggio.

Sotto il profilo dell'organigramma organizzativo va segnalato come nell'ottobre scorso hanno raggiunto i limiti di età per il mantenimento in servizio, i Direttori dei dipartimenti di Emergenza Urgenza e Neuroscienze, di Patologie Emergenti, di Diagnostica di Laboratorio e Materno Infantile, ragion per cui si è provveduto all'affidamento di incarichi temporanei al fine di assicurare la continuità assistenziale.

È stato anche affidato un incarico ad interim per l'uscita dal servizio del direttore di una delle unità di Medicina Interna, mentre l'UO di Cardiochirurgia, attiva per tutto l'anno, sempre ad ottobre, ha perso il proprio Direttore chiamato a dirigere una omologa U.O. di altra Azienda ospedaliero-universitaria.

Per quanto riguarda la strategia assistenziale, questa ha dovuto tener conto degli obiettivi assegnati dall'Assessorato della Salute che ha richiesto la redazione di un «Piano Attuativo Provinciale condiviso» tra le quattro aziende metropolitane.

Nei relativi quindici capitoli, l'Assessorato ha, in particolare, riconfermato l'attenzione alla soluzione delle problematiche legate alla continuità ospedale territorio e l'integrazione socio sanitaria, ponendo particolare attenzione ai temi della prevenzione della salute, all'assistenza collettiva e negli ambienti di lavoro, allo sviluppo dei controlli anche di tipo ispettivo, all'adeguamento della rete ospedaliera alle nuove necessità assistenziali, nonchè alla salute della donna e del bambino, ai pazienti oncologici, alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Ulteriori punti di forza indicati dall'Assessorato riguardano: 1) la piena operatività alla rete cardiologica e alla rete stroke; 2) la razionalizzazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) del paziente con scompenso cardiaco, 3) lo sviluppo dei protocolli per la gestione del politraumatizzato,; 4) il sostegno alla rete dei trapianti; 5) l'accreditamento dei centri trasfusionali; 6) il perseguimento della qualità; 7) la pratica del governo clinico e della sicurezza dei pazienti; 8) il potenziamento della rete civica della salute (RCS).

Nel corso del 2014 l'Assessorato ha continuato a sostenere il «processo di misurazione e valutazione della *performance*» con un percorso formativo a favore dei 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 ugualmente fruibili nella Regione a parità di rischio.

Il ciclo della gestione della *performance* è stato avviato nel 2014 e il varo degli obiettivi strategici individuali e organizzativi per i dirigenti di struttura complessa è avvenuto in luglio, allorquando si sono insediati i direttori generali nelle aziende della Ragione Siciliana.

Nel 2014 «l'Organismo Indipendente di Valutazione» ha proseguito nello svolgimento dei compiti previsti dall'art. 14 del D. Lgs. 150/2009.

Per la quota stipendiale legata al risultato si è proceduto all'assegnazione degli obiettivi organizzativi e individuali e alla loro valutazione.

I valutatori di prima istanza sono stati sollecitati a che assegnassero obiettivi e criteri per procedere di conseguenza ad una valutazione differenziata, come prevede la norma: nei fatti scarsamente realizzata come vedremo in apposito paragrafo.

Per altro verso, il D. A. 2533 del 31.12.2013 sul trasferimento delle attività a più bassa complessità al nuovo regime di DSAO, da un lato ha migliorato le *performance* regionali livellando i posti letto per 1000 abitanti agli standard nazionali e riconducendo a fisiologia il tasso di ospedalizzazione a livello regionale, dall'altro ha imposto all'Azienda un impossibile «piano di rientro» attraverso tagli conseguenti alle variazioni tariffarie su prestazioni che richiedono i medesimi costi.

Una doverosa osservazione va riservata al fatto che le sole misure rivolte ai tagli sui beni e i servizi non sono sufficienti ai fini di una razionalizzazione della spesa, ma è necessario responsabilizzare gli operatori nella «appropriata» gestione delle risorse economiche, tecnologiche e, soprattutto, nello sviluppo dei beni immateriali.

Ciò significa, anche, che bisogna 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 e con il miglioramento dei servizi intermedi – diagnostica radiologica, diagnostica di laboratorio, medicina trasfusionale – necessario per offrire risposte tempestive e di più elevata qualificazione agli utenti interni ed esterni all'Azienda.

Se è vero che sotto il profilo della produzione si è registrato una flessione dei ricavi dovuti alla diversa remunerazione delle prestazioni nei diversi setting, è altresì Le variazioni del contesto esterno non hanno co dimostrabile come in termini quantitativi l'Azienda abbia mantenuto un rapporto fidelizzato con l'utenza di riferimento, tenuto conto che al calo dei ricoveri ordinari ed in regime diurnocorrispnde un significativo incremento delle prestazioni erogate in regime ambulatoriale programmato (DSAO).

Il flusso di pazienti da altre province contribuisce alle attività dell'AOUP per il 15,0% complessivo della produzione, con un'attrazione geografica del 6,8% dalla provincia di Agrigento e 6,0% da quella di Trapani, mentre da tutte le altre il 2,9%.

La tabella seguente indica sinteticamente alcune criticità interne che hanno contribuito a ridurre i volumi di prestazione:

Tabella 1: Unità operative e relative criticità

Unità operative	Cause riduzione attività
Cardiologia	Riduzione di 3 posti letto per tutto l'anno
Medicina Interna (26.02)	Due PL dedicati all'emergenza sbarchi migranti: tutto il 2014
Medicina Interna (26.09)	Due PL dedicati all'emergenza sbarchi migranti, per tutto il 2014
Medicina Interna (26.04)	Sospensione e successiva uscita dal servizio per quiescenza del Responsabile
Ostetricia e Ginecologia (37.01)	Dimissione di tre dirigenti medici, di cui uno Direttore dell'UO
Psichiatria (40.01)	Un mese di chiusura per trasferimento degenza
Chirurgia Bariatrica (09.10)	Sospensione del Responsabile per tre mesi
Malattie infettive (24.01)	Numerose chiusure dei PL per isolamento pazienti contagiosi, non ultimi i sospetti casi di Ebola
Oculistica (34.01)	Trasferita in altro plesso e chiusura ricoveri in RO
Endocrinologia e M. metaboliche (19.01)	Per un mese 5 posti letto in meno in regime ordinario
Dermatologia (52.01)	Attivazione del week hospital
Medicina Interna 26.04 e 26.02	Fusione in unica unità operativa

La struttura organizzativa aziendale ha mantenuto, sostanzialmente, il medesimo assetto in dipartimenti e unità operative complesse e semplici dell'anno precedente.

L'Azienda è articolata in 11 dipartimenti: 8 Assistenziali di Diagnosi e Cura, 2 dei Servizi Intermedi, 1 dei Servizi Centrali d'Ospedale.

L'aggregazione delle unità operative è mista: in parte a carattere strutturale, adattata alla logistica dei padiglioni; in parte funzionale come il Dipartimento Materno Infantile, l'Oncologico ed il dipartimento d'Emergenza-Urgenza; in parte ancora per specialità, come il Dipartimento delle Chirurgie Speciali le cui unità operative sono dislocate in più plessi. I dipartimenti di medicina aggregano specialità affini.

2.3 L'amministrazione

Nel luglio 2014 hanno lasciato il servizio il Responsabile dell'Area Risorse Umane, il Responsabile dell'Area Economico-finanziaria, mentre è stato sciolto il contratto con la società "Ricerca Informatica" che nel corso degli ultimi anni ha supportato l'Azienda nella gestione delle problematiche fiscali e di bilancio.

In settembre ha preso servizio, per trasferimento in comando dalla vicina ARNAS, la Responsabile dell'Area Risorse umane cui è stato attribuito anche l'incarico ad interim dell'Area Economico Finanziaria.

Il numero dei dipendenti dell'Amministrazione distinti per profilo professionale al 31 dicembre 2014 è riportato nella tabella seguente con i dati di confronto con il 2013.

Ai fini della dotazione organica, il personale docente della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Palermo anziché al 60% del personale a tempo pieno, dovrebbe essere computato al 50% nel rispetto del nuovo protocollo d'intesa, il che avverrà a decorrere dalla pubblicazione in gazzetta del relativo decreto di adozione e fermo restando la convalida da parte dei Ministeri interessati.

Complessivamente si sono avute 67 unità di personale in meno (-2,9%) di cui 16 nella categoria dei dirigenti e 51 in quella del comparto tra tecnici e sanitari.

Un "vecchio", ricorrente problema riguarda l'instabilità contrattuale di figure professionali importanti per l'assistenza, *in primis* gli infermieri che, malgrado nel passato recente l'Azienda si sia adoperata efficacemente per la stabilizzazione di una loro significativa parte, continuano a rappresentare una parte cospicua del personale con contratto a tempo determinato.

La forza lavoro non ha sostanzialmente subito importanti cambiamenti, sopperendo a possibili intervenute carenze attraverso l'introduzione di modelli organizzativi innovativi, come avvenuto, ad esempio, presso l'UO di Dermatologia dove è stato attivato il week hospital che ha comportato il recupero unità di personale.

Si registra la necessità di migliorare potenziare l'organico dell'UO «Programmazione e Controllo di Gestione», afferente al Dipartimento dei Servizi Centrali d'Ospedale, che all'inizio del 2014 ha visto il trasferimento di una unità all'Azienda Riuniti Villa Sofia Cervello.

Sempre sul versante del personale, nel 2014 è stata condotta «l'Indagine sul Benessere Organizzativo», che ha dato esito a una partecipazione più ampia rispetto a quella del 2013. Le risposte, complessivamente valutate, indicano il raggiungimento di un accettabile livello di benessere organizzativo (sicurezza nel lavoro, equità, rispettoso rapporto tra i colleghi, attaccamento all'istituzione, valutazione del proprio superiore gerarchico).

Dall'indagine sono emersi anche aspetti che vanno curati meglio perché il personale risponda in maniera positiva (equità, carriera e sviluppo professionale), mentre per altri la risposta è decisamente negativa (il grado di condivisione del sistema di valutazione).

Un impegno assunto ma ancor oggi non portato a compimento riguarda l'avvio della pianificazione della centralizzazione degli ordini dei beni e servizi assistenziali finalizzata alla centralizzazione dei magazzini.

L'amministrazione nel suo complesso sconta, infine, una debolezza in ambito informatico, disponendo di un sistema informativo ancora molto lacunoso e che richiede un investimento di risorse umane e tecnologiche.

Si sono recentemente concluse le procedure per l'acquisizione di un sistema di business intelligence che dovrebbe far conglobare in un complessivo data ware house tutte le informazioni raccolte

Tabella 2: Risorse umane 2014 e 2013 (Dati forniti dall'Area Risorse Umane)

Area di appartenenza	Personale Aziendale		Personale Universitario		2014	2013	2014 vs 2013
	Tempo determinato	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Tempo indeterminato	Totale	Totale	Differenza
Dirigenti Medici	66	210	2	187	465	468	-3
Dirigenti Medici UOC		1		46	47	53	-6
Dirigenti Sanitari	3	21		49	73	73	
Dirigenti Sanitari UOC		1		2	3	4	-1
Dirigenti Tecnici		1		60	61	64	-3
Dirigenti Amministrativi				6	6	8	-2
Dirigenti Amministrativi UOC						1	-1
Dirigenti Professionali				4	4	4	
Dirigenti Professionali UOC	1			1	2	3	
Amministrativi Comparto	64	1		187	252	260	-8
Tecnici del Comparto	67	2		305	374	396	-22
Sanitari del Comparto	202	395		277	874	885	-11
Professionali comparto	1			2	3	3	
Assistenti Religiosi	2				2	2	
Co. Co. Co.	18				18	22	-4
Borsa di studio	27				27	32	-6
Totale	451	632	2	1.126	2.211	2.278	-67

2.4 I risultati raggiunti

In ambito assistenziale, *core business* dell'Azienda nel 2014 sono stati raggiunti alcuni significativi risultati: a) lo sviluppo della Cardiochirurgia, che ha ripreso in maniera importante dopo alcuni anni di fermo tecnico per lavori di ristrutturazione; b) l'aggiornamento dei sistemi di assistenza con l'orientamento verso quelli a più basso assorbimento di risorse; c) la de-ospedalizzazione delle attività assistenziali a più basso impatto di assorbimento di risorse.

La tab. 3 mostra i dati riferiti alla produzione in regime ordinario.

Tabella 3 – Caratteristiche della produzione in regime ordinario

Indicatori	2014	2013	Differenza
Numero di ricoveri	16.440	18.587	-2.147 (-11,5%)
Indice occupazione media PL (%)	71,5	80,4	-8,9
Intervallo di turn over	2,91	1,77	0,12
Provincia di Palermo	13.710	15.487	-1.777 (-11,5%)
Altre provincie ed extraregione	2.730	3.100	-370 (-11,9%)
Degenza media	7,8	7,4	+0,4
Degenza media pre-operatoria	2,6	2,5	+0,1
Peso medio dei DRG	1,26	1,22	+0,04
Rapporto D.M. / Peso Medio DRG	6,19	6,06	+0,13
Numero di ricoveri	16.440	18.587	-2.147 (-11,5%)
Indice occupazione media PL (%)	71,5	80,4	-8,9

Dai dati sopra riportati emerge, principalmente, la necessità di incrementare l'«efficienza» organizzativa del sistema in quanto i PL rimangono più a lungo vuoti per l'allungamento del tempo che intercorre tra la dimissione del paziente e l'accesso del paziente successivo: in media è superiore a un giorno, sfiora un giorno e mezzo.

L'intervallo di turn over è stato calcolato al netto delle UO di Dermatologia, Lungodegenza e dei dati del Nido.

Vi è un cospicuo incremento del tempo libero che intercorre dalla dimissione di un paziente al ricovero del paziente successivo, il che sta ad indicare un eccesso di posti letto in ricovero ordinario rispetto alla domanda. Altro dato da tenere in considerazione è la flessione della produzione chirurgica in regime ordinario (tab. 4).

Le unità operative chirurgiche, inoltre, ricevono ancora un elevato numero di DRG di tipo medico, soprattutto dal Pronto Soccorso, sia per mancanza dell'OBI che per via della diffusa pratica improntata alla «medicina difensivistica», che vuole che l'utente lasci l'ospedale sotto la propria responsabilità, diversamente va in ogni caso ricoverato.

L'effetto di una tale prassi si traduce in spreco di risorse: basta che il paziente acceda alla struttura che subito inizia il processo di assorbimento di risorse, frequentemente di gran lunga superiore al livello di rimborso legato al relativo DRG, a bassa complessità, se non addirittura palesemente inappropriato.

Tabella 4 – Caratteristiche della produzione chirurgica

Indicatore	2014	2013	Differenza
RO – DRG chirurgici prodotti dalle chirurgie (N°)	5.180	5.824	-644
RO – Peso medio DRG chirurgici solo chirurgie	1,670	1,574	0,096
RO – Indice chirurgico medio delle chirurgie(%)	72,9	73,3	-0,4
RO. – DRG medici dimessi dalle chirurgie	1.877	2.118	-241

La distribuzione dei DRG per fasce di complessità in tutti e tre i regimi mostra la flessione dei DRG a più bassa e media complessità, mentre è cresciuta quella a più elevata complessità, ma di soli 11 casi (tab. 5).

Il dato dimostra che dovrebbe migliorare la promozione dell'AOUP sul territorio.

I risultati gestionali complessivi interni sono sostanzialmente buoni, in piena coerenza con le direttive dell'Assessorato, anche se non cresce la media complessità dei casi trattati.

L'alta complessità, che è soprattutto concentrata nella Cardiochirurgia e nella Neurochirurgia, ha raggiunto livelli di produzione soddisfacenti, vista anche la difficoltà nel reperire un congruo numero di anestesisti.

Bisogno, piuttosto riflettere sul dato negativo della perdita di diversi pazienti già ricoverati o in attesa di ricovero. Infatti le due UO hanno rispettivamente la Cardiochirurgia l'indice chirurgico di 87,0% e la Neurochirurgia 79,6%.

Tabella 5 – Volumi per fasce di complessità dei DRG

	2014	2013
Peso ≤ 1,000	2.293 (38,2%)	2.805 (41,7%)
Peso 1,001 ÷ 2,499	2.619 (43,6%)	2.838 (42,2%)
Peso ≥ 2,500	1.087 (18,1%)	1.073 (15,9%)

Il Pronto soccorso, anche per la difficile condizione logistica, nonostante l'impegno a creare adeguati servizi di supporto, ha avuto il 6,1% in meno di accessi (dato, verosimilmente, in linea con gli altri P.S. dell'isola che hanno parimenti registrato un calo degli accessi)..

Tabella 6 – Volumi di produzione in regime di Pronto Soccorso

	2014	2013	2014 vs 2013
Totale accessi	52.961	56.424	-3.463
Ricoveri presso AOUP	8.344	8.155	189
Non ricoverati	44.448	48.054	-3.606
Ricovero presso altra struttura	143	194	-51
Deceduti	24	21	3
Giunti cadavere	2	0	2

Un focus va, poi, effettuato sulle caratteristiche della produzione dei ricoveri nell'UO di «Medicina d'Urgenza».

Tabella 7 – UO Medicina d'Urgenza: caratteristiche della produzione assistenziale

Indicatore	Risultato
Ricoveri	951
Dimessi	751
Giornate di degenza	4.182
Durata media della degenza	4,9
Occupazione media	95,5%
Intervallo di turnover	0,21
DRG medici di 1 giorno	5,5%
Peso medio DRG	0,88

L'analisi, di primo acchito, rivela come le caratteristiche di questi ricoveri incidano negativamente nell'economia generale dell'Azienda, in quanto rappresentano il 10,6% di tutti i ricoveri di area medica, pur dovendo tenere conto che producono il rimborso di € 1.992.656,00; ma a questo devono essere detratte € 136.377,84 per la non appropriatezza derivante dai DRG inclusi nel DA 2533 ed € 115.000,00 per la penalizzazione sui ricoveri di 1 giorno. Rimane ancora elevato il numero di parti cesarei primari, mentre per le altre procedure dell'obiettivi «Esiti» (tab. 8) i risultati superano il target minimo posto dall'Assessorato.

Tabella 8 – Obiettivo «Esiti»

Obiettivo "Esiti"	Target	2014		2013	
		N° Casi	%	N° Casi	%
P.T.C.A.	100%	74	93,7%	76	96,2%
Parti cesarei primari	≤ 20%	215	36,0%	219	38,5%
Frattura di femore	100%	89	67,9%	79	63,2%
Colecistectomia Laparoscopica	100%	369	87,4%	423	87,0%

Ottima la risposta del sistema gestionale alla promozione del regime in DSAO (tab. 9).

Tabella 9 – Volumi della produzione in regime diurno (DH e DSAO)

Indicatore	2014	2013	Differenza
DH - Numero ricoveri	4.247	8.447	-4.200 (-49,7%)
DH - Totale rimborsi	€ 4.574.270,00	€ 9.421.778,00	-€ 4.847.508,00
DSAO - Numero prestazioni	11.321	6.125	5.196 (+84,8%)
DSAO -Valorizzazione	€ 4.816.584,80	€ 2.848.358,25	+€ 1.968.226,55
DH – (N°)	2.811	5.107	-2.296
DSAO (N°)	7.499	5.026	-4.277
D.H. – DRG chirurgici dimessi dalle chirurgie	2.288	4.266	-1.978
DH – Peso medio dei DRG chirurgici delle chirurgie	0,797	0,816	-0,019
DH – Indice chirurgico delle chirurgie(%)	80,2%	84,7%	-4,5

Pressoché stabile la produzione ambulatoriale che in tab. 10 si può esaminare differenziata per ciascuna area clinica.

Tabella 10 – Volumi della produzione ambulatoriale

	2014	2013	2014 vs 2013
Area della medicina			
n.	169.057	174.913	-5.856
€	€ 4.209.563,11	4.347.647,04	-€ 138.083,93
Valore medio	€ 24,90	€ 24,86	€ 0,04
Area della chirurgia			
n.	68.369	68.544	-175
€	€ 1.735.225,66	€ 1.785.232,43	-€ 50.006,77
Valore medio	€ 25,38	€ 26,04	-€ 0,66
Area dei servizi intermedi			
n.	162.441	147.745	14.696
€	€ 3.817.149,05	€ 3.391.796,49	€ 425.352,56
Valore medio	€ 23,50	€ 22,96	€ 0,54
Prestazioni totali n.	399.868	391.217	-6.801
Tariffazione totale	€ 9.902.479,34	€ 9.525.178,40	+€ 377.300,94

Alla riduzione dei ricoveri in regime ordinario ha contribuito la riduzione della disponibilità di posti letto in diverse unità operative: in Cardiologia, tre posti in meno, quattro nelle due UO di Medicina Interna del Dipartimento delle Patologie Emergenti; altre riduzioni si sono avute in Neurologia, Malattie Infettive, Chirurgia d'Urgenza, Ostetricia e Ginecologia, mentre il trasferimento della U.O. di Psichiatria dai locali di via La Loggia al Policlinico, ha determinato una sospensione temporanea delle attività e dei ricoveri (v. tab. 1).

Sul piano della produzione l'AOUP, sconta come, già evidenziato, il trasferimento delle prestazioni al nuovo regime organizzativo-assistenziale che ha inciso negativamente non tanto sulla performance, quanto sul capitolo dei ricavi.

La differenza tariffaria tra RO e DH rispetto al nuovo DSAO non ha consentito di mantenere i livelli della produzione economica dell'anno precedente, né si sono potuti avere pari ritorni nei costi perché le prestazioni, pur in regimi diversi, di fatto hanno gli stessi costi.

L'Azienda ha realizzato sicuramente una gestione dell'uso dell'ospedale virtuosa e in linea rispetto alle aspettative dell'Assessorato, ma penalizzante dal punto di vista del rapporto tra rimborsi e costi: questo è un dato che riporteranno anche le altre aziende sanitarie e quanto più sarà l'impegno verso l'appropriato utilizzo dei diversi regimi di ricovero, tanto più si fletterà il livello dei rimborsi e aumenterà il disavanzo tra costi e produzione.

In regime ordinario sono stati persi 2.145 ricoveri, parte per avere stornato la bassa complessità in DSAO, parte per minore afflusso al pronto soccorso, dove abbiamo avuto 3.463 accessi in meno rispetto all'anno precedente.

La tabella 11 mette in evidenza la rilevanza dei casi urgenti nel reclutamento dei pazienti. Il dato mostra il miglioramento dell'efficienza e la riduzione del consumo di giornate di degenza.

Sono dati che si riflettono positivamente sulla *compliance* del paziente, perché non subisce il disagio del ricovero solo per essere sottoposto alle indagini preliminari all'intervento.

I ricoveri urgenti, effettuati specialmente dal Pronto Soccorso, rispetto ai 3.463 accessi in meno sono diminuiti di soli 702 unità.

Tabella 11 – Modalità di accesso in regime di ricovero ordinario.

	2014	2013	2014 vs 2013
Programmato, con pre ospedalizzazione	2.840	1.387	1.453
Programmato, non urgente	3.159	6.012	-2.853
Urgente	10.472	11.174	-702

Vi è un diverso comportamento rispetto al 2013 della modalità di accesso in ospedale, per l'incremento virtuoso della pre-ospedalizzazione del 50%, a correzione del programmato non urgente.

I ricoveri urgenti sono diminuiti di 702 unità, mentre gli accessi in Pronto soccorso sono diminuiti del 6,1%.; rimane da approfondire i motivi che, un'Azienda in flessione di ricoveri, giustifichino l'invio di pazienti, transitati dal Pronto Soccorso, ad altre strutture per mancanza di recettività nei reparti.

2.5 Le criticità e le opportunità: analisi SWOT

Gli argomenti utili a descrivere le criticità e le opportunità sono trattati secondo la dimensione integrata ospedaliera e universitaria. I lavori edilizi che in atto costituiscono debolezza e criticità per l'AOUP, abbiamo preferito inserirli nei punti di forza per lo sviluppo e la modernità che possono conferire al Policlinico.

È stata predisposta la tabella 12 per la sintesi delle quattro dimensioni.

Tabella 12: Analisi SWOT

Punti di forza (S)	Punti di debolezza (W)
- Il completamento dei lavori edilizi darà al Policlinico una struttura più accogliente e meglio funzionale, per via dei collegamenti diretti tra i reparti. Migliorerà di certo tutta l'area di emergenza, che costituirà un monoblocco funzionalmente integrato. - È in corso di costruzione la struttura che accoglierà la PET e quindi la diagnostica avrà un livello di approfondimento maggiore specie per le stadiazioni e terapie in ambito oncologico - Indiscussa elevata competenza professionale del corpo docente in uno alla cospicua presenza di medici in formazione, veicolo presso il territorio dell'elevata qualificazione della struttura. - La partecipazione anche quale centro HUB alle reti regionali: quali la rete per l'infarto e lo stroke. - La presenza di numerosi centri di riferimento regionale che erogano prestazioni di elevata qualificazione. - La gestione del paziente cardiopatico acuto che può fruire del set completo diagnostico e terapeutico, medico e chirurgico, così come del paziente neurochirurgico. - Dotazioni tecnologiche d'avanguardia in campo radiologico e nelle specialità chirurgiche. - Elevato indice di entropia, espressione di ampia offerta assistenziale - Presenza di strutture con certificazione di qualità - Approvazione di diverse procedure da parte della JIC - Governo della produzione delle prestazioni e del monitoraggio dei costi mediante la ormai consolidata prassi della programmazione e controllo di gestione, rilascio e monitoraggio degli obiettivi organizzativi. - Gruppo per l'Health Tecnology Assessment - Presenza dell'Organismo Indipendente di Valutazione	- L'ospedale «a padiglioni» costituisce una soluzione che andava bene 80 anni or sono, ma oggi rappresenta un peso per la necessità di assistenza multispecialistica di tutti i processi di cura. - L'insufficienza degli spazi, specie nell'attuale pronto soccorso, in molte aree di accoglienza e attesa degli utenti. - L'eccesso di prestazioni diagnostiche su cui incombe il rischio di «non appropriatezza» e che negative si riflette sia sui costi delle stesse, che sulla durata della degenza. - L'ancora incompleta realizzazione della continuità tra l'ospedale e il territorio per la mancata definizione di programmi condivisi fra AOUP, ASP e servizi socio-assistenziali. - L'esercizio della «Medicina difensivistica» unitamente al generale non avvalersi delle raccomandazioni e linee guida delle società scientifiche. - L'elevato carico burocratico amministrativo rischia di rallentare l'espletamento delle procedure. - Elevata età media delle risorse umane - Blocco del turn over del personale amministrativo

Opportunità (O)	Minacce (T)
- Attesa di investimenti per le attività formative - Presenza di una unità per l'internazionalizzazione - Sviluppo dell'edilizia - Sviluppo della ricerca applicata	- Sostanziale resistenza al cambiamento, nonostante l'evidenza dei dati forniti dal Controllo di Gestione e dal Sistema Informativo Aziendale - Vincoli economico finanziari non proporzionati alla produttività dell'Azienda - Ritardi nei processi di riorganizzazione dei servizi a supporto delle attività sanitarie, che sono il *core business* dell'Azienda

Ciascuno dei punti di cui sopra deve costituire occasione di analisi, confronto e approfondimento tra le varie parti in causa per lo sviluppo del piano strategico aziendale e quindi del piano triennale della *performance*.

Attività dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)

Nel corso del 2014, come ogni anno, l'URP ha elaborato i dati relativi ai reclami degli utenti (tab. 13).

Tab. 13. Aree di disagio dei reclami 2014

	Numero reclami	%
Aspetti strutturali	3	2,0%
Informazione	10	7,0%
Organizzazione, burocrazia e amministrazione	35	37,0%
Aspetti tecnico-professionali	13	9,0%
Umanizzazione e aspetti relazionali	7	5,0%
Aspetti alberghieri e comfort	10	7,0%
Tempistica	43	29,0%
Aspetti economici	3	2,0%
Adeguamento alla normativa	3	2,0%
Altro	1	1,0%
Totale	148	100%

Il numero di reclami rispetto al numero di utenti serviti è così piccolo che ogni calcolo statistico non renderebbe giustizia ad una corretta conoscenza dei fenomeni.

In verità la gran parte degli utenti, di fronte ad un possibile disservizio, preferisce in generale non fare alcuna segnalazione per timore di entrare in conflitto con la struttura.

In ogni caso, non si può non evidenziare che due indicatori (tempistica ed organizzazione-burocrazia-amministrazione) raccolgono il 66% delle segnalazioni, confermandosi spia di un livello di inefficienza su cui l'AOUP è chiamata a intervenire.

Il guadagno dell'efficienza è espressione di attenzione alla qualità dei servizi resi, aiuta a recuperare risorse e a soddisfare più di un indicatore di *performance*.

In merito alla distribuzione dei reclami si può affermare che sono diffusamente presenti nei vari dipartimenti assistenziali, e senza particolari picchi in uno piuttosto che in un altro, il

che sta a significare che le inefficienze equamente distribuite, configurandosi come criticità di sistema e non focali.

Un dato merita però attenzione: negli 11 «dipartimenti assistenziali» 122 reclami sono compresi nel range tra 4 e 23, mentre nelle «UO non assistenziali» sono stati registrati 26 reclami, e quelli presentati per protesta verso inadempienze nei confronti delle attività di cui all'indicatore «tempo» hanno penalizzato le «UO non assistenziali» di 95 reclami su 121 (78,5%).

Sviluppo della «Qualità»: la qualità come sistema.

La qualità percepita dall'utenza non è molto elevata. Ci si intende riferire non solo all'accoglienza intesa come spazio fisico e comfort alberghiero, ma *in primis* come momento relazionale tra chi manifesta un'istanza di aiuto e chi è chiamato a garantirla.

La «Qualità» deve essere intesa come «attività di sistema» e non di controllo e di singoli eventi. Essa deve pervadere le persone che lavorano a partire dalla coltivazione dei momenti «etici» e relazionali.

Curare i rapporti tra i colleghi, prestare attenzione ai pazienti è l'espressione principale dell'accoglienza, anche perché si ha a che fare con una popolazione che chiede di essere protetta nel suo bisogno di salute, che è il bene più importante che ciascuno ha e che affida alla struttura e al suo personale.

Questa dimensione da sola non basta, perché si deve aggiungere la «qualità tecnico scientifica» espressa dalle competenze professionali e dal parco delle strumentazioni che per un policlinico universitario devono essere aggiornate e portare innovazione.

Indi, la parte dell'accoglienza alberghiera che deve garantire il giusto comfort ai pazienti, compresa anche la puntualità nell'erogazione dei servizi sanitari di cui il paziente ha bisogno, la possibilità di incontrare i familiari, di mantenere anche le connessioni per via informatica con il mondo esterno e quanto può alleviare il «peso» di dovere accudire a un proprio problema di salute, di dovere soggiornare in un ambiente di generale sofferenza e tristezza. Siamo nell'ambito della necessità di sviluppare gli «standard di qualità», già richiesti dall'ANAC.

Il sistema qualità comprende anche tutta l'attività di supporto e l'accessoria che si sviluppano sia nella «*qualità amministrativa*» *che* «*qualità tecnica*»*: la cura dei viali e del verde, le auto e moto correttamente parcheggiate, il recupero dei rifiuti sia spazzando le strade interne per raccogliere quanto troppo disinvoltamente i cittadini buttano a terra: fazzoletti di carta, pacchetti di sigarette, bottiglie di plastica, bicchierini di caffè, etc.; sia con la raccolta dei rifiuti delle unità di degenza, puntualmente deposti e raccolti.*

Fa parte della qualità anche la corretta comunicazione all'esterno dei servizi offerti dall'AOUP attraverso i suoi professionisti. La stampa più frequentemente segnala eventi negativi piuttosto che le buone cose: d'altra parte è la negativa la notizia che interessa.

La dimensione della qualità globalmente intesa richiede un processo non tanto «*informativo*»*, ma soprattutto* «*formativo*»*, che fa parte dello sviluppo e della crescita della persona che lavora in un posto pubblico dove si erogano servizi, che sono ben diversi dai prodotti materiali. Anche un caffè preso al bar ha un sapore diverso se servito con cortesia o con negligenza verso l'utente / cliente: figuriamoci una prestazione sanitaria su una persona già carica di tensione: un sorriso a volte vale più di qualunque medicina o indagine.*

La crescita della qualità delle persone è delegata al processo di misurazione e valutazione della performance individuale, che, pur essendo attivo in questa Azienda dal 2010, non ha ancora dato i risultati attesi. Il buonismo nella valutazione può non spingere le persone a migliorarsi.

3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

In questa sezione vengono presentati i risultati di *performance* conseguiti dall'Azienda nel corso dell'anno precedente secondo una logica a cascata.

Si articolano in quattro paragrafi:

- albero della *performance*
- obiettivi strategici
- obiettivi e piani operativi
- obiettivi individuali

Alcuni obiettivi, proprio perché assegnati dall'Assessorato della Salute ai Direttori Generali nel luglio 2014 in sede di sottoscrizione di contratto, sono a valere anche per l'anno 2015.

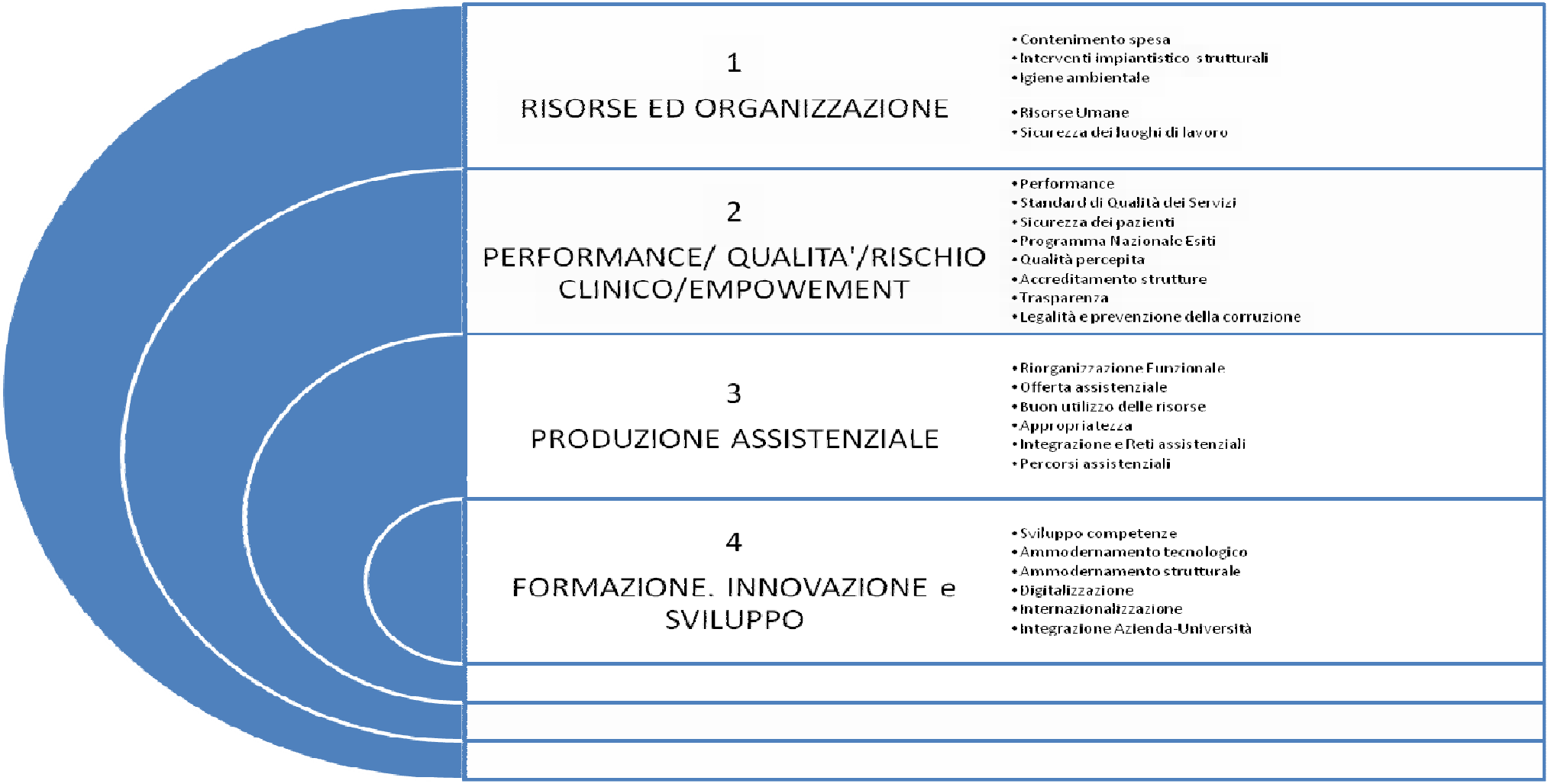
Mancando, pertanto, la valutazione ufficiale del risultato degli obiettivi al 31.12.2014 da parte dell'Assessorato, si riportano i dati secondo il rilevamento aziendale.

3.1 Albero della performance

Ai fini di una rappresentazione visuale sintetica e complessiva della *performance* dell'amministrazione, si propone il medesimo albero della *performance* sviluppato nel Piano, integrato in questa sede con l'indicazione dei **risultati raggiunti** per ciascun obiettivo.

Sarà evidenziato quindi il grado di conseguimento dell'obiettivo con il riferimento al *target* programmato.

Albero della performance: dalle aree strategiche agli obiettivi strategici



3.2 Obiettivi strategici

In questa sezione si riportano, in relazione a ciascuno degli obiettivi strategici presentati nel Piano, i **risultati** ottenuti (*outcome*).

Molti degli obiettivi strategici avevono una scadenza nell'anno 2014, altri saranno completati nel 2015, come si evince dal Piano Triennale sulla Performance 2014-2016.

Uno di questi, ad esempio, è l'aggiornamento delle gare per l'approvvigionamento dei materiali, dove il risultato del 100% è stato diviso in 70% nel 2014 e 30% nel 2015. Pertanto il risultato del 2014 è frazione di un risultato pluriennale.

Alcuni degli obiettivi risultano non raggiunti, ragion per cui la Direzione sarà gravata di un impegno aggiuntivo nel cercare di evitare eventuali influenze negative nel corso del 2015.

Per ciascuno obiettivo sono riportate le informazioni, già presenti nel Piano, riguardanti: descrizione dell'obiettivo, indicatori e peso, *target*, eventuali risorse umane e finanziarie, strutture di riferimento, note.

Come suggerito dalla delibera CiVIT, oggi ANAC, n. 5/2012 si predispone una tabella facente parte dell'allegato 2 del presente documento, a cui si rimanda.

Si prende atto che il 30 giugno del 2013 sono state emanate nuove istruzioni per la compilazione degli allegati, che si adottano in questo documento.

Rispetto ai risultati programmati le cause di scostamento sono, principalmente, dovute :

a) ai numerosi cantieri avviati per la ristrutturazione di diversi padiglioni dell'Azienda e per la costruzione dei tunnel di collegamento e la realizzazione degli ambienti tecnici, a tutt'oggi in corso;

b) alla nomina del Direttore Generale avvenuta nel luglio del 2014, che ha portato con sé una certa criticità di vertice, anche in rapporto alla selezione e alla tempistica di assegnazione degli obiettivi operativi.

Non vi sono state modalità particolari di coinvolgimento degli *stakeholder* interni ed esterni all'AOUP, né si è proceduto a significativa condivisione, vista le condizioni di disagio in cui versa la struttura.

Gli obiettivi scelti non sono legati a mera autoreferenzialità, ma sono dipesi da tappe obbligate su cui la Direzione aveva intravisto delle inevitabili priorità.

Nell'Allegato 2 si riporta una tabella riepilogativa divisa in due degli obiettivi strategici che, una volta compilata, sarà inviata, congiuntamente alla Relazione, all'indirizzo di posta elettronica dell'ANAC.

3.3 Obiettivi e piani operativi

Le tabelle 2.1a e 2.1b dell'Allegato 2 sono comprensive degli **obiettivi operativi** relativi a ciascun obiettivo strategico.

Gli obiettivi operativi sono stati definiti in modo tale da specificare già i **piani di attività**.

Per quanto riguarda lo sviluppo delle informazioni sulla Trasparenza, già a partire dal 2014 le istruzioni per la compilazione degli allegati del 30.06.2013, indicano che non vanno qui ripetute quelle il cui inserimento è già previsto nel portale della Trasparenza.

La Responsabile della Trasparenza ha così concluso sulle attività dell'anno 2014:

«*In relazione alla Sua del 4 agosto 2015 prot. 605 si comunica che rispetto al piano triennale della Trasparenza 2014-2016 al 31 dicembre 2014 risultano non ottemperate o ottemperate solo in parte , nonostante i ripetuti solleciti, le seguenti voci :*

1. *Oneri informativi per le imprese*
2. *Sanzioni per mancata comunicazione dei dati*
3. *Organigramma aziendale e relativa articolazione degli uffici*
4. *Dati relativi al personale incompleti*
5. *Dati pertinenti Consulenti e Collaboratori incompleti*
6. *Incarichi amministrativi di vertice : mancano le indennità di risultato e le procedure utilizzate per il conferimento di incarico di Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario*
7. *Liste di attesa*
8. *Tempi medi di erogazione delle prestazioni ad eccezione del C.U.P.*
9. *Carta dei servizi aggiornata*

Tutti gli altri dati sono presenti ed aggiornati secondo le modalità previste .

Si può aggiungere a titolo informativo che le carenze presentate, alla data, non sono state risolte, se non in minima parte.

Certamente in base ai feedback pervenuti a vario titolo, l'azione di messa in trasparenza è stata molto gradita e seguita; in autunno verrà proposta un' ulteriore giornata sulla trasparenza ed inoltre si prevede in collaborazione con l'U.O. Programmazione e Controllo Gestione la pubblicizzazione delle prestazioni sanitarie erogate dall' Azienda.

Si prevede inoltre che, se ben supportata dalla Direzione Strategica, si possa portare avanti il progetto di innovazione e aggiornamento del sito aziendale, infatti esso stesso rappresenta uno strumento a supporto della trasparenza».

(Dott. M. C. Lorenzini. Documento pervenuto via e-mail il 05.08.2015).

3.4 Obiettivi individuali

Si riportano informazioni **sintetiche** sul grado di raggiungimento degli **obiettivi individuali** del **personale dipendente** e, in particolare, sul grado di differenziazione dei giudizi, in modo tale da rappresentare adeguatamente i risultati del sistema di valutazione individuale.

Le tabelle seguenti mostrano la percentuale di dipendenti per fascia di risultato.

Nelle quattro aree mediamente il risultato del 100% è stato conseguito da oltre il 70% del personale, mentre tra il 90 e il 100% è incluso il 98,3% del personale del comparto; per la Dirigenza Medica l'86,0%; per la Dirigenza Sanitaria il 94,7%; per la Dirigenza ATP l'85,4%.

I dati giustificano, da soli, la pressoché mancanza di contenzioso e la richiesta di attivazione delle procedure di conciliazione.

Tuttavia la gestione dello strumento della valutazione non sembra idonea ad avere effetti sullo sviluppo e la crescita della risorsa umana.

Essendo evidente la pressoché indifferenziata valutazione dei «comportamenti individuali» da parte dei valutatori di I istanza, si rende necessario, per il prossimo futuro, non ulteriormente dirimente differenziare per articolazione organizzativa dell'AOUP.

Tabella 13 – Personale del Comparto: distribuzione per fasce di risultato della valutazione individuale

Range punteggio in %	Numero	Percentuale
< 50	1	0,1
50-69	3	0,2
70-79	4	0,2
80-89	20	1,2
90-94	111	6,8
95-99	195	11,9
100	1.305	79,6

Tabella 14 –Dirigenza Medica: distribuzione per fasce di risultato della valutazione individuale

Range punteggio in %	Numero	Percentuale
< 75,0	12	2,3%
≥ 75÷85	26	5,1%
≥ 85 ÷ < 90	34	6,6%
≥ 90 ÷ < 95	39	7,6%
≥ 95 ÷ < 99	29	5,7%
100	372	72,7%
Totale	512	100,0%

Tabella 15– Distribuzione per fasce di risultato della dirigenza Sanitaria

Range punteggio in %	Numero	Percentuale
<85	3	3,9%
≤ 85 ÷ ≥ 99	10	13,2%
100	63	82,9%
Totale	76	100,0%

Tabella 16 – Distribuzione per fasce di risultato della dirigenza Amministrativa, Tecnica, Professionale

Range punteggio in %	Numero	Percentuale
≤ 80	3	4,0%
>80 ÷ ≤ 90	5	6,7%
>90 ÷ ≤ 99	11	14,7%
100	56	74,7%
Totale	75	100,0%

A completamento dell'informazione si precisa che:

i. Non sono intervenute variazioni in termini assoluti e relativi degli obiettivi e dei criteri per la valutazione individuale dei dirigenti e del personale responsabile di unità organizzativa;

ii. Sono intervenute solo due richieste di attivazione della procedura di conciliazione sulla valutazione 2014, di cui una, relativa a unità della Dirigenza Sanitaria, è in itinere; mentre per l'unità del comparto il procedimento è stato chiuso positivamente per il dipendente.

iii. Il ricorso, attivato ai sensi dell'art. 29 del Regolamento aziendale, è stato inoltrato all'OIV il quale ha verbalizzato reindirizzando la procedura agli Uffici dell'Azienda per la nomina del collegio di conciliazione.

4. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ

Si premette che la Regione Siciliana nel documento di bilancio consuntivo delle aziende sanitarie non richiede la stesura del «Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio», come previsto dall'art. 22 del D. Lgs. n. 91/2011.

Conseguentemente, i principali valori di bilancio e i risultati raggiunti difficilmente possono essere espressi in termini di efficienza ed economicità, come richiesto dalla delibera CiVIT n. 5/2012.

L'Assessorato nel 2014 ha richiesto all'Azienda un piano di rientro per bilanciare non tanto l'aumento dei costi, ma i minori rimborsi, risoltosi nell'erogazione di una quota assicurata dalla Regione come contributo di sostegno.

I costi complessivi dei materiali sanitari per l'erogazione delle prestazioni sono stati contenuti nei limiti del preventivo economico, anche se nel corso del 2014 è andata a regime l'U.O. di Cardiochirurgia che ha assorbito un volume significativo di risorse.

Questo è stato possibile soprattutto per via della modalità di gestione del budget che prevede il monitoraggio costante delle risorse assegnate ai dipartimenti, le cui eventuali variazioni sono autorizzate tenuto conto dei volumi e delle tipologie di prestazioni erogate.

Non si è proceduto a sostanziali ristrutturazioni funzionali dell'organizzazione, né si ritiene poterle portare avanti prima che vengano ultimati i lavori edilizi e, soprattutto, venga concluso l'iter avviato per l'adeguamento degli organigrammi aziendali alla rete ospedaliera.

In ogni caso, nel «Piano della *Performance* 2016-2018» il tema delle ristrutturazioni funzionali sarà oggetto di analisi approfondita e di conseguenti decisioni, anche perché saremo in prossimità della chiusura dei cantieri.

Al ciclo della *performance* è stata destinata part time la Responsabile dell'UdS Sviluppo Aziendale e Formazione, con l'incarico di Struttura Tecnica Permanente presso l'OIV.

Altre attività, quali la gestione degli obiettivi organizzativi e individuali, la stesura dei documenti è stata assegnata al Responsabile dell'UO Programmazione e Controllo di Gestione, e ciò a parità di risorse umane e finanziarie tenuto conto delle note difficoltà a reclutare personale idoneo, ma, anche, per il ritardato accordo con l'amministrazione universitaria in ordine alla ridistribuzione del personale che afferisce ai Dipartimenti assistenziali.

I Responsabili delle Aree hanno partecipato, su richiesta, alle attività, dando un qualificato e fattivo contributo.

La tabella seguente rappresenta analiticamente i ricavi e i costi ai fini della determinazione dell'indice di copertura dei costi da parte delle prestazioni sanitarie valorizzate economicamente.

Tabella 17 – Ricavi 2014

Ricavi 2014	
Ricavi per prestazioni sanitarie	€ 117.475.000
Produzione plasma	€ 260.500
Contributo per la SAS	€ 474.800
Ricavi per prestazioni del nostro personale sui mezzi SEUS	€ 743.507
Rimborso sangue trasfuso in DH	€ 68.860
File T	€ 6.440.275
Altri ricavi e rimborsi da Regione (escluso contributi per finanziamento cantieri edilizi)	€ 52.604.455
Ricavi da attività intramoenia	€ 1.966.478
Rimborso per oneri stipendiali	€ 6.074.964
Compartecipazione alla spesa sanitaria	€ 1.373.61
Altri ricavi e proventi	€ 1.675.408
Totale	€ 189.157.848

Tabella 18 – Costi 2014

Acquisti di beni	€ 62.847.559
Acquisti di servizi sanitari	€ 27.465.108
Acquisti di servizi non sanitari	€ 30.936.728
Manutenzioni	€ 5.291.045
Godimento beni di terzi	€ 2.776.348
Costi del personale aziendale	€ 60.095.585
Oneri diversi di gestione	€ 1.326.332
Ammortamenti al netto delle sterilizzazioni	€ 2.072.787
Variazione rimanenze	€ 1.829.674
Accantonamenti	€ 3.276.652
Totale	€ 197.917.818

Rapporto tra i ricavi i costi: 0,96

Se ai costi della produzione si aggiungono le imposte da versare all'erario (€ 6.853.994) il margine di contribuzione si riduce a 0,92%.

Indice di solvibilità dell'AOUP:

(crediti+casse+ rimanenze)/passività a breve = 0.99

Indice di liquidità:

(crediti+casse)/passività a breve = 0.95

5. PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE

La politica di sviluppo aziendale per le pari opportunità, con riferimento al fenomeno della migrazione che ha, in particolare investito la nostra isola, curato il potenziamento delle attività ambulatoriali per i «cittadini Stranieri Temporaneamente Presenti» (codice STP) e per i «cittadini Europei Non Iscritti» (codice ENI).

A tale scopo in Azienda è attiva un'unità operativa per l'accoglienza e l'assistenza, autorizzata anche a rilasciare la documentazione prevista dalla legge per l'accesso alle cure.

Un secondo percorso privilegiato è quello dedicato ai «cittadini Diversamente Abili», per i quali è attiva un'altra unità dedicata, con personale che li segue nei diversi percorsi di cura (tra i settori clinici più coinvolti va segnalata l'odontoiatria di cui si avverte a livello territoriale particolare necessità).

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

Per il 2014 era anche previsto il varo del Piano di sviluppo delle pari opportunità, ma si è aggiornato al 2015 in ragione della vacanza del ruolo di Responsabile dell'Area Risorse Umane.

6. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA *PERFORMANCE*

6.1 Fasi, soggetti, tempi 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, l'URP, la Responsabile della Trasparenza e il Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

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

Il rapporto tra il Coordinamento e i diversi Attori è stato fattivo e proficuo, essendo state acquisite informazioni adeguate per la stesura della Relazione.

Sono state, in particolare, utilizzate le informazioni presenti nella rete intranet, sia per i dati di performance assistenziale dell'Azienda che per quelli pubblicati nel sito «Amministrazione Trasparente».

La griglia delle responsabilità di seguito riportata esplicita i diversi ruoli.

Tabella 9: Griglia delle responsabilità

	Programmazione e Controllo di Gestione	Sistema Informativo Aziendale	Area Provveditorato	Area Economico Finanziaria	Area Risorse Umane	Area Tecnico Logistica	Responsabile Trasparenza	Responsabile Prevenzione della Corruzione	U.R.P.
Acquisizione e analisi dati assistenziali risultati raggiunti	R	C							
Dati economici	C	C	C	R	C	C	C	C	
Dati organico personale					R				
Rilascio e Monitoraggio obiettivi organizzativi e individuali	R				C				
Elaborazione complessiva aziendale risultati obiettivi	R								
Esiti PTP	R						R		
Esiti PTPC								R	
Indagine Benessere Organizzativo					R				
Pari opportunità e bilancio di genere					R				
Qualità percepita e Reclami									

R= Responsabile; C= Collabora;

6.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance

Il ciclo di gestione della *performance* rappresenta una realtà in questa Azienda, anche se ad oggi non è "metabolizzato" in maniera compiuta.

Già le prime delibere della CiVIT parlavano di una gradualità nel guadagnare progressivamente ambiti sempre più estesi nelle attività aziendali.

A fronte di azioni compiutamente sviluppate, risultano ancora azioni non integrate avvengono in maniera regolata e puntuale, mentre altre, ancora, devono essere avviate.

L'Azienda non ha finora potuto investire, specie per le difficoltà economiche in cui versa, sufficienti risorse umane e tecnologiche per l'avvio e il monitoraggio del ciclo di gestione della *performance*.

D'altra parte si tratta di un'azienda complessa all'interno della quale molti sono gli operatori di area universitaria che devono dividere il proprio impegno tra compiti assistenziali, di ricerca e didattica.

In tale situazione come è ovvio si corre il rischio che le attività legate al ciclo di gestione della *performance* vengano intese come mero adempimento burocratico e non come opportunità di crescita della propria equipe e dell'Azienda complessivamente.

Indagine sul benessere organizzativo

Sul fronte del personale, in senso lato, va detto che anche nel 2014 è stata condotta l'indagine sul benessere organizzativo i cui risultati sono molto interessanti ed utili per correttamente orientare le scelte che l'azienda, su questo versante, dovrà assumere in un prossimo futuro.

Ai sensi dell'art. 14, comma 5 del D. Lgs. 150/ 2009, l'Azienda ha varato nel mese di settembre 2014, a distanza di un anno dalla precedente, la seconda *indagine sul benessere organizzativo* del personale, auspicando una maggiore partecipazione del personale.

L'Area Risorse Umane, in collegamento con il Responsabile del SIA, ha seguito le operazioni rilevazione, rivolte a tutto il personale dipendente dell'Azienda.

È stato utilizzato un applicativo WEB, la cui compilazione è stata possibile a chi in possesso di una *password* di accesso all'intranet aziendale (potenzialmente tutto il personale).

I dipendenti che ne erano privi hanno avuto l'opportunità di poterla richiedere e disporne in tempo reale.

Il SIA ha garantito la raccolta dei dati nel rispetto delle norme sulla privacy, rendendo anonimi i dati anagrafici e 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 478 dipendenti, a fronte dei 138 che invece hanno risposto al questionario nel 2013.

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 19- Caratteristiche del campione che ha partecipato all'indagine

	N°
Maschio	233
Femmina	245
Tempo determinato	100
Tempo indeterminato	371
Dirigenza	182
Comparto	293
ETÀ	<30 anni
	3

Tabella 20} – Anzianità di servizio

Anzianità di servizio	<5 anni	05-10	11-20	>20	N.R.
	3	55	166	210	9

Valutazione dei risultati

Si riportano di seguito i giudizi di sintesi emersi dall'analisi fatta dai componenti dell'OIV sui risultati dell'Indagine sul Benessere Organizzativo e verbalizzati nella seduta del 17.06.2015:

Sicurezza sul lavoro.

- Le risposte indicano una percezione generalmente e mediamente positiva con rispetto tra e verso i dipendenti; Non sono segnalati casi di mobbing; una valutazione negativa è stata espressa per quanto riguarda la logistica.

***Equità*.**

- Emerge la fiducia verso le decisioni del capo; viene lamentato una registrata contraddizione tra impegno lavorativo e livelli di retribuzione (l'OIV ritiene che siano le voci accessorie dei contratti a generare il disagio, come peraltro confermerebbe la risposta, sostanzialmente negativa relativa all'insufficiente differenziazione del premio di risultato) aggravata dal blocco dei contratti già dal 2010.

Carriera e sviluppo professionale.

- Sebbene l'indagine abbia rilevato la percezione di adeguatezza tra il ruolo svolto e il profilo professionale ricoperto, è emersa con evidenza la condizione di incertezza e disagio in cui versa il personale per l'assenza di una programmazione dello sviluppo di carriera, peraltro ritenuta distante e sganciata dai meriti lavorativi.

Il mio lavoro. I miei colleghi.

- Emerge chiara la motivazione e la volontà a svolgere il proprio lavoro.
- I questionari raccolti consentono di rilevare il valore del buon clima professionale e della collaborazione.

***Il contesto del mio lavoro*.**

- Il dipendente percepisce la mancanza di un piano di crescita professionale individuale e di gruppo.
- Inoltre, all'interno della comunità lavorativa manca la percezione di «chi fa che cosa».

***Senso di appartenenza. Immagine dell'amministrazione*.**

- L'appartenenza all'Azienda è motivo di orgoglio che coinvolge anche la famiglia e la cerchia delle conoscenze.

***Valutazione dei temi dell'indagine*.**

- Un giudizio estremamente positivo è stato espresso sugli argomenti del questionario, che sono stati ritenuti, complessivamente, in grado di rilevare correttamente le criticità.

***La mia organizzazione. Le mie performance*.**

- Il dipendente avverte che la crescita individuale non è sufficientemente valutata e promossa, come se percepisse se il proprio lavoro non interessasse a nessuno, tant'è che (secondo la propria impressione) lamenta come nessuno lo informi su come migliorare i risultati.

Il funzionamento dei sistemi di misurazione e valutazione della performance.

- Sono stati espressi giudizi negativi sul processo di misurazione e valutazione della *performance*.
- Parimenti negative le valutazioni in ordine alla modalità di attribuzione della premialità.
- Gli stessi livelli di conoscenza del sistema di misurazione e valutazione della *performance* sono dichiarati insufficienti.

Il mio capo e la mia crescita. Il mio capo e l'equità.

- In generale, viene segnalata un rapporto relazionale con il capo, sostanzialmente buono e collaborativo.

Le risposte di cui sopra segnalano criticità di sistema su quali occorre attivare incisive azioni correttive.

In particolare appare necessario che vengano attivate iniziative volte a diffondere la cultura della misurazione e valutazione della performance, risultato conseguibile solo grazie all'intervento della Direzione Generale e all'adozione di un modello di obiettivi da effettuarsi all'inizio dell'esercizio finanziario, che abbia effettiva incidenza propositiva sulle leve gestionali aziendali.

Ciò, come viene particolarmente richiesto dallo stesso personale che ha partecipato all'indagine, può consentire anche una più attenta valutazione in chiave meritocratica dei risultati conseguiti

ALLEGATI

Allegato 1: Prospetto relativo alle pari opportunità e al bilancio di genere

- Per quanto attiene il prescritto della delibera della CiVIT n. 22 del 2011, l'Azienda ha messo in cantiere lo sviluppo del Piano triennale delle Pari Opportunità, non ancora ultimato.
- Non è stata definita la dimensione delle pari opportunità, né la prospettiva di riferimento.
- Deve essere scelta la tipologia d'impatto, quindi, non ci sono obiettivi specifici, né target, indicatori ed azioni.
- Devono essere trovate le risorse da associare a ciascun obiettivo.
- Va cercato il coordinamento con i Comitati Unici di Garanzia.

Allegato 2. – Tabella 2.1a – Obiettivi strategici: risorse e organizzazione

Obiettivi strategici	Ambito obiettivo	Obiettivi operativi	Indicatori	Target	Struttura di riferimento / Responsabilità	Modalità di calcolo	Valore consuntivo indicatore	% raggiunta	Note
Riorganizza-zione dell'Area Provvedi-torato	Contenimento dei costi	Effetti e implicazioni della Legge 135/2012	Centralizzazione dei magazzini dei dipartimenti	100%	Direzione Amministrativa	Sì / No	No	0	Mancata disponibilità dei locali
			Centralizzazione degli Uffici Amministrativi dei Dipartimenti	100%	Direzione Amministrativa	Sì / No	No	0	Mancata disponibilità dei locali
		Acquisizione di beni e servizi	Ricorso al Mercato Elettronico per i beni disponibili	100%	Area Provveditorato	Risultato conseguito / Risultato atteso	100	100%	
			Aggiornamento gare scadute	70%	Area Provveditorato	Risultato conseguito / Risultato atteso	> 70%	100%	
			Aggiornamento gare scadute	30%	Area Provveditorato	31.12.2015	20%	67%	
		Interventi di monitoraggio	Rapporto acquisti in gara su fuori gara	≥ 95%	Area Provveditorato	Risultato conseguito / Risultato atteso	> 95%	100%	
Interventi impiantistici strutturali	Contenimento dei costi	Piano degli interventi strutturali	Elaborazione del Piano dei Lavori da eseguirsi nell'anno 2014	Sì	Area Tecnica e Logistica	Sì / No	Sì	100%	
		Monitoraggio interventi e lavori in corso d'opera	Relazione quadrimestrale stato avanzamento entro 15° giorno scadenza quadrimestre	100%	Area Tecnica e Logistica	Risultato conseguito / Risultato atteso	100%	100%	

Obiettivi strategici	Ambito obiettivo	Obiettivi operativi	Indicatori	Target	Struttura di riferimento / Responsabilità	Modalità di calcolo	Valore consuntivo indicatore	% raggiunta	Note
		Attuazione del Piano delle manutenzioni ordinarie	Rispetto tempi programmati	≥ 85%	Area Tecnica e Logistica	Risultato conseguito / Risultato atteso	≥ 85%	100%	
Igiene ambientale	Standard qualità e carta dei servizi	Miglioramento degli standard igienici all'interno dei reparti	Riorganizzazione del personale	Sì	Direzione Sanitaria	Sì / No	Sì	100%	
		Monitoraggio degli standard igienici	Reportistica mensile	100%	Servizio Igiene Ospedaliera	Mensile	100	100%	
		Miglioramento degli standard igienici all'esterno dei padiglioni	Riorganizzazione del personale	Sì	Facility Management	Sì / No	Sì	100%	
		Miglioramento servizio trasporti sanitari interni	Riorganizzazione del personale	Sì	Facility Management	Sì / No	Sì	100%	
		Miglioramento dello standard alberghiero	Investimenti per acquisizione di arredi	60%	Area Provveditorato	Risultato atteso / Risultato conseguito	60%	100%	
			Investimenti per acquisizione di arredi	≥ 40%	Area Provveditorato	Risulato conseguito / Risultato atteso	> 40%	100%	
Risorse Umane	Contenimento dei costi	Aggiornamento della Pianta Organica	Rimodulazione della struttura organizzativa assistenziale	Sì	Direzione Sanitaria	Sì / No			Non richiesto dalle direttive assessoriali
			Rimodulazione della struttura amministrativa	Sì	Direzione Amministrativa	Sì / No			Non richiesto dalle direttive assessoriali

Obiettivi strategici	Ambito obiettivo	Obiettivi operativi	Indicatori	Target	Struttura di riferimento / Responsabilità	Modalità di calcolo	Valore consuntivo indicatore	% raggiunta	Note
			Rimodulazione pianta organica		Direzione Sanitaria e Direzione Amministrativa	Sì / No			Non richiesto dalle direttive assessoriali
		Condivisione del personale infermieristico e degli operatori OSS	Costituzione equipe integrate dipartimentali	8	Direzione Sanitaria	N° equipe costituite / N° equipe programmate	6	75%	
		Identificazione e rimodulazione delle funzioni amministrative duplicate (es. modello di rilevazione presenze)	Riorganizzazione degli uffici	Sì	Area Risorse Umane	Sì / No	No	0	
		Elaborazione del Piano per lo sviluppo delle pari opportunità	Elaborazione Piano	Sì	Area Risorse Umane	Sì / No	No	0	Dimissioni del Responsabile dell'ARU in luglio e incarico a Dirigente esterno nel settembre 2014
			Implementazione delle azioni previste dal Piano	Si	Area Risorse Umane	Sì / No	No	0	
		Aggiornamento annuale del Piano perr lo sviluppo delle pari opportunità 2015-2016	Aggiornamento Piano	Si	Area Risorse Umane	31/01/2015	No	0	
		Indagine sul Benessere Organizzativo	Report annuale	Sì	Direzione Strategica	Sì / No	Sì	100	

Obiettivi strategici	Ambito obiettivo	Obiettivi operativi	Indicatori	Target	Struttura di riferimento / Responsabilità	Modalità di calcolo	Valore consuntivo indicatore	% raggiunta	Note
Sicurezza nei luoghi di lavoro	Standard qualità e carta dei servizi	Piano degli interventi	Predisposizione del Piano degli interventi	Sì	Responsabile del Servizio Interno Prevenzione e Protezione	Sì / No	Sì	100%	
		Monitoraggio degli interventi	Relazione quadrimestrale sullo stato di avanzamento entro il 15° giorno dalla chiusura del quadrimestre	100%		Risultato conseguito / Risultato atteso	Sì	100%	
	Standard qualità e carta dei servizi	Formazione del personale	Completamento della formazione di base	100%	UdS della Formazione	Risultato conseguito / Risultato atteso	86,5%	86,5%	
			Completamento della formazione specifica	100%	UdS della Formazione	Risultato conseguito / Risultato atteso			L'obiettivo è stato trasferito al 2015

Allegato 2. Tabella 2.1b – Obiettivi strategici: *performance*, Qualità, Sicurezza dei pazienti, Empowerment

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Ambito obiettivo	Indicatori	Target	Struttura di Riferimento / Responsabilità	Modalità di calcolo	Valore consuntivo indicatore	% raggiunta	Note
Performance	1. Avvio Ciclo della performance con assegnazione degli obiettivi	Trasparenza	Assegnazione degli obiettivi con i Direttori di Dipartimento entro il 31.03.2015	Sì	Direzione Sanitaria	Risultato atteso / Risultato raggiunto	05.07. 2014	67%	
			Assegnazione degli obiettivi con Responsabili Aree	Sì	Direzione Amministrativa	31.01.2014	05.07. 2014	67%	
			Assegnazione degli obiettivi con Responsabili Unità di Staff	Sì	Direzione Generale	31.01.2014	05.07. 2014	67%	
	2. 19. Monitoraggio risultato degli obiettivi	Trasparenza	Report semestrale	Sì	U. O. Programmazione e Controllo di Gestione	30.06.2014	Sì	100%	Report effettuato in ottobre, vista l'assegnazione a luglio
			Report annuale	Sì	U. O. Programmazione e Controllo di Gestione	31.03.2015	Sì	100%	
	3. Relazione sulla performance anno precedente	Trasparenza	Stesura della Relazione sulla *performance* 2013 entro il 30.06.2014	100	Direzione Strategica	Riultato conseguito / Risultato atteso	80	80%	Completata a settembre
	4. Aggiornamento Piano della *performance*	Trasparenza	Revisione annuale del Piano della *performance*	Sì	Direzione Strategica	31.01.2015	Sì	100%	
Standard di qualità dei servizi	5. Comunicazione	Standard di qualità e carte dei servizi	Aggiornamento della Carta dei Servizi e pubblicazione sul sito	Sì	U. S. Comunicazione e URP	30.06.2014	No	0	

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Ambito obiettivo	Indicatori	Target	Struttura di Riferimento / Responsabilità	Modalità di calcolo	Valore consuntivo indicatore	% raggiunta	Note
	6. Comunicazione		Aggiornamento della Carta dei Servizi e pubblicazione sul sito	Sì	U. S. Comunicazione e URP	31/01/2015	No	0	
	7. Definizione standard di qualità generali	Trasparenza	Stesura del documento	Sì	Direzione Sanitaria	31/12/2014	Sì	100%	
	8. Definizione standard di qualità specifici	Trasparenza	Stesura del documento	Sì	Direzione Sanitaria	31/12/2014	Sì	100%	
	9. Implementazione monitoraggio standard di qualità generali		Report annuale	Sì	Direzione Sanitaria	30/07/2014	Sì	100%	
	10. Implementazione monitoraggio standard di qualità specifici		Report annuale	Sì	Direzione Sanitaria	31/12/2014	Sì	100%	
	11. Revisione standard di qualità generali e specifici		Stesura del documento	Sì	Direzione Sanitaria	31/12/2015			
	12. Elaborazione del regolamento per l'erogazione di un indennizzo automatico e forfettario all'utenza (D.lgs. n. 198/2009)	Trasparenza	Stesura del documento	Sì	Direzione amministrativa	30/06/2014	No	0	
Sicurezza dei pazienti	13. Conformità a Raccomandazioni Ministeriali	Standard di qualità	Audit semestrale con produzione di report	Sì	Direzione Sanitaria	30/06/2014	Sì	100%	
			Audit semestrale con produzione di report	Sì	Direzione Sanitaria	31.12.2014	Sì	100%	

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Ambito obiettivo	Indicatori	Target	Struttura di Riferimento / Responsabilità	Modalità di calcolo	Valore consuntivo indicatore	% raggiunta	Note
	14. Conformità a standard *Joint Commission International* (JCI)	Standard di qualità e carte dei servizi	Audit semestrale con produzione di report	Sì	Direzione Sanitaria	30/06/2014	Sì	100%	
			Audit semestrale con produzione di report	Sì	Direzione Sanitaria	31.12.2014	Sì	100%	
	15. Monitoraggio eventi avversi e *near miss*	Standard di qualità e carte dei servizi	Audit semestrale con produzione di report	Sì	Direzione Sanitaria	30/06/2014	Sì	100%	
			Audit semestrale con produzione di report	Sì	Direzione Sanitaria	31.12.2014	Sì	100%	
	16. Prevenzione infezioni ospedaliere	Standard di qualità e carte dei servizi	Report annuale sulla prevalenza	Sì	U.O. Prevenzione delle infezioni ospedaliere.	31/12/2014	Sì	100%	
Programma Nazionale Esiti	17. Tempestività intervento a seguito di frattura di femore negli over 65 anni		Revisione organizzativa del PDTA	≥ 70%	Direzione Sanitaria	31/05/2014	67,9%	67,9%	
	18. Riduzione incidenza parti cesarei primari		Audit bimestrale con produzione di relazione	Sì / No	Direzione Sanitaria	Bimestrale	Sì	100%	
	19. Tempestività della PTCA nei casi IMA STEMI		Esecuzione della procedura entro 0-1 giorni	≥ 90%	Direzione Sanitaria	31/12/2014	93.7%	93,7%	
Qualità percepita	20. Monitoraggio soddisfazione dei pazienti e pubblicazione dati	Standard di qualità e carte dei servizi	Report semestrale	Sì	U. S. Comunicazione e URP	30/06/2014	Sì	100%	
			Report semestrale	Sì	U. S. Comunicazione e URP	31/12/2014	Sì	100%	

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Ambito obiettivo	Indicatori	Target	Struttura di Riferimento / Responsabilità	Modalità di calcolo	Valore consuntivo indicatore	% raggiunta	Note
	21. Rilevazione, elaborazione e pubblicazione dati segnalazioni degli utenti	Trasparenza	Report semestrale	Sì	U. S. Comunicazione e URP	31/07/2014	Sì	100%	
			Report semestrale	Sì	U. S. Comunicazione e URP	31.01.2015	Sì	100%	
Accredita-mento strutture	22. Completamento processo di accreditamento Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT)	Standard di qualità e carte dei servizi	Attivazione delle procedure per l'accreditamento	Sì	SIMT – Qualità - Formazione	31/12/2014	Sì	100%	Accreditamento coneguito entro i termini fissati dall'Assessorato Regionale della Salute
Trasparenza	23. Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016	Integrità e prevenzione della corruzione	Stesura del Programma	Sì	Responsabile della Trasparenza	31/01/2014	Sì	100%	
			Implementazione delle azioni previste dal Programma	Sì	Responsabile della Trasparenza	31/12/2014	N.V.		Mancano numerosi documenti, come evidenziato dalla Relazione dell'OIV
	24. Aggiornamento annuale del Programma	Integrità e prevenzione della corruzione	Stesura Programma anno 2015	Sì	Responsabile della Trasparenza	31/1/2015	Sì	100%	
Legalità e prevenzione della corruzione	25. Piano triennale di prevenzione della corruzione	Integrità e prevenzione della corruzione	Stesura del Piano	Sì	Responsabile della Prevenzione della Corruzione	31/01/2014	Sì	100%	
			Implementazione delle azioni previste dal Piano	Sì	Responsabile della Prevenzione della Corruzione	31/12/2014	N.V.		Parzialmente raggiunto (Relazione del Responsabile prot. 1883 del 27.11.2014
			Attività formativa	Sì	Responsabile della Formazione	31/12/2014			

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Ambito obiettivo	Indicatori	Target	Struttura di Riferimento / Responsabilità	Modalità di calcolo	Valore consuntivo indicatore	% raggiunta	Note
	26. Aggiornamento annuale del Piano		Stesura del Piano	Sì	Responsabile della Prevenzione della Corruzione	31/01/2015	Sì	100%	

Allegato 3: documenti del ciclo di gestione della performance

Tabella 3.1 «Documenti del ciclo»

Documento	Data di approvazione	Data di pubblicazione	Data ultimo aggiornamento	Link documento
Sistema di misurazione e valutazione della *performance*			31.012015	
Piano Triennale della *performance* 2014-2016	Delibera n. 101	31.01.2014		http://www.policlinico.pa.it/portal/Trasparenzadoc/performance/pianoperformance/PianoPerformance2014-2016.pdf
Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	Delibera n. 103	31.01.2014	31.01.2015	http://www.policlinico.pa.it/portal/Trasparenzadoc/diposizionigenerali/programmatriennaleperlatrasparenzaeintegrit.pdf
Standard di qualità dei servizi				