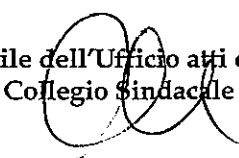


Deliberazione n. **920** del **24-10-2016**

Oggetto: Piano triennale della Performance anno 2014-2016 - Relazione anno 2015

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

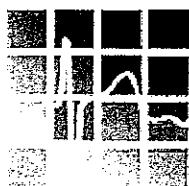
Il Responsabile dell'Unità di Staff proponente: Rag. Antonino Di Gregorio

Il Direttore Generale

Dott. Renato Li Donni

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

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



Delibera n. *92* del *24-10-2016*

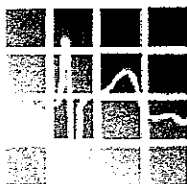
IL DIRETTORE GENERALE

- 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 2015 del piano triennale della performance 2014-2016

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

DELIBERA

- Di prendere atto della relazione sulla Performance per l'anno 2015 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 2015 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**



Il Direttore Amministrativo
Dott. Roberto Colletti

Il Direttore Sanitario
Dott. Luigi Aprea

Il Direttore Generale
Dott. Renato Li Donni

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 <i>23-10-2016</i> e fino al <i>22-11-2016</i></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. 920

Palermo li, 24.10.2016

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2015

APPROVATA DAL DIRETTORE GENERALE

DOTT. RENATO LI DONNI

Deliberazione n. 920 del 24.10 2015

Sommario

Sommario.....	2
FINALITÀ E PRINCIPI GENERALI DELLA RELAZIONE SULLA <i>PERFORMANCE</i>	3
Finalità	3
Principi generali	4
STRUTTURA E CONTENUTI DELLA RELAZIONE SULLA <i>PERFORMANCE</i> 2015	5
1. Presentazione e indice.....	5
2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e per altri <i>stakeholder</i> esterni	7
2.1 Il contesto esterno di riferimento.....	8
2.2 L'Amministrazione	8
2.3 I risultati raggiunti.....	12
2.4 Criticità e Opportunità	19
3. Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti	20
3.1 Albero della <i>performance</i>	21
3.2 Obiettivi strategici.....	22
3.3 Obiettivi e piani operativi	24
3.4 Obiettivi individuali.....	28
4. Risorse, efficienza ed economicità	33
La produzione	35
Il benchmark con altre aziende della Regione Sicilia.....	45
La dimensione economica dell'attività assistenziale	51
5. Pari opportunità e bilancio di genere	67
6. Il processo di redazione della Relazione sulla performance.....	67
6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità	67
6.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della <i>performance</i>	69
Allegato 1: Prospetto relativo alle pari opportunità e al bilancio di genere	70
Allegato 2: Tabella obiettivi strategici	71
Allegato 3: Tabella documenti del ciclo di gestione della <i>performance</i>	72

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 (di seguito, Decreto) costituisce lo strumento mediante il quale l'Amministrazione illustra ai cittadini e agli *stakeholder*, interni ed esterni all'AOUP, i risultati ottenuti nel corso dell'anno di gestione appena concluso, chiudendo in tal modo il «Ciclo di gestione della *performance*» avviato con il rilascio degli obiettivi nel luglio 2015.

La Relazione si propone, a consuntivo 2015, di:

- rendere conto dei risultati organizzativi, delle unità operative assistenziali, delle aree amministrative e delle unità di staff;
- rendere conto dei risultati individuali, quale valutazione dei momenti di crescita della risorsa umana;
- analizzare i motivi degli scostamenti e le eventuali criticità di sistema
- riferire sul buon utilizzo delle risorse economiche pubbliche – ma è molto meglio dire «dei cittadini» – ricevute dall'Assessorato della Salute e da valorizzare in termini di erogazione di prestazioni di elevato livello professionale;
- indicare le cause e le misure correttive da adottare;
- individuare azioni utili al superamento di quelle criticità che, per contingenze varie, hanno avuto una ricaduta sulla qualità dei servizi da erogare;
- riferire, in base all'art. 27, comma 2 del Decreto, su *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.

La Relazione prende in esame:

- gli eventi gestionali con effetti sulla produzione assistenziale;
- le caratteristiche della produzione assistenziale
- i costi sostenuti per l'erogazione di beni e servizi
- gli eventi relativi al *Ciclo della performance*.

Principi generali

La stesura della relazione fa proprie la raccomandazione della delibera ANAC n. 5 del 2012 relativa alla esigenza di produrre un «documento snello e facilmente comprensibile» accompagnato da una serie di allegati che raccolgono le informazioni di maggior dettaglio.

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* 2015

La Relazione segue le indicazioni operative della delibera CIVIT, oggi Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), n. 5 del 07 marzo del 2012, seguendo le quali sono state sviluppate la «struttura» e i «contenuti» del documento.

1. Presentazione e indice

La Relazione si è avvalsa della collaborazione dei Responsabili delle Aree Amministrative, delle Unità di Staff e dei Servizi dell'Azienda ed è formalmente deliberata dalla Direzione Generale, la quale affida a questo documento specifica importanza, in quanto è orientata a rilevare la capacità del management e dell'AOUP nel suo complesso, nel definire adeguati obiettivi strategici (sia assistenziali che amministrativi), a stabilire le azioni utili a conseguire i risultati attesi.

L'analisi della situazione dell'AOUP esita quindi in un obiettivo e onesto rilievo delle criticità da superare, ma anche dei punti di forza su cui l'Azienda deve assicurare il suo impegno dispiegando le risorse a disposizione.

Il discorso è fondato sull'oggettività dei dati e, pertanto, evita ogni eventuale tentativo di discrezionalità degli estensori del documento; ne caratterizza l'elaborazione sì da evitare generalizzazioni e formalismi propri di un approccio amministrativo-contabile, e renderlo funzionale a fini gestionali.

Nel corso della trattazione verranno prese in considerazione la complessità strutturale, organizzativa e funzionale dello stabilimento residenziale che, caratterizzato da singoli padiglioni i cui collegamenti sono possibili con l'ausilio di autoveicoli, a tutt'oggi è oggetto di una ristrutturazione edilizia, particolarmente, invasiva e con pesanti ricadute sul sistema organizzativo/assistenziale.

Premesso quanto sopra, va anche detto che l'AOUP quotidianamente si misura:

- a. con 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. con 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.

Per rendere più agevole la consultazione del documento, si adotta, come consigliato dalle linee guida ANAC, una forma semplice, lineare, corredata di tabelle e schemi, utile a far emergere trasparenza di contenuti, fluidità e immediatezza nella lettura.

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

Il documento è opportuna occasione per acquisire utili elementi conoscitivi per trarne le conseguenti indicazioni ai fini della revisione critica dell'operato svolto al 31 dicembre 2015, e per 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*», a tutela dei cittadini, degli operatori sanitari e, non ultimo, proprio del management aziendale.

Per completezza d'informazione, la Relazione verrà inviata al Magnifico Rettore, affinché possa costituire utile aggiornamento a sostegno delle eventuali determinazioni che in merito vorrà adottare.

L'organizzazione redazionale della Relazione ha fatto propri i documenti e le disposizioni – di cui all'art. 15, comma 2, lettera b) del Decreto – dell'organo di indirizzo politico amministrativo, il quale nel 2015 ha:

- a. emanato le direttive generali contenenti gli indirizzi strategici;
- b. definito la collaborazione con i responsabili dell'amministrazione e i vertici regionali, il Piano e la Relazione di cui all'art. 10, comma 1, lettera a) e b);
- c. verificato il conseguimento o meno degli obiettivi strategici;
- d. definito il programma triennale per la trasparenza e l'integrità di cui all'art. 11, nonché gli aggiornamenti annuali;
- e. definito il programma triennale per la Prevenzione della Corruzione.

Il documento rivolto agli *stakeholder* che chiedono di fruire dei servizi sanitari ovvero hanno o avranno contatti a vario titolo con l'AOUP "P. Giaccone", vuole facilitare la sempre più pressante necessità di stabilire un nuovo modo di interagire, tenuto conto dell'acquisita consapevolezza che il miglioramento all'accesso e alla fruizione dei servizi è la base per l'esercizio del diritto alla tutela della salute, così come costituzionalmente sancito e dalle norme promosso.

L'assistito è soggetto sempre più esigente sia sotto il profilo della prestazione tecnica e professionale ai fini della garanzia del risultato atteso, sia, e non secondariamente, sotto gli aspetti comportamentali e relazionali, della qualità della comunicazione, del comfort alberghiero, dell'umanizzazione in senso lato.

Questa Relazione sulla *performance*, oltre ad avere la finalità di interloquire con l'istituzione, è rivolta anche a portatori di interesse, quali associazioni dei pazienti, corpo docente dell'Ateneo, organizzazioni sindacali, fornitori, studenti e medici in formazione e altri.

Relativamente all'esigenza di dotarsi di un "Piano triennale 2014/2016" l'Azienda ha ritenuto di non dover procedere sia perché ancora validi i contenuti ivi previsti per l'anno 2015, ma anche perché permangono le criticità legate alla presenza dei cantieri edilizi che significativamente hanno inciso sugli stessi aspetti organizzativi e sui conseguenti risultati di produzione.

La Direzione Strategica, per le motivazioni prima evidenziate, al momento in cui scrive, ha già iniziato le procedure interne per lo sviluppo del Piano del triennio 2017-2019, alla luce anche delle risultanze dei lavori della cosiddetta "Commissione 2020", istituita dall'Ateneo e condivisa dall'AOUP, per il rilancio del Policlinico.

L'azienda ha, comunque, sviluppata 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.

In merito al «Funzionamento complessivo del sistema di misurazione della *performance*» per l'anno 2015, la relazione dell'OIV è stata in linea generale positivamente esitata, anche se l'Organo, anche in questa occasione, ha fatto rilevare la pressoché assente differenziazione della valutazione individuale del personale, oltre la mancata assegnazione degli obiettivi organizzativi e dei criteri per la valutazione del personale.

L'OIV nel 2015 ha validato la «Relazione sulla *performance* per l'anno 2014» pur facendo rilevare la necessità di alcune azioni di adeguamento alle prassi previste dal nuovo percorso instaurato a mezzo delle delibere dell'ANAC.

In tema di stato di applicazione delle «norme sulla trasparenza», anche se il sito va arricchendo la documentazione, la Relazione dell'OIV sugli obblighi di trasparenza al 31 gennaio 2015 ha evidenziato numerose rilevanti carenze, sulla correzione delle quali la Direzione farà valere a danno degli insolventi quanto la legge prevede.

Pertanto la Direzione Strategica continuerà a stimolare la Responsabile della Trasparenza e il Responsabile della Prevenzione della Corruzione a che sollecitino con insistenza e determinazione i Dirigenti Responsabili ad adempiere ai loro obblighi e ad attuare quanto richiesto dalla delibera dell'ANAC n. 148 del 2014 e dalla Determina ANAC n. 12 del 2015.

Come evidenziato precedentemente, 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, non essendo ancora intervenuta la rimodulazione della rete ospedaliera regionale e il conseguente adeguamento agli standard previsti dal Decreto Balduzzi, la Direzione Strategica ha convenuto di non avviare l'azione di programmazione di medio periodo prima di verificarne la rispondenza alla nuova articolazione.

Nella redazione della Relazione si è tenuto anche conto dei contenuti dei verbali delle sedute dell'Organismo Indipendente di Valutazione, che ha vigilato sull'appropriato e tempestivo adeguamento alle norme su cui ha competenza.

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

I differenti paragrafi della Relazione sono stati sviluppati sulla scorta delle linee guida emanate dall'ANAC nel 2012, mentre gli allegati aggiornati con suo documento del 30.05.2013.

In particolare, la stesura ha perseguito i 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 dell'Anticorruzione.

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

L'Assessorato Regionale della Salute ha emanato decreti e linee guida per la stesura del nuovo «Atto aziendale» e la definizione della «Pianta organica», che l'AOUP ha già esitato.

Hanno continuato ad operare in Azienda i consulenti della KPMG 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., finalizzato a rilevare in maniera uniforme i flussi dei beni sanitari e non, e per la formalizzazione delle schede per la rilevazione e il monitoraggio dei servizi non sanitari appaltati. La loro assistenza ha avuto termine nel febbraio del corrente anno 2016, epoca prevista in cui l'AOUP doveva aver sviluppato la propria autosufficienza amministrativa in merito ai nuovi impegni richiesti dall'Assessorato negli ultimi anni alle Aziende Sanitarie, quali quello sulle nuove linee guida del Controllo di Gestione, la cui realizzazione impegna più aeree amministrative, oltre che, in prima istanza, l'UdS Programmazione e Controllo di Gestione, dentro cui oggi in applicazione alle linee guida sull'atto aziendale emanate dall'Assessorato, è confluita la struttura del Sistema Informativo Aziendale.

L'attrazione geografica dei pazienti è lievemente diminuita dalle province diverse da quella su cui insiste questa AOUP, per cause che possono essere ricondotte o ad una peggiorata condizione economica dei cittadini – come del resto il Rapporto Osservasalute 2015 ha documentato, ovvero – ciò che sarebbe auspicabile – per il miglioramento dei servizi territoriali che fa sì che gli utenti abbiano trovato presso l'ASP di appartenenza quanto prima erano costretti a cercare nei grandi ospedali urbani.

La peculiarità formativa e la vocazione all'alta specialità e alla ricerca impongono alla Direzione Strategica, con l'assistenza dell'area amministrativa, ai professionisti e al personale sanitario di mantenere elevati i livelli qualitativi dei servizi offerti, le competenze e le *performance*, responsabilmente accomunati nel lavoro di miglioramento dell'efficienza organizzativa, dell'efficacia clinico assistenziale, per rafforzare l'*appeal* dell'AOUP, in coerenza con la *mission* rappresentata nell'Atto Aziendale.

Nella primavera del 2015 è stato sottoscritto il nuovo protocollo d'intesa fra Università e Regione anche se rimangono sospesi alcuni punti del suo articolato, sui quali il MEF ha ritenuto di acquisire ulteriori chiarimenti.

Nel novembre 2015 il prof. Fabrizio Micari, ordinario di Tecnologie e Sistemi di Lavorazione della Scuola della Scuola Politecnica, ha assunto la carica di Rettore dell'Ateneo di Palermo, subentrando al prof Roberto Lagalla.

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:

- sono state ultimate le procedure per acquisire il chirurgo toracico;
- sono state avviate le procedure per il reclutamento del Direttore dell'UO di Urologia, la cui entrata in servizio è avvenuta agli inizi del 2016;

- il Direttore del dipartimento di Medicina Interna, Malattie Cardiovascolari e Nefro-urologiche, nonché direttore dell'UO Medicina Clinica e Respiratoria, è andato in quiescenza per raggiunti limiti di età
- è stata condotta una nuova indagine sul Benessere Organizzativo, con aumentata partecipazione del personale dipendente;
- 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.
- sono stati nominati i direttori di unità operativa in subentro alle sedi vacanti.
- è stata rafforzata l'Area amministrativa Economico Finanziaria con l'assegnazione dall'Arnas Civico un dirigente vincitore di una selezione ex art 15 septies. Ad oggi la responsabilità dell'Area Economico-finanziaria è tenuta ad interim dal Direttore del Dipartimento Amministrativo.
- sono state avviate le procedure di mobilità per assegnare la responsabilità dell'Area Provveditorato.

2. Sul Piano dell'offerta assistenziale:

- l'UO di Cardiocirurgia ha esteso l'offerta assistenziale agli interventi in urgenza;
- è stato trasferito il Pronto Soccorso nei nuovi locali, tuttavia privi degli spazi da dedicare all'Osservazione Breve Permanente (OBI), mentre i letti dedicati alla Medicina d'Urgenza sono stati delocalizzati in altra unità operativa;
- è stata data applicazione al D.A. 2533/2013 con conseguente trasferimento delle prestazioni a bassa complessità dal regime di ricovero al regime ambulatoriale;
- è stata emanata la nuova Carta dei Servizi.

3. 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 questo al 31 dicembre non è stato raggiunto;
- è stato elaborato 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 da sottoporre all'approvazione dell'Assessorato;
- sono state studiate e valutate nuove modalità per la centralizzazione delle scorte dei beni sanitari: argomento non più rinviabile;
- sono stati, puntualmente perseguiti gli obiettivi assegnati dall'Assessorato della Salute tra cui la partecipazione, con le altre aziende cittadine, alla definizione dei Piani Attuativi Aziendali;
- nel primo semestre del 2015 l'organico dell'amministrazione, seppur nella sua cronica sofferenza, ha avuto una sua stabilità, dopo l'arrivo di due dirigenti amministrativi una nel 2014 e una nel 2015 dall'ARNAS Civico. Successivamente la

situazione è tornata ad essere particolarmente critica visto che il Responsabile dell'Area Provveditorato ha lasciato il servizio perché richiamato dall'AO di provenienza, cioè gli Ospedali Riuniti "Villa Sofia-Cervello". In ogni caso sono state avviate le procedure per poter fruire della collaborazione di analogo personale da altre aziende.

- il numero dei dipendenti dell'Amministrazione distinti per profilo professionale al 31 dicembre 2015 è riportato nella tabella seguente con i dati di confronto con il 2014.
- complessivamente il numero di personale differisce di una unità tra gli anni 2015 e 2014, a fronte di una più puntuale distribuzione per qualifica, grazie al lavoro dell'Area Risorse Umane per il confezionamento del pilastro ex art. 79. Tuttavia non tutte le informazioni sono disponibili, come ad esempio il calcolo del tasso di assenteismo, per i cui dati è necessaria una convenzione con il Cineca, che al momento in cui scriviamo è già stata stipulata.

4. Sul Piano dei Controlli Interni:

- Seppur significativamente limitati dalla carenza di personale amministrativo, stato comunque assicurato un monitoraggio delle attività. A tal fine nell'intento di rafforzare l'attività di Controllo di Gestione, la Direzione dell'AOUP ha finanziato l'Università per l'assegnazione di una borsa di studio da svolgersi presso l'UO Programmazione e Controllo di Gestione e SIA.: a gennaio 2016 sono iniziate le sue attività di ricerca sul campo.
- Nel 2015 la Direzione Strategica ha rinnovato l'incarico triennale ai componenti dell'OIV, la cui procedura è stata approvata dal Dipartimento della Funzione Pubblica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri.

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

Area di appartenenza	Personale Aziendale		Personale Universitario		2015	2014	2015 vs 2014
	Tempo determinato	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Tempo indeterminato	Totale	Totale	Differenza
Dirigenti Medici	69	208		236	513	465	48
Dirigenti Medici UOC		43			43	47	-4
Dirigenti Sanitari	3	21		46	70	73	-3
Dirigenti Sanitari UOC		3			3	3	0
Dirigenti Tecnici				54	54	61	-7
Dirigenti Amministrativi	1			3	4	6	-2
Dirigenti Amministrativi UOC				3	4	6	0
Dirigenti Professionali	1			5	6	4	2
Dirigenti Professionali UOC	2			2	2	2	0
Amministrativi Comparto	63	1		179	243	252	-9
Tecnici del Comparto	81	2		296	379	374	5
Sanitari del Comparto	197	390		257	844	874	-30
Professionali comparto	2	0		2	4	3	1
Sub totale	417	622		1.078	2.117		5
Assistenti Religiosi	2				2	2	0
Co. Co. Co.	19				19	18	1
Borsa di studio	22				22	27	-5
Organo direttivo Direzione	3				33	3	0
Totale	451	622	0	1.078	2.163	2.162	1
Il totale complessivo al 31/12/2015 è pari 2.163, a cui andrebbero aggiunte 13 unità in comando in entrata in pari data.							

Con l'approvazione del nuovo Atto Aziendale il S.I.A. è stato integrato, pur mantenendo l'organizzazione di unità semplice, all'interno dell'UO Programmazione e Controllo di Gestione, a cui la Direzione ha chiesto un documento programmatico delle attività da sviluppare per il miglioramento dei servizi da offrire. Si registra la necessità di migliorare e potenziare l'organico dell'UOC «Programmazione e Controllo di Gestione e Sistemi Informativi», per l'importanza strategica dei due bracci dell'UOC.

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.

L'Amministrazione ha nominato la Responsabile della Trasparenza e il Responsabile della Prevenzione della Corruzione per la sorveglianza sulle corrette procedure volute dalle nuove normative. Avendo questi lasciato il servizio agli inizi del 2016, si è proceduto con atto deliberativo n. 293 del 14.04.2016, alla nomina di un dirigente medico a tempo indeterminato in servizio presso l'UdS Programmazione, Controllo di Gestione e SIA.

2.3 I risultati raggiunti

Di seguito si presenteranno i risultati ottenuti dall'amministrazione mettendo in luce in particolare gli *output* realizzati e i «risultati finali» conseguiti, gli *outcome*.

Nel *core business* dell'Azienda sono stati raggiunti significativi risultati in termini di volumi di prestazioni e di appropriatezza di erogazione nel giusto regime di accoglienza.

Si sceglieranno le informazioni maggiormente rilevanti per i cittadini e gli altri *stakeholder* esterni. È prevista, in modo peculiare, la presentazione dei risultati dei diversi indicatori relativi alla *performance*, ed eventualmente l'analisi di *trend* storici in relazione alle attività e impegni di maggior rilevanza. Si precisa che:

➤ In ambito assistenziale:

- la Cardiochirurgia ha esteso, grazie anche al potenziamento della risorsa anestesiologicala, le prestazioni ai pazienti in urgenza sicché i volumi di attività 2015 sono stati superiori a quelli del 2014;
- l'UO di Neurochirurgia ha incrementato l'operatività, specie a favore degli interventi che utilizzano gli impianti di protesi;
- la sede del Pronto Soccorso è stata trasferita nei locali originariamente occupati, senza 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, in aggiunta al fatto che la prudenza in autotutela dei dirigenti medici facilita le prassi intese come «medicina difensivistica», ben diversa dalla «medicina difensiva¹»;

¹ Si definisce «Medicina Difensiva» quella pratica medica che – come Ippocrate faceva giurare ai suoi allievi – «difende il paziente da ogni cosa dannosa e ingiusta». Mentre è «Medicina Difensivistica» quella pratica adottata dal medico con il fine esclusivo di «produrre una documentazione che gli sia utile in caso di rivalsa del paziente su comportamenti che già lui stesso ritiene che possano essere oggetto di responsabilità personale.

- è rimasta alta la tensione verso la de-ospedalizzazione dell'assistenza ai fini della applicazione del DA 2533/2013². È migliorato il rapporto tra numero di DRG non appropriati in regime ordinario e diurno sul numero in DSAO: ridotto l'abbattimento a euro 1,4 milioni rispetto al 2014 che era stato 2,5 milioni di euro;
- l'avvio del week hospital (Dermatologia, ORL, Oculistica) ha consentito il miglior utilizzo degli infermieri e rendere più efficiente l'organizzazione interna delle UU.OO.;
- sono stati assunti nuovi dirigenti medici presso l'UO di Anestesia e Rianimazione per potenziare le attività operatorie cardio e neurochirurgiche;
- la chirurgia toracica ha avviato le attività con l'arrivo di un qualificato dirigente medico da altra azienda ospedaliera del centro-nord;
- 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, si è pensato di attivare un modello organizzativo che preveda l'istituzione di «posti letto tecnici dedicati presso le UO specialistiche di competenza»: in altri termini realizzare un'OBI diffusa e delocalizzata all'interno delle unità specialistiche di pertinenza;
- i volumi di attività sono generalmente migliorati rispetto a quelli del 2014. 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.
- si è dato maggiore impulso a quelle UU.OO (Oncologia, Cardiochirurgia, ecc...) che assicurano una capacità attrattiva sull'utenza.
- al contrario poco, invece, si è inciso, sotto il profilo organizzativo, 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, con appesantimento dell'efficienza organizzativa del sistema azienda.

➤ 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

² L'AOUP ha rappresentato costantemente ai tavoli tecnici in Assessorato l'esito perverso dell'applicazione del DA 2533/2013. Il decreto, infatti, prevede il trasferimento di prestazioni a più bassa complessità dai regimi ordinari e diurno al nuovo regime ambulatoriale in DSAO, riconoscendo a questo tariffe di gran lunga più basse rispetto a quelle dell'ordinario e del diurno. L'obiettivo primario del DA era quello della riduzione dei posti letto per 1.000 abitanti, come il Ministero della Salute imponeva. Di questo risultato nessuna azienda ha avuto riconosciuto merito, anzi demeriti, per essere state contestate della riduzione dei volumi di rimborso e, quindi, di avere chiuso i bilanci economici in perdita, con addirittura conseguente piano di rientro. Va da sé che tanto più elevati erano i volumi in DH e tanto più tempestivi i trasferimenti, tanto maggiore è stata la flessione economica, ma, al contempo, tanto più attenti i Direttori Generali ad attuare la strategia dell'Assessorato. Al contrario, le aziende che trascuravano l'applicazione del DA, subivano l'abbattimento economico e al contempo potevano essere biasimate per non avere applicato le strategie regionali. Quindi, nell'un caso e nell'altro i Direttori Generali erano posti nell'unica condizione di dover soccombere. Il piano di rientro va certamente imposto alle aziende in deficit, ma per le perdite gestionali vere, esclusa la differenza tariffaria dell'applicazione del DA 2533/2013. Gli effetti sono gravi e dannosi: Aziende che hanno ben operato in tal senso – come la nostra – hanno avuto imposto piani di rientro per svariati milioni, rendendo impossibile il recupero di tali risorse e mortificando, al contempo, il corpo professionale. Il nostro deficit proviene esclusivamente dalla dinamica perversa del decreto. Nessuno parla della riduzione dei posti letto voluta e che porta, inevitabilmente, alla ridefinizione della rete ospedaliera regionale: è stato raggiunto l'obiettivo che si voleva.

già determinato positivi effetti in termini di economia di scala, intervenendo sulla riduzione degli sprechi e, di conseguenza, liberando risorse;

- analogo processo di centralizzazione ha interessato il materiali anestesivolgivo di sala operatoria. con responsabilità al Direttore dell'UO Anestesia e Rianimazione;
- La ditta Xenia ha avviato 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 e SIA, 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:

- il numero complessivo di apparecchiature collaudate nell'anno 2015 è stato superiore a 450;
- sono stati collaudati n. 284 letti elettrificati in sostituzione del parco macchine precedentemente presente; contestualmente, gli stessi reparti sono stati dotati di sollevatori paziente e di nuovi arredi;
- è stata potenziata la strumentazione endoscopica in dotazione al Servizio di Endoscopia del Dipartimento di Chirurgia Generale e d'Urgenza;
- l'U.O. Tecniche Dialitiche è stata dotata di n.7 apparecchiature per dialisi in sostituzione di analoghe apparecchiature ormai obsolete;
- l'U.O. di Medicina Trasfusionale è stata interessata dal processo di accreditamento del Centro Trasfusionale che ha comportato l'acquisizione ed il successivo collaudo di n. 27 apparecchiature da laboratorio.

➤ In ambito edilizio

(Dati forniti dal Responsabile dell'Area Tecnica)

- Con fondi PO FESR 2007/13 sono state realizzate e consegnate le seguenti opere:
 - nuova *morgue*
 - Pronto soccorso
- Con fondi PO FESR 07/13 Energia sono stati completati i lavori relativi a:
 - adeguamento di n.5 caldaie

- sostituzione di tutti gli infissi esterni a taglio termico
- realizzazione di cappotto isolante nel plesso di Clinica medica II^A
- Con fondi aziendali, sono stati completati i lavori di:
 - ristrutturazione dei laboratori di Microbiologia e Virologia;
 - ristrutturazione dei locali del plesso ex Medicina del Lavoro da destinare agli ambulatori di Neurologia;
 - realizzazione di una Stroke Unit presso l'UO di Neurologia;
 - riqualificazione nell'UO di Cardiologia degli ambulatori al piano s.c.

➤ Rapporti con l'utenza

(Dati forniti dal Responsabile URP e Comunicazione)

a) Attività svolte con il Comitato Consultivo Aziendale – anno 2015

In attuazione dell'art. 9 della L.R. n. 5 del 14 aprile 2009 e del decreto dell'Assessore Regionale della Salute del 15 aprile 2010, nonché in applicazione della delibera aziendale n. 172 del 24 febbraio 2014, è stato istituito il Comitato Consultivo Aziendale (CCA) dell'AOUP "P. Giaccone" di Palermo per il triennio 2014-2016.

Le Associazioni e organizzazioni di volontariato degli utenti e degli operatori del settore sanitario e socio-sanitario che ne fanno parte sono: *ABIO (Associazione Bambino In Ospedale)*, *ADI (Associazione Diabetici Vincenzo Castelli)*, *AIES (Associazione Italiana Educazione Sanitaria)*, *AIPA (Associazione Italiana Pazienti Anticoagulati)*, *ANIO (Associazione Nazionale Infezioni Osteoarticolari)*, *ANMAR PA (Associazione Malati Reumatici di Palermo)*, *ASKIS Klineferter*, *Associazione Serena a Palermo*, *AVIS (Associazione Volontari Italiani Sangue)*, *AVoDAMP (Associazione Volontari Diritto a Maternità e Paternità)*, *AVoFID (Associazione Volontari Famiglie Italiane Disabili)*, *Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato*, *Croce Rossa Italiana*, *E.D.E. (Ente per Diffusione Educazione)*, *Medi...Azione ADR*, *Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri*, *Ordine Professionale Assistenti Sociali Sicilia*, *Persefone*, *Punto (Associazione Prevenzione Informazione e Formazione sulla Salute)*, *Punto di partenza*, *Retinopatici ARIS*, *S.I.G.M. (Segretariato Italiano Giovani Medici)*, *Social... mente*, *Villa Aurora*, *ViviamoInPositivo*. *Presidente è la dott. Tania Pensabene (Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato)*, *vicepresidente, il dott. Michele Girone (ADI Associazione Diabetici Vincenzo Castelli)*.

Le attività cui nel 2015 hanno partecipato le Associazioni del CCA, in collaborazione con lo Staff Comunicazione dell'Azienda, sono state principalmente orientate a:

- condividere il monitoraggio del Piano Attuativo dell'area metropolitana di Palermo e, le azioni individuate nel cap. 14 "Rete formativa, comunicazione e rete civica";
- partecipare al progetto "La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino". Nell'ambito della Ricerca Corrente 2012 ha permesso la prima rilevazione, sul territorio nazionale, del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero. Le criticità emerse dall'indagine effettuata, hanno portato all'elaborazione di un apposito piano di miglioramento, la cui realizzazione è stata inserita tra gli obiettivi assegnati al Direttore Generale per l'anno 2015.
- collaborare al progetto per la costituzione e l'avvio della "Rete Civica della Salute in Sicilia" con lo scopo di favorire il miglioramento della comunicazione istituzionale sanitaria e di sensibilizzare i cittadini sul corretto utilizzo dei servizi;
- partecipare alle Giornate tematiche "La Scuola comunica la Salute";

- partecipare all'incontro "La relazione paziente-medico", nel corso del quale sono stati presentati i due documenti "Guida per il paziente che si ricovera" e "Relazione fra paziente e medico in ospedale";
- partecipare alla prima Giornata della Trasparenza, nella quale la Responsabile URP e Comunicazione e la Responsabile del CCA hanno relazionato su "La partecipazione attiva dei cittadini: dai Comitati Consultivi alla Rete Civica della Salute".

b) Rilevazione della «Qualità percepita»

Dai dati acquisiti si è provveduto a realizzare un'elaborazione globale sul grado di soddisfazione espressa dall'utente nei reparti e negli ambulatori.

I risultati dicono che:

- nei reparti di degenza il giudizio complessivamente raccolto sulla qualità del servizio ricevuto dai pazienti è molto positivo: infatti, il 78% lo reputa ottimo o buono e tra questi, l'86% pari o superiore alle proprie aspettative.
- Il giudizio sull'accoglienza al ricovero è decisamente positivo: infatti, la frequenza cumulata dei giudizi ottimo e buono è: pari al 92% per la gentilezza di chi ha accolto, 82% per la disponibilità a dare informazioni sull'organizzazione del reparto; 87% per il tempo intercorso tra l'ingresso in reparto e l'assegnazione del posto letto.
- I pazienti si dichiarano molto soddisfatti degli aspetti comunicativo-relazionali con il personale medico. La frequenza cumulata dei giudizi ottimi e buoni, è stata:
 - 94% sulla gentilezza nella relazione medico-paziente;
 - 88% sulla disponibilità ad ascoltare le richieste dei pazienti;
 - 88% sulle informazioni ricevute su diagnosi e stato di salute;
- Nei riguardi del personale infermieristico, la frequenza cumulata dei giudizi ottimi e buoni, è stata di:
 - 91% sulla gentilezza;
 - 87% sulla disponibilità all'ascolto,
 - 87% la capacità di dare sostegno;
 - 83% sulle informazioni ricevute.
- Più basso risulta il gradimento sulle informazioni ricevute dai medici alla dimissione:
 - giudizi ottimi o buoni = 77%;
 - il 18% di pazienti non hanno risposto alla domanda.
- Le maggiori criticità (solo il 62% esprime giudizi ottimi e buoni) continuano a persistere nell'area del comfort alberghiero. Hanno espresso parere positivo per:
 - la cura e la pulizia degli ambienti, il 49%
 - la funzionalità dei servizi igienici, il 48%
 - temperatura degli ambienti, il 60%
 - qualità e orario di distribuzione dei pasti e scelta del menu: non soddisfacenti.

Considerando i tre predetti item anche i pazienti che esprimono giudizi "sufficienti", si arriva rispettivamente all'89%, 85%, 82% e 84%:

- Anche nell'area ambulatoriale, il giudizio complessivo rispetto alla qualità del servizio espresso dai pazienti è indubbiamente positivo:
 - l'81% lo reputa ottimo o buono
 - l'85% pari o superiore alle proprie aspettative.
- Le maggiori criticità sono state riscontrate:
 - nell'area dell'accessibilità
 - nei tempi d'attesa tra l'orario dell'appuntamento e quello della fruizione della prestazione
 - nel comfort degli ambienti dedicati all'attività ambulatoriale.
- Il giudizio sulla modalità di prenotazione tra ottimo e buono è 74%. Nonostante la possibilità di accesso da remoto, si conferma ancora molto bassa (12%) la percentuale di utenti che utilizza questa modalità ed è ancora elevata la percentuale di utenti che utilizza quelle più tradizionali (il 71% utilizza lo sportello CUP e il numero verde).
- Attesa tra prenotazione e prestazione: nell'86% molto breve, breve o adeguata; l'8% dei pazienti l'ha dichiarata prolungata rispetto al proprio stato di salute.
- I giudizi sugli aspetti comunicativo-relazionali sono decisamente positivi: sulla gentilezza del personale e sull'attenzione ricevuta dal professionista
 - i giudizi raccolti sono stati ottimi e buoni (rispettivamente 83% e 79%).
- Sulle informazioni su diagnosi e stato di salute e sulle terapie da seguire:
 - i giudizi sono stati meno soddisfacenti: rispettivamente 77% e 73%.
- Ottima o buona la riservatezza durante la prestazione per il 79% degli utenti.
- Giudizi negativi si riscontrano nell'area dell'accessibilità anche in relazione al fatto che dall'inizio del 2013, il Policlinico P. Giaccone ha avviato una massiccia operazione di ristrutturazione che, inevitabilmente, sta arrecando notevoli problemi e disagi a pazienti, accompagnatori e operatori, soprattutto per quanto riguarda la viabilità e la disponibilità di parcheggi.
- Altra criticità che continua a persistere è rappresentata dall'eccessivo tempo d'attesa tra l'orario dell'appuntamento e quello della fruizione della prestazione (frequenza cumulata delle attese da 1 a 2 ore o superiori a 2 ore: il 19% dei pazienti).

Tabella 2- Reclami e segnalazione dell'utenza

Classificazione delle aree di disagio	2015		2014	
	N°	%	N°	%
Aspetti strutturali	2	3	3	2
Informazione	6	8	10	7
Aspetti organizzativi	26	34	55	37
Aspetti tecnico professionali	6	8	13	9
Umanizzazione e aspetti relazionali	3	4	7	5
Aspetti alberghieri e comfort	5	6	10	7
Tempistica	24	31	43	9
Aspetti economici	1	1	3	2
Adeguamento alle normative vigenti	4	5	3	2
Altro	0	0	1	1
Totale	77	100	148	100

A seguito della realizzazione di un'azione contenuta nel Piano Attuativo dell'area metropolitana di Palermo è stata adottata la procedura unica interaziendale per la gestione delle segnalazioni e dei reclami, scaricabile dalla sezione Comunicazione – URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico) nell'home page del sito aziendale www.policlinico.pa.it.

Per comodità, si riportano di seguito le definizioni tratte dalla sopracitata procedura:

- “Reclamo formale” (comunicazione formale di un disservizio, sottoscritta e indicante i dati di chi sporge il reclamo; implica una risposta da parte dell’Azienda);
- “Segnalazione informale (osservazione, rilievo, suggerimento che non implica una risposta formale all’interessato da parte dell’Azienda sanitaria; è comunque presa in considerazione per migliorare i servizi);
- “Elogio” (manifestazione formalizzata di apprezzamento verso professionisti e servizi aziendali).

i. *Reclami formali*

- Nel corso del 2015, hanno presentato formale reclamo all’URP n. 54 utenti (di cui 9 per email, 2 per fax, 1 per lettera e 42 direttamente presso una delle due sedi URP (Dip. Igiene ed ex Avis). In alcuni casi sono stati evidenziati più disservizi, pertanto, considerando tutti gli “aspetti” espressi in ogni singolo reclamo, sono stati registrati in totale n. 77 motivi d’insoddisfazione (vd file excel “Dati reclami e segnalazioni 2015”). La distribuzione aziendale dei reclami suddivisi per area di disagio evidenzia una maggiore concentrazione dei reclami nelle seguenti aree:
 - Aspetti organizzativi, burocratici, amministrativi (n. 26 pari al 34%)
 - Tempistica (n. 24 pari al 31%)
 - Informazione e Aspetti tecnico-professionali (n. 6 pari all’8%).
- Rispetto al 2015 si nota il dimezzamento dei reclami (da 148 a 77), da collegare al superamento di alcune criticità presenti nel 2014 (es. trasferimento dell’UO di Oculistica, chiusura temporanea della Medicina dello Sport, difficoltà di accesso al CUP), mentre si confermano le stesse aree maggiormente oggetto di lamentele da parte dei nostri utenti e la loro percentuale sul totale dei reclami. Va precisato che:
- i reclami concernenti gli aspetti organizzativi, burocratici, amministrativi, principali motivi d’insoddisfazione, sono dovuti prevalentemente alle difficoltà incontrate nei percorsi di accesso e di cura per la complessità dei meccanismi burocratici aziendali, nonché ai problemi connessi con possibili disfunzioni dell’organizzazione interna, (assenza di operatori, mancato rispetto degli orari ambulatoriali, mancato preavviso in caso di cancellazione di visite o esami già prenotati, etc).
- i reclami inerenti all’area disagio “Tempistica” sono prevalentemente riconducibili ai tempi d’attesa per contattare il CUP per le prenotazioni o ai tempi d’attesa per ottenere l’erogazione di alcune prestazioni ambulatoriali.
- la terza classe maggiormente rappresentata riguarda sia l’area informazione, in cui ricadono anche le rimostranze per mancate o errate risposte telefoniche, sia gli aspetti tecnico-professionali, cioè i motivi d’insoddisfazione nei casi in cui la prestazione ricevuta sia stata percepita negativamente (attenzione ai bisogni di assistenza e supporto alla persona da parte del personale, precisione, accuratezza nell’erogazione, appropriatezza, informazione e acquisizione del consenso sul percorso di cura).

ii. Segnalazioni informali

- Nel 2015, 16 utenti hanno presentato segnalazioni informali, con immediata risposta, in quanto risolvibili sulla scorta del patrimonio informativo delle operatrici URP e senza necessità di richiedere la formalizzazione del reclamo. Alcuni di questi utenti hanno evidenziato più disservizi, pertanto, considerando tutti gli “aspetti” espressi in ogni singola segnalazione, sono stati registrati in totale n. 18 motivi d’insoddisfazione.
- Rispetto al 2014 vi è stata la sensibile riduzione del numero di segnalazioni (da 121 a 18), fondamentalmente riconducibile al miglioramento dell’accesso al CUP dovuto all’introduzione del fax tra i possibili strumenti di accesso alle prenotazioni, oltre al sito, al numero verde e allo sportello.

2.4 Criticità e Opportunità

Seguendo sempre i criteri di sinteticità e rilevanza, si indicano in questo paragrafo:

- a. Le principali «criticità», in termini di obiettivi e risultati attesi che, pur previsti dal Piano di programma, non sono stati raggiunti, ma meritevoli di riproposizione, sono:
 - report quadrimestrale sugli interventi 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 per dare iniziative consequenziali alla raccolta dei dati
 - avvio del «Ciclo della *performance*» con tempistica puntuale rispetto a quella richiesta dal processo
 - definizione degli standard di qualità e stesura del report annuale
 - rilascio del regolamento per l’erogazione di un indennizzo automatico e forfettario all’utenza (D.lgs. n. 198/2009)
 - attivazione della *Stroke unit*
 - centralizzazione delle unità endoscopiche
 - l’attivazione dell’Osservazione Breve Intensiva
 - mancata estensione della Lungodegenza con aggiunta di altri posti letto
 - riduzione del ricorso alla diagnostica di laboratorio per *Medicina difensivistica*
 - l’accreditamento dell’unità Ricerca e Internazionalizzazione
 - l’attivazione del Protocollo informatizzato
 - la Rete del rischio clinico dei Medici in formazione
- b. Le «opportunità» in termini di “obiettivi e risultati” maggiormente sfidanti risiedono nel dare 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;

e 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 la finalità di cui al punto precedente
- piano di sviluppo edilizio in armonia con il punto precedente
- sviluppare le attività assistenziali secondo logiche di innovazione delle attività formative universitarie.

L'AOUP ha individuato le azioni adottate nel Piano, ma che vanno poste in essere al fine di superare le criticità riscontrate.

- puntuale avvio del «Ciclo della Performance»
- attivazione dell'OBI diffusa presso le UO con accettazione in urgenza dal Pronto soccorso
- 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
- riorganizzazione della rete interna in adesione alle direttive dell'Assessorato regionale della Salute
- riorganizzazione delle attività che insistono nel padiglione materno infantile che sarà oggetto di ristrutturazione
- attivazione della *Stroke unit*
- centralizzazione delle attività endoscopiche
- centralizzazione degli acquisti di beni sanitari presso la Farmacia
- controllo ispettivo delle giacenze di magazzino

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 articola 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, erano a valere anche per l'anno 2015.

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 il grado di conseguimento dell'obiettivo con il riferimento al valore programmato.

Tabella 3: Albero della *performance*

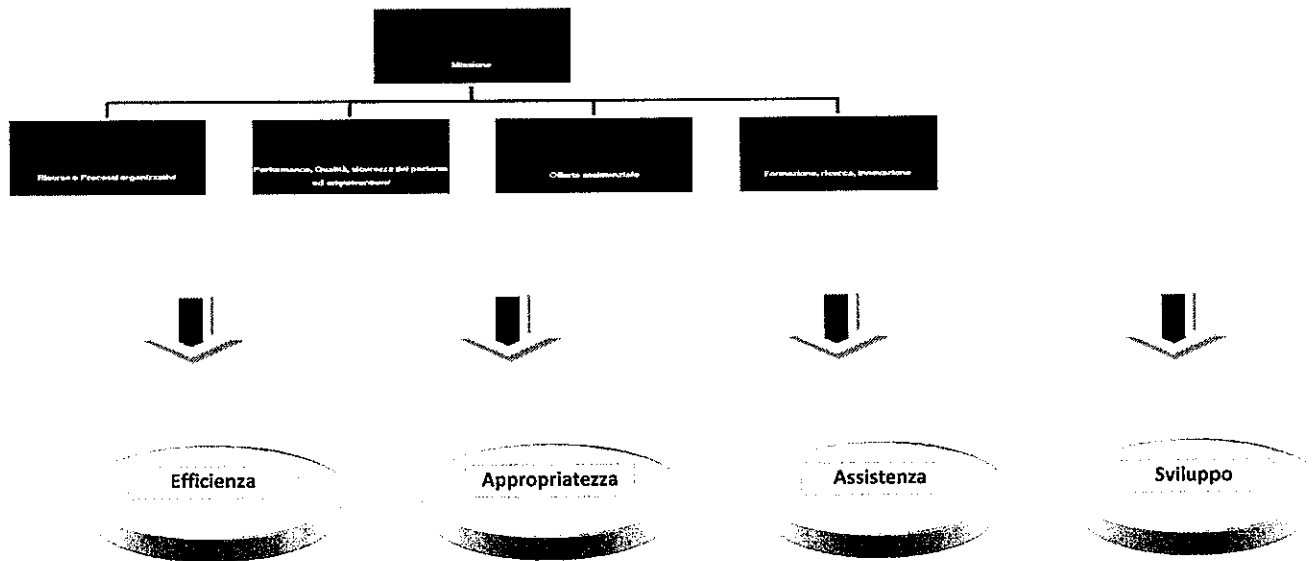


Tabella 4 - Aree strategiche ed obiettivi strategici

Dalle aree strategiche individuate discendono a cascata gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi di *performance* organizzativa e individuale che completano l'albero della performance.

	1	<ul style="list-style-type: none"> • Contenzimento spesa • Interventi impiantistico-strutturali • Igiene ambientale
	2	<ul style="list-style-type: none"> • Performance • Standard di Qualità dei Servizi • Sicurezza dei pazienti • Programma Nazionale Esiti • Qualità percepita • Accreditazione strutture • Trasparenza • Legalità e prevenzione della corruzione
	3	<ul style="list-style-type: none"> • Riorganizzazione Funzionale • Offerta assistenziale • Buon utilizzo delle risorse • Appropriatezza • Integrazione e Reti assistenziali • Percorsi assistenziali
	4	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo competenze • Ammodernamento tecnologico • Ammodernamento strutturale • Digitalizzazione • Internazionalizzazione • Integrazione Azienda-Università

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 2015 riconoscevano un primo step nell'anno 2014 e 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 2015 è frazione di un risultato pluriennale.

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: la 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) 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) al 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.

Non vi sono state modalità particolari di coinvolgimento degli *stakeholder* interni ed esterni all'AOUP, né si è proceduto a significativa condivisione dei momenti, 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.

Prescindendo dal doveroso (talvolta impegnativo) riscontro delle richieste di acquisizione di documenti inoltrate dalla A.G., va evidenziato come l'AOUP nel 2015 (ma anche nel 2016) ha dovuto seguire il processo di approvazione del bilancio 2014 fornendo una serie di chiarimenti richiesti dall'Assessorato per la Salute, dal Collegio Sindacale e anche dalla Corte dei Conti.

Nell'Allegato 2, come in tab. 4, si riporta il riepilogo degli obiettivi strategici che, una volta compilata, sarà inviata, congiuntamente alla Relazione, all'indirizzo di posta elettronica dell'ANAC.

Tabella 5. - Obiettivi strategici: risultati 2015

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	Soddisfare le attese del Piano di Rientro richiesto dall'Assessorato	40	Investimento in Area Economico Finanziaria	- UO Programmazione e C. d. G. - Area Economico Finanziaria - A. Provveditorato	100%	50%	20	Impossibilità a raggiungere il risultato atteso per riduzione dei rimborsi tariffari
	Spese del personale pari al 2014	25	Nessun investimento aggiuntivo	Area Risorse Umane	Si/No	Si	25	Onere economico da sostituzione di unità di personale universitario con aziendale puro
Performance / Qualità / Rischio Clinico / Empowerment	Sviluppo della "Qualità" come sistema e standard dei servizi	10	Nessun investimento aggiuntivo	Direzione sanitaria	Si/No	No	0	Piano speciale della "Qualità"
Produzione assistenziale	Volumi, Appropriatazza, Complessità	5	Investimenti nelle unità operative	Dir. Sanitaria, Programmazione e C.d.G.	100%	90%	4,5	Flessione nelle UO di Medicina
	Sviluppo strutturale	5	Investimenti programmati	Ufficio Tecnico	100%	80%	4,0	Rallentamenti per aggiornamenti tecnici
Formazione / Innovazione e Sviluppo	Sviluppo tecnologico	5		Ingegneria Sanitaria	100%	80	4,0	Rallentamenti per aggiornamenti tecnici
	Sviluppo dei sistemi operativi	5		S.I.A. e Provveditorato	100%	80%	4,0	Rallentamenti per aggiornamenti tecnici
	TOTALE	100					61,5%	

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.

La tab. 5 è comprensiva 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. Nello specifico della Trasparenza, le informazioni nel nostro sito vanno progressivamente aumentando. La Responsabile della Trasparenza aveva così risposto sulle attività del 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 ovvero ottemperate solo in parte, nonostante i ripetuti solleciti, le seguenti voci»*, dando ragguglio particolare sulle carenze.

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

Tabella 6 – 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.	Realizzato	100%	4	
	Interventi impiantistico strutturali	4	Rilasciare un report quadrimestrale sulle manutenzioni e mantenimento dei limiti di spesa	Non realizzato	0,0%	4	
		Igiene ambientale	2	Attività di controllo nei cantieri edili (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
			2	Analisi della qualità delle acque	Realizzato	100%	2
			2	Sorveglianza dei percorsi pulito-sporco	Realizzato	100%	2
		Risorse umane	2	Adesione e traduzione delle norme e delle linee guida	Realizzato	100%	2
			2	Mantenere il numero di unità invariato.	Realizzato	100%	2
		Sicurezza nei luoghi di lavoro	2	Mantenere l'assistenza ai diversamente abili	Realizzato	100%	2
			2	Utilizzare i dati sull'indagine sul benessere organizzativo	Non realizzato	0,0%	2
	Performance / Qualità / Rischio clinico / Empowerment	Performance	4	Adeguatezza alle norme	Risultato parziale	70%	2,8
			3	Realizzare le azioni previste dal D. Lgs. 150/09	Parzialmente realizzato	40%	1,2
	Standard di qualità dei servizi	4	Definizione degli standard di qualità in apposito documento: 31.12.2015	Non realizzato	0,00%	0,0	

AREA	FATTORE	PESO	TARGET PROGRAMMATO	RISULTATO	%	PESO	
	Sicurezza dei pazienti	3					
	Piano Nazionale Esiti	3	Promozione del benchmark per le patologie più frequenti.	Realizzato	100%	3	
	Qualità Percepita	3	Promozione dell'indagine sulla <i>customer satisfaction</i> e aggiornare 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, che verrà attuato nel 2016.	Realizzato	100%	4	
	Offerta assistenziale	1	Promozione e riqualificazione dell'offerta cardiologica, attivazione del week hospital	Realizzato	100%	1	
		3	Attivazione OBI decentrata nelle UO	Non realizzato	0,00%	0	
		5	Gestione con budget	Realizzato	100%	5	
	Produzione assistenziale			Monitorare i consumi di diagnostica di laboratorio e radiologica.	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	Eseguire i corsi programmati	Realizzato	100%	3	
	Aggiornamento tecnologico	3	Collaudare le tecnologie consegnate	Realizzato	100%	3	

AREA	FATTORE	PESO	TARGET PROGRAMMATO	RISULTATO	%	PESO
	Aggiornamento strutturale	3	Collaudare e consegnare le opere strutturali programmate	Realizzato	100%	3
	Digitalizzazione	3	Realizzazione delle azioni finalizzate: 31.12	Non realizzato	30%	1
	Internazionalizzazione	2	Accreditamento dell'UO	Non realizzato	0,0%	00
	Integrazione Azienda e Università	4	Partecipazione al Tavolo tecnico per la progettazione del Policlinico 2020	Realizzato	100%	4
Totale		100				77,4

- Risultati in materia di trasparenza e integrità:
 - i. Stato di attuazione del Programma triennale
 - esitato il Piano Triennale della Trasparenza 2015-2017;
 - nominata la Responsabile della Trasparenza
 - 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.
 - Risulta 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 loro standard di qualità, in ottemperanza alla delibera ANAC n. 5/2012, si evidenzia che:
 - I. lo stato di avanzamento del processo di definizione degli standard e il relativo grado di copertura dei servizi erogati all'utenza
 - II. il rilevamento dei servizi, la relativa definizione degli standard aziendali e la stesura del documento, al 31 dicembre 2015 non erano ancora completi, anche se il gruppo di lavoro aveva cominciato a operare. Di conseguenza, nulla si può riferire sui punti (ii-v) di pagina 9 della delibera ANAC n. 5/12.

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 sostanziale assenza 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 l'indifferenziata valutazione dei «comportamenti individuali» da parte dei valutatori di 1^a istanza, si rende necessario, per il futuro assegnare una maggiore assistenza alle UO rivelatesi meno puntuali.

Tabella 7 - Distribuzione per fasce di risultato dei risultati delle UO organizzative assistenziali (A) e amministrative (B)

	Range risultato organizzativo delle UO (%)	Unità operative
A) Distribuzione dei risultati delle unità operative assistenziali	100÷96	22,6%
	95÷91	39,6%
	90÷86	18,9%
	85÷81	18,9%
B) Distribuzione dei risultati delle aree e uffici amministrativi	≥ 90	74,0%
	89÷81	13%
	≤ 80	13%

Tabella 8 – Distribuzione per fasce di risultato della valutazione individuale

Qualifica	Range valutazione individuale(%)	Dipendenti
Dirigenti medici: n° 493	100÷96	86,2%
	95÷91	2,2%
	90÷86	6,9%
	85÷81	2,2%
	≤ 80	2,5%
Dirigenti ATP: n° 69	100÷96	82,6%
	95÷91	2,9%
	90÷86	8,7%
	≤ 85	5,8%
	100	86,6%
Comparto sanità: n° 672	99÷96	3,4%
	95÷91	6,4%
	90÷81	3,3%
	≤ 80	0,3%
	≥ 90	74,0%
Dirigenza amministrativa: n° 15	89÷81	13%
	≤ 80	13%

Qualifica	Range valutazione individuale(%)	Dipendenti
Comparto amministrativo: n° 252	100	96,4%
	99÷95	3,6%
Comparto tecnico: n° 590 Comparto professionale: n° 1	100	86,3%
	99÷96	5,1%
	95÷91	5,4%
	90÷80	3,2%

L'86,2% dei dirigenti medici ha ricevuto la valutazione del 100%, contro il 72,7% dell'anno precedente. È un dato sicuramente migliorativo e confortante che andrà sicuramente verificato al fine di accertarne l'effettiva migliorata performance.

Per il personale del comparto sia sanitario che amministrativo dove la valutazione del 100% è pressoché generalizzata, il dato è, sotto certi aspetti, eclatante, discostandosi significativamente dai risultati organizzativi delle unità operative assistenziali, che ricevono la misurazione oggettiva dei risultati da parte dell'UO P&CdG: in questo caso solo il 22,6% delle unità organizzative ha raggiunto il risultato del 100%.

Per le Aree Amministrative la valutazione della performance individuale coincide del tutto con quella dei risultati organizzativi.

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 chiesto all'AOUP 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. Se è vero che non è stato predisposto, come richiesto dall'Assessorato, il piano per la mancata disponibilità del Rettore, va dato atto come siano state adottate alcune misure, in ambito organizzativo, che hanno innescato un meccanismo virtuoso, sia sui costi che sui rimborsi.

I costi complessivi dei materiali sanitari per l'erogazione delle prestazioni sono stati contenuti nei limiti del preventivo economico, anche se nel corso del 2015 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 saremo in prossimità della chiusura dei cantieri.

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 redistribuzione 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.

La produzione

PUNTI DI DEBOLEZZA E PUNTI DI FORZA

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 alla possibilità di fruire 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 2015 a fronte del 2014 (-€ 1.500.000,00 invece di -€ 2.500.000,00 dell'anno precedente. Vi sono margini per ridurre ulteriormente questa voce negativa operando su una più appropriata codifica delle SDO e sull'assegnazione dei pazienti al regime di assistenza più adeguato.
- d) Il progressivo avvio del week hospital (dalla Dermatologia all'ORL e all'Oculistica) ha consentito da un lato di far fronte ai diversi pensionamenti registrati nel corso dell'ultimo biennio nell'ambito del personale infermieristico, dall'altro di utilizzare meglio la stessa risorsa infermieristica e di rendere più efficiente la organizzazione interna delle UU.OO.
- e) La Cardiochirurgia ha esteso l'attività all'urgenza con immediato effetto sul volume degli interventi chirurgici.
- f) Ricadono sotto la Direzione dell'UO di Anestesia i posti letto di terapia intensiva cardiochirurgica. Per enucleare le caratteristiche dei pazienti ivi ricoverati è opportuno che assumano la codifica dei posti letto di terapia intensiva (ancora non ufficialmente riconosciuti dall'Assessorato regionale della Salute), anche perché il DA.835/2014 prevede uno specifico CRIL per il calcolo delle giornate di degenza in terapia intensiva.
- g) La Neurochirurgia ha incrementato l'operatività, specie a favore degli interventi che utilizzano gli impianti di protesi e particolari dispositivi medici.
- h) È stata affidata al Direttore dell'UO di Anestesia e Rianimazione la gestione centralizzata del materiale anestesilogico in uso in tutte le sale operatorie dell'Azienda, assicurando

una più efficiente distribuzione dei presidi, con benefico effetto sugli sprechi e conseguenti risultati positivi in termini di economia di scala.

- i) Nel 2015 sono state portate avanti le procedure per la nomina del Chirurgo Toracico e del Direttore della U.O. di Urologia, insediatosi quest'ultimo nel 2016.
- j) 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 studierà 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.
- k) 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.

DOTAZIONE DEI POSTI LETTO

La dotazione funzionale dei posti letto, in atto e nelle more di una sua rivisitazione prevista a livello regionale, 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 31.12.2015.

Tabella 9: Dotazione in posti letto

Per acuti	Regime	Posti letto n.	RO - Numero media di posti letto attivi
Area Medica	Ordinario	214	216,7
	Diurno	33	
Week hospital (Dermatologia, Oculistica, Otorino)	Ordinario	20	20
	Diurno	9	
Area Chirurgica	Ordinario	183	194,9
	Diurno	22	
Intensiva e sub-intensiva	Ordinario	34	34
	Diurno	1	
Radiologia interventistica	Diurno	1	
Non per acuti	Regime	Posti letto n.	RO - Numero medio di posti letto attivi
Lungodegenza	Ordinario	7	7
Riabilitazione	Diurno	3	
Nido	Ordinario	10	10
Totale		537	470,6

Al regime ordinario per acuti nel 2015 sono stati destinati in toto 451 posti letto, di cui n. 222 all'area medica (49,2%), 195 alla chirurgica (43,2%) e 34 (7,5%) per assistenza intensiva e sub intensiva. Dentro l'area medica stanno anche gli 8 posti letto del week hospital di Dermatologia. Alla degenza diurna 66, di cui 35 (53,0%) all'Area Medica; 29 (43,9%) alla Chirurgica; 1 (1,5%) all'Intensiva e Sub-intensiva, 1 (1,5%) alla Diagnostica Radiologica per le attività interventistiche.

I posti letto non per acuti sono così distribuiti: Nido 10 PL, Lungodegenza 7. 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 destinati ai paziente in acuzie dell'Area Medica in regime ordinario è in rapporto di 1,15 (1,22 nel 2014) rispetto a quelli delle unità

chirurgiche. Questo risultato pone in flessione i posti assegnati all'Area Medica rispetto alla Chirurgica.

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 Cardiocirurgia per la Terapia intensiva e subintensiva, sono attribuiti all'Area Medica, ma ai fini del calcolo degli altri indicatori, all'Area Chirurgica perché non scorporabili informaticamente.

Tabella 10 - R.O.: Differenze nell'occupazione media dei posti letto (2015), per Area o UO

Area Medica, Intensiva e Subintensiva	Area Chirurgica	Dermatologia (W. H.) ¹	Lungodegenza	Nido
83,0%	65,9%	16,9%	37,0%	42,0%

L'indice di occupazione media complessiva è al di sotto del 75% raccomandato.

CARATTERISTICHE DELLA PRODUZIONE

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 2014 è stata del 2,7%. Rispetto all'attrazione geografica si osserva una riduzione dei ricoveri per i pazienti della provincia di Palermo del 2,5% e per i pazienti delle altre provincie del 4,3%.

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

Tabella 11: Trend ricoveri ordinari e utilizzo dei posti letto.

Indicatori	2015	2014	2013	Differenza
RO – Numero di ricoveri	15.992	16.440	18.587	-448
RO - Indice di occupazione media posto letto (%)	71,8	71,5	80,4	0,3
RO - Indice di turnover in regime ordinario	1,39	1,38	1,26	0,01
RO – Provincia di Palermo	13.379	13.710	15.487	-331
RO – Altre provincie ed extraregione	2.613	2.730	3.100	-117

Si osserva il prolungamento dello « indice di turnover » espresso in giorni (da 1,38 a 1,39): differenza ancora più pronunciata se confrontata con l'indice del 2013, e che consolida il ritardo tra la dimissione di un paziente e l'ingresso del paziente successivo. Il posto letto libero, occupato in urgenza dal Pronto Soccorso anche per pazienti destinati all'OBI, espone il sistema ad elevato rischio di ricoveri non appropriati.

Tabella 12: Modalità di accesso dei pazienti.

	2015	2014	2013	2015 vs 2014
Programmato, con pre ospedalizzazione	3.039	2.840	1.387	199
Programmato, non urgente	2.705	3.159	6.012	-454
Urgente	10.248	10.472	11.174	-224
Totale	15.992	16.471	18.573	-479

Prosegue l'incremento virtuoso della pre-ospedalizzazione rispetto al 2014. L'andamento è ancora più significativo se raffrontato con il dato 2013. Si riduce il programmato non urgente, espressione sia di riduzione della domanda in elezione, e quindi delle liste d'attesa, sia della maggiore offerta in posti letto liberi.

I ricoveri urgenti sono diminuiti di 224 unità.

La tab. 13 a pagina seguente 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 13: Variazione numero di dimessi per Area e per Tipo di DRG in regime ordinario

	Indicatore	2015	2014	2013	VARIAZIONE (2015-2014)/2014
Area Medica	Totale dimessi	9.023	8.837	10.110	186 (2%)
	Tipo M	8.119	8.023	9.218	96 (1,2%)
	Tipo C	904	814	892	90 (11%)
Area Chirurgica	Totale dimessi	6.874	7.057	7.942	-183 (-3%)
	Tipo C	5.097	5.180	5.824	-83(-2%)
	Tipo M	1.777	1.877	2.118	-100 (-5%)

L'aumento del numero di dimessi nell'Area Medica (+11,0%), pur rimanendo basso l'indice di occupazione media, è uno dei fattori che porta al rischio di non appropriatezza, unitamente ai comportamenti orientati alla « Medicina difensivistica», un costo, questo, che le aziende sopportano in rapporto ad una presunta tutela degli operatori e non per ragioni connesse con l'assistenza dovuta ai 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 degenza media è rimasta invariata, mentre la pre-operatoria ha subito una lieve riduzione (-0.3). 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 14 – R.O. - Rapporto tra Durata media della degenza e complessità in termini di peso medio DRG.

Indicatore	2015	2014	2013	Differenza
RO – Degenza media	7,8	7,8	7,4	0
RO – Degenza media pre-operatoria	2,3	2,6	2,5	-0,3
RO – Peso medio dei DRG	1,30	1,26	1,22	0,04
RO – Rapporto D.M. / Peso Medio DRG	6,0	6,19	6,06	-0,19

Si registra una differente *performance* tra le due aree: nella chirurgica, alla riduzione della degenza media ha fatto riscontro 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. È necessario quindi sorvegliare in modo peculiare le UUOO di area medica, al fine di ridurre la durata della degenza sia a mezzo di una più efficiente organizzazione interna delle UUOO che in fase di accettazione debba possibilmente prevedere l'esecuzione di un set assistenziale clinico e con indagini strumentali sì da « non perdere la giornata », sia con una politica che orienti al governo della domanda.

Ciò è perseguibile anche con l'ausilio di obiettivi operativi per le UUOO, come del resto è avvenuto in anni precedenti al 2015. Pertanto, l'elezione chirurgica andrebbe ricoverata verificando la disponibilità di sala operatoria (si ridurrebbe la degenza pre-operatoria), mentre il ricovero clinico programmato all'inizio di giornata, dovrebbe prevedere la convocazione del paziente a digiuno, al fine di prenderlo in carico e prontamente inserirlo nell'iter diagnostico-terapeutico più idoneo.

Tabella 15: Rapporto tra Degenza e Peso medio per Area Medica e Chirurgica

	2015	2014	2013	Differenza
Area Chirurgica				
Degenza media	7,603	7,628	6,490	-0,025
Peso medio DRG chir.	1,735	1,671	1,341	0,065
D. M. / Peso medio DRG chir.	4,381	4,566	4,840	-0,185
Area Medica				
Degenza media	8,619	8,361	8,210	0,259
Peso medio DRG medici	1,056	1,029	1,181	0,027
D. M. / Peso medio DRG medici	8,163	8,129	6,950	0,034

Nell'analisi della produzione chirurgica sono stati esclusi i DRG chirurgici dell'Area Medica (es. UTIC, Dermatologia). Il peso medio è aumentata da 1,260 a 1,302, il chirurgico da 1,67 a 1,74. L'indice chirurgico medio, anche se di poco, è al di sotto del 75,0% raccomandato. Sono diminuiti i ricoveri chirurgici, e i ricoveri di tipo medico nelle chirurgie.

Tabella 16: Caratteristiche della produzione chirurgica in regime ordinario

Indicatore	2015	2014	2013	Differenza
RO – DRG chirurgici prodotti dalle chirurgie (N°)	5.097	5.180	5.824	-83
RO – Peso medio DRG chirurgici solo chirurgie	1,74	1,67	1,574	6,6%
RO – Indice chirurgico medio delle chirurgie(%)	74,2	72,9	73,3	1,2
RO. – DRG medici dimessi dalle chirurgie	1.777	1.877	2.118	-100

In tab. 17 la produzione chirurgica è distribuita in quattro fasce di complessità, tarate sull'assorbimento prospettico delle risorse. 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 di neurochirurgia.

Tabella 17: Distribuzione della produzione chirurgica per fasce di complessità

DRG - Fasce di complessità	2015		2014	
	Peso ≤ 1,000	2.154	42,3%	2.288
Peso 1,001 ÷ 1,499	900	17,7%	830	16,0%
Peso 1,5 ÷ 2,499	1.067	20,9%	1.159	22,4%
Peso > 2,500	976	19,1%	903	17,4%

- 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. Registrano un lieve incremento, invece, la fascia compresa tra 1 e 1,5 mentre si riduce la fascia tra 1,5 e 2,5. In aumento i DRG a più elevata complessità, che raggiungono il 19%, mentre quelli a bassa complessità il 42%. Nella fascia media l'incidenza registrata è stata del 39%. I dati in percentuale sugli interventi inseriti nell'obiettivo «Esiti» mostrano la sostanziale conferma rispetto ai risultati dell'anno precedente. Le procedure con risultato positivo hanno confermato la loro *performance*, mentre i parti cesarei primari, pur migliorando il risultato in termini percentuali, rimangono lontani dal valore dell'obiettivo.

Tabella 18 - Risultato obiettivo "ESITI"

Obiettivo "Esiti"	Target	2015		2014		2013	
		N° Casi	%	N° Casi	%	N° Casi	%
STEMI P.T.C.A.	100%	91	92,8%	74	93,7%	76	96,2%
Parti cesarei primari	≤ 20%	183	34,1%	89	36,6%	79	63,2%
Frattura di femore	100%	98	66,7%	215	33,0%	219	38,5%
Colecistec tomia Laparoscopica*	100%	363	87,5%	369	88,8%	423	87,0%

All'interno della flessione dell'attività chirurgica è trascurabile il calo (-0,2%) degli interventi in anestesia generale, per definizione a più elevata complessità. Le varie tipologie di assistenza anestesiologicala in sala operatoria hanno complessivamente subito l'incremento dell'0,4%.

Tabella 19: R.O. - Attività chirurgica per tipologia di assistenza anestesiologicala

Procedure anestesiologicalhe: tipologia	2015	2014	2013	Differenza 2015-14	%
Generale	4.145	4.155	4.652	-10	-0,2%
Locale assistita	555	511	628	44	9%
Peridurale	113	163	167	-50	-31%
Sub-aracnoidea	805	763	779	42	6%
Dei nervi	70	48	49	22	46%
Locale	1.466	1.485	1.800	-19	-1%

Il benchmark con altre aziende della Regione Sicilia

Sulla scorta del P.R.O.D. regionale diffuso attraverso la rete dell'Assessorato della Salute è stato possibile confrontare le caratteristiche della produzione di alcune unità operative con analoghe di altri policlinici universitari e di altre aziende ad elevata complessità

Tabella 20 Benchmark: Medicina Generale

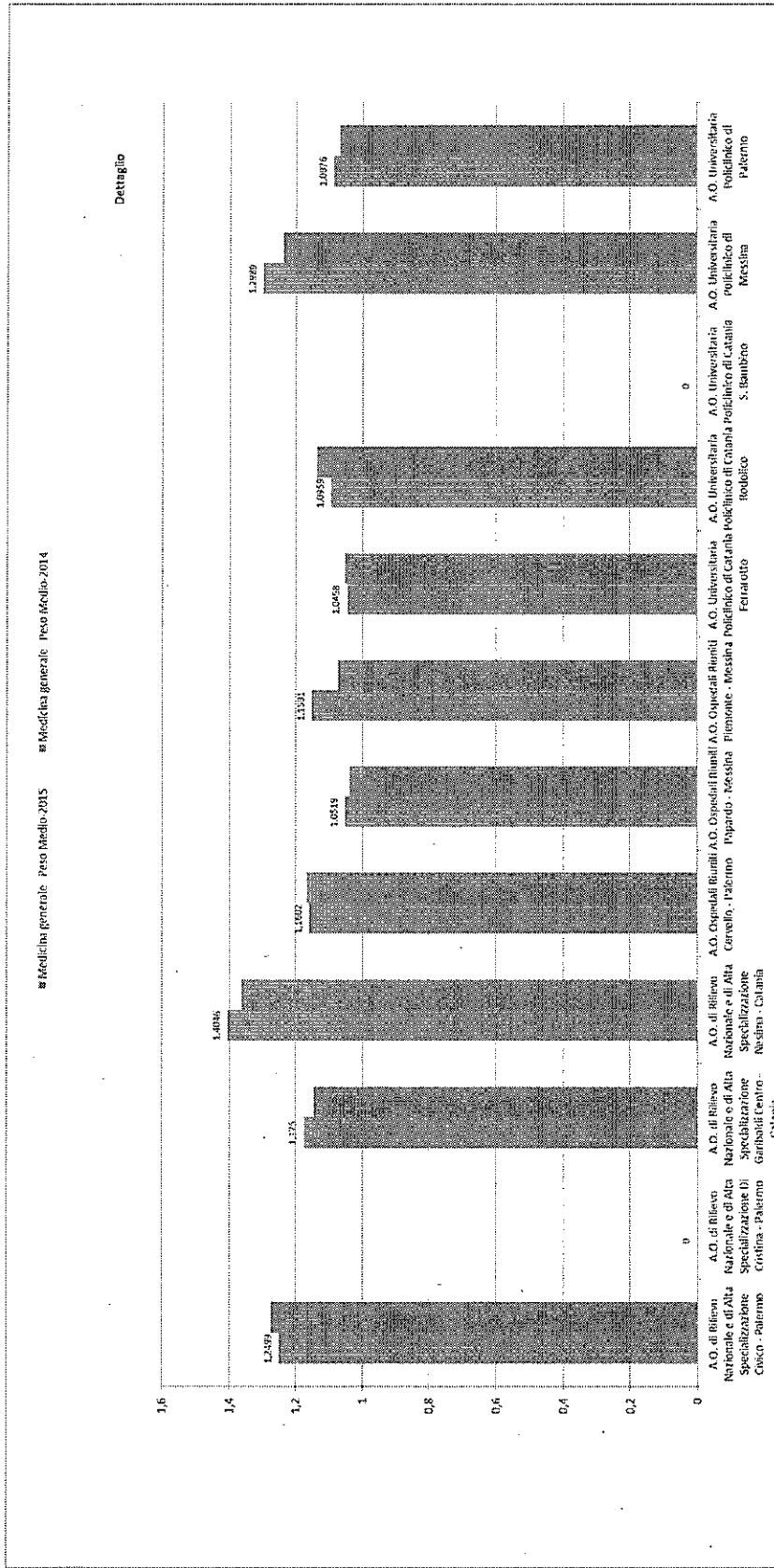


Tabella 21: Benchmark: Chirurgia Generale

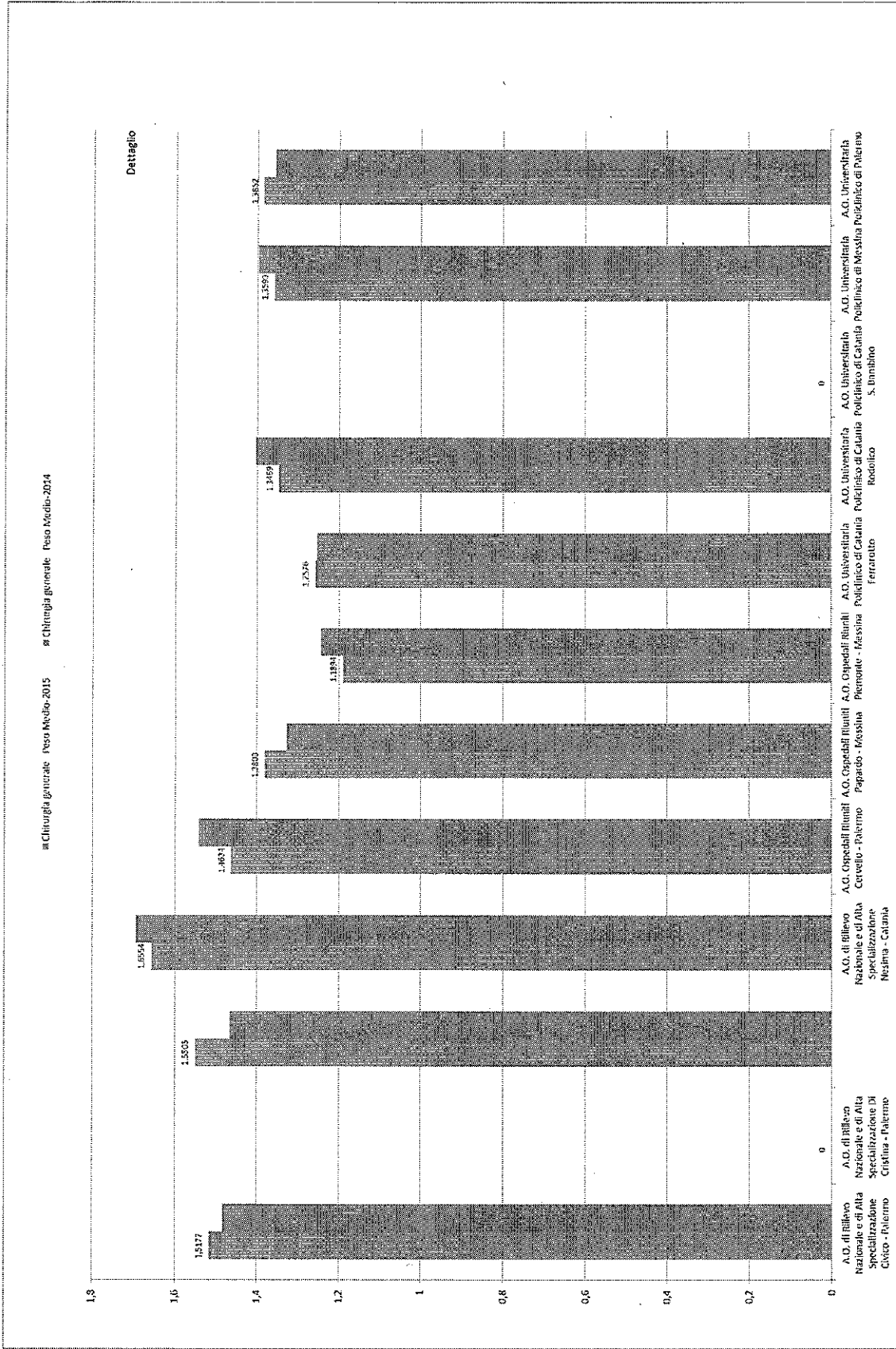


Tabella 23 Benchmark: Neurochirurgia

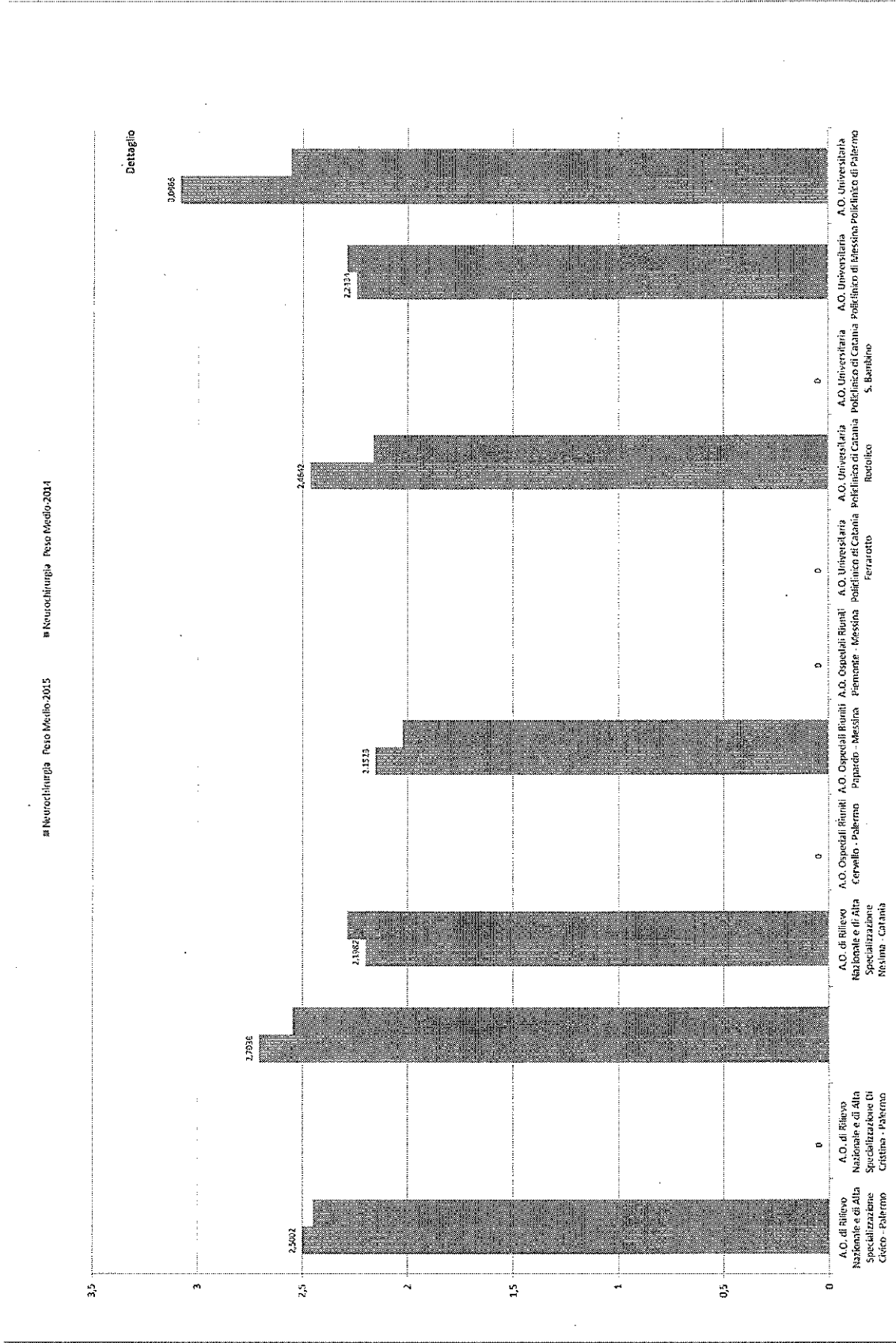
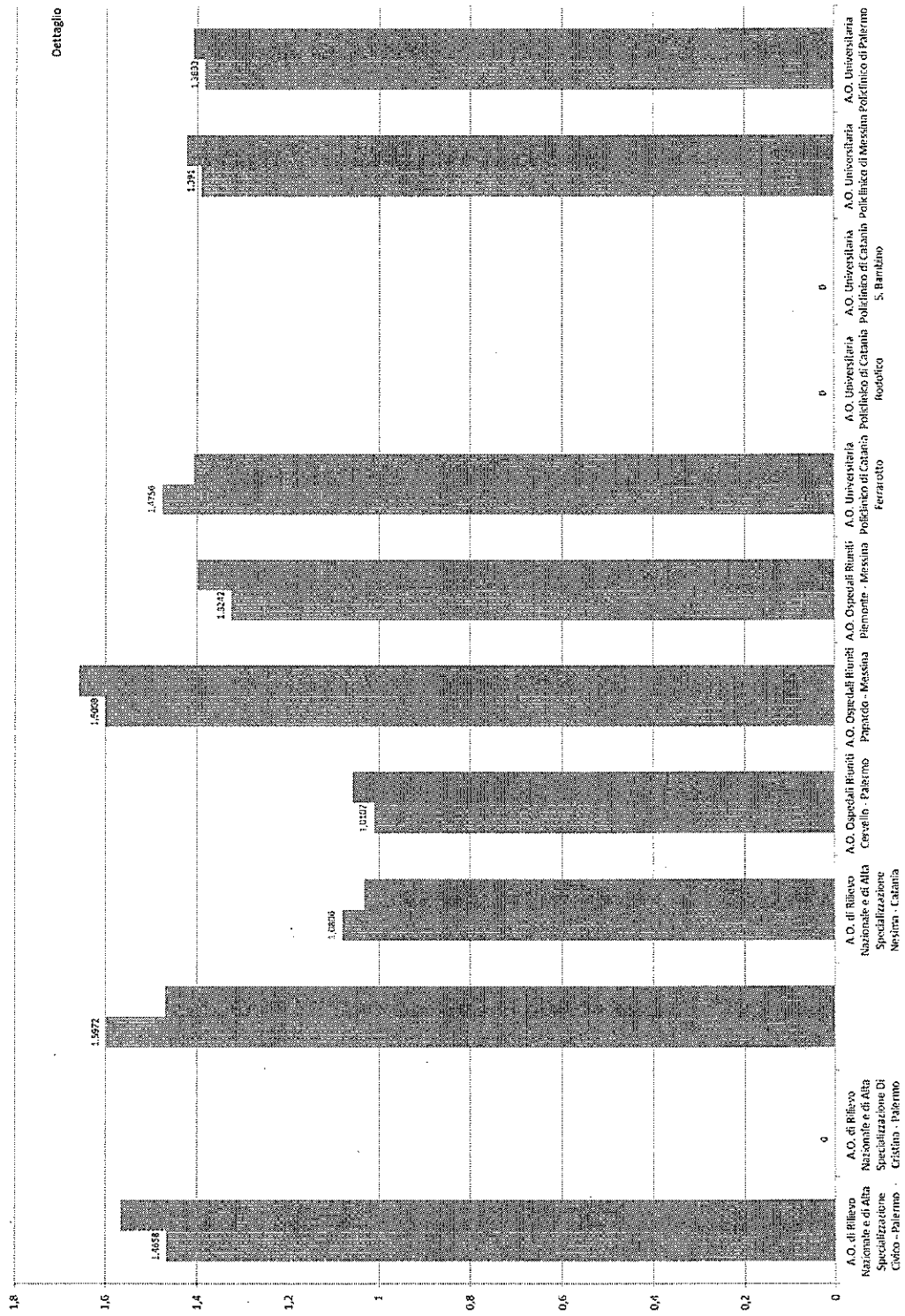


Tabella 24 Benchmark: Ortopedia

Ortopedia e traumatologia Povo Medio-2015 Ortopedia e traumatologia Povo Medio-2014



La dimensione economica dell'attività assistenziale

La tab. 25 presenta la scomposizione dei volumi di rimborso tra area Medica e Chirurgica senza detrazione degli abbattimenti per inappropriata. Il risultato in R.O. è di + € 237.065,60 rispetto al 2014 (+0,35%). La percentuale di contribuzione è per la chirurgica il 51%, per la medica il 49%.

Tabella 25: R.O. - Rimborsi per Area Medica e Chirurgica. Incidenza di ciascuna area sul totale.

	2015	2014	2013	Differenza
AZIENDA				
RO – Rimborso totale (schede valorizzate)	€ 68.333.833,60	€ 68.096.768,00	€ 72.573.040,00	€ 237.065,60
CHIRURGIE				
Cardiochirurgia	€ 6.068.108,00	€ 5.687.741,00	€ 2.617.885,00	€ 380.367,00
Neurochirurgia	€ 3.922.231,00	€ 2.760.796,00	€ 2.954.919,90	€ 1.161.435,00
UO chirurgiche	€ 21.623.306,00	€ 22.013.642,00	€ 23.991.246,00	€ -390.336,00
DRG medici dimessi dalle chirurgie	€ 3.049.419,00	€ 3.505.896,00	€ 4.087.554,00	€ -456.477,00
Totale produzione delle UO chirurgiche	€ 34.663.064,00	€ 33.968.075,00	€ 33.651.604,90	€ 694.989,00
<i>Indice produzione chirurgie</i>	<i>0,51</i>	<i>0,50</i>	<i>0,46</i>	<i>0,04</i>
MEDICINE				
DRG medici dimessi dalle medicine	€ 25.728.158,40	€ 26.358.575,00	€ 30.245.480,00	€ -630.416,60
DRG chirurgici dimessi dalle medicine	€ 7.378.502,60	€ 7.255.083,00	€ 8.059.520,00	€ 123.419,60
Nido, Lungodegenza, Fisiatria	€ 564.108,60	€ 515.034,00	€ 616.432,00	€ 49.074,60
Totale produzione delle UO mediche	€ 33.670.769,60	€ 34.128.692,00	€ 38.921.432,00	€ -457.922,40
<i>Indice produzione medicine</i>	<i>0,49</i>	<i>0,50</i>	<i>0,54</i>	<i>(0,01)</i>

B) REGIME DIURNO: DH, DSAO

Con l'appropriato utilizzo dei posti letto in DH è stato mantenuto anche nel 2015 il trend di riduzione dei ricoveri totali e in particolare dei diagnostici e riabilitativi (tab. 26).

Tabella 26: DH, Scomposizione dei ricoveri per tipologia

Tipologia di ricovero	2015	2014	Differenza	Percentuale
Diurno chirurgico	2.466	2.468	-2	-0,1%
Diurno diagnostico e follow up	716	964	-248	-25,7%
Diurno riabilitativo	55	161	-106	-65,8%
Diurno terapeutico	578	672	-94	-14,0%
Totale complessivo	3.815	4.265	-450	-10,6%

A fronte della riduzione delle prestazioni in DSAO (-5%) cresce il valore della produzione (+14%), segno di complessa. Come previsto nella Relazione 2014, la flessione della non appropriatezza ha raggiunto limiti oltre i quali è difficile andare, se non con modifiche nei processi di ricovero, specie dal PS, la cui causa è la mancanza dei posti di OBI. La differenza tra i rimborsi 2015 e 2014 è ormai assorbita dallo svantaggio che aveva creato il DA 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.

Tabella 27: Trend della produzione in regime diurno e di DSAO

Indicatore	2015	2014	2013	Differenza
DH - Numero ricoveri	3.830	4.247	8.447	-417 (-9,8%)
DH - Totale rimborsi	€ 3.187.679,00	€ 4.574.270,00	€ 9.421.778,00	-€1.386.591,00 (-30%)
DSAO - Numero prestazioni	10.745	11.321	6.125	-576 (-5%)
DSAO -Valorizzazione	€ 5.613.367,00	€ 4.816.584,80	€ 2.848.358,25	€ 796.782,2 (+14%)
DH - Peso medio dei DRG chirurgici delle chirurgie	0,850	0,797	0,816	5,30%
DH - Indice chirurgico delle chirurgie(%)	80,3%	80,20%	84,70%	0,06%

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. Alcuni DRG appartenenti al DA 2533 sono diminuiti nell'anno 2014 in quanto sono stati opportunamente trasferiti in DSAO. La tabella seguente mostra la riduzione nei vari regimi assistenziali e conseguente incremento nel regime di Day Service.

Tabella 28: D.A 2533/13 - Variazione della produzione per i DRG « ad elevato rischio di non appropriatezza»

Indicatore	2015	2014	2013	2015 vs 2014
Ricoveri Ordinari	2.212	2.439	2.989	-9%
Ricoveri Diurni	2.178	2.426	5.847	-10%
Ricoveri DSAO	10.745	10.627	5.998	1%

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 2015, 2014 e il 2013. La tabella mostra per i DRG indicati, complessivamente una riduzione di ricoveri pari a -419 (tab. 29).

Tabella 29: DA 2533/2013 Variazione casi in regime ordinario e diurno (2015 vs 2014 e 2013)

Codice	Descrizione	2015	2014	2013	2015 vs 2014
36	Interventi sulla retina	134	108	694	26
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	40	52	582	-12
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	86	123	543	-37
158	Interventi su ano e stoma senza CC	96	162	316	-66
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	99	103	234	-4
169	Interventi sulla bocca senza CC	182	145	254	37
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	84	80	186	4
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	10	127	226	-117
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta*	11	7	103	4
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	49	79	164	-30

Codice	Descrizione	2015	2014	2013	2015 vs 2014
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	73	60	143	13
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni (eccetto urgenze)	199	297	379	-98
299	Difetti congeniti del metabolismo	13	32	113	-19
301	Malattie endocrine senza CC	39	39	116	0
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	244	291	363	-47
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	15	18	90	-3
284	Malattie minori della pelle senza CC	45	43	109	2
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	155	156	220	-1
134	Ipertensione	60	65	129	-5
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	208	198	258	10
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	218	211	271	7
13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	44	54	112	-10
119	Legatura e stripping di vene	2	34	88	-32
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	215	216	269	-1
73	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	26	26	74	0
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	21	27	70	-6
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	35	52	94	-17
294	Diabete, età > 35 anni	95	70	111	25
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	32	32	71	0
342	Circoncisione, età > 17 anni	18	20	54	-2
88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	58	67	99	-9
6	Decompressione del tunnel carpale	2	1	32	1
564	Cefalea, età > 17 anni	14	22	52	-8
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	39	37	66	2

Codice	Descrizione	2015	2014	2013	2015 vs 2014
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	20	10	39	10
40	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	32	21	48	11
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	79	96	123	-17
225	Interventi sul piede (solo codici 77.56 e 77.57)	38	16	40	22
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	19	19	42	0
142	Sincope e collasso senza CC	39	44	66	-5
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione (escluso intervento principale 81.45)	32	18	40	14
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	20	36	57	-16
343	Circoncisione, età < 18 anni	20	22	42	-2
41	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	1	11	29	-10
295	Diabete, età < 36 anni	12	9	27	3
163	Interventi per ernia, età < 18 anni (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	72	84	101	-12
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	12	11	26	1
133	Aterosclerosi senza CC	9	6	21	3
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	0	4	18	-4
114	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	11	10	23	1
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	14	15	28	-1
65	Alterazioni dell'equilibrio	17	15	27	2
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	68	63	74	5
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	26	22	33	4
61	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	4	0	10	4
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	59	84	94	-25
324	Calcolosi urinaria senza CC	13	8	18	5

Codice	Descrizione	2015	2014	2013	2015 vs 2014
243	Affezioni mediche del dorso	42	48	36	-6
19	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	31	47	29	-16
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	71	79	60	-8
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	89	59	40	30
248	Tendinite, miosite e borsite	15	34	10	-19
TOTALE		3.526	3.945	7.886	-419

Persistono ancora numerosi casi in regime ordinario e diurno di ricoveri che potrebbero essere trattati in regimi meno onerosi. Un obiettivo da perseguire nel corso dell'anno corrente 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 il trasferimento di 209 casi dal DH al DSAO.

Tabella 30: DH - Volumi di attività per tipologia di anestesia

Anestesia DH	2015	2014	2013	Differenza 2015/14
Generale	1.397	1.428	1.484	-31
Locale assistita	439	437	707	2
Perdurale	10	18	12	-8
Subaracnoidea	61	46	79	15
Dei nervi	26	30	65	-4
Locale	670	853	2.760	-183
Totale	2.603	2.812	5.107	-209

Tabella 31 – DSAO: volumi di attività per tipologia di anestesia

Anestesia DH	2015	2014	2013	2015-2014
Generale	168	165	46	3
Locale assistita	504	507	479	-3
Peridurale	31	20	2	11
Subaracnoidea	41	34	6	7
Dei nervi	42	61	51	-19
Locale	6.434	6.712	4.442	-278
Totale	7.220	7.499	5.026	-279

Gli accessi in Pronto soccorso sono diminuiti del 5%. Sono stati ricoverati dal PS 42 pazienti in meno rispetto al 2014.

Tabella 32: Ricoveri dal Pronto Soccorso

	2015	2014	2013	2015 vs 2014
Totale accessi	50.234	52.961	56.424	-2.727
Ricoveri presso AOUP	8.302	8.344	8.155	-42
Non ricoverati	41.699	44.448	48.054	-2.749
Ricovero presso altra struttura	204	143	194	61
Deceduti	26	24	21	2
Giunti cadavere	3	2	0	1

C) REGIME AMBULATORIALE

Nella tabella successiva viene riportato il contributo delle diverse aree alla produzione ambulatoriale.

Significativa appare la variazione della produzione dei servizi intermedi: a fronte di una riduzione delle prestazioni si evidenzia un incremento dei rimborsi, segno una maggiore complessità delle prestazioni erogate, come dimostra il valore medio della prestazione.

Tabella 33: Produzione in regime ambulatoriale

	2015	2014	Differenza 2015-14	Differenza 2015-14 %
Area della medicina				
n.	144.797	159.851	-15.054	-9%
€	€ 3.039.153,00	€ 3.472.205,52	€ -433.052,52	-12%
Valore medio	€ 20,99	€ 21,72	-1	-3%
Area della chirurgia				
n.	58.637	68.369	-9.732	-14%
€	€ 1.454.865,39	€ 1.735.225,76	€ -280.360,37	-16%
Valore medio	€ 24,81	€ 25,38	-1	-2%
Area dei servizi intermedi				
n.	96.242	163.365	-67.123	-41%
€	€ 3.934.274,75	€ 3.838.866,23	€ 95.408,52	2%
Valore medio	€ 40,88	€ 23,50	€17	74%
Area terapia intensiva				
n.	1.205	466	739	159%
€	€ 39.076,77	€ 12.438,64	€ 26.638,13	214%
Valore medio	€ 32,43	€ 26,69	6	21%
Area non acuti				
n.	33.703	7.817	25.886	331%
€	€ 718.902,64	€ 703.214,68	€ 15.687,96	2%
Valore medio	€ 21,33	€ 89,96	-69	-76%
Totale complessivo				
n.	334.584	399.868	-65.284	-16%
€	€ 9.186.272,55	€ 9.761.950,83	€ -575.678,28	-6%
Valore medio	€ 27,46	€ 24,41	3	12%

Tabella 34 - Scomposizione dei costi in rapporto alla produzione, divisa per unità operative mediche e chirurgiche

	2015	2014	Differenza
Rimborso totale (Ricovero, ambulatorio, altri proventi)	84.864.144,84	€ 87.196.178,00	-€ 2.332.033,16
U.O. chirurgiche: Rimborsi	41.690.616,40	€ 42.151.145,00	-€ 460.528,60
U.O. chirurgiche: Costi	36.902.555,88	€ 42.329.491,00	-€ 5.426.935,12
Rapporto tra il costo dei materiali, farmaci, protesi, ecc. e la produzione	20,4%	20,00%	0,37%
Rapporto tra il costo del personale e la produzione	60,0%	65,00%	-4,96%
U.O. mediche: Rimborsi	43.173.528,44	€ 45.045.033,00	-€ 1.871.504,56
U.O. mediche: Costi	51.428.945,84	€ 54.261.726,67	-€ 2.832.780,83
Rapporto tra il costo dei materiali, farmaci, protesi, ecc. e la produzione	22,9%	20,30%	2,64%
Rapporto tra il costo del personale e la produzione	89%	75,80%	13,27%

La tab. 29 è alimentata dai dati del report “produzione costi 2015” consultabile sull’intranet aziendale e scompone i costi rispetto alla produzione.

Si sottolinea che il dato dei rimborsi e dei costi è depurato delle prestazioni interne.

Si osserva l’aumentato rapporto (+12,79%) tra il costo del personale e la produzione nell’area medica; ma anche il 2,51% in più del costo dei materiali. Nell’area chirurgica lo stesso rapporto è sostanzialmente invariato.

L’azienda al fine di rendere più contenere la durata della degenza media e lavorare nella logica della appropriatezza ha proseguito nell’impegno di attribuire le prestazioni interne alle U.O. richiedenti, con l’obiettivo di ridurle a parità di prestazioni erogate.

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 2015 si sono attestate al 21%.

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 57,4%, con un miglioramento rispetto al 2014, anno in cui lo stesso indicatore si attestava al 72.9%

Tabella 35 Indici di copertura delle prestazioni critiche 15-43 del PRGTA.

	Brevi oltre copertura	Differite oltre copertura %	Programmate oltre copertura %	Totale prestazioni oltre copertura
Mammografia	24,9%	11,0%	0,4%	3,8%
Rmn Muscoloscheletrica	69,3%	0,0%	0,0%	17,0%
Ecografia Capo E Collo	0,0%	0,0%	1,1%	15,4%
Ecocolordoppler Cardiaca	72,8%	80,5%	1,5%	35,5%
Ecocolor Doppler Dei Tronchi Sovraaortici	60,3%	47,3%	1,2%	20,0%
Ecocolordoppler Dei Vasi Periferici	49,6%	39,3%	0,2%	21,6%
Ecografia Addome	81,8%	36,8%	1,4%	17,3%
Ecografia Mammella	86,4%	73,2%	0,7%	21,6%
Ecografia Ostetrica-Ginecologica	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Colonscopia	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sigmoidoscopia Con Endoscopio Flessibile 45.24	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Esofagogastroduodenoscopia	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Elettrocardiogramma	0,0%	0,0%	1,1%	3,7%
Elettrocardiogramma Dinamico (Holter)	88,2%	82,1%	17,5%	45,2%
Elettrocardiogramma Da Sforzo	86,8%	69,5%	0,8%	24,0%
Audiometria	88,5%	23,9%	0,0%	12,6%
Spirometria	61,8%	38,4%	1,2%	20,4%
Elettromiografia	82,9%	87,3%	38,1%	52,8%
TOTALE	57,4%	50,2%	3,5%	21,0%

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

Tabella 36 Produzione /Consumi di prestazioni radiologiche (N.)

	R.O.	D.H.	S.S.N.	P.S.	Totale

	R.O.	D.H.	S.S.N.	P.S.	Totale
Ecografia	2.850	544	7.840	5.507	16.741
Ecografia 2014	3.130	873	8.233	6.603	18.839
Ecografia '2013	3.960	1.308	9.774	11.313	26.355
2015 vs 2014	-280	-329	-393	-1.096	-2.098
Interventistica	259	67	59	0	385
Interventistica '14	208	34	19	0	261
Interventistica '13	191	52	22	0	265
2015 vs 2014	51	33	40	0	124
Radiologia tradiz.	8.142	3.404	8.840	18.092	38.478
Radiologia tradiz. '14	11.426	972	7.677	18.698	38773
Radiologia tradiz. '13	11.895	1.884	9.857	21.624	45.260
2015 vs 2014	-3.284	2.432	1.163	-606	-295
RM	1.422	317	5.460	16	7.215
RM 2014	1.505	294	5.208	27	7.034
RM 2013	1.419	468	3.784	21	5.692
2014 vs 2013	-83	23	252	-11	181
Senologia	39	24	5.558	1	5.622
Senologia 2014	63	39	5.860	0	5.962
Senologia 2013	67	69	6.730	4	6.870
2014 vs 2013	-24	-15	-302	1	-340
TC	7.416	579	5.506	8.381	21.882
TC 2014	7.394	608	5.319	8.171	21.492
TC 2013	8.735	1.078	6.049	8.233	24.095
2014 vs 2013	22	-29	187	210	390

	R.O.	D.H.	S.S.N.	P.S.	Totale
Totale 2015	20.128	4.935	3.3263	31.997	90.323
Totale 2014	23.726	2.820	32.316	33.499	92.361
Totale 2013	26.236	4.859	36.216	41.195	108.506
2015 vs 2014	-3.598	2.115	947	-1.502	-2.038

Nello specifico le prestazioni nel 2015 sono state 90.323 contro le 92.361 dell'anno precedente con una riduzione di 2.038 esami pari al 2,0%.

Tabella 37 PRODUZIONE DEL SIMT

	2015	2014	2013	2015 vs 2013
Colla di fibrina	113	166	101	-53
Concentrato piastrinico random	0	6	83	-6
Emazie concentrate senza buffy coat	90	52	41	38
Emazie concentrate pre filtrate	5283	5.568	5.582	-285
Eritrociti da aferesi	110	91	81	19
Gel piastrinico	105	121	32	-16
Octaplas	7	145	5	-138
Pool da buffy coat	41	55	28	-14
Plasmasafe	690	1.028	1.562	-338
Piastrine aferesi	350	353	412	-3
Totale	6789	7.585	7.927	-796

I costi dei materiali sono rilevati dalla procedura ordini del sistema di contabilità utilizzato in Azienda. Laddove dovessero esserci forniture saldate direttamente con fattura non preceduta da ordini, tali costi non sono rilevabili.

Tabella 38 Variazioni ordini Materiali per uso sanitario per conto di costo 2015 vs 2014

Materiali per uso sanitario	2015	2014	variazione	%
C.A.I.01.38 - AUSILI PER INCONTINENZA (T04)	€ 2.737,68	€ 0,00	€ 2.737,68	
C.A.I.01.23 - DISPOSITIVI PER APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO (C)	€ 522.021,30	€ 126.495,76	€ 395.525,54	312,7%
C.A.I.01.21 - MATERIALE E PRESIDIO MEDICO-CHIRURGICI SPECIALISTICI (M,T01,T02.T03)	€ 400.605,79	€ 251.442,40	€ 149.163,39	59,3%
C.A.I.01.43 - STRUMENTAZIONE PER ESPLORAZIONI FUNZIONALI E INTERVENTI TERAPEUTICI (Z12)	€ 114.560,84	€ 77.838,46	€ 36.722,38	47,2%
C.A.I.01.39 - ALTRI BENI E PRODOTTI SANITARI	€ 192.265,21	€ 133.919,77	€ 58.345,44	43,6%
C.A.I.01.35 - DISPOSITIVI MEDICO DIAGNOSTICI IN VITRO (IVD) (W2,W3)	€ 165.496,87	€ 143.357,57	€ 22.139,30	15,4%
C.A.I.01.14 - MATERIALE E PRESIDIO MEDICO CHIRURGICI SPECIALISTICI (B,G,N,Q,R,U)	€ 4.600.812,78	€ 4.885.783,20	-€ 284.970,42	-5,8%
C.A.I.01.29 - DISPOSITIVI VARI (V)	€ 23.888,00	€ 27.528,97	-€ 3.640,97	-13,2%
C.A.I.01.22 - DISPOSITIVI PER SUTURA (H)	€ 794.269,20	€ 926.682,31	-€ 132.413,11	-14,3%
C.A.I.01.13 - MATERIALE PER DIALISI (F)	€ 53.246,83	€ 62.778,07	-€ 9.531,24	-15,2%
C.A.I.01.28 - STRUMENTARIO CHIRURGICO (K,L)	€ 255.320,45	€ 316.651,08	-€ 61.330,63	-19,4%
C.A.I.01.37 - SUPPORTI O AUSILI TECNICI PER PERSONE DISABILI (Y)	€ 5.858,74	€ 8.523,70	-€ 2.664,96	-31,3%
C.A.I.01.07 - MATERIALE RADIOGRAFICO (Z13)	€ 16.378,50	€ 25.126,80	-€ 8.748,30	-34,8%
TOTALE MATERIALI PER USO SANITARIO	€ 7.149.477,19	€ 6.988.142,09	€ 161.335,10	2,3%

Tabella 39 Variazioni prodotti dispensati dalla farmacia per conto di costo 2015 vs 14

Materiali dispensati dalla Farmacia	2015	2014	Variazione	%
C.A.I.01.02 - SANGUE E PLASMA DA ALTRI SOGGETTI	€ 119.491,46	€ 0,00	€ 119.491,46	

Materiali dispensati dalla Farmacia	2015	2014	Variazione	%
C.A.I.01.10 - PRODOTTI DIETETICI	€ 23.131,14	€ 5.645,83	€ 17.485,31	309,7%
C.A.I.01.16 - MEDICINALI - SENZA AIC	€ 45.272,75	€ 12.903,68	€ 32.369,07	250,9%
C.A.I.01.24 - DISINFETTANTI e prodotti per sterilizzazione e dispositivi vari (D,S)	€ 18.179,92	€ 6.506,76	€ 11.673,16	179,4%
C.A.I.01.18 - MEDICINALI - CON AIC - FARMACI FILE F	€ 54.119.272,88	€ 29.412.207,49	€ 24.707.065,39	84,0%
C.A.I.01.19 - OSSIGENO - CON AIC	€ 347.795,22	€ 270.115,19	€ 77.680,03	28,8%
C.A.I.01.15 - MEDICINALI - CON AIC -FARMACI ONCOLOGICI FILE T	€ 8.345.121,69	€ 6.873.759,82	€ 1.471.361,87	21,4%
C.A.I.01.09 - GAS MEDICALI-CON AIC	€ 87.167,54	€ 81.759,94	€ 5.407,60	6,6%
C.A.I.01.08 - MEZZI DI CONTRASTO PER RADIOLOGIA - CON AIC	€ 706.295,77	€ 688.944,87	€ 17.350,90	2,5%
C.A.I.01.01 - MEDICINALI - CON AIC	€ 4.740.140,56	€ 4.679.454,80	€ 60.685,76	1,3%
C.A.I.01.04 - SOLUZIONI MEDICINALI	€ 330.956,00	€ 393.352,86	-€ 62.396,86	-15,9%
C.A.I.01.03 - EMODERIVATI – CON AIC	€ 973.707,56	€ 1.555.515,50	-€ 581.807,94	-37,4%
Totale prodotti dispensati dalla Farmacia	€ 69.856.532,49	€ 43.980.166,74	€ 25.876.365,75	58,8%

Tabella 40 Variazioni costo delle protesi per conto di costo 2015 vs 2014

Costo protesi	2015	2014	Variazione	%
C.A.I.01.33 – PROTESI PER UROLOGIA- dispositivi impiantabili e prodotti per osteosintesi (P)	€ 23.519,40	€ 8.700,75	€ 14.818,65	170,3%
C.A.I.01.32 - PROTESI PER EMODINAMICA- dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi (P)	€ 799.115,64	€ 621.307,20	€ 177.808,44	28,6%
C.A.I.01.30 - PROTESI ORTOPEDICHE- dispositivi protesici impiantabili e prodotti	€ 422.252,38	€ 444.293,17	-€ 22.040,79	-5,0%

Costo protesi	2015	2014	Variazione	%
per osteosintesi (P)				
C.A.I.01.12 - PACE MAKER -DISPOSITIVI IMPIANTABILI ATTIVI (J)	€ 723.204,00	€ 773.594,96	-€ 50.390,96	-6,5%
C.A.I.01.11 - MATERIALE PROTESICO VARIO	€ 169.921,75	€ 186.807,96	-€ 16.886,21	-9,0%
C.A.I.01.34 - PROTESI PER OCULISTICA	€ 75.068,70	€ 94.817,52	-€ 19.748,82	-20,8%
C.A.I.01.31 - PROTESI CHIRURGICHE- dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi (P)	€ 676.817,42	€ 882.217,30	-€ 205.399,88	-23,3%
C.A.I.01.41 - DISPOSITIVI IMPIANTABILI (J)	€ 20.260,47	€ 34.500,96	-€ 14.240,49	-41,3%
Totale protesi	€ 2.910.159,76	€ 3.046.239,82	-€ 136.080,06	-4,5%

Tabella 41 Variazioni prodotti per uso diagnostico in vitro per conto di costo 2015 vs 14

Materiale per uso diagnostico in vitro	2015	2014	Variazione	%
C.A.I.01.27 - DISPOSITIVI da somministrazione, prelievo e raccolta (A)	€ 500.211,48	€ 281.549,11	€ 218.662,37	77,7%
C.A.I.01.06 - MATERIALE DIAGNOSTICO PER LABORATORI Reagenti Diagnostici (W1)	€ 3.834.865,07	€ 3.758.422,76	€ 76.442,31	2,0%
C.A.I.01.42 - ALTRI BENI E PRODOTTI DI LABORATORIO	€ 1.643.803,03	€ 1.718.944,40	-€ 75.141,37	-4,4%
Totale prodotti per uso diagnostico in vitro	€ 5.978.879,58	€ 5.758.916,27	€ 219.963,31	3,8%

Il confronto dei dati rilevati dalla procedura ordini per conto di costo del sistema SCI, 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 del file F – incrementato vertiginosamente per via delle terapie eradicanti il virus dell'epatite C – e del file T, per analoghe innovazioni terapeutiche, ma di più contenuto impatto economico.

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., allorchè si è verbalizzata la corrispondenza tra livelli di spesa e produzione assistenziale. E' necessario fare alcune precisazioni:

- L'aumento dei costi dei prodotti di laboratorio è conseguenza dell'aumento dei pazienti in trattamento con le terapie eradicanti il virus dell'epatite C per quanto riguarda l'UOC di Microbiologia e per la maggiore attività legata a una più puntuale definizione diagnostica per l'UO di Anatomia Patologica.
- Il Controllo di Gestione ha più volte fatto rilevare l'esigenza che le forniture debbano essere preceduta dall'emissione dell'ordine, diversamente non possono essere rilevati i costi. Tale criticità è evidente nei casi in cui si proceda con il conto deposito. Nel IV trimestre del 2015 il Controllo di Gestione ha rilevato dal registro operatorio informatizzato il consumo di protesi per unità operativa e trasmesso il report ai rispettivi direttori perché disponessero che gli uffici amministrativi valorizzassero il consumo sì da poter procedere alla corretta assegnazione delle risorse per l'emissione degli ordini.

Il rapporto Rimborsi / Costi 2015 è costruito con tutti i rimborsi della produzione (RO, DH, DSAO, SSN, quota aziendale derivante dall'attività di intramoenia), mentre i costi sono quelli del personale, dei beni sanitari (farmaci, materiali e dispositivi sanitari), ammortamenti. Rimborsi e costi sono indicati al netto delle prestazioni interne (radiologia, laboratori di analisi, SIMT).

Tabella 42 Rapporto Rimborsi costi

Rapporto rimborsi / costi	2015	2014	2013
Area medica	0,84	0,830	0,928
Area chirurgica	1,13	0,996	0,989

Come si rileva, l'area medica ha mantenuto un rapporto sostanzialmente invariato tra rimborsi e costi, mentre la chirurgica è migliorata. L'abbattimento tariffario operato con i DSAO impone la ricerca di nuove metodologie di valutazione *performance* aziendali, e non solo per l'AÓUP, su cui si dovrà provvedere nell'anno seguente.

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) ha 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 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 2015 era anche previsto il varo del Piano di sviluppo delle pari opportunità, ma si è aggiornato al 2016 per via degli impegni gravanti sull'Area Risorse Umane, quali l'assistenza alla Direzione Generale per l'elaborazione dell'Atto Aziendale, per l'aggiornamento della struttura organizzativa, per l'adeguamento della pianta organica.

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 affidato al 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.

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

I punti di forza del ciclo di gestione della performance si individuano nella possibilità di ritornare sulle attività appena trascorse e di soffermarsi sulle criticità e opportunità. Nel suo complesso il ciclo della gestione della performance richiede di essere maggiormente sostenuto attraverso un investimento di competenze e di risorse umane e tecnologiche che l'AOUP ad oggi stenta a mettere a disposizione.

Pur a fronte di una registrata consapevolezza del personale sull'innovazione di sistema che le norme impongono, le attuali modalità di valutazione, incentrate su criteri ancora parzialmente efficaci, produce risultati tendenti all'appiattimento e alla denervazione dello strumento normativo, rendendo difficile l'auspicato percorso fatto per sostenere ed incentivare disponibilità, professionalità, impegno degli operatori e maggiore efficienza ed efficacia della macchina gestionale e amministrativa.

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

Pur riconoscendo l'importanza della tematica, l'AOUP non è stata nelle condizioni materiali di predisporre il Piano in oggetto e secondo il dettato della Delibera ANAC n. 22 del 2011.

Rimangono salde, dal punto di vista operativo, le attività svolte a favore della fragilità, quali quelle già da anni consolidate a favore degli immigrati e dei diversamente abili. I risultati assistenziali si definiscono soddisfacenti sia per l'una categoria di pazienti che per l'altra. In particolare per la seconda non si registrano reclami né vi sono liste d'attesa, giacché la presa in carico del paziente e l'esecuzione della prestazione sono tempestive.

Allegato 2: Tabella obiettivi strategici

Obiettivi strategici	Indicatori	Peso ob.vi	Risorse umane e finanziarie	Strutture e Responsabili	Valore ob.vo	% risultato	Risultato atteso / raggiunto	Cause degli scostamenti
Risorse e organizzazione	Soddisfare le attese del Piano di Rientro richiesto dall'Assessorato	40	Investimento in Area Economico Finanziaria	- UO Program-mazione e C. d. G. - Area Economico Finanziaria - A. Provveditorato	100%	50%	20	Impossibilità a raggiungere il risultato atteso per riduzione dei rimborsi tariffari
	Contenere le spese del personale pari al 2014	25	Nessun investimento aggiuntivo	Area Risorse Umane	Si/No	Si	25	Aggravamento economico da sostituzione del personale universitario con aziendale puro
Performance / Qualità / Rischio Clinico / Empowerment	Sviluppo della "Qualità" come sistema e standard dei servizi	10	Nessun investimento aggiuntivo	Direzione sanitaria	Si/No	No	0	Piano speciale della "Qualità"
Produzione assistenziale	Volumi, Appropriatezza, Complessità	5	Investimenti nelle unità operative	Dir. Sanitaria, Programmazione e C.d.G.	100%	90%	4,5	Flessione nelle UO di Medicina
	Sviluppo strutturale	5		Ufficio Tecnico	100%	80%	4,0	Rallentamenti per aggiornamenti tecnici
Formazione / Innovazione e Sviluppo	Sviluppo tecnologico	5	Investimenti programmati	Ingegneria Sanitaria	100%	80	4,0	Rallentamenti per aggiornamenti tecnici
	Sviluppo dei sistemi operativi	5		S.I.A. e Provveditorato	100%	80%	4,0	Rallentamenti per aggiornamenti tecnici
	TOTALE	100					61,5%	

Allegato 3: Tabella documenti del ciclo di gestione della performance

Documento	Data di approvazione	Data di pubblicazione	Data ultimo aggiornamento	Link documento
Sistema di misurazione e valutazione della performance Relazione dell'OIV	11.07.2016, prot. n. 30	11 luglio 2016		http://www.policlinico.pa.it/portal/Trasparenza/doc/DisposizioniGenerali/attestazioniOIV/Prot30OIV.pdf
Piano della performance 2014-2016	Adottato con deliberazione n. 101 del 31/01/2014	01 febbraio 2014	idem	http://www.policlinico.pa.it/portal/Trasparenza/doc/performance/pianoperformance/PianoPerformance2014-2016.pdf
Programma triennale per la trasparenza e integrità 2016-2018	Approvato il 30.01.2015.	01 febbraio 2016		http://www.policlinico.pa.it/portal/Trasparenza/doc/Altri%20contenuti/delibera%20151-2016%20adozione%20piano%20triennale%20deila%20previsione%20%20%20corruzione%202015-2017.pdf
Programma triennale per la Prevenzione della Corruzione 2015-2017	Delibera n. 151 del 03.03.2016. Errata corrige: Delibera 347 del 28 aprile 2016	11 agosto 2016 11 agosto 2016		http://www.policlinico.pa.it/portal/Trasparenza/doc/Altri%20contenuti/deliberaadozionepianotriennprevencorruzione2015_2017.pdf
Standard di qualità dei servizi				

La presente Relazione è stata esitata con il contributo delle diverse aree e uffici dell'Azienda che precisati nelle loro parti di pertinenza e sul cui andamento della stesura ha vigilato la Direzione Strategica.

La Relazione sulla Performance aziendale relativa all'anno 2015 verrà adottata con atto deliberativo ed inviata all'OIV per l'auspicata validazione.

Il Direttore Generale \

Dott. Renato L. Donni

