

Deliberazione n. **99**

del **31-01-2011**

Oggetto: - Piano triennale della Performance 2011-2013

<p>Direzione Generale</p> <p>Il Responsabile dell'Ufficio atti deliberativi e Collegio Sindacale</p> <p><i>CRISTINA SULLO</i></p>	<p>Area Gestione Economico - Finanziaria</p> <p>Autorizzazione spesa n.</p> <p>Del</p> <p>Conto di costo _____</p> <p>NULLA OSTA in quanto conforme alle norme di contabilità</p> <p>Il Responsabile dell'Area Gestione Economico - Finanziaria</p>
---	---

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.

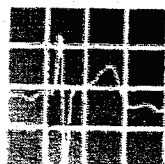
**Il Direttore Generale
Ing. Mario La Rocca**

Nominato con D. Presidente della Regione n. 340/Serv.1/S.G. del 31.08.2009

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. Claudio Scaglione**
e del Direttore Amministrativo **dott. Roberto Colletti**
Svolge le funzioni di Segretario verbalizzante

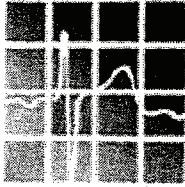
CRISTINA SULLO



Delibera n. 99 del 31-01-2011

IL DIRETTORE GENERALE

- VISTO** Il D. Lgvo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni operate dai Decreti Legislativi 07.12.1993, n. 517 e 19.06.1999, n. 229;
- VISTO** Il D. Lgvo 21 dicembre 1999 n. 517, recante "Disciplina dei rapporti fra il Servizio Sanitario Nazionale ed Università", a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1999, n. 419;
- VISTA** La L.R. 14 aprile 2009, n. 5 pubblicata nella GURS parte I n. 17 del 17.04.2009, con la quale sono state stabilite le norme per il riordino del SSR, in conformità ai principi contenuti nel D. Lgvo 30 dicembre 1992 n. 502 e successiva modifiche ed integrazioni;
- VISTI** I vigenti protocolli d'Intesa stipulati tra la Regione Siciliana - Assessorato della Salute e le Università di Catania, Messina e Palermo il 4 marzo 2010 e pubblicati nella GURS n. 13 del 19 marzo 2010;
- VISTA** La delibera n. 994 del 22.11.2010, con la quale e' stato approvato l'atto aziendale e l'organizzazione dipartimentale, in esecuzione del D.A. della Regione Sicilia n. 02723/10 del 11.11.2010;
- VISTO** Il D.Lgvo n. 150/2009 ed in particolare il Titolo II, Capo I, II, III e IV che disciplinano il sistema di valutazione delle strutture e dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche al fine di assicurare elevati standard qualitativi ed economici del servizio tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa e individuale;
- CONSIDERATO** Che l'art. 10 del D.Lgvo n. 150/2009 prevede che *"le Amministrazioni, al fine di assicurare la qualita', comprensibilita' ed attendibilita' dei documenti di rappresentazione della performance, devono redigere, un documento programmatico triennale denominato "piano della performance", da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Amministrazione, nonche' gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;*



**Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico Paolo Giaccone**



DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo di Gestione

Prot. n.

Palermo,

PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE

2011 - 2013

Presentazione del Piano ed indice	5
Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli <i>stakeholder</i> esterni	6
Chi siamo	6
Cosa facciamo	10
Come operiamo	10
Identità	12
L'amministrazione in cifre	13
Mandato istituzionale e Missione	15
Albero della performance	16
Il processo di budget.....	16
Analisi del contesto esterno	17
Punti di forza:	17
Punti di debolezza:	17
Analisi del contesto interno	18
Obiettivi strategici.....	18
Obiettivi dell'Area Sanitaria	18
Obiettivi dell'Area Amministrativa.....	19
Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	19
Obiettivi assegnati al personale dirigenziale	19
Processo seguito ed azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle <i>performance</i> ...	19
Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano.....	20
Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	20
Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle <i>performance</i>	20
Allegati tecnici.....	21

Presentazione del Piano ed indice

Il Piano della Performance (di seguito il Piano) è sviluppato in questa Azienda in *continuità* con l'incremento degli strumenti di programmazione e controllo di gestione, attivi dal 2001, ed in *discontinuità* con le modalità di assegnazione degli incentivi economici finora adottate. Esso da un lato fa propri gli obiettivi generali contenuti nei documenti di programmazione nazionale e regionale, dall'altro attua strategie gestionali interne funzionali nei due versanti della modifica dei comportamenti e dell'efficienza organizzativa sì da ottenere il miglioramento complessivo del sistema.

Esso dovrà sfruttare il background culturale in ambito manageriale che in questi anni la Dirigenza ai vari livelli ha fatto proprio ed infondere la consapevolezza circa la necessità di perseguire obiettivi di miglioramento e di risultato, sia sul piano assistenziale che gestionale, e su cui poi dovrà intervenire il processo di valutazione. Anche i ricercatori ed i docenti, e non solo il personale con esclusivo ruolo nel SSN, operano in un clima di certezza che gli strumenti di valutazione, in chiara coerenza di sistema, intervengono nei rispettivi differenti ambiti delle attività assistenziali ed universitarie.

Quanto definito nel Piano rappresenta la materia fondamentale della negoziazione di budget a valere per l'anno in corso, il cui contenuto non può che essere esplicitato in documenti accessibili a tutti gli operatori in attuazione delle regole di trasparenza ed in special modo funzionali alla possibilità di adottare oggettive decisioni.

Il lungo periodo di *run in* che, come detto, ha percorso questa Azienda anticipando nei fatti sin dal 2001 la necessità di valutazione delle performance poi trasmesse con il D. Lgs 150/2009, offre oggi la possibilità di una rapida traduzione degli obiettivi assistenziali, sia di quelli in chiave quantitativa che di quelli orientati al miglioramento della qualità. Il coniugare i due aspetti fa sì che le due specificità e visioni, quantitativa e qualitativa, si potenzino in aree comuni di intervento e di risultato, traendo il massimo profitto dalla positiva integrazione dell'una nell'altra.

Per la molteplice *mission* istituzionale l'Azienda esercita peculiare attenzione ai momenti di *integrazione e di coordinamento* delle diverse funzioni sì da muovere il sistema in quella unicità e compattezza gestionale già auspicata dal D. Lgs 502/92 e che quotidianamente chiede di essere attuata ed aggiornata.

Questo lungo periodo di esperienza manageriale che ha caratterizzato la gestione interna, oltre che ad adempiere alle disposizioni in materia di valutazione del personale, facilita la traduzione, attraverso un processo di condivisione, degli indirizzi strategici aziendali in obiettivi per le strutture organizzative nei loro diversi livelli di articolazione.

In dipendenza dell'art. 10 comma 1 del D. Lgs. 150/2009, fatto proprio dall'Assessore Regionale alla Salute con nota prot. n. 9109 del 28 gennaio 2011, viene elaborato questo documento che ha lo scopo di delineare sia il *Piano delle Performance* dal punto di vista strategico per il triennio 2011-2013 sia gli obiettivi operativi per l'anno in corso.

I diversi punti del Piano seguono quanto previsto al capo 3 della Delibera n. 112 del 28 ottobre 2010, con i relativi allegati, emanata dalla Commissione per la Valutazione la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche, nonché richiamano documenti pubblicati in Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana, compresi

quelli emanati in data contestuale alla citata nota dell'Assessore Regionale alla Salute del 28 gennaio 2011.

Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni

Il Piano è finalizzato ad offrire ai cittadini un documento circa le azioni intraprese per dare contenuti alla programmazione strategica ed agli obiettivi a medio e breve termine. Esso è improntato al principio della trasparenza ai sensi della delibera della CIVIT 105/2010, per essere di utilità ai cittadini anche informandoli sul modo di operare di questa Azienda Ospedaliera Universitaria. Il modo di porgersi del Piano è improntato alla massima intelligibilità, veridicità e verificabilità.

Chi siamo

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" ha una triplice funzione istituzionale: assistenza, ricerca e didattica. È inclusa tra le tipologie di aziende ospedaliere di fascia A, il che testimonia il vincolo di soddisfacimento di una domanda di salute orientata all'elevata complessità: i professionisti privilegiano questo obiettivo anche in funzione della migliore offerta formativa per quella parte di utenza composta da studenti dei corsi di laurea e delle diverse scuole di specializzazione.

Ai sensi dell'Atto Aziendale, approvato con delibera n. 994 del 22 novembre 2010, la struttura organizzativa assistenziale consta di 11 dipartimenti e ciascuno è articolato in unità operative complesse e semplici. Il Dipartimento amministrativo è suddiviso in aree funzionali.

Con il DA pubblicato in GURS (SO) n. 30 del 18 giugno 2010 è stata rimodulata la dotazione dei posti letto di questa Azienda, sia nel regime ordinario che nel diurno, aprendo anche le opportunità di sviluppo della Lungodegenza e della Riabilitazione.

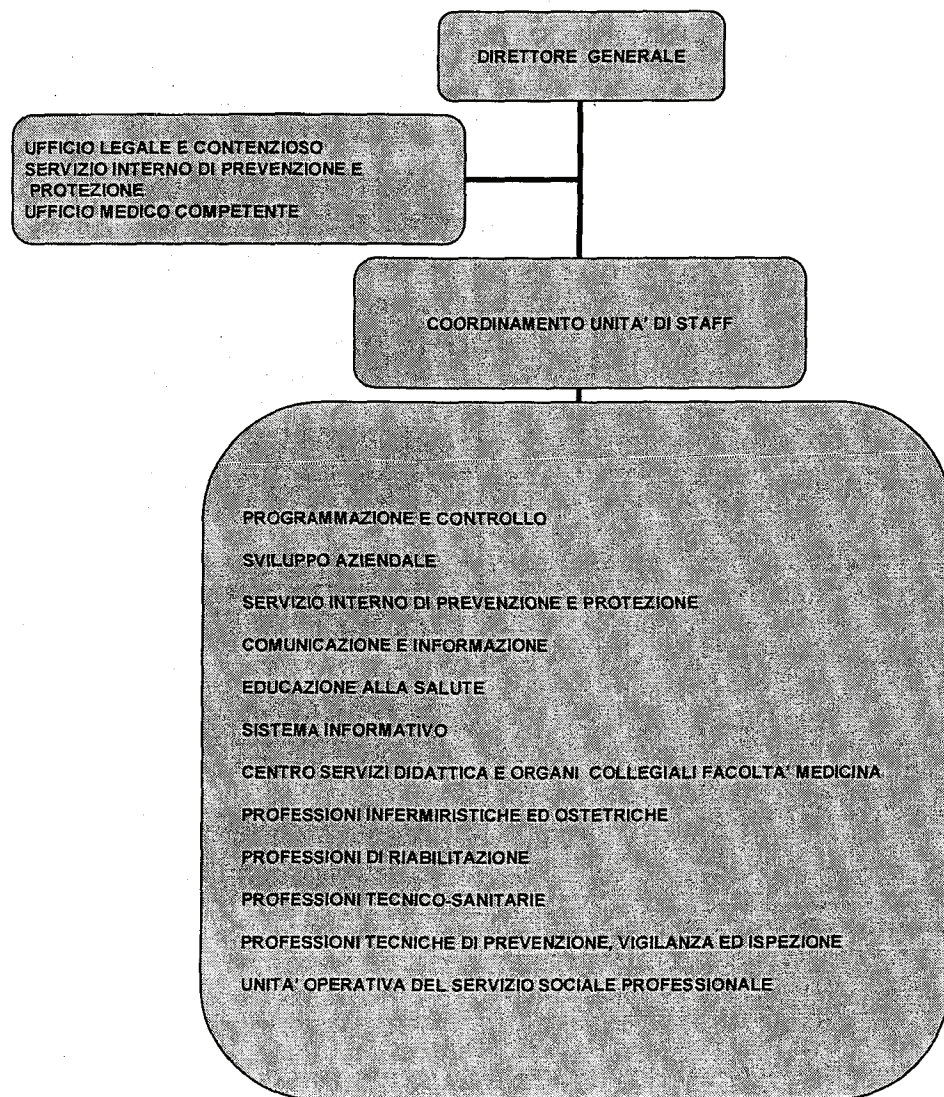
Il pool di dirigenti medici è composto da personale del ruolo universitario nelle diverse qualifiche di professori ordinari, associati e ricercatori, e da dirigenti medici e sanitari ospedalieri, oltre che di altre qualifiche e ruoli tecnici ed amministrativi. I primi hanno compiti di assistenza, didattica e ricerca ed a seguito dell'approvazione dei recenti protocolli d'intesa, DA del 4 marzo 2010 in GURS n. 13 del 19 marzo 2010 tra Università ed Assessorato alla Salute, devono un debito orario verso l'Azienda pari al 60% del complessivo, il che esige un maggior numero di unità per coprire il fabbisogno orario.

Il personale infermieristico conta ancora di una consistente quota con contratto a tempo determinato il che rappresenta una severa criticità circa le esigenze di continuità di servizio e di occupazione piena della dotazione dei posti letto.

Essendo un'Azienda finalizzata all'insegnamento anche i suoi modelli gestionali devono vivere in chiave culturalmente innovativa ed orientati alla ricerca ed applicazione delle *best practice*, che dalla Direzione vengono abitualmente tradotte anche in specifici obiettivi di risultato specialmente focalizzati al buon uso delle tecnologie sanitarie, sia strumentali che farmaceutiche.

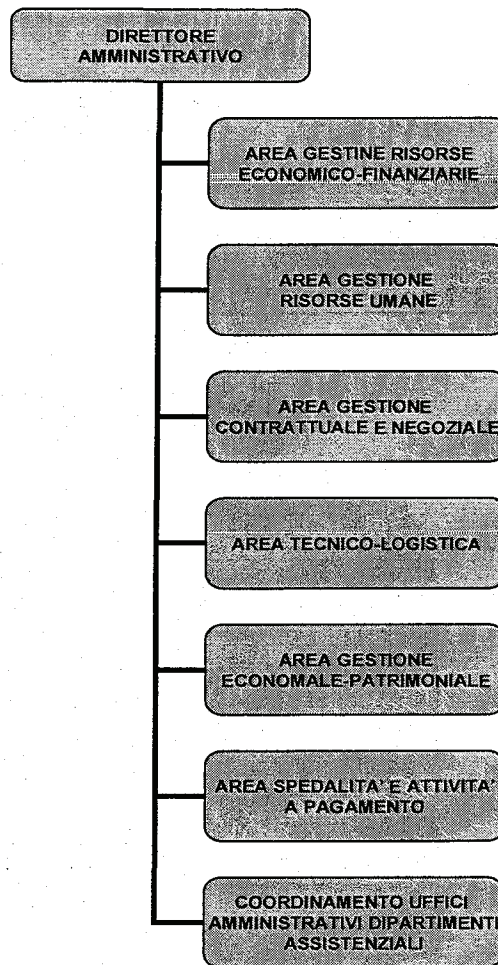
La Direzione Generale

Il Direttore Generale si avvale di strutture di staff, alcune direttamente collegate, altre per interposta funzione di coordinamento. Quest'ultima dovrà essere nominata. Le funzioni di staff offrono servizi trasversali a tutte le unità operative dell'Azienda.



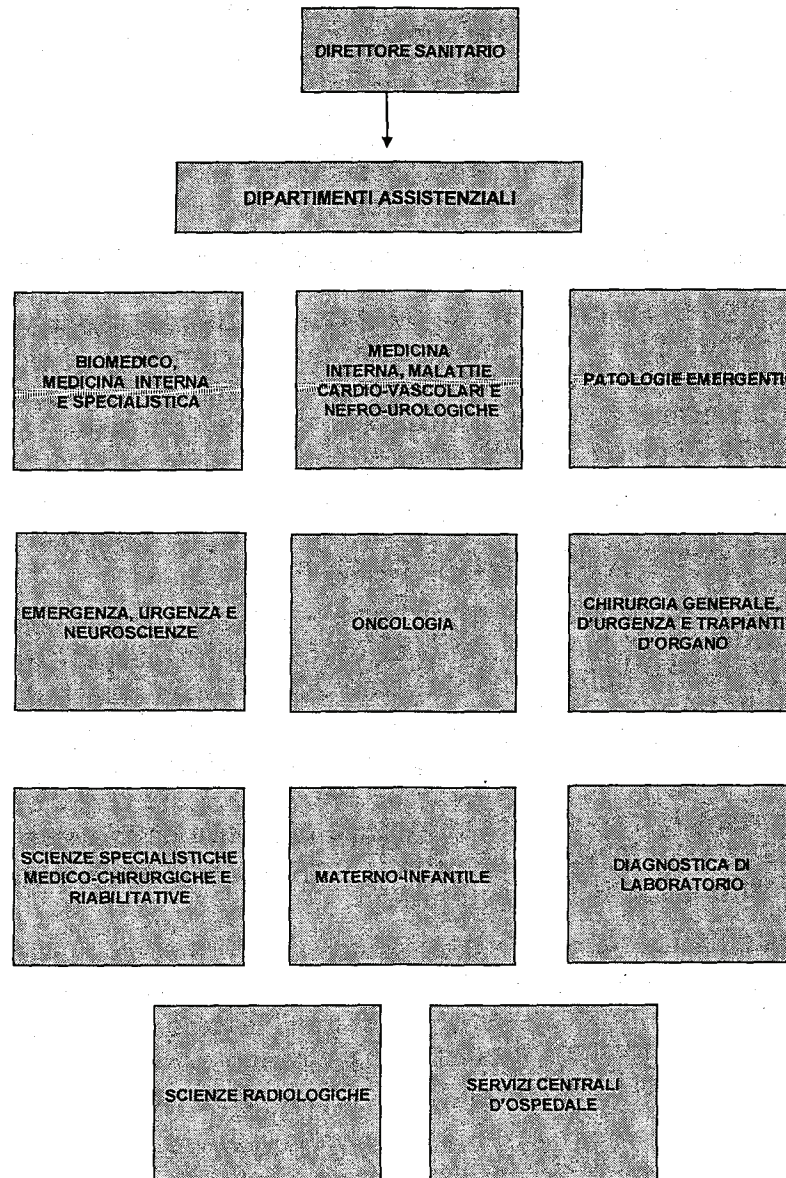
Il Dipartimento Amministrativo

Il Direttore Amministrativo è anche a capo del Dipartimento amministrativo a cui afferiscono le diverse aree funzionali.



La Direzione Sanitaria ed i Dipartimenti Assistenziali

La struttura sanitaria è costituita da 11 Dipartimenti assistenziali i cui direttori compongono il Collegio di Direzione che è presieduto dal Direttore Sanitario.



Cosa facciamo

È necessario premettere che un'Azienda Ospedaliera Universitaria non è soltanto posti letto ed assistenza per i pazienti, ma è anche per i suoi professionisti strumento per l'attività didattica e di ricerca, istituzionalmente sancite. Tra i suoi utenti non vi sono soltanto i pazienti, ma anche gli studenti dei numerosi corsi di laurea magistrale, triennale e delle scuole di specializzazione. A tutti essa deve offrire quelle possibilità di apprendimento che stanno in capo alle attività teorico-pratiche.

Pertanto essa è un complesso di organi e funzioni che di frequente presentano interessi contrapposti e conseguenti notevoli difficoltà di *governance* nella necessità di dovere contemperare le giuste e molteplici istanze dei diversi *stakeholders*, comprese quelle legate ai vincoli di bilancio.

Qui ha sede la Facoltà Medica e l'Azienda ad essa offre i servizi per l'assistenza sanitaria per il perseguimento delle sue attività istituzionali. La Facoltà si autogestisce attraverso i suoi organi assembleari e per essa l'Azienda rappresenta strumento operativo. È una modalità di funzionamento molto complessa, richiede perizia e capacità di bilanciamento dei diversi interessi, dove l'Azienda si espone con una serie di vincoli dettati da norme di legge che devono essere fatti salvi in ordine al buon esito del bilancio della Regione. Vincoli che, al sorgere delle attività manageriali, non sono risultati ben accetti al corpo professionale perché ritenuti superabili e derogabili dalla coesistenza delle attività di didattica e ricerca, a cui peraltro si deve sempre guardare con valenza degna della massima considerazione.

Essa partecipa alle attività di emergenza - urgenza ed il numero di accessi nell'anno 2010 al Pronto Soccorso è stato di 60.619 unità, al pari degli altri anni. I ricoveri in regime ordinario nel 2010 sono stati 20.420, con una durata media della degenza di 6,7 giorni producendo un peso medio per i DRGs medici di 1,300 e per i DRGs chirurgici di 2,094. L'indice dei ricoveri ad elevato rischio di non appropriatezza in regime ordinario ai sensi dell'allegato 2C del DPCM 2001 sui LEA è stato nel 2010 di 5,4%. Adottando le recenti disposizioni in materia emanate dall'Assessorato Regionale alla Salute con DA 2687 del 5 novembre 2010, la cui decorrenza è fissata per il 2011, il nuovo calcolo dà esito a 2,8% di ricoveri ARI.

L'offerta assistenziale è ampia e diversificata: oltre alle specialità generaliste di Medicina Generale, Chirurgia Generale, Ortopedia ed Ostetricia e Ginecologia, sono presenti tutte le specialità medico-chirurgiche quali è necessario che siano in un Policlinico universitario che forma i medici che andranno a ricoprire i ruoli nelle altre aziende ospedaliere e sanitarie territoriali. Il suo indice di entropia è elevato.

Effettua prestazioni in regime di elezione, di ricovero ed ambulatoriale, nonché in urgenza con le unità operative dei servizi intermedi attive in H24.

Come operiamo

Gli sforzi maggiori sono indirizzati alla conquista continua di una gestione unitaria, *coordinata ed integrata* tra le unità organizzative. In tale prospettiva è chiamato a svolgere la sua attività il Collegio di Direzione, presieduto dal Direttore Sanitario, ed i cui componenti sono i Direttori di Dipartimento che, oltre ad essere responsabili di struttura complessa, sono anche autorevoli componenti della Facoltà Medica. Esso è ritenuto organo così importante nella vita dell'Azienda che l'ordine del giorno di convocazione delle sedute è inviato al Preside della Facoltà, sì che possa autorevolmente collegarsi ai componenti il Consiglio e prioritariamente conoscere le delicate tematiche per il miglior esito del loro sviluppo. Rettore e Preside, per

argomenti di particolare rilevanza, sono invitati a partecipare alle sedute del Collegio di Direzione.

La mission

La *mission* dell'A.O.U. consiste quindi nel:

- facilitare lo svolgimento integrato e coordinato delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca al fine di assicurare prestazioni di elevato standard;
- sviluppare processi di formazione di qualità e di promozione dello sviluppo delle conoscenze in campo biomedico;
- favorire i rapporti sociali al fine di rafforzare la tutela degli Utenti e degli operatori.

Fa parte dei suoi programmi partecipare all'attuazione dei processi sanitari previsti dal Piano *Sanitario* Regionale tramite l'elaborazione degli atti di programmazione interna di propria competenza e la loro successiva traduzione in azioni concrete. La programmazione annuale delle attività è fondata sulle risorse disponibili, economiche e non, e sviluppata sulla base degli indirizzi programmatici dell'Università e della Regione Siciliana attraverso l'elaborazione del Piano Strategico Aziendale. In tal maniera le sue azioni si integrano globalmente nel più ampio sistema di assistenza sanitaria e di formazione.

Costituiscono principi fondamentali del suo modo di essere ed operare:

- L'orientamento alla centralità della persona in una visione olistica: diagnostica, terapeutica ed umana.
- La valorizzazione delle prestazioni secondo il criterio dell'appropriatezza prescrittiva.
- Il mantenimento di una congrua tempistica per la fruizione delle prestazioni entro i limiti che non ne inficino l'efficacia, pur tenendo presente che l'offerta genera la domanda.
- Il costante riferimento ai principi etici nella formulazione dei livelli di assistenza, di valutazione delle attività e dell'allocazione delle risorse.
- La costante attenzione alla qualità della vita attraverso anche la terapia del dolore, ponendo attenzione altresì ai percorsi preferenziali per gli abili in maniera diversa, per i soggetti deboli stranieri e di quelli con gravi co-morbilità.
- La trasparenza delle azioni come momento di legame forte con i cittadini e gli operatori sì da riscuotere la massima fiducia rafforzando lo spirito di modernità e di democrazia.
- Lo sviluppo in campo professionale delle linee guida e dei protocolli diagnostico-terapeutici, definendo indicatori sia di risultato che di esito delle attività cliniche, in un'ottica della valutazione delle metodologie sanitarie, ed altresì favorendo le attività di ricerca programmate dai dipartimenti universitari.
- La valorizzazione delle aree di eccellenza.

- La promozione dei processi tesi alla garanzia della sicurezza nello studio e nel lavoro.
- L'obiettivo di raggiungere quegli standard idonei a proiettare la struttura verso la realizzazione di un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico.

La vision

Per quanto riguarda la *vision* l'organizzazione è pensata in modo da promuovere la salute dei cittadini con interventi mirati al miglioramento continuo della qualità dei servizi, perseguendo l'eccellenza nell'assistenza, cogliendo e facendo proprie le favorevoli opportunità della didattica e della ricerca.

Tale visione sviluppa i concetti di un nuovo movimento di Sanità Pubblica che renda i cittadini artefici delle decisioni che li riguardano ponendoli in grado di raggiungere pienamente il loro potenziale di salute.

Pertanto la *vision* è improntata alla:

- creazione di un ambiente di lavoro sano, sereno, stimolante, capace di far esprimere le potenzialità e di attrarre professionisti di eccellenza;
- qualificazione dell'attività formativa;
- sviluppo delle relazioni con l'ambiente esterno, compresa l'attenzione ai cittadini ed alla collettività servita.

A tal proposito irrinunciabili principi etici ispiratori diventano la:

- trasparenza nei processi decisionali;
- metodologie funzionali al perseguimento dell'efficacia e della appropriatezza delle prestazioni;
- *accountability*, intesa come capacità di attualizzare gli impegni assunti;
- coinvolgimento della comunità attraverso i suoi diversi organi.

Identità

In questa sezione si definiscono in modo lineare e sintetico l'identità dell'organizzazione con indicazioni sull'organigramma del vertice aziendale e sulle risorse umane. L'azienda è strutturata in un nucleo centrale, detto il Policlinico, ed in plessi periferici di seguito descritti:

- Istituto Materno Infantile: le UO di Ostetricia e Ginecologia, Chirurgia Pediatrica, Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale sono state trasferite presso la sede centrale, rimanendo ivi la diagnostica radiologica;
- Neurologia e Psichiatria presso la sede di via La Loggia;
- Patologia Generale ubicata in Corso Tukory e che offre attività assistenziale in ambito di diagnostica di laboratorio.

L'Azienda, ai sensi del DA pubblicato in GURS (SO) n. 30 del 18 giugno 2010 tiene una dotazione di 622 posti letto, di cui 548 in regime ordinario e 74 nel diurno, 24 posti letto in lungodegenza e 16 per la Riabilitazione.

Sono in atto attivi 488 posti letto in regime ordinario, 74 in DH e 4 posti di osservazione breve in Pronto Soccorso non inclusi nei posti letto per acuti.

Fase del processo

Intervengono all'elaborazione del Piano l'organo politico amministrativo dell'Azienda costituito dai Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo, il Responsabile dell'Unità di Staff Programmazione e Controllo di Gestione, il Responsabile dell'Area Risorse Umane ed il Responsabile dell'Area Economico Finanziaria.

L'amministrazione in cifre

In questa sezione vengono presentati i macrodati utili a delineare le dimensioni dell'Azienda, le caratteristiche della sua produzione assistenziale e la quota di finanziamento economico ricevuta dalla Regione.

Risorse umane¹

Il numero totale di risorse umane è di 1.956 unità così suddivise.

Personale dirigente

Docenti medici:	n.	265
Dirigenti medici:	n.	278
Docenti sanitari:	n.	30
Dirigenti sanitari:	n.	52
Dirigenti tecnici:	n.	83
Dirigenti amministrativi:	n.	12
Dirigenti professionali:	n.	5
Co.Co.Co.	n.	16
<i>Totale dirigenti:</i>	<i>n.</i>	<i>741</i>

¹ Valori al 31.12.2010.

Personale del comparto

Personale infermieristico di ruolo:	n.	513
Personale infermieristico a TD:	n.	234
Tecnici a TD.	n.	27
Tecnici di ruolo:	n.	36
Personale amministrativo di ruolo:	n.	212
Personale amministrativo TD:	n.	20
Personale tecnico di ruolo:	n.	159
Personale tecnico TD:	n.	14
<i>Totale comparto.</i>	<i>n.</i>	<i>1.215</i>

Analisi caratteri quali - quantitativi

1. Analisi Caratteri quali – quantitativi.

Età media del personale (anni)	49
Età media dei dirigenti (anni)	53
Tasso di crescita unità di personale negli anni	-8%
% di dipendenti in possesso di laurea	43%
% di dirigenti in possesso di laurea	80%
Ore di formazione (media per dipendente)	6h. 30m
Turnover del personale	4,8%
Costi di formazione/spese del personale	€ 0,0002

2. Analisi benessere organizzativo

Tasso di assenze	8%
Tasso di dimissioni premature	50%
Tasso di richieste di trasferimento	3%
Tasso di infortuni	4,8%
Stipendio medio percepito dai dipendenti	€ 40.386,00
% di personale assunto a tempo indeterminato	80%

3. Analisi di genere

% di dirigenti donne	13%
% di donne rispetto al totale del personale	46%
Stipendio medio percepito dal personale donna: dirigente	€ 63.500,00
Stipendio medio percepito dal personale donna: dirigente	€ 27.500,00
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	33%
Età media del personale femminile dirigente	53
Età media del personale femminile comparto	48
% di personale donna laureato rispetto al totale personale femminile	17%
Ore di femminile formazione (media per dipendente di sesso femminile)	

Produzione assistenziale²

Ricoveri in regime ordinario:	n. 20.420
Ricoveri in regime diurno:	n. 21.480
Day Service:	n. 888
Accessi al Pronto Soccorso:	n. 60.619
Peso medio dei DRG medici:	1,300
Peso medio dei DRG chirurgici:	2,090
Ricoveri non appropriati:	5,4%
Indice chirurgico:	79,3%
Valorizzazione ricoveri ordinario:	€ 75.528.232
Valorizzazione ricoveri diurno:	€ 23.837.040
Prestazioni ambulatoriali SSN:	n. 357.020
Valorizzazione SSN:	€ 9.023.122

Risorse economiche³

Quota Fondo Santario Regionale:	€ 56.952.000,00
Ricavi per prestazioni sanitarie e socio sanitarie	€ 127.123.000,00
Ricavi per prestazioni a soggetti extraregione	€ 747.000,00

Mandato istituzionale e Missione

Il mandato istituzionale è strettamente subordinato agli obiettivi dei Piani Sanitari Nazionali e Regionali ed a quelli operativi che l'Assessorato consegna annualmente ai Direttori Generali. Essi vanno contestualizzati all'interno della *mission* istituzionale dell'Azienda e tradotti secondo la specifica *vision*.

La Regione Sicilia nel triennio 2007-2009 è stata sottoposta ad un Piano di rientro economico che ha reso necessario anche il riordino della rete ospedaliera e dei laboratori di analisi, non disgiunto dalla necessità di promuovere il miglioramento dell'offerta e la contestuale riduzione dell'aggravio economico. Uno degli obiettivi fondamentali assegnati ai Direttori Generali, peraltro scaturente dal D. Lgs 502/92, è il pareggio di bilancio.

IL DA del 30.12.2010, GURS n. 5 del 28 gennaio 2011, rinnova, sotto nuove prospettive di intervento, le necessità operative per la prosecuzione del piano di contenimento e di riqualificazione del sistema sanitario.

I contenuti di questo documento impegneranno la strategia aziendale in una serie di innovazioni gestionali e comportamentali di grande rilievo. Infatti le azioni correttive che porteranno al miglioramento della sostenibilità economica del sistema sono a partire dalla definizione della qualificazione di appropriatezza sui diversi momenti in cui si esplicita l'attività assistenziale: dal governo della domanda di

² Anno di gestione 2010. Valori in fase di consolidamento.

³ Assegnazione provvisoria 2010.

accesso ai servizi a quello della prescrizione, con l'eventuale responsabile coinvolgimento dei protagonisti della fase di erogazione.

Il mandato istituzionale chiede anche per il triennio in corso l'osservanza di quanto previsto dal Patto per la Salute 2010 - 2012 del 3 dicembre 2009 che all'articolo 2 prevede l'avvio di un sistema di monitoraggio su specifici indicatori di *efficienza ed appropriatezza* circa la corretta allocazione delle risorse.

La gestione dovrà prendersi carico altresì di quanto contenuto nel DA del 28 dicembre 2010 (GURS n. 5 del 28 gennaio 2011) circa il rilevamento e monitoraggio della qualità percepita rispetto alla qualità erogata, il che promuove il necessario varo di una serie di provvedimenti *ad hoc*.

Il mandato istituzionale si concretizza anche attraverso l'attuazione degli obiettivi annuali che l'Assessorato assegna ai Direttori Generali e che a cascata vengono dimensionati alle singole unità operative.

Rispetto i vincoli 2010 l'Azienda rientra nella fascia del pieno raggiungimento degli obiettivi, il che ha gettato le basi per la definizione della strategia ancora più ambiziosa per gli anni a venire al fine di risolvere alcune delle criticità segnalate nei documenti strategici nazionali e regionali.

Albero della performance

È opportuno rilevare che l'Azienda per i suoi risultati gestionali è stata promossa dall'Assessorato alla Salute al Piano di sviluppo 2010-2012, il che consentirà di acquisire risorse finalizzate a potenziare quelle aree di rilevante interesse strategico proprio nello stesso arco temporale in cui si attuerà il presente Piano. Pertanto il presente Piano integra il Piano di Sviluppo e molte cose si potranno attuare a partire dalla concretizzazione di quello.

Da quanto già esposto a proposito del mandato istituzionale, gli obiettivi strategici ed operativi del Direttore Generale verranno declinati nelle rispettive aree di pertinenza, sanitaria ed amministrativa, mettendo a fuoco quelle criticità che si ritiene di dovere governare.

Lo strumento operativo per la traduzione del piano strategico in piani operativi è il *budget*. La sua negoziazione garantisce all'Azienda una grande opportunità di comunicazione interna, partecipazione, condivisione e chiamata a responsabilità.

Il processo di budget

Il processo di budget inizia con la definizione delle aree strategiche di intervento da parte dell'organo politico-amministrativo sui quali il personale dirigente verrà chiamato a fornire il proprio contributo operativo.

Ai sensi dell'art. 18 dell'Atto aziendale il Direttore Generale ha facoltà di delegare il Comitato di Budget per la negoziazione degli obiettivi.

Il livello di organizzazione previsto per la negoziazione è la Direzione di dipartimento, la quale è previamente informata circa le aree strategiche di interesse.

Il Direttore di dipartimento convoca il Comitato di dipartimento, illustra le aree strategiche, i piani operativi, gli obiettivi, la modalità di calcolo dell'indicatore, l'indicatore di risultato, il risultato atteso, il peso attribuito, la modalità di calcolo del

risultato, l'arco temporale entro cui ogni obiettivo dovrà essere soddisfatto ai fini della valutazione e verifica delle performance.

Condivisi gli obiettivi operativi in sede di Comitato, i Titolari di ciascun centro di responsabilità sono chiamati ad individuare gli obiettivi per i dirigenti ed il personale del comparto. Le risultanze di questa fase dovranno essere trasferite al dirigente superiore gerarchico.

Ultimata la fase descritta ed acquisita la documentazione a supporto, il Direttore del Dipartimento è nelle condizioni di negoziare il budget.

Definito il budget con la Direzione Generale, il Direttore del Dipartimento convoca il Comitato di dipartimento a cui illustra e consegna le risultanze della negoziazione. I Titolari dei centri di responsabilità a loro volta comunicano gli esiti della negoziazione all'interno delle loro unità organizzative ed assegnano gli obiettivi alla dirigenza ed al personale del comparto.

Il documento di budget viene trasmesso all'Organismo Indipendente di Valutazione affinché possa adempiere al proprio mandato.

Analisi del contesto esterno

Punti di forza:

L'Azienda Policlinico ha capacità di offerta assistenziale ampia e diversificata con erogazione di prestazioni ad elevata complessità ed inserite nel servizio di emergenza urgenza.

La presenza di studenti e specializzandi è veicolo delle attività dell'Azienda sul territorio.

La cultura dell'innovazione fa sì che si possano sperimentare nuove tecnologie medicali.

Sono presenti diversi centri di riferimento regionale per le patologie ad elevata complessità e ad alta specializzazione.

Punti di debolezza:

L'articolazione della struttura a padiglioni incide negativamente sull'efficienza complessiva dell'organizzazione.

L'elevato turnover di infermieri a contratto lascia scoperti periodi di riduzione dell'assistenza. Peraltro l'inizio del contratto del personale si coniuga con un'esigenza formativa che riduce le opportunità di prestazioni assistenziali.

Alcuni padiglioni necessitano di un intervento strutturale di ammodernamento previsto dal mutuo di ristrutturazione edilizia, cosiddetto "dei cento miliardi", le cui procedure per l'avvio dei lavori stanno per essere ultimate.

La presenza all'esterno dell'azienda di unità operative ad elevata intensità di cura che dovranno essere ricondotte all'interno del plesso principale.

Analisi del contesto interno

L'azienda si rende responsabilmente partecipe del processo di consolidamento del piano di rientro 2007 – 2009 come richiesto dal decreto del 30 dicembre già citato.

Verranno assunte le disposizioni regionali in merito a:

- efficienza organizzativa ed all'appropriatezza d'uso dell'ospedale
- riordino dell'offerta della rete dei laboratori di analisi
- rimodulazione dei posti letto
- partecipazione al piano regionale della produzione di plasma

Integrazione in una logica di offerta che vada anche oltre gli ambiti di bacino.

Promozione di un'offerta assistenziale mirata a recuperare la mobilità passiva extraregionale.

Eccesso di domanda di assistenza in urgenza al pronto soccorso non sufficientemente motivata dalla complessità clinica.

Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici promanano dall'analisi degli scostamenti dei risultati gestionali ottenuti rispetto agli obiettivi dei Piani Sanitari Nazionale e Regionale.

La definizione degli obiettivi strategici fa riferimento ai documenti di programmazione a medio termine e nella loro individuazione vengono coinvolti gli organi dell'Azienda a partire dal Comitato di Indirizzo.

L'individuazione degli obiettivi strategici precede l'anno di gestione, momento in cui vengono individuati gli specifici obiettivi operativi ed i piani operativi di intervento.

Il processo coinvolge in maniera sistematica i dirigenti delle unità di staff e delle strutture organizzative perché specificamente a conoscenza delle caratteristiche dell'attività svolta e delle *performance* delle singole unità operative.

Obiettivi dell'Area Sanitaria

- Potenziamento dell'Area dell'Emergenza ed Urgenza.
- Ristrutturazione e messa a norma degli edifici.
- Adeguamento della dotazione dei posti letto della rete ospedaliera attraverso interventi nei reparti di degenza.
- Trasferimento dell'UO di Neurologia dalla sede di via La Loggia al plesso centrale.
- Potenziamento del percorso assistenziale del paziente neurologico acuto.

Obiettivi dell'Area Amministrativa

- Assegnazione dell'incarico di predisporre per tempo le gare di appalto sì da evitare ogni forma di proroga delle stesse.
- Conferma dell'obiettivo, già assegnato nel 2010, di riduzione del tempo di liquidazione delle fatture. Tale obiettivo ha consentito nel 2010 il risparmio di risorse per circa € 4.100.000,00 rispetto i costi affrontati nel 2009.
- Incarico all'Area delle Risorse Umane di definire i fondi per il personale, peraltro costituiti negli anni precedenti in maniera approssimativa.
- Tendenziale eliminazione del precariato in atto in servizio. Già nel 2010 si è proceduto all'assunzione a tempo indeterminato di circa 300 unità di personale. Nel corrente anno si prevede l'assunzione di altre 200 unità sì da eliminare una piaga assistenziale che ha determinato una criticità protrattasi per decenni.
- Completamento e stesura della nuova pianta organica e conseguente calibratura dei fondi così come previsto dalla Legge Finanziaria 2010.
- Riduzione del contenzioso e delle conseguenti spese legali. Questo obiettivo, già assegnato nel 2010, ha comportato una sensibile riduzione degli oneri passivi.

Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Ciascun obiettivo strategico è suddiviso in due - tre obiettivi operativi e ciascuno di essi è definito anche con indicatori quantitativi misurabili, temporizzati, corredato delle relative modalità di calcolo e specifica pesatura secondo la complessità di raggiungimento e la valenza strategica. Gli obiettivi sono articolati nelle aree della produzione assistenziale e nello sviluppo della qualità. Ai primi si assegna il 70% dei punti ed ai secondi il 30%.

Per la specificazione degli obiettivi delle unità operative delle diverse aree si rimanda agli allegati.

Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

Al personale dirigenziale sono assegnati gli obiettivi secondo cascata gerarchica ed in funzione del processo di valutazione.

Viene sollecitata anche la capacità degli stessi di assegnare obiettivi al personale sottoposto e di intervenire sulla valutazione. Essi sono misurabili e primariamente orientati all'appropriatezza comportamentale nell'esercizio professionale.

Processo seguito ed azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

Il presente Piano è stato redatto sulla scorta delle indicazioni fornite dalla deliberazione n. 112/2010 della CIVIT.

Alla redazione del Piano hanno partecipato: il Responsabile dell'Unità di Staff Programmazione e Controllo di Gestione, i Responsabili dell'Area Risorse Umane e dell'Area Risorse Economiche e Finanziarie. Esso è pubblicato sul sito istituzionale dell'Azienda nella sezione "Trasparenza, merito e premi" in ottemperanza a quanto previsto in materia di trasparenza dal D. Lgs. 150/2009.

Il Piano è redatto tenendo conto della sostenibilità economica derivante dalle risorse in capo all'Azienda. Gli obiettivi assegnati sono funzionali ad assicurare un livello di rimborsabilità delle prestazioni in relazione alle risorse assegnate: il tutto nell'ottica del vincolo del pareggio di bilancio.

La possibilità della completa attuazione del Piano nel triennio è in dipendenza della messa in opera di quanto contenuto nel Piano di sviluppo 2010-2012, il quale a sua volta contempla un esame particolareggiato dell'impatto economico derivante da ciascuna azione.

Per quanto riguarda le azioni rivolte al miglioramento del ciclo della performance la CIVIT, nella delibera 112/2010, precisa come le amministrazioni debbano adeguarsi agli indirizzi proposti secondo una logica di gradualità e di miglioramento continuo.

A tal proposito l'Azienda, oltre che attendere ulteriori indicazioni da parte della Commissione e regole certe da parte dell'Assessorato alla Salute, individua nel prossimo insediamento dell'*Organismo Indipendente di Valutazione* il presupposto per un miglioramento strutturale del sistema stante il ruolo di "controllore" sulla regolarità giuridico-amministrativa dell'intero processo.

Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

Il processo di redazione del Piano è stato sostenuto dagli incontri promossi dall'organo politico amministrativo con le parti in causa. Alla negoziazione hanno costantemente partecipato la Direzione sanitaria aziendale, la Direzione di presidio, il Responsabile della programmazione e controllo di gestione, i Responsabili delle Aree Economico-Finanziaria e delle Risorse Umane, riferendo di volta in volta sull'esito della negoziazione al Direttore Generale.

Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

La presenza dell'Area Economico - Finanziaria ha consentito di verificare costantemente la sostenibilità economica dei singoli obiettivi strategici.

Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

La nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione, con compiti e responsabilità molto più ampi rispetto a quelli che il D Lgs 286/99 assegnava ai Nuclei Aziendali di Valutazione, garantisce al sistema un elevato livello di controllo su tutto il processo.

Il presente documento verrà inviato all'Organismo Indipendente di Valutazione.

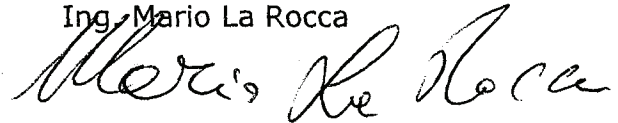
È in fase di elaborazione il documento di supporto tecnico sul ciclo di gestione della *performance* in cui è prevista la griglia di diagnosi (*check list*) utile, qualora fosse necessario, a facilitare l'emergere delle criticità e la definizione degli eventuali interventi correttivi.

Allegati tecnici

Si riportano le schede degli obiettivi assegnati alle unità organizzative.

- 1.** Area medica: obiettivi strategici, indicatori e modalità di calcolo
- 2.** Area chirurgica: obiettivi strategici, indicatori e modalità di calcolo
- 3.** Area anestesia e rianimazione: obiettivi strategici, indicatori e modalità di calcolo
- 4.** Area Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza
- 5.** Area ostetrico-ginecologica: obiettivi strategici, indicatori e modalità di calcolo
- 6.** Area della diagnostica radiologica
- 7.** Area diagnostica di laboratorio
- 8.** Area della Farmacia
- 9.** Tutte le aree: obiettivi qualitativi

Il Direttore Generale
Ing. Mario La Rocca



**Area Medica: indicatori, pesi e modalità di calcolo del risultato degli obiettivi quantitativi.
Anno 2011**

Allegato_01

Area di intervento	Obiettivi operativi	Indicatore di risultato
Efficienza organizzativa in funzione dell'efficacia clinica	Ottimizzazione della durata media della degenza in regime ordinario in funzione della complessità dei pazienti espressa in termini di peso del DRG	Durata degenza media effettiva / Peso medio DRG conseguito
Orientamento alla complessità clinica in regime diurno	Aumento delle prestazioni ad elevato peso del DRG in regime diurno	Peso medio dei DRGs conseguito in regime diurno
Orientamento al buon utilizzo dei posti letto in DH	Riduzione del numero di ricoveri di un giorno	Ricoveri di 1 giorno
Adeguamento al DPCM 2001, allegato 2C, per i 43 DRG ad elevato rischio di non appropriatezza in regime ordinario del DPCM 29.11.2001, allegato 2C.	Riduzione dei ricoveri ad elevato rischio di non appropriatezza	Ricoveri ricadenti nei 43 DRG ad elevato rischio di non appropriatezza
Adeguamento al DA 2687 del 05.11.2010 "Patto per la salute", allegato 1. GURS n. 53 del 03.12.2010: trasferimento dei DRG ARI dal regime ordinario al diurno nelle percentuali previste.	Riduzione ricoveri ad elevato rischio di non appropriatezza in regime ordinario	Ricoveri dei DRGs indicati nel "Patto per la salute in regime ordinario / Totale degli stessi DRGs trattati in regime ordinario e diurno
Efficienza economica	Governo del rapporto costi / rimborsi	Miglioramento del risultato al I margine lordo
Orientamento alla deospedalizzazione delle prestazioni	Promozione dell'attività ambulatoriale e del DSAO	Risultato economico conseguito
Orientamento al buon uso delle risorse	Buon uso dei farmaci antibiotici	Numero di DDD consumate per 100 giorni di degenza
Orientamento al buon uso delle risorse	Buon uso della diagnostica di laboratorio	Numero di esami richiesti al Laboratorio Centralizzato in urgenza
Adeguamento al DA 1150/2009	Trasferimento ricoveri a regimi assistenziali meno onerosi	Trasferimento DRG secondo percentuali indicate

Area Chirurgica: indicatori, pesi e modalità di calcolo del risultato degli obiettivi quantitativi.
Anno 2011

Allegato_02

Area di intervento	Obiettivi operativi	Indicatore di risultato
Appropriato utilizzo dei posti letto e delle sale operatorie	Miglioramento dello "Indice chirurgico" in R.O.	Numero di DRGs chirurgici prodotti / Numero totale di ricoveri in regime ordinario
Appropriato utilizzo dei posti letto e delle sale operatorie	Miglioramento dello "Indice chirurgico" in D.H.	Numero di DRGs chirurgici prodotti / Numero totale di ricoveri in regime diurno
Efficienza organizzativa in funzione dell'efficacia clinica	Ottimizzazione della durata media della degenza in regime ordinario in funzione della complessità dei pazienti espressa in termini di peso del DRG	Durata degenza media effettiva / Peso medio DRG conseguito
Adeguamento al DPCM 2001, allegato 2C, per i 43 DRG ad elevato rischio di non appropriatezza in regime ordinario del DPCM 29.11.2001, allegato 2C.	Riduzione dei ricoveri ad elevato rischio di non appropriatezza	Ricoveri ricadenti nei 43 DRG ad elevato rischio di non appropriatezza
Adeguamento al DA 2687 del 05.11.2010 "Patto per la salute", allegato 1. GURS n. 53 del 03.12.2010: trasferimento dei DRG ARI dal regime ordinario al diurno nelle percentuali previste.	Riduzione ricoveri ad elevato rischio di non appropriatezza in regime ordinario	Ricoveri dei DRGs indicati nel "Patto per la salute in regime ordinario / Totale degli stessi DRGs trattati in regime ordinario e diurno
Adeguamento al DA 2687 del 05.11.2010 "Patto per la salute", allegato 2. GURS n. 53 del 03.12.2010: trasferimento dei DRG ARI per gli specificati codici di intervento dal Day surgery al Day service per le percentuali previste.	Riduzione ricoveri ad elevato rischio di non appropriatezza.	Ricoveri dei DRGs indicati nel "Patto per la salute in regime day service / Totale degli stessi DRGs trattati in regime ordinario e diurno
Orientamento alla deospedalizzazione delle prestazioni	Miglioramento del rimborso economico del DH secondo tariffa	Risultato economico conseguito
Orientamento all'efficienza economica	Governo del rapporto costi / rimborsi	Miglioramento del risultato al I margine lordo
Orientamento al buon uso delle risorse	Buon uso della risorsa anestesiologicala	Punti DRG chirurgici prodotti / Numero sedute operatorie
Orientamento al buon uso delle risorse	Buon uso dei farmaci antibiotici	Numero di DDD consumate per 100 giorni di degenza
Orientamento al buon uso delle risorse	Buon uso della diagnostica di laboratorio	Numero di esami richiesti al Laboratorio Centralizzato in urgenza

**Area Anestesia e Rianimazione: indicatori, pesi e modalità di calcolo del risultato degli obiettivi quantitativi.
Anno 2011**

Allegato_03

Area di intervento	Obiettivi operativi	Indicatore di risultato
Efficienza organizzativa in funzione dell'efficacia clinica	Ottimizzazione della durata media della degenza in regime ordinario in funzione della complessità dei pazienti espressa in termini di peso del DRG	Durata degenza media effettiva / Peso medio DRG conseguito
Efficienza economica	Governo del rapporto costi / rimborsi	Miglioramento del risultato al I margine lordo
Orientamento al buon uso delle risorse	Buon uso dei farmaci antibiotici	Numero di DDD consumate per 100 giorni di degenza
Orientamento al buon uso delle risorse	Buon uso della diagnostica di laboratorio	Numero di esami richiesti al Laboratorio Centralizzato in urgenza
Orientamento all'efficienza organizzativa	Riduzione di frattura di collo di femore entro le 24 ore dal ricovero	Assistenza anestesiológica ad interventi di frattura di collo di femore entro le 24 ore dal ricovero / Totale assistenza anestesiológica ad interventi di frattura di collo di femore
Buon uso delle risorse	Utilizzo del complesso operatorio in H12 da lunedì a venerdì	Presentazione di un piano entro il 30 giugno 2011
Assistenza al parto	Riduzione del numero di parti cesarei	Progetto per l'assistenza anestesiológica al parto indolore

Area di intervento	Obiettivi operativi	Indicatore di risultato
Efficienza organizzativa	Rispetto dei tempi di attesa per il codice colore giallo	Tempo medio di attesa per il codice colore giallo
Efficienza organizzativa	Rispetto dei tempi di attesa per il codice colore verde	Tempo medio di attesa per il codice colore verde
Efficacia selettiva al triage	Concordanza tra codice colore all'accettazione ed alla dimissione	Discordanza del codice colore tra accettazione e dimissione
Appropriatezza diagnostica	Riduzione del numero di esami TAC	Numero di esami TAC del 2010 vs Numero di esami TAC del 2009
Appropriatezza diagnostica	Riduzione del numero di esami RMN	Numero di esami RMN del 2011 vs Numero di esami RMN del 2010
Orientamento al buon uso delle risorse	Riduzione del numero di esami richiesti al Laboratorio Centralizzato / numero di accessi	Numero medio di esami di laboratorio per accesso 2011 vs Numero medio di esami di laboratorio per accesso 2010
Adeguamento alla normativa sul contenimento dei ricoveri ad elevato rischio di non appropriatezza in regime diurno	Riduzione dei ricoveri in regime ordinario ad elevato rischio di non appropriatezza	Ricoveri ad elevato rischio di non appropriatezza / Totale ricoveri in regime ordinario
Orientamento alla complessità clinica in regime ordinario	Aumento delle prestazioni ad elevato peso del DRG	Peso medio del DRG in regime diurno conseguito

UO Ostetricia e Ginecologia: indicatori, pesi e modalità di calcolo del risultato degli obiettivi quantitativi.
Anno 2011

Allegato_05

Area di intervento	Obiettivi operativi	Indicatore di risultato
Riduzione del numero di parti cesarei	Miglioramento del rapporto numerico Parto vaginale / Parto cesareo	Numero parti cesarei / Numero totale di parti
Orientamento alla applicazione delle metodologie Evidence Based	Formulazione del Percorso Diagnostico Terapeutico della "gravida a termine a rischio di parto cesareo", a partire dai dati di eleggibilità.	Consegna del documento entro il 31 maggio 2010
Appropriato utilizzo dei posti letto e delle sale operatorie	Miglioramento dello "Indice chirurgico" in ricovero ordinario per i DRGs della Categoria Diagnostica Maggiore 13	Indice chirurgico dei DRGs della MDC 13, anno 2011 vs 2010
Appropriato utilizzo dei posti letto e delle sale operatorie	Miglioramento dello "Indice chirurgico" in D.H.	Numero di DRGs chirurgici prodotti / Numero totale di ricoveri
Efficienza organizzativa	Ottimizzazione della durata media della degenza in regime ordinario in funzione della complessità dei pazienti	Durata degenza media effettiva / Peso medio DRG conseguito
Adeguamento a DPCM 2001, allegato 2c, per i 43 DRG ad elevato rischio di non appropriatezza in regime ordinario	Riduzione ricoveri ad elevato rischio di non appropriatezza in regime ordinario	Ricoveri ad elevato rischio di non appropriatezza / Totale ricoveri
Orientamento alla complessità clinica ed alla corretta compilazione delle SDO	Aumento del Peso medio dei DRGs	Peso medio dei DRG
Orientamento alla deospedalizzazione delle prestazioni	Miglioramento del rimborso economico del DH secondo tariffa	Risultato economico conseguito
Orientamento all'efficienza economica	Contenimento dei costi nel vincolo delle risorse assegnate e dei risultati attesi. Esclusi i farmaci oncologici e gli ambulatoriali.	Costi sostenuti
Orientamento al buon uso delle risorse	Buon uso della diagnostica di laboratorio	Numero di esami richiesti al Laboratorio Centralizzato in urgenza
Assistenza al parto	Riduzione del numero di parti cesarei	Progetto per l'assistenza al parto indolore entro il 30 giugno 2011

Area di intervento	Obiettivi operativi	Indicatore di risultato
Efficienza organizzativa	Riduzione della durata media della degenza in regime ordinario	Tempo intercorrente tra l'esecuzione dell'esame TAC e la dismissione del referto
Efficienza organizzativa	Riduzione della durata media della degenza in regime ordinario	Tempo intercorrente tra l'esame dell'esame RMN e la dismissione del referto
Efficienza organizzativa	Rispetto della puntualità tra prenotazione ed esecuzione dell'esame	Numero di esami rinviati sul totale degli esami prenotati
Appropriato utilizzo della RMN	Relazione sulla valutazione del valore aggiunto della RMN come prosecuzione di indagine della TAC per unità operativa e complessiva aziendale	Consegna della relazione entro il 30 giugno 2011
Efficienza organizzativa	Formulazione, a partire dai dati di eleggibilità, del Percorso Diagnostico Terapeutico del paziente con "epatocarcinoma": paziente esterno e paziente interno	Consegna del documento entro il 30 giugno 2011
Promozione dell'eccellenza	Esecuzione di esami CardioTC e Colonscopia virtuale per pazienti esterni	Numero di prestazioni per pazienti esterni, anno 2011 vs 2010
Buon utilizzo della risorsa D.H.	Utilizzo dei ricoveri in DH per le procedure interventistiche	Numero di procedure interventistiche secondo ICDIXCM / Numero totale di ricoveri
Efficienza organizzativa	Riduzione della Lista di Attesa dell'esame TAC per pazienti esterni	Tempo medio di attesa per l'esame TAC: anno 2011 vs 2010
Efficienza economica	Governo del rapporto costi / rimborsi	Miglioramento del risultato al I margine lordo

Allegato_07

Area di intervento	Obiettivi operativi	Indicatore di risultato
Orientamento all'efficienza economica	Contenimento dei costi del materiale diagnostico utilizzato nel vincolo delle risorse assegnate	Risorse assegnate / Costi sostenuti
Orientamento all'efficienza economica	Contenimento dei costi del materiale sanitario utilizzato nel vincolo delle risorse assegnate	Risorse assegnate / Costi sostenuti
Orientamento all'appropriatezza diagnostica	Produzione di linee guida per la gestione della urgenza	Consegna del documento entro il 31 luglio 2011
Orientamento all'appropriatezza diagnostica	Produzione di linee guida per la gestione del set della coagulazione	Consegna del documento entro il 30 settembre 2011
Orientamento all'efficienza organizzativa	Riduzione tempo di attesa ingresso - refertazione per paziente interno	Tempo di attesa: 2011 / 2010
Orientamento all'efficienza organizzativa	Riduzione tempo di attesa ingresso - refertazione per paziente in pronto soccorso	Tempo di attesa: 2011 / 2010
Orientamento all'efficienza organizzativa	Riduzione tempo di attesa ingresso - refertazione per paziente esterno	Tempo di attesa: 2011 / 2010

Area della Farmacia: indicatori, pesi e modalità di calcolo del risultato degli obiettivi quantitativi.
Anno 2011

Allegato_08

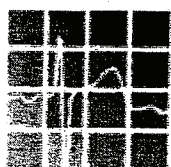
Area di intervento	Obiettivi operativi	Indicatore di risultato
Adeguamento ad obiettivi regionali	Erogazione del I ciclo terapeutico	Numero pazienti a cui è stato erogato il I ciclo terapeutico / Numero totale di pazienti dimessi
Recupero risorse farmaceutiche	Ispezione agli armadi farmaceutici: non meno di tre visite ispettive per anno	Numero totale visite ispettive / Numero armadi farmaceutici periferici
Adeguamento a Linee Guida	Appropriata erogazione di Albumina Umana	Numero di somministrazioni conformi alle linee guida / su numero totale di erogazioni
Sviluppo di attività	Progetto per lo sviluppo dell'UMAKA	Presentazione del progetto entro il 30.06.2011
Sviluppo di attività	Progetto per la produzione di farmaci galenici	Presentazione del progetto entro il 31.07.2011
Sviluppo di attività	Progetto per la stesura di Linee Guida per l'erogazione di antibiotici	Presentazione del progetto entro il 30.09.2011
Sviluppo di attività	Progetto per la preparazione delle soluzioni di Nutrizione Parenterale	Presentazione del progetto entro il 30.11.2011

Tutte le Aree: indicatori, pesi e modalità di calcolo del risultato degli obiettivi qualitativi.

Anno 2011

Allegato_09

Area di intervento	Obiettivi operativi	Indicatore di risultato
Miglioramento del rapporto con l'utenza	Aggiornamento della Carta dei Servizi	Elaborazione del documento entro il 30 settembre 2011
Miglioramento del rapporto con l'utenza	Riduzione dei reclami	Numero di reclami del 2011 / Numero di reclami del 2010
Diffusione della cultura della valutazione delle prestazioni erogate	Partecipazione alla compilazione dei questionari aziendali per la <i>customer satisfaction</i>	Numero di questionari restituiti compilati / numero di questionari proposti dall'URP (massimo tre indagini nel 2011)
Promozione della cultura della Qualità	Elaborazione del Piano della Qualità	Presentazione del Piano della Qualità entro il 31 ottobre 2011
Promozione della cultura della valutazione del personale della dirigenza medica e sanitaria	Assegnazione degli obiettivi per la valutazione della dirigenza	Comunicare alla Direzione Aziendale di avere assegnato gli obiettivi entro 30 giorni dal ricevimento della direttiva
Promozione della cultura della valutazione del personale del comparto sanitario	Assegnazione degli obiettivi per la valutazione del personale del comparto sanitario	Comunicare alla Direzione Aziendale di avere assegnato gli obiettivi entro 30 giorni dal ricevimento della direttiva



**Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico Paolo Giaccone
di Palermo**



VISTA

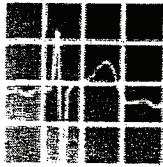
La nota prot. n. 9109 del 28.01.2011 dell'Assessore Regionale alla Salute, con la quale invita le Amministrazioni a porre in essere tutti gli adempimenti obbligatori in materia di misurazione e valutazione delle performance, anche in assenza e nelle more delle norme regionali di recepimento, ed in particolare l'immediata redazione del documento programmatico triennale denominato *Piano della Performance*;

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

D E L I B E R A

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 10 comma 1 Titolo II del D.Lvo n. 150/2009 e' adottato il documento programmatico triennale denominato *Piano della Performance*.

Il Piano della Performance sara' trasmesso per i provvedimenti consequenziali alla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrita' delle Amministrazioni Pubbliche e al Ministero delle Economie e delle Finanze.



Il Direttore Amministrativo
Dott. Roberto Colletti

Il Direttore Sanitario
Dott. Claudio Scaglione

Il Direttore Generale
Ing. Mario La Rocca

Segretario Verbalizzante
Cristina Salic

ESTREMI ESECUTIVITA'	PUBBLICAZIONE
<input type="checkbox"/> 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. Ufficio Atti Deliberativi Il Responsabile	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 da <u>01-02-2011</u> e fino al <u>02-03-2011</u> . Ufficio Atti Deliberativi
<input type="checkbox"/> 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.	La presente Delibera è stata registrata nell'apposito registro del Collegio Sindacale Ufficio Atti Deliberativi
<input type="checkbox"/> 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.	

La presente deliberazione è composta da n. _____ pagine

NOTE: