 <p>Via G. Cusmano, 24 - 90141 PALERMO C.F. e P. I.V.A. - 05541760829</p>	<p>Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo</p> <p>Organismo Indipendente di Valutazione</p>
--	---

VERBALE n° 4 del 2 Marzo 2020

L'anno 2020, il giorno due del mese di Marzo, alle ore 15:00, presso i locali della Direzione Sanitaria, siti al 3° piano in Via G. Cusmano n. 24, si è riunito l'Organismo Indipendente di Valutazione, composto da:

- il Prof. Renato Malta, Presidente,
- il Dott. Roberto Virzi, Componente;
- la D.^{ssa} Loredana Maria Ester Giustini, Componente;

Sono, inoltre, presenti:

- la D.^{ssa} Tiziana Di Falco, Responsabile della UOS Valutazione e valorizzazione risorse umane, nonché Responsabile della Struttura Tecnica Permanente;
- la D.^{ssa} M. Montagna, Direttore della UOC. Controllo di Gestione-SIS.;
- la D.^{ssa} Sonia Tedesco, Dirigente della UOC Controllo di Gestione-SIS.;
- il Dott. Giuseppe Virga, della Direzione Sanitaria;
- il Dott. Serafino Garda, Direttore UOC Programmazione e Controllo Attività Ospedaliere Private.

Segretario verbalizzante: Dott. Samuel Arrigo.

La seduta odierna è dedicata all'esame del "Piano della Performance 2020-2022", adottato con deliberazione D.G. n. 82 del 21 gennaio 2020 e pubblicato sul sito aziendale.

Il Presidente chiede alla Responsabile della U.O.C. Controllo di Gestione, D.ssa Montagna, di illustrare sinteticamente il Piano della Performance e, preventivamente, di notificare l'O.I.V. circa alcuni ambiti che si rileva non essere stati inseriti nel Piano, quali:

- ✓ Incarichi ai consulenti;
- ✓ Carta dei servizi e standard di qualità;
- ✓ Pari opportunità e benessere organizzativo.

La D.ssa Montagna in merito alla superiore richiesta rappresenta che:

- ✓ L'Azienda utilizza un numero ridotto di consulenti, e il dato non è stato inserito nel capitolo relativo alle risorse umane che, invece, rileva il personale in servizio a tempo indeterminato e determinato. Inoltre, le informazioni relative agli incarichi ai consulenti non sono pubblicate nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet aziendale. Tale circostanza potrà essere presa in considerazione dall'O.I.V. per quanto di competenza.
- ✓ La Carta dei Servizi pubblicata sul sito internet aziendale, a cura dell'U.O.S. Comunicazione e Informazione, è aggiornata all'anno 2016. Essa tratta gli standard di qualità relativi al programma ministeriale "La Valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la

AV, [signature]

prospettiva del cittadino". Tale programma risponde all'esigenza di implementare un sistema nazionale di valutazione periodica dell'umanizzazione delle strutture ospedaliere con la partecipazione competente, attiva e consapevole del cittadini. Esso, avvalendosi di dati raccolti con una checklist, di visite alle strutture sanitarie, persegue il miglioramento continuo del grado di umanizzazione delle strutture sanitarie.

Nella Carta dei Servizi è riportata la tabella con gli *item* della checklist con la valutazione positiva in tutti i Presidi Ospedalieri Aziendali (P.O. G.F. Ingrassia di Palermo, P.O. S. Cimino di Termini Imerese, P.O. Civico di Partinico, P.O. Dei Bianchi di Corleone, P.O. Madouna SS. dell'Alto di Petralia Sottana).

La tabella aggiornata al 2019 è stata trasmessa dal Responsabile della U.O.S. "Qualità" al Responsabile della U.O.S. "Comunicazione e informazione", e il Responsabile della U.O.C. "Controllo di Gestione" si incarica di trasmettere tempestivamente copia all'O.I.V.

✓ Per quanto attiene ai temi delle "Pari opportunità" e del "Benessere organizzativo", al momento dell'adozione del Piano della Performance gli obiettivi aziendali relativi alle pari opportunità per l'anno 2020 erano in corso di elaborazione nell'ambito della nuova programmazione delle attività del Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.); successivamente sono stati individuati e inseriti nel Piano Triennale delle Azioni Positive per il quale è in corso l'acquisizione dei previsti pareri preventivi al fine di procedere alla relativa adozione. L'Azienda ha redatto il P.T.A.P. per il periodo 2020-2022 in coerenza con la proposta del C.U.G., sviluppando al suo interno alcuni temi. Poiché il documento costituisce il primo P.T.A.P. che l'Azienda elabora, il percorso di definizione nell'ottica di pari opportunità è ancora in fase iniziale (cfr. CIVIT Delibera n. 22/2011 - cap. 5) ed è caratterizzato da:

- Scarsa quantità di obiettivi e indicatori, prevalentemente di *input*, di processo e di *output*, relativi a specifiche aree delle pari opportunità.
- Inclusione di aspetti di genere (in particolare, analisi dei dati sul personale) in prospettiva prevalentemente interna.
- Processo con essenziale livello di partecipazione e basilare analisi di sensibilità.

Con riferimento all'impianto generale del Piano della Performance, la D.ssa Montagna fa presente che la struttura e i contenuti sono coerenti alle "Linee guida per il Piano della performance - Ministeri" n.1 di giugno 2017 (DFP), in accoglimento delle indicazioni dell'O.I.V. di cui alla nota n.12 del 04/11/2019 relativa a "Monitoraggio dall'avvio del ciclo della performance ai sensi dell'art.6 del D.Lgs. n.150/2009 e delle Linee Guida n.1/2018 del DFP". È stato eliminato ogni riferimento alla delibera ANAC 112/2010, superata dagli ultimi documenti del DFP.

In sintesi, relativamente alla modalità di redazione del Piano:

- ✓ La presentazione dell'Amministrazione è stata snellita e sono stati inseriti dei grafici per una immediata comprensione dei dati esposti;
- ✓ Nel "quadro di riferimento" relativo alla pianificazione triennale, si è inteso inserire informazioni attinenti agli obiettivi triennali e annuali;
- ✓ L'ASP di Palermo per il triennio 2020-2022 ha definito gli obiettivi specifici, in continuità con il triennio 2019-2021, con riferimento:
 - al Sistema di Obiettivi di Salute e Funzionamento dei Servizi per il periodo 2019-2020 (elaborati dall'AGENAS) e assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute al Direttore Generale (allegato 3);
 - agli obiettivi contrattuali generali assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute al Direttore Generale.

Al
Montagna
2/5

- ✓ Partendo dagli obiettivi specifici, su cui l'Assessorato della Salute chiede il perseguimento dei risultati nell'ottica del miglioramento della *performance* organizzativa, l'A.S.P. ha esaminato le criticità interne e individuato gli interventi su cui centrare gli obiettivi con l'elaborazione di:
 - o Piani di intervento specifici (per es.: Programma attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa 2019-2021, Piano aziendale per la gestione del sovraffollamento nei Pronto Soccorso, Piano di audit interno procedure, PAC, ...), cui il Piano fa esplicito riferimento;
 - o Obiettivi/Indicatori di processo attribuiti alle strutture interessate (per es: Screening, prescrizioni dematerializzate, fascicolo sanitario elettronico);
 - o Obiettivi/Indicatori di miglioramento dei livelli di attività, di miglioramento dell'attività, di miglioramento organizzativo che si riflettono sugli obiettivi di salute e di funzionamento (per es: obiettivi dell'area ospedaliera di degenza che inducono un miglioramento nella gestione del sovraffollamento del pronto soccorso, e degli esiti).
- ✓ Tutti gli obiettivi sono monitorati da referenti aziendali e da gruppi di lavoro appositamente costituiti.
- ✓ Ad ogni ambito declinato negli obiettivi specifici triennali è associata un'articolazione di obiettivi operativi per l'annualità in corso, assegnati alle macrostrutture e alle UU.OO.CC., per ciascuno dei quali vengono definiti uno o più indicatori e i valori target da raggiungere nel periodo con indicazione del valore *base-line*.
- ✓ Inoltre, sono definiti ulteriori obiettivi annuali per le aree non coperte dagli obiettivi specifici triennali, e relativi ad aree di intervento trasversali (prevenzione della corruzione, trasparenza, qualità percepita, qualità partecipata, *empowerment* del paziente, ...) e ad aree di attività nelle quali si evidenziano spazi di miglioramento, diretto o indiretto, del "benessere" per i destinatari.
- ✓ In particolare, sono state evidenziate in appositi "BOX" le analisi delle criticità, gli obiettivi e gli indicatori, di cui, a titolo di esempio positivo si citano quelli relativi agli screening oncologici, nonché quelli delle aree ospedaliere. Per questo ultimo ambito, la Dr.ssa Montagna chiede al Dr. Garda, presente alla seduta, di relazionare in merito alle attività espletate dal gruppo di lavoro dedicato. Il Dott. Garda consegna all'O.I.V. la relazione che il Gruppo di lavoro sugli obiettivi Strategici Aziendali e Piano della Performance 2020, costituito con nota prot. n° 2166 del 10/10/2019, ha esitato, e in base a cui sono stati inseriti nuovi obiettivi e indicatori nel Piano della Performance. In sintesi, sono stati analizzati i principali indicatori di attività delle UU.OO. di degenza aziendali, aggiornati a settembre 2019 e confrontati con gli standard regionali o nazionali, rilevando le risorse umane disponibili e analizzando i C.E.G. (Conti Economici Gestionali) che riportano i rimborsi delle prestazioni e i relativi costi attribuiti a ciascuna struttura.
- ✓ Nel corso delle riunioni tenutesi nel mese di novembre 2019 i componenti del Gruppo di lavoro, hanno incontrato i Direttori Medici di Presidio, i Direttori delle UU.OO. di degenza e i Direttori dei Dipartimenti Salute Mentale, Radiologia e Salute della donna e del bambino. Nel corso degli incontri i Direttori sono stati invitati a produrre proposte operative utili al superamento di tali criticità.
- ✓ In generale le dimensioni del miglioramento su cui sono stati individuati obiettivi, indicatori e target sono tre:
 1. Miglioramento o mantenimento dei livelli di attività: degenza media, tasso di occupazione, peso medio DRG personalizzati per ciascuna struttura;
 2. Miglioramento dell'attività assistenziale:

R. P. *Montagna* 3/5

per le UO di degenza

- ✓ Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa tra le discipline di Anestesia, di area medica e di area chirurgica, per le consulenze preoperatorie finalizzata a realizzare la valutazione anestesiológica del 90% dei degenti entro 24h dalla richiesta.
- ✓ Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per limitare i ricoveri di tipo medico nelle unità chirurgiche, finalizzata a ridurre la non appropriatezza del DRG.
- ✓ Elaborazione ed implementazione di una procedura condivisa per favorire il trasferimento dalle terapie intensive.
- ✓ Programmazione della dimissibilità in prima giornata con revisione quotidiana.
- ✓ Conversione dei posti di DH inutilizzati in ordinario.
- ✓ Attivazione di tutti i posti letto secondo rete ospedaliera.

per le UO di pronto soccorso

- ✓ Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza in pronto soccorso < di 6 ore.
- ✓ Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero > 24 ore.
- ✓ Dimissioni verso strutture ambulatoriali.
- ✓ Riduzione delle consulenze per paziente.
- ✓ Elaborazione ed implementazione di una procedura per l'attivazione percorso FAST TRACK pediatrico condiviso con il Dipartimento Salute Donna e Bambino.

3. **Miglioramento organizzativo degenza attraverso:**

- ✓ Individuazione di modalità organizzativa che garantisca la possibilità di dimissioni dai Reparti anche nei giorni festivi e prefestivi;
- ✓ Garanzia di un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica quotidianamente a disposizione del PS (festivi e prefestivi compresi) al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio;
- ✓ Implementazione e incremento delle dimissioni protette e facilitate;
- ✓ Dimissioni dai Reparti di Degenza entro le ore 12.00.

Terminato l'intervento del Dott. Garda, prende nuovamente la parola la Dr.ssa Montagna, e nella conclusione evidenzia che:

- ✓ con riguardo alla valutazione individuale, nel Piano è stato eliminato il riferimento al D.A. n.1821/2011;
- ✓ gli obiettivi relativi alla prevenzione della corruzione non fanno più riferimento agli adempimenti previsti dal relativo Piano, ma sono stati inseriti tre obiettivi proposti dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- ✓ L'obiettivo relativo alla trasparenza, per quanto si riferisca sempre agli obblighi di pubblicazione, è stato corredato di un allegato che riporta in chiaro tali obblighi. Ciò in conseguenza dell'osservazione dell'OIV formulata nel 2019 sul fatto che gli obiettivi della prevenzione della corruzione e della trasparenza non erano espliciti e rimandavano ad altro documento non previsto nel Piano della *Performance*.

L'O.I.V., nella persona del Presidente, sollecita l'Azienda ad individuare obiettivi di prevenzione della corruzione che siano basati sull'analisi delle criticità riscontrate nelle diverse strutture aziendali in relazione alle attività a rischio di corruzione.

h.
RVs
Pisani
4/5

A tal proposito, l'O.I.V. ritiene che la previsione di tre obiettivi di carattere generale uguali per tutte le strutture, potrebbe non essere sufficiente a raggiungere risultati ben performanti.
Alle ore 18:30 hanno termine i lavori della seduta odierna che, pertanto, viene sciolta decidendo che la data della prossima seduta verrà concordata dai componenti e comunicata ai partecipanti.

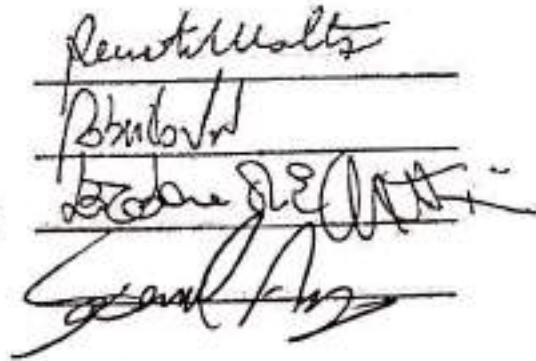
Letto, confermato e sottoscritto:

Presidente: Prof. Renato Malta

Componente: Dott. Roberto Virzi

Componente: D.^{ssa} Loredana M. Ester Giustini

Segretario: Dott. Samuel Arrigo

The image shows four handwritten signatures, each written over a horizontal line. From top to bottom, the signatures correspond to: Prof. Renato Malta, Dott. Roberto Virzi, D.^{ssa} Loredana M. Ester Giustini, and Dott. Samuel Arrigo. The signatures are written in dark ink and are somewhat stylized.