



Relazione sulla Performance Anno 2017



Giugno 2018

Indice

1. Presentazione	pag. 3
2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri <i>stakeholder</i> esterni	pag. 4
2.1. Il contesto esterno di riferimento	pag. 4
2.2. L'AOOR Villa Sofia-Cervello	pag. 5
2.3. I risultati raggiunti	pag. 7
2.4. Le criticità e le opportunità	pag. 8
3. Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti	pag. 11
3.1. Albero della <i>performance</i>	pag. 11
3.2. Obiettivi strategici	pag. 11
3.3. Obiettivi e piani operativi	pag. 13
4. Risorse, efficienza ed economicità	pag. 23
5. Pari opportunità e bilancio di genere	pag. 24
6. Il processo di redazione della relazione sulla <i>performance</i>	pag. 25
6.1. Fasi, soggetti, tempi e responsabilità	pag. 25
6.2. Punti di forza e di debolezza del ciclo della <i>performance</i>	pag. 25
Allegati:	
Schede con obiettivi di struttura anno 2017 - Risultati attesi e soglie di raggiungimento	pag. 27

1. Presentazione

La Relazione sulla Performance rappresenta lo strumento attraverso il quale l'AOOR "Villa Sofia-Cervello" presenta ai cittadini e ai suoi stakeholder i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, ottenuti nell'anno precedente, con la rilevazione degli eventuali scostamenti.

Essa si inserisce nel ciclo di gestione della performance, avviato con l'adozione del Piano della Performance 2017-2019 che ha definito, a partire dalla mission e vision aziendale, le linee strategiche generali dell'Azienda e gli obiettivi da raggiungere per l'anno 2017. Il Piano è stato verificato dall'Organismo Indipendente di Valutazione e successivamente adottato con delibera N. 61 del 31/01/2017 e infine pubblicato nel sito dell'Azienda.

Sulla base delle linee strategiche aziendali e delle linee di indirizzo emanate dall'Assessorato alla Salute, l'Azienda ha definito ed assegnato gli obiettivi, con i rispettivi valori attesi di risultato e gli indicatori di misurazione, attraverso il processo di negoziazione di budget; ha attivato un costante monitoraggio di esercizio con eventuali azioni correttive e un monitoraggio e valutazione della performance organizzativa ed individuale, attraverso specifici sistemi di valorizzazione del merito.

L'Azienda infine, a chiusura del ciclo della performance, ha elaborato la presente relazione relativa all'anno 2017, quale rendicontazione dei risultati agli stakeholders, ai cittadini e ai destinatari dei servizi.

La relazione sarà quindi sottoposta per la validazione all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), anche ai fini dell'erogazione al personale dipendente della quota stipendiale legata al risultato, nel rispetto del protocollo applicativo del vigente Sistema Premiante (Contratto Integrativo Aziendale).

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

2.1. Il contesto esterno di riferimento

Il Rapporto Istat 2018 sulla situazione del Paese disegna un quadro sicuramente in netto miglioramento in molti ambiti; rimangono, tuttavia, alcuni importanti punti di debolezza, individuabili in una posizione dell'Italia tuttora non sempre in linea con la media dei Paesi dell'UE e distante dai principali partner, soprattutto con riferimento al Mezzogiorno. Nonostante i progressi realizzati non si è, infatti, colmato il divario riguardo la performance del sistema produttivo nel suo complesso e, malgrado i molteplici segnali positivi quali l'aumento delle esportazioni di beni e servizi (+ 5,4%), la crescita dell'economia e l'aumento del tasso di occupazione, permane forte il ritardo del nostro Paese in diversi campi, come mercato del lavoro, istruzione, formazione e conoscenza in generale. Soprattutto resta ancora forte il divario fra il Nord e il Mezzogiorno del Paese; se è vero, infatti, che l'occupazione, in specie quella femminile, aumenta in maniera uniforme in tutto il territorio nazionale, tuttavia occorre sottolineare che il Mezzogiorno rimane l'unica ripartizione con un saldo occupazionale negativo: il tasso di occupazione femminile è inferiore di oltre 13 punti alla media europea e la disoccupazione giovanile, soprattutto nella classe di età 15-24 anni, raggiunge nel Mezzogiorno il 34,7 per cento, rispetto al 16,8 per cento dell'UE.

Per quanto riguarda la dimensione della salute e del welfare, l'Italia conferma un andamento positivo per tali aspetti, mantenendo una posizione più favorevole rispetto alla media europea in numerosi ambiti. Nonostante la spesa sanitaria pubblica italiana risulti ancora inferiore a quella dei più importanti partner europei, e l'incidenza della spesa privata sia più elevata, i principali indicatori di mortalità (infantile, per tumori e per malattie circolatorie) collocano infatti il nostro Paese tra i dieci con i tassi più contenuti, mentre relativamente agli stili di vita si conferma la minore incidenza di adulti in eccesso di peso. L'Italia presenta del resto un'aspettativa di vita fra le più alte in ambito europeo, occupa il secondo posto per gli uomini e il quarto per le donne: la speranza di vita (indicatore sintetico della qualità delle condizioni di vita) nasconde tuttavia l'esistenza di disuguaglianze a livello territoriale, riassumibili, ancora, in uno svantaggio del Mezzogiorno di circa un anno rispetto al resto del Paese, che diventano circa tre considerando gli estremi della provincia autonoma di Trento (valore più alto) e la Campania (valore più basso). Inoltre, diverse recenti ricerche confermano un dato preoccupante: in Italia più del 6% della popolazione lamenta un mancato o ritardato accesso alle cure a causa dei costi elevati delle stesse, evidenziando dunque il forte peso che i costi delle visite mediche e dei trattamenti attualmente disponibili hanno sulla salute dei cittadini, e non solo di quelli italiani.

2.2. L'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello

L'AOOR Villa Sofia-Cervello nasce formalmente il 1[^] settembre 2009 quando, a seguito della riorganizzazione del SSR (Legge Regionale 5/2009), vengono aggregate insieme l'Azienda Ospedaliera Villa Sofia, l'Azienda Ospedaliera V. Cervello e il Presidio Casa del Sole proveniente dalla Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo.

L'AOOR Villa Sofia-Cervello è oggi una delle 4 Aziende sanitarie dell'area metropolitana di Palermo, un'area che si estende su una superficie di 5.009,28 km² e comprende 82 comuni. È la quinta città metropolitana italiana per popolazione e la terza per dimensioni ed è naturalmente la più estesa della Sicilia.

I cittadini che usufruiscono dei servizi sanitari dell'AOOR Villa Sofia-Cervello provengono però non solo dalla popolazione dell'area metropolitana di Palermo, ma anche dalle aree provinciali viciniori, prevalentemente Trapani ed Agrigento, confermando in questo la vocazione dell'Azienda a porsi come punto di riferimento interprovinciale o addirittura regionale per diverse specialità, anche grazie alla presenza in essa di numerosi Centri di Riferimento Regionale, che qui di seguito si ricordano:

- Promozione del trattamento con cellule staminali della sclerosi multipla e delle malattie cronicodegenerative
- Prevenzione e trattamento delle complicanze delle malattie neuromuscolari genetiche rare
- Diagnosi e trattamento delle fibrosi polmonari
- Diagnosi e trattamento dell'asma grave
- Diagnosi, terapia e rieducazione cognitivo-motoria per le malattie di Parkinson
- Controllo di qualità e la diagnostica citogenetica e molecolare delle leucemie acute e croniche
- Prevenzione, diagnosi, cura delle leucemie e dei linfomi per il trapianto di midollo osseo e le attività connesse alla tipizzazione tissutale
- Malattie infiammatorie croniche intestinali sito presso l'UOC di Medicina II
- Diagnosi e cura dell'angioedema ereditario (HUB)
- Diagnosi, cura e follow up dei tumori tiroidei (HUB)
- Diagnosi, cura e follow up dell'acromegalia
- Malattie neurologiche a patogenesi immunitaria, centro provinciale di dispensazione delle specialità medicinali con nota 65 e centro Hub per la sclerosi multipla
- Chirurgia oncoplastica della mammella
- Diagnosi e cura delle basse stature, comprese quelle correlate alle malattie rare

- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie genetiche rare e cromosomiche e della sindrome di Down
- Malattie rare dell'occhio
- Donatori cellule staminali emopoietiche ed aferesi terapeutica, per il laboratorio regionale di tipizzazione tissutale ed immunogenetica e per la banca occhi Lions della Regione Siciliana, presso la UO di Medicina Trasfusionale
- Diagnosi e cura dello scompenso cardiaco
- Terapia chirurgica delle malattie infiammatorie croniche intestinali in correlazione (spoke) con il centro di riferimento regionale per le malattie infiammatorie croniche dell'intestino UOC di Medicina 2
- Prevenzione, diagnosi e cura dei pazienti fragili ed in età' evolutiva

Nel 2017, con l'approvazione della nuova rete ospedaliera da parte dei Ministeri della Salute e dell'Economia, l'AOOR Villa Sofia-Cervello è stata riconosciuta come HUB per la rete del politrauma, (area di emergenza-urgenza e Trauma Center), Stroke Unit di III livello, centro per la rete dell'infarto.

Negli anni le diverse direzioni hanno cercato di sviluppare una cultura organizzativa comune e condivisa e ad oggi l'AOOR è così articolata:

- ◆ Presidio Vincenzo Cervello, con 302 posti letto complessivi, pediatrici e per adulti. Presenta una prevalenza di specificità di area medica e centri di ricerca ed ha assorbito al suo interno il polo pediatrico di Casa del Sole;
- ◆ Presidio Villa Sofia, con 263 posti letto complessivi. Si sviluppa prevalentemente sull'area traumatologica e chirurgica;
- ◆ Il Presidio CTO, con in atto una chiara vocazione alle attività ambulatoriali o di degenza diurna, ma con un residuo di 12 posti letto in Degenza ordinaria e 11 DH, destinati ad attività di riabilitazione.

A questi tre poli ospedalieri si aggiunge la sede legale, in Viale Strasburgo 233, dove operano gli uffici amministrativi e la direzione aziendale. Infine, il polo di Via Ingegneros, già destinato ad ambulatori istituzionali, è stato dismesso alle attività sanitarie ed è, al momento, non accessibile.

A rispondere ai problemi di salute dei pazienti ci sono nella nostra Azienda poco meno di 2.700 operatori di cui 614 medici, biologi e altri dirigenti sanitari, 1278 tra infermieri, ostetriche, tecnici

sanitari e della riabilitazione, 179 operatori socio-sanitari e 509 operatori dell'area del supporto amministrativo e tecnico.

Tra il personale dirigente la presenza femminile non risulta fortemente rilevante poiché raggiunge decisamente meno della metà dell'universo complessivo dei dirigenti presenti (38%), almeno per ciò che riguarda il personale a tempo indeterminato. Si alza un poco tra il personale a tempo determinato (40%).

Personale a tempo determinato	Valore
Unità	110
Età media del personale	47
% di dipendenti in possesso di laurea	21%
% di dirigenti in possesso di laurea	100%
Età media dei dirigenti	40
% non dirigenti donne	73%
% dirigenti donne	56%

Personale a tempo indeterminato	Valore
Unità	2203
Età media del personale	53
% di dipendenti in possesso di laurea	13%
% di dirigenti in possesso di laurea	100%
Età media dei dirigenti	57
% non dirigenti donne	50%
% dirigenti donne	38%

Inoltre, con 578 posti letto in regime ordinario e 94 in day hospital e day service, 29 sale operatorie, 200 ambulatori e 20 Centri di Riferimento Regionali, la nostra Azienda Ospedaliera integra competenze cliniche e tecnologiche per offrire la migliore qualità di cura per le patologie dell'adulto e del bambino. A seguito del D.A. 2015 "Organizzazione e sviluppo della Rete Locale di Cure Palliative" sono stati programmati ed assegnati all'AOOR 8 posti letto di Hospice.

2.3. I risultati raggiunti

Come indicato dal livello regionale centrale, la nostra Azienda Ospedaliera ha tendenzialmente ridotto l'attività di ricovero in regime ordinario e in day hospital, incrementando l'attività in day service, non solo per contribuire al processo di deospedalizzazione, ma principalmente per ridurre la inappropriatezza in regime di ricovero ordinario e, non in ultimo, migliorare l'umanizzazione delle cure, rendendo più favorevole ai bisogni dei pazienti il percorso diagnostico. La minore permanenza in ospedale, infatti, riduce i rischi legati alla permanenza nelle strutture nosocomiali, ma soprattutto riduce il disagio e il livello di ansia del paziente e dei suoi familiari .

Di seguito una visione di insieme dei principali dati di attività dell'anno 2017

Attività	Anno 2017
Posti letto ricovero ordinario	578
Ricoveri ordinari - dimessi	20.762
Peso medio DRG ricoveri ordinari	1,27
Degenza media ricoveri ordinari	8,07
Numero gg degenza ordinaria	200.503
Tasso occupazione P.L.	95%
Posti letto D.H.	94
Accessi in D.H.	22.841
Ricoveri in D.H. - dimessi	6.241
Peso medio DRG ricoveri in D.H.	0.87
Presenza media giornaliera	81
Tasso occupazione posti letto D.H.	43%
Numero PAC conclusi nell'anno	6.324
Accessi	21.834
Prestazioni ambulatoriali	562.830
Numero accessi al Pronto Soccorso Adulti	95.783
Numero accessi al Pronto Soccorso Pediatrico	30.168
Numero accessi al Pronto Soccorso Ginecologico	10.064

2.4. Le criticità e le opportunità

Lo sviluppo dell'AOOR ha potuto contare su alcuni punti di forza quali:

- ✓ numerosi centri di riferimento regionali giustificati da professionalità elevate
- ✓ elevata complessità della casistica trattata
- ✓ vocazione alla ricerca
- ✓ laboratori di diagnostica specialistica e di ricerca di elevata qualità
- ✓ chirurgia robotica.

Tuttavia alcune specifiche criticità ne hanno rallentato lo sviluppo e l'integrazione. Tra queste ricordiamo:

- ✦ Dotazione di posti letto di area medica sottodimensionata rispetto alla domanda;
- ✦ Offerta assistenziale di elevata complessità condizionata e limitata dalla pressione dell'area di emergenza-urgenza;

- ✦ Ritardi nell'avvio ed espletamento delle procedure di reclutamento di personale a tempo indeterminato, con carenza assoluta di dirigenti medici disponibili sul mercato del lavoro in alcune specialità
- ✦ Inadeguatezza delle strutture ospedaliere che non permettono di dispiegare adeguatamente il potenziale assistenziale, ma al contrario impegnano continuamente l'azienda in onerose manutenzioni ordinarie e straordinarie. Complessivamente la qualità percepita dall'utenza nell'accoglienza e nella funzionalità delle strutture ospedaliere risulta insufficiente.
- ✦ Insufficienza del filtro territoriale che induce un incremento esponenziale della inappropriata delle richieste di prestazioni diagnostiche e terapeutiche, con particolare riguardo alle strutture di prima accoglienza quali i Pronto Soccorso;
- ✦ Insufficienza della capienza delle strutture territoriali cui restituire pazienti nella fase della post-acuzie o lungodegenza, con esito nell'intasamento delle strutture per acuti;
- ✦ Insufficiente grado di informatizzazione nei processi interni all'azienda ma anche nella interfaccia con strutture esterne, motivato da un lato dalla insufficienza delle risorse aziendali a questo dedicate, ma anche da vincoli organizzativo gestionali dettati dal livello regionale nella ipotesi di un coordinamento di questi aspetti, che purtroppo non ha mai raggiunto una vera operatività.

La direzione aziendale ha comunque intrapreso alcune azioni di miglioramento per cercare di superare tali criticità; in particolare ricordiamo:

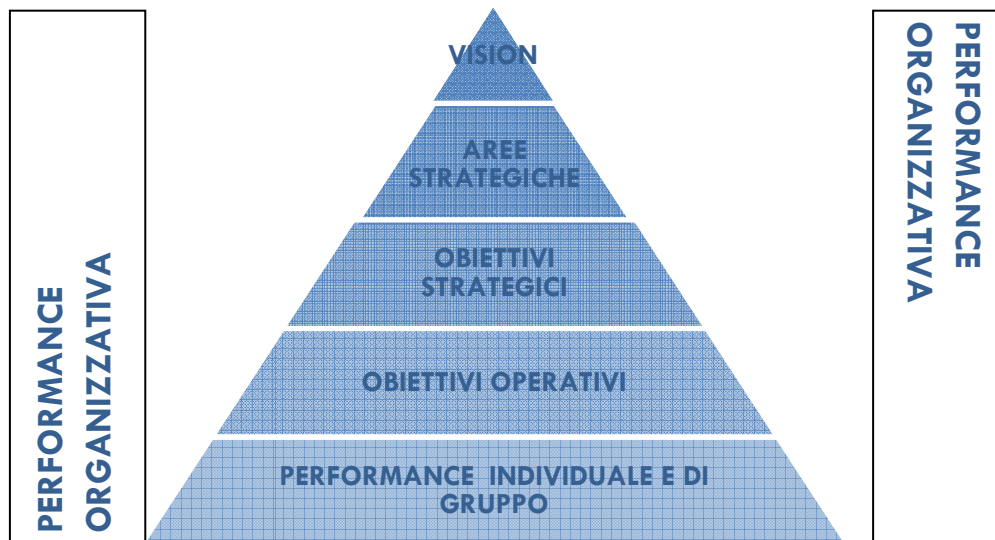
- L'avvio di un programma di riorganizzazione funzionale e strutturale di numerose aree tra cui:
 - Ristrutturazione-costruzione del Pronto Soccorso del Presidio Cervello
 - Progettazione della area di degenza della Oncologia Medica
 - Ristrutturazione della area di Radiologia del P.O. Cervello
 - Ristrutturazione della area di accesso al padiglione Geriatrico P.O. Villa Sofia
 - Creazione di una area dedicata alla attività di P.M.A. nel P.O. Villa Sofia
 - Avvio della progettazione di un fabbricato per Laboratori nel P.O. Cervello
- Avvio del processo di articolazione aziendale in U.O.C, U.O. semplici e Semplici Dipartimentali al fine di razionalizzare e migliorare i percorsi di diagnosi e cura e la qualità assistenziale. Ad oggi l'Azienda risulta articolata in 8 Dipartimenti assistenziali, 1 Dipartimento Amministrativo-Tecnico-Professionale che svolge le azioni gestionali e di supporto amministrativo all'attività di linee, cui si aggiunge il Coordinamento delle strutture di staff afferente alla Direzione generale e le articolazioni alle dirette dipendenze del Direttore Sanitario. L'organigramma qui di seguito presentato illustra chiaramente l'articolazione organizzativa dell'AOOR.

Organigramma Aziendale

3. Risultati raggiunti e scostamenti

3.1. Albero della performance

L'albero della performance è una mappa logica che permette attraverso una rappresentazione grafica di evidenziare il collegamento tra mandato istituzionale, mission, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi. Oltre ai vincoli e ai limiti imposti dalle disposizioni nazionali e regionali di natura finanziaria, vanno considerate le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotte in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai dirigenti, cui viene correlato il sistema premiante di tutto il personale. A ciascun obiettivo operativo, opportunamente pesato, viene associato indicatore, target, responsabilità e articolazione temporale di realizzazione.



3.2. Obiettivi strategici

Negli ultimi anni, al fine di allineare il SSR alle più avanzate realtà nazionali migliorando la qualità dell'offerta sanitaria e, non in ultimo, per mantenere l'equilibrio economico finanziario dello stesso Sistema, l'Assessorato alla Salute ha articolato un sistema di obiettivi strategici sia a valenza triennale, che annuale.

In particolare, gli obiettivi strategici triennali sono quelli relativi al controllo e contenimento dei costi:

- Equilibrio di Bilancio
- Utilizzo delle risorse derivanti dai Fondi Europei (PO-FESR) nella misura dei target di spesa annualmente assegnati

- Contenimento della spesa riferita al personale, alla farmaceutica e ai beni e servizi
- Rispetto della direttiva “Flussi informativi”
- Osservanza delle disposizioni impartite dall’Assessorato in merito alla Libera Professione Intramuraria (ALPI).

Per quanto riguarda invece gli obiettivi volti alla riqualificazione e miglioramento della qualità assistenziale ed organizzativa, gli obiettivi, definiti “di Salute e Funzionamento dei Servizi”, sono così articolati:

1. Screening oncologici
2. Esiti
3. Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali
4. Standard Punti Nascita
5. Donazione organi
6. Prescrizioni dematerializzate
7. Utilizzo fondi PSN
8. Sviluppo Percorso Attuativo Certificabilità (c.d. P.A.C.)

Inoltre, un ulteriore area di obiettivi strategici, relativi all’attuazione dei Piani Attuativi Locali, ha avuto un respiro di area metropolitana, anche al fine di garantire una effettiva integrazione ospedale-territorio e permettere una programmazione delle attività a livello interaziendale, fra le 4 aziende territoriale ed ospedaliere dell’area metropolitana di Palermo.

Gli obiettivi di area metropolitana sono stati, per l’anno 2017, così articolati:

- Integrazione socio-sanitaria,
- Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti,
- Reti tempo-dipendenti
- Sanità pubblica e prevenzione
- Sviluppo organizzativo.

Infine, si è reso necessario identificare obiettivi strategici anche in relazione al Piano di Efficientamento volto al recupero del disavanzo aziendale, come richiesto specificatamente dal livello di governo centrale.

Gli obiettivi strategici aziendali identificati come prioritari, derivanti dagli obiettivi strategici assegnati, sono stati quindi i seguenti:

- ✓ Garantire il raggiungimento degli “obiettivi generali” e di “salute e funzionamento dei servizi” definiti dall'Assessorato della Salute e dal Ministero della Salute
- ✓ Migliorare la sicurezza, l'accessibilità ai servizi e la qualità
- ✓ Migliorare il benessere organizzativo
- ✓ Aumentare l'appropriatezza clinico-organizzativa attestare l'attività a livelli medio-alti di complessità
- ✓ Attivare azioni volte a garantire il mantenimento dell'equilibrio economico aziendale
- ✓ Assicurare la massima trasparenza e porre in essere azioni volte al contrastare la corruzione
- ✓ Incrementare l'attività libero professionale intramuraria nel rispetto delle disposizioni nazionali e regionali
- ✓ Potenziare le sinergie ospedale – territorio
- ✓ Implementare ed ottimizzare i percorsi assistenziali ed amministrativi
- ✓ Applicare le misure di efficientamento per il triennio 2017-2019

3.3. Obiettivi e piani operativi

Attraverso il processo di budget la Direzione ha condiviso con il middle management e gli operatori strategie, obiettivi e responsabilità, oltre a coordinare le attività dei singoli dipartimenti rispetto ai temi della qualità dei servizi offerti al cittadino, del miglioramento del benessere organizzativo interno, dell'ottimizzazione dei processi produttivi.

Inoltre, attraverso gli specifici piani operativi, l'Azienda ha declinato gli obiettivi strategici aziendali di medio-lungo periodo in obiettivi annuali per soddisfare i requisiti che si riferiscono a tipologia, volume di prestazioni e qualità dei servizi offerti.

Nelle schede di dipartimento allegate si sintetizzano gli specifici obiettivi di performance e il grado di raggiungimento per ciascuno, in ciascuna area dipartimentale.

Per quanto riguarda invece gli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi, è necessario evidenziare che il processo di riordino della rete ospedaliera, tuttora in corso, nonostante le ripetute successive edizioni, ha un impatto notevole sul versante organizzativo e gestionale poiché, tra l'altro, crea ampi periodi di sospensione dell'applicazione delle disposizioni vigenti nell'attesa di quelle annunciate o in fase di approvazione. La riarticolazione delle strutture ha implicazioni immediate in termini di organizzazione delle attività sanitarie ed amministrative, adeguamento delle dotazioni organiche e quindi acquisizione di risorse umane e professionali.

Nelle pagine seguenti si analizzano i risultati raggiunti per ciascuno degli obiettivi e, ove rilevante, le eventuali criticità affrontate.

Obiettivo 1: Screening Oncologici

Obiettivo dell'indicatore è quello di recuperare la popolazione che non aderisce all'invito delle ASP garantendo l'accesso all'agenda degli screening da parte degli operatori CUP ospedalieri. Tale collaborazione è stata avviata attraverso la stipula di uno specifico protocollo di intesa tra ASP e AA.OO.

1. *Prenotazioni su richiesta dell'utente al CUP dell'AA.OO.RR. Villa Sofia –Cervello direttamente sul programma gestionale degli screening dell'ASP Palermo: operativo da settembre 2016.* Eventuali richieste di prenotazione vengono regolarmente effettuate dal nostro personale sul programma ASP.
2. *Numero di prestazioni richieste dall'ASP ed effettivamente rese disponibili: vedere punto successivo* in quanto alla nostra Azienda afferiscono solo i casi inviati dall'ASP per un secondo livello di approfondimento.
3. *Numero di casi inviati all'A.O. dalla ASP per il 2° e 3° livello con registrazione dei dati:* sono coinvolte l'UOSD Senologia-Breast Unit per lo screening mammografico e la U.O.C. Gastroenterologia per le colonscopie.
 - UOSD Senologia-Breast Unit: 13 casi inviati dall'ASP PA ed accettati dalla AOOR nel periodo gennaio-dicembre 2017;
 - U.O.C. Gastroenterologia: 42 casi inviati ed accettati, nel periodo gennaio-dicembre 2017, come da accordo tra Unità di Screening dell'ASP e l'UOC Gastroenterologia dell'AOOR per riservare 1 posto per colonscopie a pazienti con sospetto carcinoma del colon direttamente prenotabile dal Referente Unità di Screening dell'ASP stessa. Ad oggi si stanno studiando modalità organizzative per ampliare il numero di colonscopie disponibili.

- **Obiettivo 2: Esiti**

Sub-Obiettivo 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni

	Gen - Apr 2017	Gen - Dic 2017
Valore obiettivo	90%	
Valore medio regionale	60,00%	
Tasso grezzo SIS aziendale	75,40%	52,43%

Si evidenzia una criticità rispetto alla rendicontazione precedente, con un trend in peggioramento della prestazione. Ciò è imputabile essenzialmente ad una insufficiente disponibilità di dirigenti medici ortopedici con adeguate capacità chirurgiche. Il quadro è reso ancora più complesso dalla persistente carenza di Direttore della U.O.C.; la relativa procedura di selezione, che la azienda ha bandito, è in atto sospesa per disposizione assessoriale..

Sub-Obiettivo 2.2 – riduzione incidenza tagli cesarei:

	Gen - Apr 2017	Gen -Dic 2017
Valore obiettivo	<=20%	
Valore medio regionale	28,90%	
Tasso grezzo- SIS aziendale	31,29%	22,54%

Sub- Obiettivo 2.3.1- Tempestività nell'effettuazione PTCA nei casi IMA STEMI (0-1 giorno):

	Gen - Apr 2017	Gen - Dic 2017
Valore obiettivo	91,00%	
Valore medio regionale	78,00%	
Tasso grezzo - SIS aziendale	91,23%	92,93%

Sub-Obiettivo 2.3.2- Proporzione di STEMI (Infarti Miocardici con Sopraslivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronaricapercutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti:

	Gen-Apr 2017	Gen-Dic 2017
Valore obiettivo	91,00%	
Valore medio regionale	60,00%	
Tasso grezzo - SIS aziendale	81,01%	84,85%

Sub-Obiettivo 2.4 - Proporzione di colicistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 2 giorni:

	Gen – Apr 2017	Gen – Dic 2017
Valore obiettivo	97,00%	
Valore medio regionale	70,00%	
Tasso grezzo – SIS Aziendale	83,33%	75,21%

La Direzione ha svolto una costante attività di monitoraggio e di sostegno alle due UU.OO.CC. di pertinenza per il miglioramento dell'esito attraverso una serie di azioni quali la realizzazione di audit clinici e la riorganizzazione funzionale delle sedute operatorie

Obiettivo 3: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali

L'obiettivo 3 consiste nella valutazione del monitoraggio dei tempi di attesa per le 43 prestazioni ambulatoriali previste dal PRGTA attraverso la **modalità ex ante ed ex post**.

MODALITÀ EX ANTE

Per la modalità ex ante gli indicatori vengono calcolati trimestralmente come valori medi ponderati di tutte le 43 prestazioni in classe B e D. I dati del monitoraggio vengono raccolti durante una settimana indice; in questo caso la settimana dal **02 ottobre al 6 ottobre 2017**.

Il pre-requisito per l'accesso al sistema di valutazione è stato soddisfatto vista la compilazione e l'invio del monitoraggio stabilito dalla Regione entro i termini previsti dalle Circolari Assessoriale.

Σ N. di prestazioni richieste (da 1 a 43) (% di garanzia in classe B)	= 188	
		=54,89
Totale prestazioni prenotate in classe di priorità B	= 103	
Σ N. di prestazioni richieste (da 1 a 43) (% di garanzia in classe D)	= 402	
		=78,85
Totale prestazioni prenotate in classe di priorità F	= 317	

Si evidenzia che non è stato possibile raggiungere l'obiettivo perché la soglia di garanzia è minore dell'intervallo espresso al LIVELLO III (tra 75% e 84%) per entrambe le classi B e D come media delle 43 prestazioni critiche.

MODALITÀ EX POST

Per la modalità ex post, la valutazione dell'obiettivo prevede:

1. per le prestazioni del PRGTA (n. 43 prestazioni) la corretta copertura di media del $\geq 90\%$ dei campi relativi a: *Data di prenotazione, Data di erogazione della prestazione, Tipo di accesso, Classi di priorità, Garanzia dei tempi massimi*, rintracciabili nei flussi informativi trasmessi alla Regione tramite Flusso C;
2. per le prestazioni del PRGTA la soglia di garanzia dei tempi di attesa ≥ 50 sia per la classe B, che per la classe di priorità D;
3. per ognuna delle seguenti otto prestazioni del PRGTA: *Visita cardiologica Visita oculistica Visita ortopedica Tac torace RMN colonna vertebrale Ecocolor doppler dei tronchi sovraaortici Ecografia ostetrica-ginecologica*; il valore soglia di $\geq 50\%$ per ciascuna di esse nelle due classi di priorità B e D.

Il pre-requisito per il calcolo dell'indicatore ex post consiste nella valorizzazione dei campi esposti al precedente punto 1 al 90% nei flussi della specialistica ambulatoriale C e XML; tale prerequisito è soddisfatto per una media di circa il 95%.

I dati utili per la verifica del raggiungimento dell'obiettivo n. 3 vengono estratti dal flusso C per il **periodo Gennaio-Dicembre 2017**; i campi utilizzati sono: *Codice della prestazione, Data di prenotazione, Data di erogazione della prestazione, Classi di priorità (B or D), Δ fra data di erogazione e data di prenotazione*.

Il monitoraggio ex post prevede inizialmente il calcolo fra il «*Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B or D / Totale di prestazioni di classe di priorità B or D*»; successivamente la stessa procedura di calcolo per ognuna delle otto citate al punto 3. Il secondo momento del monitoraggio consiste nella verifica del raggiungimento dell'obiettivo secondo 3 livelli.

In riferimento alla configurazione del primo dato per la classe di priorità B, si riportano i seguenti risultati:

Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B	= 39.882	
		85,44%
Totale di prestazioni di classe di priorità B	= 46.676	

La percentuale di raggiungimento della soglia di garanzia è pari al 85,44% per la classe di priorità B.

Per la classe di priorità D è stato eseguito un doppio calcolo, differenziando il valore di D; il primo calcolo tiene conto della priorità D con un valore uguale o minore a 30 giorni; il secondo, tiene conto della priorità D con valore uguale o minore di 60 giorni.

Nel primo caso ($D = 0 < a < 30$) la percentuale di raggiungimento della soglia di garanzia è pari allo 79,88%

Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D	= 46.965	
		79,88%
Totale di prestazioni di classe di priorità D	= 58.793	

Nel secondo caso ($D = 0 < a < 60$) la percentuale di raggiungimento della soglia di garanzia è pari al 91,50%

Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D	= 53.798	
		91,50%
Totale di prestazioni di classe di priorità D	= 58.793	

L'obiettivo prevede, oltre il raggiungimento della soglia di garanzia pari o maggiore del 50% su tutte le prestazioni del PRGTA, anche il raggiungimento della soglia di garanzia pari o maggiore del 50% per ciascuno delle otto prestazioni citate al precedente punto 3.¹ Di seguito i risultati:

PRESTAZIONE	Prestazioni garantite in B	Totale prestazioni in B	%
Visita cardiologica	227	271	83,76
Visita oculistica	130	198	65,65
Visita ortopedica	1937	2110	91,80
Tac torace	185	528	35,03
RMN colonna vertebrale	77	207	37,19
Ecocolor doppler dei tronchi sovraaortici	15	68	22,05
Ecografia ostetrica-ginecologica	168	187	89,83

¹ Per ognuna delle seguenti otto prestazioni del PRGTA il valore soglia di $\geq 50\%$ è da considerarsi per ciascuna di esse nelle due classi di priorità B e D: *Visita cardiologica* *Visita oculistica* *Visita ortopedica* *Tac torace* *RMN colonna vertebrale* *Ecocolor doppler dei tronchi sovraaortici* *Ecografia ostetrica-ginecologica*.

PRESTAZIONE	Prestazioni garantite in D	Totale prestazioni in D	%
Visita cardiologica	581	689	84,32
Visita oculistica	336	424	79,24
Visita ortopedica	2560	3275	78,16
Tac torace	719	794	90,55
RMN colonna vertebrale	491	574	85,54
Ecocolor doppler dei tronchi sovraaortici	234	281	83,27
Ecografia ostetrica-ginecologica	389	391	99,48

In riferimento ai tre livelli esposti nel documento OBIETTIVO 3: MONITORAGGIO E GARANZIA DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI- SCHEDA OBIETTIVO n. 3 degli OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DELLE AZIENDE SANITARIE SICILIANE 2016-2017:

1. LIVELLO I (100%) raggiungimento della soglia di garanzia $\geq 50\%$ per entrambe le classi B e D come media delle 43 prestazioni critiche di cui al PRGTA; raggiungimento della soglia di garanzia del 50% per ciascuna delle 8 prestazioni;
2. LIVELLO II (90%) raggiungimento della soglia di garanzia $\geq 50\%$ per entrambe le classi B e D come media delle 43 prestazioni critiche di cui al PRGTA; raggiungimento della soglia di garanzia del 50% come media delle 8 prestazioni;
3. LIVELLO I (75%) raggiungimento della soglia di garanzia $\geq 50\%$ per entrambe le classi B e D come media delle 43 prestazioni critiche di cui al PRGTA.

e in base ai dati esposti si può concludere che:

1. si raggiunge l'obiettivo posto al LIVELLO II, sia per quanto riguarda il raggiungimento della soglia di garanzia del $\geq 50\%$ per entrambe le classi B e D come media delle 43 prestazioni critiche (B=85,44%; D(=30)= 79,88%; D(=60)= 91,50%); sia per quanto riguarda il raggiungimento della soglia di garanzia del $\geq 50\%$ come media delle 8 prestazioni. Per la classe di priorità B la media delle otto prestazioni è pari al 76,74%; per la classe di priorità D la media delle otto prestazioni è pari all'82,60%.

Obiettivo 4: garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei Punti Nascita pubblici e privati accreditati dal SSR

4.1 Punti Nascita: In riferimento alla nota prot 80801/DASOE Serv 8 del 19.10.2017 è stata effettuata, con inserimento dei dati su piattaforma del sito qualitasiciliassr.it, l'autovalutazione relativa agli standard e requisiti sicurezza nei PN pubblici e privati: come richiesto, si è provveduto alla compilazione nei tempi richiesti. (Neonatologia: tot. item 59 di cui 18 non raggiunti (*si raggiunge il III livello dell'indicatore 85%*); Ginecologia: tot. Item 67 di cui 2 non raggiunti e 1 non applicabile (*si raggiunge il II livello*). Ad oggi non sono pervenute nuove richieste di inserimento dati da parte dell'Assessorato. Le Check list restano invariate rispetto alla precedente inserimento.

L'Azienda sta programmando alcune azioni di miglioramento per adeguare, ove possibile, anche gli standard che attualmente registrano criticità. Si tratta infatti di criticità determinate per lo più da condizioni strutturali degli spazi dell'UO, nonché di adeguamento delle dotazioni organiche previste. Si sta invece cercando di accelerare i tempi per l'acquisizione delle attrezzature tecnologiche previste dalla normativa di riferimento.

4.2.2.3 (nei PN con TIN) Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio.

<i>Controllo da effettuare da parte dei NOC su campione del 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73</i>	IV Trimestre 2017
Numero totale di cartelle cliniche di neonati ricoverati (accettati) da codice 73	45
Numero di cartelle cliniche controllate di neonati ricoverati (accettati) da codice 73	7 (15%)
Numero di cartelle cliniche non conformi di neonati ricoverati (accettati) da codice 73	0

INDICATORE 2.2.4 (PN con TIN) IV Trimestre 2017

Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730):

- Numero neonati dimessi (cod. 2, dimissione ordinaria a domicilio) direttamente da TIN/totale pazienti ricoverati nella TIN: 0/45 .
- Numero neonati dimessi (deceduti) direttamente da TIN/totale pazienti ricoverati nella TIN 1/45 (2,2%).
- Numero neonati dimessi (trasferiti) direttamente da TIN/totale pazienti ricoverati nella TIN: 4/45 (8,8 %).
- N° 3 trasferimenti presso UO chirurgia pediatrica P.O. " G. Di Cristina".
- N° 1 trasferimenti presso UO cardiocirurgia di Taormina.

4.2.2.4 (nei PN con TIN) Percentuale di neonati dimessi da Terapia Intensiva Neonatale.

	Gen- Dic 2017
Valore obiettivo	< 7%
% neonati dimessi da gennaio 2017 rilevati tramite il S.l. (al netto dei deceduti)	6%

Obiettivo 5: Donazione organi

5.1 L'Azienda ha istituito con deliberazione n. 1142 del 09.09.2016 il Comitato Aziendale per l'implementazione delle attività di Procurement e nominato il Coordinatore nella persona del dott. A. Pizzuto, Dirigente Medico dell'UOC Neuroranimazione.

5.2 Numero di accertamenti di morte con metodo neurologico non inferiore al 30% dei decessi per grave neurolesione registrati in Azienda: 10

Denominatore indicatore 2 al 31.12.2017

Fonte SDO relative dimessi gennaio-dicembre 2017 immesse nel S.I. aziendale al 29.01.2018.

Decessi per grave neurolesione avvenute nella UO di Rianimazione*	84
--	-----------

5.3 Numero di donatori procurati, non inferiore al 50% di tutti gli accertamenti eseguiti: 10/7 pari al 70% degli accertamenti eseguiti.

5.4 Numero di cornee prelevate non inferiore al 5% dei decessi registrati di soggetti che rientrino nei parametri di idoneità alla donazione delle cornee, come definiti dal CRT: 4/7 (2 deceduti con gravi patologie ed in un caso i parenti del deceduto non hanno voluto effettuare donazione)

5.5 Tre edizioni dell'evento formativo dal titolo "Accertamento di morte cerebrale e donazione di organi e tessuti" organizzati e svolti in house alla data del 31.10. 2017 con accreditamento ECM, di quaranta discenti per edizione.

E' importante sottolineare che a seguito di richiesta da parte della Direzione Strategica, il Coordinatore aziendale, Dr. Pizzuto, in accordo ai Direttori delle UUOCC di Rianimazione, ha presentato in data 16.10.2017 una proposta organizzativa al fine di migliorare il PROCUREMENT di Organi a scopo di trapianto.

Obiettivo 6: Prescrizioni dematerializzate

Per il periodo gennaio-dicembre 2017 l'Azienda presenta un totale complessivo di prescrizione SSN su ricetta dematerializzata di circa l'80%. (dati forniti dal SIS aziendale)

Indicatore 1: % di medici dipendenti abilitati alla dematerializzata ed invianti

	Fonte MEF: Sistema TS aggiornamento al 29.01.2018
Numero medio di medici abilitati	626
Numero medio di medici invianti	216
Valore rilevato	34,50%
Valore atteso	> 40%

Per l'anno 2017 il valore dello standard è stato ampiamente aumentato, passando dal 25% dell'anno 2016 al 40% dell'anno 2017. La Direzione Aziendale ha comunque già avviato un programma di verifica e sensibilizzazione al fine di coinvolgere le UU.OO. che presentano maggiori criticità, individuando anche i dirigenti medici meno invianti.

Indicatore 2: Numero medio di prescrizioni mensili da effettuare in modalità dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante (Fonte MEF: Sistema TS aggiornamento al 29.01.2018)

	Fonte MEF: Sistema TS aggiornamento al 30.09.2017
Numero medici invianti	216
Numero ricette prescritte	49.693
Valore rilevato	230
Valore atteso	10

Obiettivo 7: Utilizzo fondi di P.S.N.

Il monitoraggio dei fondi è stato sempre trasmesso entro i tempi indicati dal competente Assessorato. Non si segnalano criticità di rilievo.

Obiettivo 8: Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.)

Indicatore al 31.12.2017: Pieno conseguimento ed implementazione presso l'ente degli obiettivi PAC relativi alle aree: Crediti e Ricavi, Debiti e Costi, Disponibilità.

In relazione alle attività implementate nell'anno 2017 per il pieno conseguimento degli obiettivi PAC e per la messa a regime del sistema, si segnalano, per le strette interconnessioni alla normativa, le seguenti attività che hanno già avuto un fondamentale impatto sull'organizzazione contabile e sul sistema informatico dell'area amministrativa:

- Regolamento per la Gestione del Patrimonio Mobiliare e Immobiliare dell'Azienda;
- Mappatura e Regolamento Gestione Magazzino Beni Sanitari
- Mappatura Area Patrimonio Netto: Linee operative Ciclo Patrimonio;
- Mappatura Area Disponibilità Liquide: Linee operative Gestione Tesoreria;
- Mappatura Area Debiti e Costi: Gestione Amministrativo-Contabile Trattamento Stipendiale;
- Mappatura Area Generale: Procedura Amministrativo-Contabile (A1.1);
- Mappatura Area Generale: Procedura Amministrativo-Contabile (A5.1);
- Mappatura Area Debiti e Costi: Gestione Economico Contabile degli Acquisti – Ciclo Passivo;
- Mappatura Area Crediti e Ricavi: Procedure Amministrativo-Contabili del Ciclo Attivo.

Infine, per quel che attiene agli obiettivi trasversali derivanti dal Piano Aziendale Anticorruzione, sono continuate le attività di monitoraggio e controllo, di formazione e informazione sul tema, nonostante le criticità riscontrate dalla riorganizzazione del sistema. Infatti, nell'anno 2017, si sono avvicendati ben tre dirigenti nel ruolo di RPC, con conseguente riorganizzazione dei processi di attuazione del Piano. E' comunque stata garantita l'attività di formazione, con la realizzazione di n. due "Laboratori di microetica", condotti dalla RPC sull'applicazione della legge 190/2012, di informazione, con la realizzazione di uno spot di comunicazione sociale sul tema, inserito nel sito

aziendale, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente", è continuata la mappatura dei processi e di quelli a maggiore rischio di corruzione.

4. Risorse, efficienza ed economicità

Il risultato economico consuntivo del 2017 mostra un utile di € 86 mgl, e risulta pertanto in linea con il risultato atteso in equilibrio, definito in sede di negoziazione delle risorse finanziarie e dei correlati obiettivi economici per l'esercizio 2017 (cfr. tabella seguente).

L'Azienda, pur vedendosi ridotta la quota di FSR indistinta assegnata rispetto al precedente esercizio di – € 3.122 mgl, ha rilevato un incremento del valore della produzione passando da € 293.562 mgl del 2016 ad € 300.870 mgl, anche per effetto degli incrementi registrati nell'area dei ricavi per prestazioni sanitarie e dei ricavi per utilizzo di fondi per quote inutilizzate di contributi vincolati accantonate in anni precedenti.

CODICE	VOCE NUOVO MODELLO CE (1)	CE consuntivo 2017	CE Negoziato 2017	CE consuntivo 2016	DELTA CE consuntivo 2017 / CE consuntivo 2016	DELTA CE consuntivo 2017/ negoziato
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	113.993.955	79.829.282	113.966.551	27.404	34.164.673
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad	- 5.509.850	- 3.676.177	- 6.973.854	1.464.004	- 1.833.674
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di	6.110.001	2.154.771	2.335.070	3.774.931	3.955.230
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a	174.302.923	171.708.325	174.052.963	249.959	2.594.598
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	4.801.726	2.252.997	2.525.319	2.276.407	2.548.729
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	1.837.544	1.680.707	1.744.499	93.045	156.836
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	4.608.667	5.024.398	5.024.398	- 415.731	- 415.731
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	725.530	718.452	886.694	- 161.164	7.078
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	300.870.495	259.692.756	293.561.640	7.308.854	41.177.739
BA0010	B.1) Acquisti di beni	85.622.321	84.620.442	78.493.149	7.129.172	1.001.879
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	40.049.399	35.385.991	41.257.000	- 1.207.601	4.663.408
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria externalizzata)	7.122.369	7.055.208	6.681.123	441.246	67.162
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	2.625.563	2.802.604	2.379.234	246.329	- 177.041
	B.5) - B.8) Personale	141.710.108	141.384.349	140.779.782	930.326	325.759
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	4.338.604	2.048.490	2.037.477	2.301.126	2.290.114
	B.10) - B.13) Ammortamenti	11.156.897	12.212.421	12.212.421	- 1.055.525	- 1.055.525
BA2630	B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	1.031.038	-	-	1.031.038	1.031.038
BA2660	B.15) Variazione delle rimanenze	- 2.777.219	- 1.817.063	- 1.786.578	- 990.641	- 960.156
BA2690	B.16) Accantonamenti dell'esercizio	7.813.638	4.081.983	8.352.737	- 539.099	3.731.655
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	293.233.692	281.761.934	284.393.855	8.839.837	11.471.758
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	50.187	196.734	- 58.138	108.326	- 146.547
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	-	-	-	-
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	1.936.453	- 112.149	1.189.180	747.273	2.048.601
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	9.623.442	- 21.984.593	10.298.826	- 675.384	31.608.035
YZ9999	Totale imposte e tasse	9.537.655	9.640.133	9.606.352	- 68.697	- 102.478
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	85.787	- 31.624.726	692.475	- 606.687	31.710.514

Con specifico riferimento al valore delle prestazioni sanitarie, nell'esercizio 2017 si registra una flessione del valore dei ricavi da ricovero, per € 1.949 mgl, un incremento dei ricavi dell'attività ambulatoriale per € 682 mgl nonché un incremento dei ricavi da File F e File T per € 280 mgl, ed inoltre un incremento dei ricavi da prestazioni sanitarie riconducibili alla cessione di sacche di sangue e prestazioni rese a pazienti ricoverati presso altri Enti del SSR.

I costi della produzione si attestano a € 293.234 mgl in incremento di € 8.840 mgl rispetto all'anno precedente e di € 11.472 mgl rispetto al valore atteso in negoziazione 2017; in particolare si registra un leggero incremento del costo del personale sia rispetto al 2016 che rispetto al negoziato (+ € 326 mgl) per effetto della contrazione nella componente del tempo indeterminato più che assorbita dall'incremento della componente a tempo determinato, incrementi anche negli acquisti di beni e servizi per effetto dei maggiori consumi di dispositivi medici, di energia elettrica, di altri servizi non sanitari, nonché l'incremento degli oneri diversi di gestione per effetto delle spese legali da decreti ingiuntivi, liti, arbitraggi e altre cause.

Allo stesso tempo l'azienda è riuscita a mantenere i livelli di spesa attesi in negoziazione con riferimento in particolare ai prodotti farmaceutici, alla manutenzione ordinaria ed ai canoni di noleggio area sanitaria.

Sono stati previsti inoltre nell'esercizio accantonamenti per gli interessi di mora maturati sui debiti pregressi nel rispetto dei dati disponibili e dei tempi di dilazione mediamente registratisi nel corso dell'esercizio, che risultano comunque in diminuzione rispetto agli esercizi pregressi e accantonamenti per cause civili ed oneri processuali congrui rispetto alla valutazione del rischio aziendale.

Nell'esercizio 2017, grazie anche alle implementazioni di natura informatica e procedurale nell'area contabile e finanziaria (fatturazione elettronica, ciclo di liquidazione informatizzato e mandato informatico), l'indice di tempestività calcolato sui debiti correnti dell'anno 2017, risulta pari in media a 2 gg di ritardo (cioè 61 gg a fronte di un limite di 59?). La Direzione è peraltro cosciente del gravame di un ampio residuo di debito pregresso ancora insoluto su cui è in corso uno specifico percorso di rientro.

5. Pari opportunità e bilancio di genere

Sono state avviate alcune azioni specifiche volte a sviluppare varie dimensioni delle pari opportunità; in particolare, è stato avviato uno specifico PSN finanziato dall'Assessorato sui temi dell'integrazione multiculturale con la programmazione di un apposito Servizio di Mediazione Linguistico-Culturale. Sono stati avviati i processi di selezione del personale (Mediatori Linguistico-Culturali ed esperti di Comunicazione Pubblica) che svolgerà l'attività.

Inoltre l'Azienda fa parte della Rete Antiviolenza dell'area metropolitana di Palermo e ha collaborato, in sintonia con le altre istituzioni pubbliche (Comune, Questura, Tribunale, ecc..) e del privato no-profit, alla predisposizione di apposite procedure interistituzionali per l'accoglienza,

l'accompagnamento e la tutela delle donne che hanno subito violenza e ai percorsi formativi per gli operatori interessati (Medici e infermieri delle aree di emergenza, assistenti sociali, ecc..).

Infine va ricordato che da diversi anni l'AOOR ha istituito il Comitato Unico di Garanzia che però, ha subito recentemente una battuta d'arresto a causa del pensionamento di alcune delle figure professionali in esso presenti. L'Azienda sta provvedendo a riorganizzare il CUG al fine di attivare tutte le azioni necessarie a garantire concretamente le pari opportunità di genere.

6. Il processo di redazione della relazione sulla performance

6.1. Fasi, soggetti, tempi e responsabilità

A seguito della riorganizzazione dell'area di Staff, del rinnovo dell'Organismo Indipendente di Valutazione nonché del pensionamento della responsabile della Struttura Tecnica Permanente, l'Azienda ha dovuto riorganizzare il sistema di misurazione e valutazione della performance. Così, non solo si è provveduto a rinnovare l'OIV in scadenza, ma è stato necessario ripensare anche la Struttura Tecnica Permanente che, come previsto dalle Linee guida regionali, è stata allocata all'interno dell'area di Staff con apposita delibera N.1006 del 01.06.2017. Ad oggi si stanno rispettando i tempi previsti dalla normativa per la predisposizione, validazione dell'OIV, adozione della Relazione sulla Performance a cura della Direzione e, per la sua pubblicazione sul sito entro il 30 giugno 2018. A tal fine è stato garantito anche un lavoro collegiale e di integrazione tra le Strutture e gli Uffici coinvolti (STP, CdG, SEF, Staff, Top Management) al fine di predisporre una relazione finale condivisa e integrata.

6.2. Punti di forza e di debolezza del ciclo della performance

Negli ultimi anni l'AOOR si è particolarmente impegnata nell'introdurre e diffondere a tutti i livelli dell'organizzazione, la cultura, le logiche e gli strumenti caratterizzanti un efficace sistema di pianificazione, controllo e valutazione, basato sulla trasparenza, sulla coerenza del processo stesso e sul rispetto di determinati standard normativi.

Tuttavia l'intero processo di implementazione del ciclo di gestione della performance necessita ancora di attenzione e impegno per garantire una sua piena applicazione e diffusione nell'intero tessuto organizzativo, soprattutto in una prospettiva di miglioramento continuo dell'organizzazione e dell'intero ciclo della performance.

Tra i punti di forza possono quindi essere ricordati i seguenti:

- Impegno e attenzione del management sul ciclo di gestione della performance
- Potenziamento del sistema di controllo di gestione e riorganizzazione dell'area di Staff e dei

Dipartimenti aziendali;

- Una maggiore capillarità nella programmazione e maggiore coordinamento fra i vari livelli organizzativi

Restano da risolvere alcune criticità sostanziali che, per ciò che attiene la specifica competenza aziendale, rappresentano le azioni di miglioramento su cui, nei prossimi mesi, sarà necessario impegnarsi prioritariamente. A monte del processo però si pone il ritardo nell'assegnazione delle risorse e degli obiettivi strategici da parte della Regione che si traduce, a cascata, nel ritardo dell'assegnazione degli obiettivi strategici ed operativi da parte della direzione aziendale alle macrostrutture dipartimentali ed alle UU.OO. e da queste alle altre UU.OO. e agli operatori in generale.

Per quel che rientra nell'ambito aziendale le azioni prioritarie sono:

- ✓ Necessità di migliorare il collegamento e l'integrazione tra la pianificazione della performance e la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

- ✓ Necessità di supportare il middle management nell'assegnazione degli obiettivi individuali e nel processo di valutazione dei componenti i propri gruppi di lavoro. Tale azione potrà essere realizzata attraverso specifiche azioni di formazione on the job, di accompagnamento e supporto. In questa ottica va ricordato che la attuale Direzione ha condotto e completato il processo di negoziazione del Budget 2018 entro il termine del 31.12.2017, risultato mai raggiunto negli ultimi anni.

- ✓ Mettere in atto iniziative di comunicazione volte a rafforzare un dialogo costruttivo con gli stakeholder esterni al fine di far emergere i temi strategici da affrontare e le criticità da superare in un'ottica di pianificazione partecipata.

In questa prospettiva quindi, si sottolinea l'importanza del ciclo di gestione della performance da intendere non come puro adempimento, bensì come strumento organizzativo di supporto decisionale per la gestione delle risorse, di miglioramento dei servizi all'utenza e di crescita individuale e collettiva.

Allegati:

Schede con obiettivi di struttura anno 2017

Risultati attesi e soglie di raggiungimento