

La presente deliberazione viene pubblicata all'Albo di questa Azienda il 03 FEB. 2019
Messina 28 GEN. 2019
La Segreteria
Sig.ra Giuseppa Arnao

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE
Si certifica che la presente Deliberazione è stata affissa all'Albo di questa Azienda
dal _____ e per 15 giorni consecutivi.
La Segreteria

Messina _____

**REGIONE SICILIANA**
ASSESSORATO DELLA SALUTE
AZIENDA OSPEDALIERA PAPARDO
MESSINA

DELIBERAZIONE N. 0107/ DEL 28 GEN. 2019

OGGETTO: Approvazione Piano Performance triennale 2019-2021.

DIREZIONE GENERALE
Proposta n. 2 del 28.01.2019
Il Resp. del Procedimento Antonio Di Besi Il Dirigente Struttura Semplice / Complessa _____

Il Direttore della Struttura Complessa Economico Finanziario e Patrimoniale
[Signature] Nr. Prenotazione SAC, 2019

L'anno duemiladiciannove, il giorno VENTOTTO del mese di GENNAIO nella sede dell'Azienda Ospedaliera Papardo di Messina, il sottoscritto Dr. Mario Paino, Commissario Straordinario dell'Azienda, nominato con D.A. n. 2504 del 18.12.2018 e coadiuvato dai Dottori:
- dr. Marco Restaccia - Direttore Amministrativo; (ASSENTE GIUSTIFICATO)
- dr. Paolo Cardia - Direttore Sanitario;
assistito dal/la Sig./Sig.ra Sig.ra Giuseppa Arnao in veste di segretario.

Premesso che il titolo II del D.L.vo 27 ottobre 2009 n. 150, prevede una serie di disposizioni in tema di misurazione e di valutazione della performance, in una prospettiva di miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché delle competenze professionali, mediante la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle Unità Operative, in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, di trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro perseguimento;

Richiamato l'art. 10, comma 1 lett. a) del sopracitato D.L.vo n. 150/2009, che impegna le Pubbliche Amministrazioni a redigere un documento programmatico triennale, denominato "Piano della Performance", da adottare in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individui gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi, definisca gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori, secondo gli indirizzi offerti dalla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle Amministrazioni Pubbliche, specificati dalla stessa con delibera n. 112/2010 del 28.10.2010;

Dato atto che, con nota prot. n. 9109 del 28.01.2011, l'Assessorato regionale della Salute ha provveduto a invitare i Direttori Generali delle strutture sanitarie Regionali, a porre in essere tutti gli adempimenti obbligatori previsti in materia di misurazione e valutazione della performance, anche in assenza e nelle more delle norme regionali di recepimento, atteso che le disposizioni del summenzionato decreto legislativo, si applicano anche agli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, con decorrenza 01.01.2011;

Dato atto, altresì, che con successiva nota prot. nr. 34981 del 15.04.2011, il predetto Assessorato ha provveduto a richiedere, anche in assenza e nelle more della formulazione delle norme regionali di recepimento della argomentata normativa, la redazione del documento programmatico triennale, denominato "Piano della Performance";

Richiamata la delibera A.N.AC (ex CIVIT) n. 112/2010 in tema, tra l'altro, di applicazione del D.Lgs. n. 150/2009 agli Enti del Servizio Sanitario Nazionale;

Che per l'effetto si è provveduto ad approvare i vari Piani della Performance triennali, secondo quanto stabilito dall'art. 10 del D.L.vo n. 150/2009 ed alla luce degli indirizzi offerti dalla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT), specificate dalla stessa con delibera n. 112/2010 del 28.10.2010, come di seguito specificati:

- Piano della Performance triennale 2011-2013: Delibera n. 164/DG del 31.01.2011 e successiva delibera modificativa n. 1226/DG del 14.07.2011;
- Piano della Performance triennale 2013-2015: Delibera n. 764/DG del 04.07.2013;
- Piano della Performance triennale 2014-2016: Delibera n. 76/DG del 30.01.2014;
- Piano della Performance triennale 2015-2017: Delibera n. 77/DG del 29.01.2015;
- Piano della Performance triennale 2016-2018: Delibera n. 71/DG del 29.01.2016;
- Piano della Performance triennale 2017-2019: Delibera n. 63/C del 26.01.2017;
- Piano della Performance triennale 2018-2020: Delibera n. 90/CS del 29.01.2018;

Che questa Amministrazione, in esecuzione di quanto previsto dal citato art. 10, comma 1 lett. a), nell'ambito dei superiori adempimenti, ha provveduto a redigere il Piano della Performance triennale 2019-2021, che viene allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale (Allegato "A");

Ritenuto, altresì, necessario dare mandato alla Struttura Tecnica Permanente di:

- provvedere all'inserimento del Piano della Performance d'interesse nell'apposito link "Amministrazione Trasparente ► Performance" del sito internet aziendale, al fine di assicurare la divulgazione del contenuto del Piano della performance e per darne massima diffusione;
- trasmettere, in esecuzione dell'art. 10 comma 2 del D.L.vo n. 105/2009, copia della presente deliberazione, unitamente all'allegato "A" "Piano della Performance triennale 2019-2021" al Dipartimento della Funzione Pubblica, al Ministero dell'Economia e delle Finanze, alle OO.SS., al Collegio Sindacale ed al Comitato Consultivo Aziendale;

Che in data 21.01.2018 si è provveduto ad inviare via mail a tutti i componenti dell'O.I.V., copia del Piano della Performance 2019-2021, per le determinazioni di competenza;

Che in data 25.01.2019 si è riunito l'O.I.V., rinnovato con delibera n. 24 dell'11.01.2018, al fine di valutare il Piano della Performance 2019-2021, evidenziando che lo stesso contiene al suo interno tutti gli elementi che tipicamente sono richiesti ed esprimendo parere positivo sullo stesso Piano della Performance, lasciando comunque aperta la possibilità per eventuali successivi emendamenti utili alla rifinitura;

Dato atto che responsabile del provvedimento è il dr. Antonino Di Blasi, responsabile della Struttura Tecnica Permanente;

Preso atto che il presente provvedimento è stato predisposto nel rispetto della Legge n. 190 del 06.11.2012, nonché dell'osservanza del vigente Piano Aziendale di Prevenzione della Corruzione;

Preso atto, altresì, che il Direttore del Dipartimento Amministrativo con la sottoscrizione del presente provvedimento ne attesta la regolarità formale e la legittimità sostanziale;

Acquisito il parere favorevole del solo Direttore Sanitario, stante l'assenza giustificata del Direttore Amministrativo;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa che qui si intendono integralmente riportate e trascritte:

Approvare, per quanto meglio specificato in premessa, il "Piano della Performance triennale 2019-2021" allegato al presente provvedimento (allegato "A") per farne parte integrante e sostanziale, secondo quanto previsto dall'art. 10, comma 1 lett. a) del D. L.vo n. 150/2009 ed alla luce degli indirizzi offerti dalla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (Civit), specificate dalla stessa, con delibera n. 112/2010 del 28.10.2010;

Dare mandato alla Struttura Tecnica Permanente di:

- provvedere all'inserimento del Piano della Performance d'interesse nell'apposito link "Amministrazione Trasparente ► Performance" del sito internet aziendale, al fine di assicurare la divulgazione del contenuto del Piano della performance e per darne massima diffusione;
- trasmettere, in esecuzione dell'art. 10 comma 2 del D.L.vo n. 105/2009, copia della presente deliberazione, unitamente all'allegato "A" "Piano della Performance triennale 2019-2021" al Dipartimento della Funzione Pubblica, al Ministero dell'Economia e delle Finanze, alle OO.SS., al Collegio Sindacale ed al Comitato Consultivo Aziendale.

Il Direttore del Dip.to Amm.vo
(dr. Giuseppe Venza)

Il Direttore Sanitario
(dr. Paolo Cardia)

Il Direttore Amministrativo
(dr. Marco Restuccia)
ASSENTE GIUSTIFICATO

Il Commissario Straordinario
(dr. Mario Raino)

Il Segretario
Sig.ra Giuseppa Arnao



Regione Siciliana
Azienda Ospedaliera Papardo

Ctr. Papardo tel.090-3991 Messina

www.aopapardo.it

Piano

della Performance

2019-2021

Azienda Ospedaliera

PAPARDO

Indice:

Presentazione del Piano della Performance – Sommario..... pag. 4

Principi del Piano della Performance..... pag. 15

Identità dell'Amministrazione..... pag. 17

Mission Aziendale e contesto in cui opera..... pag. 18

-Centralità dell'utente ed equità di accesso: trasparenza e collaborazione;

-Partecipazione dei cittadini: informazione, comunicazione e partecipazione;

-Regolamento U.E. n. 679/2016;

-Sviluppo dell'innovazione e dell'informatizzazione;

-Partecipazione e sviluppo delle risorse umane: qualità formazione e valutazione;

-Perseguimento dell'efficienza e del miglioramento continuo, nell'ambito della sostenibilità economica dell'azione amministrativa;

-Integrazione Ospedale territorio;

-Progetto Codice Rosa;

-Servizio di Camera Iperbarica;

-Centrale Operativa 118 Messina;

Analisi del contesto interno..... pag. 28

-Mappatura di prima approssimazione degli stakeholders aziendali;

-Gli Utenti/Familiari;

-Il Comitato Consultivo;

-Le Organizzazioni Sindacali;

-Gli altri stakeholders;

-Le risorse umane (dotazione, clima, performance, formazione);

-Il clima e il benessere organizzativo;

-Le risorse tecnologiche;

-Risorse ICT;

-Le risorse finanziarie;

-Azione dell'Azienda;

-Obiettivi strategici;

-Collegamento Piano della Performance, Piano trasparenza e integrità, Piano anticorruzione;

L'Azienda Ospedaliera Papardo in cifre..... pag. 34

Opportunità di sviluppo..... pag. 36

-Punti di forza dell'A.O. Papardo;

-Punti di debolezza dell'A.O. Papardo;

L'albero della Performance Aziendale..... pag. 42

Obiettivi ed indicatori..... pag. 43

Ciclo di gestione e sviluppo della Performance..... pag. 49

Il processo di budget - Il sistema di programmazione annuale..... pag. 52

Presentazione del piano delle performance

Note generali

Il Piano della Performance 2019-2021 si colloca in continuità con i Piani della Performance redatti negli anni e rivolti all'implementazione di quel percorso di consolidamento e crescita della trasparenza già avviata anche precedentemente alla nuova normativa che su tale tematica ha evidenziato e imposto canoni e prescrizioni più cogenti.

Una migliore rappresentazione di tutto ciò che rappresenta e permette di assicurare la comprensibilità e attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, si irradia durante tutto l'iter che parte dal processo di budget con assegnazione degli obiettivi ai vari Direttori e Responsabili delle UU.OO. aziendali con successiva condivisione e ribaltamento degli stessi ai singoli operatori, per poi concretizzarsi nel monitoraggio costante che viene garantito dalle Strutture Controllo di Gestione e Programmazione e Budget, che permette una valutazione da parte dei responsabili, volto a trovare soluzioni congrue per eventuali interventi correttivi.

La struttura del documento riproduce quella adottata negli anni precedenti riportando gli indirizzi strategici che derivano dagli obiettivi di mandato, con declinazione degli obiettivi di programmazione e di gestione riferiti all'anno in corso in continuità con il precedente esercizio per il quale sono definiti gli indicatori di performance. Occorre tuttavia evidenziare che l'Azienda Ospedaliera Papardo ha visto negli ultimi due anni, il passaggio di ben tre Commissari Straordinari, la cui attività, proprio per le funzioni attribuite a tale figura, non si è potuta basare su una reale e prospettica programmazione a lungo termine.

Il presente Piano viene pubblicato sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione Trasparente" e si colloca in continuità con la successiva relazione sulla Performance da redigere entro e non oltre il 30 giugno di ogni anno.

I valori su cui tutta l'organizzazione si basa sono:

- 1) la centralità del paziente e il soddisfacimento dei suoi bisogni;
- 2) la valorizzazione del personale che va di pari passo con la formazione dello stesso come bene primario volto a garantire al meglio le prestazioni di cui il paziente necessita;
- 3) l'innovazione a tutti i livelli anche per sostenere una giusta competitività tra le Aziende Sanitarie per un miglioramento continuo dell'assistenza agli utenti;
- 4) il miglioramento continuo dell'offerta sanitaria nel rispetto delle cure migliori da fornire ai pazienti.

La mission aziendale è quella di erogare attività sanitarie di elevata specializzazione, oltre che prestazioni di base e di media complessità, anche con l'utilizzo di metodologie avanzate e innovative.

La presenza all'interno dell'A.O. Papardo di un completo numero di UU.OO., permette di rispondere in modo esaustivo alle varie necessità che vengono richieste dalla diversa utenza cittadina e da quella proveniente anche dalla vicina Calabria e dalle altre province siciliane.

L'assistenza sanitaria deve tener anche conto degli obiettivi di sostenibilità economica, con l'adeguato utilizzo delle risorse e dei beni aziendali che garantisca comunque sempre una risposta sanitaria soddisfacente e pronta alle richieste provenienti dall'utenza in generale.

La lotta agli sprechi, all'inefficienza e il giusto utilizzo delle risorse sono punti di partenza cardini del management aziendale e che vedono coinvolti, a cascata, tutti gli operatori sanitari e non, in modo da permettere una giusta condivisione degli obiettivi comuni.

L'azione dell'Azienda deve essere proiettata verso quelle che sono le nuove domande che la "salute dei cittadini" richiede. L'aumento esponenziale di malattie croniche, con il contestuale coinvolgimento di più fattori di rischio, portano a una maggiore collegialità diagnostica con contestuale maggiore collaborazione tra le varie branche sanitarie.

L'aumento esponenziale di malattie autoimmuni, il ripresentarsi di patologie che erano state "dimenticate", la necessità di un maggiore azione volta all'incremento della vaccinazione, l'aumento delle malattie oncologiche, comportano una necessaria condivisione interdisciplinare che permetta uno studio omnicomprensivo del paziente e consenta l'analisi congiunta di problematiche sanitarie complesse che si differenziano da paziente a paziente, tenuto altresì conto che il miglioramento delle condizioni di vita e l'allungamento dell'età, comportano anche che il singolo paziente sia sempre più affetto da differenti patologie croniche che richiedono un sempre maggiore coinvolgimento ed approccio multidisciplinare.

Tale multidisciplinarietà è presente all'interno dell'Azienda Ospedaliera Papardo, dove da tempo ormai le terapie da applicare ai pazienti che soffrono di patologie complesse o che richiedono il coinvolgimento di diverse specialità mediche e/o chirurgiche, vengono discusse in maniera collegiale attraverso studi e confronti multidisciplinari che permettono di applicare al singolo paziente la migliore terapia.

Tutto questo permette anche di andare oltre la spersonalizzazione del paziente che da semplice caso riacquista quel ruolo centrale e di studio che permette di caratterizzarlo anche come persona.

Occorre incentivare la meritocrazia e far crescere quel senso di appartenenza aziendale che il più delle volte nell'ambito pubblico, è slegato dal contesto lavorativo.

La maggiore professionalità acquisita dalle varie figure professionali comporta anche la necessità di una maggiore attenzione all'espletamento di quelle che sono le mansioni proprie della qualifica di

appartenenza senza però che questo diventi un ostacolo al normale e necessario svolgimento delle attività quotidiane che si sostanziano sempre nell'avere come punto di riferimento la salute e l'attenzione al paziente.

La centralità del paziente, infatti, è ciò che deve sempre caratterizzare l'azione di tutti gli operatori sanitari e non. Quando si lavora all'interno di una Azienda Ospedaliera si deve sempre pensare che ogni nostra attività, di qualunque genere, è sempre orientata alla salute del paziente che deve rappresentare il punto di partenza e di arrivo. Occorre sempre pensare che chi viene in Ospedale non lo fa di certo per divertimento e trovare la disponibilità degli operatori, i mezzi, le apparecchiature, i farmaci, la pulizia, il buon vitto, il confort, rende migliore la permanenza dello stesso paziente e ciò coinvolge tutto il personale che lavora all'interno dell'Azienda stessa.

Occorre prestare una particolare attenzione oltre che alla fornitura di adeguate risposte e cure sanitarie anche ai singoli comportamenti degli operatori, non solo sanitari. L'Amministrazione ha investito anche sulla comunicazione, e dovrà farlo anche in seguito, tenuto conto che essa rappresenta un elemento essenziale che permette da un lato di creare il giusto rapporto con i pazienti e i loro parenti e dall'altro permette di evitare fraintendimenti e/o frizioni che potrebbero poi portare a criticità o disguidi che di certo non giovano ai singoli operatori e all'Azienda in generale.

Infatti, la maggior parte delle lamentele che giungono anche all'Ufficio Relazione con il Pubblico potrebbero essere superate con una maggiore pazienza, ascolto, anche con un sorriso che serve a stemperare le tensioni, le preoccupazioni che ogni singolo paziente porta con sé. E' chiaro che compito dell'Azienda è quello di fornire ai singoli operatori le condizioni, i mezzi e il personale adeguato a svolgere con serenità i compiti giornalieri.

Ognuno deve svolgere al meglio il compito a cui è chiamato per permettere di fornire all'unisono la migliore risposta alle istanze degli utenti nello spirito di una collaborazione che deve sempre caratterizzare l'azione degli operatori ai vari livelli.

Il particolare momento di interazione tra i pazienti e i dipendenti dell'Ospedale, anche in presenza di uno specifico impegno per migliorare comunque la gestione delle problematiche, ha di base difficoltà che spesso dipendono proprio dalla dimensione sociologica che l'Ospedale si trova ad affrontare.

Non si può sottacere che la gran parte del personale dipendente svolge i propri compiti istituzionali non guardando l'orario di servizio, andando oltre quelli che sono i propri compiti e rivolgendo una particolare attenzione alle esigenze dell'utenza.

L'Azienda Ospedaliera Papardo, anche alla luce della nuova rideterminazione della rete ospedaliera regionale, deve trovare una propria e precisa collocazione che le permetta di qualificarsi e proiettarsi nel futuro, cercando di trovare una propria mission che la caratterizzi in determinati

ambiti specialistici che diventino punti di forza attrattiva intorno a cui far ruotare i vari ambiti specialistici offerti dalle varie UU.OO. aziendali.

Compito del management aziendale che nell'ultimo anno ha visto succedersi n. 3 Commissari Straordinari, con l'ultimo che assumerà a breve le funzioni di Direttore Generale, è proprio quello di individuare tale modello, organizzare, investire e lavorare al fine di raggiungere tali obiettivi caratterizzanti.

La **programmazione aziendale** punterà sui seguenti temi:

- Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero con l'adozione di soluzioni atte al miglioramento dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero e messa in campo di soluzioni clinico-organizzative efficaci, finalizzate ad ottimizzare il miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni offerte, ad agevolare lo sviluppo del Day Service Ambulatoriale, all'aumento dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa per la specialistica ambulatoriale, agevolando il ciclo di prescrizione e di prenotazione dei controlli con interventi tesi a facilitare il percorso dei cittadini, e garantendo la corretta gestione delle agende di prenotazione fino all'individuazione di soluzioni personalizzate.

- Sempre maggiore coinvolgimento della preospedalizzazione all'interno delle attività sanitarie con rendicontazione dei pazienti che fanno seguire agli esami prognostici gli interventi chirurgici programmati e recupero delle somme per gli esami sostenuti per quei pazienti che invece si operano in altre strutture;

- Maggiore valorizzazione dei progetti del codice rosa di cui questa Azienda risulta capofila, con coinvolgimento sempre maggiore di tutti gli stockholders presenti sul territorio, anche alla luce degli obiettivi raggiunti in tale ambito e della grande partecipazione di istituzioni pubbliche e private registratasì;

- Integrazione ospedale territorio e continuità dell'assistenza, garantendo l'integrazione della rete ospedale-territorio. Attenzione particolare verso: percorso nascita, dimissioni protette; dialisi peritoneale (già attiva all'interno dell'Azienda); patologia osteoarticolare dell'anziano (frattura femore e protesica); protocolli assistenziali di accoglienza e assistenza di donne e minori vittime di violenza e abuso (vedi codice rosa di cui questa Azienda risulta la capofila in ambito regionale).

- Pianificazione e implementazione dell'omogeneizzazione delle procedure di soccorso delle emergenze cardiologiche, dei traumi e dello stroke. Promozione dello sviluppo della rete clinica-organizzativa del paziente oncologico.

La presenza all'interno dell'Azienda di numerose procedure sanitarie che riguardano tantissime fattispecie sanitarie, sono a garanzia sia dei pazienti che degli operatori e permettono una

omogeneizzazione di interventi, il tutto basato da evidenze scientifiche e garantito da procedure già presenti ed approvate in ambito sanitario.

- Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico perseguendo l'appropriatezza d'uso dei farmaci, rendicontazione analitica degli stessi e attività strutturate che coinvolgano prescrittori di ambito ospedaliero e territoriale e nella continuità ospedale/territorio; promuovere l'utilizzo di farmaci biosimilari ed equivalenti; utilizzare esclusivamente principi attivi presenti nel Prontuario.

- Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico, sviluppando un sistema aziendale per la sicurezza delle cure e dei pazienti in ospedale, con particolare attenzione alla gestione degli eventi avversi, alla diffusione di pratiche clinico-assistenziali efficaci nel contenimento del rischio, allo sviluppo di metodologie per la valutazione del rischio, monitoraggio e valutazione dei risultati, e una particolare attenzione alla prevenzione sulle infezioni ospedaliere.

- Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, di supporto e logistici anche attraverso la realizzazione di una integrazione piena di livello provinciale e/o di area relativa ai servizi di supporto amministrativo e tecnico-logistico, promuovendo e realizzando possibili piani di unificazione finalizzati a garantire la razionalizzazione della spesa.

- Sviluppo della semplificazione e del miglioramento dell'accessibilità ai servizi anche attraverso la dematerializzazione dell'intero ciclo passivo degli acquisti (ordine, documento di trasporto e fattura).

- Continuità nei flussi informativi garantendo la continuità già esistente, la tempestività, correttezza e completezza nella trasmissione dei flussi informativi e dei dati sia a livello nazionale che regionale, grazie al supporto degli uffici afferenti al controllo di gestione, al personale dirigenziale e non, statistico e alla raccolta dei dati, al solido sistema informativo.

- Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) mediante l'attuazione del PAC Regionale, nel rispetto delle disposizioni inviate dalla Regionale con la redazione e/o revisione e formalizzazione delle procedure amministrativo-contabili e i regolamenti aziendali coerentemente con i requisiti minimi comuni definiti dalle Linee Guida regionali; implementazione, applicazione e verifica delle procedure amministrativo-contabili aziendali delle aree oggetto delle Linee Guida regionali; progressivo perfezionamento degli strumenti e delle procedure amministrativo-contabili, rafforzando i sistemi di rilevazione e di controllo, uniformando le procedure amministrative, informative, contabili e di controllo interno.

- Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa con l'adozione di tutte le azioni utili, atte a garantire il rispetto del vincolo di bilancio assegnato e concorrere al perseguimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio del Servizio Sanitario Regionale, attraverso un costante monitoraggio della gestione e dell'andamento

economico-finanziario e un tempestivo intervento con misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati in caso di andamento non in linea. Consolidamento della riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi. Razionalizzazione della spesa farmaceutica e rendicontazione e valutazione degli obiettivi di budget assegnati alle varie UU.OO.CC. e servizi sanitari e non sanitari aziendali.

- Governo delle risorse umane e definizione delle procedure di acquisizione di personale dirigenziale e non, con la copertura dei posti vacanti di Direttore di Struttura Complessa, nel rispetto di quelle che sono le direttive Assessoriali in materia;

- Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti con orientamento degli investimenti strutturali ed impiantistici (v. trigeneratore), sia in termini di innovazione che di sostituzione e rinnovo dell'esistente, con il fine di motivare le professionalità, garantendo l'utilizzo più efficace ed appropriato delle risorse.

In atto, nelle more dell'approvazione della nuova rete ospedaliera, è vigente l'Atto Aziendale approvato con delibera n. 51 dell'11.09.2017 e la Dotazione Organica Aziendale approvata con delibera n. 52 dell'11.09.2017 e che sono stati approvati dai competenti organi Assessoriali. Inoltre è vigente il piano triennale dei fabbisogno del personale 2017-2019 approvato con delibera n. 53 dell'11.09.2017.

Il D.Lgs. n. 150/2009 ha introdotto formalmente la logica del performance management nel sistema delle amministrazioni pubbliche, e il Piano Performance 2019-2021 dell'A.O. Papardo di Messina, è il riferimento programmatico triennale dove sono meglio esplicitati gli indirizzi e gli obiettivi aziendali e i relativi indicatori per la misurazione e la valutazione degli stessi.

Questo, al fine del miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, attraverso la valorizzazione del merito e la trasparenza dei risultati raggiunti e delle risorse impiegate.

Nella definizione della programmazione triennale, si è tenuto conto dello scenario normativo ed economico attuale, caratterizzato dalla necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizione di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate con l'esigenza di perseguire la strategia di ridisegno del sistema di cure, quale tema principale delle politiche di sviluppo dei servizi, in risposta ai profondi cambiamenti epidemiologici, demografici e sociali in atto.

Il Piano della performance (adottato ai sensi del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n°150) ha lo scopo di rendere partecipe la comunità degli obiettivi che l'Ospedale si è dato per il prossimo triennio, garantendo trasparenza e ampia diffusione verso i cittadini.

La performance è il contributo che un'azienda apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali è stata costituita.

Il Piano della performance parte dalla definizione degli obiettivi, per poi proseguire durante l'anno al loro monitoraggio e controllo, fino ad arrivare, l'anno successivo, alla verifica di come sono andate le attività previste e a misurare i risultati raggiunti. Programmare per tempo gli obiettivi e controllare successivamente l'esito del lavoro che è stato fatto, è un passo decisivo per poter rendicontare alla collettività su come sono utilizzate le risorse pubbliche e su come viene gestito il complesso sistema al servizio della salute dei cittadini.

L'Azienda Sanitaria per propria natura è un sistema molto vasto e con livelli di organizzazione molto complessi; il management, al fine di attuare la funzione di governo che gli è propria, deve porsi nelle condizioni di gestire questa complessità, dotandosi di strumenti e criteri che gli consentano di migliorare l'efficacia e l'efficienza e di valutare i risultati complessivi, non solo in termini di equilibrio economico-finanziario dell'Azienda, ma anche in termini di coerenza tra le risorse impiegate e risultati conseguiti a tutela della salute.

Il Piano della performance (art. 10 c. 1 lett. a D.Lgs 150/2009, modificato dall'art. 8 del D.Lgs 74/2017), infatti, è il documento programmatico attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi (target di riferimento), delle varie articolazioni organizzative dell'A.O. Papardo.

Il Piano della performance definisce, inoltre, gli elementi fondamentali su cui si imposterà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

In esso vengono evidenziati tutti i passaggi logici atti a garantire “la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance”, secondo quanto previsto dall'art. 10 comma 1 del D.Lgs 150/2009.

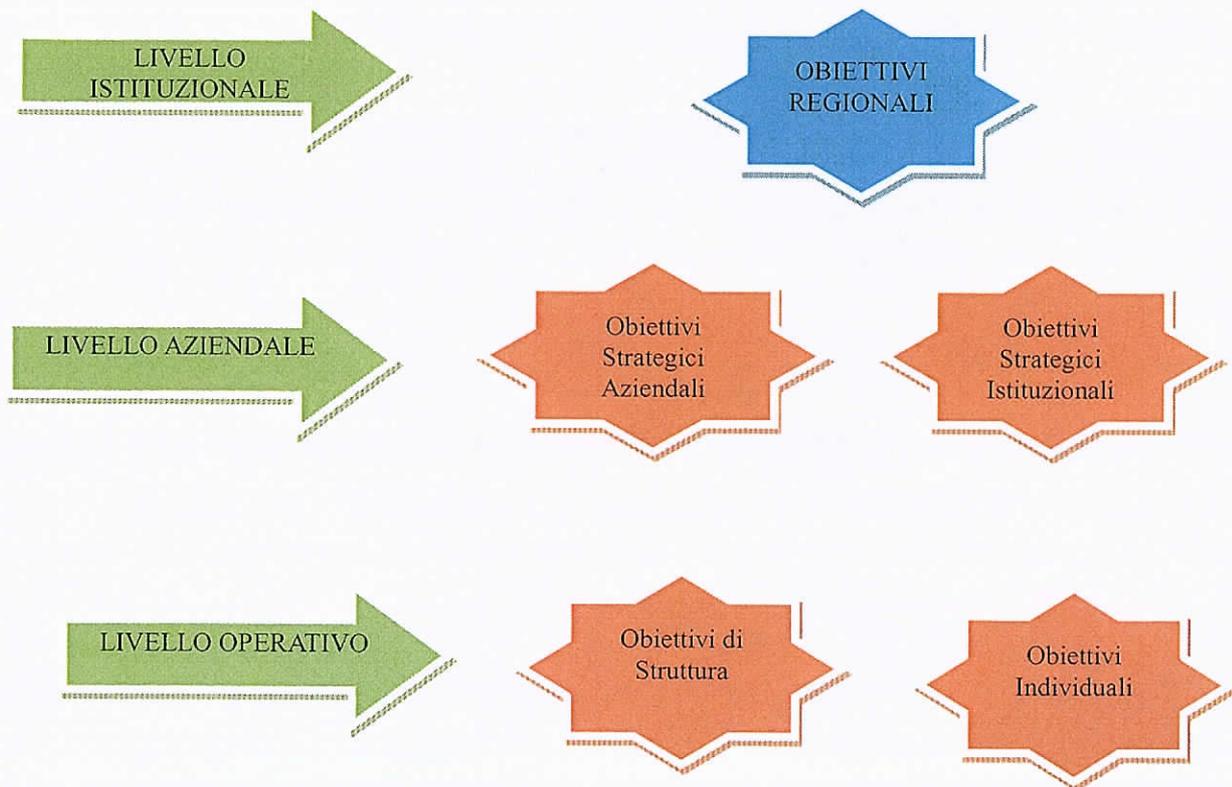
La prima finalità del Piano riguarda l'esplicitazione del sistema degli obiettivi con la corrispondente indicazione di misura.

La seconda finalità è quella di generare un legame tra il livello di pianificazione programmazione e misura dell'attività aziendale. In questo modo si potrà assicurare un più ampio margine di consapevolezza negli operatori e un maggiore controllo del processo di realizzazione degli obiettivi.

La terza finalità del Piano è quella di supportare il processo di performance measurement e il processo di comunicazione dei risultati ottenuti a tutti i destinatari previsti dalla L. n. 150/2009.

La pianificazione strategica è stata realizzata sulla base degli obiettivi assegnati dalle Istituzioni Regionali e sulle decisioni assunte dalla Direzione Aziendale. Detta pianificazione è strettamente

declinata mediante il processo di definizione dei piani degli obiettivi e attraverso la costruzione del budget.



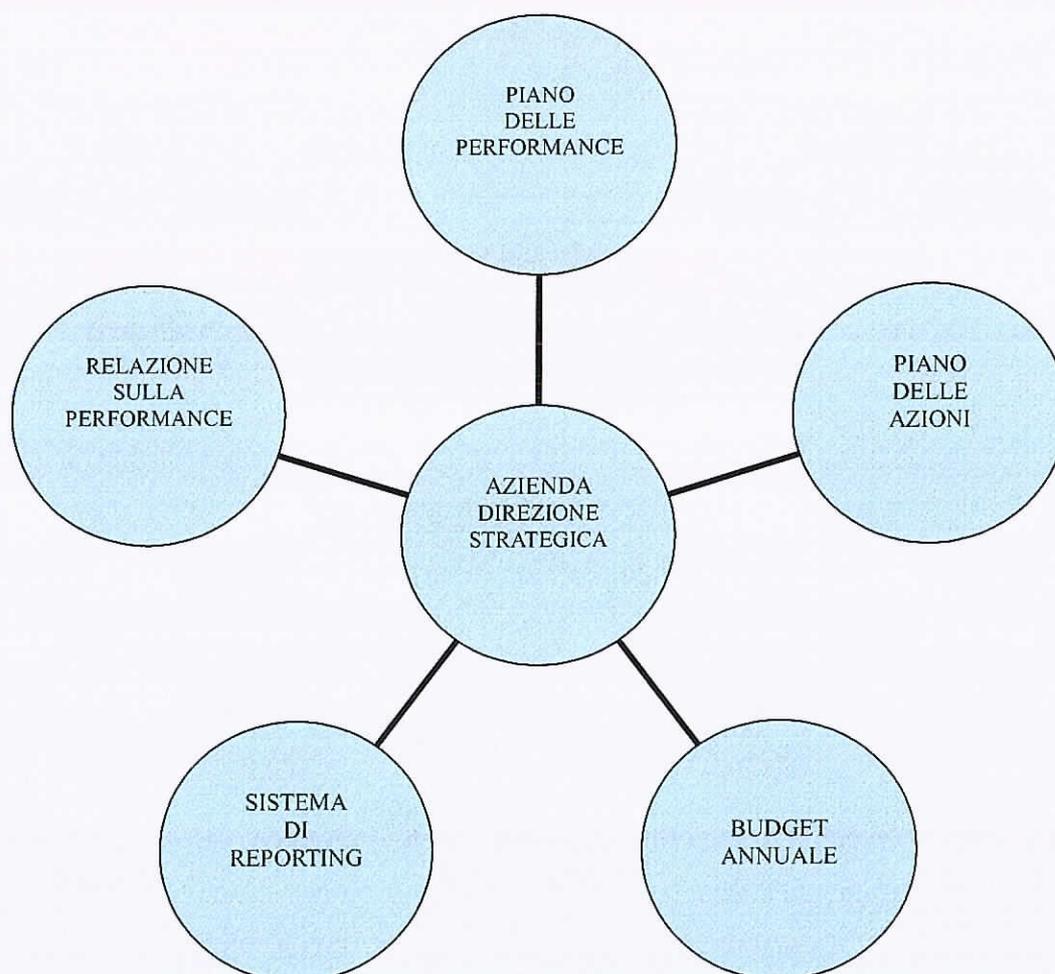
Elementi essenziali di cui tener conto possono essere così di seguito riassunti:

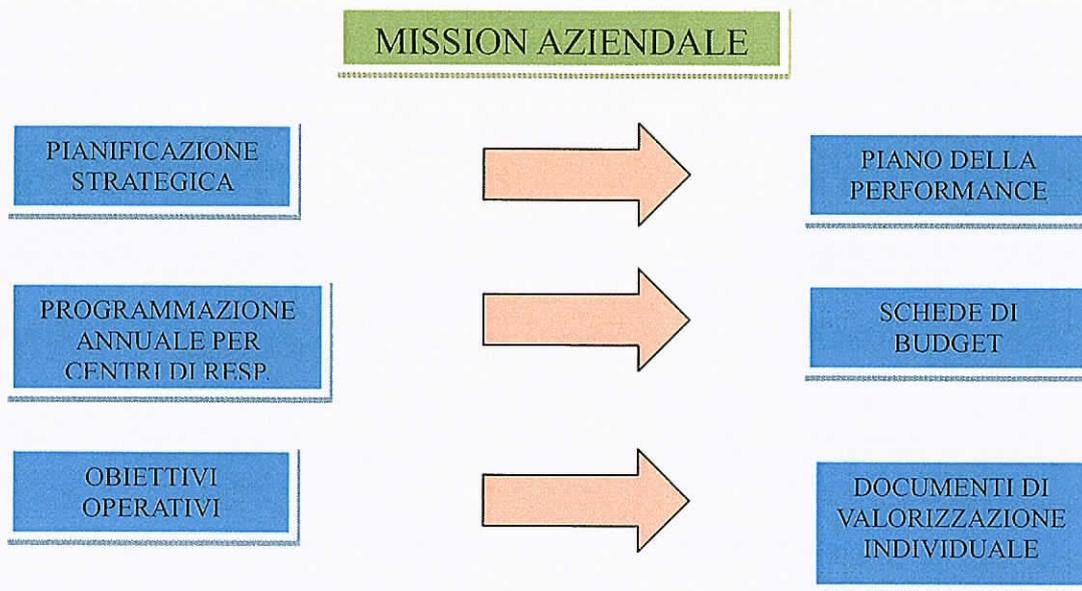
- ▶ Il **Piano delle Performance** è il documento di pianificazione triennale avente valenza strategica, aggiornato ogni anno e adottato entro il 31 gennaio. Con esso si analizza il contesto aziendale per la necessaria formulazione delle strategie per il triennio oltre che individuare le indicazioni sulle successive fasi di assegnazione di obiettivi e risorse: il processo di budget e il processo di valutazione individuale;
- ▶ Il **Piano delle Azioni**, con cui si esplicita il focus sugli obiettivi aziendali definiti per l'anno in corso e che rappresenta lo strumento di programmazione annuale;
- ▶ Il **Budget annuale**, quale strumento operativo costituito dalle schede di budget con cui si definisce l'attività di programmazione, monitoraggio e verifica dei costi e delle attività dei Centri di Responsabilità;
- ▶ Il **sistema di Reporting** con indicatori puntuali per la Direzione Strategica e per i Centri di Responsabilità che permette sia agli organi della Direzione Strategica che ai vari responsabili dei centri di costo di valutare periodicamente l'andamento delle attività e dei risultati raggiunti e da raggiungere e che viene periodicamente effettuato attraverso monitoraggi, confronti, comunicazioni dal Controllo di Gestione Aziendale unitamente alla Struttura di Programmazione e Budget, in Piano Performance 2019-2021

modo da comunicare eventuali scostamenti, valutarne le motivazioni e permettere al responsabile del centro di responsabilità di porre in essere i dovuti e possibili rimedi per rientrare nell'ambito di quelli che erano gli obiettivi da raggiungere;

► La Relazione sulle performance con la quale si effettua la valutazione annuale sul raggiungimento di risultati.

Il piano delle performance si sostanzia, pertanto, in un documento programmatico triennale contenente gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, le risorse e i relativi indicatori per la misurazione delle performance organizzativa (art. 10 co.1 D.Lgs.27 ottobre 2009, n 150).





Di seguito la successione logica delle fasi:

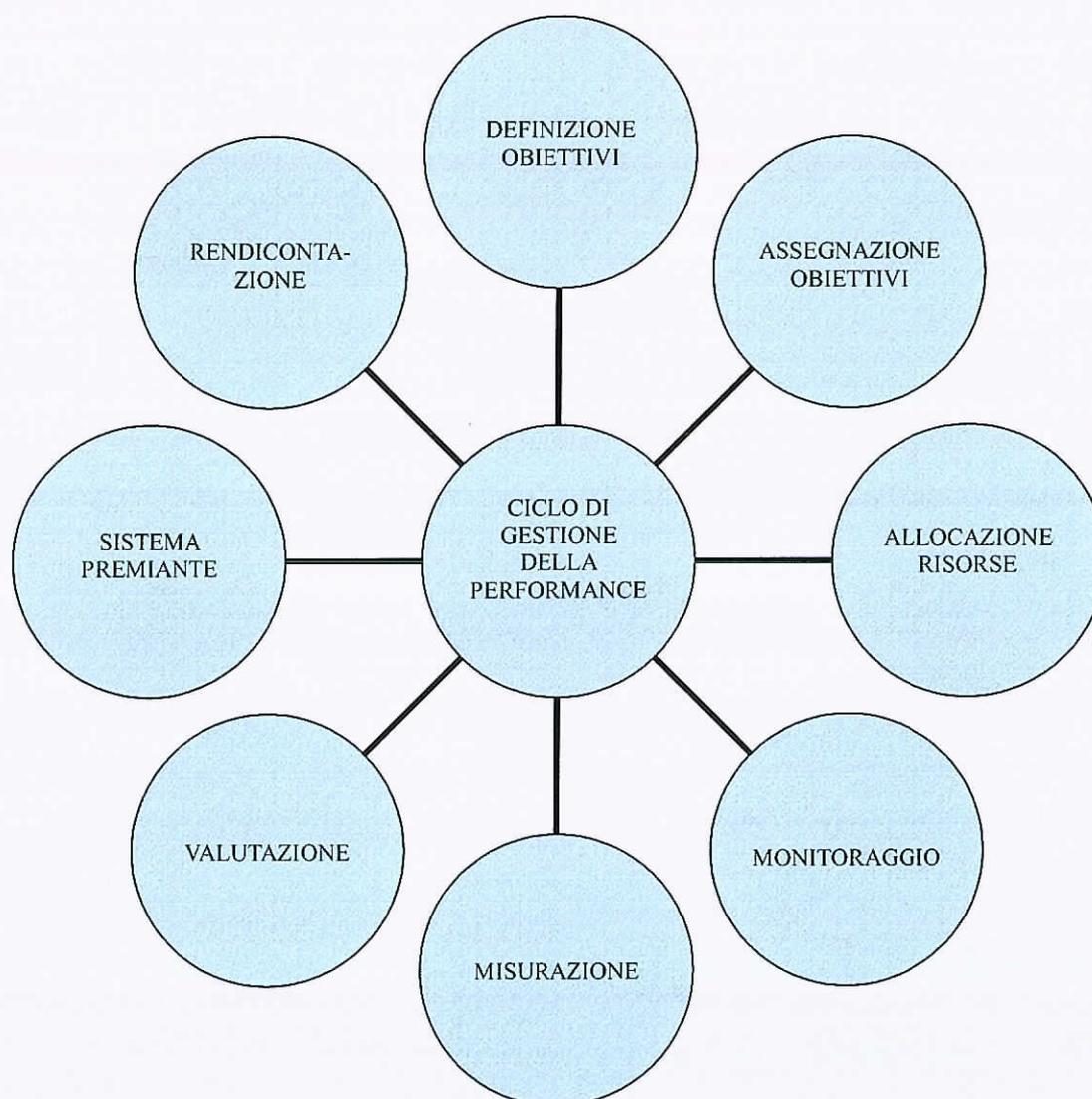


Il ciclo di gestione della performance previsto dall'art. 4 del decreto è così articolato:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;

- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati.

Questo schema può riassumersi attraverso un diagramma circolare che rende maggiormente visibile e comprensibile il ciclo stesso:



In quanto atto di programmazione di medio periodo, il Piano della Performance è modificabile con cadenza annuale in relazione a:

- α) obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria regionale;
- β) modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- γ) modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda Ospedaliera Papardo di Messina (Atto Aziendale).

Il piano utilizza come modelli di riferimento il sistema di Budget aziendale e si integra con gli strumenti già adottati dall'azienda per attuare il processo di programmazione e controllo, in particolare:

- ▶ il budget aziendale;
- ▶ il bilancio aziendale;
- ▶ la valutazione individuale della Dirigenza e del Comparto;
- ▶ il sistema qualità;
- ▶ il codice di comportamento;
- ▶ il Piano di Prevenzione della Corruzione;
- ▶ il Piano per la Trasparenza e l'Integrità.

La programmazione aziendale è inserita in un preciso quadro normativo e finanziario di cui si riportano i principali riferimenti:

- 1) Decreto Lgs n. 118 del 23/06/2011 e s.m.i. che al titolo II detta disposizioni sui “principi contabili generali ed applicati per il settore sanitario” introducendo numerose innovazioni con importanti cambiamenti anche dal punto di vista organizzativi;
- 2) D.L. n. 95 del 06/07/2012 (“spending review”);
- 3) Nuova Legge di stabilità anno 2019;
- 4) Delibere Civit n.1/2014 e n.3/2016 dove si definiscono i criteri per la stesura del Piano delle Performance aziendale;
- 5) Obiettivi di mandato del Commissario Straordinario/Direttore Generale.

Principi del piano delle performance

In generale secondo quanto stabilito dall'art.11 del D. Lgs. n. 150/2009, la trasparenza è il cardine del processo di valutazione dell'efficacia aziendale ed è intesa come: “accessibilità totale anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei

risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità”.

Negli ultimi anni, il principio dell'accessibilità totale agli atti è stato inserito in numerosi provvedimenti normativi.

Il D. Lgs. 33/2013, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 80 del 5 aprile 2013 che in attuazione della delega conferita al Governo dall'art.1, comma 35, Legge 190/2012, ha lo scopo di trasmettere una maggiore chiarezza sul contenuto degli obblighi di pubblicazione, completa e riordina la numerosa e complessa normativa riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.

I principali punti del provvedimento sono di seguito indicati:

1. Pubblicità.

Viene istituito l'obbligo di pubblicità: delle situazioni patrimoniali di amministratori, politici, e parenti entro il secondo grado; dei dati, in materia sanitaria, relativi alle nomine dei direttori generali.

2. Trasparenza.

Essa risulta tra le aree strategiche di maggiore impatto e costituisce un obiettivo primario sia a livello organizzativo che individuale. Essa si connota come accessibilità totale delle informazioni che riguardano l'organizzazione e l'attività della Pubblica Amministrazione, sia per favorire forme diffuse di controllo su quelli che sono gli obiettivi istituzionali che il loro perseguimento, sia per controllare come vengono utilizzate le risorse pubbliche.

Il concetto della Pubblica Amministrazione come palazzo di cristallo prende giorno per giorno maggiore concretezza con la nuova normativa sull'accesso agli atti anche da parte di coloro che non sono portatori di interessi.

Assicurare la conoscenza, sottoporre a controllo diffuso ogni fase e prevenire fenomeni corruttivi diventano capisaldi dell'azione amministrativa.

In tale ambito si colloca la pubblicazione del presente documento sul sito istituzionale dell'A.O. Papardo di Messina e l'invio agli organi competenti (Dipartimento della Funzione Pubblica ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze, Collegio dei Sindaci).

3. Pubblicazione dei dati e delle informazioni sui siti istituzionali.

Ormai da tempo, secondo quanto prevede la normativa vigente, si procede alla pubblicazione degli atti sul sito istituzionale e in particolare all'interno della parte “Amministrazione trasparente”.

4. Totale accessibilità.

Ci si ispira al modello statunitense del Freedom of Information Act, che garantisce l'accessibilità di chiunque lo richieda a qualsiasi documento o dato in possesso delle P.A., salvo i casi in cui la legge lo esclude espressamente (es. per motivi di sicurezza).

5. Accesso civico.

Viene ribadito il diritto di accesso civico così come anche indicato al punto n. 2. Tutti i cittadini hanno diritto di chiedere e ottenere che le PP.AA. pubblichino atti, documenti e informazioni che detengono e che, per qualsiasi motivo, non hanno ancora divulgato.

6. Qualità e chiarezza delle informazioni.

La partecipazione del cittadino alla vita democratica è un principio che discende direttamente dal diritto di sovranità popolare e dal diritto di cittadinanza, riaffermato dalla normativa europea. Alcune azioni dell'Unione, quali la “Carta europea dei diritti dell'uomo nella città” (2000) e l'Agenda della conferenza di Fuerteventura, “Sviluppo della cittadinanza democratica e di una leadership responsabile a livello locale” (2002), sostengono la partecipazione diretta dei cittadini e la massima trasparenza nelle comunicazioni tra pubblica amministrazione e cittadini.

7. Amministrazione trasparente.

Tutte le PP.AA. hanno un'apposita sezione – “Amministrazione trasparente” – nella quale inserire tutto quello che stabilisce la normativa.

8. Piano triennale per trasparenza e integrità.

Viene disciplinato il Piano triennale per la trasparenza e l'integrità - che è parte integrante del Piano di prevenzione della corruzione - e che deve indicare le modalità di attuazione degli obblighi di trasparenza e gli obiettivi collegati con il piano della performance.

9. Pubblicazione dei curricula, stipendi e incarichi del personale dirigenziale.

Altre disposizioni riguardano la pubblicazione dei curricula, degli stipendi, degli incarichi e di tutti gli altri dati relativi al personale dirigenziale e la pubblicazione dei bandi di concorso adottati per il reclutamento, a qualsiasi titolo, del personale presso le PP.AA.

10. Principio dell'anticorruzione.

La legge n. 190/12, contiene disposizioni in materia di prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione. Occorre predisporre una serie di strategie che rispondano in maniera dinamica ai risultati che si intendono raggiungere e alle esigenze emerse, riducendo le opportunità che si manifestino casi di corruzione, creando nel contempo un contesto sfavorevole alla stessa e realizzando l'integrazione del ciclo della Performance con il piano aziendale della prevenzione e della corruzione.

Identità dell'Amministrazione

L'Azienda Ospedaliera Papardo di Messina, “riprende” tale denominazione dopo l'approvazione della Legge Regionale n. 24 del 09.10.2015 avente ad oggetto “Modifiche alla legge regionale 14 aprile 2009 n. 5 Accorpamento dell'ospedale Piemonte all'I.R.C.C.S. Centro Neurolesi “Bonino

Pulejo” di Messina. Disposizioni in materia di salvaguardia e tutela dell’immobile sede dell’ex ospedale Regina Margherita di Messina”.

Essa è costituita da n. 1 Presidio Ospedaliero: il P.O. Papardo.

Ai sensi dell’art. 5 della L.R. n. 5/2009, l’Azienda ricade nel territorio definito “Bacino Sicilia Orientale”.

Ai sensi e per gli effetti di legge, l’Azienda ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

La sede legale dell’Azienda è fissata in Messina, con indirizzo in contrada Papardo.

L’Azienda ha il seguente codice fiscale/partita Iva: 03051880833.

Il logo ed il sito internet Aziendale sono rinvenibili all’indirizzo: www.aopapardo.it

L’Azienda, nell’ambito cittadino, è collocata nella parte nord della città, con altre due realtà ospedaliere presenti in città e più precisamente il Policlinico Universitario di Messina collocato nella parte sud della città e il P.O. Piemonte, all’interno dell’Irccs Centro Neurolesi Bonino Pulejo di Messina, situato nel centro della città.

La città di Messina conta 236.962 abitanti come risultanti nell’ultima rilevazione dell’anno 2017. La sua estensione sulla costa (58 km dalla costa di Giampileri a sud a quella di Orto Liuzzo a nord), che ne fa la città d’Italia più “lunga” e più “marittima” condiziona anche l’attività dei Presidi Ospedalieri sopra indicati, collocando il P.O. Papardo come centro di riferimento per tutta la parte nord della città, sempre in maggiore espansione e con una crescita esponenziale della popolazione, fino ad abbracciare tutti i paesi che si affacciano sulla costa tirrenica oltrepassando Capo Peloro. Non si può tuttavia sottacere che i pochi accessi percorribili rendono tale collocazione problematica essendo solo due le strade che collegano l’Azienda Ospedaliera Papardo al centro della città.

Inoltre, la particolare posizione della città, sullo stretto di Messina sotto il quale scorre una grossa faglia che rende la zona tra le più sismiche e pericolose al mondo, dovrebbe essere oggetto di una particolare attenzione, tenuto conto dei limitati percorsi di collegamento viario che esistono tra il centro città e il P.O. Papardo e che dovrebbero essere oggetto di maggiore attenzione e rafforzamento in quanto l’eventuale interruzione precluderebbe qualsiasi tipo di collegamento con una struttura sanitaria così importate qual è l’A.O. Papardo.

Mission e Vision Aziendale e contesto in cui opera

L’Azienda Ospedaliera Papardo è un ente pubblico, senza scopi di lucro, che risponde ai bisogni di salute della popolazione attraverso l’offerta di prestazioni sanitarie che si caratterizzano anche per la loro connotazione in termini di alta specialità e di maggior carico assistenziale. In particolare l’Azienda:

- Eroga prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di ricovero ordinario, in day hospital, prestazioni ambulatoriali di day service;
- Assicura l'erogazione delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, lo sviluppo del sistema qualità, la migliore accessibilità dei servizi all'utente, il raccordo con gli enti locali e il collegamento con le altre aziende e organizzazioni sanitarie del territorio e con il volontariato;
- Persegue un sistema che attenzi specificamente la migliore gestione della qualità e del rischio clinico per garantire pienamente la sicurezza nell'erogazione delle quotidiane prestazioni sanitarie;
- Fornisce assistenza per le patologie in fase acuta che richiedono prestazioni di diagnosi e cura caratterizzate da un impegno assistenziale medio alto e da un elevato profilo qualitativo, in ragione della presenza e dell'utilizzo di tecnologie avanzate e di metodologie diagnostiche e terapie innovative;
- Eroga prestazioni sanitarie finalizzate a garantire anche la diagnosi e la cura delle patologie anche di medio e bassa complessità aventi un elevato impatto assistenziale e appropriate rispetto alle risorse disponibili;
- Adotta, soprattutto per le patologie di alta complessità, un approccio multidisciplinare con l'applicazione di modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali;
- Impronta la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità.

La *Mission* dell'Azienda Ospedaliero Papardo si integra all'interno del sistema regionale per la salute, con la finalità di contribuire al miglioramento dello stato di salute della collettività, in sinergia con le altre realtà sanitarie cittadine e territoriali oltre a quelle associative della comunità in cui opera.

La *Vision* dell'A.O. Papardo si concretizza nell'intento di divenire un luogo dove l'esercizio della cura, viva in stretto connubio con lo sviluppo delle professionalità esistenti e con l'innovazione tecnologica. Un luogo dove l'applicazione e la trasmissione delle conoscenze e delle cure siano al servizio della vita, della dignità e della libertà dei cittadini.

La promozione dell'efficienza, della qualità, dell'appropriatezza, della motivazione negli operatori, della valorizzazione delle risorse, del principio della dignità della persona e della sicurezza, dello sviluppo delle relazioni interne, costituiscono principi ispiratori e fondamentali a cui tendere e a cui si ispira l'azione di governo aziendale.

Il paziente è al centro dell'azione e dell'attenzione della mission aziendale.

Occorre incentivare la valorizzazione dei professionisti, lo sviluppo professionale e tecnologico.

I principali **Impegni** che l'Azienda ha fatto propri ed intende sviluppare a beneficio dei cittadini sono:

- ▶ ascolto e coinvolgimento;
- ▶ competenza, eccellenza e autorevolezza professionale;
- ▶ integrazione e sinergie multidisciplinari e interprofessionali;
- ▶ motivazione e valorizzazione del capitale intellettuale;
- ▶ innovazione tecnologica e organizzativa;
- ▶ promozione di politiche di prevenzione della corruzione e di contrasto all'illegalità;
- ▶ qualità del sistema di governo aziendale;
- ▶ alta affidabilità, qualità, sicurezza e appropriatezza delle prestazioni;
- ▶ integrazione e collaborazione con le altre aziende sanitarie dell'area metropolitana nella ricerca di sinergie per il raggiungimento di obiettivi comuni;
- ▶ coerenza della programmazione e della pianificazione con gli obiettivi di mandato espressi dalla Regione Siciliana, con le linee regionali di programmazione annuale e pluriennale;
- ▶ qualità del sistema di governo aziendale;
- ▶ trasparenza finalizzata a garantire un adeguato livello di informazione e a favorire partecipazione e coinvolgimento della collettività;
- ▶ equilibrio economico finanziario.

La vision aziendale si basa su:

Centralità dell'utente ed equità di accesso: trasparenza e collaborazione.

Punto di partenza come già accennato è l'utente che giornalmente afferisce presso le varie UU.OO. aziendali e che deve trovare adeguati percorsi e protocolli assistenziali integrati e multidisciplinari che permettano la migliore risposta alle proprie esigenze di salute.

In tale ambito appare necessario evidenziare la collaborazione interaziendale nell'offerta delle prestazioni che si è concretizzato nella creazione del Sovracup provinciale indirizzato al superamento delle liste di attesa e per garantire al singolo utente la migliore prestazione assistenziale nel minor tempo possibile all'interno delle varie aziende sanitarie che forniscono servizi assistenziali nell'ambito del territorio.

Partecipazione dei cittadini: informazione, comunicazione e partecipazione.

L'Azienda, nel rispetto della normativa europea, cerca di essere all'avanguardia in tema di partecipazione e visione da parte dell'utente delle proprie attività garantendo la possibilità di consultare l'azione dell'amministrazione attraverso il sito alla voce "Amministrazione Trasparente" dove è possibile consultare tutti gli atti e documenti che l'A.O. Papardo, in quanto amministrazione pubblica, ha il dovere di pubblicare, anche alla luce della nuova normativa in tema di accesso civico

e possibilità da parte del singolo utente di ottenere la pubblicazione della documentazione amministrativa nei limiti e secondo quanto stabilito dalla normativa vigente in materia.

Regolamento U.E. n. 679/2016:

L'entrata in vigore del predetto regolamento assicura effettività e concretezza al diritto di protezione dei dati personali riconosciuto a ogni persona fisica dalla Carta dei diritti fondamentali dell'U.E. e dal trattato sul funzionamento dell'U.E.

Tale nuova normativa cogente comporta sia per le pubbliche amministrazioni che per privati, la necessità di applicare tale regolamento al fine di adottare tutte le misure necessarie per assicurare agli individui il controllo delle informazioni che li riguardano e far sì che il loro trattamento sia al "servizio dell'uomo".

Si parte da una definizione di trattamento dati molto ampia che ingloba in sé una casistica omnicomprendensiva. Inoltre, il trattamento deve rispettare i caratteri della correttezza, trasparenza, liceità, specificità, pertinenza, aggiornamento, conservazione, sicurezza, protezione, autorizzazione. Anche la normativa sul consenso è divenuta più specifica in quanto il legislatore non si accontenta più di un consenso generico ma di un c.d. consenso "consapevole". Esso, inoltre, è sempre revocabile. Il titolare dei dati ha una serie di diritti connessi ai dati forniti che si concretizzano nel diritto di rettifica, cancellazione, limitazione di trattamento, opposizione al trattamento, portabilità, reclamo, oblio.

Da ciò discende che sono aumentate le responsabilità e le incombenze in capo al responsabile della protezione dei dati che deve possedere adeguate qualità professionali, una conoscenza specialistica della normativa e della prassi in materia di protezione dei dati e la capacità di assolvere i compiti che gli spettano.

Il Regolamento n.679/2016 ha raccolto un quadro organico e avanzato di norme che hanno lo scopo di individuare il migliore equilibrio possibile tra i diritti essenziali delle persone quali l'identità e la riservatezza e l'inarrestabile espansione di sempre nuove possibilità tecnologiche che soddisfano, ma talvolta addirittura creano, esigenze informative e comunicative di impressionante ampiezza.

Sviluppo dell'innovazione e dell'informatizzazione:

L'innovazione e l'informatizzazione rappresentano punti cardini fondamentali per permettere una sempre più adeguata risposta a quelle che sono le esigenze dell'utenza in generale e quella che afferisce all'Azienda Ospedaliera in particolare, in modo da poter garantire pienamente l'efficacia, l'efficienza e l'equità di accesso alle prestazioni sanitarie. Connessi allo sviluppo dell'innovazione e dell'informatizzazione vi sono i principi di informazione, comunicazione e partecipazione, tenuto conto che una adeguata innovazione informatica permette un diretto accesso da parte del singolo utente/cittadino ai vari servizi aziendali e agli atti della pubblica amministrazione.

Partecipazione e sviluppo delle risorse umane: qualità, formazione e valutazione.

Ogni Azienda pubblica o privata per permettere di offrire un adeguato servizio, deve investire sulla formazione e sui professionisti. A maggior ragione un'Azienda che come scopo fondamentale ha quello di fornire "salute", deve sempre puntare alla selezione dei migliori professionisti che dovranno garantire la più adeguata risposta di assistenza sanitaria. Inoltre, questi professionisti, devono essere messi nelle condizioni di potersi formare e aggiornare in modo da permettere all'Azienda di essere sempre all'avanguardia nella fornitura di un'adeguata e aggiornata prestazione sanitaria. La qualità e la formazione sono strumenti fortemente integrati e interdipendenti, finalizzati al miglioramento dell'assistenza erogata. La valutazione rappresenta una fase essenziale e ineludibile nella gestione delle attività assistenziali e deve garantire i principi della trasparenza, giusto procedimento, contraddittorio, condivisione e partecipazione.

Una valutazione fatta senza la giusta condivisione degli obiettivi, effettuata solo per raggiungere l'obiettivo economico, senza che sia dato modo al singolo di apportare il proprio supporto, senza una totale condivisione sugli obiettivi comuni della singola U.O., si riduce a una mera compilazione di una scheda cartacea o informatica che di certo non invoglia né stimola il lavoro del singolo valutatore e ancor di più del valutato.

Per la prima volta dalla sua costituzione è intervenuto a svolgere le proprie funzioni il Collegio di Conciliazione costituito da n. 3 Direttori di Struttura Complessa che hanno svolto le funzioni di conciliazione a seguito di alcune contestazioni sulle schede di valutazione personale.

L'aver chiamato in causa il collegio di conciliazione, dimostra che la valutazione è sempre più oggetto di attenzione, nonostante il processo valutativo nell'ambito sanitario, abbia maggiore anzianità rispetto agli altri comparti ministeriali. Ciò non toglie che il processo di crescita e di maturazione connessi alla valutazione sia stato lento e graduale.

Oggi il processo valutativo va maturando anche se ancora molto deve essere fatto sia dal punto di vista dei valutatori, che devono comprendere l'importanza della procedure formali che portano a una eventuale valutazione non del tutto positiva, sia dal punto di vista del valutato che deve comprendere e fare maggior autocritica su quello che è il proprio reale apporto agli obiettivi comuni.

I lavori svolti dal collegio di conciliazione sono stati utili sia per comprendere alcune dinamiche formali su come svolgere tale attività, sia per comprendere le varie istanze e punti di vista che i vari attori protagonisti portano con sé. Si è avuto modo di comprendere quanto sia importante e

necessario curare al meglio i processi comunicativi e di confronto che smussano le problematiche e permettono da un lato di poter affrontare la valutazione con un animo più sereno, magari accettando una valutazione positiva che non sia legata al massimo voto ma al reale apporto che ognuno di noi dà. Purtroppo i tentativi di conciliazione hanno dato esito negativo, ma sono stati utili ad avviare un nuovo processo che ha permesso di prendere ancora più coscienza di quello che è il processo valutativo all'interno di una azienda ospedaliera.

Perseguimento dell'efficienza e del miglioramento continuo, nell'ambito della sostenibilità economica dell'azione amministrativa.

Il confronto permette la crescita. Esso si concretizza in collaborazioni professionali sia a livello regionale che sovraregionale. A ciò deve sempre affiancarsi un adeguato ricorso alle nuove tecnologie e apparecchiature che interagiscano con modelli gestionali e organizzativi innovativi che rappresentano la migliore risposta alle sempre mutevoli e crescenti richieste in ambito sanitario. Tali modelli di crescita devono essere sostenibili economicamente, secondo forme e modalità compatibili con la tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Per tale motivo l'Azienda combatte ogni forma di "antieconomicità", al fine di raggiungere un modello virtuoso di ammodernamento del proprio sistema, delle proprie professioni, evitando gli sprechi e razionalizzando le risorse nell'ambito delle garanzie dei servizi sanitari. Tutto ciò comporta un supporto degli uffici rivolti a un controllo analitico dell'azione amministrativa che deve essere garantita a tutti i livelli all'interno dell'Azienda.

Integrazione Ospedale-Territorio:

L'Azienda Ospedaliera Papardo potrà rafforzare il rapporto con le altre aziende sanitarie cittadine (Asp, Irccs-Piemonte, Policlinico).

L'Azienda Ospedaliera "Papardo" è Stroke per le reti tempo-dipendenti con riferimento ai seguenti ambiti:

- Emergenza: DEA di I livello.
- Rete IMA
- Rete Trauma
- Rete Ictus (I livello)

Progetto Codice Rosa

Il Codice Rosa oggi costituisce una bella realtà per l'Azienda Ospedaliera Papardo. Esso, infatti, secondo quanto stabilito dalla circolare dell'Assessorato della Salute n° 6/13, identifica un percorso di accesso al pronto soccorso riservato a tutte le vittime di violenze che, a causa di particolari condizioni di fragilità, più facilmente possono diventare vittime di violenza e discriminazioni sessuali: donne, uomini, adulti e minori che hanno subito maltrattamenti e abusi. L'aver predisposto spazi e percorsi specifici all'interno del Pronto Soccorso oggi rappresenta una realtà degli operatori che hanno avuto l'onere e l'onore di aver fatto nascere, sviluppare e crescere tale progetto non solo all'interno dell'A.O. Papardo ma anche come capofila per i progetti codici rosa che si sono via via sviluppati in tutta la regione siciliana. I vari incontri con le istituzioni cittadine, con gli operatori di giustizia e le forze di polizia, con le altre Aziende Sanitarie territoriali, oltre l'indispensabile apporto degli operatori sanitari e di coloro che coordinano tale progetto, hanno dato l'avvio a un lungo processo che vede oggi l'A.O. Papardo protagonista a livello regionale di tale progetto. Sono stati creati percorsi condivisi che hanno permesso di sviluppare un coordinamento delle diverse istituzioni e competenze, per dare una risposta efficace già dall'arrivo della vittima al pronto soccorso. Il Codice Rosa viene assegnato insieme a quello della gravità, dal personale addestrato a riconoscere segnali non sempre evidenti di una violenza subita e non dichiarata. Quando viene assegnato un Codice Rosa, si attiva il gruppo operativo composto da personale sanitario (medici, infermieri, psicologi) e dalle forze dell'ordine. Nel merito l'Azienda ha provveduto ad adottare con delibera n. 194 del 26 marzo 2015 una apposita procedura per tratteggiare il percorso "Codice Rosa" al fine di organizzare e orientare risposte coerenti ed efficaci nei casi di violenza di genere. Il gruppo operativo dà cura e sostegno alla vittima, avvia le procedure di indagine per individuare l'autore della violenza e se necessario attiva le strutture territoriali. Al codice è dedicata una stanza apposita all'interno pronto soccorso, la Stanza Rosa, dove vengono create le migliori condizioni per l'accoglienza delle vittime. Sono stati incentivati e progettati momenti di formazione dedicata, intesa come strumento essenziale per promuovere le conoscenze, condividere le procedure operative, sviluppare la collaborazione e la motivazione per affrontare la delicata tematica. La formazione programmata nei vari anni ha permesso di affrontare anche con riunioni interaziendali e intercompartimentali le tematiche ritenute più rilevanti in merito all'informazione dovute alle vittime vulnerabili, favorendo la trasmissione delle esperienze e il confronto tra il personale che opera nell'ambito della cura e della tutela delle persone vittime di maltrattamenti ed abusi promuovendo l'aggiornamento delle prassi operative, anche attraverso gli interventi in appositi convegni organizzati dalle Aziende di operatori medici, sanitari in genere e delle forze dell'ordine.

Servizio di Camera Iperbarica

All'interno della U.O.C. di Anestesia e Rianimazione è situato il servizio di Camera Iperbarica, con l'ambulatorio per la cura delle lesioni per i pazienti afferenti al suddetto servizio.

L'attività in regime ambulatoriale viene effettuata dal lunedì al venerdì dalle ore 08,00 alle ore 14,00 ed in emergenza/urgenza H24 per 365 gg/anno. Il Servizio garantisce prestazioni in emergenza/urgenza agli utenti di tutta la provincia di Messina, della Calabria e talvolta di altri territori della nostra regione.

Eroga prestazioni per le seguenti patologie:

- 1) Intossicazione da CO (in emergenza);
- 2) Malattia da decompressione (in emergenza);
- 3) Gangrena gassosa (in emergenza);
- 4) Osteomieliti croniche ed acute;
- 5) Osteonecrosi asettica;
- 6) Fratture a rischio infezione;
- 7) Sindrome algodistrofica;
- 8) Infezioni acute e croniche dei tessuti molli;
- 9) Gangrena ed ulcere nel paziente diabetico;
- 10) Lesioni tissutali post attiniche;
- 11) Radionecrosi;
- 12) Ischemie da schiacciamento;
- 13) Innesti di muscolo e cute;
- 14) Barotraumi;
- 15) Retinopatie;
- 16) Ipoacusie improvvise;
- 17) Parodontopatie.

Occorre incentivare l'utilizzo sistematico da parte delle specialistiche di Ortopedia, Chirurgia Generale, Chirurgia Plastica, Chirurgia Vascolare, Orl etc, che permetterebbe di ridurre notevolmente i tempi di ricovero con conseguente miglioramento qualitativo della performance delle stesse specialistiche e incidendo notevolmente sull'appropriatezza di ricoveri aumentando il peso medio delle prestazioni nonché sulla qualità di vita dei pazienti.

Il Servizio di Camera Iperbarica è anche punto e centro di riferimento per le associazioni e gli enti istituzionali (Guardia Costiera, Carabinieri, VV.FF. etc.), e professionali per quanto concerne l'assistenza e la disponibilità per i potenziali problemi che potrebbero verificarsi durante le immersioni sia sportive che professionali.

Inoltre questo Servizio è centro di riferimento provinciale per il rilascio delle certificazioni di idoneità all'immersione professionale con valutazione attraverso test psicofisici in ambiente iperbarico.

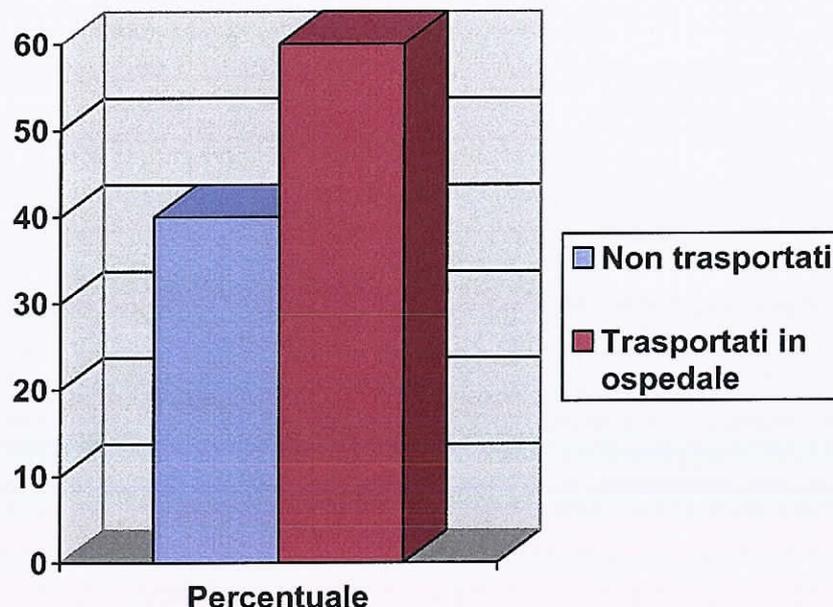
Il Servizio di Camera Iperbarica presso l'A.O. Papardo di Messina, è l'unica realtà operante H24, per 365 giorni all'anno della provincia e a cui affluiscono spesso anche le urgenze/emergenze provenienti dalla vicina Regione Calabria per le patologie pertinenti delle relative UU.OO. specialistiche e dell'attività ambulatoriale.

Si auspica un rafforzamento e un utilizzo sistematico della Camera Iperbarica, nell'ottica di una notevole riduzione dei tempi di ricovero e miglioramento qualitativo della performance delle stesse specialistiche, con riverbero degli effetti positivi sul miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri con conseguenziale aumento del peso medio della casistica trattata in regime di ricovero.

Appare evidente che tutto ciò contribuisce a svolgere una adeguata programmazione delle attività sanitarie da effettuare permettendo anche una procedimentalizzazione che razionalizzi i tempi di attesa e la spesa sanitaria.

Centrale Operativa 118 Messina

Dati statistici attività Sues 118 Messina: Interventi totali anno 2017 sono stati nr. 61543 di cui: nr. 36566 trasportati al Pronto Soccorso; nr. 24887 non trasportati



Dati rete tempo dipendente: 840 interventi C4 Neurologici di cui 534 trasportati al Policlinico di Messina, 881 Interventi C2 Cardiologici: • 268 Policlinico; • 193 Papardo; • 100 Taormina.

La Gestione della Qualità:

Il processo di qualità nella Centrale Operativa di Messina è un processo vorticoso che mira al miglioramento delle performance al fine di:

- Garantire l'appropriatezza degli interventi per le reti tempo dipendenti;
- Formazione del personale per la corretta applicazione delle procedure;
- Monitoraggio delle attività sulla completezza dei dati;
- Invio dati Nsis;
- Invio flussi G.

Mensilmente sarà eseguita una valutazione delle attività con relativi audit formativi del personale di centrale.

STANDARD DI QUALITA'

AREA ACC

- L'organizzazione dispone di un piano esauriente di risposta e spiegamento dei mezzi conformemente con la propria missione e le proprie risorse;
- Il piano prevede gli standard per i tempi di risposta e il monitoraggio dei tempi di risposta effettivi;
- Esiste la capacità di comunicare direttamente, in qualunque momento, tra il chiamante e la centrale operativa e tra la centrale operativa e l'equipaggio/il mezzo di soccorso.

AREA COP

- Gli interventi effettuati sono scritti nella scheda del paziente;
- Politiche e procedure guidano l'assistenza ai pazienti in emergenz-urgenza con bisogni critici.

AREA GLD

- I responsabili del governo dell'organizzazione sostengono e promuovono le iniziative di gestione e miglioramento della qualità;
- Un medico con i titoli di studio, la formazione e l'abilitazione idonei provvede alla supervisione delle attività cliniche dell'organizzazione di trasporto sanitario.

AREA MOI

- Per ogni annotazione nella scheda del paziente è possibile identificare l'autore, la data di registrazione e, laddove richiesto, l'ora.
- L'organizzazione attiva e conserva una registrazione delle attività della centrale operativa per ciascuna richiesta di servizio.

AREA QMI

- Il monitoraggio dei tempi di risposta include i tempi tra il primo contatto e l'attivazione dell'equipaggio di soccorso tra l'attivazione dell'equipaggio di soccorso e l'uscita del mezzo, tra l'uscita del mezzo e l'arrivo sulla scena dell'evento accanto al paziente (nei casi di emergenza/urgenza) e tra la partenza dalla scena dell'evento e l'arrivo a destinazione, in caso di trasporto del paziente.
- Il monitoraggio include i contatti e i problemi con le strutture riceventi.
- Il monitoraggio include l'assistenza ai pazienti pediatrici di età inferiore ai 12 anni.

AREA SQE

- La capacità di ciascun operatore di adempiere alle responsabilità definite nella propria job description è valutata all'atto della nomina in ruolo e poi, a seguire, su base regolare (con documentazione almeno annuale).
- Gli operatori che forniscono assistenza sanitaria e altri operatori individuati dall'organizzazione sono addestrati nelle tecniche base o avanzate di rianimazione cardiopolmonare nelle urgenze traumatiche e non traumatiche per pazienti adulti e pediatrici, in funzione della propria job description

Appare evidente che sia la Camera Iperbarica che il Servizio Sues 118 rappresentano delle importanti realtà dell'Azienda Papardo, che oltre a svolgere servizi essenziali, sono anche utili al raggiungimento degli obiettivi generali, garantendo a tutta l'utenza un'avanzata, professionale e forte risposta alle problematiche di emergenza/urgenza e anche assistenziali.

Analisi del contesto interno

La struttura organizzativa dell'Azienda è quella definita nell'Atto Aziendale che, alla luce della rifunzionalizzazione aziendale scaturita dalla Legge n.24 del 2015, è stato adottato con delibera n. 51 dell'11.09.2017.

In atto i Dipartimenti presenti all'interno dell'Azienda Ospedaliera Papardo, così come indicati nell'atto Aziendale sono otto e più precisamente:

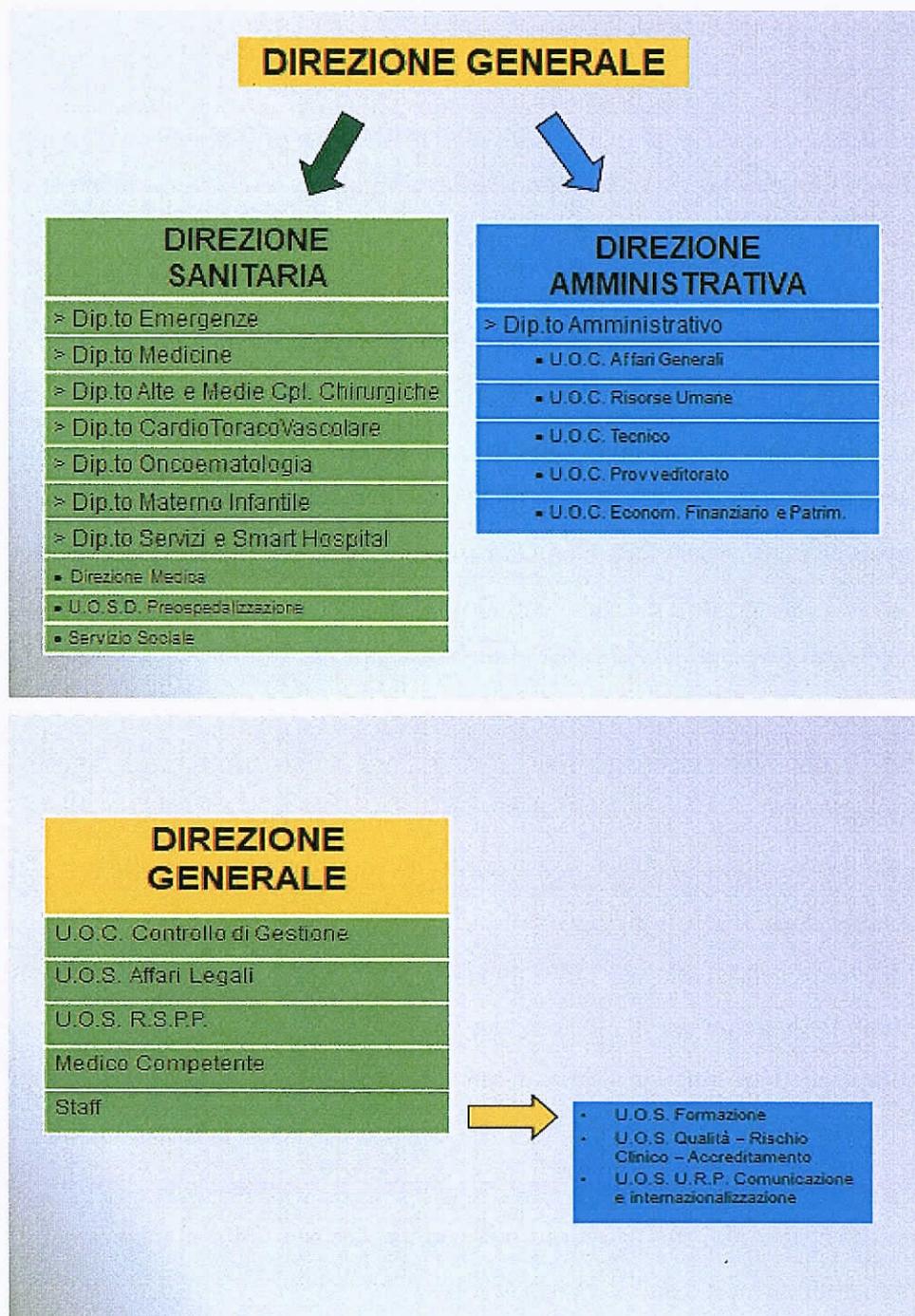
- 1) Dipartimento Amministrativo;
- 2) Dipartimento delle Medicine;
- 3) Dipartimento Materno Infantile;
- 4) Dipartimento delle Emergenze;
- 5) Dipartimento Alte e Medie Complessità Chirurgiche;
- 6) Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare;
- 7) Dipartimento di Oncoematologia;
- 8) Dipartimento Servizi e Smart-Hospital.

L'organizzazione dell'Azienda Ospedaliera Papardo è strutturata affinché vengano posti in essere i principi generali che ispirano la mission aziendale.

Il Funzionigramma e l'Organigramma sono i documenti che:

- a) rappresentano le articolazioni organizzative aziendali, le corrispondenti relazioni funzionali e gerarchiche e definiscono le materie di competenza, comprese quelle delegate dal Direttore Generale;
- b) richiamano l'insieme dei meccanismi operativi attraverso cui si espleta il sistema di relazioni organizzative formalizzate.

L'assetto organizzativo di cui al vigente Atto Aziendale è il seguente:



Mappatura di prima approssimazione degli stakeholders aziendali

I portatori di interesse sono soggetti fondamentali da cui partire e che contribuiscono pienamente allo sviluppo e crescita dell'Azienda. Essi possono qui di seguito individuarsi:

- Utenti/Familiari;
- Comitato Consultivo;
- Organizzazioni Sindacali;
- Azienda sanitaria provinciale; A.O.U. Policlinico di Messina; Irccs Bonino Pulejo;
- Comune di Messina;
- Enti pubblici e privati territoriali;
- Regione Siciliana – Assessorato della Salute;
- Ministero della Salute

Gli Utenti/Familiari, così come già precedentemente detto, rappresentano il fulcro centrale e di partenza per l'importanza che essi assumono nella giornaliera erogazione di prestazioni sanitarie assistenziali che l'Azienda Ospedaliera Papardo fornisce. Occorre una sempre maggiore capacità di fornitura di prestazioni sanitarie adeguate a cui si accompagni sempre un maggiore ascolto e condivisione delle problematiche personali che permettano di superare quella assoluta spersonalizzazione che ha caratterizzato negli anni la risposta sanitaria e che non aiuta di certo a migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie, in quanto crea un muro invalicabile che non considera l'utente quale persona.

A ciò si accompagna, nel rispetto della Carta europea dei diritti del malato:

- > l'accesso ai servizi sanitari utili e conducenti al miglioramento del proprio stato di salute;
- > il diritto alla piena informazione connessi al proprio stato di salute e i servizi sanitari e le relative modalità di accesso;
- > la possibilità di poter conoscere al fine di assumere scelte consapevoli anche tra differenti trattamenti sanitari;
- > la tutela della privacy nel rispetto della nuova normativa dettata dall'entrata in vigore del regolamento comunitario GPDR n. 679/2016;
- > il diritto di ricevere i servizi sanitari nel rispetto di una congrua tempistica, di precisi standard di sicurezza che tutelino da danni per mancato o cattivo funzionamento degli stessi.

L'Azienda, inoltre, accoglie tutte le segnalazioni provenienti dagli stessi utenti o familiari anche attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, nel rispetto dei principi cristallizzati nella Carta dei Servizi, fermo restando che qualunque tipo di lamentela espressa direttamente alla direzione sanitaria o medica di presidio, trova sempre una pronta risposta volta al superamento di eventuali criticità o problematiche che si siano venute a creare.

Il Comitato Consultivo, previsto dalla L.R. n. 5/2009, costituito e successivamente rinnovato con delibera n. 537 del 27.06.2017, esplica quella partecipazione attiva all'azione dell'Azienda Ospedaliera secondo quanto previsto dalla normativa italiana, nelle fasi di programmazione e di valutazione dei servizi. Le ventitré Associazioni di categoria facenti parte del Comitato Consultivo e meglio indicate nella succitata delibera hanno il compito di tutelare e promuovere i diritti dei cittadini contribuendo a una maggiore, efficace e razionale organizzazione del Sistema Sanitario.

Con delibera n. 511 del 31.05.2018, si è approvato e preso atto della sottoscrizione del protocollo di intesa denominato "Patto con i cittadini", sottoscritto tra il legale rappresentante pro tempore dell'A.O. Papardo e il Presidente del Comitato Consultivo Aziendale e con il quale si è proceduto a individuare criteri generali di collaborazione continuata, nonché specifici obiettivi comuni da realizzare tra Azienda e Cittadini, attraverso percorsi condivisi e funzionali sugli obiettivi di miglioramento continuo delle relazioni con i cittadini e orientato all'umanizzazione dei rapporti degli utenti con gli operatori sanitari.

Il comitato esprime pareri non vincolanti e formula proposte al Direttore Generale in relazione agli ambiti di propria competenza e redige annualmente una relazione sull'attività dell'Azienda. Anch'esso ha tra i propri obiettivi quello di realizzare la completa partecipazione dei pazienti ai processi assistenziali, in un lavoro di sinergia tra i cittadini e gli operatori sanitari.

Le Organizzazioni Sindacali. Il confronto e la collaborazione con i rappresentanti delle OO.SS., rappresenta il corollario e punto imprescindibile di corretto rapporto relazionale improntato alla chiarezza e alla trasparenza delle proprie scelte e comportamenti. Il rinnovo delle Rsu aziendali durante il 2018 ha rappresentato un momento di particolare partecipazione da parte dei lavoratori e i cui risultati hanno evidenziato l'importanza che le rappresentanze sindacali di categoria rivestono all'interno dell'Azienda nel giusto confronto che caratterizza i rapporti istituzionali, fermo restando i distinti ruoli e ambiti di competenze. La corretta gestione dell'informazione, della collaborazione e condivisione nell'ambito della normativa di riferimento, permettono una crescita e un raggiungimento di obiettivi comuni volti a far crescere l'Azienda e gli operatori che operano al suo interno.

Gli altri stakeholders. L'A.O. Papardo collabora con le altre Aziende Sanitarie territoriali, con gli enti pubblici, il comune, l'Assessorato e il Ministro, nell'ambito delle rispettive autonomie e nel rispetto delle direttive degli organi gerarchicamente sovraordinati, per il raggiungimento delle finalità uniche volte a fornire la più adeguata risposta per il benessere del singolo utente e per la fornitura della dovuta assistenza sanitaria a tutti coloro che richiedono o hanno bisogno di un intervento.

Non si può, peraltro sottacere, come l'A.O. Papardo è in prima linea nell'assistenza dei migranti che periodicamente sbarcano nei nostri porti, bisognosi non solo di cure mediche ma anche di ascolto e

prontezza di intervento. Tutti gli operatori sanitari, gli assistenti sociali e il personale in generale si è sempre dimostrato pronto a intervenire dando la dovuta assistenza e affrontando storie particolari che portano a considerare le variegata e diverse realtà, lontane dalla nostra quotidianità e per questo tanto più difficili.

Le risorse umane (dotazione, clima, performance, formazione)

Il personale è il vero e proprio patrimonio aziendale. Da esso dipende qualunque Azienda, pubblica o privata che sia. Se il personale lavora bene, è motivato, l'Azienda cresce. E' compito della Direzione Generale creare le condizioni per favorire al meglio lo svolgimento dell'attività lavorativa giornaliera, cercando di garantire un congruo numero di personale sanitario e non presso tutte le UU.OO. e Servizi aziendali, nell'ambito delle limitazioni dettate in tema di assunzioni. Nell'ambito della normativa di riferimento si è proceduto ad avviare e concludere, per molte figure professionali sia del comparto che della dirigenza, l'attività di stabilizzazione con l'incorporazione nei ranghi aziendali di personale che aveva svolto incarichi a tempo determinato, secondo quanto previsto dalla normativa Madia.

Il clima interno e il benessere organizzativo

L'Osservatorio degli indicatori di stress lavoro-correlato ha portato alla costituzione di un apposito gruppo di lavoro multidisciplinare che ha già avviato i propri lavori e proceduto ad affrontare tematiche e richieste anche connesse allo stress da lavoro correlato oltre a elaborare e somministrare appositi questionari a tutto il personale dell'Azienda.

Tutto ciò al fine di avviare un'inedita ma responsabile collaborazione tra le parti per promuovere attivamente il benessere tra gli operatori sanitari.

Le risorse tecnologiche

Con riferimento alle grandi attrezzature, risultano installati:

- n. 2 Risonanze Magnetiche;
- n. 2 Tac;
- n. 3 Angiografi;
- n. 2 Mammografi.

Risorse ICT

Le tecnologie ICT sono quantificate in:

- 700 postazioni lavoro (PC)
- 700 apparecchi telefonici con tecnologia IP

Le risorse finanziarie

Nell'anno 2018 l'A.O. Papardo ha proseguito il proprio percorso di riduzione delle spese, secondo quanto previsto dalle indicazioni regionali.

Azione dell'Azienda

L'Azienda individua le competenze, proprie o delegate, attribuite ai diversi livelli. I dirigenti, secondo quanto previsto dall'Atto Aziendale, esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione annuale delle attività e dei contratti, nel rispetto delle proprie competenze professionali e/o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget concordati. All'azione dei dirigenti si affianca quella delle posizioni organizzative, sanitarie, tecniche e amministrative, che risultano essere di grande supporto all'attività dell'Azienda nell'ambito del riconoscimento e valorizzazione delle specifiche competenze e con l'attribuzione di particolari obiettivi da raggiungere.

Un maggiore grado di autonomia degli organi dirigenziali è da auspicare anche alla luce della diretta responsabilità normativamente cristallizzata dalla riforma Madia e che vede una maggiore e diretta incidenza delle azioni e dei compiti dirigenziali meglio specificati nel Decreto Legislativo n. 165/2001. Tutto ciò al fine di accentuare il grado di autonomia degli stessi e di permettere una giusta collocazione nell'ambito di quelli che sono gli obiettivi aziendali, senza tuttavia sottacere la particolarità di una azienda ospedaliera dove l'inquadramento dei medici a livello dirigenziale non permette a tutti di avere quell'ambito di manovra autonoma che dovrebbe caratterizzare la figura professionale dirigenziale.

Obiettivi Strategici

La programmazione strategica è lo strumento che consente, anche attraverso la definizione di specifici obiettivi strutturati nel Sistema del Ciclo di budget e di orientamento alla performance, di coinvolgere tutta l'Azienda nella progettazione delle attività e delle prestazioni, mirate a garantire ai cittadini l'accessibilità alle prestazioni sanitarie, il miglioramento della qualità di tutte le prestazioni erogate.

Dal punto di vista istituzionale, la Regione è l'interlocutore principale per l'A.O. Papardo, soprattutto perché il finanziamento è definito dall'Assessorato regionale, che orienta il governo economico con la programmazione sanitaria espressa nel Piano Socio Sanitario.

All'interno del più vasto sistema nazionale, ai sensi della L.R. 56/94 la Regione Sicilia svolge funzioni di programmazione, indirizzo, controllo nonché di coordinamento nei confronti delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere attraverso le indicazioni del Piano Sanitario Regionale (art. 1 del Decreto Legislativo n. 502/92).

In atto è in approvazione a livello centrale la nuova rete ospedaliera regionale che comporterà mutamenti e riorganizzazioni in tutte le aziende sanitarie che dovranno adeguare gli atti aziendali e le dotazioni organiche alla luce dei dettami scaturiti dall'approvazione della stessa.

Gli obiettivi del Direttore Generale sono concentrati su azioni di miglioramento, sia in termini di contenimento dei costi, sia di miglioramento della qualità delle prestazioni, con particolare riferimento alla riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera, alle misure di appropriatezza

prescrittiva per il contenimento delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (in particolare TC, RMN, di Laboratorio analisi), ed al miglioramento della qualità del flusso informativo.

Collegamento Piano della Performance, Piano Trasparenza e Integrità, Piano anticorruzione

Così come richiesto dalla delibera A.N.AC. 6/2013, l'A.O. Papardo si propone di coordinare e integrare gli ambiti relativi alla performance, alla qualità, alla trasparenza, all'integrità e anticorruzione.

Per quanto riguarda gli aspetti legati alla trasparenza, l'O.I.V. certifica ogni anno la presenza delle informazioni contenute nel Portale Amministrazione Trasparente secondo le modalità stabilite annualmente dall'A.N.AC.

Una particolare attenzione viene quindi data dall'Azienda al valore della legalità ed alla valorizzazione dell'anticorruzione.

Si è cercato di coinvolgere molti operatori negli adempimenti aziendali della trasparenza, avviando anche cicli formativi anche per il personale che svolge la propria attività nell'ambito della Struttura Tecnica Permanente.

Il rispetto del Codice di Comportamento e delle norme dell'Anticorruzione sono pertanto realtà legate alla responsabilità individuale dei dipendenti, oltre alla responsabilità in vigilando di chi è preposto al controllo: il percorso che il processo di budget realizza per perseguire la performance organizzativa si riconduce invece ad una responsabilità gestionale-organizzativa legata alle strutture in cui l'Azienda si articola per apportare attraverso il proprio operato la soddisfazione dei bisogni della collettività.

L'Azienda Ospedaliera Papardo in cifre:

COSTO GLOBALE DEL PERSONALE BIENNIO 2017/2018				
DESCRIZIONE	AL 31.12.2017	AL 31.12.2018	VAR. ASSOLUTA	VAR. RELATIVA
Ruolo Sanitario	66.314.000	65.373.870	-940.130	-1,4%
Ruolo Professionale	376.000	427.976	51.976	13,8%
Ruolo Tecnico	6.702.000	6.691.318	-10.682	-0,2%
Ruolo Amministrativo	3.754.000	3.923.183	169.183	4,5%
Totale	77.146.000	76.416.346	-729.654	-0,9%

AZIENDA OSPEDALIERA PAPPARDO - MESSINA

Di cui in dettaglio:

Ruolo e area contrattuale	Costi Tabellare	Posiz. Retrib.	Condiz. di lavoro	Retrib. Risultato	Altri Costi	Oneri Sociali	Totale Costi
Ruolo Sanitario							
Dirigenza Medica	16.824.020,00	7.191.210,00	978.834,00	977.660,00	532.421,00	7.426.997,65	33.931.142,65
Dirigenza Sanitaria	1.427.637,00	315.190,00	51.570,00	169.630,00	0	539.932,48	2.503.959,48
Comparto Sanitario	15.496.786,00	3.308.441,00	2.172.820,00	1.120.790,00	589.955,00	6.249.975,59	29.938.767,59
Totale	33.748.443,00	10.814.841,00	3.203.224,00	2.268.080,00	1.122.376,00	14.216.905,71	65.373.869,71
Ruolo e area contrattuale	Costi Tabellare	Posiz. Retrib.	Condiz. di lavoro	Retrib. Risultato	Altri Costi	Oneri Sociali	Totale Costi
Ruolo Professionale							
Dirigenza Prof.le	175.230,00	66.199,00	0	9.220,00	2.464,00	70.236,36	323.349,36
Comparto Prof.le	48.596,00	26.353,00	5.270,00	1.710,00	0	22.697,35	104.626,35
Totale	223.826,00	92.552,00	5.270,00	10.930,00	2.464,00	92.933,71	427.975,71

Ruolo e area contrattuale	Costi Tabellare	Posiz. Retrib.	Condiz. Di lavoro	Retrib. Risultato	Altri Costi	Oneri Sociali	Totale Costi
Ruolo Tecnico							
Dirigenza Tecnica	131.915,00	52.370,00	5.000,00	9.220,00	0	63.943,70	262.448,70
Comparto Tecnico	3.770.339,00	389.776,00	578.384,00	297.180,00	0	1.393.190,73	6.428.869,73
Totale	3.902.254,00	442.146,00	583.384,00	306.400,00	0	1.457.134,43	6.691.318,43
Ruolo e area contrattuale	Costi Tabellare	Posiz. Retrib.	Condiz. di lavoro	Retrib. Risultato	Altri Costi	Oneri Sociali	Totale Costi
Ruolo Amministrativo							
Dirigenza Amm.va	372.881,00	181.551,00	0	37.270,00	0	164.851,18	756.553,18
Comparto Amm.vo	1.763.459,00	361.022,00	221.840,00	114.440,00	21.556,00	684.312,44	3.166.629,44
Totale	2.136.340,00	542.573,00	221.840,00	151.710,00	21.556,00	849.163,62	3.923.182,62
Totale Ruoli	<u>40.010.863,00</u>	<u>11.892.112,00</u>	<u>4.013.718,00</u>	<u>2.737.120,00</u>	<u>1.146.396,00</u>	<u>16.616.137,47</u>	<u>76.416.346,47</u>

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO

ANNO 2017	N. ACCESSI	N. PREST. DA FLUSSO C	N. RICOVERI
P.O. PAPARDO	33.826	235.795	6.673
ANNO 2018	N. ACCESSI	N. PREST. DA FLUSSO C	N. RICOVERI
P.O. PAPARDO	32.653	235.563	5.910

RICOVERO ORDINARIO

Anno 2017	MEDIA ANNUA Posti Letto	N. SDO	N. SDO CH.	TUPL	DEGENZA MEDIA	PESO MEDIO DRG
P.O. Papardo	287,9	10.457	4.915	83,9	7,65	1,46
ANNO 2018	MEDIA ANNUA Posti Letto	N. SDO	N. SDO CH.	TUPL	DEGENZA MEDIA	PESO MEDIO DRG
P.O. PAPARDO	257,3	9.852	4.695	87,9%	8,4	1,41

N.B. I dati presentati nelle tabelle non sono definitivi.

Opportunità di sviluppo

Le opportunità di sviluppo sono connesse alla differenziazione dell'offerta che non deve mai far venir meno la qualità dell'assistenza sanitaria. I tradizionali poli attrattivi dell'Azienda, possono e devono essere da traino a tutte le altre UU.OO. presenti e svolgere un ruolo sempre più da protagonisti.

L'abbattimento delle liste di attesa potrebbe essere il volano che permette di attrarre sempre maggiormente l'utenza.

L'avvio delle procedure di reclutamento dei Direttori di Struttura Complessa attualmente non ricoperti anche a causa della rimodulazione della rete ospedaliera che ha portato al blocco delle procedure di selezione oltre a quei posti apicali liberatisi per il collocamento in quiescenza dei vari responsabili per raggiunti limiti di età, permetterebbe di incidere notevolmente sull'attività già fiorente delle varie UU.OO. prive dell'apicale, così come avvenuto per l'attribuzione dei recenti incarichi direttivi. La presenza di un Direttore di Struttura che pianifichi l'attività della singola U.O. e a cui far riferimento o con cui confrontarsi, permette all'Amministrazione la dovuta

programmazione delle azioni che si stagliano nel più ampio quadro di obiettivi generali che ogni azienda persegue.

Un maggiore e più razionale uso del blocco operatorio e delle oltre 6 sale a disposizione delle chirurgie, con un contestuale rafforzamento del personale dirigenziale di anestesia e rianimazione, permetterebbe di aumentare a dismisura l'attività chirurgica con i relativi DRG.

Occorre una maggiore responsabilizzazione da parte di tutto il personale, un maggior senso di identità e rimozione di tutti gli eventuali ostacoli che non permettono una ottimale funzionalità dell'attività sia chirurgica che assistenziale in generale.

Il servizio di preospedalizzazione porta a un miglioramento e a una maggiore efficacia dell'approccio dell'utenza all'ospedale, permettendo la razionalizzazione dei tempi e un adeguato percorso del paziente.

Per quanto riguarda il ricovero nelle discipline a media e bassa complessità assistenziale si potrebbe anche valutare l'opportunità di realizzare forme alternative di ricovero per rendere possibile l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse infermieristiche, anche alla luce della nuova dipartimentalizzazione per Aree Assistenziali avviata dal nuovo management aziendale.

Il trasferimento di assistenza dalla degenza ordinaria alla day surgery, insieme a tutti gli altri accorgimenti che saranno utili e necessari assumere è una delle modifiche legate alla realizzazione di percorsi assistenziali che permettono di incrementare l'appropriatezza di ricovero ed aumentare il peso medio della casistica trattata in regime di ricovero.

Tali procedure risultano sempre più necessarie nell'ambito sanitario sia per una adeguata programmazione delle attività sanitarie sia per permettere una procedimentalizzazione che razionalizzi i tempi di attesa e la spesa sanitaria.

L'acquisto di apparecchiature all'avanguardia a cui si accompagni un adeguato reclutamento di nuove leve in tutti gli ambiti assistenziali non può di certo che portare nuova linfa alle varie attività aziendali.

Occorre procedere a una piena dipartimentalizzazione in modo da permettere una migliore allocazione del personale che risulterebbe maggiormente flessibile qualora si organizzasse l'assistenza per aree omogenee. E questo varrebbe sia per il personale del comparto che per quello dirigenziale.

A ciò si deve aggiungere la necessità di procedere al rafforzamento delle attività ambulatoriali che sia di impulso all'aumento dell'attività chirurgica. Permettere al cittadino di ricorrere celermente ad una diagnosi ambulatoriale permetterebbe di programmare eventuali interventi nella stessa struttura con una condivisione e conoscenza immediata del chirurgo che già in ambito ambulatoriale potrebbe intervenire per un consulto ed una programmazione dell'attività necessaria alla risoluzione della problematica.

Sono da poco attivi all'interno dell'Azienda gli ambulatori infermieristico e quello dello stress, che svolgono la propria attività fornendo all'utenza una serie di servizi che risultano di particolare importanza in quanto vengono incontro alle sempre nuove e quotidiane esigenze che il singolo utente richiede e che molte volte non riesce a ottenere nell'ambito territoriale.

Occorre porgere maggiore attenzione al mutato contesto sanitario e sociale e alla complessità delle sfide assistenziali da fronteggiare e che richiedono un approccio strutturato che preveda il coinvolgimento di tutti i principali stakeholder (istituzioni, cittadini, operatori sanitari, ecc.) attraverso forme di coinvolgimento innovative.

In una società così altamente informatizzata e con le prevedibili innovazioni tecnologiche e robotiche che di giorno in giorno si manifestano e vengono offerte, si sviluppano e modificano anche gli approcci sanitari, diventa fondamentale il ruolo dei servizi informatici aziendali e del web nella diffusione delle informazioni rilevanti ai fini della valutazione e controllo della qualità dell'assistenza erogata.

Una particolare attenzione deve essere data alla comunicazione aziendale, a come l'utente vede l'Azienda e i servizi che offre e all'informazione su quello che l'Azienda realizza.

L'Informatizzazione dell'Azienda, a tutti i livelli, è già una realtà strutturata all'interno del P.O. Papardo, con il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari e non nel processo di trasmissione, valutazione ed elaborazione dei dati aziendali, che in una realtà come quella odierna, risultano abbondantissimi ma che occorre calibrare e gestire per comprendere come orientarsi e quali scelte intraprendere per raggiungere al meglio gli obiettivi di sistema.

E' presente all'interno del Presidio Ospedaliera Papardo un sistema integrato di rete WI-FI, fruibile anche da parte dell'utenza, che permette di accedere alla rete, di scaricare dati e interagire tra le diverse strutture. La presenza da anni della cartella clinica informatizzata e di programmi attivi di interconnessione, sistemi integrati, permette allo stesso Papardo di rappresentare una eccellenza in tale campo tanto da esportare e permettere anche ad altre Aziende Sanitarie Siciliane di utilizzare tali sistemi operativi già rodati ed efficienti.

E' attivo e visibile sul sito aziendale, gli accessi al pronto soccorso divisi per codice, attraverso una grafica chiara e sempre aggiornata, che permette di comprendere gli accessi in tempo reale secondo la gravità del paziente in attesa e/o in trattamento.

E' ormai attivo, a garanzia dell'utente e dell'operatore un sistema di protocollazione informatico interno ed esterno che oltre a ridurre drasticamente il ricorso alla carta, rendendo certo il momento (data, ora ed assegnazione) in cui un determinato documento viene protocollato, assegnato e visto dall'operatore di destinazione, con la possibilità di indicare anche gli adempimenti da porre in essere.

Tale sistema di protocollazione rende impossibile qualsivoglia perdita o smarrimento della documentazione che giornalmente afferisce dall'esterno all'Azienda e che giornalmente viene redatta e assegnata dagli operatori interni sia sanitari che amministrativi.

Al fine di rendere chiara e intellegibile a tutti i dipendenti attraverso percorsi informatici tracciabili la presenza in servizio, è attivo un sistema di rilevazione presenze che permette al singolo operatore di verificare il proprio orario di servizio, inserire le proprie richieste per ferie o altri permessi e istituti previsti contrattualmente, che vengono vagliate dal responsabile della struttura per i provvedimenti di competenza. Tale sistema permette di comprendere lo stato del credito/debito orario e di ferie e permessi del dipendente, responsabilizza lo stesso e nel contempo accentua il ruolo del controllore del dirigente della struttura che, nel concedere o meno permessi, ferie etc, tiene conto della situazione generale del Settore o Unità Operativa di riferimento. Si sta cercando di condividere anche con le OO.SS. di categoria la c.d. banca ore, così come prevista dalla contrattazione collettiva. Una bozza del regolamento è stato inviato a tutte le OO.SS. di categorie con richiesta di procedere a eventuali osservazioni in modo da permettere un confronto durante le prossime riunioni volto a raggiungere un accordo sulla bozza di regolamento da affinare e adottare nel breve periodo.

Il sistema aziendale di Cartella Clinica Informatizzata, già presente da alcuni anni in Azienda, nell'anno 2015 è stato aggiornato ad una nuova versione che ne migliora significativamente il modo di utilizzo, semplificando le operazioni e fornendo maggiore controllo e tracciabilità oltre a migliorare ed incrementare l'efficienza dei processi e la sicurezza del lavoro quotidiano. Nell'ambito degli interlocutori istituzionali, con il principale scopo di implementazione dei sistemi informativi sanitari, si collocano anche l'Assessorato della Salute, l'AIFA.

Si ribadisce che la piena soddisfazione degli utenti è il fulcro intorno al quale deve ruotare tutta l'attività degli operatori che svolgono le proprie mansioni lavorative all'interno dell'Azienda.

Occorre infine ribadire che in tema di efficientamento energetico, l'impianto di cogenerazione permette di fruire di risparmi di spesa che si riverberano in prospettiva nella vita dell'A.O.

Punti di forza dell'A.O. Papardo

- Presenza di tutte le specialità all'interno di un unico Presidio Ospedaliero;
- Alta competenza tecnico professionale;
- Dotazione di tecnologie diagnostiche e terapeutiche avanzate ed innovative;

- Articolazione organizzativa in Dipartimenti strutturali e funzionali in quanto accorpano orizzontalmente le strutture complesse e hanno come obiettivo principale e diretto l'ottimizzazione delle politiche assistenziali destinate a specifiche categorie di pazienti/quadri clinici e volte a migliorare l'efficienza.

- Garanzia dell'espletamento di interventi chirurgici complessi in emergenza, con approccio multispecialistico, per fare "quanto occorre nello stesso tempo e in un unico posto".

Punti di debolezza dell'A.O. Papardo

-Limiti nell'assunzione del personale dovuti al blocco delle assunzioni che non permette all'Azienda ed alle varie UU.OO. una piena ed adeguata presenza di personale sanitario e non sanitario presso le varie strutture aziendali;

-Necessità di una maggiore omogeneizzazione e standardizzazione dei processi di core business e di supporto (non sufficiente implementazione di percorsi assistenziali condivisi);

-Necessità di adeguarsi alle normative di riferimento con il completamento delle opere di ristrutturazione e adeguamento strutturale (v. antincendio);

-Necessità di diventare polo attrattivo per incrementare l'attività assistenziale delle varie UU.OO.;

-Età media alta degli operatori sanitari e non sanitari e basso ricambio generazionale;

-Piano di rientro.

<u>ANALISI CONTESTO INTERNO</u>	
<u>PUNTI DI FORZA</u>	<u>PUNTI DI DEBOLEZZA</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Risorse umane con elevata e riconosciuta professionalità • Tecnologie innovative • Informatizzazione elevata • Ottimo sistema di controllo di gestione e di budget • Notevole mole di dati a disposizione • Unico padiglione dove si trovano la maggior parte delle specialità 	<ul style="list-style-type: none"> • Liste di attesa • Resistenza al cambiamento culturale ed organizzativo • Necessità di incrementare l'offerta assistenziale e attrarre maggiormente l'utenza • Insufficiente ricambio generazionale della classe medica • Non utilizzo al meglio dei dati

<ul style="list-style-type: none"> • Ampi spazi • Presenza di una mensa aziendale con pasti cucinati in house • Sistema climatico centralizzato in tutta l'Azienda • Investimento sull'attività formativa in house 	<p>informatici e informativi presenti in azienda</p> <ul style="list-style-type: none"> • Età media alta degli operatori sanitari e non sanitari • Basso senso di appartenenza
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANALISI CONTESTO ESTERNO

<u>OPPORTUNITA'</u>	<u>MINACCE</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Collocazione geografica dell'Azienda che permette di fruire anche dell'utenza proveniente dalla vicina Calabria • Utilizzo dei fondi europei di investimento • Utilizzare al meglio l'informatizzazione elevata e i dati di cui l'Azienda dispone • Apertura di nuove strutture sanitarie, ambulatoriali e potenziamento di altre già esistenti • Collaborazione interaziendale con le altre realtà sanitarie territoriali • Mobilità attiva • Condivisione a livello interaziendale dell'attività di formazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Invecchiamento della popolazione • Aumento delle malattie croniche • Carenza di strutture intermedie in ambito regionale (Rsa) con conseguenziale ingolfamento di alcune UU.OO. • Pericolo di riduzione dei posti letto • Ridimensionamento di alcune UU.OO. • Riduzione dei finanziamenti e vincoli economico finanziari collegati ai piani di contenimento della spesa sanitaria e ai rapporti Stato-Regione • Possibili accorpamenti • Mobilità passiva • Limitatezza delle risorse da destinare a procedure di diagnostica e cura a carattere innovativo

L'albero della performance aziendale

L'Albero della Performance permette di evidenziare i legami tra il mandato istituzionale, la mission, le aree strategiche, gli obiettivi strategici e i piani operativi, fornendo una rappresentazione riassuntiva della performance dell'amministrazione.

Il sistema risulta di tipo piramidale. Si parte dalle indicazioni regionali provenienti dalla L.R. n. 5/2009, dal Piano Sanitario Regionale e dagli obiettivi annuali assegnati alla direzione generale, unitamente ai vincoli imposti dalle disposizioni nazionali e regionali di natura finanziaria che costituiscono i punti di partenza per l'elaborazione del piano della performance.

A esse devono poi integrarsi le esigenze strategiche aziendali tenuto conto dell'analisi del contesto interno ed esterno che si traducono in obiettivi strategici che vengono ribaltati in obiettivi operativi assegnati ai vari dirigenti cui si collega il sistema premiante di tutto il personale.

Agli obiettivi si associano gli indicatori, i target, responsabili ed eventuali risorse assegnate.

L'albero della performance risulta, quindi, articolato su tre livelli:

1° Livello: Aree Strategiche

2° Livello: Obiettivi Strategici

3° Livello: Obiettivi Operativi.

Nelle aree strategiche rientrano il mandato istituzionale e la missione dell'Azienda. Esse scaturiscono dalle indicazioni derivanti dalla Legge Regionale n. 5/2009, dal Piano Sanitario Regionale e dagli obiettivi annualmente assegnati alla Direzione Generale.

Obiettivi della Direzione strategica sono:

- 1) Equilibrio di bilancio;
- 2) Attuazione degli adempimenti previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA);
- 3) Fondi PO-FESR;
- 4) Monitoraggio dei tempi di attesa sia per le prestazioni ambulatoriali che per i ricoveri programmati;
- 5) Contenimento spesa (personale, approvvigionamento beni e servizi, farmaceutica);
- 6) Corretto utilizzo ed invio dei flussi informativi;
- 7) Osservanza delle disposizioni in materia Alpi;
- 8) Appropriatelyzza dei ricoveri;
- 9) Riduzione dei costi di produzione;
- 10) Piena operatività della Dipartimentalizzazione aziendale;
- 11) Miglioramento della sicurezza dei pazienti e degli operatori;
- 12) Miglioramento della qualità delle informazioni per il cittadino e stakeholder;
- 13) Prevenzione e repressione della corruzione e della illegalità;

14) Piena attendibilità dei dati di bilancio dell'Azienda;

15) Riduzione dei costi di produzione;

16) Aumento dell'attività chirurgica.

A tali obiettivi contrattuali devono essere aggiunti quelli contrattuali di salute e funzionamento dei servizi.

Per il conseguimento dei propri fini istituzionali, inoltre, l'Azienda adotta il principio dell'inscindibilità delle funzioni di assistenza promuovendo un rapporto di cooperazione e collaborazione con le altre strutture sanitarie ricadenti nella provincia di Messina e facenti capo all'Asp di Messina, all'A.O.U. Policlinico G. Martino di Messina e all'Irccs-Piemonte.

L'Azienda individua ed attua strategie mirate all'appropriatezza dei ricoveri sia per gli aspetti organizzativi che per gli aspetti clinici, promuovendo l'innovazione assistenziale.

Il ciclo della performance vede coinvolti diversi attori con specifici ruoli e responsabilità e che vengono di seguito individuati:

-Direzione Strategica;

-Dipartimenti;

-Centri di Responsabilità finali.

La pianificazione dell'attività strategica avviene tramite l'individuazione delle regole e degli obiettivi indicati dagli organi regionali a cui segue la definizione degli obiettivi strategici da parte della Direzione Aziendale che a loro volta rappresentano i punti di riferimento che devono essere perseguiti dai vari Direttori e dai responsabili delle varie strutture con la collaborazione dei propri collaboratori in un'ottica di obiettivi operativi annuali che si esprimono nel sistema di Budget.

Obiettivi ed indicatori

La definizione di un obiettivo identifica il percorso che l'Azienda si prefigge indicando in quale direzione ed in che misura si vuole procedere, tenendo in considerazione il contesto che permette di identificare i bisogni, le necessità, i target.

Gli obiettivi si distinguono in strategici ed operativi. Tale diversa articolazione dipende dal livello di rilevanza rispetto ai bisogni della collettività e dall'orizzonte temporale di riferimento.

Gli obiettivi operativi, fanno riferimento ad orizzonti temporali di breve periodo (singoli esercizi), rientrando negli strumenti di natura programmatica delle attività delle amministrazioni.

Per ogni obiettivo, sia esso strategico od operativo, occorre individuare uno o più indicatori ed il relativo target, al fine di consentire la misurazione e la valutazione della performance e capire così, dove e quando si è arrivati alla "meta".

Obiettivi Strategici

L'Azienda concorre al conseguimento degli obiettivi della politica sanitaria regionale attraverso il raggiungimento degli obiettivi ad essa assegnati.

Gli obiettivi strategici dell'Azienda trovano riferimento:

- Nel Piano Sanitario Regionale;
- Nei provvedimenti attuativi regionali emanati nel periodo di validità del presente piano;
- Negli obiettivi assegnati alla Direzione Aziendale;
- Nella mission aziendale.

Per il triennio di riferimento del presente piano, sono così individuati:

- a) Osservanza delle linee guida e degli indirizzi in materia di controllo e di programmazione degli uffici:

<u>Descrizione Obiettivo</u>	<u>Indicatore</u>	<u>Risultato atteso</u>	<u>Referente Aziendale dell'obiettivo</u>
Adeguamento Atto Aziendale in seguito alla riorganizzazione della rete ospedaliera regionale e tenuto conto delle direttive e linee guida regionali	Adeguamento ed adozione relativi Atti	Entro scadenze regionali in seguito all'approvazione della nuova rete ospedaliera regionale	Direzione Generale con la collaborazione degli Uffici posti in Staff e con il Settore Personale
Adeguamento Dotazione Organica Aziendale in seguito alla riorganizzazione della rete ospedaliera regionale e tenuto conto delle direttive e linee guida regionali	Adozione relativi Atti	Adozione atto dotazione organica secondo le necessità aziendali in seguito all'approvazione della nuova rete ospedaliera regionale	Direzione Generale con la collaborazione degli Uffici posti in Staff e con il Settore Personale
Piano triennale del fabbisogno in seguito alla riorganizzazione della rete ospedaliera regionale	Adozione relativi Atti	Entro scadenze regionali nel triennio in seguito all'approvazione della nuova rete ospedaliera regionale	Direzione Generale con la collaborazione degli Uffici posti in Staff e con il Settore Personale
P.D.T.A. e linee guida	Definizione dei nuovi Pdta aziendali/linee guida	Adozione > 1	Direzione Sanitaria – Direzione Medica – Qualità – Direttori Dipartimento e Resp. UU.OO.

- b) Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate:

<u>Descrizione Obiettivo</u>	<u>Indicatore</u>	<u>Risultato atteso</u>	<u>Referente Aziendale dell'obiettivo</u>
Riduzione prezzi di acquisto	Prezzo dei "principi	≤ prezzo unitario di	Provveditorato ed

AZIENDA OSPEDALIERA PAPPARDO - MESSINA

all'interno delle soglie di prezzo unitario di riferimento regionale	attivi", "dispositivi medici", servizi di "lavanderia", "pulizia", "ristorazione" nei contratti sopra soglia comunitaria stipulati nell'anno	riferimento Regionale	Economato
Contabilità Analitica e modelli LA	Alimentazione del sistema di Contabilità Analitica Standard Regionale	SI, secondo le richieste regionali	Economico Finanziario – Controllo di Gestione

c) Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi:

<u>Descrizione Obiettivo</u>	<u>Indicatore</u>	<u>Risultato atteso</u>	<u>Referente Aziendale dell'obiettivo</u>
Aumento dell'efficienza nell'area chirurgica	Avvio modello organizzativo week-surgery	Studio di fattibilità per l'avvio in almeno due UU.OO.	Direzione Sanitaria e Direttori di Dipartimento
Aumento dell'efficienza nelle sale operatorie	Estensione utilizzo di tutte le sale operatorie – Estensione orario uso sale operatorie	➤ Anno 2018	Direttori Dipartimento (secondo le competenze)
Aumento dell'appropriatezza DRG nelle varie Aree	% DRG appropriati secondo le varie Aree	➤ Anno 2018	Responsabili UU.OO.
Riduzione attesa Pronto Soccorso	% tempi di attesa secondo i vari codici	➤ Anno 2018	Resp. e Dirigenti Medici Mcau

d) Equilibrio Economico:

<u>Descrizione Obiettivo</u>	<u>Indicatore</u>	<u>Risultato atteso</u>	<u>Referente Aziendale dell'obiettivo</u>
Rispetto della programmazione regionale sui costi	Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica ospedaliera	Soglia definita dalla Regione	Farmacia
Rispetto della programmazione regionale sui costi	Rispetto del tetto di costo: Personale	Soglia definita dalla Regione	Risorse Umane
Equilibrio Economico-Finanziario	Rispetto del Risultato Economico programmato dalla Regione	Soglia definita dalla Regione	Settore Economico Finanziario
Equilibrio Economico-Finanziario	Variazione annuale del costo della produzione	Soglia definita dalla Regione	Settore Economico Finanziario

AZIENDA OSPEDALIERA PAPARDO - MESSINA

	(+imposte e tasse)		
Rispetto dei tempi di pagamento programmati	Tempi liquidazione fatture passive	Entro le soglie previste dal regolamento interno se esistente o dalla normativa vigente	Settore Economico Finanziario
PAC	Avanzamento	Secondo tempistiche regionali	Settore Economico Finanziario
Rispetto direttive Piano di Rientro	Adempimento step programmati	Rientro nei parametri indicati	Direzione Generale

e) Liste di attesa:

<u>Descrizione Obiettivo</u>	<u>Indicatore</u>	<u>Risultato atteso</u>	<u>Referente Aziendale dell'obiettivo</u>
Contenimento dei tempi d'attesa della specialistica	Tempi di refertazione dell'anatomia patologica	≤ 20 giorni lavorativi nel 90% dei casi salvo che necessitano di particolari approfondimenti	Anatomia Patologica
Contenimento dei tempi d'attesa della specialistica	Riorganizzazione alcune aree mediche e chirurgiche	Studio fattibilità	Direzione Sanitaria
Contenimento dei tempi d'attesa dei ricoveri	Rispetto tempi di attesa ricoveri nelle aree individuate dalla Regione	Soglie definite dalla Regione	Direzione Sanitaria – Direttori Dipartimento – Uffici di Staff (studio fattibilità e soluzioni)

f) Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario:

<u>Descrizione Obiettivo</u>	<u>Indicatore</u>	<u>Risultato atteso</u>	<u>Referente Aziendale dell'obiettivo</u>
Completezza e Tempestività del flusso SDO	% SDO inviate sul totale delle SDO chiuse	>= 90	Direttori e Resp. UU.OO. Ufficio Sis
Completezza e Tempestività dei flussi	Invio di tutti i flussi nel rispetto dei termini previsti	Invio flussi nei termini	Resp. Invio Flussi aziendali secondo le rispettive competenze

h) Garanzia della sicurezza per pazienti ed operatori:

<u>Descrizione Obiettivo</u>	<u>Indicatore</u>	<u>Risultato atteso</u>	<u>Referente Aziendale dell'obiettivo</u>
Prevenzione incendi (D.M. 19.3.2015)	Piano di Emergenza Aziendale	Eventuale aggiornamento	Settore Tecnico Servizio di Prevenzione e Protezione

AZIENDA OSPEDALIERA PAPPARDO - MESSINA

Prevenzione incendi (D.M. 19.3.2015)	Formazione addetti antincendio	Formazione di tutto il personale dell'Azienda con l'obbligo del conseguimento del certificato di addetto	Formazione Servizio di Prevenzione e Protezione
Sicurezza nei luoghi di lavoro (T.U. 81/2008)	Formazione specifica luoghi di lavoro a rischio elevato	Attivazione	Formazione

i) Trasparenza e prevenzione della corruzione (Fonte Piano Triennale):

<u>Descrizione Obiettivo</u>	<u>Indicatore</u>	<u>Risultato atteso</u>	<u>Referente Aziendale dell'obiettivo</u>
Azioni volte alla prevenzione della corruzione e dell'illegalità	Individuazione dei dipendenti da inserire nel Programma annuale di formazione	Partecipazione di un congruo numero di personale di "aree a rischio" ai programmi di formazione su tali tematiche	Responsabile Aziendale Formazione Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
Azioni volte alla trasparenza e alla pubblicazione dei relativi dati	Dare piena applicazione alla normativa sulla Trasparenza	Adempimento obblighi normativi in materia di Trasparenza secondo le varie responsabilità e competenze	Responsabile Aziendale della Trasparenza e ognuno per la parte di propria competenza all'interno di tutti i Settori Aziendali

Obiettivi Operativi

Si riferiscono all'orizzonte temporale del breve periodo e sono decisi annualmente dalla Direzione Strategica Aziendale, tenendo conto degli obiettivi strategici e, soprattutto, di quelli che sono e saranno assegnati dalla Regione per l'esercizio corrente:

<u>Descrizione Obiettivo</u>	<u>Indicatore</u>	<u>Risultato atteso</u>	<u>Referente Aziendale dell'obiettivo</u>
Tempistica di trattamento delle fratture di femore su pazienti > 65	Tempo intervento	Secondo quanto previsto dal Piano Nazionale Esiti in base alle direttive regionali	U.O.C. di Ortopedia
Incidenza dei tagli cesarei	Diminuzione tagli cesari	Secondo quanto previsto dalle direttive regionali	U.O. di Ostetricia e Ginecologia
Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI	Percentuale di degenti trattati	Secondo quanto previsto dal Piano Nazionale Esiti in base alle direttive regionali	Sues 118 e UU.OO. competenti

AZIENDA OSPEDALIERA PAPARDO - MESSINA

Tempistica di colecistectomia laparoscopica post-operatoria	Percentuale di degenti trattati	Secondo quanto previsto dal Piano Nazionale Esiti in base alle direttive regionali	Responsabili UU.OO. di riferimento
Progetti di miglioramento organizzativo	Avvio studi di fattibilità	Redazione procedure aziendali e formazione del personale	Uffici e UU.OO. Ufficio Formazione
Screening Oncologici	Aumento in percentuale rispetto l'anno precedente della partecipazione screening	Secondo prescrizioni circolare n. 5 del 16.03.2016 e con invio di relazione	Oncologia
Donazione Organi	Attività di informativa sulla donazione organi	Aumento donazione organi rispetto l'anno precedente	Direzione Sanitaria – Direttori Dip.to
Prescrizioni dematerializzate	Coinvolgimento degli operatori	Aumento in percentuale dei medici utilizzatori	UU.OO.

Occorre procedere al monitoraggio e alla riduzione dei tempi di attesa ed attuare i principi di trasparenza ed accesso civico introdotti dal D.L.vo n. 150/2009 ed estesi dal D.L.vo n. 33/2013.

Con il processo di budget, gli obiettivi strategici ed operativi regionali saranno esplicitati in target operativi da assegnare alle differenti articolazioni organizzative aziendali: dipartimenti, strutture complesse sanitarie, staff, settori amministrativi.

Per tutti gli obiettivi sopra indicati, gli **indicatori** di performance devono essere misurabili in maniera tale da non creare alcun tipo di incomprensione o valutazione errata del grado di raggiungimento di quanto concordato.

Tutti gli obiettivi devono essere calibrati e adattati alla realtà delle Unità Operative cui sono assegnati, tenuto conto dell'equilibrio di bilancio e della dotazione organica presente.

Per tutti gli indicatori, la fonte di provenienza dei dati è il Controllo di Gestione che a sua volta li attinge:

- dalle basi dati presenti all'interno del sistema informatico aziendale (server SDO, SDAO, Cup, Ticket, flussi Emur ed Emonet, server gestionali, settore personale, economico finanziario etc.);

- dai flussi informativi ministeriali e regionali prodotti ed inviati periodicamente ed a cadenze fisse (flusso A, C, F, T, Emur etc), peraltro originati dalle stesse basi dati di cui sopra.

Tutti i dati sono tracciabili all'interno del sistema e sono noti i responsabili della corretta gestione e produzione, gli attori coinvolti e i loro ruoli.

In maniera cadenzata, il Controllo di Gestione invia report alla Direzione e mensilmente ai responsabili dei Centri di Costo circa i dati di attività in modo da permettere agli stessi di monitorare e calibrare il proprio modus operandi in relazione agli obiettivi assegnati e che occorre raggiungere.

Mensilmente la Struttura di Budget e Programmazione invia report, alle Unità Operative destinatarie di negoziazione Budget, sullo “stato dell'arte” rispetto agli obiettivi assegnati.

Ciclo di gestione e sviluppo della performance

	<u>ATTIVITA'</u>	<u>DESCRIZIONE</u>	<u>SOGGETTI COINVOLTI</u>	<u>TEMPISTICA</u>
Fase 1	Piano della Performance	Documento programmatico triennale che individua indirizzi ed obiettivi strategici ed operativi del periodo e definisce gli obiettivi finali ed intermedi, le risorse e gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance dell'amministrazione e di tutto il personale. Devono essere definiti e assegnati gli obiettivi che si intendono raggiungere, i valori attesi di risultato e gli indicatori per la misurazione. Devono anche essere indicate, se necessario, le risorse umane, tecniche e finanziarie. La mancata adozione del piano vieta l'erogazione della retribuzione di risultato (pag. 3 – linee di indirizzo regionali All. A DA 1821/11)	Direzione Strategica Aziendale, Struttura Tecnica Permanente, Programmazione e Budget, Controllo di Gestione, Settore Personale	Entro il 31 gennaio dell'anno in corso o appena noti gli obiettivi regionali
Fase 2	Processo di Budget	Fase 2.1: Non appena resi noti gli obiettivi regionali e quelli specifici del Direttore Generale, vengono definiti gli indirizzi programmatici e gli obiettivi aziendali da parte del Direttore Generale, in un documento di sintesi, da inviarsi ai Responsabili dei CdR ed ai Capi Dipartimento, che espliciti la strategia aziendale per il breve termine e gli obiettivi attraverso i quali si intende perseguirla nel corso dell'anno	Programmazione e budget – Direzione Generale	Fase 2.1: Entro il mese successivo alla definizione degli obiettivi regionali o entro due primi mesi dell'anno
		Fase 2.2: Predisposizione di un modello di scheda budget e validazione della stessa da parte del Direttore Generale	Programmazione e Budget	Fase 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6: Entro due mesi dal punto 2.1
		Fase 2.3: Presentazione da parte della Direzione Generale ai responsabili CdR, dei dipartimenti ospedalieri e dei settori amministrativi, del processo di budget	Direz. Generale Programm. e Budget CdG	
		Fase 2.4: Invio scheda budget ai responsabili dei CdR e dei report di costo/attività con i dati definitivi dell'anno precedente e con quelli disponibili dell'anno in corso	Direz. Generale Programm. e Budget CdG	
			Direz. Generale	

AZIENDA OSPEDALIERA PAPPARDO - MESSINA

		Fase 2.5: Negoziazione budget con i singoli CdR	Programm. e Budget CdG	
		Fase 2.6: A conclusione delle negoziazioni, redazione del documento di chiusura del budget e comunicazione degli esiti negoziali ai relativi settori di competenza	Programmazione e Budget	
Fase 3	Diffusione e assegnazione obiettivi aziendali	I responsabili dei CDR, coadiuvati dai dirigenti delle strutture coordinate e dalle posizioni organizzative: comunicano a tutto il personale gli obiettivi assegnati dalla Direzione Aziendale e le modalità previste per il raggiungimento degli stessi; informano tutti i dipendenti sui criteri e le modalità di valutazione delle performance individuali: effettuano i colloqui d'assegnazione degli obiettivi individuali o di gruppo formalizzando mediante la compilazione e la firma della scheda che sarà utilizzata per la valutazione individuale	Responsabili CdR, dipendenti (dirigenza e comparto) STP (Struttura Tecnica Permanente)	30 giorni dalla firma della scheda di budget
Fase 4	Monitoraggio	Sistema di reporting a cadenza mensile con identificazione del grado di raggiungimento degli obiettivi; analisi tendenziale e degli scostamenti	Programmazione e Budget, CdG	Cadenza mensile
Fase 5	Interventi correttivi	Eventuale negoziazione di obiettivi budget ove siano state riscontrate criticità o modifiche del contesto, delle politiche regionali etc.	Direzione Generale, Progr. e Budget, Respons. CdR	Nel corso dell'anno
Fase 6	Consolidamento dati	Acquisizione dei dati conclusivi di attività e performance dell'anno ed inserimento nel sistema informatico per l'elaborazione (dopo l'invio definitivo di tutti i flussi regionali e ministeriali)	Controllo di Gestione	Entro il 28/02 dell'anno successivo
Fase 7	Reportistica	Ai responsabili dei CdR è inviata la scheda riassuntiva dei dati di attività, produttività e costo dell'anno conclusivi e una scheda esplicativa del grado di raggiungimento di ciascun indicatore negoziato nella scheda di budget	Program. e Budget, Controllo di Gestione	Entro il mese di marzo
Fase 8	Contro-Deduzioni	Acquisizione delle eventuali comunicazioni inviate dai Responsabili dei CdR relative al risultato di performance come da report della fase 7	Responsabili CdR Controllo di Gestione, OIV	15 gg. dalla ricezione dei report
Fase 9	Valutazione	Avvio dell'attività di valutazione delle performance di risultato delle singole schede budget	OIV	Entro il 15 maggio
Fase 10	Trasmissione	Trasmissione degli atti relativi alla valutazione delle singole schede budget al Direttore Generale	OIV	Entro il 15 maggio
Fase 11	Comunicazione	Invio ai responsabili dei CdR sottoscrittori di budget dei risultati della valutazione della performance	Direzione Generale, Struttura Tecnica Permanente	Entro il 15 maggio (sempre che non vi siano impedimenti che non permettano il rispetto di tale termine)

Fase 12	Contro-Deduzioni	Acquisizione di eventuali controdeduzioni ed osservazioni da parte dei Responsabili di cui alla fase 11	Responsabili CdR Struttura Tecnica Permanente	Entro il 15 maggio (sempre che non vi siano impedimenti che non permettano il rispetto di tale termine)
Fase 13	Valutazione finale	L'OIV acquisisce l'ulteriore documentazione pervenuta e conclude la valutazione annuale con la validazione dei risultati raggiunti dalle UU.OO. assegnatarie di budget attribuendo alle stesse un punteggio di performance organizzativa espresso in percentuale, redigendo un documento riepilogativo da inviarsi al Direttore Generale	OIV, Struttura Tecnica Permanente, Direzione Generale	Entro il 30 maggio (sempre che non vi siano impedimenti che non permettano il rispetto di tale termine)
Fase 14	Comunicazione	Comunicazione ai responsabili dei CdR del punteggio definitivo attribuito dall'OIV nella valutazione della Performance. Il punteggio, espresso in percentuale di raggiungimento, indica la quota di fondo premiale effettivamente maturata dai dipendenti della U.O. assegnataria di budget (pag. 13 punto 3 del Regolamento per la valutazione del Personale, delib. N. 2035 del 14.12.2011)	Direzione Generale, Struttura Tecnica Permanente	Entro il 30 maggio (sempre che non vi siano impedimenti che non permettano il rispetto di tale termine)
Fase 15	Valutazione individuale	Il valutatore (Direttore o Resp. di S.C., Direttore di Dipartimento, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo etc.), rifacendosi alle schede di cui alla fase 3 e ai risultati raggiunti così come comunicati nella fase 14, effettua il colloquio individuale di valutazione finale con il valutato, al termine del quale formula giudizi conclusivi ed attribuisce i relativi punteggi. Il dipendente valutato firma la scheda di valutazione per attestazione ed in caso di non condivisione ha tre giorni di tempo per formulare eventuali osservazioni e procedere secondo l'articolo 4 del Regolamento per la valutazione del Personale (delibera n. 2035 del 14.12.2011). Le schede di valutazione devono essere inviate alla Struttura Tecnica Permanente	Direzione Generale, Responsabili CdR, STP, Personale dipendente (dirigenza e comparto)	Entro il 15 giugno (sempre che non vi siano impedimenti che non permettano il rispetto di tale termine)
Fase 16	Validazione individuale	La Struttura Tecnica Permanente trasmette all'Oiv gli elenchi dei valutati con i punteggi conseguiti o comunque una documentazione riepilogativa per la validazione e compilazione delle relative graduatorie di merito per l'inserimento nelle tre fasce di merito	STP - OIV	Entro il 30 giugno (sempre che non vi siano impedimenti che non permettano il rispetto di tale termine)
				Entro il 30

Fase 17	Relazione della Performance	L'OIV ritrasmette le schede validate per gli ulteriori adempimenti relativi alla corresponsione della quota incentivante individuale. Viene redatto il documento conclusivo definito "Relazione annuale della performance" che deve essere validato dall'OIV	STP, OIV, Settore Personale	giugno (sempre che non vi siano impedimenti che non permettano il rispetto di tale termine)
---------	-----------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

Nella tabella sovrastante sono esplicitate le varie fasi in cui si articola il ciclo della performance presso l'A.O. Papardo. Esso inizia solitamente nei primi mesi dell'anno di competenza, a meno che gli obiettivi regionali non vengano assegnati in tempi diversi, per terminare nel mese di giugno dell'anno successivo, sempre che non vi siano impedimenti di varia natura che non permettano il rispetto dei vari termini sopraindicati.

Il processo di budget - Il sistema di programmazione annuale

L'A.O. Papardo di Messina ha da tempo consolidato il sistema di programmazione e controllo anche tramite il sistema di Budget aziendale, che consente di realizzare, all'inizio di ogni esercizio, i seguenti obiettivi:

- ▶ il coinvolgimento ed il coordinamento di tutte le articolazioni aziendali interessate per assicurare una visione sistematica del servizio sanitario superando modalità d'approccio di tipo settoriale;
- ▶ garantire la corresponsabilizzazione e la motivazione degli operatori nel raggiungimento degli obiettivi generali e specifici orientati al migliore utilizzo delle risorse disponibili;
- ▶ il controllo della dinamica dei costi finalizzato alla corretta allocazione delle risorse per garantire i livelli essenziali d'assistenza;
- ▶ la valutazione delle Unità Operative ed individuali dei dipendenti.

Punto di partenza del percorso di budget rimane sempre l'Atto Aziendale che è il documento principe che ogni Azienda adotta e nel quale vengono esplicitati gli obiettivi e come l'Azienda intende operare per il loro raggiungimento.

Il processo di budget prende avvio con la predisposizione e diffusione delle linee guida aziendali che rappresentano l'esplicitazione della strategia aziendale e degli obiettivi di medio periodo che la direzione strategica intende perseguire. Le linee guida sono presentate ai Direttori di Dipartimento e responsabili di CDR.

Conclusa questa fase, vengono proposti gli obiettivi da perseguire (scheda budget degli obiettivi), le risorse correlate ed i progetti che si intendono sviluppare. Gli obiettivi di struttura, definiti attraverso il processo in questione, vanno sempre condivisi e concordati con apposita sottoscrizione degli stessi, rappresentando, ai sensi dei vigenti contratti collettivi di lavoro, gli elementi per la

valutazione annuale, da parte dell'O.I.V. (Organismo Indipendente di Valutazione) della performance ex art. 14 del D.L.vo n. 150/2009, dei risultati di gestione conseguiti dai dirigenti coinvolti nel processo negoziale. Tali obiettivi possono essere modificati nel caso in cui intervengano modifiche indipendenti dalla volontà delle parti che trasformano oggettivamente la possibilità di raggiungimento degli stessi. Anche tali modifiche devono essere ribaltate e discusse dal Responsabile dell'U.O. o del Servizio, con il personale afferente la stessa U.O.

Pertanto è necessario che il processo si caratterizzi per i tempi di svolgimento (solitamente entro i primi 2/3 mesi dell'anno anche per consentire un'eventuale successiva rinegoziazione), per la coerenza con gli obiettivi regionali e con gli obiettivi strategici, per l'attenzione ai vincoli economici.

La finalità del budget non è quella di ricomprendere all'interno della scheda tutte le attività attuali e future dei CdR, ma soprattutto quella di definire il contributo che ogni CdR potrà dare nello svolgimento di quelle azioni ed attività che consentano il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

La Direzione Aziendale ritiene che il budget vada gestito secondo logiche di flessibilità. Non vi è alcuna utilità aziendale nel mantenere attivo un obiettivo resosi irraggiungibile.

La rimodulazione degli obiettivi è un processo naturale qualora gli stessi siano divenuti irraggiungibili per cause oggettive indipendenti dalla volontà degli operatori.

La previsione di verifiche durante l'anno e le eventuali revisioni degli obiettivi riferiti sia alle risorse assegnate (personale, tecnologia, spazi etc.) che alle attività previste (modifica della strategia aziendale per input regionale; sopravvenuta impossibilità di avviare e/o portare a termine specifici obiettivi), diviene utile e necessaria. Il tutto deve sempre avvenire nell'ambito di regole preventivamente codificate. Il monitoraggio che viene garantito mensilmente dalle Strutture Controllo di Gestione e Programmazione e Budget, serve anche a comprendere gli scostamenti dagli obiettivi programmati, le motivazioni di tali scostamenti e gli eventuali interventi correttivi per rientrare nel giusto alveo concordato. Tutto ciò a meno che gli obiettivi programmati siano divenuti non raggiungibili per motivazioni ostative che non dipendono dalla volontà degli operatori, quale la riduzione dei posti letto o la chiusura del reparto per un lungo periodo che determinano la necessità di un ricalcolo di quelli che sono gli obiettivi assegnati e concordati.

La **SCHEDA DI BUDGET** rappresenta lo strumento operativo attraverso il quale la Direzione Aziendale concorda/negozia con il Centro di Responsabilità (CdR) gli obiettivi e gli indicatori. Essa costituisce pertanto, lo strumento chiave all'intero processo di budget in quanto prevede tramite la sua compilazione, la formalizzazione in numeri e dati delle performance di ogni singolo Centro di Responsabilità. Tale scheda responsabilizza i CdR sugli impegni negoziati ed è strumento di confronto e di dibattito soprattutto all'interno del CdR.

Essa viene redatta dalle strutture del Controllo di Gestione e Programmazione e Budget unitamente agli organi apicali aziendali.

A conclusione della negoziazione, verificata la compatibilità delle decisioni assunte, ogni Dipartimento/CDR/Unità Operativa o Servizio dispone del proprio budget inteso come l'insieme degli obiettivi attesi e delle correlate risorse.

Al fine di effettuare la valutazione individuale dei Dirigenti gli obiettivi concordati con la Direzione devono essere ribaltati dal Responsabile ai singoli dirigenti ed al personale del comparto afferente il reparto o il servizio. Il criterio di assegnazione degli obiettivi tiene conto della posizione organizzativa ricoperta dal Dirigente, in quanto vi deve essere coerenza fra obiettivo e funzione. In questo modo ad ogni Dirigente sono assegnati gli obiettivi che deve perseguire.

Qui di seguito viene riportato il processo di budget predisposto dalla Struttura Semplice "Programmazione e budget" specificando i passaggi, la tempistica e le varie fasi.

Nell'ambito di tale processo sono assegnati da parte della Direzione Aziendale ai Responsabili dei Centri di Responsabilità un elenco di obiettivi, in numero variabile a seconda della struttura interessata. Tali obiettivi si dividono in obiettivi che possono essere misurati mediante indicatori e obiettivi che possono essere sostanzati in termini di adempimenti.

Si precisa che, mentre è automatica l'assegnazione dell'intero punteggio disponibile per ciascun obiettivo nel caso del suo pieno raggiungimento, quando ciò non accade il punteggio viene attribuito gradualmente per livelli in funzione della distanza tra il risultato raggiunto e l'obiettivo negoziato. Tale metodologia si applica soltanto agli obiettivi che possono essere misurati da indicatori, mentre, rispetto agli obiettivi sostanzati in termini di adempimenti, il loro conseguimento sarà valutato in termini di un SI (assegnazione dell'intero punteggio) o di un NO (assegnazione di zero punti).

Nella fase di analisi dei risultati il primo passo consiste nel calcolare un risultato preliminare sintetico e omogeneo relativo al grado di raggiungimento degli obiettivi da parte di ogni centro di responsabilità secondo la seguente metodologia:

1. calcolo per ciascun centro di responsabilità del totale del punteggio disponibile, dato dalla somma dei pesi degli obiettivi assegnati che in ogni caso sarà sempre uguale a 100;
2. calcolo per ciascun centro di responsabilità del totale del punteggio conseguito, dato dalla somma dei punteggi conseguiti per ciascun obiettivo assegnato;
3. calcolo del rapporto tra il punteggio conseguito (numeratore) e il punteggio disponibile (denominatore);
4. espressione del risultato finale in termini di valore percentuale, al fine di consentire l'omogeneizzazione degli indicatori di risultato relativi a tutte le strutture.

Dopo la valutazione preliminare del grado di raggiungimento degli obiettivi, è previsto un approfondimento da parte delle strutture di Budget e Programmazione e di Controllo di Gestione sui motivi del mancato conseguimento degli obiettivi allo scopo di verificare l'esistenza di eventuali fattori oggettivi, indipendenti dalla volontà del Responsabile del Centro di Responsabilità, non preventivabili al momento della negoziazione.

L'individuazione di tali fattori *esogeni*, oggettivabili, deve verificarsi solo in caso di ostacoli comprovati al raggiungimento degli obiettivi, quali ad esempio l'improvvisa, pertanto non preventivabile, carenza di risorse indispensabili. L'approfondimento deve basarsi su specifiche relazioni che i responsabili di struttura dovranno presentare alla struttura di Budget e Programmazione entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento della informativa sui risultati raggiunti.

Le relazioni verranno poi esaminate dalle strutture di Budget e Programmazione e di Controllo di Gestione al fine di valutare l'effettiva rilevanza delle motivazioni addotte e di ridefinire il punteggio per obiettivo secondo lo schema seguente:

- ▶ Cancellazione dell'obiettivo da quelli assegnati con redistribuzione del suo peso in maniera omogenea all'interno degli obiettivi dell'area;

- ▶ Ricalcolo del risultato raggiunto, relativamente all'obiettivo in esame, sulla base degli approfondimenti effettuati in merito al peso del fattore ostativo e conseguente riassegnazione del punteggio secondo le regole sopra specificate.

L'intera documentazione sarà consegnata all'OIV, il quale verificherà la conformità la utilizzerà per formulare una proposta definitiva di giudizio che presenterà alla Direzione Aziendale.

È compito del capo dipartimento e del responsabile della Struttura Complessa e ne costituisce elemento di valutazione:

- monitorare l'attività delle strutture afferenti alla propria responsabilità, verificare gli eventuali scostamenti dagli obiettivi budget concordati, analizzandone le cause e dandone tempestiva comunicazione alla Direzione Aziendale ed alla struttura di Budget e Programmazione;

- Indire, con cadenza almeno trimestrale, un audit del dipartimento/struttura e redigere relativo verbale da trasmettere in copia alla Direzione Aziendale;

- Razionalizzare gli approvvigionamenti;

- Razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane per evitare i "picchi" ed i "vuoti" di attività;

- coinvolgere tutti gli operatori nel processo di budget promuovendo incontri e riunioni nelle quali discutere degli obiettivi aziendali e della struttura ottenendone la condivisione e, a conclusione della negoziazione, informarli compiutamente sull'esito della stessa e monitorare gli stessi dandone comunicazione a tutti gli operatori della struttura;

- Attribuire, ad ogni operatore, l'obiettivo per il raggiungimento del budget concordato, nel corso di apposita riunione della quale dovrà essere redatto un verbale da inviarsi in copia alla Struttura Tecnica Permanente.

Il raggiungimento del Budget è graduato secondo quanto sotto:

- da 0 a 74 : budget non raggiunto
- da 75 a 96 : budget raggiunto in modo direttamente proporzionale
- da 97 a 100: budget raggiunto al 100%

La scheda sarà strutturata in conformità al piano di efficientamento dove sono previsti indici di attività correlati ai fattori economici.

E' previsto anche un graduale adeguamento della dotazione organica approvata alle necessità e obiettivi strategici aziendali.

Per quanto attiene alcune singole voci è opportuno sottolineare i seguenti aspetti:

“Omissioni da Reg. Oper.” sono conteggiate, come per gli anni passati, le omissioni in ogni intervento e per competenza. Si ribadisce che il registro operatorio informatico è l'unico registro operatorio valido a tutti i fini, quindi sia statistici che legali; pertanto l'eventuale mal funzionamento deve essere prontamente segnalato, in modo formale, per competenza alla Direzione Sanitaria ed al Responsabile del S.I.A. e per conoscenza al Controllo di Gestione.

“% Ricoveri non appropriati” Tale obiettivo va raggiunto operando selettivamente sui ricoveri che afferiscono ai DRG individuati fra i 108 ad alto rischio di non appropriatezza, che devono essere trattati, nelle percentuali previste, nel set assistenziale opportuno.

“Esiti” L'obiettivo fissato dalla Regione per il PNE è il 100% ad esclusione del Taglio Cesareo il cui valore da raggiungere è minore del 20%.

Premesso ciò, la valutazione sarà effettuata considerando il valore minimo riportato per l'obiettivo. I Responsabili delle Strutture Semplici afferenti a Strutture Complesse condividono gli obiettivi assegnati alla Struttura Complessa di riferimento.

La firma della scheda budget comporta, oltre l'accettazione degli obiettivi come negoziati, l'accettazione delle regole, e l'impegno a formalizzare con tutti gli operatori afferenti all'UO la scheda.

Al fine di rafforzare l'importanza attribuita al sistema di budget quale strumento di pianificazione e programmazione e nell'intento di concretizzare quanto già intrapreso nei precedenti processi di budget, è intenzione di questa Direzione proseguire nel collegamento del budget al sistema premiante.

E' necessario, in particolare, che il processo si caratterizzi per i tempi di svolgimento (solitamente entro i primi due mesi dell'anno anche per consentire un'eventuale successiva rinegoziazione), per la coerenza con gli obiettivi regionali e con gli obiettivi strategici, per l'attenzione ai vincoli economici.

Una volta concluso il processo di budget e consolidati gli obiettivi, il Controllo di Gestione e la Struttura di Programmazione Budget, attraverso il sistema di Reporting, attivano monitoraggi periodici di tutti gli obiettivi contenuti nelle schede di budget per valutarne la conformità o il grado di scostamento rispetto ai valori programmati, al fine di avviare, ove se ne ravvisi la necessità, tutte quelle azioni correttive che permettano di raggiungere l'obiettivo o, eventualmente, di rimodularlo.

Misurazione e valutazione del raggiungimento degli obiettivi - La valutazione individuale

Definita l'assegnazione ad ogni dirigente ed a tutti i dipendenti assegnati alle singole UU.OO. e/o Servizi degli obiettivi, gli stessi saranno valutati sul grado di realizzazione degli obiettivi assegnati e sulle proprie performance individuali, in quanto la scheda individuale è finalizzata a valutare, da parte del Direttore di Dipartimento/U.O.C./Servizio, il contributo di ogni singolo dipendente al raggiungimento degli obiettivi assegnati. Il sistema di valutazione genera delle concrete ricadute sia sul salario di risultato sia sulla valutazione professionale per lo sviluppo della carriera.

La procedura finale di verifica dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi assegnati, ai fini della determinazione della valutazione della performance, è svolta dall'Organismo Indipendente di Valutazione. Gli esiti della valutazione della performance della struttura sono espressi in percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati e costituiscono elemento per la valutazione individuale del personale e sono parimenti agganciate al sistema premiante secondo le modalità descritte nel "Regolamento per la valutazione del Personale (Comparto e Dirigenza)" approvato con delibera n. 2035 del 14.12.2011 e ss.mm.ii.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance è coerente con i principi di cui al D.Lgs. 150/2009 in quanto:

- a) prevede una metodologia di definizione e gestione degli obiettivi all'interno di un sistema di budget;
- b) la retribuzione di risultato viene distribuita in modo differenziato secondo il sistema di pesatura delle UU.OO., utilizzato dal 2007, ed in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- c) tutto il personale indistintamente è soggetto ad una valutazione individuale annuale in conseguenza della quale vengono corrisposti i premi di risultato e di produttività annuale.

Si è proceduto ad avviare un processo di attribuzione obiettivi anche al personale del comparto per cui si è avviato un processo che porterà ad una sempre maggior condivisione degli obiettivi con

specificazione degli stessi che permetta una maggiore e più sicura misurabilità secondo parametri definiti che permettano di essere valutati in maniera oggettiva dai relativi responsabili.

Pesatura UU.OO.:

Nell'ambito del **processo di budget** per le UU.OO. Sanitarie, un ruolo fondamentale è dato dalla "pesatura" delle stesse, calcolato con dati di attività e costi, variabile a seconda della performance raggiunta di anno in anno.

Il sistema di "pesatura" delle UU.OO. è stato messo a punto, come sopra indicato (punto b) nel 2005-2006, formalizzato nel 2007 e da allora regolarmente applicato e aggiornato, quale metodo obiettivo per la determinazione del "peso" di ciascuna UU.OO.

Il sistema è basato su un algoritmo matematico che permette di valorizzare molteplici parametri di attività, complessità assistenziale-organizzativa ed economicità delle varie UU.OO. consentendo in tal modo la diversificazione delle stesse. I dati utilizzati in tale algoritmo sono quelli dell'anno oggetto di "pesatura" eccezion fatta per la "valorizzazione storica" che è riferita a dati del biennio precedente.

Metodologia di calcolo:

Il metodo è sostanzialmente differenziato in tre livelli, sei step totali.

A tutte le UU.OO. è inizialmente attribuito un peso di base pari a 100, questo per evitare valori con segno negativo. Pertanto quelle UU.OO. che a fine calcolo raggiungono un valore inferiore a 100 di fatto hanno avuto nel tempo (ultimi due anni) delle performance negative.

1) Startup e Valorizzazione Storica:

- ▶ alle UU.OO. che hanno raggiunto il valore minimo degli obiettivi previsti per accedere alla retribuzione di risultato nel budget riferito al primo dei due anni precedenti quello della "pesatura" sono assegnati 10 punti;
- ▶ alle UU.OO. che hanno raggiunto il valore minimo degli obiettivi previsti per accedere alla retribuzione di risultato nel budget riferito all'anno precedente quello di "pesatura" sono assegnati 20 punti;
- ▶ alle UU.OO. di cui al precedente punto, se dotate di posti letto per ricovero ordinario, è attribuito un punteggio determinato dal Peso Medio dei DRG da Ricovero Ordinario (RO) moltiplicato per un coefficiente standard (equivalente a 4);

La somma dei punti precedenti rappresenta il *primo step (A1)*.

2) Complessità Assistenziale-Organizzativa:

(B) Il peso è incrementato di un punteggio pari all'incidenza percentuale dei posti letto da Ricovero Ordinario effettivamente utilizzati sui disponibili in rapporto al totale aziendale. Tale rilevazione è data dalla media annuale. Questo perché è riconosciuta la maggiore complessità gestionale e operativa (*secondo step*);

(C1) Per tutte le SS.CC. con peso medio dei Drg superiore al P.M. aziendale in rapporto al numero delle Sdo. Si applica la formula: $\text{peso} = ((\text{PM s.c.} / \text{PM Az}) \times \text{n. Sdo ord}) / 100$ (*terzo step*);

Peso 1 = somma di A1, b e C1.

(D) il valore attribuito esprime il concorso dei dirigenti di ciascuna UU.OO. alla produttività ambulatoriale complessiva ed è determinata dalla formula: $\text{PrDir} = \text{Produttività} / \text{n. dirigenti U.O.}$ >
 $\text{peso} = (\text{PrDir} / \text{sommatoria di PrDir}) \times 100$ (*quarto step*);

Peso 2 = somma di Peso 1 e D.

3) Economicità:

(E) esprime l'incidenza percentuale del fatturato (DRG, ambulatoriale est, etc) della U.O. sul totale del fatturato aziendale, abbattuto del 50 % (*quinto step*);

Peso 3 = somma di Peso 2 ed E.

(F) si calcola l'incidenza percentuale dei costi (costi gestionali) della U.O. sul totale dei costi delle UU.OO. Il peso determinato (F) viene indicato come valore negativo, tale penalizzazione si applica solo a quelle UU.OO. la cui produttività sia inferiore ai costi, espresso dal rapporto prod/costo minore di 1, ad esclusione delle UU.OO. di terapia intensiva. Stessa regola vale per i servizi dato che la loro attività è rivolta prevalentemente ai ricoverati e pertanto la possibilità di progressione è legato alle UU.OO. con degenti. Occorre evidenziare che per le UU.OO. con terapia intensiva all'interno della Struttura (Utic e Utin), la eventuale penalizzazione è dimezzata. Tale regola, ovviamente, non si applica alle UU.OO. che per loro natura non possono esprimere una produttività diretta valorizzabile (*sesto step*).

Il Peso finale è dato dalla somma dei valori ricavati nei sei step sopra descritti: Peso 1 + Peso 2 + Peso 3 + F.

La produttività viene assegnata in relazione alla percentuale di raggiungimento totale degli obiettivi la cui soglia minima è rappresentata dal 75%.

Ogni singolo obiettivo è valutato in relazione al grado di raggiungimento dello stesso. Ovviamente tale metro di giudizio vale per quegli obiettivi che sono quantitativamente misurabili, per tutti gli altri vale la regola on/off e cioè raggiunto/non raggiunto.

Per gli obiettivi valutabili in maniera quantitativa si calcola la percentuale di raggiungimento su quanto assegnato e viene attribuito il relativo peso, sempre a partire dal 75%, in base al grado di raggiungimento fino al massimo del 100%.

L'obiettivo assegnato indica il grado teorico minimo rappresentante il 100% di raggiungimento dello stesso.

La somma di tutti i pesi assegnati ai singoli obiettivi darà il totale di raggiungimento della scheda.

In considerazione della logica dipartimentale, il peso attribuito agli stessi è ricavato dalla media dei pesi delle UU.OO. ricadenti nel dipartimento. Pertanto il peso, di anno in anno, varia in virtù delle performance delle singole UU.OO.

Al personale del comparto, considerata la gestione dipartimentale ormai collaudata, viene attribuito il peso del Dipartimento di appartenenza. Tale peso varia ogni anno in relazione alle performance raggiunte dal dipartimento nella sua interezza.

Tali pesi, UU.OO. e dipartimentale, derivanti dalla rilevazione sopra riportata, è elaborato dalle SS.SS. Controllo di Gestione e Programmazione e Budget, che provvedono a comunicarlo agli uffici competenti per il calcolo della retribuzione di risultato da attribuire al personale dirigenziale (Medico e Sanitario) e di comparto nei vari dipartimenti secondo l'Atto Aziendale vigente.

Appare necessario precisare che nell'anno 2018, vi è stato un cambiamento del management aziendale, con la sostituzione del commissario pro tempore in carica che è stata nominata a svolgere altre funzioni presso il competente Assessorato della Salute e la nomina di n. 2 Commissari, uno nel mese di marzo e uno nel mese di dicembre che sta a tutt'oggi svolgendo pienamente e con pieni poteri i compiti assegnati e previsti dalla normativa e dai decreti di nomina, in attesa della trasformazione dell'incarico in quello di Direttore Generale.

Piano di rientro:

In particolare l'anno 2017 vede al centro delle attività aziendali e quindi delle Performance aziendali il raccordo tra questo piano e il "Piano di efficientamento (art. 1, comma 528, Legge 28.12.2015 n. 208) 2017-2019" e del "Piano Triennale di efficientamento e riqualificazione A.O. Papardo (art. 1, comma 528, Legge 28.12.2015 n. 208) 2017-2019" approvato con delibera n. 434 del 25.05.2017.

Ai sensi del Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 21/06/2016, pubblicato sulla GURI n.164 del 15/07/2016, e del Decreto dell'Assessorato della Salute n. 1649 del 13/09/2016 questa Azienda è stata individuata tra le Aziende del SSR da sottoporre ai piani di cui all'art. 1 comma 528 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208.

Il piano di rientro predisposto è correlato al sistema degli obiettivi e contiene gli obiettivi strategici e operativi da perseguire al fine di recuperare il gap economico evidenziato dall'applicazione dei parametri individuati dal DM 21/06/2016.

Grazie anche all'apporto dell'Agenas vengono costantemente e periodicamente effettuati incontri operativi volti a comprendere lo stato dell'arte e gli obiettivi operativi da perseguire per procedere secondo quanto indicato nel piano di efficientamento.

Si parte da una analisi della situazione economico gestionale dell'ultimo triennio, con successiva predisposizione del Conto Economico tendenziale. A ciò deve seguire la definizione degli obiettivi

e delle manovre e predisposizione del Conto Economico Programmatico per finire a un cronoprogramma delle azioni ai fini della verifica dei risultati conseguiti.

Si cerca di intervenire su una serie di obiettivi;

-Svalutazione crediti;

-Accantonamento per rischi contenziosi;

-Pianificazione investimenti;

-Accantonamenti per copertura diretta dei rischi.

Occorre porre una particolare attenzione all'utilizzo delle risorse con il contenimento dei costi per beni e servizi e il miglioramento della spesa.

La definizione di percorsi diagnostico terapeutici focalizzati sulla appropriatezza e gli interventi volti a rendere tali percorsi realmente perseguibili permetteranno una diminuzione di alcune voci di costo.

L'intervento sulla spesa farmaceutica, sul corretto meccanismo di carico e scarico, sull'utilizzo delle scorte e la tenuta al meglio del magazzino sono azioni fattibili che rivoluzionano e portano a cospicui risparmi.

Il razionale utilizzo degli enormi spazi aziendali con consequenziale "spreco" di energia, permetterebbe un maggiore ed efficiente rientro di alcune spese che oggi vengono sostenute.

A ciò dovrebbe accompagnarsi un maggiore e progettuale utilizzo delle risorse, volto a migliorare l'efficienza di molte UU.OO. e dell'Azienda nel suo complesso.

Un miglioramento dell'offerta dei servizi con differenziazione delle prestazioni chirurgiche e l'offerta di interventi multidisciplinari diventano poli attrattivi per l'utenza, con una ricaduta in termini di incremento del tasso di utilizzo dei posti letto, una ridefinizione dei percorsi diagnostico-terapeutici, una ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie sia dal punto di vista dell'inizio dell'attività che dell'azzeramento dei tempi morti oltre del pieno utilizzo di tutte le sale.

Ma tutto ciò potrà avvenire solo con una profonda e consapevole consapevolezza che dovrà sempre avere come protagonista il singolo operatore che deve comprendere che il risparmio sugli sprechi permette oltre a una migliore risposta sanitaria, anche la garanzia alla propria azione di professionista, permettendo di dirottare determinate risorse verso la vera assistenza che deve sempre essere e caratterizzare l'azione di un qualsiasi operatore tenuto conto della particolarità del bene ultimo della "salute" che un'Azienda Sanitaria offre ai propri utenti.

Elenco principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento, ex art. 23, comma 2, D. Lgs. n. 33/2013
OGGETTO: Approvazione Piano Performance triennale 2019-2021.
1) Piano Performance anno 2019-2021.