

La presente deliberazione viene pubblicata all'Albo di questa Azienda il 30 GIU. 2019

La Segreteria

Sig.ra Giuseppa Arnao

Messina 24 GIU. 2019

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. 0226 DEL 24 GIU. 2019

OGGETTO: Recepimento relazione sulla Performance anno 2018.

DIREZIONE GENERALE

Il Funzionario Estensore

Antonio Di Rosa

Il Dirigente Struttura Semplice / Complessa

Il Direttore della Struttura Complessa Economico
Finanziaria e Patrimoniale

[Signature]

Nr. Prenotazione

SAC 2019

L'anno duemiladiciannove, il giorno VENTIQUATTRO del mese di GIUGNO nella sede dell'Azienda Ospedaliera Papardo di Messina, il sottoscritto Dr. Mario Paino, Direttore Generale, nominato con D.P.R.S. n. 197/serv.1/S.G. del 04.04.2019, coadiuvato, dal/la Sig./Sig.ra Sig.ra Giuseppa Arnao in veste di segretario.

Premesso che l'art. 10 c. 11 lett. b) del D.L.vo n. 150/2009, prevede che entro il 30 giugno di ogni anno, debba essere adottato il documento denominato "Relazione sulla Performance", che evidenzi, a consuntivo e con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti, rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti;

Richiamato l'art. 14, comma 4 lett. c) del precitato D.L.vo n. 150/2009, con il quale il legislatore individua, tra i compiti dell'Organismo Indipendente di Valutazione, quello di validare la relazione sulla Performance di cui all'art. 10 e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Amministrazione;

Rilevato che la Struttura Tecnica Permanente ha provveduto a redigere la predetta relazione sulla Performance anno 2018, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale (Allegato "A"), e per la quale l'O.I.V. aziendale ha espresso parere favorevole procedendo alla sua validazione (ai sensi del succitato art. 14, c.4, lett. c) come da nota prot. n. 30266 del 21.06.2019 (Allegato "B");

Atteso che il ciclo gestione della performance è ispirato al principio della massima trasparenza e leggibilità e che l'Amministrazione garantisce la massima trasparenza in ogni fase di tale ciclo e che, quindi, procederà, tra l'altro, alla pubblicazione sul proprio sito istituzionale della sopracitata "Relazione sulla Performance", nell'Area "Amministrazione Trasparente";

Ritenuto necessario, per le motivazioni sopra espresse, procedere al recepimento della "Relazione sulla Performance", allegata al presente atto;

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;

DELIBERA

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

Recepire, secondo quanto previsto dall'art. 10 c. 11 lett. b) del D.L.vo n. 150/2009, la "Relazione sulla performance per l'anno 2018, validata dall'O.I.V. aziendale secondo quanto previsto dall'art. 14 comma 4, lett. c) del precitato D.L.vo n. 150/2009 e che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale (Allegato "A") unitamente alla valutazione positiva e validazione della relazione da parte dell'O.I.V. come da nota prot. n. 30266 del 21.06.2019 (Allegato "B");

Procedere alla pubblicazione della presente delibera e dell'allegata relazione sulla performance, sul sito internet aziendale, nel link "Amministrazione Trasparente" ► Performance ► Relazione sulla Performance, al fine di garantire la massima trasparenza in ogni fase del ciclo di gestione della performance.

Il Segretario
Sig.ra Giuseppa Arnao

Il Direttore Generale
(dr. Mario Pano)



Regione Siciliana
Azienda Ospedaliera Papardo
Ctr. Papardo tel.090-3991 Messina

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE
ANNO 2018
AZIENDA OSPEDALIERA PAPPARDO

1-Presentazione -----	Pag. 2
2-Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri Stakeholder esterni -----	Pag. 2
- Analisi degli Stakeholder esterni -----	Pag. 3
3-L'Amministrazione -----	Pag. 5
4-I risultati raggiunti -----	Pag. 8
5- Obiettivi: criticità e opportunità -----	Pag. 9
6-Obiettivi – Risultati raggiunti e scostamenti - Albero della performance -----	Pag. 11
7-Obiettivi strategici – Obiettivi e piani operativi – Obiettivi individuali -----	Pag. 13
- Obiettivi contrattuali generali -----	Pag. 13
- Equilibrio di bilancio -----	Pag. 13
- Fondi Po-Fesr -----	Pag. 13
- Flussi informativi -----	Pag. 13
- Osservanza disposizioni Alpi -----	Pag. 14
8-Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento servizi -----	Pag. 15
- Obiettivo di riorganizzazione dei Pronto Soccorso -----	Pag. 15
- Screening Oncologici -----	Pag. 17
- Esiti -----	Pag. 17
- Liste di attesa -----	Pag. 21
- Punti di nascita -----	Pag. 23
- Donazione organi – Attività svolte -----	Pag. 24
- Prescrizione ricetta dematerializzata -----	Pag. 25
- Piani attuativi aziendali -----	Pag. 25
- Pari opportunità e bilancio di genere -----	Pag. 25
9- Il processo di redazione della Relazione sulla Performance – Fasi, soggetti, tempi e responsabilità – Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance -----	Pag. 26

1. Presentazione.

2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri Stakeholder esterni.

Dal 10.08.2017 l'Azienda Ospedaliera Papardo ha visto susseguirsi il management sanitario dei Commissari Straordinari con il succedersi nell'anno 2018 di ben n. 3 Commissari: dal 10.08.2017 al 21.03.2018 la dr.ssa Maria Letizia Di Liberti; dal 22.03.2018 al 17.12.2018 il dr. Paolo La Paglia e dal 18.12.2018 il dr. Mario Paino.

Appare evidente che un Commissariamento così lungo non permette di poter svolgere una adeguata pianificazione strategica e quindi una programmazione aziendale delle attività sanitarie.

Ne consegue che in assenza di una visione strategica, ascrivibile solo a un Direttore Generale nel pieno delle sue funzioni, anche il posizionamento strategico, peraltro già molto complicato da un processo di pesante scorporazione di settori, è di difficile valutazione. Questa considerazione dovrà essere tenuta in debita istanza nella lettura del presente documento al fine di consentire una corretta interpretazione dei dati riportati: la valutazione infatti dei risultati raggiunti relativi agli obiettivi assegnati, non può essere ricondotta al mero confronto tra i dati gestionali consuntivi 2017 e quelli del 2018. E' di fondamentale importanza, pertanto, tenere in considerazione i seguenti elementi:

- il processo di riorganizzazione territoriale che ha comportato la rimodulazione di alcune strutture ospedaliere;
- il conseguente processo di riorganizzazione aziendale che si è potuto realizzare pienamente;
- il mancato perfezionamento del conferimento degli incarichi dirigenziali apicali e non;
- le procedure concorsuali relative a posizioni di dotazione organica non coperte e non perfezionate;
- da ultimo la mancata attribuzione di specifici obiettivi da parte della Regione.

I nuovi vertici, ognuno per la parte di propria competenza e per il relativo periodo, hanno proceduto ad avviare incontri con le OO.SS. di categoria al fine di prendere conoscenza e affrontare le varie problematiche connesse all'attività aziendale, pur nella consapevolezza che la qualità di Commissario rendeva tali attività limitate all'azione propria del mandato, senza possibilità di programmare a lunga data, eventuali attività o programmi aziendali di sviluppo.

Gli incontri avvenuti anche con le varie UU.OO. e con il Controllo di Gestione hanno permesso di prendere contezza delle problematiche connesse alle esigenze delle UU.OO. e agli obiettivi raggiunti e perseguiti dalle stesse, prendendo atto delle difficoltà che gli operatori sanitari affrontano giornalmente nell'espletamento della normale assistenza sanitaria.

L'azione dei Commissari, grazie anche alla conferma del management apicale amministrativo e sanitario, ha permesso all'Azienda di programmare e perseguire gli obiettivi generali aziendali e

particolari delle UU.OO.

Infatti il continuo confronto con tutti i responsabili delle varie strutture aziendali, sanitarie e amministrative, ha permesso di prendere contezza e piena conoscenza delle varie problematiche e intervenire, anche con il rafforzamento del personale, sia dirigenziale che del comparto, per risolvere e consolidare la risposta sanitaria che rappresenta l'obiettivo generale e finale a cui deve tendere l'azione manageriale.

Il confronto costruttivo con tutti i responsabili che hanno avuto modo di esternare le problematiche connesse all'attività di reparto, evidenziando e prospettando unitamente alla Direzioni, azioni correttive per il rilancio dell'Azienda nel suo complesso, ha permesso di perfezionare maggiormente la mira verso i bisogni degli operatori e degli utenti.

Una maggiore pubblicità e percorso attrattivo è ciò su cui deve puntare l'Azienda per evidenziare le eccellenze presenti e che operano, alle volte, in sordina, fornendo un'assistenza sanitaria di eccellenza che però non viene percepita all'esterno senza l'adeguata informativa.

Tale azione di comunicazione di "marketing sanitario" deve essere condiviso da tutti gli operatori, che devono essere invogliati a sviluppare sempre di più quel senso di appartenenza che permette di svolgere e pubblicizzare l'Azienda in tutti i possibili ambiti.

Nell'ambito delle azioni di rilancio, tenuto conto della rimodulazione della rete aziendale sanitaria regionale, non si è potuto procedere ad avviare le varie selezioni apicali intraprese nel mese di settembre e riguardanti le seguenti UU.OO.CC.

- Direttore U.O.C. di Mcau;
- Direttore U.O.C. di Farmacia;
- Direttore U.O.C. di Urologia;
- Direttore U.O.C. di Oftalmologia;
- Direttore U.O.C. di Ematologia.

Non si può sottacere che il non aver potuto avviare le procedure di copertura per i predetti organi apicali, non aiuta certamente a un vero rilancio aziendale, tenuto conto della nota Assessoriale prot. n. 97111 del 29.12.2017, con la quale è stata disposta la sospensione delle procedure selettive finalizzate al conferimento degli incarichi di Direttore di Unità Operativa Complessa.

Analisi degli Stakeholder esterni

La parola stakeholder, letteralmente significa possedere o portare un interesse. Alcuni di questi gruppi hanno un interesse diretto, altri un interesse mediato.

Viene effettuata anche una classificazione degli stakeholder che li differenzia come segue:

-gli stakeholder deboli: hanno un alto interesse ma una bassa influenza e che è doveroso coinvolgere;

-gli stakeholder appetibili: hanno un basso interesse ma un'alta influenza e che è conveniente coinvolgere nell'attività aziendale;

-gli stakeholder essenziali: hanno un alto interesse e un'alta influenza e che pertanto risulta necessario coinvolgere.

La mappatura degli stakeholder prevede, pertanto, l'individuazione delle principali caratteristiche di ciascun gruppo di portatori di interessi attraverso la valutazione del livello di interesse e del livello di influenza.

Per livello di interesse si intende l'utilità, il beneficio e il vantaggio che uno stakeholder può trarre, direttamente o indirettamente, dai servizi/attività e dai risultati generati dall'A.O. in quanto vede soddisfatte le proprie aspettative.

Per livello di influenza si intende la capacità che uno stakeholder ha di incidere, con le sue decisioni e i suoi comportamenti, sui servizi/attività e sui risultati generati dall'A.O. per tutelare i propri interessi/aspettative.

Qui di seguito si elencano, i seguenti stakeholder:

- Pazienti/cittadini;
- Risorse umani;
- Associazioni di categoria (Comitato Consultivo);
- Organizzazioni sindacali;
- Fornitori;
- Azienda sanitaria provinciale;
- Altre strutture;
- Università degli studi di Messina;
- Regione Sicilia;
- Ministero della Salute.

L'A.O. Papardo riconosce l'importanza del ruolo dell'utente quale elemento centrale ed essenziale del processo di erogazione dei servizi, convenendo sulla necessità di orientare tutti i servizi assistenziali, dall'accettazione alla dimissione, verso una più efficace risposta alle esigenze ed alle aspettative dell'utente.

L'Azienda Papardo pone al centro della sua azione la persona e i suoi diritti, attuando i principi della Carta europea dei diritti del malato di Cittadinanza attiva. L'Azienda, attraverso la redazione della propria Carta dei Servizi, assume un preciso impegno nei confronti dei cittadini a fornire informazioni circa l'accesso ai servizi e l'erogazione quali quantitativa dei servizi a loro destinati.

All'interno dell'Azienda è presente l'Ufficio Relazioni con il Pubblico con il compito di promuovere programmi per il miglioramento della soddisfazione del cittadino/utente ed individuare idonei strumenti per l'ascolto e la comunicazione con i cittadini.

Lo sviluppo delle competenze professionali delle risorse umane presenti all'interno dell'Azienda rappresenta altro nodo focale di crescita che deve essere sempre l'obiettivo su cui deve concentrarsi il management aziendale a tutti i suoi livelli. Una particolare attenzione alla formazione, alle eventuali problematiche interne dei lavoratori, trova una risposta adeguata nei vari organi che l'A.O. Papardo ha al suo interno quali il Cug Aziendale, il Comitato Stress lavoro correlato e il Collegio di Conciliazione, che agiscono, ognuno per la parte di propria competenza, cercando di dare risposte adeguate a determinati disagi dei lavoratori.

Secondo quanto disposto dal D.A. del 15.04.2010, anche l'A.O. Papardo ha un comitato consultivo aziendale che agisce e fornisce il suo supporto all'Azione dell'Amministrazione e che è stato rinnovato con delibera n. 537 del 27.06.2017.

Con delibera n. 139 del 04.03.2015 si è proceduto ad adottare l'apposito regolamento del comitato consultivo aziendale.

A prova dell'ottimo rapporto e supporto dell'azione del Comitato Consultivo Aziendale, con delibera n. 511 del 31.05.2018 si è proceduto ad approvare e prendere atto della sottoscrizione del protocollo di intesa denominato "Patto con i cittadini".

L'Azienda adotta politiche e stili relazionali improntati alla chiarezza e alla trasparenza delle proprie scelte e dei propri comportamenti confrontandosi con le Organizzazioni Sindacali di categoria e con le Rappresentanze Sindacali Unitarie secondo i criteri e le prassi definite dai Contratti Nazionali di Lavoro e delle disposizioni di legge in materia e nel rispetto delle funzioni e delle distinte responsabilità proprie dei Sindacati e dell'Azienda. Si è cercato di assumere un rapporto collaborativo e di confronto, pur nei singoli e definiti ruoli di competenza, rispettando i principi normativi dell'informazione, della consultazione, della concertazione e della contrattazione integrativa aziendale.

Inoltre si è sempre cercato una fattiva e utile collaborazione con le altre strutture sanitarie presenti all'interno del territorio cittadino, fornendo e ricevendo un supporto fattivo con l'Asp territoriale, con il Policlinico Universitario, con l'Università di Messina e con l'Irccs Bonino Pulejo- Piemonte. L'Assessorato e il Ministero della Salute.

3. L'Amministrazione.

Il management Aziendale succedutosi nell'anno 2018, ha preso atto degli atti deliberativi fondamentali che erano stati adottati nell'anno 2017 e più precisamente:

- n. 51 dell'11.09.2017 avente ad oggetto "Adozione nuovo Atto Aziendale";
- n. 52 dell'11.09.2017 avente ad oggetto "Adozione nuova Dotazione Organica";
- n. 53 dell'11.09.2017 avente ad oggetto "Rimodulazione piano triennale dei fabbisogni di personale 2017-2019".

L'Atto Aziendale dell'A.O. Papardo, a tutt'oggi in vigore, prevede la strutturazione dell'Azienda in n. 8 dipartimenti 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 Patologie Cardio Toraco Vascolari;
7. Dipartimento Onco-Ematologia;
8. Dipartimento Servizi e Smart Hospital.

I dipartimenti sanitari afferiscono alla Direzione Sanitaria, mentre afferisce al Direttore Amministrativo il Dipartimento Amministrativo unitamente ai relativi settori e più precisamente: 1) U.O.C. Affari Generali; 2) U.O.C. Risorse Umane; 3) U.O.C. Tecnico; 4) U.O.C. Provveditorato; 4) U.O.C. Economico Finanziario e Patrimoniale.

Sempre nell'assetto aziendale scaturente dall'Atto Aziendale in vigore, sono dipendenti dalla Direzione Generale le seguenti UU.OO. e Servizi:

- a) U.O.C. Controllo di Gestione e S.I.A. (Servizio Informatico Aziendale);
- b) Staff: articolato in: 1) U.O.S. Formazione; 2) U.O.S. Qualità, Rischio clinico e accreditamento; 3) U.O.S. U.R.P. (Ufficio Relazioni con il Pubblico), Comunicazione ed internazionalizzazione;
- c) U.O.S. Affari Legali;
- d) U.O.S. R.S.P.P. (Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione);
- e) Medico Competente.

Nell'ambito del personale presente all'interno dell'Azienda, vengono di seguito riassunti i dati relativi al costo del personale con indicazione di un quadro sintetico dell'Amministrazione.

Ruolo ed area contrattuale	Numero Dip.ti	Costi Tabellare	Posiz. Retrib.	Condiz. di lavoro	Retrib. Risultato	Altri Costi	Oneri Sociali	Totale Costi
<u>Ruolo Sanitario</u>								
Dirigenza Medica T.I.	254	15.653.628	6.772.440	1.049.483	916.760	465.692	7.276.776	32.134.779
Dirigenza Medica T.D.	31	1.170.392	418.770	104.807	60.900	-----	479.755	2.234.624
Dirigenza Sanitaria T.I.	24	1.335.414	289.920	47.010	156.030	-----	505.833	2.354.207
Dirigenza	2	72.223	25.270	4.560	13.600	-----	24.427	140.080

Sanitaria T.D.									
Comparto Sanitario T.I.	622	15.273.066	-----	3.268.742	3.540.024	612.134	6.241.012	28.934.978	
Comparto Sanitario T.D.	11	223.720	-----	54.355	25.144	-----	90.422	393.461	
Totale	944	33.748.443	7.506.400	4.528.957	4.712.458	1.077.826	14.618.225	66.192.309	
Ruolo ed area contrattuale	Numero Dipendenti	Costi Tabellare	Posiz. Retrib.	Condiz. di lavoro	Retrib. Risultato	Altri Costi	Oneri Sociali	Totale Costi	
<u>Ruolo Professionale</u>									
Dirigenza Prof.le T.I.	3	125.497	60.560	5.000	9.220	2.464	52.586	255.327	
Dirigenza Prof.le T.D.	1	49.733	6.268	-----	-----	-----	17.818	73.819	
Comparto Prof. T.I.	1	25.051	-----	13.420	19.050	-----	15.166	72.697	
Comparto Prof. TD	1	23.545	-----	-----	853	-----	7.532	31.930	
Totale	6	223.826	66.828	18.430	29.123	2.464	93.102	433.773	
Ruolo ed area contrattuale	Numero Dipendenti	Costi Tabellare	Posiz. Retrib.	Condiz. di lavoro	Retrib. Risultato	Altri Costi	Oneri Sociali	Totale Costi	
<u>Ruolo Tecnico</u>									
Dirigenza Tecnica T.I.	1	45.485	12.000	-----	-----	-----	15.008	72.493	
Dirigenza Tecnica T.D.	2	86.430	16.302	-----	9.220	-----	39.991	151.943	
Comparto Tecnico T.I.	171	3.213.680	-----	671.436	569.837	-----	1.213.969	5.668.922	
Comparto Tecnico T.D.	20	556.659	-----	68.265	65.339	-----	208.569	898.832	
Totale	194	3.902.254	28.302	739.701	644.396	-----	1.477.537	6.792.190	
Ruolo ed area contrattuale	Numero Dipendenti	Costi Tabellare	Posiz. Retrib.	Condiz. di lavoro	Retrib. Risultato	Altri Costi	Oneri Sociali	Totale Costi	
<u>Ruolo Amministrativo</u>									
Dirigenza Amm.va T.I.	3	159.803	111.101	-----	13.820	-----	74.463	359.187	
Dirigenza Amm.va T.D.	4	213.078	46.571	-----	23.450	-----	84.018	367.117	
Comparto Amm.vo T.I.	78	1.659.446	-----	331.136	346.366	18.870	643.945	2.999.763	
Comparto	9	104.013	-----	9.751	10.072	2.686	40.374	166.896	

Amm.vo T.D.								
Totale	94	2.136.340	157.672	340.887	393.708	21.556	842.800	3.892.963
Totale	1.238	40.010.863	7.759.202	5.627.975	5.779.685	1.101.846	17.031.665	77.311.236
Ruoli								

4. I risultati raggiunti.

Gli obiettivi assegnati al Commissario dell'Azienda Ospedaliera Papardo sono stati oggetto di valutazione in merito al raggiungimento o meno degli obiettivi.

Qui di seguito si riportano i dati relativi all'attività di ricovero svolta presso l'Azienda Ospedaliera Papardo:

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO			
Anno 2017	N. Accessi	N. ricoveri	N. Prestazioni da flusso "C"
P.O. Papardo	33.826	6.673	235.631
Anno 2018	N. Accessi	N. ricoveri	N. Prestazioni da flusso "C"
P.O. Papardo	32.653	5.910	235.498

RICOVERO ORDINARIO						
Anno 2017	Media Annuale Posti Letto	N. SDO	N. SDO Chir.	TUPL	Degenza Media	Peso Medio
P.O. Papardo	288	10.491	4.942	87,3%	8,71	1,46
Anno 2018	Media Annuale Posti Letto	N. SDO	N. SDO Chir.	TUPL	Degenza Media	Peso Medio
P.O. Papardo	257,3	9.983	4.838	90,4%	7,51	1,41

RICOVERO DAY HOSPITAL					DAY SERVICE
Anno 2017	Media Annuale Posti Letto	N.SDO	N.SDO Ch.	Accessi	N. SDAO
P.O. Papardo	45	2.488	773	7.946	5.029

Anno 2018	Media Annua Posti Letto	N.SDO	N.SDO Ch.	Accessi	N. SDAO
P.O. Papardo	17	1.869	529	6.043	5.220

5. Obiettivi: criticità e opportunità.

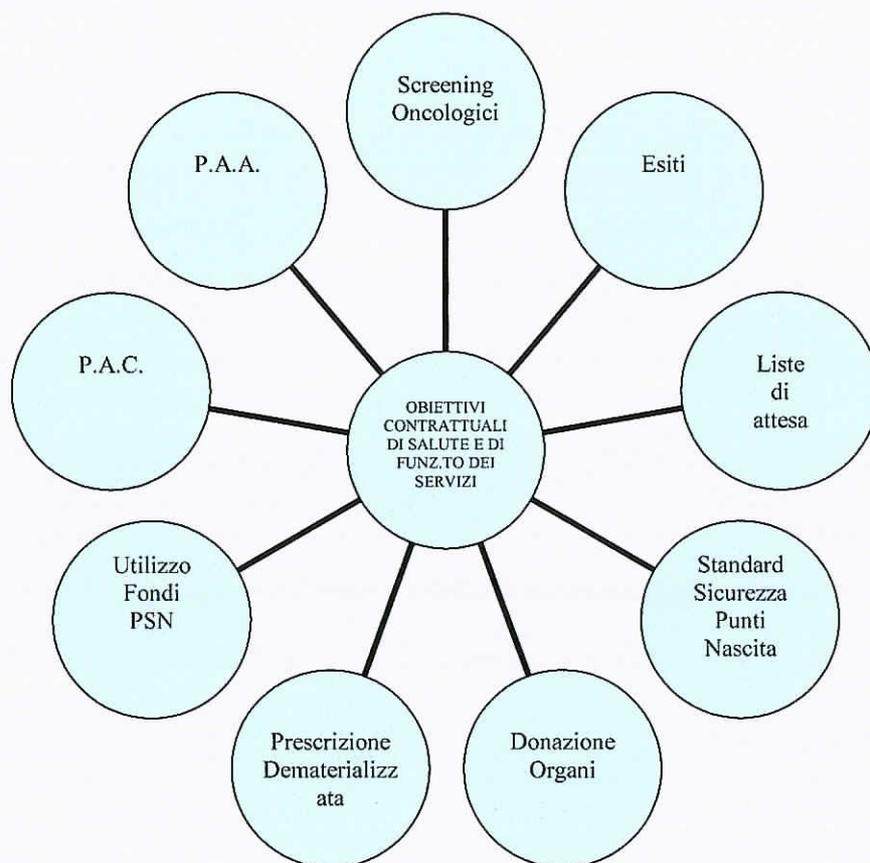
Gli obiettivi assegnati per l'anno 2018 sono in continuità con quelli degli anni precedenti, tenuto conto che nel predetto anno non si è proceduto ad assegnare obiettivi visto il commissariamento delle Aziende Sanitarie e pertanto gli stessi si concretizzano in:

- 1.Obiettivi specifici attribuiti dall'Assessorato della Sanità;
- 2.Obiettivi contrattuali generali;
- 3.Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento dei servizi.

Gli obiettivi contrattuali generali, vengono mantenuti anche per l'anno 2018, in continuità con quelli dell'anno 2017 e possono essere qui di seguito riassunti:

- 1) Equilibrio di Bilancio;
- 2) Fondi Po-Fesr;
- 3) Contenimento della spesa;
- 4) Direttiva flussi informativi;
- 5) Osservanza disposizioni in Alpi.

Accanto agli obiettivi contrattuali generali, vi è l'Obiettivo di riorganizzazione del Pronto Soccorso e gli Obiettivi Contrattuali di salute e di funzionamento dei servizi che si articolano come meglio sotto indicato:



All'interno dei vari macro-obiettivi abbiamo dei sub-obiettivi così meglio articolati

- Screening ► Screening Oncologici;
- Esiti
 - Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni;
 - Riduzione incidenza parti cesarei primari;
 - Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI;
 - Proporzione di STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti;
 - Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni;
- Liste di attesa;
- Punti nascita;
- Donazione organi;
- Prescrizioni dematerializzate;
- P.A.A.

Questi obiettivi dovranno prendere atto della nuova rete ospedaliera e della rimodulazione che all'interno della stessa è stata prevista in relazione ai Dea di I o II livello in cui sono articolate le varie Aziende Sanitarie e quelle Ospedaliere.

Questa nuova riarticolazione comporta anche un riassetto all'interno delle varie realtà ospedaliere e territoriali, tenuto conto delle indicazioni esplicitate dal Decreto Balduzzi con la conseguenziale accorpamento di alcune UU.OO. in funzione del numero di popolazione presente nel territorio che comporterà una riduzione e rifunzionalizzazione delle stesse.

I nuovi limiti di spesa vanno conciliandosi con la necessità di soddisfare anche i criteri di sicurezza di assistenza ai cittadini con conseguenziale maggiore garanzia per i sanitari che vedranno così garantite le loro funzioni e la loro professionalità anche in termini di rispetto dell'orario di lavoro alla luce della nuova normativa in materia dei limiti massimi di ore lavorate.

La particolare attenzione dell'Amministrazione va rivolgendosi verso l'attività di emergenza e chirurgica in generale che deve rappresentare il traino principale di attrazione dell'utenza. La programmazione, lo screening, l'oncologia, le nuove apparecchiature, il reclutamento di personale medico, la specializzazione per branche di intervento devono essere i punti di forza su cui concentrare l'attenzione e gli obiettivi da perseguire per una riconferma e rilancio dell'attività assistenziale aziendale.

La particolare attenzione da rivolgere a nuove attività, nuove analisi, nuove sperimentazioni, rappresenta la valvola propulsiva per una crescita aziendale.

Una nuova iniezione di linfa vitale giovanile, con il progressivo svecchiamento del personale aiuterà a dare nuovo entusiasmo e raggiungere obiettivi sempre più ambiziosi.

A queste nuove innovazioni tecnologiche e di personale si affianca la multidisciplinarietà che è già presente in azienda e che anche nell'anno passato ha portato a un approccio al paziente più concreto e con la capacità di dare risposte sempre più adeguate all'evolversi di anamnesi sempre più croniche che devono essere maggiormente affrontate in maniera condivisa da differenti operatori sanitari.

Sono ormai centinaia i casi oggetto di studio interdisciplinare che vengono analizzati dai professionisti, in modo da predisporre un approccio sistematico e condiviso di terapie da attuare.

6. Obiettivi. Risultati raggiunti e scostamenti.

Albero della Performance

L'Azienda Ospedaliera Papardo, secondo quanto stabilito dalla normativa vigente rappresenta le proprie politiche di azione mediante l'Albero della Performance che rappresenta la politica aziendale e le relazioni adottate anche con gli Stakeholder coinvolti e nell'ambito delle strategie politiche volte al perseguimento degli obiettivi programmati.

In sintesi l'**Albero della Performance** rappresenta le relazioni fra:

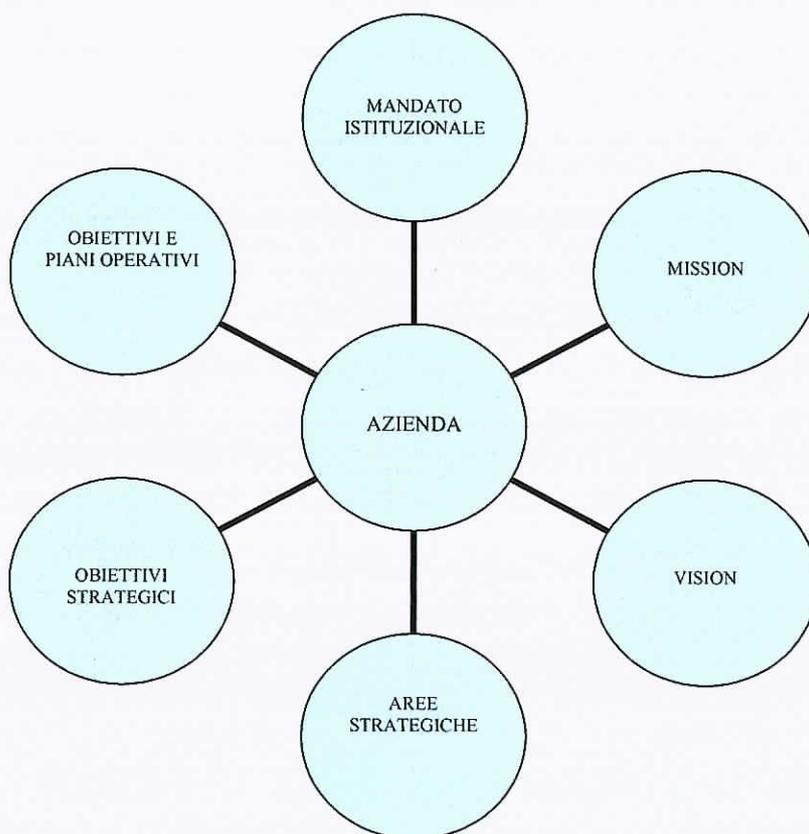
- **Mandato Istituzionale:** perimetro nel quale l'Azienda Ospedaliera può e deve operare sulla base delle sue attribuzioni/competenze istituzionali fissate dalle norme vigenti;

- **Mission:** ragione d'essere e ambito in cui l'Azienda Ospedaliera opera in termini di politiche e di azioni perseguite;
- **Vision:** definizione dello scenario a medio e lungo termine da realizzare, attraverso obiettivi strategici, obiettivi operativi ed azioni, facendo leva sui tratti distintivi dell'A.O. Papardo;
- **Aree Strategiche:** linee di azione in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale, la missione e la visione.
- **Obiettivi Strategici:** descrizione di un traguardo che l'organizzazione si prefigge di raggiungere per sviluppare e potenziare con successo le proprie aree strategiche;
- **Obiettivi Operativi – Piani Operativi:** dettaglio delle azioni necessarie all'implementazione dei programmi strategici e delle relative modalità (risorse umane, risorse economiche, interventi etc.).

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.



7. Obiettivi Strategici - Obiettivi e piani operativi - Obiettivi individuali.

Obiettivi contrattuali generali.

► Equilibrio di bilancio ◀

Si sta procedendo a predisporre il Bilancio e con delibera n. 59/2019 si è proceduto a differire il termine di approvazione del bilancio aziendale per l'anno 2018.

Nell'elaborazione del preconsuntivo, nell'ottica dell'equilibrio di bilancio, si è tenuto anche conto:

- del rispetto dei vincoli delle risorse finanziarie disponibili per il Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2018;
- dei valori di mobilità attiva/passiva determinati sulla base dei dati di produzione sanitaria dell'anno 2018 dall'Azienda e rideterminati in funzione dello "scorporo" del Piemonte.

► Fondi PO-FESR ◀

Gli interventi conclusi e per cui risultano già debitamente trasmesse le fatture quietanzate sono:

- Fornitura e posa in opera "chiavi in mano" di un litotritore extracorporeo per urologia;
- Lavori di adeguamento dell'U.O. di Medicina Nucleare del P.O. Papardo al D.M. 30.03.2005;
- Lavori di riorganizzazione e riqualificazione delle Strutture di Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri Papardo e Piemonte, finalizzato al miglioramento delle condizioni di accoglienza e tempo di trattamento dei pazienti;
- Realizzazione del Trigeneratore presso il P.O. Papardo di Messina.
- Procedura aperta per la realizzazione di una Rete Radio del Servizio di Emergenza Urgenza Sanitaria 118 della Regione Siciliana.

Su questo intervento occorre precisare che lo stesso ha subito una sospensione legata alla perizia di variante presentata dalla Ditta Aggiudicataria non ancora approvata con tutte le conseguenziali problematiche connesse e relative ad una rivisitazione dell'individuazione dei siti.

- Lavori necessari per l'ottenimento del certificato di prevenzione incendi per l'Ospedale Papardo di Messina.

Con delibera 733/2018 si è proceduto alla liquidazione e pagamento S.A.L. nr. 9 – 10 – 11 Ter.

► Flussi Informativi ◀

Con la circolare 217 del 7 gennaio 2015, l'Assessorato ha reso noti i criteri di valutazione dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie, in relazione ai flussi informativi, con particolare riferimento ai tempi di trasmissione, certificazione delle informazioni inviate e qualità dei dati.

L'invio tempestivo dei flussi verso l'Assessorato è il presupposto per il monitoraggio della spesa,

delle attività sanitarie, della rendicontazione della mobilità sanitaria, a garanzia dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Al 31 dicembre 2018, i flussi informativi aziendali sono stati inviati entro il 18° giorno di ogni mese.

In riferimento al flusso Beni e Servizi ex art. 79, si comunica che la trasmissione dei 4 tracciati (contratti, referenze, movimentazioni, prezzi) e delle tabelle di riconciliazione relativamente ai 4 trimestri dell'anno 2018, è avvenuta entro il 30° giorno del mese successivo al trimestre di riferimento. Si sta procedendo a una rendicontazione definitiva concernente le rimanenti al 31.12.2018 del File F.

► Osservanza disposizioni ALPI ◀

L'Azienda ha proceduto alla redazione ed adozione del nuovo regolamento Alpi con delibera n. 496 del 23/07/2015 e ss.mm.ii. "Regolamento sulle modalità organizzative dell'attività libero-professionale intramuraria, aggiornato al DA n.337/2014 del 07/03/2014 dell'assessorato regionale della salute".

In aderenza all'art. 1 comma 9 della L. 120/2007, richiamato dal suddetto regolamento (art. 7), sono stati definiti gli spazi disponibili per l'espletamento all'attività libero-professionale nei medesimi ambulatori e con le attrezzature dedicate all'attività istituzionale garantendo la separazione delle attività in termini di orari, prenotazioni e modalità di riscossione dei pagamenti.

In relazione al comma 4 lettera d) sul monitoraggio aziendale si precisa che sono pubblicati sul sito aziendale i monitoraggi mensili dei tempi di attesa medi aziendali e, a cadenza trimestrale, quelli provenienti dal sovraCUP inerenti ai tempi di attesa provinciali. Vengono, inoltre, calcolati i tempi medi d'attesa trimestrali inerenti le prestazioni erogate in regime libero-professionale.

A garanzia delle erogazioni delle prestazioni con classe di priorità "urgente" da erogare entro 72 ore dalla richiesta, le agende di prenotazione posseggono slot dedicati a tale tipologia di urgenze.

Per ciò che concerne, invece, quanto previsto dal comma 4 lettera e) l'azienda provvede all'accertamento di eventuali incompatibilità grazie all'opera della Commissione paritetica, prevista dal regolamento aziendale ALPI all'art. 16.

In particolare, vengono effettuati controlli periodici ed estemporanei sul corretto svolgimento dell'attività da parte dei dirigenti, sia per quella ambulatoriale e di diagnostica, sia per quella in regime di ricovero e, nel caso di accertamento di inadempienze, propone alla Direzione Aziendale le eventuali sanzioni da erogare, anche nel caso si accerti il mancato rispetto del buon andamento dell'attività.

In riferimento ai volumi di attività, l'Azienda, provvede, mensilmente, ai fini della garanzia del corretto rapporto tra il regime istituzionale di erogazione delle prestazioni e quello in libera

professione, nonché ai fini della rendicontazione economica, a predisporre un report di raccordo sui volumi delle prestazioni rese da parte dei professionisti coinvolti sia in regime istituzionale che Alpi.

La verifica della prestazione istituzionale e quella in ALPI viene effettuata per singolo professionista.

Si specifica infine che il professionista non percepisce i compensi, maturati in regime di attività libero professionale, laddove non risulti coerente il rapporto tra i due regimi di attività.

Mensilmente, a seguito dei sopraindicati controlli, si provvede al pagamento delle prestazioni Alpi ai medici che espletano tale attività.

8. Obiettivi Contrattuali di salute e di funzionamento dei servizi.

► Obiettivo di riorganizzazione dei Pronto Soccorso ◀

Monitoraggio al 31/12/2018

Obiettivo 1 Ridurre i tempi di permanenza in Pronto Soccorso

- Indicatore (I1): Percentuali di pazienti con tempo massimo di permanenza al Pronto Soccorso < alle 6 ore
- Indicatore 2(I2): Percentuali di pazienti con permanenza pre-ricovero > 24 ore
- Indicatore 3(I3): Percentuale di pazienti dimessi verso una struttura ambulatoriale

Obiettivo 2: valutare la qualità percepita dei servizi offerti nei Pronto Soccorso

La valutazione sarà effettuata in termini di aderenza al progetto regionale secondo specifiche direttive che saranno disposte dall'Assessorato.

Si resta in attesa di direttive regionali.

Dai dati elaborati dalle Strutture Controllo di Gestione e Programmazione e Budget si ricavano i seguenti dati elaborati dal flusso Emur e qui di seguito rappresentati.

ACCESSI	32.653
di cui: Dimessi al domicilio	19.629
Ricoveri presso lo stesso P.O.	5.910
Trasferiti in altro P.O. *	237
Rifiuta il ricovero	1.215
Dimessi a struttura ambulatoriale	760
Abbandoni al PS durante accertamenti	3.807
Abbandoni al PS prima della visita	1.063
Deceduti in PS	22
Giunti cadavere	9

(*) di cui in continuità di soccorso: 47; mancanza posti letto: 188; ritorno all'Ospedale richiedente: 2

Trasferiti per ricovero altrove: 3,0 %

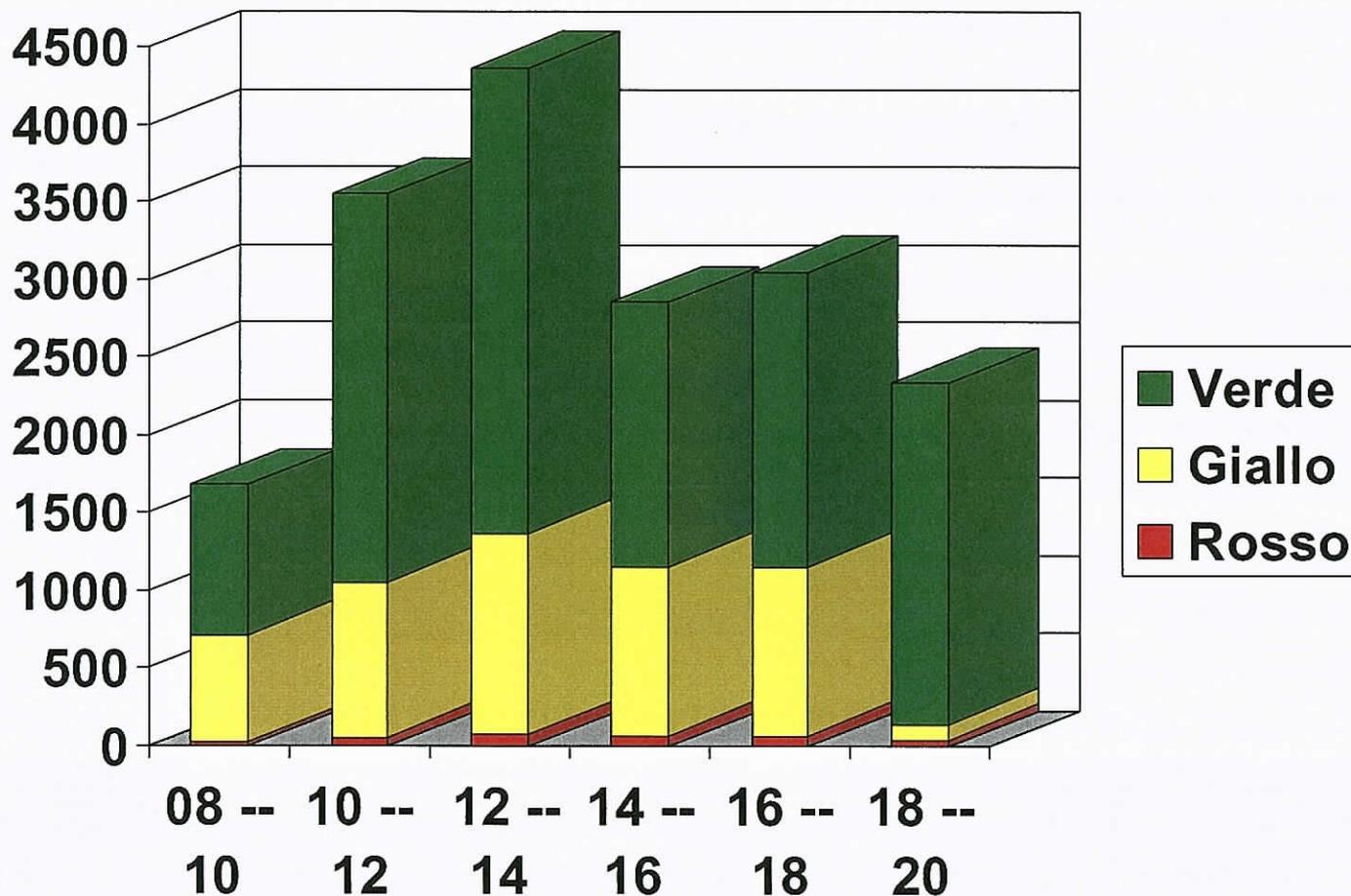
Tot. Abbandoni: 14,9 %

TRIAGE		Triage escluso gli abbandoni	CONFERMA	
Rosso	542	525	508	Ric. Cod.
Giallo	14.762	12.240	8.998	Verde
Verde	16.422	14.291	17.350	84
Bianco	922	722	900	Abbandoni:
Nero	5	5	27	84
	32.653	27.783	27.783	

DISTRIBUZIONE ORARIA		RICOVERATI	
Ore 8-20	Ore 20-8	Stesso P.O.	Altro Istituto
322	186	444	37
6.106	2.892	5.382	191
12.460	4.890	84	9

DISTRIBUZIONE SETTIMANALE							
	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
Rosso	84	67	82	72	82	65	56
Giallo	1473	1369	1289	1332	1327	1173	1035
Verde	3010	2497	2425	2491	2561	2515	1851
Altro	201	134	138	123	154	136	41
Totali	4768	4067	3934	4018	4124	3889	2983

Numero di casi distinti per ora e codice durante l'anno



► Screening Oncologici ◀

-Screening: tutte le richieste di prenotazione per screening oncologici sono trasferite automaticamente, dal CUP federato al gestionale dell'ASP 5 come disposto di comune accordo con le aziende sanitarie dell'area metropolitana a far data dal 21/06/2016.

► Esiti ◀

Monitoraggio ESITI al 31/12/2018

N.B. Si precisa che sono stati riportati per tutti gli esiti, i valori obiettivi anno 2017

Sub-Ob. 2.1	<i>Tempestività interventi a seguito di frattura del femore su pazienti >65 % interventi effettuati entro le 48h dal ricovero sul numero totale di casi di frattura femore su pazienti target</i>	
Obiettivo	Valore obiettivo al 31/12/2017	Valore obiettivo al 31/12/2018
Valore obiettivo >= 90%	112/131 = 85,5%	Percentuale Interventi Femore: 85,1%
Valore Minimo >= 60%		Totale pazienti Target = 141 di cui 120 operati entro giorni 2

N.B. n. 3 pazienti hanno rifiutato l'intervento per cui la % sarebbe stata in tal caso pari all'87%

Sub-Ob. 2.2	Incidenza dei tagli cesari <i>L'oggetto di monitoraggio sono i tagli cesarei primari e la loro incidenza % parti cesarei sul totale dei parti in donne non precesarizzate</i>	
	Obiettivo	Valore obiettivo al 31/12/2017
Valore obiettivo <= 20%		Valore obiettivo al 31/12/2018
Valore Minimo <= 28% (media regionale)	134/627 = 21,4%	Percentuale tagli cesarei = 22,8% Totale Parti (escluso precesarizzate) = 504 di cui tagli cesari primari = 115

Sub-Ob. 2.3.1:	Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI (dati da SDO) <i>L'attività oggetto di monitoraggio è il tempo misurato in ore che intercorre dal momento del ricovero (data e ora) a quello dell'intervento di angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) % PTCA effettuate entro 24 ore dal ricovero sul n. totale di casi di Ima Stemi</i>	
	Obiettivo	Valore obiettivo al 31/12/2017
Valore obiettivo >= 91%		Valore obiettivo al 31/12/2018
Valore Minimo >= 78% (media regionale)	87/97 = 89,7%	Percentuale PTCA = 85,4% Totale pazienti target con Ima Stemi da Sdo = 103 di cui trattati con PTCA entro giorno successivo = 88

N.B. n. 6 casi tot. pazienti target non necessitavano di PTCA – La percentuale sarebbe stata pari al 96,7%

Sub-Ob. 2.3.2:	Tempestività P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI (da schede RAD-Esito) <i>Oggetto di monitoraggio è il tempo misurato in minuti che intercorre fra l'accesso e l'intervento di angioplastica coronarica percutanea trasluminale (PTCA), come riportato nella scheda Rad-Esito % PTCA effettuate entro 90 minuti dal Ricovero sul totale dei casi di Ima Stemi</i>	
	Obiettivo	Valore obiettivo al 31/12/2017
Valore obiettivo >= 91%		Valore obiettivo al 31/12/2018
Valore Minimo >= 60% (media regionale)	79/97 = 81,4%	Percentuale PTCA = 79,6% Paz. Target con Ima Stemi episodio iniziale di assistenza = 103 di cui 82 trattati con Ptca entro 90 minuti

N.B. n. 6 casi tot. pazienti target non necessitavano di PTCA – La percentuale sarebbe stata pari al 90,1%

Sub-Ob. 2.4:	Colecistectomia Laparoscopica <i>Monitoraggio della percentuale degli interventi con degenza post-operatoria minore o uguale a 2 giorni (data dimissione – data intervento < o = 2)</i>	
	Obiettivo	Valore obiettivo al 31/12/2017
Valore obiettivo >= 97%		Valore obiettivo al 31/12/2018
Valore Minimo >= 70% (media regionale)	23/22 = 95,7%	Percentuale Colecistectomie laparoscopiche = 71,4 % Totale pazienti Target n. 35 di cui 25 trattati entro il termine previsto

MONITORAGGIO ESITI NEGLI ANNI

Sub Obiettivo: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti over 65

Indicatore: Interventi effettuati entro 48 h dal ricovero sul numero totale dei casi di frattura femore su pazienti target

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
64,3%	77,1%	77 %	82,45%	67,46%	77,71%	85,5%	85,1%
Percentuale interventi femore: 85,1%							
Totale pazienti target = 101 di cui 120 operati entro giorni 2							
(n.b. n. 3 pazienti target hanno rifiutato l'intervento per cui la % sarebbe in tal caso 87)							

Sub Obiettivo: Incidenza tagli cesarei

Indicatore: % tagli cesarei su parti di donne non precesarizzate

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
52,4%	41,7%	55 %	55,2%	43,37%	24,66%	21,5%	22,8%
Percentuale di Tagli Cesarei: 22,8%							
Totale Parti (escluso precesarizzate) = 504 di cui tagli cesarei primari = 115							

Sub Obiettivo: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 2 giorni

Indicatore: Interventi con degenza post-operatoria entro 2 giorni sul numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica

2013	2014	2015	2016	2017	2018
62,3 %	75%	76,6%	-----	95,7%	71,4%
Percentuale laparoscopie: 76,6%					
Totale colecistectomie laparoscopiche (procedura 5123 in qualunque posizione e regime di ricovero) 72					

Sub Obiettivo: Effettuazione PTCA su pazienti ricoverati per infarto miocardico acuto

Stemi

Indicatore: PTCA effettuate entro il giorno successivo a quello del ricovero sul numero totale di pazienti target

≥ 50% sul totale dei casi Ima		≥ Ima-Stemi					
2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
45,6%	51,48%	86%	85,8%	84,92%	82,53%	91,7%	85,4%
Percentuale interventi femore: 85,4%							
Totale pazienti target con Ima-Stemi da SDO = 103 di cui trattati con PTCA entro giorno successivo = 88							
Secondo linee guida Decreto 1 aprile 2011 – Gurs n. 24 del 03.06.2011							

Sub Obiettivo: PTCA da schede Rad-Esiti

Indicatore: Angioplastica coronarica percutanea entro 90 minuti (120 fino al 2015) dall'accesso, in pazienti con infarto miocardico Stemi in fase acuta

2015	2016	2017	2018
70,77%	72,9	72,98%	79,6%
Paz. Target con IMA STEMI episodio iniziale di assistenza = 103			
Di cui 82 trattati con PTCA entro 90 minuti			

PTCA – N.B.

Nel Target sono presenti 6 casi che hanno fatto BPAC invece di PTCA e 6 casi che hanno eseguito coronarografia ma non necessitano di PTCA.

Pertanto la percentuale ricalcolata su 91 casi di Target e pari a:

90,1% per i casi da Rad esito trattati entro 90 minuti e 96,7% per i casi da SDO trattati entro le 24 ore.

Azioni di miglioramento sono possibili attraverso azioni informative e piani formativi del

personale, anche del 118, tenuto conto della “particolarità” della città di Messina. L’apertura degli svincoli permette una nuova ricollocazione e redistribuzione, secondo l’Hub o Spoke di riferimento.

Maggiori informazioni comportano minori rischi per i pazienti che giungono ai vari Pronto Soccorso e pertanto una particolare attenzione deve essere data alla compilazione delle schede sui “tempi” a partire dai PS (Hub e Spoke) o dal soccorso 118.

► Liste di attesa ◀

Le Aziende Sanitarie dell’Area metropolitana di Messina, hanno avviato un processo di programmazione delle agende di prenotazione differenziate per classi di priorità e di prestazione. Questo permette una gestione e un costante monitoraggio delle agende di prenotazione differenziate delle liste di attesa, rendendo possibile il controllo della domanda e dell’offerta di prestazioni specialistiche e l’introduzione di eventuali azioni correttive nell’ottica del miglioramento continuo.

In tale ambito si colloca il Sovracup provinciale che rappresenta ormai una realtà sulla quale confluiscono le richieste di “primo accesso” attraverso il quale gli utenti possono conoscere le prime disponibilità per ogni prestazione.

Il monitoraggio dei tempi di attesa ex post è effettuato a partire dai flussi della specialistica ambulatoriale (flusso C, M e XML ex art. 50) e, ai fini della valutazione, rappresenta un prerequisito, la valorizzazione, in media al 90%, di tutti i campi interessati al calcolo degli indicatori.

Le tabelle dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie e degli ambulatori, sono presenti sul sito aziendale divisi per mese seguendo i seguenti passaggi: ► Amministrazione Trasparente ► Servizi Erogati ► Servizi Erogati ► Liste di attesa ► Tempi di attesa Provinciali Sovracup.

Dal monitoraggio e dall’analisi dei dati rilevati attraverso i flussi informativi dei tempi di attesa emerge che gli agenti che determinano le liste di attesa in ambito interaziendale sono da sempre riconducibili a tante variabili:

- Crescente domanda di prestazioni sanitarie dovute all’invecchiamento della popolazione;
- Potenziale in appropriatezza della selezione della classe di priorità da parte dei Medici prescrittori;
- Congruità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche;

- ▶ Scelta dell'utente verso la struttura o il medico (rilevanza del rapporto di fiducia tra medico e paziente);
- ▶ Insufficiente informazione/comunicazione al cittadino sulle modalità e finalità gestionali che governano i sistemi di prenotazione;
- ▶ Gestione non sempre differenziata tra le prestazioni di controllo programmato e gli screening e tra agende di prima visita e quelle di controllo;
- ▶ Disponibilità delle risorse umane/tecnologiche;
- ▶ Mancata disdetta della prenotazione da parte del cittadino;

Ai sensi dell'art.1 del D.A. 439 / 2015, con delibera dell'ASP di Messina n. 1565/DG del 25 giugno 2015, è stata istituita la Cabina di Regia Interaziendale per il governo delle liste di attesa.

Piano delle Azioni:

- 1) Riduzione della domanda inappropriata: sono stati implementati, in collaborazione con i rappresentanti dell'Ordine dei Medici di Messina, i percorsi di formazione/informazione per i medici prescrittori.
- 2) Sul fronte dell'offerta gli interventi sono mirati alla razionalizzazione/ottimizzazione dell'offerta, tenendo conto sia delle effettive necessità assistenziali del territorio (bisogno) sia della relativa domanda;
- 3) Implementazione dell'offerta delle prestazioni ad alta specialità e particolare impegno professionale che rappresentano, nella provincia di Messina, prestazioni oggetto di mobilità passiva regionale e interregionale.

Il primo elemento che emerge è l'elevata frequenza dei casi in cui l'utente non accetta la prima data disponibile dal sistema, seppur entro i tempi previsti dalla classe di priorità indicata, scegliendo una data posticipata rispetto alla gravità clinica prescritta sulla ricetta, come dai sotto riportati report:

Report Anno 2018

Scelta dell'utente	Classi di Priorità							
	U (entro 72 ore)		B (entro 10 giorni)		D (entro 30 giorni per le visite e 60 per gli esami diagnostici)		P (entro 180 giorni)	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
Non accetta la data della prima disponibilità	5923	58,49	105037	75,28	83228	76,37	67539	76,04
Accetta la data di prima disponibilità	4204	41,51	34497	24,72	25749	23,63	21284	23,96
Totale Complessivo	10127	100	139534	100	108977	100	88823	100

Peraltro, la richiesta di posticipare la data dell'appuntamento avviene a prescindere dalla classe di priorità indicata nella prescrizione. Nel caso di ricette con classe di priorità B e D, si raggiunge, addirittura, quasi l'80% di mancata accettazione della data di prima disponibilità.

Appare fortemente contraddittorio riscontrare tale fenomeno anche per le prescrizioni con priorità U (entro 3 giorni). Il comportamento dell'utente rispetto alla scelta del presidio ove eseguire la prestazione e della tempistica di erogazione incide sull'equilibrio del sistema del governo dei tempi di attesa.

► Punti nascita ◀

Compilazione della Checklist e verifica del n° di requisiti garantiti / totale requisiti previsti dalla Checklist.

Incidenza tagli CESAREI – Indicatore: % tagli cesarei su parti di donne non precesarizzate

Incidenza tagli cesarei

Indicatore: % tagli cesarei su parti di donne non precesarizzate

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
52,4%	41,7%	55 %	55,2%	43,37%	24,66%	21,5%	22,8%
Percentuale di Tagli Cesarei: 22,8%							
Totale Parti (escluso precesarizzate) = 504 di cui tagli cesarei primari = 115							

N.B. il totale dei parti di qualunque tipo è pari a n. 683

► Donazione organi ◀

ATTIVITA' SVOLTE

~ Attività di formazione e comunicazione finalizzata a favorire la diffusione della cultura della donazione degli organi e accelerare il processo di inserimento delle dichiarazioni di volontà dei cittadini nel SIT (Sistema Informativo Trapianti).

~ Attività di sensibilizzazione e formazione del personale ospedaliero mediante il corso formativo "La donazione di organi e tessuti: il ruolo degli operatori sanitari", tenutosi presso l'Azienda Ospedaliera Papardo in data 22/11/2016.

~ Campagna informativa Interaziendale sulla donazione delle cornee da cadavere per ottenere la collaborazione da parte di tutte le U.O nell'attività di segnalazione dei possibili donatori.

A tal fine è stata redatta e consegnata a ciascuna U.O idonea, una carpetta contenente protocolli e procedure con allegati:

- Criteri di esclusione del donatore;
- Modulo di non opposizione;
- Istruzione operativa per il medico di guardia;
- Modulo con esami ematochimici contrassegnati da effettuare.

~ E' stato ideato e realizzato il Logo, che caratterizza il Coordinamento Locale dell'Azienda. Realizzazione di brochure per la sensibilizzazione della popolazione alla donazione di organi e tessuti.

~ Campagna di informazione alla popolazione con il corso "Cultura della donazione e dei trapianti. Aspetti bioetici e ruolo dei media", tenutosi presso l'auditorium dell'ordine dei medici Chirurghi e Odontoiatri di Messina in cui ha relazionato sul "Mantenimento del potenziale donatore" il Primario della U.O.C. di Anestesia e Rianimazione dell'A.O. Papardo Dott. Tanino Sutera.

Si è anche proceduto a sensibilizzare i ragazzi con un progetto che visto l'intervento degli alunni del Liceo Classico "F. Maurolico".

Anche attraverso l'alternanza scuola/lavoro, si cerca anche di incentivare la comunicazione, grafica o video, per sensibilizzare i giovani alla donazione ed ai valori del volontariato considerato che la donazione degli organi è un atto di grande civiltà.

► Prescrizione ricetta dematerializzata ◀

Anno 2017

Indicatore	Obiettivo	Valore obiettivo al 30/09/2017
% di Medici dipendenti abilitati alla prescrizione dematerializzata ed invianti	> 40%	119/254=47%
Numero medio di prescrizioni mensili effettuate in modalità dematerializzata per singolo medico	> 10 per singolo medico	23.25%

Anno 2018

Indicatore	Valore obiettivo al 31.12.2019
% di Medici dipendenti abilitati alla prescrizione dematerializzata ed invianti	191/280 = 68 %
Numero totale delle ricette dematerializzate prescritte	50.386

► Piani Attuativi Aziendali ◀

Si è proceduto a predisporre n. 20 copie in CD con la relative relazione sullo stato di avanzamento dei P.A.A. trasmessa dall'Azienda capofila ASP 5 di Messina con nota prot. n° 8398 del 31/1/2018.

► Pari opportunità e bilancio di genere ◀

L'Azienda Ospedaliera Papardo, nel pieno rispetto della normativa vigente, ha tra i propri obiettivi il pieno raggiungimento della pari opportunità di genere.

Il divieto di discriminazione per motivi di genere, di razza, sindacali, politici, religiosi, di lingua, di disabilità, di età, di orientamento sessuale, di convinzioni personali, rappresenta per l'A.O. Papardo, un principio cardine dal quale non ci si deve e non ci si può discostare.

All'interno dell'A.O. Papardo si è proceduto con delibera n. 146 del 05.10.2017 al rinnovo del Cug Aziendale (Comitato Unico di Garanzia), organismo in cui convergono le competenze dei precedenti Comitati per le pari opportunità e Comitato sul fenomeno del mobbing, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni regolanti la materia.

Il Cug ha già avviato i propri lavori interessandosi di diverse tematiche e segnalazioni provenienti da singoli dipendenti o richiesti da organi aziendali.

9. Il processo di redazione della Relazione sulla Performance.

-Fasi, soggetti, tempi e responsabilità.

-Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance.

Il processo di redazione della Relazione sulla Performance tiene conto di quanto esplicitato nel Piano triennale della Performance.

Al momento dell'individuazione degli obiettivi segue quello della contrattazione con i responsabili delle strutture. A questa fase segue quella della condivisione con tutti gli operatori delle singole UU.OO. e del monitoraggio mensile sugli obiettivi assegnati da parte degli Uffici Controllo di Gestione e Programmazione e Budget.

Il raggiungimento degli obiettivi previsti ed assegnati comporta una successiva attività di validazione da parte degli organismi di controllo, che riversano i propri effetti sull'azione degli organi apicali aziendali e su tutte le figure dirigenziali che collaborano con la Direzione per il raggiungimento degli obiettivi specifici.

La Struttura tecnica permanente ha avviato il processo di raccolta delle schede di valutazione sin dalla metà del mese di febbraio 2018 con l'invio di tutte le relative richieste ai responsabili delle varie UU.OO. e Servizi Aziendali.

Il processo di valutazione dei dipendenti, già rodato da tempo nelle strutture sanitarie, sta assumendo piano piano una connotazione di partecipazione da parte dei dipendenti agli obiettivi aziendali e di reparto. Alcuni responsabili hanno anche avviato processi di autovalutazione per rendere partecipi e responsabili i vari dipendenti e per superare e condividere le difficoltà e le resistenze nella valutazione del personale.

Qui di seguito viene riportata la tempistica prevista nel Piano Performance e che a tutt'oggi è stata rispettata nelle sue massime linee.

	<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	
		Fase 2.5: Negoziazione budget con i singoli CdR	Direz. Generale 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	Consolidazione	Acquisizione dei dati conclusivi di attività e	Controllo di	Entro il 28/02

6	mento dati	performance dell'anno ed inserimento nel sistema informatico per l'elaborazione (dopo l'invio definitivo di tutti i flussi regionali e ministeriali)	Gestione	dell'anno successivo
Fase 7	Reportistica	Ai responsabili dei CdR è inviata la scheda riassuntiva dei dati di attività, produttività e costo dell'anno conclusosi 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	Valutazio- ne indivi- duale	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 procedure 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	Validazio- ne indivi- duale	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)
Fase 17	Relazione della Per- formance	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	Entro il 30 giugno (sempre che non vi siano impedimenti che non permettano il rispetto di tale termine)

Quest'anno il processo di valutazione si è concluso nel mese di aprile 2019 e si è concretizzato con il pagamento della retribuzione di risultato con le mensilità del mese di maggio 2019.

L'O.I.V. ha constatato nel processo di valutazione che il processo di identificazione degli obiettivi si è effettivamente arricchito sotto l'aspetto metodologico della necessaria componente strategica, operazione questa che oltre a costituire un miglioramento effettivo, mette l'Azienda in condizioni di perseguire un allineamento strategico secondo le intenzioni e la performance ricercate.

Ha parimenti rilevato che da un punto di vista metodologico e specificamente quantitativo, sembra che non si sia ancora raggiunta l'adeguata capacità di identificazione degli obiettivi

capaci di far emergere gli effettivi delta qualitativi fra diversi centri di responsabilità. Ciò ha determinato una traslazione verso l'alto della valutazione della complessiva performance aziendale.

Questo elemento, è stato progressivamente corretto anche attraverso l'inserimento nelle singole schede di budget di una serie di obiettivi individuati proprio con la finalità di far emergere le reali eccellenze aziendali.

Sottolinea, sempre l'O.I.V. che il percorso è avviato ma dovrà essere sottoposto a ulteriore revisione anche attraverso l'ausilio degli strumenti di controllo di gestione disponibili in Azienda e l'implemento di più adeguati strumenti di controllo strategico.

In definitiva, richiamate le opportune cautele meglio specificate in premessa, tutte le UU.OO. e Servizi Aziendali hanno raggiunto l'obiettivo minimo per il pagamento della produttività fissato al 75% delle schede di budget, anche se con diverse performance, che hanno tuttavia visto l'assestamento dei risultati su una soglia abbastanza alta come d'altronde evidenziato dallo stesso Organismo Indipendente di Valutazione che ha evidenziato anche la necessità di affinare il processo di pianificazione strategica e il conseguente percorso di programmazione per consentire spazi naturali di composizione a tutte le istanze che provengono dalle dirigenze di strutture complesse.

Analizzando le singole schede di budget delle UU.OO. aziendali si evidenzia che la struttura delle stesse ha posto una particolare attenzione a una serie di obiettivi quali:

-R.O. Letti Media

-D.H. Letti Media

-R.O. Sdo Numero/Valore

Con valutazione finale del peso medio, tenendo in evidenza che l'obiettivo viene rimodulato in proporzione ai Posti Letto mediamente attivi ed alla reale dotazione organica dirigenziale.

A questi obiettivi vengono aggiunti i Dh Sdo Numero/Valore e i Day Service Sdao Numero/Valore oltre il valore in Euro delle Att. Ambulatoriale Esterni.

A questi obiettivi, si aggiungono per determinate UU.OO. gli obiettivi strategici aziendali che si sostanziano in:

-Int. Femore %;

-Tagli Cesarei %;

-Ptca % entro 24h;

-Ptca % entro 90 min.;

-Colecistectomia Laparosc. %;

Una particolare attenzione, nella predisposizione della scheda di budget è stata posta alla percentuale dei ricoveri non appropriati e all'omissione del registro.

Inoltre, altra particolare attenzione è stata posta, in maniera differenziata a tali obiettivi:

-Appropriatezza compilazione Cartella Clinica secondo criteri Paca (Controlli interni Direzione Medica);

-Riduzione tasso infezioni Ospedaliere su dimessi;

-Corretta e completa compilazione dimissioni facilitate;

-Corretta e completa compilazione scheda Rad esiti;

-Garantire inizio interventi la mattina entro le 08:30 (obiettivo in comune con le UU.OO. operanti nel Blocco Centrale);

-Riduzione tasso infezioni Ospedaliere su dimessi;

Inoltre sono state indicate apposite prescrizioni a tutte le varie UU.OO. in relazione all'obbligo di redigere correttamente in ogni parte il registro di accesso degli informatori scientifici precisando che la mancata compilazione comporterà una decurtazione dal punteggio finale di 5 punti.

E' evidente che il all'interno del processo di budget vi è una procedura di valutazione e di collaborazione con tutti i dipendenti all'interno dell'U.O. su cui vengono ribaltati i singoli obiettivi di budget meglio specificati nella scheda.

Il raggiungimento degli stessi diventa, pertanto, un lavoro di equipe che permette o meno il raggiungimento di una adeguata performance della singola U.O. e dell'Azienda nel suo complesso e che si riverbera sul processo di valutazione di ogni singolo componente e lavoratore del servizio. Appare pertanto evidente che valutare è uno dei compiti più ostici da realizzare. Il continuo confronto, la buona capacità di leadership definisce e permette di attribuire al responsabile della struttura una determinata capacità professionale/gestionale.

Il valutatore deve essere in grado di analizzare anche il proprio operato. Non si può contestare il lavoro altrui se non si mette in discussione anche il proprio e il modo in cui porgere e richiedere agli altri determinate prestazioni.

Appare evidente che il Direttore della struttura deve essere orientato a comprendere tutti i processi lavorativi, gestionali, informatici, sanitari, organizzativi che orbitano all'interno di un determinato servizio, ufficio o Unità Operativa Aziendale.

E' chiaro che non si possa essere onnisciente, ma comprendere il modus operandi è

necessario per una leadership forte che evidenzi la capacità di comprendere chi fa cosa e come lo fa.

Dall'altro lato, il singolo lavoratore, che si vede valutato da un dirigente che sia pienamente consapevole delle procedure che si svolgono all'interno del proprio settore o unità operativa e che dimostri capacità organizzativa e lavorativa, accetta maggiormente la valutazione, anche non pienamente positiva, proveniente dal Direttore purché adeguatamente motivata.

La discussione, il confronto, l'apertura a suggerimenti, rappresenta un momento importante di aggregazione e anche di autocritica che coinvolge, per parti differenti, sia il valutatore che il valutato.

La responsabilizzazione deve sempre essere presente con la definizione dei singoli compiti che deve caratterizzare la più ampia mission aziendale.

L'appiattimento delle valutazioni diventa un disincentivo nei confronti del lavoratore che si trova a essere valutato alla stregua di coloro che magari non danno un adeguato apporto al singolo settore o reparto.

Il singolo lavoratore può contestare una valutazione che ritiene non congrua all'apporto dato alla singola struttura.

Il dialogo e il confronto non deve mai diventare uno scontro.

La legge, i regolamenti, l'Azienda, garantiscono a tutti i dipendenti la possibilità di sottoporre la propria valutazione, nel caso in cui non la condividano e la ritengano non soddisfacente, al Collegio di Conciliazione Aziendale che è stato chiamato a intervenire durante l'anno 2018 in relazione a qualche valutazione contestata.

Appare evidente che tale organo non ha poteri decisionali tali da poter portare a una riforma di quanto predisposto dal valutatore. Tuttavia il tentativo di conciliazione che viene espletato non è privo di positivi effetti anche quando il risultato finale non muta.

Il potersi confrontare e alle volte sfogare, permette al singolo valutato di esternare la propria insoddisfazione, motivata o meno, anche di fronte a un organo terzo, magari evidenziando i veri motivi del proprio dissenso che alle volte nel confronto a due tra valutato e valutatore, non sempre emergono così chiaramente.

Si sono tra l'altro evidenziate, problematiche connesse al rispetto delle formalità che devono essere rispettate al fine di non inficiare, sin dall'inizio, il processo di valutazione.

Pertanto, il rispetto delle procedure anche in tema di valutazione, il ribaltamento e la cristallizzazione degli obiettivi e l'eventuale contestazione del mancato raggiungimento di

quelli assegnati, rappresentano momenti su cui porre una particolare attenzione al fine di non incorrere in eventuali contestazioni.

Alle volte, il valutatore si trova in difficoltà, dovendo giudicare le attività lavorative di un gran numero di dipendenti che orbitano intorno alla propria struttura o al proprio dipartimento e non direttamente posti sotto la propria direzione.

Si ribadisce che sarebbe sempre auspicabile che l'assegnazione degli obiettivi aziendali sia effettuata in tempi congrui in modo da permettere una adeguata programmazione, ribaltamento e assegnazione degli stessi alle varie componenti che caratterizzano la singola struttura.

Non si può peraltro sottacere che all'interno dell'Azienda, le strutture Controllo di Gestione e Programmazione e Budget effettuano una lodevole attività di reportistica e di segnalazione mensile degli eventuali scostamenti dal budget programmato e che permette ai singoli responsabili delle strutture di confrontarsi per comprendere le opportune azioni di aggiustamento utili e conducenti al raggiungimento dell'obiettivo minimo di performance della singola struttura.

La collaborazione a tutti i livelli è il giusto punto di partenza per una adeguata azione per il miglioramento dell'attività sanitaria a tutti i livelli.



Allegato B alla delibera
n. 226 del 24/6/2019 della
quale costituisce parte integrante

Regione Siciliana
Azienda Ospedaliera Papardo
Ctr. Papardo tel.090-3991 Messina

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

DOCUMENTO DI VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2018

L'Organismo Indipendente di Valutazione dell'Azienda Ospedaliera Papardo di Messina ha preso in esame la Relazione sulla Performance anno 2018 nella riunione tenutasi in forma collegiale in data 21.06.2019.

L'O.I.V., tenuto conto dei risultati e degli elementi emersi dalla documentazione fornita in merito al processo di budget anno 2018, del contesto in cui tale processo si è svolto e dei contenuti della relazione sulla performance e degli indicatori di processo in essa contenuti e sviluppati, evidenzia come nella predetta relazione si sia offerto un ampio dettaglio dei dati di contesto. Nello specifico va notato che l'Azienda ha complessivamente mantenuto un adeguato livello di performance se raffrontato con le condizioni organizzative e di contesto in cui ha dovuto operare nel corso del 2018.

Pertanto si esprime una valutazione complessivamente positiva, con ciò validando, la relazione relativa alla performance dell'anno 2018 dell'A.O. Papardo.

Dr. Pietro Maria Testai (Componente)

Prof. PierLuigi Catalfo (Componente)

P. Testai
P. Catalfo

