

Relazione sulla Performance Anno 2017

INDICE

DEFINIZIONE E FINALITÀ	<i>Pag. 2</i>
L'AZIENDA E I SUOI INTERLOCUTORI ESTERNI	<i>Pag. 4</i>
RISULTATI RAGGIUNTI NELL'ANNO 2017	<i>Pag. 5</i>
IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DEL PERSONALE	<i>Pag. 30</i>
CONCLUSIONI	<i>Pag. 33</i>

DEFINIZIONE E FINALITÀ

Il **Piano delle Performance** è il documento programmatico triennale attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli normativi e di bilancio, vengono individuati gli obiettivi, gli indicatori ed i risultati attesi dalle varie strutture dell'Azienda.

Il Piano della performance è lo strumento che dà avvio al **Ciclo di Gestione della Performance** il quale si articola nelle seguenti fasi:

1. definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
2. collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
3. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
4. misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale:
 - la **performance organizzativa** è il contributo che un ambito organizzativo o l'organizzazione nel suo complesso apporta attraverso la propria azione al raggiungimento della *mission* dell'Azienda e degli obiettivi individuati e negoziati per la soddisfazione dei bisogni degli utenti e degli stakeholder. Essa afferisce alla sfera organizzativo-gestionale dell'Azienda;
 - la **performance individuale** è il contributo che un singolo individuo apporta al raggiungimento degli obiettivi della propria struttura di appartenenza per la soddisfazione dei bisogni degli utenti e degli stakeholder; i criteri per la misurazione delle performance individuali sono determinati collegialmente previa informativa da parte del dirigente responsabile a tutti i collaboratori in via preventiva circa gli obiettivi da raggiungere. Ad ogni operatore compete l'attribuzione di una valorizzazione correlata con appositi criteri di differenziazione dell'impegno.
5. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
6. rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

La **Relazione sulla Performance** è il risultato di un lavoro congiunto della Direzione Strategica e delle Unità Operative in Staff e mette in evidenza, a consuntivo entro il 30 giugno, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e gli equilibri conseguiti rispetto ai documenti di programmazione economico finanziaria.

Il Grande Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria ha avviato un sistema di programmazione e controllo aziendale che consente di realizzare, all'inizio di ogni esercizio, i seguenti obiettivi di fondo:

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

Il processo prevede verifiche trimestrali ed eventuale revisione semestrale degli obiettivi riferiti sia alle risorse assegnate che alle attività previste.

Ai sensi del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", con delibera del Direttore Generale n. 1476 del 14.10.2014, l'Azienda ha adottato il "**Piano delle Performance 2015-2017**".

A seguito delle modifiche normative apportate dal Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74 "Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124", con delibera del Direttore Generale n. 52 del 31.1.2018 è stato approvato il "**Piano delle Performance 2018-2020**".

Il Piano delle Performance e la Relazione sulla Performance sono pubblicati sul sito web istituzionale all'indirizzo <http://www.ospedaleri.it/>.

L'AZIENDA E I SUOI INTERLOCUTORI ESTERNI

Il Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria, costituita con decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 170 dell'8 febbraio 1995, ai sensi degli artt. 3 e 4 del D. Lgs. 30/12/1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, è ubicata nel comune di Reggio Calabria; è HUB regionale e punto di riferimento dei centri SPOKE della provincia di Reggio Calabria (o Area Sud come da D.P.G.R. - C.A. n. 18/2010) nonché sede di Dipartimento Emergenza-Urgenza e Accettazione (D.E.A.) di secondo livello.

L'Azienda, in coerenza agli indirizzi del PSN e del PSR, concorre a garantire l'assistenza ad alta complessità ed alto contenuto tecnologico, erogando prestazioni sanitarie per acuti secondo i principi di appropriatezza, efficienza ed economicità in ambito provinciale e regionale, in quanto centro *HUB* per la Provincia di Reggio Calabria e Centro di Riferimento Regionale per le funzioni determinate dalla programmazione regionale.

L'Azienda persegue una politica per la salute orientata ai bisogni dei cittadini e impegnata a promuovere le conoscenze per consentire loro di interagire con il sistema sanitario e di partecipare attivamente, come singolo e come collettività, alle definizioni delle scelte che riguardano la loro salute.

L'Azienda definisce strategie ed azioni, ed adotta specifiche procedure, finalizzate a:

- facilitare l'accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie;
- garantire la comunicazione e l'informazione sull'utilizzo delle strutture;
- rilevare la qualità percepita dall'utenza mediante opportuni indicatori conformi alla normativa vigente in materia;
- promuovere strategie per la comunicazione ai cittadini-utenti, ai medici di famiglia ed ai dipendenti aziendali, anche attraverso l'organizzazione di convegni e congressi;
- sviluppare i canali di comunicazione innovativi;
- promuovere la costituzione ed il coinvolgimento delle associazioni di volontariato;
- attuare iniziative di umanizzazione dei reparti.

Inoltre, l'azienda privilegia relazioni virtuose con i diversi stakeholders ed in particolare con le altre componenti del servizio sanitario e della realtà locale, allo scopo di condividere obiettivi e strumenti operativi ed ottimizzare l'efficacia e l'efficienza delle azioni intraprese, attivando percorsi di informazione, partecipazione e, quando previsto, concertazione con:

- gli utenti, singoli cittadini ed imprese nonché le loro rappresentanze;
- le aziende sanitarie;
- i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli altri professionisti operanti nel sistema sanitario;

- gli ordini ed i collegi professionali;
- le organizzazioni sindacali confederali;
- l'università;
- le associazioni di volontariato;
- i soggetti privati accreditati;
- altri enti ed istituzioni operanti sul territorio.

RISULTATI RAGGIUNTI NELL'ANNO 2017

Si riportano i dati elaborati dal Comitato per il Controllo di Gestione (CodiGe) a conclusione del monitoraggio dell'attività aziendale relativa all'anno 2017:

- **Report di Attività e Qualità anno 2017;**
- **Report Consuntivo anno 2017.**

Obiettivo della relazione è di integrare la reportistica prodotta, descrivendo complessivamente la *performance* aziendale dell'anno 2017, sia in termini di produttività, sia in termini di attività e qualità.

Ad una prima analisi dei dati (Tabella1), si registra nel 2017 un aumento più che significativo del numero dei **ricoveri per acuti** che sfiorano i 21 mila casi; tale aumento è accompagnato da un **fortissimo incremento dei ricavi** (più di 5,5 mln di euro per i ricoveri ordinari) e quindi di una **molto più elevata complessità** delle prestazioni erogate (si veda il peso medio dei DRG che prosegue un trend di crescita registrando un deciso balzo in avanti).

<i>Tabella 1</i>	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Scostamento assoluto e percentuale 2017/2016
Totale dimessi	26.727	26.397	26.070	-327 ricoveri (-1,2%)
Nr. Dimessi Ordinari	19.994	20.293	20.911	+618 ricoveri ord (+3%)
Nr. Dimessi Day Hospital	6.733	6.104	5.159	-945 ricoveri DH (-15%)
Peso Medio Ricoveri Ordinari	1,21	1,22	1,26	+0,04 (+3,3%)
Percentuale DH di tipo diagnostico	23,09	22,74	22,86	+0,1 (-0,5%)
Totale ricavi	€ 99.429.936	€ 100.955.728	€ 106.526.933	+5.571.204 euro (+5,5%)
Ricavi Ricoveri Ordinari	€ 74.331.110	€ 77.211.980	€ 82.799.375	+5.587.395 euro (+5,7%)
Ricavi Ricoveri Day Hospital	€ 8.844.889	€ 7.271.773	€ 6.495.946	-775.827 euro (-10,7%)
Ricavi Prestazioni Ambulatoriali	€ 16.253.937	€ 16.471.975	€ 17.231.612	+759.636 euro (+4,6%)

L'attività di ricovero complessiva è diminuita rispetto al 2016 (-1,2% corrispondente a circa 300 ricoveri in meno), e su tale trend incide il numero decisamente inferiore **dei ricoveri effettuati in regime di Day Hospital** (-15% rispetto al 2016 e ben -23% rispetto al 2015).

Tale circostanza, che ormai si protrae da diversi anni, è stata determinata, in primo luogo dalla creazione del Day Hospital multidisciplinare che, attivando 12 posti comuni per ben 10 UU.OO. prima dotate ciascuno dei propri posti letto in Day Hospital (per un numero complessivamente superiore) ha imposto dei limiti al numero di ricoveri diurni ammissibili; in secondo luogo, è il risultato ottenuto con la continua azione di ricerca di appropriatezza organizzativa che ha comportato una netta diminuzione dei *Day Hospital di tipo diagnostico*, più correttamente erogate in regime ambulatoriale e la conseguente attivazione o incremento delle prestazioni ambulatoriali organizzate, quali gli APA e i PAC (Tabella2).

<i>Tabella 2</i>	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
Totale Nr. APA/PAC	5.437	9.832	9.765
Nr. APA	1.539	1.702	2.327
Nr. PAC	3.898	8.130	7.438
Totale Ricavi APA/PAC	€ 1.875.429	€ 2.409.087	€ 2.622.489
Ricavi APA	€ 1.306.138	€ 1.295.949	€ 1.584.832
Ricavi PAC	€ 569.291	€ 1.113.138	€ 1.037.657

I **ricoveri ordinari** compensano ampiamente la diminuzione dei ricoveri Day Hospital sia in buona parte quantitativamente (600 ricoveri in più in regime ordinario a fronte di 900 in meno in regime Day Hospital) sia soprattutto economicamente (5,5mln di crescita dei ricoveri ordinari a fronte dei 770 mila euro "persi" nei ricoveri Day Hospital); inoltre, il concomitante incremento del peso medio dei ricoveri ordinari (da 1,21 nel 2015 e 1,22 nel 2016 a 1,26 nel 2017) è dovuto prevalentemente ad un'efficace riduzione dei ricoveri di bassa complessità a favore di un forte incremento della casistica di maggiore complessità (e quindi anche più remunerativa), grazie soprattutto all'attivazione delle nuove Unità Operative Complesse, quali la Cardiochirurgia, la Medicina d'Urgenza e l'Oncoematologia Pediatrica, ed il potenziamento di altre (Chirurgia Toracica, Urologia, ecc.). Tale trend con molta probabilità continuerà nell'anno in corso.

Da tenere presente, inoltre, che a partire dall'anno 2017, il Decreto 7 dicembre 2016, n. 261 dall'oggetto "Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera" ha determinato importanti cambiamenti nella compilazione delle SDO richiedendo un maggior numero di informazioni, bloccanti ai fini dell'invio del flusso, relative ad esempio alla rilevazione del dolore, alla diagnosi principale di dimissione presente al ricovero, ai campi chirurgo ed anestesista che devono essere compilati per le procedure di tipo chirurgico (Procedure Terapeutiche Maggiori gruppo 4 AHRQ), presenza check list di sala operatoria, il campo

stadiazione condensata in caso di diagnosi oncologica, i valori di pressione arteriosa sistolica e creatinina serica in presenza di determinate diagnosi, ecc.

Inoltre, durante l'anno 2017 è stato avviato il nuovo modulo di gestione flussi informativi del portale della Regione Calabria "SEC-SISR" il quale prevede un sistema di validazione molto rigido che, in caso di mancanza o inesattezza delle informazioni inserite nel tracciato SDO, ne impediva il caricamento e l'invio del flusso SDO al Ministero della Salute. A ciò si aggiunge anche uno stretto controllo dei dati anagrafici dei pazienti (codice fiscale, residenza, domicilio) che, se non coerenti con i dati presenti nell'anagrafe regionale/nazionale, determina, anche in questo caso, lo scarto della SDO e il mancato invio al Ministero.

Nonostante tali difficoltà, si evidenzia che la nostra Azienda si è classificata tra le più virtuose a livello regionale, essendo riuscita a caricare a sistema la totalità delle SDO registrate (solo per n. 3 SDO è stato impossibile inviare i dati, trattandosi di tre pazienti profughi rimasti anonimi). Considerando l'alto numero di stranieri ricoverati nel nostro nosocomio a causa soprattutto dei numerosissimi sbarchi di profughi registrati nella nostra città, il risultato ottenuto è andato al di là delle aspettative.

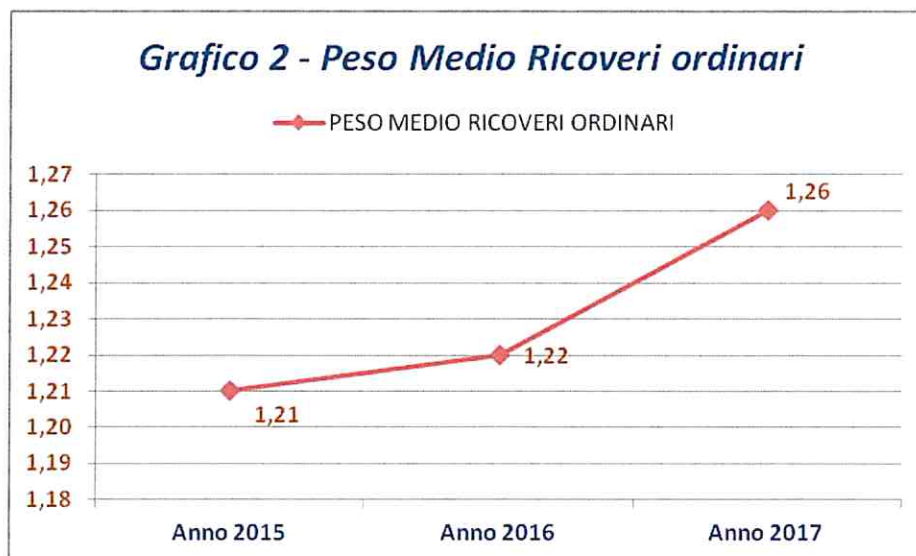
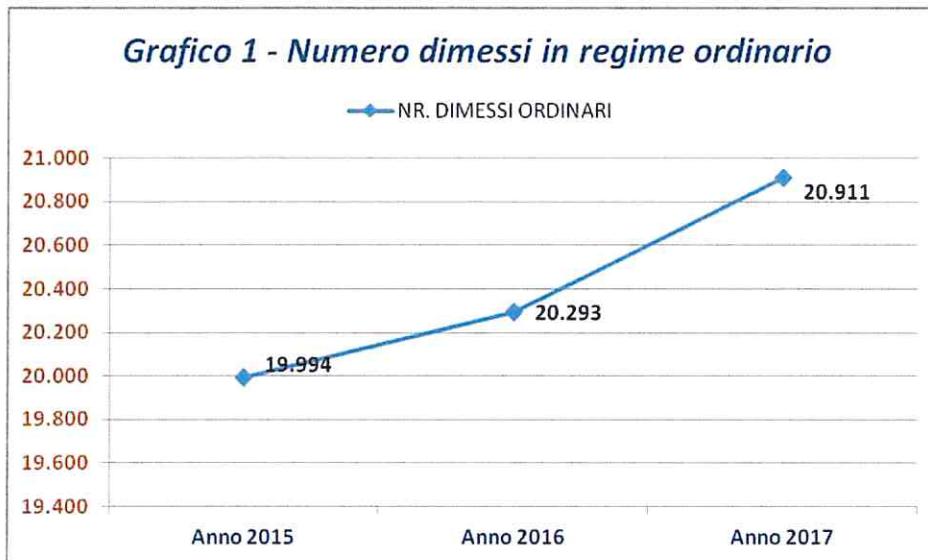
Tale risultato è frutto di un costante e proficuo impegno da parte del Controllo di Gestione, in stretta collaborazione con i medici e gli operatori sanitari addetti alla compilazione delle SDO, che con notevoli sforzi sono riusciti a giungere ad attenta e puntuale compilazione delle SDO mostrando di comprendere l'importanza di tale strumento, fondamentale per i processi sia di descrizione ed analisi della casistica delle prestazioni di assistenza ospedaliera che della relativa remunerazione tariffaria.

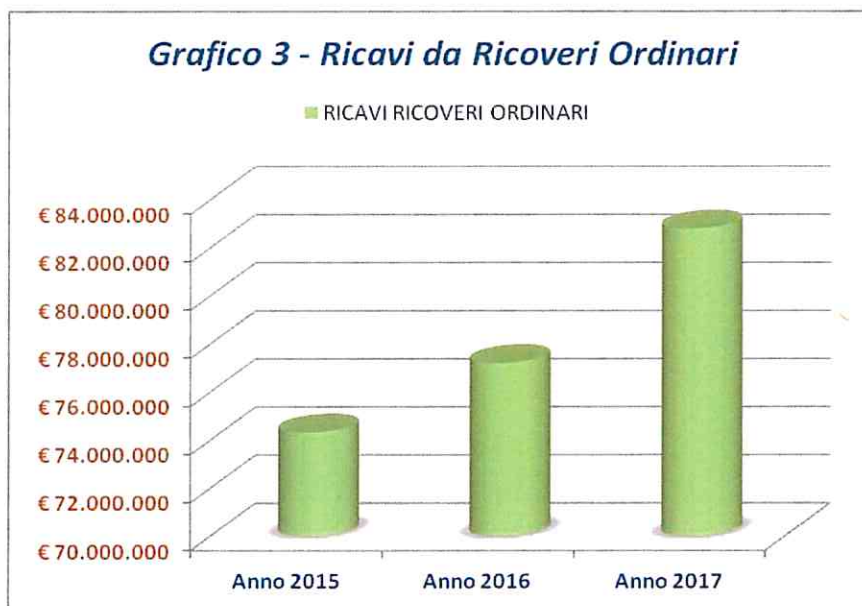
Si prosegue ora con l'analisi degli indicatori relativi all'anno 2017 rispetto al periodo precedente.

Si nota che, nonostante si siano avuti ricoveri ordinari molto più complessi ossia con **peso medio più alto** rispetto al 2016 (da 1,22 a 1,26) e un **ottimo incremento dei ricavi** (5,5 milioni di euro in più), non risultano aumentati i **ricoveri di tipo chirurgico** (da 25,8% a 25,6%) né risulta aumentata la **degenza media** che registra invece un **sostanziale mantenimento**, passando da 6,8 a 6,6 giorni (Tabella. 3).

<i>Tabella 3: Ricoveri Ordinari</i>	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Scostamento assoluto 2017/2016
Numero casi	19.994	20.293	20.911	+618 ricoveri
Giornate di degenza	150.641	149.870	153.856	+3.986 gg
Degenza media ricoveri ordinari	7,4 gg	6,8 gg	6,6 gg	-0,2 gg
Peso medio ricoveri ordinari	1,21	1,22	1,26	+
Ricavi ricoveri ordinari	€ 74.331.110	€ 77.211.980	€ 82.799.375	+5.587.395 euro
% DRG chirurgici sul totale dei ricoveri	24,25%	25,78%	25,58%	

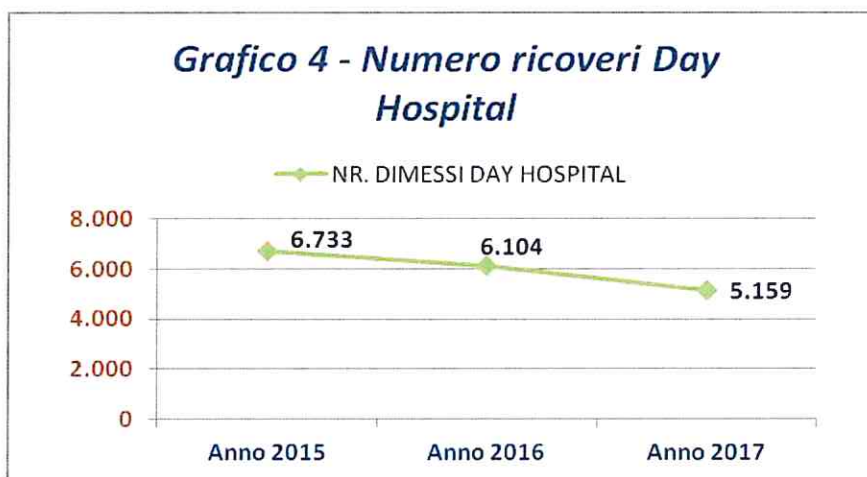
I grafici seguenti mostrano i risultati appena descritti: come si vede, a fronte di un maggior numero di ricoveri in regime di ricovero ordinario (Grafico 1) corrisponde sia l'incremento significativo del peso medio (Grafico 2) sia l'aumento molto consistente dei ricavi (Grafico 3).

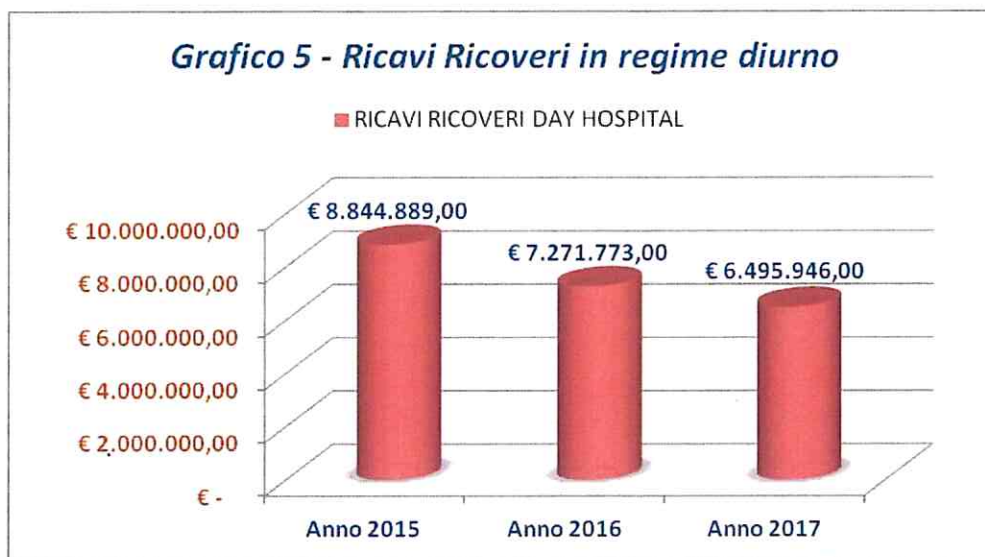




Per il regime di ricovero in Day Hospital, invece, continua il trend di decrescita già registrato da qualche anno e, quindi, al minor numero dei ricoveri (Grafico 4) corrisponde anche una diminuzione dei relativi ricavi (Grafico 5).

In linea generale ciò, come detto, è da attribuire sia all'attivazione del regime diurno multidisciplinare sia allo spostamento dell'erogazione di alcune prestazioni sanitarie dal regime di ricovero diurno al regime ambulatoriale (è il caso, ad esempio, delle chemioterapie che, a partire dal 2015, sono state trasferite al regime ambulatoriale attraverso i Pacchetti Ambulatoriali Complessi – PAC).





Per quanto riguarda l'attività di **Specialistica Ambulatoriale Esterna** (Grafici 6 e 7) si registra, nel 2017, **un lieve aumento** del volume di prestazioni (+5.398 esami) accompagnato dall'**incremento dei ricavi** (+760 mila euro). L'incremento del volume e del valore economico delle prestazioni ambulatoriali è da attribuire principalmente all'erogazione di prestazioni di alta specializzazione, prima tra tutte la Tomoscintigrafia Globale (PET), la cui erogazione presso l'U.O.C. di Medicina Nucleare è stata avviata a fine 2015 e si è incrementata nel corso dell'ultimo biennio passando da 603 esami per un importo pari a 650 mila euro nel 2016 a 967 PET con un importo di poco superiore al milione di euro nel 2017.

Tale circostanza permette di compensare la perdita derivata da altre prestazioni ambulatoriali di più bassa specialità: si è notato rispetto al passato un certo decremento generale (si veda il volume di prestazioni dell'anno 2015) che riguarda soprattutto le **prestazioni per così dire "tradizionali"** (visite specialistiche, diagnostica per immagini, ecc.), dovuto con molta probabilità alle lunghe liste d'attesa che rappresentano a tutt'oggi una forte criticità: spesso, l'impossibilità di ottenere l'erogazione dei servizi in tempi accettabili costringe gli utenti a rivolgersi altrove.

Grafico 6 - Numero prestazioni ambulatoriali

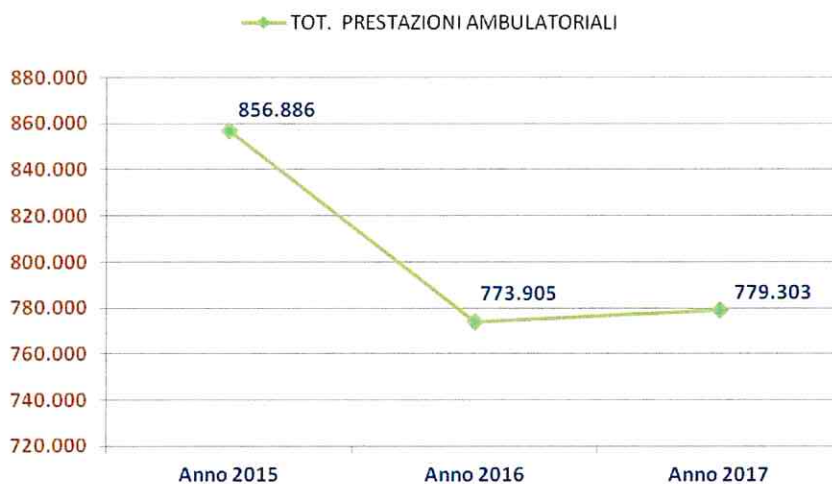
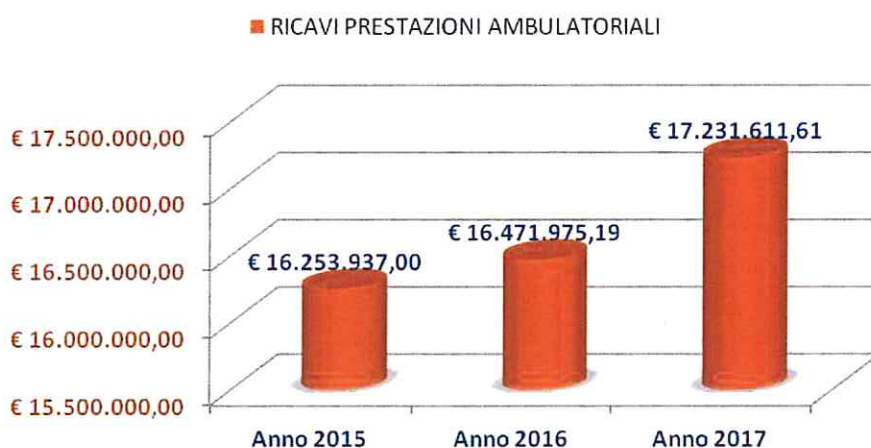
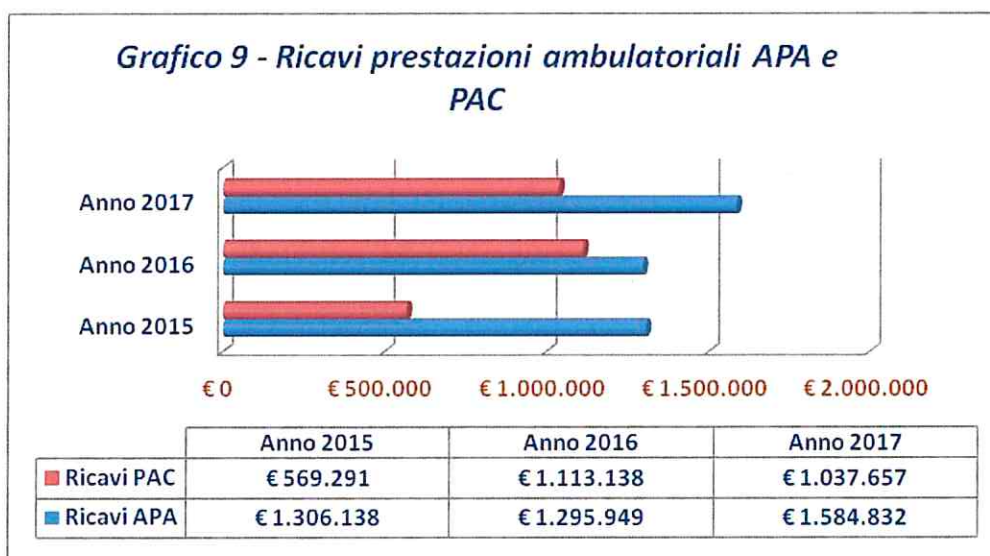
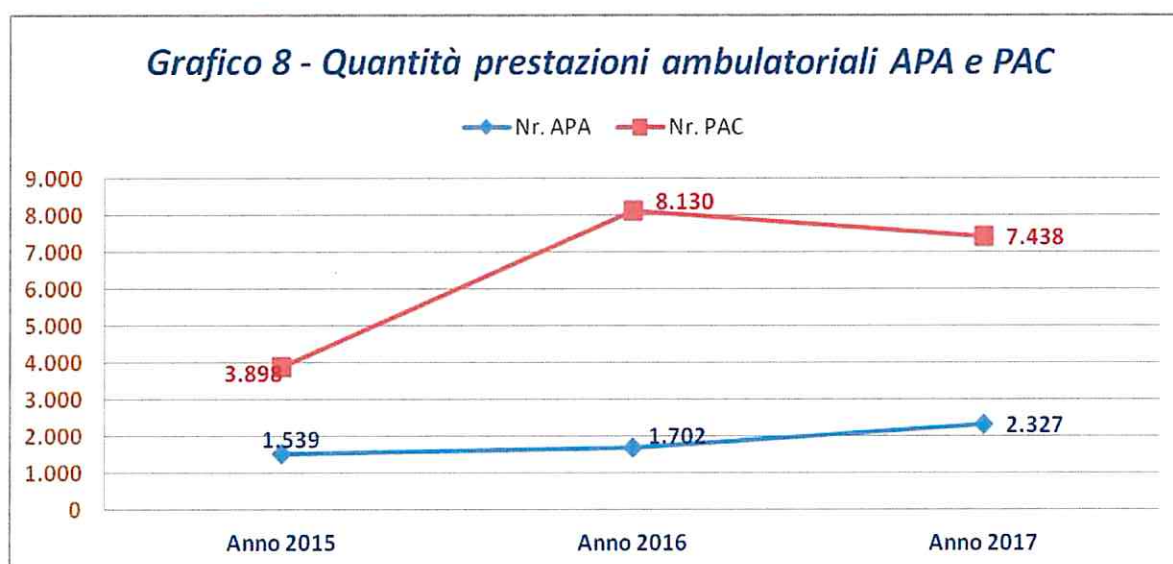


Grafico 7 - Ricavi Prestazioni di Specialistica Esterna





Per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali organizzate APA e PAC (Grafici 8 e 9) si rileva un comportamento diverso dei due tipi di pacchetti di prestazioni ambulatoriali: gli APA, che comprendono prestazioni di tipo chirurgico, registrano un significativo aumento sia quantitativo che economico (+625 prestazioni e +289 mila euro); i PAC, pacchetti di prestazioni ambulatoriali di tipo medico, fanno invece registrare un lieve decremento rispetto al 2016 di tipo più quantitativo che economico (-692 prestazioni e -75 mila euro).



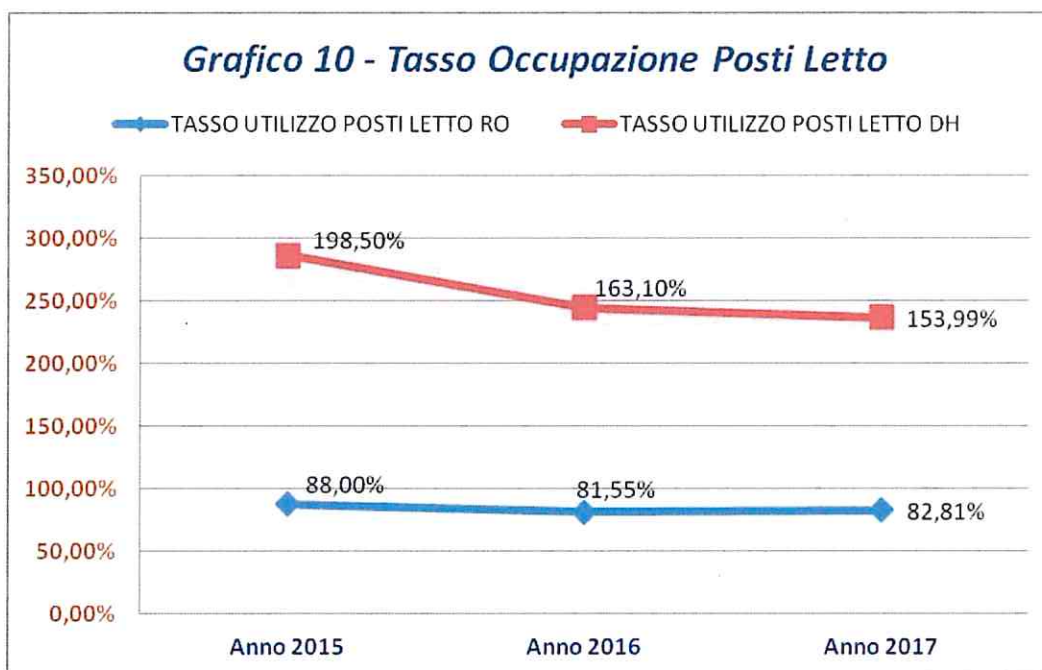
Per quanto concerne gli indici di qualità, è opportuno esaminare una serie di indicatori statistici.

- Anzitutto il **Peso Medio dei DRG** che, come già accennato, è cresciuto significativamente attestandosi a 1,26 per i ricoveri in regime ordinario (rispetto a 1,22 del 2016 e 1,21 del 2015). Tale incremento è il risultato sia di una più complessa casistica dei ricoveri, sia di una più attenta codifica delle SDO. A titolo esemplificativo, si riporta il peso medio dei DRG di alcune Unità Operative Sanitarie (Tab. 4):

Tabella 4	ANNO	ANNO	ANNO
PESO MEDIO DRG RICOVERI ORDINARI	2015	2016	2017
<i>Anestesia e Rianimazione</i>	4,22	4,29	3,91
<i>Cardiochirurgia</i>	-	4,16	4,34
<i>Cardiologia</i>	1,17	1,34	1,57
<i>Centro Trapianti Midollo Osseo</i>	14,41	14,03	17,09
<i>Chirurgia Generale e d'Urgenza</i>	1,50	1,41	1,60
<i>Chirurgia Toracica</i>	1,23	1,21	1,76
<i>Chirurgia Vascolare</i>	1,77	1,84	1,94
<i>Nefrologia</i>	1,18	1,21	1,23
<i>Nefrologia Trapianto Renale</i>	8,99	8,99	10,29
<i>Neurochirurgia</i>	2,12	2,26	2,24
<i>Ortopedia e Traumatologia</i>	1,26	1,31	1,30
<i>Otorinolaringoiatria</i>	1,16	1,34	1,50
<i>Patologia e Terapia Intensiva Neonatale</i>	1,58	1,65	1,25
<i>Urologia</i>	1,04	1,17	1,23
<i>U.T.I.C.</i>	1,51	1,79	1,96

- Il **Tasso di Occupazione dei Posti Letto** è determinato dal numero di giornate di degenza o, nel caso del regime Day Hospital, dal numero degli accessi effettuati. Esso rappresenta, in percentuale, il tasso di utilizzo dei posti letto in un determinato periodo. Il Piano di Rientro della Regione Calabria, con Decreto n. 18/2010, ha indicato la percentuale dell'80% come standard ideale di riferimento per i ricoveri in regime ordinario ed il 150% come standard per i ricoveri in regime di Day Hospital. Tassi differenziati sono stati previsti per alcune specifiche unità operative, e precisamente: l'85% per Pneumologia, Medicina, Ematologia e Oculistica (regime

ordinario); il 75% per Malattie Infettive, Ostetricia e Pediatria (regime ordinario); il 200% per Oculistica (regime Day Hospital).



Nell'anno 2017 si evidenzia un mantenimento dei valori, raggiunti nel 2016, considerati standard ideali indicati dal Decreto della Regione Calabria n. 18/2010 (Grafico 10): in particolare il tasso di occupazione dei posti letto di degenza ordinaria (82,8%) è lievemente maggiore rispetto allo standard di riferimento (80%).

Tale risultato è determinato sia dalla diminuzione della degenza media dei ricoveri ordinari sia soprattutto dalla tempestiva attivazione dei posti letto di Medicina d'Urgenza da parte della Direzione Strategica, autorizzati con D.C.A. n. 30 del 3.3.2016 e confermati dal D.C.A. n. 64 del 5.7.2016., che ha notevolmente arginato la criticità dei ricoveri in sovrannumero.

In regime di Day Hospital la media aziendale supera, ormai molto lievemente, lo standard previsto (150%) attestandosi a 154%: da notare che il valore ha continuato il trend di decrescita già avviatosi negli anni precedenti (226% nel 2014, 199% nel 2015 e 163% nel 2016). In questo caso, la riduzione, come già esposto, è dovuta allo spostamento di prestazioni precedentemente erogate in regime di Day Hospital al setting ambulatoriale.

Si riporta di seguito il dettaglio del tasso di utilizzo dei posti letto ordinari per singola unità operativa (Tab. 5): si evidenziano alcune criticità che riguardano in particolare le U.O.C. di Malattie Infettive, Medicina Generale, Medicina d'Urgenza, Neurologia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria e Psichiatria, nelle quali si registrano valori decisamente troppo alti rispetto agli standard ideali previsti.

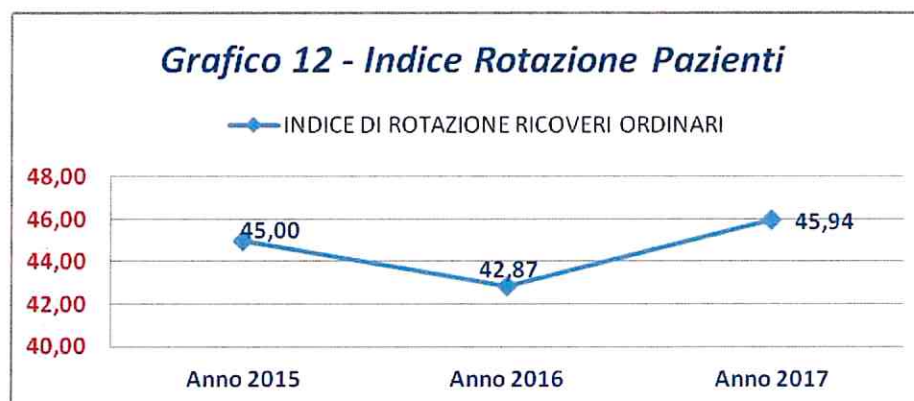
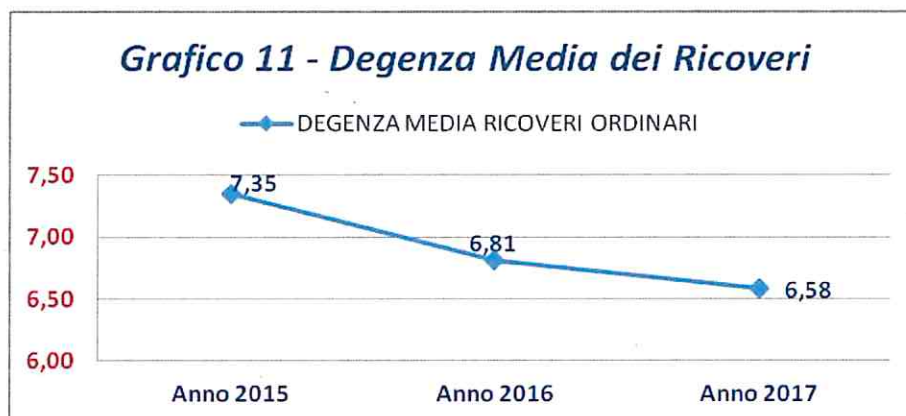
Tabella 5	TASSO UTILIZZO POSTI LETTO ORDINARI			
	DESCRIZIONE REPARTO	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
Totale Azienda	88,00	81,55	82,81	80,00
C. T. M. O.	79,21	84,26	79,35	80,00
Cardiologia	102,89	79,15	76,29	80,00
Cardiochirurgia	-	5,55	58,34	80,00
U.T.I.C.	153,58	86,5	78,43	80,00
Chirurgia Generale	99,84	92,58	79,79	80,00
Chirurgia Toracica	33,19	27,38	54,42	80,00
Chirurgia Vascolare	76,44	69,54	67,17	80,00
Ematologia	77,99	74,54	71,31	85,00
Malattie Infettive	112,26	102,9	113,78	75,00
Medicina Generale	133,16	124,77	103,76	85,00
Medicina d'Urgenza		37,08	100,25	85,00
Nefrologia	93,24	97,45	94,49	80,00
Nefrologia Trapianto Renale	40,55	36,89	26,58	80,00
Neonatologia	57,00	55,04	64,56	80,00
Neurochirurgia	82,30	89,03	87,84	80,00
Neurologia	105,04	113,47	99,66	80,00
Oncoematologia Pediatrica		23,77	38,84	80,00
Oncologia Medica	77,76	88,73	93,52	80,00
Ortopedia e Traumatologia	76,37	75,23	76,23	80,00
Ostetricia e Ginecologia	87,8	91,39	87,85	75,00
Otorinolaringoiatria	81,28	90,26	86,44	80,00
Pediatria	88,95	95,77	98,59	75,00
Pneumologia	102,75	97,75	97,51	85,00
Psichiatria	99,86	104,9	103,97	80,00
Terapia Intensiva	85,32	88,41	80,57	80,00
Urologia	77,06	79,16	78,36	80,00

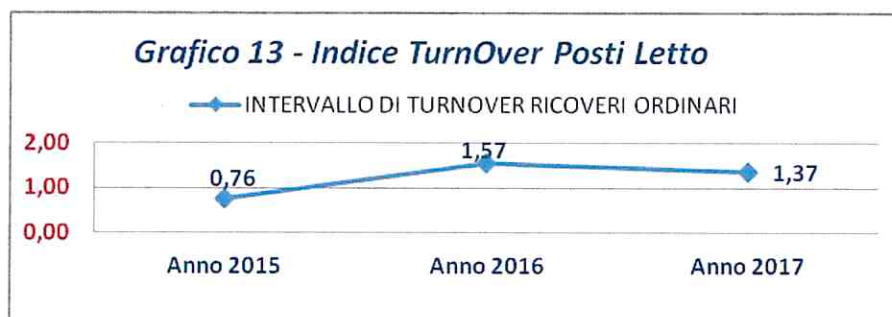


Si descrivono, ora, gli altri indicatori di attività, qualità ed efficienza:

- la **Degenza Media** dei ricoveri ordinari (Tabb. 6 e 7, Grafico 11) risulta diminuita/mantenuta rispetto all'anno precedente (6,8 giornate nel 2016 e 6,6 nel 2017). La durata della degenza, che rappresenta un indicatore di efficienza, è fortemente influenzata dalla complessità dei casi trattati ma anche dalla buona gestione dei ricoveri.

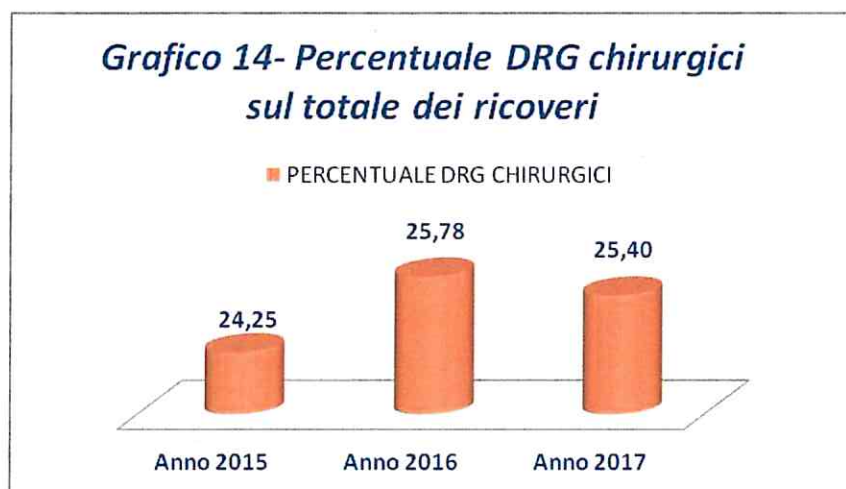
<i>Tabella 6</i>	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
<i>Degenza media ricoveri ordinari</i>	7,35	6,81	6,58
<i>Indice di rotazione ricoveri ordinari</i>	45,00	42,87	45,94
<i>Intervallo di turnover ricoveri ordinari</i>	0,76	1,57	1,37



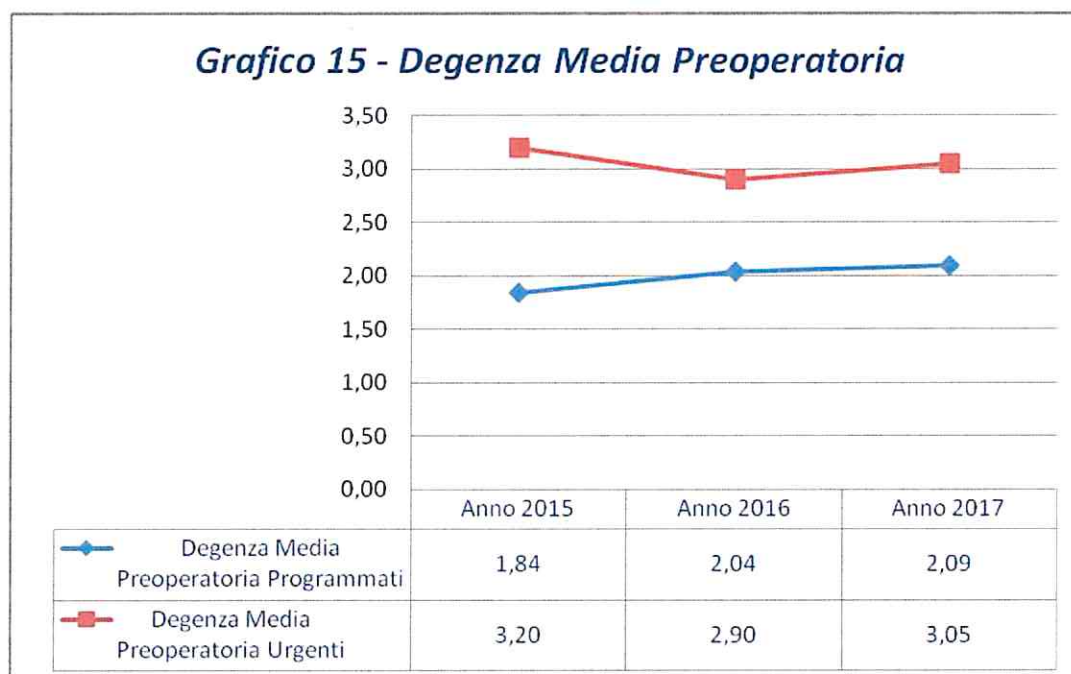


DESCRIZIONE REPARTO	DEGENZA MEDIA RICOVERI ORDINARI		
	2015	2016	2017
Totale Azienda	7,35	6,81	6,58
C. T. M. O.	23,6	25,43	25,46
Cardiologia	8,16	5,79	6,68
Cardiochirurgia	-	11,28	18,29
U.T..I.C.	4,81	6,04	5,01
Chirurgia Generale	8,78	8,91	9,47
Chirurgia Toracica	12,2	11,41	9,61
Chirurgia Vascolare	9,37	8,76	9,68
Ematologia	9,51	9,31	10,04
Malattie Infettive	21,23	14,93	18,57
Medicina Generale	10,31	10,68	11,22
Medicina d'Urgenza	-	5,14	4,77
Nefrologia	8,98	9,82	9,73
Nefrologia Trapianto Renale	21,14	20,77	22,78
Neonatologia	4,30	4,03	4,34
Neurochirurgia	11,69	11,09	13,25
Neurologia	10,52	10,12	9,63
Oculistica	-	4,23	4,02
Oncoematologia Pediatrica	-	7,25	5,70
Oncologia Medica	6,69	8,14	5,96
Ortopedia e Traumatologia	8,83	8,63	8,35
Ostetricia e Ginecologia	4,12	3,90	3,53
Otorinolaringoiatria	4,76	5,19	5,47
Pediatria	3,14	3,19	3,24
Pneumologia	15,37	15,19	18,66
Psichiatria	10,49	11,34	10,27
Terapia Intensiva	10,36	11,19	15,72
Urologia	5,18	5,61	6,44

- **l'Indice di Rotazione** dei ricoverati (Tabella 6 e Grafico 12) descrive il numero medio di pazienti che utilizzano un singolo posto letto. Nel 2017, a parità di posti letto rispetto all'anno precedente, si sono avuti un maggior numero di ricoveri e quindi anche i pazienti per posto letto (46) sono aumentati rispetto al dato del 2016 (43 pazienti).
- **l'Indice di Turnover** (Tabella 6 e Grafico 13), che indica il periodo di tempo in cui il posto letto rimane libero tra un ricovero ed il successivo, ed è inversamente proporzionale all'indice di rotazione dei pazienti, mostra un lieve decremento (da 1,6 giorni a 1,4), il che significa che ciascun posto letto resta libero per minor tempo tra un paziente e l'altro.
Come è evidente, i due indici, di rotazione e di turnover, sono direttamente connessi al numero delle giornate di degenza e al numero dei posti letto.
- La **percentuale dei DRG chirurgici sul totale dei ricoveri ordinari** (Grafico 14) è lievemente diminuita rispetto al 2016 (25,8%) attestandosi a 25,4%. Ciò significa che nonostante la casistica dei ricoveri sia più complessa (peso medio più alto) ad incidere su ciò non sono stati principalmente un maggior numero di ricoveri chirurgici ma la loro tipologia: quindi anche se il volume di ricoveri chirurgici è rimasto pressoché uguale, la loro complessità è risultata di gran lunga maggiore. Ciò è avvenuto anche grazie al reclutamento dei nuovi Direttori in alcune U.O.C. a carattere chirurgico, quali la Chirurgia Toracica, l'Ostetricia e Ginecologia e la Cardiochirurgia che ha concluso brillantemente il suo primo anno di attività.
Si confida che l'attività del G.O.M. in futuro si caratterizzerà come chirurgica per una quota maggiore di quella attuale.



- Per quanto concerne, la **degenza media preoperatoria** (Grafico 15), ossia la media delle giornate intercorse tra la data di ricovero e la data di intervento dei pazienti chirurgici, la Regione Calabria, con D.P.G.R. n. 25/2010, stabilisce che il valore standard della degenza media preoperatoria deve essere di un giorno per i **ricoveri programmati** e di due giorni per i **ricoveri urgenti**. Il valore aziendale si colloca in entrambi i casi al di sopra dello standard previsto: due giorni per gli interventi programmati e tre giorni per gli interventi in ricoveri d'urgenza. Si registra un lievissimo peggioramento dell'indice che corrisponde ad un sostanziale mantenimento del dato rispetto ai valori del 2016. L'importanza di questo indicatore nel caso dei ricoveri programmati sta nella capacità di una struttura e di un determinato contesto organizzativo di assicurare una efficiente gestione del percorso preoperatorio e di pianificare con efficacia l'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica.



Per quanto riguarda gli indicatori di appropriatezza organizzativa, sono presi in considerazione:

- 1) la percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico con DRG medico;
- 2) la percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico;
- 3) la percentuale di ricoveri brevi con DRG medico;

- 4) la percentuale degli interventi per frattura del femore in pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni effettuati entro 2 giorni dal ricovero;
5) la percentuale di parti cesarei sul totale dei parti.

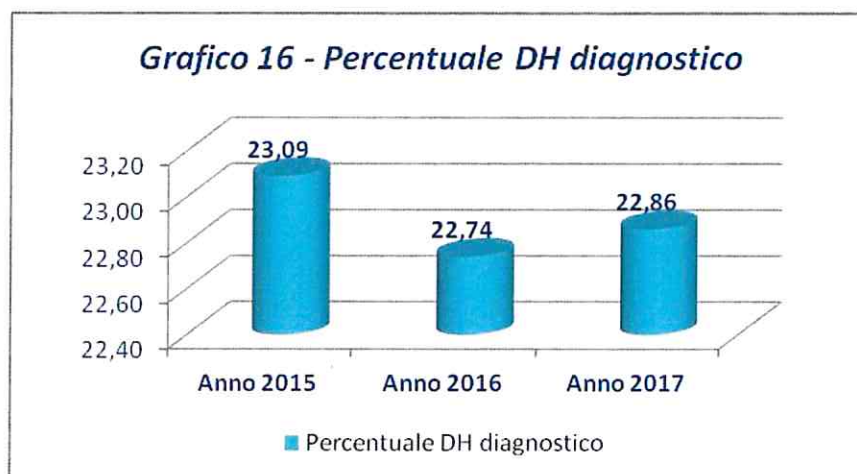
Si noti che l'elemento comune ai primi tre indicatori è il prendere in considerazione i ricoveri con DRG medico: l'ospedale, infatti, deve essere dedicato principalmente ad erogare attività chirurgica di particolare complessità ed intensità, tale da non poter essere collocata in alcun altro setting assistenziale. Gran parte dell'attività non chirurgica, al contrario, può essere altrettanto efficacemente erogata in un contesto ambulatoriale o territoriale, migliorando al tempo stesso la qualità percepita dal paziente e l'appropriatezza dell'impiego delle risorse a disposizione del S.S.N.. In generale, i primi tre indicatori sopra menzionati descrivono una situazione tanto più positiva quanto più le percentuali si riducono.

E' interessante sottolineare la stretta correlazione fra il ricorso inappropriato alle strutture ospedaliere e l'inadeguatezza del livello territoriale: questi stessi indicatori, pertanto, possono fornire indicazioni non solo sul corretto uso del setting ospedaliero, ma anche, indirettamente, sulla capacità assistenziale degli altri Livelli di Assistenza.

In tutti e tre i casi si evidenziano risultati lievemente peggiorativi con valori leggermente più alti nel 2017 rispetto all'anno precedente.

Si passa ad analizzare ciascuno dei primi tre indicatori di appropriatezza organizzativa di tipo medico:

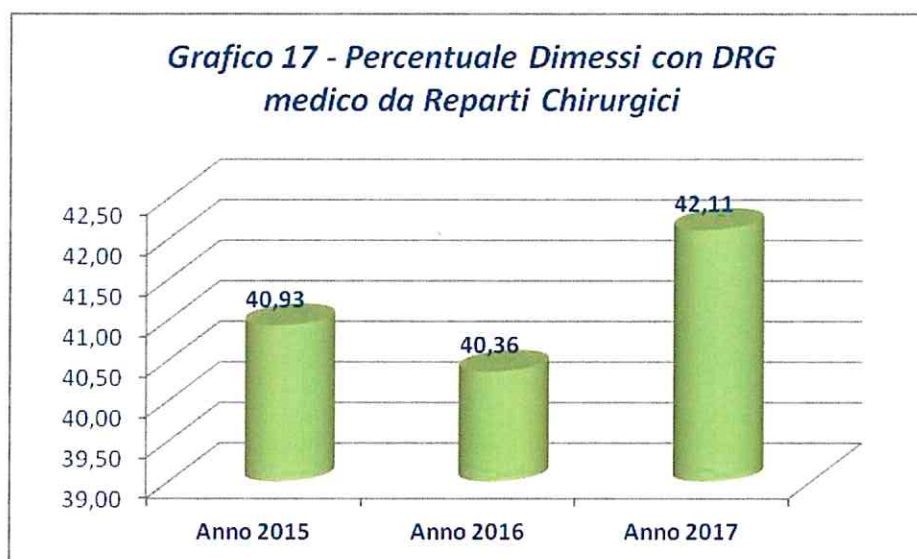
- 1) si registra un sostanziale mantenimento della **percentuale dei ricoveri diurni di tipo diagnostico**, che a partire dal 2015 mantengono una quota che si aggira intorno al 23% (Grafico 16), valore decisamente più basso rispetto ai valori che si registravano fino al 2014 (nel 2013 si era avuto il 35% e nel 2014 ben il 36% dei ricoveri Day Hospital diagnostici).



- 2) risulta aumentata **la quota di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico**, da a 41% nel 2015, 40% nel 2016 A 42% NEL 2017(Grafico 15).

"L'indicatore, specificamente, misura la quota di ricoveri effettuati nelle discipline di chirurgia cui viene attribuito un DRG medico, e che, quindi, non essendo caratterizzati da interventi chirurgici maggiori avrebbero potuto essere più appropriatamente trattati in discipline non chirurgiche. Si può ragionevolmente stimare che la percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici tendenzialmente non debba superare il 20%: in caso contrario si ha una ridotta efficienza nell'uso delle risorse dell'ospedale e un accresciuto disagio per il paziente non ricoverato nel reparto per lui più idoneo".¹

Tale quota riguarda in molti casi i ricoveri nei reparti chirurgici di pazienti anziani che a causa delle condizioni di salute non possono essere sottoposti all'eventuale intervento chirurgico previsto e per la mancanza di un reparto dedicato a tali degenze. Si auspica che con l'attivazione dell'U.O.C. di Geriatria tale percentuale possa decrescere in modo significativo.

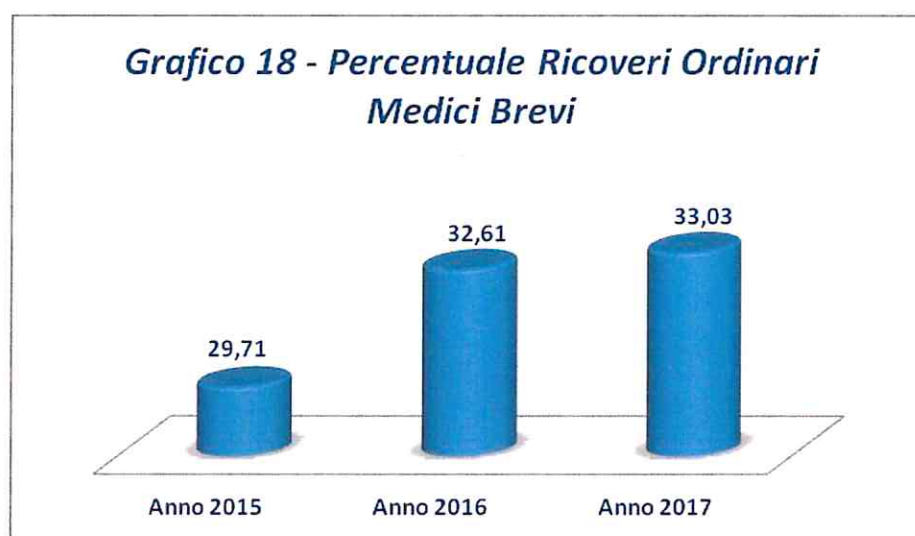


- 3) Si registra un mantenimento anche nel caso della **percentuale di ricoveri brevi con DRG medico** che nel 2017 risulta pari a 33% rispetto al 32,6%, dell'anno precedente (Grafico 18).

"L'indicatore vuole misurare l'appropriatezza del ricorso all'ospedalizzazione soffermandosi su quella frazione di ricoveri che, per le caratteristiche di bassa

¹ "Indicatori di Appropriatezza organizzativa"- Ministero della Salute, Banca Dati SDO, Patto per la Salute 2010-2012.

complessità delle prestazioni erogate (denotate già dalla mancanza di interventi chirurgici maggiori) e di brevità della degenza sono nella quasi totalità dei casi da ricomprendere nell'insieme dei ricoveri evitabili, le cui prestazioni dovrebbero più efficacemente essere collocate in un diverso setting, quali, ad esempio, il ricovero diurno o il livello distrettuale. L'inappropriatezza che ne consegue può essere frutto di insufficienti valutazioni cliniche all'atto dell'accettazione in pronto soccorso o essere ascrivibile ad una inadeguatezza dei servizi sul territorio, che rende talvolta l'ospedale l'unica risposta accessibile al cittadino. In ogni caso, la percentuale di ricoveri medici brevi è un valido indicatore di processo che consente di monitorare e misurare l'appropriatezza del ricorso al ricovero ospedaliero in degenza ordinaria².



Sono presi ora in considerazione gli indicatori appropriatezza organizzativa di tipo chirurgico:

- 4) La **percentuale degli interventi per frattura del femore effettuati entro 2 giorni** (Grafico 19) in pazienti di età maggiore o uguale a 65 anni è un indicatore, di caratura internazionale, che valuta la capacità di presa in carico da parte del livello ospedaliero e il tempo di risposta al bisogno di assistenza dei pazienti con frattura del femore, per i quali si rende necessario un intervento chirurgico entro le 48 ore. Infatti, dalla letteratura scientifica emerge chiaramente che attese oltre il limite dei due giorni per l'esecuzione dell'intervento chirurgico comportano un incremento del rischio di mortalità e di disabilità, specie nei soggetti anziani. Da considerare, inoltre, che in

² "Indicatori di Appropriatezza organizzativa"- Ministero della Salute, Banca Dati SDO, Patto per la Salute 2010-2012.

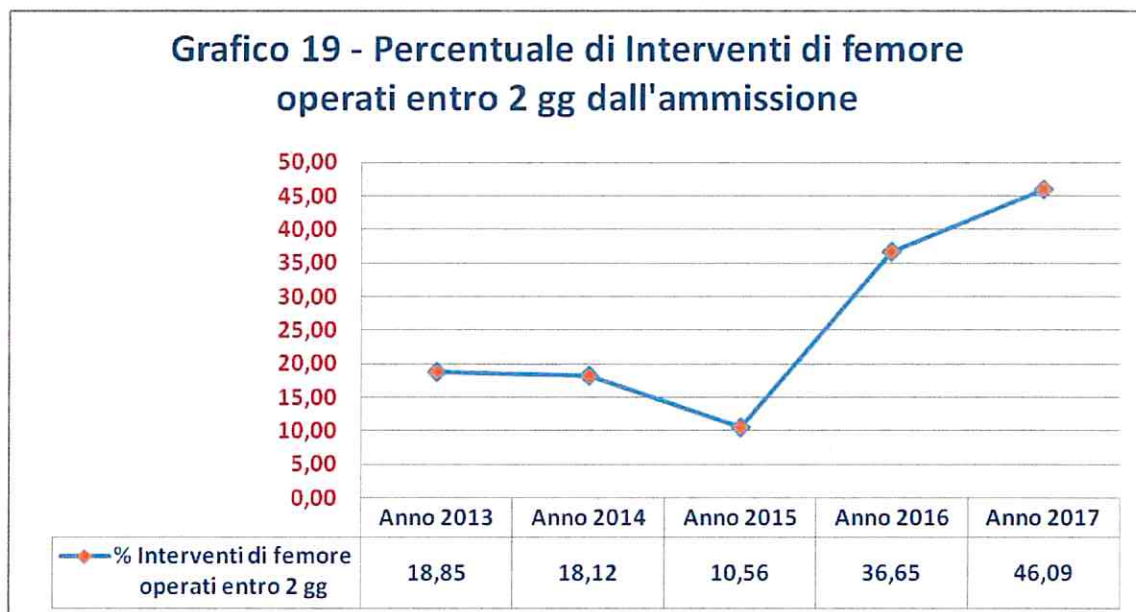
questi ultimi il rischio di riportare una frattura del femore è significativamente più elevato e comporta maggiori conseguenze: la tempestività dell'intervento permette una ripresa più rapida della normale deambulazione oltre ad impedire l'insorgere di complicazioni generali quali embolie polmonari, flebiti, decubiti e a migliorare la prognosi nel suo complesso.

Valori elevati dell'indicatore denotano contesti in cui l'efficienza dell'organizzazione dell'ospedale si riflette in un'aumentata appropriatezza clinica e nella comprovata maggiore efficacia dell'assistenza erogata; al contrario, basse percentuali segnalano contesti di inappropriata organizzativa, in cui è forte la probabilità che si manifestino *outcome* negativi.

La Regione Calabria, con DPGR n. 25/2010, aveva indicato quale valore di riferimento la percentuale del 30%. Tale valore è stato quasi raggiunto nell'anno 2012 (28%), ma in seguito è sceso drasticamente e **ha proseguito un negativo trend di decrescita fino al 10,6% del 2015**, che rappresenta il valore più basso raggiunto da quando tale indicatore viene monitorato. Durante l'anno 2016, la Direzione Strategica ha avviato, di concerto con il Comitato per il Controllo di gestione e con il Direttore dell'UOC di Ortopedia, le opportune azioni correttive per porre rimedio tale criticità. La nuova organizzazione per la gestione del paziente con frattura di femore e il monitoraggio costante dell'indicatori (cadenza mensile) hanno permesso di raggiungere l'ottimo risultato registrato nel **2016 pari a 36,7%**.

C'è da tenere presente che si tratta di un indicatore che presenta una variabilità altissima, poiché dipende da un numero piuttosto esiguo di interventi (circa 130 in un anno): alla luce di ciò, nel 2017, il CodiGe ha effettuato un monitoraggio costante dell'indice (mensile) che si attestato efficientemente a più del 46%, molto al di sopra anche del buon risultato già registrato l'anno precedente.

Si ricorda, inoltre, che la Regione Calabria, con nota prot. n. 102418/SIAR del 01/04/2015 (Adempimenti LEA. Percentuale di pazienti con frattura di femore operati entro 2 gg), ha informato che *"tale percentuale, per avere la piena adempienza deve raggiungere, a livello regionale il 60%, a fronte del 32% registrato per l'anno 2014"* ed invita tutte le Unità Operative di Ortopedia, anche le più virtuose, ad impegnarsi e sforzarsi il più possibile *"al fine di migliorare di gran lunga la percentuale di interventi per fratture di femore entro i 2 giorni, che consentirebbe di ottenere il pieno adempimento LEA"*.



- 5) Per quanto riguarda la **percentuale di parti cesarei sul totale dei parti**, si conferma, come negli anni precedenti, il ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica (43% includendo anche le pazienti precesarizzate) che risulta superiore sia alla media nazionale (35%) che regionale (35,4%)³. La Regione Calabria, con DPGR n. 25/2010, aveva stabilito che, a partire dall'anno 2013, il limite massimo consentito di parti cesarei fosse del 25% sul totale dei parti. Tuttavia, la stessa Regione, **con nota prot. n. 31421/SIAR del 23/03/2015 (Adempimenti LEA. Percentuale Parti Cesarei Primari)**, ha chiarito che **il tetto massimo consentito**, che si specifica essere del 18% a livello regionale e del 25% per ciascuna azienda, **si riferisce al totale dei parti cesarei con l'esclusione di: "parti relativi a donne non residenti, parti relativi a donne che sono state precesarizzate nei precedenti dieci anni, parti con nati morti"**.

Considerando, dunque, la percentuale di parti con taglio cesareo primario (Grafico 20), il valore si attesta nel 2016 **al 30,5%, in crescita rispetto al 2015, e comunque al di sopra del limite massimo consentito del 25%**. La fonte di tali dati è il Piano Nazionale Esiti che, confrontando i dati di tutte le Aziende, calcola esattamente il numero di donne che si sottopongono per la prima volta ad un taglio cesareo, e che ad oggi non ha ancora reso disponibili i valori relativi all'anno 2017. A tal proposito, l'unico dato del 2017 che si può avere è quello calcolato sui nostri dati aziendali: il

³ Fonte dati media nazionale e regionale: Rapporto Cedap 2014, Ministero della Salute

numero delle precesarizzate all'interno della nostra Azienda (ossia le pazienti già sottoposte in passato a taglio cesareo presso il GOM) e di conseguenza le pazienti che subiscono un cesareo per la prima volta presso il nostro nosocomio (non potendo verificare se tali pazienti hanno già avuto parti cesarei in precedenza).

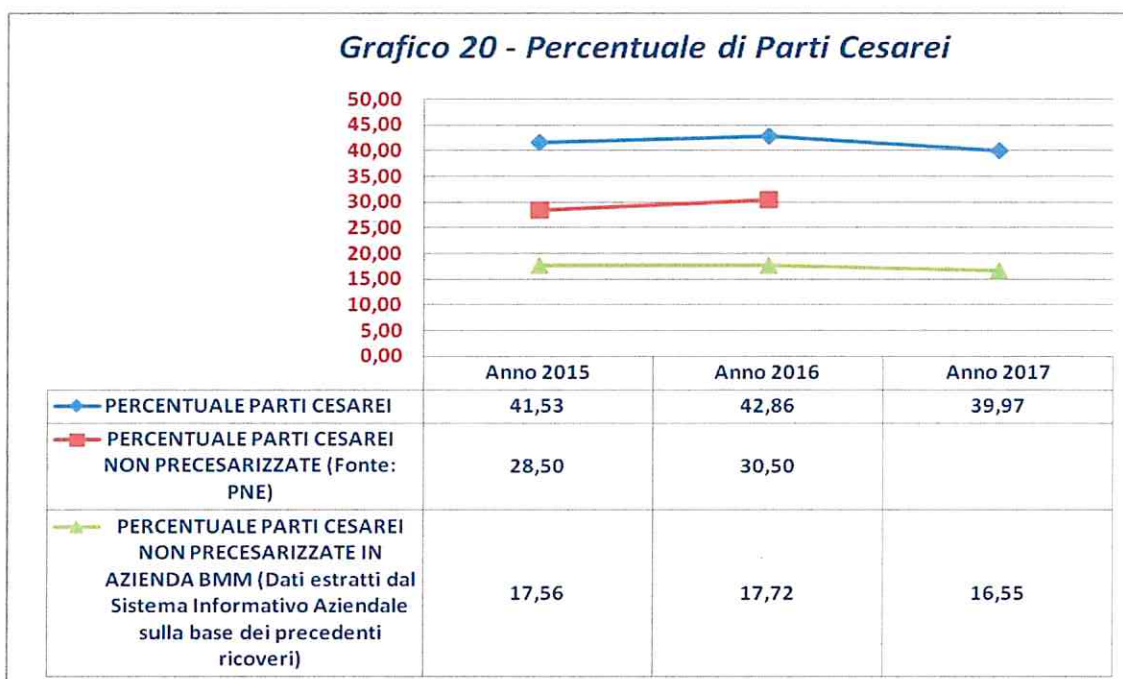


Tabella 7 - Statistiche Parti	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
Nr di parti vaginali	1.142	1.220	1.400
Nr di parti cesarei	804	913	922
Nr. totale di parti	1.946	2.133	2.322
Nr di parti cesarei primari	473	569	550
Nr di parti cesarei in pazienti precesarizzate (da protocollo PNE escluse donne non residenti in Italia; donne di età <10 e 55 anni; dimissioni con diagnosi di neonato morto)	318	344	368

Occorre tener presente, comunque, del notevole incremento delle attività del punto nascita aziendale a seguito della chiusura dei punti nascita del Presidio Ospedaliero di Melito Porto Salvo, della Casa di Cura "Villa Aurora" di Reggio Calabria e della Casa di Cura "Villa Elisa" di Cinquefrondi. I parti eseguiti presso quest'Azienda sono passati da 1.223 del 2010 a 2.138 del 2016 arrivando a 2.322 per il 2017.

Altro aspetto molto importante è quello relativo ai dati di **attività del Pronto Soccorso** rispetto al numero di accessi e alla composizione del **triage** in base alla gravità delle urgenze. Dal Grafico 21, si evidenzia un significativo aumento del numero di accessi al Pronto Soccorso (+2.156 accessi) nel 2017 rispetto all'anno precedente.

Aumenta, dunque, il volume degli accessi ma risulta invariata la composizione dei codici del triage (Tabella 8 e Grafici 21 e 22), anche si nota una certa riduzione dei codici bianchi (-604 casi), ossia dei casi non urgenti in cui il paziente non è in pericolo e non dovrebbe rivolgersi al Pronto Soccorso ma piuttosto alla guardia medica o al medico di base.

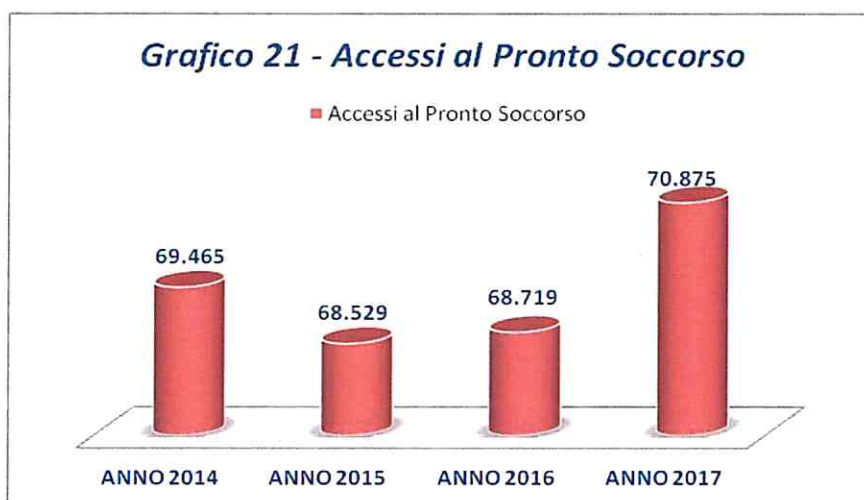
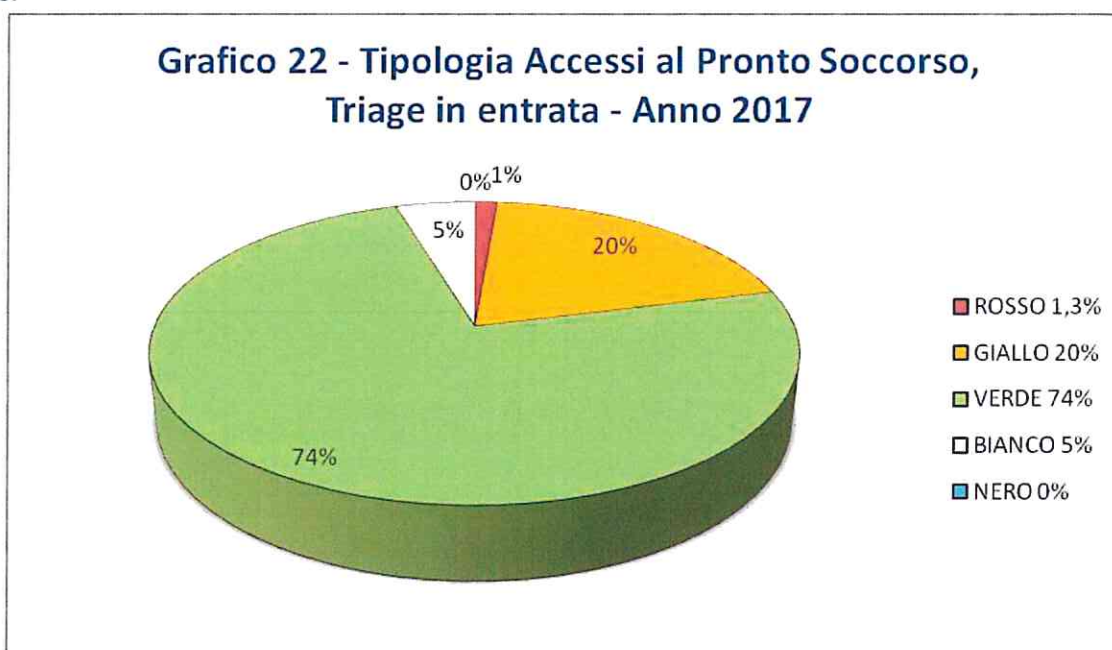


Tabella 8 TRIAGE IN ENTRATA PS	ANNO 2016		ANNO 2017	
	Numero	Percentuale	Numero	Percentuale
ROSSO	1.416	2,06%	904	1,28%
GIALLO	15.211	22,14%	14.010	19,77%
VERDE	48.046	69,92%	52.634	74,26%
BIANCO	4.041	5,88%	3.325	4,69%
NERO	5	0,01%	2	0,00%
TOTALE	68.719	100%	70.875	100%

TRIAGE IN USCITA PS	ANNO 2016		ANNO 2017	
	Numero	Percentuale	Numero	Percentuale
TRIAGE NON PRESENTE IN DIMISSIONE	1.941	2,82%	2.118	2,99%
ROSSO	1.285	1,87%	909	1,28%
GIALLO	14.456	21,04%	14.312	20,19%
VERDE	47.563	69,21%	50.660	71,48%
BIANCO	3.459	5,03%	2.855	4,03%
NERO	15	0,02%	21	0,03%
TOTALE	68.719	100%	70.875	100%

	ANNO 2016	ANNO 2017
TEMPI MEDI DI ATTESA PER TRIAGE	Tempi d'attesa (minuti)	Tempi d'attesa (minuti)
ROSSO	7	6
GIALLO	17	15
VERDE	34	39
BIANCO	42	48
NON TRIAGIATO	9	8

Il Grafico 22 illustra graficamente la tipologia delle urgenze in uscita al Pronto Soccorso: è evidente che la maggioranza dei casi presenta un **codice verde** (74%), in crescita rispetto al 2016 (70%): si tratta dei casi con urgenza minore, in cui il paziente riporta delle lesioni (traumi minori o fratture) o lamenta dei sintomi non riguardanti le funzioni vitali ma ha necessità di ricevere delle cure. Il 21% degli accessi presenta un **codice giallo** (stesso valore del 2016), ossia un'urgenza mediamente critica, con presenza di rischio evolutivo, e possibile pericolo di vita; mentre poco più del 1% arriva al Pronto Soccorso con **codice rosso** (1,8% nel 2015), ossia un'urgenza molto critica in cui il soggetto ha almeno una delle funzioni vitali compromessa e si trova in immediato pericolo di vita e necessita di un accesso immediato alle cure.



La Tabella 8 riporta anche i tempi medi di attesa al Pronto Soccorso in base al triage assegnato in entrata: si registrano tempi medi di attesa complessivamente molto ridotti; a tal proposito, preme segnalare che il tempo di attesa dei codici rossi è realmente di pochi secondi: i 6 minuti

che risultano dal sistema, infatti, si riferiscono ai tempi di registrazione del paziente che, al suo arrivo, viene immediatamente trasportato e assistito nelle sale appositamente riservate alle situazioni più critiche.

Nella successiva Tabella 9 si evidenziano i volumi degli accessi al Pronto Soccorso e delle prestazioni dell'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) che evolvono, successivamente, in ricoveri presso i reparti di degenza: il 17% degli accessi al Pronto Soccorso esita in un ricovero (11.900 ricoveri), il 38% dei pazienti sottoposti ad osservazione breve intensiva vengono successivamente ricoverati (1.500 ricoveri). Nella stessa tabella, si riportano i ricavi ottenuti con l'attività del Pronto Soccorso (quasi 12 milioni di euro) e con le prestazioni ambulatoriali rese dall'OBI (520 mila euro).

Tabella 9 Ricoveri da PS o OBI a Reparto	ANNO 2016			ANNO 2017		
	Numero	Ricavi	% sul tot	Numero	Ricavi	% sul tot
Numero di accessi con codice triage in dimissione	68.715			70.880		
Numero di accessi di PS esitati in ricovero	11.702		17,50%	11.982		16,90%
Numero di accessi per i quali è stata attivata l'O.B.I.	4.270			4.074		
Numero di OBI esitate in ricovero	1.288		30,20%	1.536		37,70%
Prestazioni Ambulatoriali O.B.I.	2.142	€ 471.240,00		2.365	€ 520.300,00	
Durata media (in ore) delle O.B.I.	38			22		
Remunerazione per accesso di PS		€ 11.377.142,55			€ 11.735.601,60	
Ricavi totali		€ 11.848.383,03			€ 12.255.902,15	

Sintesi dei dati economici dell'esercizio 2017

Il conto economico evidenzia un utile di esercizio di euro 343.158,79. Tale valore è determinato da ricavi, proventi ed altri componenti positivi di reddito per euro 186.593.391,61 e da costi, oneri ed altri componenti negativi di reddito per euro 186.250.232,82. Tale risultato si configura come un sostanziale pareggio di bilancio per l'esiguità dell'utile pari allo 0,2% della quota di F.S.R. assegnata dalla Regione Calabria. L'utile di esercizio è integralmente destinato a ripiano delle perdite degli esercizi precedenti. Tale risultato consente di programmare per l'anno 2018, fatte salve le superiori determinazioni della Regione Calabria in merito al riparto del F.S.R. 2018, la possibilità di incrementare l'utile di esercizio così che si possa continuare a ripianare, almeno parzialmente, la perdita complessiva riportata a nuovo per il periodo 1996 – 2005 poiché il risultato economico cumulato del periodo 2006 – 2017 è quasi in equilibrio.

Si ritiene di dovere valutare positivamente il risultato di esercizio in ragione di tre profili: a) la conferma per il quinto anno dell'utile di esercizio dopo nove anni di perdite, seppur di valore molto contenuto; b) l'incremento del livello di finanziamento regionale dell'Azienda Ospedaliera appena sopra richiamato e la cui necessità è stata evidenziata in sede di approvazione sia del bilancio economico preventivo, che dei precedenti bilanci di esercizio; c) gli elevati livelli delle perdite di esercizio delle altre Aziende del S.S.R. della Calabria che hanno determinato prima la dichiarazione da parte del Governo nazionale con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 11 dicembre 2007 della situazione dello stato di emergenza socio - economico - sanitaria nel territorio della regione Calabria, poi la definizione del piano di rientro del deficit sanitario regionale ex art. 1, comma 180 della L. 311/2004 e da ultimo il commissariamento della Regione Calabria per la realizzazione delle misure del piano di rientro.

IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DEL PERSONALE

Il processo di valutazione è preceduto da un momento di verifica delle attività svolte dai singoli nel quale si verificano tutte le attività svolte e sono anche finalizzate, principalmente, ad individuare le necessità di eventuali interventi correttivi.

La fase finale, che si colloca, di norma, nel primo trimestre dell'anno successivo a quello considerato, utilizza i dati raccolti per determinare il punteggio da attribuire al valutato.

Conclusa la fase acquisitiva degli elementi di valutazione, il responsabile della valutazione appone sulla scheda i punteggi attribuiti e sottoscrive la scheda stessa. Questa è poi comunicata al valutato, che la sottoscrive apponendovi la data relativa, e che può, in tale occasione, svolgere eventuali proprie osservazioni.

La documentazione relativa al processo di valutazione è trasmessa all'U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione ai fini dell'attribuzione dell'indennità di risultato; ciò avviene anche in caso di richiesta di revisione della valutazione dando luogo ad una attribuzione provvisoria della suddetta indennità. Le schede vengono infine conservate nel fascicolo personale di ciascun valutato.

Per la dirigenza assume un ruolo determinante il contributo individuale alla performance organizzativa. Si tratta di obiettivi chiaramente collegati all'attuazione dei progetti prioritari dell'Azienda. L'assegnazione "a cascata" partendo dalla Direzione a tutte le Strutture aziendali degli obiettivi che si intendono raggiungere e dei rispettivi indicatori, formulati in termini chiari e misurabili, corredati a valori attesi ed a valori di minimi di peso. Al dirigente è richiesto di mostrare una costante capacità di adeguare i comportamenti manageriali e le competenze professionali alle possibili discontinuità organizzative e gestionali che

potrebbero interessare l'Azienda conseguenti agli obiettivi che il Dipartimento Alla Salute assegna ad ogni Direttore Generale.

La misurazione e valutazione della performance si snoda in più fasi, la prima delle quali riguarda la fissazione degli obiettivi e l'individuazione, per ciascuno di essi, di uno o più indicatori, chiari, attinenti ed appropriati, del loro perseguimento.

L'O.I.V., anche avvalendosi degli aspetti istruttori della funzione preposta allo Sviluppo organizzativo delle risorse umane, sovrintende al processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa nel suo complesso e propone alla Direzione Generale la valutazione individuale del Direttore¹.

Si tratta, nello specifico, di una valutazione complessiva del contributo individuale della risorsa, nell'ambito della quale, attraverso due differenti/coincidenti punteggi, della struttura e del singolo direttore, la scala di valutazione darà conto delle caratteristiche qualitative del dirigente nell'espletamento della propria attività e della misura del raggiungimento degli obiettivi della struttura a cui è preposto. Il peso del singolo dirigente è 90 per il dirigente /dirigente responsabile, 95 per il direttore, 100 per il direttore di dipartimento.

Più in dettaglio, la valutazione della dirigenza è effettuata, infatti, con riguardo a due macro profili di performance individuale.

Tale modalità valutativa può costituire, nella correlazione degli obiettivi tra singolo dirigente e personale a lui preposto, la base per la valutazione della performance organizzativa della struttura operativa dello stesso dirigente.

Il punteggio della performance individuale per ciascun dirigente viene annualmente ripartito sui singoli obiettivi/profili individuati assegnando loro un peso ponderato. Diversi fattori di analisi e di potenziale sviluppo delle strutture di appartenenza, valutati in funzione di un'ottimizzazione costante del funzionamento dell'Azienda, possono infatti condurre ad attribuire pesi differenti ai predetti obiettivi/profili.

La formulazione del giudizio complessivo sulla performance, che deve essere comunque motivato, è preceduta da apposito incontro individuale con il dirigente (con l'O.I.V.) e comunque il procedimento valutativo si uniforma al principio della partecipazione del valutato. Nel rispetto del principio della riservatezza il giudizio è comunicato, successivamente alla validazione della Relazione sulla Performance, nelle forme più idonee e celeri all'interessato, insieme agli elementi utili ad impostare una strategia di miglioramento continuo.

La valutazione della performance deve essere conclusa in tempo reale e comunque anteriormente alla predisposizione della relazione sulla performance e comunque nel rispetto delle scadenze di cui all'art. 10, comma 1, lett. a e b del D. Lgs. n. 150/2009

¹ L'OIV propone la valutazione dei Direttori di UOC, dei Responsabili ff di UOC e dei Responsabili di SSD

I dirigenti di II livello, a loro volta, provvedono alla misurazione e valutazione della performance individuale del personale assegnato alla propria struttura, nel rispetto del principio del merito. La valutazione della performance è parametrata al raggiungimento degli obiettivi di gruppo o individuali e sulla qualità del contributo dato.

Quanto infine al personale non dirigenziale gli obiettivi di gruppo o individuali ad esso assegnati dovranno essere coerenti con quelli dell'unità organizzativa a cui appartengono. La misurazione e valutazione di tale personale, oltre alla verifica del raggiungimento degli obiettivi di gruppo o individuali di cui si è detto, darà conto della qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, delle competenze dimostrate e dei comportamenti professionali ed organizzativi posti in essere.

Ripartizione del punteggio disponibile.

Il sistema concertato con le OO.SS. prevede che la valutazione delle prestazioni consenta il conseguimento di un punteggio massimo di **100 punti**.

Nella scheda di valutazione degli obiettivi il punteggio viene preliminarmente ripartito tra le macro-aree della valutazione nel modo seguente:

- 55 punti alla "performance strategica" obiettivi organizzativi e prestazionali;
- 45 punti al "performance individuale" relativi agli obiettivi qualitativi e comportamentali.

Nell'ambito della prima macroarea il punteggio è articolato tra i vari obiettivi assegnati e, all'interno di questi, tra i cinque indicatori di valutazione individuati.

La scheda varia secondo i ruoli del personale e le competenze. Per cui gli obiettivi sono in maggiore numero nella prima e/o nella seconda macroarea, anche con diverso peso, sempre mantenendo la quota 100.

La somma dei punteggi conseguiti, aggiunto al punteggio relativo alla seconda macroarea, determinerà il valore complessivo attribuito al soggetto valutato.

Tale valore consentirà di attribuire al valutato il livello conseguito con il relativo punteggio. Si espone qui di seguito la procedura.

✓ Procedura di erogazione della produttività 2015:

- a) La quota viene contabilizzata per centro di responsabilità in base al personale in servizio della struttura ed alla categoria di appartenenza utilizzando i parametri già usati negli anni precedenti in conformità e già stabiliti nel CCNL di riferimento;
- b) Il fondo è suddiviso in due quote 60% e 40%;
- c) Quota fondo relativo al 60% - si compone di due elementi di valutazione:
 - Valutazione della struttura effettuata dal competente organo di verifica;
 - Coefficiente effettivo di presenza in servizio del dipendente e scheda di valutazione individuale;
- d) Quota fondo relativo al 40% - si compone di due elementi di valutazione:

- Scheda individuale di valutazione del dipendente redatta dal competente sovraordinato;
- Decurtazione di tutte le assenze dal servizio ad eccezione delle: - ferie, infortuni sul lavoro, formazione obbligatoria, permessi sindacali, astensione obbligatoria per maternità, permessi legge 104/92 - saranno detratte dal servizio ai fini del compenso all'interno della struttura di appartenenza.

CONCLUSIONI

Dall'analisi complessiva dei dati, dunque, si rileva per l'anno 2017 una conferma del trend di crescita della produzione ospedaliera già osservato nell'anno 2016. In particolare, si registra un incremento del valore economico dei ricoveri per acuti in regime ordinario (+3%) più che proporzionale rispetto all'aumento del numero degli stessi (+5,5%); i ricoveri ordinari, inoltre, presentano una casistica molto più complessa (peso medio pari a 1,26) e un controvalore economico tale da compensare il minore introito derivante dai ricoveri in regime diurno.

I ricoveri in regime Day Hospital, in effetti, diminuiscono sia in termini di quantità (-15%) che di ricavi (-11%): circostanza dovuta, come già esposto, sia all'organizzazione multidisciplinare del ricovero diurno, sia al trasferimento delle prestazioni dal regime di ricovero al regime ambulatoriale.

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale esterna, registrano una crescita sia economica che quantitativa: questa crescita è determinata da un aumento delle prestazioni ambulatoriali organizzate di tipo chirurgico (A.P.A.) e delle prestazioni ambulatoriali di alta specializzazione, prima tra tutte la Tomoscintigrafia Globale - PET; si nota invece un decremento delle prestazioni per così dire "tradizionali" (visite specialistiche, diagnostica per immagini, ecc.), a causa probabilmente delle lunghe liste d'attesa.

La degenza media dei ricoveri ordinari, nonostante si sia in presenza di un maggior numero di casi complessi trattati (peso medio più alto rispetto all'anno precedente) non si caratterizza per una maggiore durata dei ricoveri, registrandosi invece un lieve decremento

L'indice di occupazione dei posti letto in regime ordinario (82,8%) è quasi perfettamente allineato allo standard di qualità previsto (80%); tuttavia, continuano ad evidenziarsi dei picchi in alcuni reparti (Malattie Infettive, Medicina Generale, Neurologia) in cui può verificarsi il fenomeno del barellaggio dei pazienti in corridoio anche per diversi giorni. E' da sottolineare, però, che tale circostanza si è in parte arginata grazie all'attivazione dei nuovi posti letto autorizzati con D.C.A. n. 30 del 3.3.2016 e confermati dal D.C.A. n. 64 del 5.7.2016.

Piuttosto al di sopra dei valori qualitativi previsti si colloca la degenza media preoperatoria: è auspicabile, nel caso dei ricoveri programmati, che i reparti chirurgici ottimizzino l'ammissione

ai ricoveri al fine di poter operare i pazienti entro un giorno. Una migliore organizzazione degli interventi chirurgici in elezione influirà anche su una più efficiente gestione dei ricoveri in urgenza.

Gli altri indicatori di qualità ed appropriatezza organizzativa mostrano in generale un sostanziale mantenimento o in qualche caso un lievissimo peggioramento dei valori rispetto al passato: si conferma la quota dei ricoveri diurni di tipo diagnostico, come anche la percentuale dei ricoveri ordinari brevi di tipo medico; aumenta, invece, il numero dei dimessi con DRG medico da reparti chirurgici.

Un ottimo risultato si è raggiunto nella percentuale dei pazienti con frattura di femore operati entro 2 giorni dall'ammissione al ricovero: tale indice nel 2015 aveva toccato il suo "minimo storico" (11%); la nuova organizzazione per la gestione del paziente con frattura di femore e il monitoraggio costante dell'indicatori (cadenza mensile) hanno permesso di raggiungere nel 2016 una percentuale pari a 37% dei pazienti operati entro i 2 giorni dell'ammissione, valore che è salito fino al 46% nel 2017.

Da un monitoraggio effettuato dal CodiGe si evidenzia, inoltre, che nell'anno in corso (gennaio-maggio 2018) si registra una crescita estremamente virtuosa che si attesta a ben al 67%: si presume che, grazie ad uno specifico e costante controllo dei ricoveri e delle cartelle cliniche attivato dall'U.O.S.D. Monitoraggio e Controllo Attività di Ricovero il valore potrà essere mantenuto, se non addirittura aumentato, nella seconda metà dell'anno.

Per quanto riguarda il Pronto Soccorso, aumenta significativamente il volume degli accessi ed invariata risulta la composizione dei codici del triage rispetto al 2016. Si nota una certa riduzione dei codici bianchi, probabilmente in parte dovuto al pagamento del ticket per i cosiddetti "accessi impropri" ossia quei casi non urgenti in cui i pazienti dovrebbero rivolgersi alla guardia medica o al medico di base"; più che buoni, infine, i tempi medi di attesa registrati per ciascun codice triage di ingresso, grazie alla nuova organizzazione spaziale dell'Unità operativa che divide le sale dedicate ai codici più critici da quelle in cui si assistono i pazienti in condizioni meno o poco gravi.