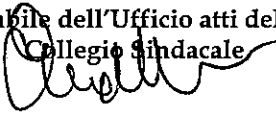
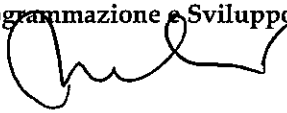


**Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico Paolo Giaccone**



Deliberazione n. **757** del **04-08-2017**

Oggetto: - Relazione sulla Performance anno 2016

DIREZIONE GENERALE	Area Gestione Economico - Finanziaria
<i>La presente deliberazione è composta da n. pagine</i>	Autorizzazione spesa n.
	Del
Il Responsabile dell'Ufficio atti deliberativi e Collegio Sindacale 	Conto di costo _____ NULLA OSTA in quanto conforme alle norme di contabilità
Il Responsabile dell'Unità di Staff Programmazione e Sviluppo Aziendale 	Il Responsabile dell'Area Gestione Economico - Finanziaria

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 Commissario

Dott. Fabrizio De Nicola

Nominato con DP.R.S. n. 392 del 01/08/2017

Con l'intervento, per il parere prescritto dall'art.3 del D.L.vo n. 502/92, così come modificato dal

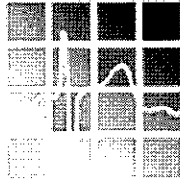
D.L.vo n.517/93 e dal D.L.vo 229/99

del Direttore Amministrativo Dott. Fabrizio Di Bella

e del Direttore Sanitario Dott. Maurizio Montalbano

Svolge le funzioni di Segretario Verbalizzante





Delibera n. **757** del **06-08-17**

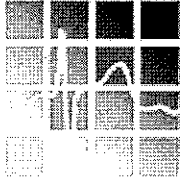
IL COMMISSARIO

- VISTO** Il D.Lgvo n. 150 del 27/10/2009, ed in particolare l'art. 10, comma 1, lettera b);
- VISTA** La delibera n. 101 del 31.01.2014, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, con la quale è stato approvato ed adottato il piano triennale della performance 2014-2016;
- VISTA** La delibera n. 129 del 11.02.2015, con la quale è stato aggiornato il Piano Triennale della Performance 2014-2016, alla luce delle nuove direttive assessoriali in materia di programmazione sanitaria ed al continuo sviluppo dei processi strategici;
- VISTA** La relazione sulla performance per l'anno 2016 del piano triennale della performance 2014-2016, proposta dall'Unità di Staff programmazione e Sviluppo Aziendale;

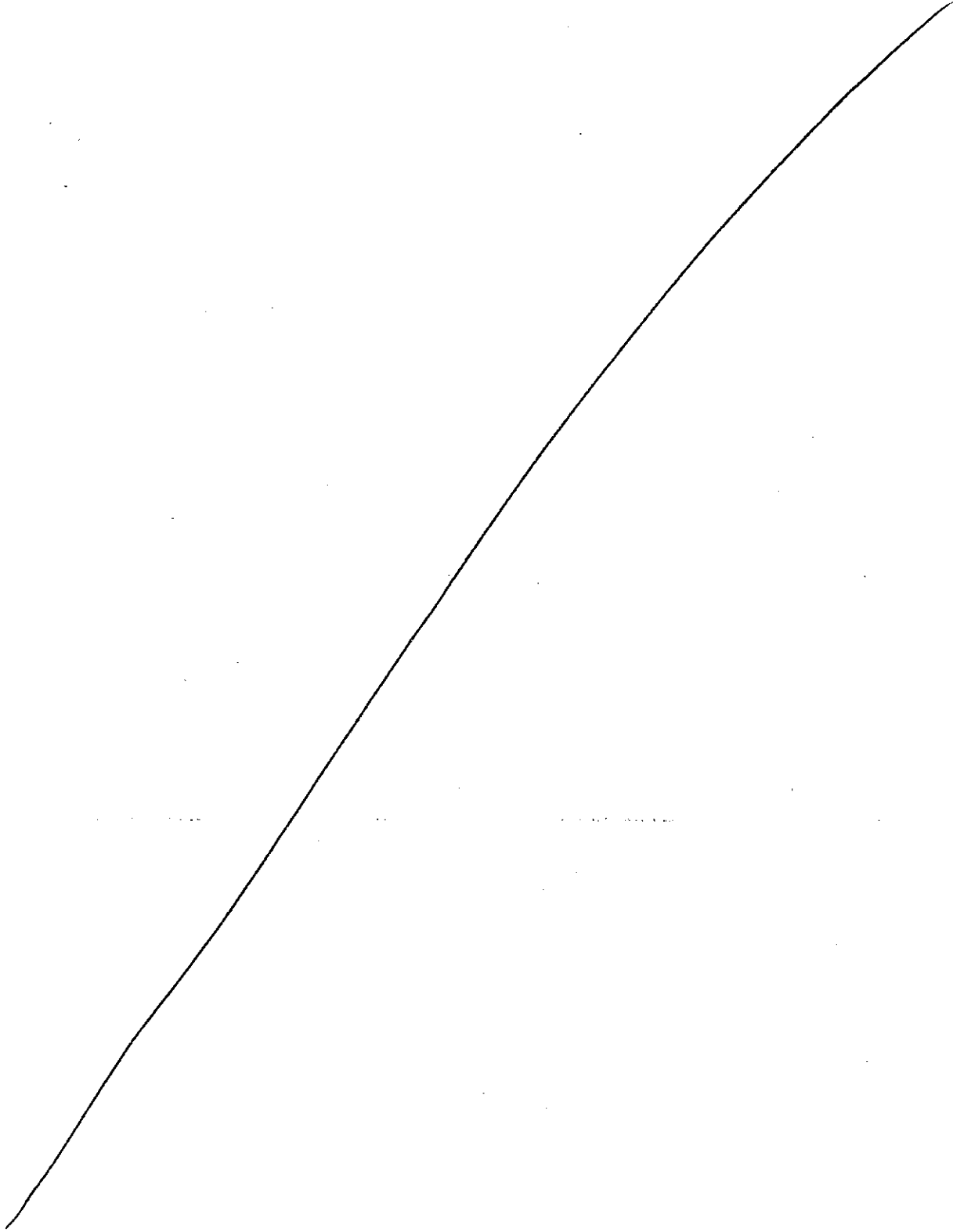
Per i motivi in premessa citati che qui si intendono ripetuti e trascritti

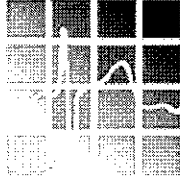
DELIBERA

- Di prendere atto della relazione sulla Performance per l'anno 2016 del piano triennale della performance 2014-2016 che si allega alla presente per farne parte integrante;
- Di pubblicare la relazione sulla Performance per l'anno 2016 del piano triennale della performance 2014-2016 sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparenza"
- Di trasmettere copia della presente deliberazione al Dipartimento della Funzione Pubblica
- Di trasmettere copia della presente deliberazione all'Organismo Indipendente di Valutazione per il prosieguo dell'iter di validazione;



**Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico Paolo Giaccone**





**Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico Paolo Giaccone**



Il Direttore Amministrativo
Dott. Fabrizio Di Bella

Il Direttore Sanitario
Dott. Maurizio Montalbano

Il Commissario
Dott. Fabrizio De Nicola

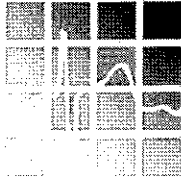
Segretario Verbalizzante

ESTREMI ESECUTIVITA'	PUBBLICAZIONE
<p>Delibera non soggetta al controllo ai sensi dell'art.8 della L.412 del 1991 è divenuta ESECUTIVA decorso il termine di cui alla L.R. n. 30/93 art.53 comma 6.</p> <p>Ufficio Atti Deliberativi 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 04-08-17 e fino al 02-09-17</p> <p>Ufficio Atti Deliberativi </p>
<p>Delibera non soggetta al controllo ai sensi dell'art.8 della L.412 del 1991 è divenuta IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA decorso il termine di cui alla L.R. n. 30/93 art.53 comma 7.</p>	<p>La presente Delibera è stata registrata nell'apposito registro del Collegio Sindacale</p> <p>Ufficio Atti Deliberativi </p>
<p>Delibera non soggetta al controllo ai sensi dell'art.28 comma 6 legge regionale 26 marzo 2002 n.2 è dichiarata IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA 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"
di Palermo



DIREZIONE GENERALE

Prot. n. 0012443

Palermo li, 02/08/2017

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2016

APPROVATA DAL COMMISSARIO STRAORDINARIO

DOTT. FABRIZIO DE NICOLA

Deliberazione n. 757 del 04-08-2017

Sommario

Sommario	2
FINALITÀ E PRINCIPI GENERALI DELLA RELAZIONE SULLA <i>PERFORMANCE</i>	3
Finalità.....	3
Principi generali	3
STRUTTURA E CONTENUTI DELLA RELAZIONE SULLA <i>PERFORMANCE</i> 2016.....	4
1. Presentazione della Relazione e indice	4
2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e per altri <i>stakeholder</i> esterni.....	7
2.1 Il contesto esterno di riferimento	7
2.2 L'Amministrazione.....	7
2.3 I risultati raggiunti	12
2.4 Criticità e Opportunità	14
3. Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti	15
3.1 Albero della <i>performance</i>	15
3.2 Obiettivi strategici	16
3.3 Obiettivi e piani operativi	19
3.4 Obiettivi individuali.....	22
4. Risorse, efficienza ed economicità	23
5. Punti di forza e punti di debolezza	23
6. La produzione assistenziale	24

FINALITÀ E PRINCIPI GENERALI DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

Finalità

La finalità della Relazione è di rendere conto ai cittadini e agli stakeholder delle attività sviluppate nel 2016, degli obiettivi conseguiti rispetto ai risultati attesi.

Principi generali

Il documento è stato redatto tenendo conto delle raccomandazione della delibera ANAC n. 5 del 2012 che, fra l'altro, prevede la stesura sintetica degli eventi con il supporto di allegati a chiarimento di quanto affermato.

La declinazione dei contenuti della Relazione tiene conto delle caratteristiche specifiche dell'Amministrazione in termini di:

- complessità organizzativa
- tipologia di servizi resi al cittadino
- elementi utili a rappresentare la produzione dell'Azienda.

La stesura del documento è ispirata ai principi di:

- trasparenza
- immediata intelligibilità
- veridicità
- verificabilità dei contenuti
- partecipazione e coerenza interna ed esterna.

I dati di carattere economico-contabile non faranno riferimento all'applicazione dei principi contabili generali di cui all'Allegato 1 del D. Lgs. N. 91/2011, perché l'Amministrazione Regionale non lo prevede.

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, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera e), comma 6.

STRUTTURA E CONTENUTI DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2016

1. Presentazione della Relazione e indice

Va anzitutto premesso che la Relazione sulla Performance descrive gli eventi relativi all'anno precedente alla sua stesura. Com'è noto, il Direttore Generale che aveva retto questa AOUP per cinque anni, nel febbraio 2017 ha presentato le dimissioni, subentrando la gestione commissariale a decorrere dall'01 marzo. Il documento, stanti le indicazioni ANAC, sarebbe dovuto essere stato redatto entro aprile, ma è stato necessario un tempo sufficiente per conoscere la situazione organizzativa dell'Azienda. Anche la Direzione Sanitaria e Amministrativa sono nel frattempo mutate, così come i Responsabili delle Aree Economico Finanziaria e delle Risorse Umane. Né vi è ormai in servizio il Responsabile della Programmazione e Controllo di Gestione che storicamente teneva le fila per la redazione del documento, perché in quiescenza dal 01.XI.2016.

Si precisa che tra le consegne ricevute dall'Amministrazione cessata non figura il Piano della Performance 2017-2019 né risulta che a partire da ottobre 2016, come da indicazione ANAC, sono state avviate le adeguate procedure, né sono stati definiti gli obiettivi organizzativi e i criteri per la valutazione individuale per l'anno 2017. È una grave criticità che l'AOUP si porta dietro, a fronte della quale questa Amministrazione assume l'impegno di sanare entro l'anno in corso, avviando già a settembre i tavoli per la stesura degli atti dovuti, a partire dal Piano Triennale della Performance 2018-2020.

Non me ne vogliano i cittadini né gli stakeholder né l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), cui spetta l'esame di questo documento, del ritardo accumulato in questo anno, triste conseguenza di criticità storicizzate.

La stesura della Relazione è stata condotta seguendo le indicazioni della delibera dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) n. 5 del 07 marzo 2012, in conformità alla quale sono state sviluppate la «struttura» e i «contenuti».

Finalizzata a presentare i risultati raggiunti nel 2016 rispetto agli obiettivi strategici e operativi che l'Amministrazione si era data, la Relazione chiude il «Ciclo di gestione della *performance*» tardivamente avviato nel luglio 2016 con il rilascio degli obiettivi alle unità operative e alle aree.

Sono stati specifico oggetto di rilevamento e riflessione, a consuntivo 2016:

- i risultati organizzativi delle singole unità in cui si articola l'Azienda rispetto agli obiettivi assegnati, e gli eventuali scostamenti;
- i risultati della valutazione individuale, da sempre area di elevata criticità;
- l'analisi del buon utilizzo delle risorse economiche pubbliche – meglio dire «dei cittadini»;
- l'indicazione delle misure correttive da adottare;
- l'avvio di percorsi per superare le criticità nei servizi da erogare;
- l'attenzione ai processi di ristrutturazione e innovazione per realizzare eventuali risparmi economici nella gestione.

Si prendono in esame:

- le caratteristiche della produzione assistenziale e gli eventi gestionali che li hanno determinati;
- i costi sostenuti per l'erogazione di beni e servizi

- gli eventi e le criticità relativi alle fasi del *Ciclo di gestione della performance*:
 1. definizione e assegnazione degli obiettivi, con precisazione degli indicatori di risultato e il peso di ciascun obiettivo;
 2. collegamento tra obiettivi e risorse umane ed economiche;
 3. monitoraggio in corso d'opera ai fini di eventuali azioni correttive;
 4. misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;
 5. accesso ai sistemi premianti;
 6. rendicontazione interna ed esterna.

I Responsabili delle Aree Amministrative, delle Unità di Staff e dei Servizi dell'Azienda hanno collaborato alla stesura del documento fornendo dati e informazioni utili per presentare un quadro quanto più dettagliato possibile della situazione gestionale aziendale all'O.I.V. e agli stakeholder interni ed esterni.

Più che il commento e le spiegazioni sui risultati è l'oggettività dei dati a sostenere quanto la Direzione Strategica ha realizzato nel 2016.

La vetusta complessità strutturale a padiglioni del Policlinico Universitario di Palermo, nonostante le imponenti opere di ristrutturazione avviate da qualche anno, lo espongono a gravi inefficienze per via della difficoltà dei collegamenti tra i padiglioni, garantiti solo con ambulanze. Va da sé il disagio che soffrono i pazienti, l'aumento dei costi per via del personale e dei mezzi impiegati allo scopo.

Premesso quanto sopra ricadente nell'ambito dell'assistenza sanitaria, l'AOUP quotidianamente si misura con:

- a. la complessità intrinseca alla sua natura di ente formativo sia per gli studenti dei corsi di laurea magistrale e professionalizzante sia per i medici in formazione, iscritti nelle diverse scuole di specializzazione;
- b. l'obbligo di dover garantire volumi e qualità delle prestazioni assistenziali, giusta convenzione con il SSR, nel massimo rispetto di un quadro di sostenibilità economico-finanziaria e nella prospettiva del vincolo del pareggio di bilancio.

Il documento costituisce occasione opportuna per acquisire utili elementi conoscitivi per trarne le conseguenti indicazioni ai fini della revisione critica dell'operato svolto al 31 dicembre 2016, e per creare le premesse per la correzione delle criticità, avvalendosi dell'ausilio dei Sistemi e dei Piani dei prossimi anni, in modo da rendere possibile un sempre più efficace «ciclo di gestione della *performance*», a tutela dei cittadini, degli operatori sanitari nonché del management aziendale.

Per completezza d'informazione, la Relazione verrà inviata al Magnifico Rettore, affinché dalle risultanze gestionali possa trovare un utile aggiornamento per le eventuali determinazioni che in merito vorrà adottare.

L'organizzazione redazionale della Relazione – secondo quanto previsto dall'art. 15, comma 2, lettera b) del D. Lgs 150/2009 – ha richiesto l'acquisizione di documenti e disposizioni emanate dall'organo di indirizzo politico amministrativo nel 2016, quali:

- a. le direttive generali contenenti gli indirizzi strategici
- b. il Piano di efficientamento esitato nel dicembre 2016
- c. le verifiche in corso d'opera sul grado di conseguimento o meno degli obiettivi strategici
- d. il programma triennale per la trasparenza e l'integrità
- e. il programma triennale per la Prevenzione della Corruzione
- f. il Progetto "Policlinico 2020" esitato dall'Università degli Studi e partecipato dall'AOUP

La Relazione consente di interloquire con le associazioni dei pazienti, il corpo docente dell'Ateneo, le organizzazioni sindacali, fornitori, studenti, medici in formazione e con quanti coltivano giuste attese dai servizi erogati dall'AOUP con l'ausilio di dati oggettivi, obiettivi e risultati.

La Direzione Strategica coglie l'occasione per evidenziare che, per i motivi più sopra citati, ha già avviato le procedure interne per lo sviluppo del Piano della performance per il triennio 2017-2019, servendosi anche delle risultanze dei lavori della "Commissione 2020" istituita dall'Ateneo e partecipata dall'AOUP per il rilancio del Policlinico.

L'Azienda ha sviluppato, per lo stesso periodo, il «Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2016-2018» e il «Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2016-2018»: entrambi regolarmente deliberati e pubblicati nel sito aziendale "Amministrazione Trasparente" entro la scadenza temporale raccomandata del 31 gennaio 2016. Tuttavia, è necessario precisare che, ai sensi della Delibera ANAC 1310/2016 abbiamo unificato con atto deliberativo n. 467 del 22 maggio 2017, la responsabilità della prevenzione della corruzione e della trasparenza in un'unica figura professionale, incaricandola altresì di procedere all'integrazione delle due fattispecie in un unico piano programma.

In merito al «Funzionamento complessivo del sistema di misurazione della *performance*» per l'anno 2016, la relazione dell'OIV è stata in linea generale positivamente esitata, non senza il rilievo della pressoché assente differenziazione della valutazione individuale dei dipendenti, del mancato rispetto della tempistica nell'assegnazione degli obiettivi organizzativi, del silenzio sui criteri da adottare per la valutazione dei dipendenti.

L'OIV nel 2016 ha validato la «Relazione sulla *performance* per l'anno 2015» pur facendo rilevare la necessità di adeguare prassi e comportamenti in aderenza al nuovo percorso instaurato dall'ANAC. In tema di «norme sulla trasparenza», anche se il sito va progressivamente arricchendosi della documentazione dovuta, la Relazione dell'OIV sugli obblighi di trasparenza al 31 gennaio 2017 ha evidenziato il permanere di numerose rilevanti carenze, per la correzione delle quali la Direzione farà gravare sugli insolventi quanto la legge prevede.

I contenuti della Relazione sono stati sviluppati a partire da quelli del «Piano Triennale della performance 2014-2016». Il Piano è rimasto invariato per gli anni 2015 e 2016, soprattutto per la permanente attualità di molti obiettivi la cui attuazione è in itinere.

Inoltre, in forza del D.M. 70/2015 la Direzione con la deliberazione n. 394 del 4 maggio 2017 ha emanato il nuovo Atto aziendale, approvato dall'Assessorato con D.A. 1262 del 23 giugno 2017. Rimangono da aggiornare le procedure per l'adeguamento agli standard qualitativi e alla dotazione organica essendo stata l'AOUP riclassificata quale DEA di II livello. L'Azienda.

Nel redigere la Relazione si è tenuto anche conto dei contenuti dei verbali delle sedute dell'organo di controllo O.I.V., chiamato a sorvegliare anche in merito alla tempestiva e corretta applicazione delle norme ex D. Lgs. 150/2009 e s.m.i., sulla trasparenza e prevenzione della corruzione.

Le informazioni sulle caratteristiche della produzione assistenziale sono state assunte dal sistema intranet aziendale e dai documenti di bilancio.

A conclusione di questa breve presentazione generale, è giusto dire che per la stesura del presente documento ci si è appellati ai criteri della:

- *conformità (compliance)* al D. Lgs. 150/2009, alla predetta linea guida del 2012; al D. Lgs. 33/2013; al D. L. 90/2013; alla Determina ANAC n. 12 del 2015.
- *attendibilità* dei dati e delle informazioni riportati;
- *comprensibilità* per facilitare 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, 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) e della Prevenzione della Corruzione.

La sezione si sviluppa in quattro paragrafi volti a descrivere:

- Il *contesto* esterno di riferimento
- L'Amministrazione
- I risultati conseguiti
- Le criticità e le opportunità

2.1 Il contesto esterno di riferimento

Nel 2016, in dipendenza dell'art. 1, comma 528 della Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, il Ministero della Salute ha emanato il decreto 21 giugno 2016 disponendo per le aziende in deficit di predisporre il Piano di rientro, poi aggiornato in "Piano di efficientamento. Questa AOUP è tra quelle interessate al provvedimento, ma esclusivamente per la parte relativa al deficit di bilancio.

Pur scaduto il contratto con la RTI per l'assistenza alle aziende ai fini dell'autosufficienza gestionale, l'Assessorato ha continuato a mantenere i consulenti in azienda in regime di prorogatio, per l'attuazione del progetto dell'Assessorato della Salute ex art. 79, comma 1 sexies, lettera c), del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni in legge 6 agosto 2008, n. 133 e s.m.i.

La peculiarità formativa e la vocazione all'alta specialità e alla ricerca impongono alla Direzione Strategica di perseguire, parimenti, elevati i livelli qualitativi dei servizi di supporto offerti, agendo sul miglioramento dell'efficienza organizzativa, sulla gestione del rischio, orientando l'attenzione al paziente oltre che alla buona gestione della risorsa umana. Ciò in un'ottica di sana competizione professionale con le analoghe istituzioni universitarie e con le aziende limitrofe.

L'attrazione geografica dei pazienti è sostanzialmente invariata rispetto al 2015: l'83,6% proviene dalla città di Palermo e provincia, il 6,1% da Agrigento, il 6,3% da Trapani. Da segnalare l'1,1% di cittadini extra regione e stranieri.

L'assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali da parte dell'Assessorato, distinti in obiettivi contrattuali e obiettivi di salute, sottoposti a verifica periodica congiunta da Assessorato e Agenas. Nel 2016 la verifica è stata positiva per il Direttore Generale pro tempore.

2.2 L'Amministrazione

Relativamente alle azioni amministrative che hanno caratterizzato il contesto interno dell'Azienda, si segnalano sinteticamente i punti ritenuti di maggior rilievo:

1. Sul piano della gestione delle risorse umane, si sono avuti i seguenti interventi:
 - il chirurgo toracico ha avviato le sue attività
 - è stato posto in servizio il Direttore dell'UO di Urologia
 - sono stati nominati i Direttori di dipartimento, vista l'approvazione dell'Atto Aziendale
 - sono stati nominati i direttori di unità operativa in subentro alle sedi vacanti

- l'Area Provveditorato è stata diretta *ad interim* da un dirigente dell'ASP di Agrigento
- il Responsabile della Programmazione, Controllo di Gestione e Trasparenza è andato in quiescenza
- l'indagine sul Benessere Organizzativo condotta nel 2015, non è stata rinnovata nel 2016;
- è stato sostituito il personale infermieristico uscito per quiescenza, a parziale carico economico dell'Ateneo con personale a totale carico aziendale, quindi con aggravamento dei costi dell'Azienda

Le tabelle seguenti presentano la variazione per qualifica e numero di unità del personale in servizio in Azienda.

Tabella 1 – Risorse umane: differenze 2015 vs 2014. (Dati forniti dall'Area Risorse Umane)

Area di appartenenza	Personale Aziendale 2016		Personale Universitario 2016		2016	2015	2016 vs 2015
	Tempo determinato	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Tempo indeterminato			
Dirigenti Medici	82	192		233	507	513	-6
Dirigenti Medici UOC					35	43	-8
Dirigenti Sanitari	4	21		45	70	70	0
Dirigenti Sanitari UOC		1		2	3	3	0
Dirigenti Tecnici				51	51	54	-3
Dirigenti Amministrativi	1			3	4	4	0
Dirigenti Amministrativi UOC							
Dirigenti Professionali				5	5	6	-1
Dirigenti Professionali UOC				1	1	2	-1
Amministrativi Comparto	62	1		170	233	243	-10
Tecnici del Comparto	102	1		286	389	379	+10
Sanitari del Comparto	223	387		236	846	845	+1
Professionali comparto	1	0		2	3	4	-1
Sub totale	476	602		1031	2108	2118	-10
Assistenti Religiosi	2				2	2	0
Co. Co. Co.	21				21	19	+2
Borsa di studio	39				39	22	+17
Organo direttivo Direzione	3				3	3	0
Totale	541	602		1031	2173	2164	+9

Il sub totale al 31/12/16 è pari a 2108 unità, cui vanno aggiunti 9 unità in comando in entrata in pari data e 3 unità in convenzione con PARNAS Civico per il funzionamento della camera iperbatica. Fuori dotazione organica sono n.11 operai agricoli. Il totale complessivo con gli Organî, il personale in convenzione, i co.co.co. e i borsisti è 2.173 unità (esclusi gli operai agricoli).

Tabella elaborata sui dati al 31/12/2016 a cura dell'Area Risorse Umane, Ufficio monitoraggio costi del personale.

Si registra un ritardo accordo con l'Amministrazione universitaria per la redistribuzione del personale da essa dipendente e afferente ai Dipartimenti assistenziali.

2. Sul piano delle azioni amministrative e gestionali:

- sono proseguite le attività per l'adeguamento alle disposizioni impartite dalle linee guida regionali per il Controllo di Gestione;
- è stato perseguito l'obiettivo dell'autosufficienza nella gestione dei flussi ex art. 79 anche se non completamente raggiunto;
- è stato approvato il nuovo Atto aziendale, che ha modificato la struttura organizzativa in aderenza alle linee guida emanate dall'Assessorato;
- è stata predisposta la nuova dotazione organica e sottoposta all'approvazione dell'Assessorato;
- avviata e non completata la riorganizzazione centralizzata degli uffici amministrativi periferici per gli acquisti presso i dipartimenti;
- sono stati puntualmente perseguiti e raggiunti gli obiettivi assegnati dall'Assessorato della Salute tra cui la partecipazione, con le altre aziende cittadine, alla definizione dei Piani Attuativi Aziendali;
- la verifica a metà mandato nel 2016 è risultata positiva per il Direttore Generale dott. Renato Li Donni;
- la consistenza numerica del personale dipendente al 31 dicembre 2016 è in tabella 1 e in confronto con il 2015.
- l'Università ha rinnovato la borsa di studio all'unità di personale assegnata all'UO Programmazione, Controllo di Gestione e SIA.
- Per arricchire le informazioni sulle risorse umane, è stata stipulata la Convenzione con il CINECA.
- 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.

3. Sul Piano dei Controlli Interni:

- L'AOUP ha ricevuto in diverse relazioni della Corte dei Conti una serie di rilievi a fronte dei quali ha fornito puntuale risposte.
- L'AOUP ha recepito le segnalazioni pervenute sia dall'OIV che dal Collegio Sindacale.
- Le relazioni sindacali sono state improntate all'insegna della reciproca collaborazione e nel rispetto dei ruoli.

2.3 I risultati raggiunti

Di seguito si presentano i risultati che l'Amministrazione ha conseguito nel 2016 in confronto con quelli del 2015.

➤ In ambito assistenziale:

- è rimasta alta l'attenzione verso la de-ospedalizzazione dell'assistenza ai fini dell'applicazione del DA 2533/2013. È migliorato il rapporto tra numero di DRG non appropriati in regime ordinario e diurno sul numero in DSAO: ridotto l'abbattimento dei rimborsi;
- stante la carenza di una sede fisica in cui ospitare i pazienti in OBI e in attesa del completamento delle opere edili della nuova area di emergenza urgenza, è stato attivato un modello organizzativo sperimentale istituendo dei posti letto tecnici dedicati presso le UO specialistiche di competenza»: in altri termini è stata realizzata un'OBI con 1-2 posti letto per le osservazioni in acuto nelle unità specialistiche di pertinenza;
- i volumi di attività in regime di ricovero ordinario sono diminuiti. È stato recepito l'orientamento strategico verso la complessità clinico assistenziale, relegando all'ambulatoriale quella a minor richiesta di impegno, salvaguardando la sicurezza dei pazienti. In apposite tabelle allegate si evidenzieranno le caratteristiche della *performance* clinico assistenziale e l'investimento in risorse per l'esecuzione.
- al contrario poco, invece, si è potuto incidere, sotto il profilo dell'efficienza organizzativa, per quanto riguarda la lamentata criticità dovuta al trasferimento dei numerosi pazienti dal Pronto soccorso e dai diversi reparti di degenza ai centri erogatori delle prestazioni intermedie e da qui il ritorno in tempi contenuti alle rispettive sedi di accoglienza o ricovero. Ciò comporta un dannoso e costoso allungamento dei tempi dei processi assistenziali e della durata della degenza.

➤ In ambito organizzativo gestionale:

- vari acquisti di beni sanitari sono stati trasferiti dalle segreterie amministrative dei dipartimenti alla Farmacia: la centralizzazione parziale delle procedure d'acquisto ha già determinato positivi effetti in termini di economia di scala, intervenendo sulla riduzione degli sprechi e, di conseguenza, liberando risorse;
- La ditta Xenia ha proseguito le procedure per la fornitura del nuovo progetto di *Business Intelligence* che farà conglobare in unico *data warehouse* tutte le informazioni. L'UO Controllo di Gestione, SLA ha seguito i lavori affinché la reportistica sviluppata soddisfi le necessità dell'Azienda e sia coerente con le impostazioni richieste dai diversi uffici e centri di responsabilità fruitori.

➤ Investimenti sulle tecnologie sanitarie

(Dati forniti dal Responsabile dell'Ingegneria Sanitaria)

Uno dei fattori principali che influisce sulle *performance* di un'Azienda Ospedaliera è senza dubbio la disponibilità di apparecchiature elettromedicali di livello avanzato e il loro costante aggiornamento. Grazie al rinnovo delle tecnologie biomediche è possibile diminuire l'incidenza dei guasti e garantire la continuità assistenziale. Per tale ragione l'AOUP, malgrado sia risultata l'unica azienda che non ha ancora fruito dei fondi ex art 20 della legge 67/1988, pur nella difficoltà di reperimento dei fondi economici necessari, ha intrapreso nel 2015 un piano di ammodernamento volto non solo ad incrementare la risorsa tecnologica, ma anche a sostituire, per quanto possibile, il parco macchine esistente.

In particolare si riportano gli interventi previsti nel piano degli investment per l'anno 2016, che sono stati effettuati.

1. Chiusura dei lavori per la ristrutturazione del plesso di chirurgia Plastica (cofinanziati con fondi ex art.20/L.67 del 1988).

Inoltre, con fondi di bilancio :

2. realizzazione impianti gas medicinali (IGM) per i due gabinetti di emodinamica del reparto di Cardiologia;
3. realizzazione di impianti gas medicinali per i gabinetti di radiodiagnostica al p.r. del plesso di radiodiagnostica;
4. realizzazione collegamento ipogeo fra il plesso di medicina legale e la nuova Morgue;
5. realizzazione del magazzino centralizzato presso ex medicina del lavoro;
6. realizzato nuovo front office Ticket presso il plesso Edificio servizi al piano rialzato,
7. adeguamento gas medicinali per il plesso di Clinica medica II^.

➤ **Rapporti con l'utenza**
(Dati forniti dal Responsabile URP e Comunicazione)

a) **Attività del Comitato Consultivo Aziendale – anno 2016**

Le attività delle Associazioni del CCA, condotte in collaborazione con lo Staff Comunicazione dell'Azienda, nel 2016 hanno principalmente riguardato:

- Condivisione del monitoraggio del Piano Attuativo dell'area metropolitana di Palermo 2016-2017, nell'area di intervento 5 "Sviluppo Organizzativo" ed in particolare delle azioni riguardanti la comunicazione;
- Collaborazione al progetto per la costituzione e l'avvio della "Rete Civica della Salute in Sicilia" che ha lo scopo di favorire il miglioramento della comunicazione istituzionale sanitaria e sensibilizzare i cittadini sul corretto utilizzo dei servizi;
- Adesione, in qualità di organismo di partecipazione civica già costituito presso l'Azienda, alla Ricerca Autofinanziata 2015 "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino";
- Partecipazione alla Direttiva assessoriale nota prot. n. DASOE/5 n. 88278 del 18/11/2015, per la conduzione dell'indagine di customer satisfaction sulla valutazione della qualità dei servizi;
- Partecipazione alla seconda Giornata della Trasparenza dell'AOUP Giaccone nella quale è stata presentata dalla dott.ssa Licata e dalla dott.ssa Pensabene la relazione dal titolo "La collaborazione dei cittadini nei processi di valutazione in sanità";
- Partecipazione al Convegno sulle malattie rare del 29 febbraio dell'Associazione IRIS;
- Partecipazione al Convegno sulla disabilità del 9 aprile dell'Associazione MonsRealis;
- Partecipazione al corso di formazione dell'Associazione Volontari Ospedalieri;
- Partecipazione al 2° Convegno SIDS-ALTE sulla protezione del bambino e del lattante del 16 dicembre presso l'Ospedale Buccheri La Ferla;

b) Analisi della «Qualità percepita» e report sui reclami

I disservizi lamentati dall'utenza e per i quali l'Azienda è stata destinataria di reclami, sono particolarmente concentrati sul rispetto della tempistica e della puntualità nell'erogazione delle prestazioni, e sugli aspetti organizzativi, burocratici e amministrativi, in percentuale non sostanzialmente differente rispetto all'anno precedente.

I giudizi degli utenti intervistati ai fini della valutazione della qualità percepita, sono risultati abbastanza positivi: il 94% delle persone in una scala da 1 a 10 ha dato almeno 6 come valutazione e il 96,28% consiglierebbe questa struttura ad amici e parenti.

<http://www.policlinico.pa.it/portal/pdf/news/2017/giugno/Rilevazione%20qualitapercepita.%20Report%202016.pdf>

2.4 Criticità e Opportunità

Si desumono dal piano triennale della performance le criticità e opportunità rilevate al 31 dicembre 2016.

- a. Le principali «criticità» rilevate dallo scarto tra i risultati degli obiettivi conseguiti rispetto agli attesi e che sono meritevoli di essere risproposti:
- report quadrimestrale sugli interventi edilizi impiantistico strutturali
 - piano di miglioramento degli standard igienici all'interno dei reparti
 - piano di miglioramento degli standard igienici all'esterno dei reparti
 - piano di miglioramento dello standard alberghiero
 - piano per lo sviluppo delle pari opportunità
 - l'Indagine sul Benessere Organizzativo
 - avvio del «Ciclo della *performance*» con tempistica puntuale
 - report annuale sul grado di raggiungimento degli standard di qualità
 - rilascio del regolamento per l'erogazione di un indennizzo automatico e forfettario all'utenza (D.lgs. n. 198/2009)
 - centralizzazione delle unità endoscopiche
 - attivazione dei PL in lungodegenza come da Piano Regionale
 - appropriato utilizzo della diagnostica di laboratorio
 - attivazione del Protocollo informatizzato
- b. Le «opportunità» in termini di «obiettivi e risultati» maggiormente sfidanti risiedono nel perseguire maggiore efficienza organizzativa e maggiore appropriatezza. Per il raggiungimento di questi scopi l'AOUP,
- ha attivato:*
- benchmark frequenti e discussi con gli interessati con i risultati di altre aziende del territorio a mezzo del P.R.O.D. della Regione Sicilia
 - benchmark frequenti e discussi con gli interessati con i risultati diffusi dal Piano Nazionale esiti del Ministero della Salute;
- si propone di attivare:*
- lo sviluppo di linee complete assistenziali sì da prendere in carico il paziente all'interno di un percorso che si sviluppi a partire dai sintomi iniziali, fino alla diagnosi e, quindi, alla terapia;
 - piano di sviluppo tecnologico coerente con le finalità di cui al punto precedente;
 - piano di sviluppo edilizio in armonia con il punto precedente;
 - le attività assistenziali in coerenza anche ai piani di sviluppo universitari.

Le azioni che la Direzione ha individuato per superare le criticità sono:

- puntuale avvio del «Ciclo della Performance»
- stesura di un documento con la definizione degli «standard di qualità» alberghieri e igienici, e sua successiva adozione da parte delle unità operative e aree interessate;
- attivazione della *Stroke unit*
- centralizzazione delle attività endoscopiche
- centralizzazione degli acquisti dei beni sanitari
- controllo ispettivo delle giacenze di magazzino
- rispetto dei tempi di pagamento ai fornitori

3. Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti

In questa sezione vengono presentati i risultati di *performance* conseguiti dall'Azienda nel corso dell'anno 2016 secondo una logica a cascata. Si articola in quattro paragrafi:

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

3.1 Albero della *performance*

La rappresentazione visuale sintetica e complessiva della *performance* dell'Amministrazione si avvale visivamente dell'albero della *performance* sviluppato nel Piano triennale 2014-2016, e integrato in questa sede con l'indicazione dei «risultati raggiunti» per ciascun obiettivo. Si evidenzia il grado di conseguimento dell'obiettivo e il riferimento al valore programmato.

Tabella 2: Albero della *performance*

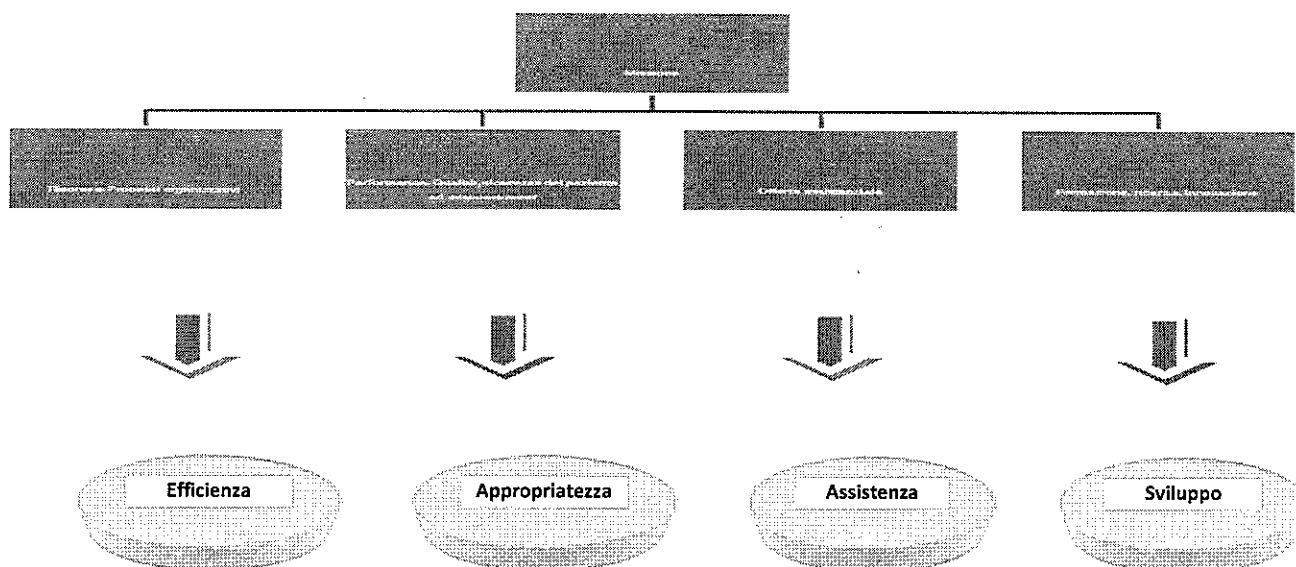


Tabella 3 - Aree strategiche ed obiettivi strategici

Dalle aree strategiche individuate discendono a cascata gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi di *performance* organizzativa e individuale.

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 del 2016 sono i medesimi del 2015, come si evince dal Piano Triennale sulla Performance 2014-2016.

Gli obiettivi non raggiunti o parzialmente raggiunti nel 2015, essendo di grande rilevanza per l'AOUP, sono stati riproposti per l'anno 2016.

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 ANAC n. 5/2012, corredata delle nuove istruzioni rilasciate nel 2013, si è predisposta una tabella di sintesi facente parte dell'allegato 2 del presente documento, a cui si rimanda. Rispetto ai risultati programmati le cause di scostamento sono principalmente dovute, a:

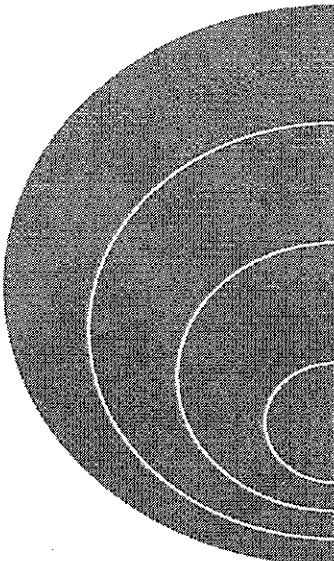
- a) numerosi cantieri avviati per la ristrutturazione di diversi padiglioni dell'Azienda e per la costruzione dei tunnel di collegamento e la realizzazione degli ambienti tecnici, a tutt'oggi in corso;
- b) sovraccarico in sede amministrativa per superare le criticità per il corretto confezionamento dei pilastri "Beni e servizi", "Personale" con la complicazione della produzione delle annesse tabelle raccolta dati.

La Direzione non ha proceduto a riunioni o assemblee per la sensibilizzazione e il coinvolgimento degli *stakeholder* interni ed esterni all'AOUP, né si è proceduto a significativa condivisione dei peculiari momenti gestionali, vista le condizioni di disagio in cui versa la struttura.

Gli obiettivi scelti non sono legati a mera autoreferenzialità, ma sono orientati allo sviluppo di tappe obbligate per la soluzione di criticità in funzione delle priorità.

Prescindendo dal doveroso (talvolta impegnativo) riscontro delle richieste di acquisizione di documenti inoltrate dalla Autorità Giudiziaria, va evidenziato come l'AOUP, già dal 2015 ha dovuto seguire i processi di approvazione dei bilanci degli anni precedenti, fornendo chiarimenti all'Assessorato per la Salute, al Collegio Sindacale nonché alla Corte dei Conti.

Nell'Allegato 2 e in tabella 4 si riporta il riepilogo degli obiettivi strategici, che, congiuntamente alla Relazione, saranno inviati per posta elettronica dell'ANAC.



1	RISORSE ED ORGANIZZAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Contenimento spesa • Interventi impiantistico-strutturali • Igiene ambientale • Risorse Umane • Sicurezza dei luoghi di lavoro
2	PERFORMANCE/ QUALITÀ/RISCHIO CLINICO/EMPOWERMENT	<ul style="list-style-type: none"> • Performance • Standard di Qualità dei Servizi • Sicurezza dei pazienti • Programma Nazionale Esiti • Dualità percepita • Accredimento strutture • Trasparenza • Legalità e prevenzione della corruzione
3	PRODUZIONE ASSISTENZIALE	<ul style="list-style-type: none"> • Riorganizzazione funzionale • Offerta assistenziale • Buon utilizzo delle risorse • Appropriata • Integrazione e Reti assistenziali • Percorsi assistenziali
4	FORMAZIONE, INNOVAZIONE e SVILUPPO	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo competenze • Ammodernamento tecnologico • Ammodernamento strutturale • Digitalizzazione • Internationalization • Integrazione Agenda-Università

Tabella 4: - Obiettivi strategici: risultati 2016

Obiettivo strategico	Indicatori	Peso ob.vi	Risorse umane e finanziarie	Strutture e Responsabili	Valore ob.vi	% raggiungimento	Risultato atteso / raggiunto	Cause degli scostamenti
Risorse e organizzazione	Formulazione del Piano di Efficientamento e invio all'Assessorato	40	Gruppo di lavoro multidisciplinare	-Direzione Generale	100%	100%	40	Risultato raggiunto
	Spese del personale pari al 2015	25	Nessun investimento aggiuntivo	Area Risorse Umane	Si/No	No	0	Proroghe dei contratti a tempo determinato (Blocco del turnover)
Performance / Qualità / Rischio Clinico / Empowerment	Sviluppo della "Qualità" come sistema e standard dei servizi	10	Nessun investimento aggiuntivo	Direzione sanitaria	Si/No	No	0	Mancata definizione degli standard dei servizi
Produzione assistenziale	Volumi in regime ordinario, Appropriatazza, Complessità	5	Investimenti nelle unità operative	Direzione Sanitaria, Programmazione e C.d.G.	100%	80%	4,0	Continua la flessione nelle UO di Medicina
	Sviluppo strutturale	5		Ufficio Tecnico	100%	70%	3.5	Carenze di personale
Formazione / Innovazione e Sviluppo	Sviluppo tecnologico	5	Investimenti programmati	Ingegneria Sanitaria	100%	70%	3.5	Carenze di personale
	Sviluppo dei sistemi operativi	5		S.I.A. e Provveditorato	100%	70%	3.5	Carenze di personale
	TOTALE	100					54,5%	

3.3 Obiettivi e piani operativi

Vengono sviluppati gli «obiettivi operativi» e i «piani di attività» con criteri analoghi a quelli della sezione precedente.

La descrizione dei risultati raggiunti è formulata in modo che sia sufficiente a delineare il quadro generale dei risultati ottenuti.

Per ciascun obiettivo e relativi piani operativi di attività, sono state indicate le stesse informazioni richieste per gli obiettivi strategici del paragrafo precedente.

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, le informazioni nel nostro sito vanno progressivamente aumentando, anche se rimangono molto lacunose nonostante i ripetuti solleciti.

Di seguito, la tabella con gli obiettivi operativi e le informazioni richieste per ciascuno di essi.

Tabella 5 – Obiettivi e piani operativi

AREA	FATTORE	PESO	TARGET PROGRAMMATO	RISULTATO	%	PESO
Efficienza ed economicità di gestione	Contenimento dei costi	4	Contenere i costi di beni sanitari e servizi secondo il preventivo economico e in relazione ai volumi e complessità delle prestazioni erogate.	Non realizzato	0	4
	Interventi impiantistico strutturali	4	Rilasciare un report quadrimestrale sulle manutenzioni e mantenimento dei limiti di spesa	Non realizzato	0,0%	0
		2	Attività di controllo nei cantieri edilizi (campionamenti microbiologici e analisi della qualità dell'aria)	Realizzato	100%	2
		2	Sorveglianza quotidiana del capitolato d'appalto dei servizi esternalizzati di pulizia e sanificazione affidati alla Coop-Service SCPA	Realizzato	100%	2
	Igiene ambientale	2	Analisi della qualità delle acque	Realizzato	100%	2
		2	Sorveglianza dei percorsi pulito-sporco	Realizzato	100%	2
		2	Adesione e traduzione delle norme e delle linee guida	Realizzato	100%	2
		2	Mantenere il numero di unità invariato.	Realizzato	100%	2
	Risorse umane	2	Mantenere l'assistenza ai diversamente abili	Realizzato	100%	2
		2	Utilizzare i dati sull'indagine sul benessere organizzativo	Non realizzato	0,0%	0
		4	Adeguamento alle norme	Risultato parziale	70%	2,8
	Performance / Qualità / Rischio clinico / Empowerment	Performance	3	Realizzare le azioni previste dal D. Lgs. 150/09	Parzialmente realizzato	40%
Standard di qualità dei servizi		4	Definizione degli standard di qualità in apposito documento: 31.12.2015	Non realizzato	0,00%	0,0
Sicurezza dei pazienti		3				
Piano Nazionale Esiti		3	Promozione del benchmark per le patologie più frequenti.	Parzialmente realizzato	50	1,5

AREA	FATTORE	PESO	TARGET PROGRAMMATO	RISULTATO	%	PESO	
	Qualità Percepita	3	Promozione dell'indagine sulla <i>customer satisfaction</i> e suo aggiornamento secondo disposizioni Assessorato Salute	Realizzato	100%	3	
	Accreditare le strutture	4	Accreditamento del SIMT	Realizzato	100%	4	
	Trasparenza	4	Completare inserimento dati nel sito web	Risultato parziale	60%	2,4	
	Legalità e Prevenzione corruzione	4	Predisposizione "Piano triennale" PC	Realizzato	100%	4	
	Riorganizzazione funzionale	4	Pianificare il nuovo assetto dipartimentale	Realizzato	100%	4	
	Offerta assistenziale	4	Attivazione OBI decentrata nelle UO	Realizzata	100%	4	
	Buon utilizzo delle risorse	5	Gestione con budget	Realizzato	100%	5	
	Produzione assistenziale			Monitorare i consumi di diagnostica di laboratorio e radiologia.	Realizzato	100%	2,5
		Appropriatezza	5	Migliorare l'appropriato regime di ricovero in base alla complessità della patologia trattata	Realizzato	100%	2,5
		Integrazione e Reti assistenziali	4	Partecipazione aziendale alla realizzazione delle reti assistenziali: 31.12	Realizzato	100%	4
Percorsi assistenziali		3	Programmato il percorso assistenziale "Piede diabetico"	Non realizzato	0,0%	0,0	
Formazione / Innovazione / Sviluppo	Sviluppo delle competenze	3	Esecuzione dei corsi programmati dall'AOUP	Realizzato	100%	3	
	Aggiornamento tecnologico	3	Collaudare le tecnologie consegnate	Realizzato	100%	3	
	Aggiornamento strutturale	3	Collaudare e consegnare le opere strutturali programmate	Realizzato	30%	0,9	
	Digitalizzazione	3	Realizzazione delle azioni finalizzate: 31.12	Realizzato	30%	0,9	
	Integrazione Azienda e Università	6	Tavolo tecnico per la progettazione del Policlinico 2020; Piano di Efficientamento; Implementazione rete ospedaliera	Realizzato	100%	6	
	Totale		100				72,7

- Risultati in materia di trasparenza e integrità:
 - i. Stato di attuazione del Programma triennale*
 - esitato il Piano Triennale della Trasparenza 2016-2018
 - mancata nomina del Responsabile unico Trasparenza e Prevenzione della corruzione
 - eseguiti numerosi solleciti per incrementare il popolamento, non ancora soddisfacente, della sezione «Amministrazione Trasparente».
 - ii. Partecipazione dei cittadini e degli altri stakeholder, in termini di feedback sui dati pubblicati e di conseguente individuazione di ulteriori dati da pubblicare oltre a quelli obbligatori.*
 - Bassa la partecipazione dei cittadini e di altri *stakeholder*. Non vi sono segnalazioni aggiuntive oltre alle obbligatorie.
 - iii. Coinvolgimento e relativi feedback di cittadini e degli altri stakeholder nelle iniziative per la trasparenza e integrità.*
 - Bassa partecipazione dei cittadini alla Giornata per la Trasparenza.
- Per i servizi offerti dall'AOUP e i relativi standard di qualità, come previsto dalla delibera ANAC n. 5/2012, si evidenzia che:
 - I. lo stato di avanzamento del processo di definizione degli standard di qualità è stato definito per i servizi a maggior rischio.

3.4 Obiettivi individuali

La procedura di assegnazione, monitoraggio e definizione dei risultati della valutazione individuale non è sufficientemente presidiata in Azienda nei diversi passaggi del suo svolgersi. È mancata una valutazione in corso d'opera. Come gli altri anni, oltre l'85% del personale riceve una misurazione della performance individuale tra il 96 e il 100%. Valutazioni scarsamente differenziate.

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 i risultati attesi di bilancio», come previsto dall'art. 22 del D. Lgs. n. 91/2011: dall'anno in corso lo prevede.

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 2016 ha chiesto all'AOUP un piano di rientro per bilanciare non tanto l'aumento dei costi, ma il deficit concretizzato con i minori rimborsi, a fronte della quale perdita la Regione ha erogato un contributo di sostegno. L'AOUP ha adottato diverse misure, in ambito organizzativo, che hanno innescato un meccanismo virtuoso, sia sui costi che sui rimborsi, ma non tali da poter conseguire il pareggio di bilancio.

I costi complessivi dei materiali sanitari per l'erogazione delle prestazioni sono stati contenuti nei limiti del preventivo economico, anche se nel corso del 2016 l'U.O. di Cardiochirurgia ha assorbito un maggior volume di risorse per via dell'apertura all'urgenza. 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 in funzione del costante monitoraggio dei volumi e delle tipologie di prestazioni erogate.

In ogni caso, nel «Piano della *Performance* 2017-2019» il tema delle ristrutturazioni funzionali e degli obiettivi di efficienza organizzativa saranno oggetto di analisi approfondita e di conseguenti decisioni, anche perché si sarà in prossimità della chiusura dei cantieri.

Altre attività, quali la gestione degli obiettivi organizzativi e individuali e la stesura di diversi documenti sono stati elaborati dal Responsabile dell'UO Programmazione e Controllo di Gestione. 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.

5. Punti di forza e punti di debolezza

Nel paragrafo seguente sono stati rilevati gli elementi caratteristici della produzione assistenziale e l'attività di *governance* svolta dall'Azienda. Si riferirà sugli elementi che hanno costituito momenti di flessione della produzione, oltre a quelli che hanno inciso sulla capacità di rimborso a causa delle variazioni tariffarie della Regione, peraltro modeste.

- a) Nel corso del 2015 la sede del Pronto Soccorso è stata trasferita nei locali originariamente occupati. Questo non ha aperto le possibilità di fruizione di spazi idonei all'apertura dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI). Permane invariata, quindi, una situazione organizzativa che espone l'Azienda, e per essa le UO, a dover subire un carico di ricoveri ad elevato rischio di non appropriatezza.
- b) Ai fini dell'analisi della contrazione della domanda sanitaria, non si può escludere che il peggioramento delle condizioni economiche dei cittadini siciliani, e non solo, abbia fatto declinare la giusta attenzione alla tutela della salute. Tale calo del resto è stato registrato in altre

aziende ospedaliere, e non solo regionali: si rimanda al Rapporto di Osservasalute 2015, che ha evidenziato dopo tanti anni di crescita, la riduzione dell'attesa di vita e gli insufficienti investimenti in prevenzione.

- c) Ancora elevato, seppur decrescente, il valore dell'abbattimento tariffario subito dall'Azienda nel 2016 a fronte di quello del 2015.
- d) La Cardiocirurgia ha continuato ad operare anche in urgenza.
- e) La Neurochirurgia ha incrementato l'operatività, specie a favore degli interventi che utilizzano gli impianti di protesi e particolari dispositivi medici.
- f) Nel 2016 ha preso servizio il Direttore della U.O. di Urologia.
- g) Per far fronte alla mancanza di una sede fisica in cui ospitare i pazienti in OBI e in attesa del completamento delle opere edili della nuova area di emergenza urgenza, si è studiato un modello organizzativo con l'istituzione di posti letto tecnici dedicati all'urgenza presso le UO specialistiche di competenza: un'OBI diffusa e all'interno delle unità specialistiche.
- h) Anche per la riabilitazione post acuzie sia chirurgica che medica, la soluzione che si intende perseguire è quella di assegnare dei posti letto presso le rispettive unità operative.

Di seguito si analizzeranno le risorse strutturali utilizzate e le caratteristiche della produzione assistenziale.

6 La produzione assistenziale

Di seguito si rappresentano gli elementi caratteristici della produzione assistenziale e l'attività di *governance* svolta dall'Azienda. Si riferirà sugli elementi che hanno costituito momenti di flessione della produzione, oltre a quelli che hanno inciso sulla capacità di rimborso a causa delle variazioni tariffarie della Regione, peraltro modeste.

In questi ultimi tre anni la vita ordinaria del Policlinico è stata appesantita dai numerosi cantieri edilizi che continuano ad incidere negativamente sulla viabilità interna, sui collegamenti tra i reparti, con disagio e inefficienze, sia all'utenza interna che ambulatoriale.

- i) Nel corso del 2015 la sede del Pronto Soccorso è stata trasferita nei locali originariamente occupati. Questo non ha aperto, momentaneamente, alla possibilità di fruire di spazi idonei all'apertura dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI) e, pertanto, ha esposto l'Azienda al rischio di dover subire un carico di ricoveri ad elevato rischio di non appropriatezza, che, sia pur con difficoltà, è stato adeguatamente gestito dalla struttura organizzativa aziendale. Infatti, in attesa del completamento delle opere edili della nuova area di emergenza urgenza, si sta studiando un modello organizzativo con l'istituzione di posti letto tecnici dedicati presso le UO specialistiche di competenza: un'OBI diffusa e all'interno delle unità specialistiche.

Anche per la riabilitazione post acuzie sia chirurgica che medica, la soluzione che si intende perseguire è quella di assegnare dei posti letto presso le rispettive unità operative.

- j) Ai fini dell'analisi della contrazione della domanda sanitaria, non si può escludere che il

peggioramento delle condizioni economiche dei cittadini siciliani, e non solo, abbia fatto declinare la giusta attenzione alla tutela della salute. Tale calo del resto è stato registrato in altre aziende ospedaliere, e non solo regionali: si rimanda al Rapporto di Osserva Salute 2015, che ha evidenziato dopo tanti anni di crescita, la riduzione dell'attesa di vita e gli insufficienti investimenti in prevenzione.

- k) Significativamente decrescente il valore dell'abbattimento tariffario subito dall'Azienda nel 2016 a fronte del 2015 (-€ 1.086.000 contro -€ 1.106.000,00 dell'anno precedente). Questo perché si sta procedendo ad una sempre più appropriata codifica delle SDO e, a monte, all'assegnazione dei pazienti al regime di assistenza più adeguato.
- l) Il progressivo avvio del week hospital (per Dermatologia, ORL e Oculistica) ha consentito di ottimizzare l'utilizzo della risorsa infermieristica e di rendere più efficiente la loro organizzazione interna.
- m) La Cardiocirurgia ha esteso l'attività all'urgenza con immediato effetto sull'aumento degli interventi chirurgici.
- n) Ricadono sotto la Direzione dell'UO di Anestesia i posti letto di terapia intensiva cardiocirurgica. Prevedendo il DA 835/2014 uno specifico CRIL per il calcolo delle giornate di degenza in terapia intensiva, al fine di enucleare le caratteristiche dei pazienti ivi ricoverati si sta procedendo affinché gli stessi assumano la codifica dei posti letto di terapia intensiva.
- o) La Neurochirurgia ha incrementato l'operatività, specie a favore degli interventi che utilizzano gli impianti di protesi.
- p) Un significativo efficientamento nella distribuzione dei presidi, con l'ottenimento di economie di scala e abbattimento degli sprechi, è stato raggiunto mediante l'affidamento al Direttore dell'UO di Anestesia e Rianimazione della gestione centralizzata del materiale anestesilogico in uso in tutte le sale operatorie dell'Azienda.

Di seguito si analizzeranno le risorse strutturali utilizzate e le caratteristiche della produzione assistenziale.

La dotazione funzionale dei posti letto è quella di cui alla tabella 1, suddivisi per le diverse aree, per regime di ricovero, per acuti e cronici. I dati sono stati rilevati dall'intranet al 31.12.2016.

Tabella 6: Dotazione in posti letto

Per acuti	Regime	Posti letto n.
Area Medica	Ordinario	203
	Diurno	32
Week hospital (Dermatologia, Oculistica, Otorino)	Ordinario	14
	Diurno	10
Area Chirurgica	Ordinario	177
	Diurno	23
Intensiva e sub-intensiva	Ordinario	29
	Diurno	1
Radiologia interventistica	Diurno	1
Non per acuti	Regime	Posti letto n.
Lungodegenza	Ordinario	8
Riabilitazione	Diurno	3
Nido	Ordinario	10
Totale		511

Al regime ordinario per acuti nel 2016 sono stati destinati in toto 452 posti letto, di cui n. 234 all'area medica (51,72%), 189 alla chirurgica (41,8%) e 29 (6,41%) per assistenza intensiva e sub intensiva. Dentro l'area medica stanno anche i 2 posti letto del week hospital di Dermatologia. Alla degenza diurna sono stati assegnati 70 posti letto, di cui 34 (48,5%) all'Area Medica; 31 (44,2%) alla Chirurgica; 1 (1,4%) all'Intensiva e Sub-intensiva, 1 (1,4%) alla Diagnostica Radiologica per le attività interventistiche.

I posti letto non per acuti sono così distribuiti: Nido 10 PL, Lungodegenza 8. Sono in via di attivazione 3 P.L. in Fisiatria dedicati alla Riabilitazione di pazienti ricoverati per patologie acute.

La dotazione dei posti letto mediamente attivi in Azienda è pari a 447,3.

L'UO di Dermatologia opera in regime di week hospital, per cui i suoi dati di produzione non rientrano nel complessivo delle altre UO di area medica.

Nella tabella precedente i 6 posti letto assegnati alla Cardiochirurgia per la Terapia intensiva e sub intensiva, sono attribuiti all'Area Medica, ma ai fini del calcolo degli altri indicatori, all'Area Chirurgica perché non scorparabili informaticamente.

Tabella 7 - R.O.: Differenze nell'occupazione media dei posti letto (2016), per Area o UO

Area Medica, Intensiva e Subintensiva	Area Chirurgica	Dermatologia (W. H.) ¹	Lungodegenza	Nido
84,1%	70,1%	14,0%	51,1%	46,0%

Attività di Degenza

A) REGIME ORDINARIO

Permane l'attenzione alla riduzione dei ricoveri non appropriati, richiesta dalla strategia dell'Assessorato Regionale della Salute, trasferendo le prestazioni a bassa complessità ai regimi assistenziali meno onerosi.

La flessione complessiva dei ricoveri in regime ordinario rispetto al 2015 è stata del 4,7%. Rispetto all'attrazione geografica si osserva una riduzione dei ricoveri per i pazienti della provincia di Palermo del 4,6% e per i pazienti delle altre provincie del 5,3% (tab. 3).

Tabella 8: Trend ricoveri ordinari e utilizzo dei posti letto.

Indicatori	2016	2015	2013	Differenza
RO - Numero di ricoveri	15.231	15.992	18.587	-761
RO - Indice di occupazione media posto letto (%)	76,6	71,8	80,4	+4,8
RO - Indice di turnover in regime ordinario	1,30	1,39	1,26	+0,09
RO - Provincia di Palermo	12.759	13.379	15.487	-620
RO - Altre provincie ed extraregione	2.473	2.613	3.100	-140

L'indice di "turnover" espresso in giorni, si mantiene sostanzialmente in linea con l'esercizio precedente (da 1,39 a 1,30).

¹ L'occupazione media è calcolata per cinque giorni a settimana.

Tabella 9: Modalità di accesso dei pazienti.

	2016	2015	2016 vs 2015
Programmato, con pre ospedalizzazione	2.832	3.039	-207
Programmato, non urgente	2.715	2.705	+10
Urgente	9.684	10.248	-564
Totale	15.231	15.992	-761

Prosegue l'incremento virtuoso della pre-ospedalizzazione come nel 2015. Nel 2016 si sono ricoverati con accesso programmato con pre ospedalizzazione il 18,5% del totale di ricoveri, con accesso programmato non urgente il 17,8%. I ricoveri urgenti sono diminuiti di 564 unità.

La tab. 5 mostra i volumi di ricoveri in regime ordinario divisi per area medica e chirurgica; all'interno di ciascuna area opera la divisione dei DRG in medici e chirurgici. La produzione chirurgica è calcolata solo tenendo conto dei DRG chirurgici dimessi dalle UO di chirurgia, escludendo i DRG chirurgici prodotti dalle UO di medicina.

Le UO assistenziali sono state classificate in chirurgiche o mediche in relazione della funzione "istituzionale" dell'UO. È pertanto possibile rilevare DRG di tipo chirurgico in una UO di tipo medico e viceversa. È stata l'area chirurgica a subire in termini assoluti che in percentuale la flessione più consistente nei ricoveri rispetto all'area medica.

Tabella 10: Variazione numero di dimessi per Area e per Tipo di DRG in regime ordinario

	Indicatore	2016	2015	Variazione (Numero e percentuale)
Area Medica	Totale dimessi	8.116	9.023	-907 (-10%)
	Tipo M	7.286	8.119	-833 (-10,2%)
	Tipo C	830	904	-74 (-8,2%)
Area Chirurgica	Totale dimessi	7.115	6.874	+241 (+3,5%)
	Tipo C	5.209	5.097	+112(+2,7%)
	Tipo M	1.906	1.777	+129 (+7,2%)

L'aumento del numero di dimessi di tipo M nell'Area Chirurgica (+7,2%), è uno dei fattori che porta al rischio di non appropriatezza, unitamente ai comportamenti orientati alla «Medicina difensivistica», un

costo che le aziende affrontano a eventuale difesa dei medici e non per l'assistenza dei pazienti. Evidentemente, l'apertura del DSAO, finalizzata a perseguire la riduzione del numero di posti letto nella Regione, richiede in via consequenziale la ridefinizione della dotazione della risorsa, demandata all'approvazione dell'Atto Aziendale e della relativa struttura organizzativa. Il documento è stato recentemente deliberato dalla Direzione Generale.

La durata media della degenza è lievemente aumentata, mentre la pre-operatoria è rimasta invariata (tab. 6).

A parità di durata della degenza media, si registra un aumento della complessità media in termini di peso medio dei DRG dei casi trattati. Ciò incide positivamente sui costi di gestione dei ricoverati, grazie al contenimento della durata della degenza.

Tabella 11 – R.O. - Rapporto tra Durata media della degenza e complessità in termini di peso medio DRG.

Indicatore	2016	2015	Differenza
RO – Degenza media	8,3	7,8	+0,5
RO – Degenza media pre-operatoria	2,4	2,3	+0,1
RO – Peso medio dei DRG	1,33	1,30	+0,03
RO – Rapporto D.M. / Peso Medio DRG	6,24	6,0	+0,24

Si registra una differente *performance* tra le due aree (tab.7): nella chirurgica, alla riduzione della degenza media è corrisposto un incremento del peso medio dei DRG chirurgici, per cui il risultato del rapporto DM / PM è migliorato. Nell'area medica, all'incremento della durata media della degenza non è corrisposto l'aumento della complessità dei casi trattati tale da migliorare il rapporto DM/PM. Conseguenzialmente si è cominciato a sorvegliare in modo peculiare le UO di area medica, al fine di ridurre la durata della degenza sia a mezzo di una più efficiente organizzazione interna alle UO sia in fase di accettazione, prevedendo l'esecuzione di un set assistenziale clinico e indagini strumentali che consentano di evitare lunghe attese per la diagnostica. Quanto detto si ritiene perseguibile anche con l'ausilio di obiettivi operativi per le UO, come del resto è avvenuto in anni precedenti al 2016.

Tabella 12: Rapporto tra Degenza e Peso medio per Area Medica e Chirurgica

	2016	2015	Differenza
Area Chirurgica			
Degenza media	7,513	7,603	-0,09
Peso medio DRG chir.	1,764	1,735	0,029
D. M. / Peso medio DRG chir.	4,259	4,381	-0,122
Area Medica			
Degenza media	9,441	8,619	-0,822
Peso medio DRG medici	1,049	1,056	-0,007
D. M. / Peso medio DRG medici	9,000	8,163	0,837

L'analisi della produzione chirurgica è condotta escludendo i DRG chirurgici delle UO appartenenti all'Area Medica (es. UTIC, Dermatologia).

La complessità media aziendale è aumentata da 1,302 a 1,330 mentre la sola chirurgica da 1,74 a 1,86, sia per l'aumento degli interventi della Cardiochirurgia che per la riduzione dei DRG non appropriati in RO e trasferiti al DSAO.

L'indice chirurgico medio, anche se di poco, è al di sotto del 75,0% raccomandato in quanto sono aumentati i ricoveri chirurgici ma nel contempo i ricoveri di tipo medico nelle chirurgie.

Tabella 13: Caratteristiche della produzione chirurgica in regime ordinario

Indicatore	2016	2015	Differenza
RO – DRG chirurgici prodotti dalle chirurgie (N°)	5.209	5.097	112
RO – Peso medio DRG chirurgici solo chirurgie	1,764	1,740	1,3%
RO – Indice chirurgico medio delle chirurgie(%)	73,2	74,2	1,0
RO. – DRG medici dimessi dalle chirurgie	1.906	1.777	129

Nella tab. 9 la produzione chirurgica è distribuita in quattro fasce di complessità, tarate sull'assorbimento prospettico delle risorse, vale a dire in base al "peso medio".

La fascia più alta ospita soprattutto gli interventi di neuro e cardiocirurgia; quella più bassa anche alcune prestazioni eseguibili in DSAO; nella fascia media la maggior parte degli interventi di chirurgia addominale e alcuni DRG di neurochirurgia.

Tabella 14: Distribuzione della produzione chirurgica per fasce di complessità in regime ordinario

DRG - Fasce di complessità	2016		2015	
	Numero	Percentuale	Numero	Percentuale
Peso ≤ 1,000	2.132	40,9%	2.154	42,3%
Peso 1,001 ÷ 1,499	901	17,3%	900	17,7%
Peso 1,5 ÷ 2,499	1.125	21,6%	1.067	20,9%
Peso > 2,500	1.051	20,2%	976	19,1%

- Peso ≤ 1,000: comprende i DRG a quantità di assorbimento di risorse paragonabili alla colecistectomia laparoscopica senza complicanze, all'intervento di tiroidectomia, al parto cesareo, agli interventi sul testicolo.
- Peso 1,001 ÷ 1,499: comprende gli interventi di ortopedia, di chirurgia oncologica e interventi minori di neurochirurgia.
- Peso 1,5 ÷ 2,499: comprende gli interventi di ortopedia, di urologia e interventi minori di chirurgia addominale.
- Peso ≥ 2,500: comprende tutti gli interventi di cardiocirurgia, la maggior parte degli interventi di neurochirurgia e di chirurgia vascolare, di chirurgia addominale maggiore.

L'analisi dei dati mostra la riduzione del numero dei DRG chirurgici con peso ≤ 1,000 per effetto dell'attività in regime di DSAO. Registra una stabilità in percentuale e in valore assoluto la fascia compresa tra 1 e 1,5 mentre aumenta la fascia tra 1,5 e 2,5. In aumento i DRG a più elevata complessità (tab. 9), che raggiungono il 20,2%, mentre quelli a bassa complessità il 40,9%.

I dati in percentuale sugli interventi inseriti nell'obiettivo «Esiti» mostrano il sostanziale miglioramento rispetto ai risultati dell'anno precedente. Le procedure con risultato positivo hanno confermato la loro *performance*, mentre i parti cesarei primari, pur migliorando notevolmente il risultato in termini percentuali, rimangono al di fuori del target dell'obiettivo (tab. 10).

Tabella 15: Risultato obiettivo "ESITI".

Obiettivo "Esiti"	Target	2016		2015	
		N° Casi	%	N° Casi	%
STEMI - P.T.C.A.	91%	102/107	95,3%	91/98	92,8%
Parti cesarei primari	≤ 20%	176/528	33,3%	183/536	34,1%
Frattura di femore	90%	95/143	64,4%	98/147	66,7%
Colecistectomia Laparoscopica con degenza post operatoria ≤ 3 gg	97%	361/405	89,1%	363/414	87,5%

All'interno della flessione dell'attività chirurgica si nota il calo (-4,3%) degli interventi in anestesia generale, per definizione a più elevata complessità (tab. 11).

Tabella 16: R.O. - Attività chirurgica per tipologia di assistenza anestesiologicala

Procedure anestesiologicalhe: tipologia	2016	2015	Differenza 2016 vs 2015	%
Generale	3.964	4.145	-181	-4,3%
Locale assistita	534	555	-21	-3,7%
Peridurale	135	113	+22	+19,4%
Sub-aracnoidea	921	805	+116	+14,4%
Dei nervi	71	70	+1	+1,4%
Locale	1.086	1.466	-380	-25,9%
TOTALE	6.711	7.154	-443	+7,4%

Le varie tipologie di assistenza anestesiologicala in sala operatoria hanno complessivamente subito una flessione di -6,1%.

Il numero delle procedure anestesiologicalhe riportate in tabella è preso dal registro operatorio informatizzato dove vengono trascritti tutti gli interventi di tutte le U.O., sia chirurgiche che mediche.

La dimensione economica dell'attività assistenziale

La scomposizione dei volumi di rimborso tra le due aree Medica e Chirurgica secondo tariffa dei DRG è presentata in tab. 12. La tabella è alimentata dai dati di produzione estratti dal report "icd9cm" e non tiene conto di abbattimenti per inappropriatezza.

Il risultato tariffario in regime ordinario è diminuito rispetto al 2015 di -€1.356.056 (-1,9%). I dati sono aggregati per area medica e chirurgica con la percentuale della contribuzione di ciascuna di esse al risultato complessivo.

L'area Chirurgica e quella Medica partecipano rispettivamente per il 53,9% ed il 46,1% al conseguimento del risultato tariffario dell'Azienda, con un aumento della chirurgia nel 2015 rispetto all'anno precedente e la flessione delle medicine.

La tariffazione operata dalle U.O. di Cardiochirurgia e Neurochirurgia è trattata a parte in ambito chirurgico perché entrambe sono unità ad alta specializzazione; come pure la tariffazione delle U.O. di Intensiva è trattata a parte anche se in ambito medico.

Tabella 17: R.O. - Rimborsi per Area Medica e Chirurgica. Incidenza di ciascuna area sul totale.

	2016	2015	Differenza	Variazione %
AZIENDA				
RO – Rimborso totale (schede valorizzate)	€ 67.165.144	€ 68.521.200	-€ 1.356.056	-1,9%
CHIRURGIE				
Cardiochirurgia	€ 7.579.760	€ 6.158.135	€ 1.421.625	+23,0
Neurochirurgia	€ 3.928.356	€ 3.964.047	-€ 35.691	-0,9%
UO chirurgiche	€ 24.640.345	€ 24.540.414	€ 99.931	+0,4%
Totale produzione delle UO chirurgiche	€ 36.148.461	€ 34.662.596	€ 1.482.865	+4,2%
<i>Indice produzione della chirurgie</i>	<i>53,9%</i>	<i>50,5%</i>		
MEDICINE				

DRG medici dimessi dalle medicine escluso Intensive	€ 25.759.589	€ 28.170.562	-€ 2.410.973	-8,5%
Nido, Lungodegenza, Fisiatria	€ 468.238	€ 444.854	€ 23.384	+5,2%
Totale produzione delle UO mediche escluso Intensive	€ 26.227.827	€ 28.215.416	-€ 2.387.589	-8,3%
Produzione UO Intensive	€4.788.856	€5.243.187	-€454.331	-8,6%
<i>Indice produzione medicine</i>	<i>46,1%</i>	<i>49,4%</i>		

B) REGIME DIURNO: DH E DSAO

L'appropriato utilizzo dei posti letto in DH è stato particolarmente sorvegliato viste le recenti disposizioni dell'Assessorato Regionale della Salute; si mantiene anche nel 2016 il trend di riduzione dei ricoveri diagnostici e riabilitativi (tab. 13).

Tabella 18: DH, Scomposizione dei ricoveri per tipologia

Tipologia di ricovero	2016	2015	Differenza	Percentuale
Diurno chirurgico	2.635	2.466	+169	+6,8%
Diurno diagnostico e follow up	640	716	-76	-10,6%
Diurno riabilitativo	36	55	-19	-34,5%
Diurno terapeutico	483	578	-95	-16,4%
Totale complessivo	3.794	3.815	-21	-2,5%

La riduzione del numero dei DSAO è da imputare principalmente al trasferimento ad attività ambulatoriale di 1.278 DSAO per la chirurgia Plastica e di 521 per l'Oculistica.

Come ampiamente previsto nella Relazione 2014, la flessione della non appropriatezza ha raggiunto limiti oltre i quali è difficile andare, se non con modifiche strutturali dell'organizzazione dei ricoveri, specie di quelli che arrivano in urgenza dal PS e sono inviati al ricovero, in mancanza dei posti di Osservazione Breve Permanente. La differenza tra i rimborsi 2016 e quelli del 2015 è ormai assorbita dallo svantaggio che aveva creato l'applicazione del decreto 2533/2013 con la riduzione della tariffa delle medesime prestazioni. Quella riduzione era espressione positiva dell'efficace e solerte attenzione del management aziendale nel far propria la strategia della Regione (tab. 14).

Tabella 19: Trend della produzione in regime diurno e di DSAO

Indicatore	2016	2015	Differenza
DH - Numero ricoveri	3.794	3.815	-21 (-2,5%)
DH - Totale rimborsi	€ 4.532.978	€ 4.287.964	€245.014 (+5,7%)
DSAO - Numero prestazioni	8.705	10.777	-2.072 (-19,2%)
DSAO -Valorizzazione	€ 4.588.516	€ 5.622.717	-€ 1.034.201 (-18,3%)
DH - Peso medio dei DRG chirurgici delle chirurgie	0,870	0,850	2,30%
DH - Indice chirurgico delle chirurgie(%)	82,5%	80,3%	+2,8%

Il numero di DRG ad «elevato rischio di non appropriatezza» in regime ordinario e diurno secondo il DA 2533, suscettibili di subire abbattimento tariffario al superamento del valore soglia previsto perché non bilanciati da analoga produzione in DSAO, continua a ridursi (tab. 14). Alcuni DRG appartenenti al DA 2533 seppur di poco sono diminuiti nell'anno 2016 in quanto sono stati opportunamente trasferiti in DSAO. Da ricordare che 1.278 DSAO della Chirurgia Plastica e 521 della Oculistica sono stati trasferiti ad attività ambulatoriale. La tabella seguente mostra la variazione nei vari regimi assistenziali.

Tabella 20: D.A 2533/13 - Variazione della produzione per i DRG « ad elevato rischio di non appropriatezza»

Indicatore	2016	2015	2016 vs 2015
Ricoveri Ordinari	2.312	2.214	98
Ricoveri Diurni	2.063	2.181	-118
Ricoveri DSAO	7.358	9.873	-2.515

Nella tabella seguente sono presentati in dettaglio i primi 62 DRG nei regimi ordinario e diurno più frequenti, elencati nel decreto 2533, con relativo numero complessivo, che sono variati tra il 2016 e il 2015. La tabella mostra per i DRG indicati, complessivamente una riduzione di ricoveri pari a -406 (tab. 16).

Tabella 21: DA 2533/2013 Variazione casi in regime ordinario e diurno (2016 vs 2015)

Codice	DESCRIZIONE	2016	2015	2016 vs 2015
395	Anomalie Dei Globuli Rossi, Età > 17 Anni	210	199	11
183	Esofagite, Gastroenterite E Miscellanea Di Malattie Dell'apparato Digerente, Età > 17 Anni Senza Cc	208	217	-9
206	Malattie Del Fegato Eccetto Neoplasie Maligne, Cirrosi, Epatite Alcolica Senza Cc	144	244	-100
36	Interventi Sulla Retina	132	134	-2
270	Altri Interventi Su Pelle, Tessuto Sottocutaneo E Mammella Senza Cc	87	84	3
466	Assistenza Riabilitativa Senza Anamnesi Di Neoplasia Maligna Come Diagnosi Secondaria	86	89	-3
158	Interventi Su Ano E Stoma Senza Cc	81	96	-15
139	Aritmia E Alterazioni Della Conduzione Cardiaca Senza Cc	77	82	-5
404	Linfoma E Leucemia Non Acuta Senza Cc	66	99	-33
262	Biopsia Della Mammella E Escissione Locale Non Per Neoplasie Maligne	65	73	-8
162	Interventi Per Ernia Inguinale E Femorale, Età > 17 Anni Senza Cc	63	78	-15
134	Ipertensione	63	60	3
163	Interventi Per Ernia, Età < 18 Anni	60	72	-12
369	Disturbi Mestruali E Altri Disturbi Dell'apparato Riproduttivo Femminile	55	79	-24
254	Fratture, Distorsioni, Stiramenti E Lussazioni Di Braccio, Gamba, Eccetto Piede, Età > 17 Anni Senza Cc	55	64	-9
131	Malattie Vascolari Periferiche Senza Cc	52	59	-7
88	Malattia Polmonare Cronica Ostruttiva	52	58	-6
184	Esofagite, Gastroenterite E Miscellanea Di Malattie Dell'apparato Digerente, Età < 18 Anni	41	68	-27

Codice	DESCRIZIONE	2016	2015	2016 vs 2015
243	Affezioni Mediche Del Dorso	32	42	-10
229	Interventi Su Mano O Polso Eccetto Interventi Maggiori Sulle Articolazioni, Senza Cc	32	21	11
249	Assistenza Riabilitativa Per Malattie Del Sistema Muscolo-Scheletrico E Del Tessuto Connettivo	29	43	-14
399	Disturbi Sistema Reticoloendoteliale E Immunitario Senza Cc	29	35	-6
503	Interventi Sul Ginocchio Senza Diagnosi Principale Di Infezione	29	32	-3
19	Malattie Dei Nervi Cranici E Periferici Senza Cc	26	31	-5
490	H.I.V. Associato O Non Ad Altre Patologie Correlate	24	40	-16
295	Diabete, Età < 36 Anni	24	12	12
429	Disturbi Organici E Ritardo Mentale	23	33	-10
427	Nevrosi Eccetto Nevrosi Depressive	23	12	11
40	Interventi Sulle Strutture Extraoculari Eccetto L'orbita, Età > 17 Anni	22	32	-10
47	Altre Malattie Dell'occhio, Età > 17 Anni Senza Cc	22	26	-4
352	Altre Diagnosi Relative All'apparato Riproduttivo Maschile	22	17	5
142	Sincope E Collasso Senza Cc	20	39	-19
225	Interventi Sul Piede	19	38	-19
326	Segni E Sintomi Relativi A Rene E Vie Urinarie, Età > 17 Anni Senza Cc	19	23	-4
256	Altre Diagnosi Del Sistema Muscolo-Scheletrico E Del Tessuto Connettivo	18	45	-27
227	Interventi Sui Tessuti Molli Senza Cc	18	25	-7
563	Convulsioni, Età > 17 Anni Senza Cc	17	26	-9
332	Altre Diagnosi Relative A Rene E Vie Urinarie, Età > 17 Anni Senza Cc	17	11	6
323	Calcolosi Urinaria Con Cc E/O Litotripsia Mediante Ultrasuoni	17	8	9
343	Circoncisione, Età < 18 Anni	16	20	-4
65	Alterazioni Dell'equilibrio	12	17	-5
51	Interventi Sulle Ghiandole Salivari Eccetto Sialoadenectomia	12	8	4
283	Malattie Minori Della Pelle Con Cc	11	12	-1
410	Chemioterapia Non Associata A Diagnosi Secondaria Di Leucemia Acuta	11	12	-1
133	Aterosclerosi Senza Cc	10	9	1
384	Altre Diagnosi Preparto Senza Complicazioni Mediche	9	14	-5

Codice	DESCRIZIONE	2016	2015	2016 vs 2015
39	Interventi Sul Cristallino Con O Senza Vitrectomia	8	12	-4
74	Altre Diagnosi Relative A Orecchio, Naso, Bocca E Gola, Età < 18 Anni	8	4	4
248	Tendinite, Miosite E Borsite	7	15	-8
245	Malattie Dell'osso E Artropatie Specifiche Senza Cc	6	10	-4
377	Diagnosi Relative A Postparto E Postaborto Con Intervento Chirurgico	6	5	1
412	Anamnesi Di Neoplasia Maligna Con Endoscopia	5	2	3
349	Ipertrofia Prostatica Benigna Senza CC	3	7	-4
465	Assistenza Riabilitativa Con Anamnesi Di Neoplasia Maligna Come Diagnosi Secondaria	2	0	2
228	Interventi Maggiori Sul Pollice O Sulle Articolazioni O Altri Interventi Mano O Polso Con CC	1	4	-3
61	Miringotomia Con Inserzione Di Tubo, Età > 17 Anni	1	4	-3
70	Otite Media E Infezioni Alte Vie Respiratorie, Età < 18 Anni	0	4	-4
327	Segni E Sintomi Relativi A Rene E Vie Urinarie, Età < 18 Anni	0	3	-3
119	Legatura E Stripping Di Vene	0	2	-2
6	Decompressione Del Tunnel Carpale	0	2	-2
252	Fratture, Distorsioni, Stiramenti E Lussazioni Di Avambraccio, Mano E Piede, Età < 18 Anni	0	1	-1
	TOTALE	4.223	4.628	-406

Persistono ancora alcuni casi in regime ordinario e diurno di ricoveri che potrebbero essere trattati in regimi meno onerosi. Uno dei compiti dell'anno in corso potrebbe essere rivolto al monitoraggio costante delle patologie in entrata afferenti ai DRG di cui sopra per avviarli agli appropriati regimi di cura, riducendo l'abbattimento tariffario e i posti letto non appropriatamente utilizzati.

L'attività chirurgica in regime diurno e day service, rilevata dal registro operatorio informatizzato, evidenzia la riduzione di interventi in DSAO spiegabili, come detto prima, dal trasferimento in regime ambulatoriale di prestazioni da parte delle UO di Oculistica e Chirurgia Plastica (tab. 17) e (tab. 18).

Tabella 22: DH - Volumi di attività per tipologia di anestesia

Anestesia DH	2016	2015	Differenza 2016 vs 2015
Generale	1.606	1.397	209
Locale assistita	471	439	32
Peridurale	13	10	3
Subaracnoidea	46	61	-15
Dei nervi	18	26	-8
Locale	587	670	-83
Totale	2.741	2.603	138

Tabella 23 – DSAO: volumi di attività per tipologia di anestesia

Anestesia DSAO	2016	2015	Differenza 2016 vs 2015
Generale	180	168	12
Locale assistita	323	504	-181
Peridurale	43	31	12
Subaracnoidea	23	41	-18
Dei nervi	48	42	6
Locale	4.620	6.434	-1.814
totale	5.237	7.220	-1.794

Gli accessi in Pronto soccorso sono diminuiti del 5,9% nel 2016 vs il 2015. Sono stati ricoverati dal PS 1.231 pazienti in meno rispetto al 2015.

Tabella 24: Ricoveri dal Pronto Soccorso

	2016	2015	2016 vs 2015
Totale accessi	47.263	50.234	-2.971
Ricoveri presso AOUP	7.071	8.302	-1.231
Non ricoverati	39.982	41.699	-1.717
Ricovero presso altra struttura	193	204	-11
Deceduti	14	26	-12
Giunti cadavere	3	3	0

Attività Ambulatoriale

Nella tabella successiva si rappresenta il contributo delle diverse aree alla produzione ambulatoriale. Significativa la variazione della produzione dei servizi intermedi: a fronte di un aumento delle prestazioni si evidenzia un lieve decremento dei rimborsi, segno di una maggiore richiesta da parte del territorio di prestazioni a minori complessità. La produzione dell'area chirurgica risente del massiccio trasferimento di prestazioni dal DSAO all'ambulatoriale.

Tabella 25: Produzione in regime ambulatoriale

	2016	2015	Differenza 2016 vs 2015	Differenza %
Area della medicina				
n.	135.872	129.261	6.611	+5,1%
€	3.052.405	2.944.237	+108.168	+3,6%
Valore medio	€ 22,47	€ 22,78	-0,31	-1,4%
Area della chirurgia				
n.	76.980	70.759	+6.221	+8,8%
€	1.750.066	1.720.645	+29.421	+1,7%
Valore medio	€ 22,73	€ 24,32	-1,58	-6,5%
Area dei servizi intermedi				
n.	145.622	98.870	+46.752	+47,2%
€	3.955.513	4.015.169	-59.656	-1,4%
Valore medio	€ 27,16	€ 40,61	-13,45	-33,1%
Area terapia intensiva				
n.	4.093	1.991	+2.102	+105,5%
€	145.302	105.314	+39.888	+37,9%
Valore medio	€ 35,50	€ 52,90	-17,39	-32,9%
Area non acuti				
n.	34.237	33.703	+570	+1,6%

€	738.558	718.720	+19.638	+2,7%
Valore medio	€ 21,57	€ 21,33	0,25	1,2%
Totale complessivo				
n.	396.840	334.584	+62.256	+18,6%
€	9.641.844	9.504.285	+137.559	+1,4%
Valore medio	€ 24,30	€ 28,41	-4,11	-14,5%

I tempi di attesa delle prestazioni critiche, dalla 15 alla 43 dell'elenco PRGTA 2011-2013, eseguite oltre il tempo massimo di copertura, per l'anno 2016 si sono attestate al 19,1%.

Dall'analisi delle prestazioni e della tempistica di esecuzione si evince che le prestazioni a breve termine non rispettano i tempi di esecuzione previsti per il 59,3% (tab. 21), dato sovrapponibile con quello del 2015 (57,4%). Decisamente migliorati i tempi di attesa per le prestazioni differite oltre copertura che dal 50,2% del 2015 passano al 34,8% del 2016.

Tabella 26 Indici di copertura delle prestazioni critiche 15-43 del PRGTA.

Prestazione	Brevi oltre copertura	Differite oltre copertura	Programmate oltre copertura	Totale oltre copertura
Mammografia	19,6%	9,4%	0,2%	2,9%
Rmn Muscoloscheletrica	35,9%	0,0%	0,0%	9,7%
Ecografia Capo E Collo	62,8%	11,5%	3,0%	8,6%
Ecocolor Doppler Cardiaca	62,3%	81,5%	20,0%	45,2%
Ecocolor Doppler Dei Tronchi Sovraaortici	50,2%	6,5%	0,7%	7,7%
Ecocolor Doppler Dei Vasi Periferici	34,8%	7,4%	0,4%	9,1%
Ecografia Addome	79,6%	10,9%	0,8%	11,7%
Ecografia Mammella	69,6%	63,6%	0,7%	18,0%
Ecografia Ostetrica-Ginecologica	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Colonscopia	96,3%	87,2%	18,9%	54,4%
Sigmoidoscopia Con Endoscopio Flessibile	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Esofagogastroduodenoscopia	95,0%	76,6%	0,4%	36,2%
Elettrocardiogramma	8,8%	3,5%	0,2%	2,5%
Elettrocardiogramma Dinamico (Holter)	86,7%	88,4%	14,2%	47,5%
Elettrocardiogramma Da Sforzo	86,8%	68,1%	3,1%	25,6%
Audiometria	41,2%	9,0%	0,0%	6,0%

Spirometria	63,7%	40,3%	1,0%	22,6%
Elettromiografia	87,5%	90,8%	33,6%	56,0%
TOTALE	59,3%	34,8%	4,2%	19,1%

Il numero di prestazioni effettuate dal Servizio di Radiologia sono riassunte nelle tabelle seguente.

Tabella 27 Produzione / Consumi di prestazioni radiologiche (N.)

	R.O.	D.H.	S.S.N.	P.S.	Totale
Ecografia 2016	2.774	398	8.993	5.966	18.131
Ecografia 2015	2.850	544	7.840	5.507	16.741
2016 vs 2015	-76	-146	1.153	459	1.390
Interventistica 2016	349	74	72	0	495
Interventistica 2015	259	67	59	0	385
2016 vs 2015	90	7	13	0	110
Radiologia tradizionale 2016	10.560	2.356	9.605	18.949	41.440
Radiologia tradizionale 2015	8.142	3.404	8.840	18.092	38.478
2016 vs 2015	2.418	-1.048	765	857	2.962
RM 2016	1.542	406	5.335	29	7.312
RM 2015	1.422	317	5.460	16	7.215
2016 vs 2015	120	89	-125	13	97
Senologia 2016	73	12	5.250	1	5.336
Senologia 2015	39	24	5.558	1	5.622
2016 vs 2015	34	-12	-308	0	-286
TC 2016	8.407	702	4.710	10.585	24.404
TC 2015	7.416	579	5.506	8.381	21.882
2016 vs 2015	991	123	-796	2.204	2.522
Totale 2016	23.675	3.948	33.965	35.530	97.118
Totale 2015	20.128	4.935	3.3263	31.997	90.323
2016 vs 2015	3.547	-987	702	3.533	6.795

Nello specifico le prestazioni nel 2016 sono state 97.118, mentre nel 2015 sono state 90.323 con un aumento di 6.795 esami pari al 7,5%. Nella tabella seguente è riportata, in termini di numeri assoluti, la produzione per emocomponenti del Servizio Immuno-Trafusionale.

Tabella 28 Produzione del SIMT

Emocomponenti	2016	2015	2016 vs 2015
Emazie Senza Buffy Coat	139	90	49
Piastrine Da Aferesi	372	350	22
Pool Piastrinico	60	41	19
Colla Di Fibrina	146	113	33
Emazie Leucodeplete	10.215	5.283	4.932
Emazie Da Aferesi	113	110	3
Gel Piastrinico	167	105	62
Plasmasafe	396	690	-294
Plasmagrade	767	16	751
Octaplas	38	7	31
Totale	12.413	6.805	5.608

Nelle tabelle successive sono specificati gli ordini dei materiali suddivisi per conto di costo e per categoria. Sono raggruppati in una unica tabella i prodotti acquistati e dispensati dalla Farmacia alle U.O. Una tabella a parte mostra il consumo del materiale protesico

Tabella 29 Variazioni ordini Materiali per uso sanitario per conto di costo 2016 vs 2015

Materiale Per Uso Sanitario	2016	2015	2016 vs 2015	Variazione %
Ausili Per Incontinenza (T04)	€ 0,00	€ 2.737,68	-€ 2.737,68	
Dispositivi Per App Cardiocirc	€ 1.134.830,22	€ 705.191,37	€ 429.638,85	60,9%
Materiale E Presidi Medico-Chirurgici	€ 898.647,02	€ 419.749,74	€ 478.897,28	114,1%
Strumentazione Per Esplorazioni	€ 242.856,05	€ 111.067,86	€ 131.788,19	118,7%
Materiale E Presidi Medico Chirurgici	€ 3.580.233,29	€ 4.504.236,00	-€ 924.002,71	-20,5%
Dispositivi Vari (V)	€ 95.647,69	€ 35.746,40	€ 59.901,29	167,6%
Materiale Per Dialisi (F)	€ 85.004,77	€ 52.664,90	€ 32.339,87	61,4%
Strumentario Chirurgico (K,L)	€ 444.002,37	€ 260.023,50	€ 183.978,87	70,8%
Supporti Persone Disabili (Y)	€ 19.962,20	€ 5.858,74	€ 14.103,46	240,7%
Materiale Radiografico (Z13)	€ 23.219,40	€ 16.378,50	€ 6.840,90	41,8%
Totale Materiale Per Uso Sanitario	€ 6.524.403,01	€ 6.113.654,69	€ 410.748,32	6,7%

Tabella 30 Variazioni prodotti dispensati dalla Farmacia per conto di costo 2016 vs 2015

Materiale dispensato dalla Farmacia	2016	2015	2016 vs 2015	Variazione %
--	-------------	-------------	---------------------	---------------------

Sangue E Plasma Da Altri Soggetti	€ 665.063,10	€ 119.491,46	€ 545.571,64	456,6%
Prodotti Dietetici	€ 25.465,80	€ 23.135,34	€ 2.330,46	10,1%
Medicinali - Senza Aic	€ 154.372,35	€ 45.272,75	€ 109.099,60	241,0%
Disinfettanti Per Sterilizzazione	€ 41.155,78	€ 18.179,92	€ 22.975,86	126,4%
Ossigeno	€ 328.418,85	€ 347.800,46	-€ 19.381,61	-5,6%
Gas Medicali-	€ 78.064,89	€ 86.874,74	-€ 8.809,85	-10,1%
Mezzi Di Contrasto	€ 726.191,24	€ 706.295,77	€ 19.895,47	2,8%
Medicinali Con Aic	€ 4.989.163,15	€ 4.741.245,76	€ 247.917,39	5,2%
Soluzioni Medicinali	€ 262.028,11	€ 330.956,00	-€ 68.927,89	-20,8%
Emoderivati	€ 916.292,22	€ 973.718,85	-€ 57.426,63	-5,9%
Dispositivi Per Sutura (H)	€ 944.360,80	€ 799.752,19	€ 144.608,61	18,1%
Totale Materiale dispensato dalla Farmacia	€ 9.130.576,29	€ 8.192.723,24	€ 937.853,05	11,4%
Medicinali Farmaci File F	€ 71.821.931,14	€ 54.120.802,54	€ 17.701.128,60	32,7%
Medicinali Farmaci Oncol File T	€ 8.666.083,61	€ 8.345.121,69	€ 320.961,92	3,8%
Totale Farmaci File F e File T	€ 80.488.014,75	€ 62.465.924,23	€ 18.022.090,52	28,9%

Tabella 31 Variazioni Protesi per conto di costo 2016 vs 2015

Protesi	2016	2015	2016 vs 2015	Variazione %
Dispositivi Impiantabili (J)	€ 253.494,16	€ 20.260,47	€ 233.233,69	1151,2%
Materiale Protesico Vario	€ 197.073,14	€ 201.769,67	-€ 4.696,53	-2,3%
Pace Maker	€ 988.749,24	€ 996.533,68	-€ 7.784,44	-0,8%
Protesi Chirurgiche	€ 831.416,76	€ 676.817,42	€ 154.599,34	22,8%
Protesi Ortopediche	€ 603.880,67	€ 636.187,38	-€ 32.306,71	-5,1%
Protesi Per Emodinamica	€ 1.292.820,77	€ 1.090.004,74	€ 202.816,03	18,6%
Protesi Per Oculistica	€ 36.851,86	€ 75.094,70	-€ 38.242,84	-50,9%
Protesi Per Urologia	€ 22.289,45	€ 23.737,80	-€ 1.448,35	-6,1%
Totale Protesi	€ 4.226.576,05	€ 3.720.405,86	€ 506.170,19	13,6%

Tabella 32 Variazioni prodotti per uso diagnostico in vitro per conto di costo 2016 vs 2015

Materiale per uso diagnostico in vitro	2016	2015	2016 vs 2015	Variazione %
Altri Beni E Prodotti Di Laboratorio	€ 1.052.753,87	€ 2.410.645,23	-€ 1.357.891,36	-56,3%
Dispositivi Da Prelievo E Raccolta (A)	€ 728.772,06	€ 510.306,08	€ 218.465,98	42,8%
Altri Beni E Prodotti Sanitari	€ 581.348,96	€ 191.848,56	€ 389.500,40	203,0%
Materiale Diagnostico Per Laboratori: Reagenti Diagnostici	€ 3.932.137,69	€ 3.831.927,13	€ 100.210,56	2,6%
Dispositivi Diagnostici In Vitro	€ 262.817,74	€ 165.496,87	€ 97.320,87	58,8%
Totale Materiale per uso diagnostico in vitro	€ 6.557.830,32	€ 7.110.223,87	-€ 552.393,55	-7,8%

Il confronto dei dati rilevati dalla procedura ordini per conto di costo del sistema EUSIS, che è la procedura sulla quale, per convenzione con l'area economico finanziaria, opera il Controllo di Gestione, evidenzia la sostanziale tenuta dei costi, fatti salvi i farmaci a rimborso (file F e T). Dall'analisi dei dati per raggruppamento omogeneo di conto, si evidenzia uno scorrimento di costi tra un conto e l'altro, frutto di una più puntuale attribuzione dei costi al relativo conto di contabilità. Ciò era stato anche evidenziato alla verifica con l'assessorato nel mese di ottobre u.s., quando fu verbalizzata la corrispondenza tra livelli di spesa e produzione assistenziale. E' necessario fare alcune precisazioni:

- La diminuzione dei costi dei prodotti di laboratorio è conseguenza di una maggiore attenzione da parte dei medici delle U.O. e dei sanitari del laboratorio centralizzato per una più oculata prescrizione degli esami di laboratorio.
- La UO scrivente ha più volte rilevato l'esigenza che ogni fornitura deve essere preceduta dall'emissione dell'ordine, diversamente non può rilevare i costi. Tale criticità è evidente nel caso delle protesi per via del fatto che le aziende lasciano in comodato d'uso il set con i diversi calibri e a seguito dell'impianto non avviene tempestivamente l'emissione dell'ordine. Su questo punto, già nel IV trimestre del 2016 il Controllo di Gestione ha rilevato dal registro operatorio informatizzato il consumo di protesi per unità operativa e trasmesso il report ai rispettivi direttori perche disponessero che gli uffici amministrativi valorizzassero il consumo sì da poter procedere alla corretta assegnazione delle risorse per l'emissione degli ordini.

La presente Relazione è stata esitata dall'UO di Staff "Programmazione e Sviluppo Aziendale" con il contributo delle diverse Aree e Uffici dell'Azienda.

La Relazione sulla Performance aziendale relativa all'anno 2016 verrà adottata con atto deliberativo ed inviata all'OIV per l'auspicata validazione.

Il Commissario Straordinario
Dott. Fabrizio De Nicola