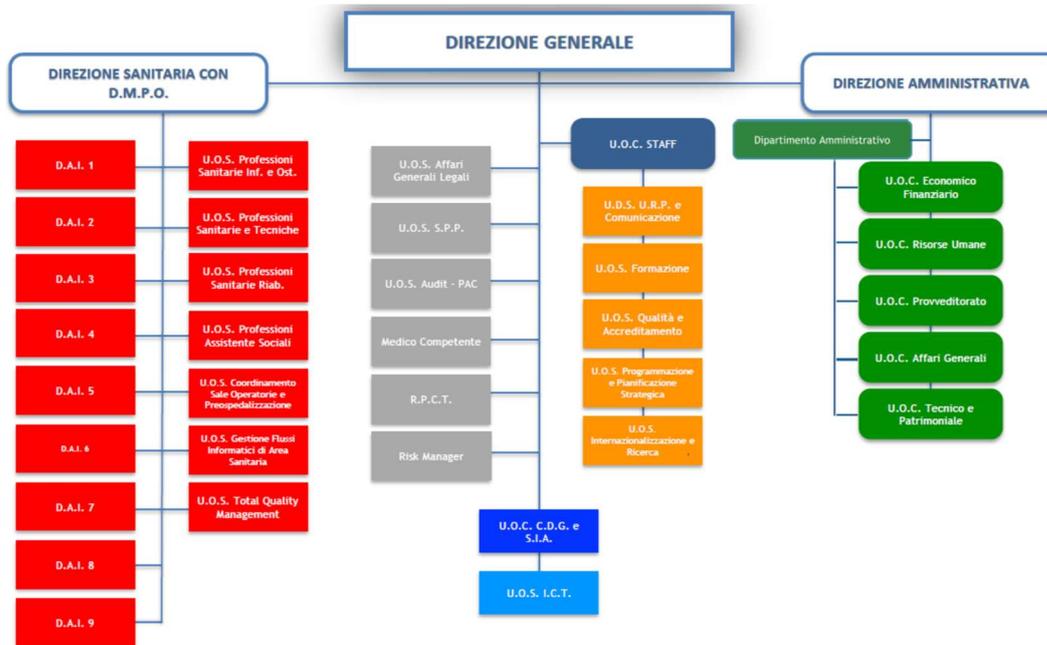


Organizzazione

L'Azienda Ospedaliera Universitaria di Messina "G. Martino" è organizzata, sia in ambito sanitario che amministrativo, secondo il modello dipartimentale di cui a seguire si riporta organigramma. Tale strumento di rappresentazione risulta comprensivo delle UU.OO.SS. di Area Sanitaria, se direttamente sottoposte alla Direzione Sanitaria e non alle UU.OO.CC., e delle UU.OO.CC. ed UU.OO.SS. ed incarichi sia di Area Amministrativa che di pertinenza della Direzione Generale:



Direzione Sanitaria con DMPO

- Il Direttore Sanitario, nominato dal Direttore Generale nel rispetto della normativa vigente, partecipa, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla Direzione dell'Azienda, assumendo diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza e concorre, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.
- In particolare, il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari negli ambiti previsti dal Dlgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, con particolare riferimento agli aspetti igienico-sanitari ed organizzativi, fatte salve le competenze professionali e gestionali proprie dei dirigenti sanitari responsabili di struttura e del direttore medico di presidio.
- Contribuisce al governo aziendale partecipando al processo di pianificazione strategica e di programmazione annuale delle attività, garantendo la coerenza della gestione clinico-assistenziale dei processi produttivi con gli indirizzi strategici, anche in termini di compatibilità finanziaria.
- Il Direttore Sanitario, in particolare:
- Sovrintende al coordinamento ed all'integrazione delle funzioni attribuite alle strutture sanitarie, verificando il rispetto degli standard qualitativi e di efficienza tecnica ed operativa; coordina i progetti di sviluppo finalizzati al miglioramento qualitativo dei processi clinico-assistenziali; svolge, di concerto

con il Direttore Amministrativo, funzioni di mediazione interna in caso di conflitto fra più dipartimenti su questioni inerenti al governo clinico ed ai processi sanitari;

- È componente del comitato etico interaziendale della Provincia di Messina.
- Adotta i provvedimenti o gli atti di diritto privato nelle aree di competenza a lui attribuite o delegate.
- Esercita i poteri eventualmente a lui delegati dal Direttore Generale mediante adozione di atti di diritto privato o di diritto pubblico negli specifici ambiti di attività di cui all'atto specifico.
- Può, in qualsiasi fase, delegare o avocare a sé l'organizzazione dei servizi sanitari, che rivestono particolare rilevanza, che non siano già stati delegati direttamente dal Direttore Generale, nel contesto delle competenze dell'area sanitaria, adottando tutti gli atti necessari.
- Le strutture della Direzione Sanitaria svolgono funzioni di direzione, indirizzo e consulenza alle strutture operative aziendali dipendenti funzionalmente da essa.

Sono strutture gerarchicamente sottoposte alla Direzione Sanitaria :

- 1) **"Professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche"**
- 2) **"Professioni sanitarie e tecniche"**
- 3) **"Professioni sanitarie e riabilitazione"**
- 4) **"Professioni Sanitarie Assistente Sociale"**
- 5) **"Coordinamento Sale Operatorie e preospitalizzazione"**
- 6) **"Gestione flussi informatici di Area Sanitaria"**
- 7) **"Total quality management"**

Il D.A.I. (Dipartimento ad Attività Integrata)

Il Dipartimento ad Attività Integrata (D.A.I.) fornisce all'utente un percorso assistenziale caratterizzato da omogeneità nella gestione degli aspetti diagnostici, terapeutici e riabilitativi e persegue il livello più elevato possibile di appropriatezza delle cure, mediante l'integrazione con i processi di didattica e di ricerca, nonché la tempestività e coerenza nella erogazione delle prestazioni diagnostiche.

Tale organizzazione deve assicurare, oltre agli obiettivi previsti dagli indirizzi regionali in materia, l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca.

Il Direttore del D.A.I. è un Responsabile di Struttura complessa di quelle afferenti al D.A.I. stesso, e viene nominato dal Direttore Generale dell'Azienda, d'intesa col Rettore dell'Università. Il Direttore viene scelto sulla base di requisiti di esperienza e capacità clinica, gestionale, scientifica e formativa.

Il Direttore del D.A.I. mantiene, di norma, la direzione della Struttura complessa di cui è responsabile.

I D.A.I., strutturali o funzionali, sono costituiti da almeno tre Unità Operative Complesse e da almeno una Unità Operativa Semplice Dipartimentale per l'utilizzo comune ed ottimale delle risorse umane e strumentali destinate all'assistenza e per il coordinamento delle attività assistenziali, di formazione e di ricerca proprie dell'area, nel rispetto delle competenze previste dall'ordinamento del servizio sanitario e dall'ordinamento universitario.

Funzioni del D.A.I.

Il D.A.I., grazie anche a risorse professionali specificamente assegnate, svolge tutte le funzioni necessarie ad assicurare, nel rispetto delle specifiche normative e delle programmazioni istituzionali, l'esercizio coordinato ed integrato delle attività di assistenza con quelle di ricerca e di formazione coerenti con la specifica area assistenziale, di concerto con i D.U. di riferimento.

In particolare, il D.A.I.:

- coordina ed assicura la realizzazione dei piani di attività assistenziali negoziate ed assegnate alle strutture organizzative in cui è articolato, privilegiando l'approccio multidisciplinare delle competenze professionali e l'utilizzo coordinato, secondo i criteri di efficacia ed appropriatezza, delle risorse disponibili a livello sia intra che interdipartimentale;
- realizza il governo clinico del sistema di produzione dei servizi, sia in termini di processo decisionale finalizzato alla garanzia della qualità tecnica delle prestazioni e appropriata modalità di erogazione delle stesse, sia in termini di partecipazione dei professionisti alle decisioni di carattere strategico, organizzativo e gestionale
- assicura l'implementazione e gestione di adeguate forme di monitoraggio e valutazione della qualità assistenziale
- promuove lo sviluppo delle competenze professionali e la loro valorizzazione;
- individua e promuove nuove attività e/o modelli di assistenza adeguandoli alle innovazioni tecnologiche ed organizzative, garantendo altresì il mantenimento della qualità dell'assistenza in linea con adeguati standard professionali.
- promuove, coordina, sostiene e realizza attività di ricerca, in conformità alle normative vigenti, di concerto con i D.U. di riferimento, ferma restando la libertà e l'autonomia di ricerca di docenti, ricercatori universitari e dirigenti ospedalieri ad esso afferenti;
- promuove e cura, nelle componenti universitarie ed ospedaliere e nel rispetto delle specifiche e vigenti normative, la realizzazione di programmi di ricerca e lo svolgimento di attività di consulenza e di ricerca su contratto, convenzione o commissione;
- promuove e favorisce il collegamento con strutture ed attività extra ospedaliere, anche al fine di assicurare la continuità assistenziale;
- promuove e programma iniziative di educazione ed informazione sanitaria;
- formula proposte sui programmi di investimento edilizio e tecnologico, nonché sulla programmazione delle risorse professionali;
- il funzionamento, le procedure ed i criteri di riferimento delle attività dei D.A.I. è definito con specifico regolamento, suscettibile di modifica o integrazioni in relazione alle esigenze aziendali o al mutamento del quadro normativo di riferimento.

A tal fine risultano costituiti n° 9 Dipartimenti ad Attività Integrata (di seguito denominati D.A.I.) le cui composizioni, in termini di UU.OO.CC., vengono riportate a seguire al fine di avere contezza di questa tipologia di realtà organizzative che insistono all'interno dei Dipartimenti stessi :



L'Azienda, nel disciplinare la costituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei Dipartimenti ad Attività Integrata, persegue la finalità di:

- prevedere una composizione dei Dipartimenti che favorisca lo sviluppo dell'innovazione assistenziale, la continuità assistenziale, lo sviluppo professionale e la coerenza tra le attività assistenziali, didattiche e di ricerca;
- assicurare la sinergia tra i piani di sviluppo aziendali e la programmazione di tutti i Corsi di Studio presenti all'interno dell'Azienda;

Per avere una conoscenza più dettagliata in riferimento alla composizione dei vari D.A.I. presenti in Azienda, avendo, fino adesso, evidenziato solo le UU.OO.CC., vengono aggiunte in questo documento, e per intero, le varie UU.OO. che in essi risultano inserite, attive o da attivare.

DAI	Unità operativa
	DIRETTORE D.A.I.
SCIENZE MEDICHE	U.O.C. Dermatologia
	U.O.C. Endocrinologia
	U.O.C. Gastroenterologia e Malattie Intestinali croniche
	U.O.C. Malattie Infettive
	U.O.C. Medicina ad ind. Epatologico
	U.O.C. Medicina Interna
	U.O.S. Diabetologia
	U.O.C. Nefrologia e Dialisi

	U.O.C. Pneumologia
	U.O.S. DIP. Fisiopatologia e Tecniche del trattamento dell'insufficienza respiratoria
	U.O.C. Psichiatria
	U.O.C. Reumatologia
	U.O.S. DIP Endoscopia Digestiva
	U.O.S. DIP Allergologia e Immunologia Clinica
	U.O.S. DIP Talassemia
	U.O.S. DIP Geriatria

DAI	Unità operativa
	DIRETTORE D.A.I.
CHIRURGIA	
	U.O.C. Chirurgia Generale e d'urgenza
	U.O.C. Chirurgia Plastica
	U.O.C. Odontoiatria e Odontostomatologia
	U.O.C. Oftalmologia
	U.O.C. Otorinolaringoiatra
	U.O.C. Servizio di Anestesia
	U.O.S. Dip. Chirurgia del Peritoneo e del Retroperitoneo
	U.O.S. DIP Microchirurgia auricolare
	Programma - Innovazioni tecniche e tecnologie in chirurgia riparativa, con particolare riguardo agli arti ed ai nervi periferici

DAI	Unità operativa
	DIRETTORE D.A.I.
ONCOLOGICO	
	U.O.C. Chirurgia Generale ad ind. Oncologico
	U.O.S. Fast Track Surgery
	U.O.C. Urologia
	U.O.C. Ematologia
	U.O.C. Oncologia Medica con Hospice
	U.O.S. DIP Terapia del dolore
	U.O.S. DIP Senologia

DAI	Unità operativa
	DIRETTORE D.A.I.
TRAUMA	
	U.O.C. Chirurgia Maxillo-facciale
	U.O.C. Chirurgia Vascolare
	U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitativa

	U.O.S. Medicina dello sport
	U.O.C. Neurochirurgia
	U.O.S. Chirurgia del Rachide
	U.O.C. Ortopedia e Traumatologia
	U.O.S. Ortopedia Pediatrica
	U.O.S. DIP Chirurgia Toracica
	U.O.S. DIP Endoscopia Toracica
	U.O.S. DIP Neuro-Anestesia
	Programma - Sport e disabilità

DAI	Unità operativa
	DIRETTORE D.A.I.
DIAGNOSTICO PER IMMAGINI	
	U.O.C. Medicina nucleare
	U.O.C. Neuroradiologia
	U.O.C. Radiodiagnostica
	U.O.S. Radiologia Interventistica
	U.O.C. Radioterapia Oncologica
	U.O.S. DIP Radiologia Oncologica
	Programma - La risonanza magnetica multiparametrica nella diagnosi, lo screening e il monitoraggio della steatosi epatica nella provincia di Messina

DAI	Unità operativa
	DIRETTORE D.A.I.
EMERGENZE TEMPO DIPENDENTI	
	U.O.C. Rianimazione con Terapia Intensiva
	U.O.C. Pronto Soccorso Generale con O.B.I.
	U.O.C. Neurologia e Malattie Neuromuscolari
	U.O.S. Riabilitazione Neurologica
	U.O.C. Patologia e TIN
	U.O.S. Terapia Intensiva Pediatrica
	U.O.S. Patologia Sub Intensiva
	U.O.C. UTIC
	U.O.S. Cardiologia
	U.O.S. Malattie Cardiologiche rare
	U.O.S. DIP Stroke Unit
	U.O.S. DIP. Medicina d'urgenza
	U.O.S. DIP Neurofisiopatologia e disturbi del movimento
	U.O.S. DIP. Malattie Neurodegenerative ad elevata complessità assistenziale
	U.O.S. DIP. Cardiologia Interventistica

	Programma - L'applicazione clinica dell'Imaging Cardiovascolare non Invasivo
--	--

DAI	Unità operativa
	DIRETTORE D.A.I.
MATERNO-INFANTILE	
	U.O.C. Chirurgia Pediatrica
	U.O.C. Ginecologia e Ostetricia
	U.O.C. Pronto Soccorso Pediatrico con O.B.I.
	U.O.C. Neuropsichiatria Infantile
	U.O.C. Pediatria
	U.O.S. Diabetologia Pediatrica
	U.O.S. DIP Cardiologia Pediatrica
	U.O.S. DIP Gastroenterologia Pediatrica e Fibrosi Cistica
	U.O.S. DIP Nefrologia Pediatrica con dialisi
	U.O.S. DIP Neonatologia
	Programma - Percorso di Nascita

DAI	Unità operativa
	DIRETTORE D.A.I.
DIAGNOSTICO	
	U.O.C. Anatomia Patologica
	U.O.S. Anatomia Patologica Biomolecolare
	U.O.C. Microbiologia Clinica
	U.O.C. Patologia Clinica
	U.O.S. Tossicologia e monitoraggio di farmaci e sostanze d'abuso
	U.O.S. DIP Biochimica Clinica
	U.O.S. DIP VEQ Aziendale, Immunometria e Servizi di Diagnostica di Laboratorio
	U.O.S. DIP Virologia
	Programma - Diagnosi istocitopatologica e marcatori predittivi nella patologia endocrina

DAI	Unità operativa
	DIRETTORE D.A.I.
SERVIZI	
	U.O.C. Farmacia
	U.O.C. Fisica Sanitaria
	U.O.C. Medicina TrASFusionale
	U.O.S. DIP Medicina Legale
	U.O.S. DIP Genetica e Farmacogenetica
	U.O.S. DIP Farmacologia Clinica
	U.O.S. DIP Igiene Ospedaliera
	U.O.S. DIP. Gestione Centralizzata dei Laboratori

	U.O.S. DIP Medicina del Lavoro
	Programma - Valutazione, diagnosi e trattamento delle sindromi algiche croniche con terapie convenzionali e/o derivati della cannabis
	Programma - Visite Straordinarie per le idoneità lavorative
	Programma - Allestimento centralizzato per la preparazione farmaci antitumorali e biologici

DAI	Unità operativa
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	U.O.C. Risorse Umane
	U.O.S. Trattamento Economico
	U.O.S. Trattamento Giuridico
	U.O.C. Affari Generali
	U.O.S. Gestione Contenzioso e Sinistri
	U.O.C. Tecnico - Patrimoniale
	U.O.S. Ingegneria Clinica
	U.O.S. Gestione Interventi Manutentivi ed Energy Management
	U.O.C. Provveditorato
	U.O.S. Acquisizione Beni Sanitari
	U.O.S. Acquisizione Beni Strumentali e Servizi
	U.O.C. Economico Finanziario
	U.O.S. Ciclo Attivo
	U.O.S. Ciclo Passivo

DAI	Unità operativa
DIREZIONE SANITARIA	U.O.S. Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche
	U.O.S. Professioni Tecnico Sanitarie
	U.O.S. Professioni Sanitarie della Riabilitazione
	U.O.S. Professioni Sanitarie Ass. Soc.
	U.O.S. Total Quality management
	U.O.S. Coordinamento sale operatorie e preospedalizzazione
	U.O.S. Flussi informativi di area Sanitaria

DAI	Unità operativa
DIREZIONE AZIENDALE	U.O.C. Staff
	U.O.S. Formazione
	U.O.S. Internazionalizzazione e Ricerca
	U.O.S. Qualità e Accreditamento
	U.O.S. URP e Comunicazione
	U.O.S. Programmazione e Pianificazione Strategica
	U.O.C. Controllo di Gestione e S.I.A.
	U.O.S. ICT
	U.O.S. Affari Legali

	U.O.S. S.P.P.
	U.O.S. Audit-P.A.C.
	Medico competente
	Risk manager
	R.P.C.T.

Organizzazione amministrativa

La componente amministrativa dell'Azienda è anch'essa rispondente ad una architettura di tipo dipartimentale, infatti, oltre alla figura del Direttore Amministrativo, viene inserita quella del Direttore di Dipartimento che risulta essere messo a capo dell'intero settore, con compiti di governo e coordinamento delle attività delle strutture sottoposte gerarchicamente (incarico non assegnato al momento della stesura di questo documento).

A seguire viene riportato l'elenco delle UU.OO. presenti all'interno del sopraccitato dipartimento:



Direzione Amministrativa

- Il Direttore Amministrativo, nominato dal Direttore Generale nel rispetto della normativa vigente, partecipa, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla Direzione dell'Azienda, assumendo diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza e concorre, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.
- Dirige i servizi amministrativi negli ambiti previsti dal D.lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, con particolare riferimento agli aspetti giuridico-amministrativi ed economico-finanziari, fatte salve le competenze, le responsabilità e le funzioni individuali dei singoli dirigenti previste dal D.lgs. 165/2001.
- Contribuisce al governo aziendale partecipando al processo di pianificazione strategica e di programmazione annuale delle attività.
- in particolare:
 - Coordina le attività volte alla formulazione del bilancio di esercizio, delle relazioni di consuntivo per quanto afferente alle informazioni strategiche e gestionali a carattere economico-finanziario e patrimoniale;
 - Sovrintende al coordinamento dell'attività delle strutture organizzative rientranti nelle aree funzionali amministrativa, tecnica e professionale non sanitaria, garantendone l'integrazione;

- Coordina i progetti di sviluppo finalizzati al miglioramento qualitativo dei processi amministrativi;
- Svolge, di concerto con il Direttore Sanitario, funzioni di mediazione interna in caso di conflitto fra più dipartimenti su questioni inerenti all'impiego di risorse materiali, tecnologiche, economico-finanziarie o professionali e/o atti amministrativi correlati;
- Assicura la legittimità degli atti amministrativi afferenti al processo di deliberazione del Direttore Generale;
- Vigila circa l'effettiva e compiuta realizzazione di adeguate modalità organizzative in ciascuna struttura, in modo che, per tutti gli atti ed adempimenti posti in essere dai dirigenti, risultino di immediata identificazione la struttura competente, il responsabile del procedimento, tutti gli altri adempimenti necessari per il corretto esercizio dell'azione amministrativa.
- Il Direttore Amministrativo adotta i provvedimenti o gli atti di diritto privato nelle aree di competenza a lui attribuite o delegate.
- Relativamente al Dipartimento dei Settori Amministrativi, il Direttore Amministrativo ha un potere di supervisione e controllo che si esplicita anche nella vigilanza sulle determinazioni del direttore del Dipartimento.
- Il Direttore Amministrativo provvede a trasmettere le determinazioni al collegio sindacale.
- Può avocare a sé l'adozione degli atti di competenza dei dirigenti responsabili in caso di inerzia.
- Per l'assolvimento delle proprie funzioni, il Direttore Amministrativo si avvale del Dipartimento Amministrativo di tipo strutturale.

Dipartimento Amministrativo

L'organizzazione delle attività di natura amministrativa prevede la configurazione organizzativa denominata Dipartimento Amministrativo, questo supporta la Direzione Amministrativa in tutte le linee di attività proprie dei servizi amministrativi svolti in Azienda per le UU.OO.CC.:

1. **U.O.C. Risorse Umane:**
2. **U.O.C. Economico Finanziario**
3. **U.O.C. Tecnico e Patrimoniale**
4. **U.O.C. Provveditorato**
5. **U.O.C. Affari Generali**

17 Staff Direzione Aziendale

La Direzione Aziendale, a supporto delle proprie funzioni strategiche e per sviluppare e sostenere particolari e specifiche esigenze di coordinamento, si avvale di strutture di Staff.

Gli uffici di Staff si configurano come vere e proprie strutture aziendali, dotate di risorse atte a:

- collaborare al governo complessivo dell'Azienda per la realizzazione delle attività di programmazione, innovazione, indirizzo e controllo in stretto contatto con la Direzione Aziendale;
- contribuire alla linea di programmazione aziendale ed alla ricerca della qualità e dell'efficienza dei processi aziendali attraverso la proposizione di innovative modalità organizzative;

- sviluppare tutte le azioni atte a migliorare il coordinamento tra le unità operative aziendali per raggiungere gli obiettivi fissati dalla Direzione Aziendale;
- proporre le azioni necessarie per il miglioramento continuo delle attività e dei processi aziendali;
- informare, aggiornare e fornire consulenza in tema di protezione dei dati personali attraverso il suo Responsabile (Data Protection Officer) che vigila sull'osservanza del regolamento europeo G.D.P.R. 679/16 e delle altre normative europee e nazionali di riferimento. Il D.P.O. nella sua attività sarà supportato da personale tecnico-amministrativo e da una rete di referenti individuati all'interno delle Unità Operative aziendali dei vari Dipartimenti.

I processi e le attività dello Staff della Direzione Aziendale sono organizzati in strutture semplici, fatta salva la complessità delle funzioni di coordinamento in presenza dei requisiti previsti dalle Linee Guida per l'adeguamento degli atti aziendali emanate con D.A. 1675 del 31/07/2019.

Sono Unità in Staff alla Direzione Aziendale

- 1) **U.O.S. Formazione**
- 2) **U.O.S. Internazionalizzazione e Ricerca**
- 3) **U.O.S. Qualità e Accreditamento**
- 4) **U.O.S. U.R.P. e Comunicazione**
- 5) **U.O.S. Programmazione e Pianificazione Strategica**
- 6) **Struttura Tecnica Permanente**

Strutture alle dirette dipendenze del Direttore Generale

L'Azienda in relazione ad alcune tipologie di attività legate al Controllo di Gestione, innovazione, riduzione e governo dei contenziosi e vigilanza sulla salute dei dipendenti, individua diverse strutture che assolvono a questi compiti, le stesse, come da organigramma, risultano sottoposte esclusivamente alla Direzione Generale tali strutture sono:

- 1) **U.O.C. Controllo di Gestione**
U.O.S. ICT
- 2) **U.O.S. Servizio di Prevenzione e Protezione**
- 3) **U.O.S. Affari Legali**
- 4) **Medico Competente**
- 5) **Energy Manager**

Mandato istituzionale e Missione

L'obiettivo fondamentale dell'Azienda è il raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute attraverso un percorso concordato con l'Università, attuando un processo che includa in modo inscindibile la didattica – intesa come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori e dei soggetti in formazione – e la ricerca – intesa come continuo progresso delle risorse cliniche e biomediche.

L'attività assistenziale erogata dall'Azienda è necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali universitari ed è determinata nel quadro della programmazione nazionale e regionale, in modo da assicurarne la funzionalità e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca. La missione

dell'Azienda è dunque quella di erogare attività assistenziale, perseguendo l'efficace e sinergica integrazione con le funzioni istituzionali dell'Università sulla base di principi e delle modalità proprie del Servizio Sanitario Regionale.

L'Azienda, in quanto espressione originale dell'integrazione di due distinti ordinamenti (sistema universitario e sistema sanitario regionale), assume un modello organizzativo dinamico nel quale la specificità di ciascun operatore è definita dall'insieme degli obiettivi dell'Azienda.

L'Azienda adotta come metodo fondamentale quello della programmazione basata sulle risorse disponibili, costruita sulla base degli indirizzi programmatici dell'Università e della Regione Sicilia, che vanno a costituire l'insieme dei vincoli entro i quali deve essere elaborata la programmazione aziendale, con la conseguente necessità di orientare la cadenza e la durata degli atti di programmazione medesimi. Le azioni ed i progetti saranno contenuti nel Piano Strategico Aziendale

L'Azienda individua, quali elementi costitutivi della propria missione istituzionale i seguenti principi :
improntare la propria attività al principio della centralità della persona in tutte le sue caratteristiche, fisiche, psichiche e sociali;

- Valorizzare l'appropriatezza delle prestazioni e mantenere il tempo di attesa per la loro fruizione entro limiti che non ne inficino l'efficacia;
- utilizzare criteri etici nella scelta dei livelli appropriati di assistenza e nella valutazione delle attività;
- perseguire nel modo più efficace l'assenza di dolore nelle fasi di cura a tutela della qualità della vita e della dignità della persona;
- rendere disponibili percorsi assistenziali preferenziali alle categorie di cittadini più deboli o affetti da disabilità o patologie croniche di particolare gravità;
- favorire un rapporto improntato alla trasparenza con i cittadini, diffondendo tra i propri utenti l'informazione, anche di natura bioetica, al fine di favorirne l'autonomia decisionale;
- basare lo sviluppo delle proprie attività su programmi di ricerca finalizzati all'acquisizione di informazioni utili a migliorare i percorsi assistenziali anche formulando linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici e definendo indicatori, in particolare di esito, delle attività cliniche nell'ottica della valutazione delle metodologie sanitarie e favorendo altresì le attività di ricerca programmate dai Dipartimenti Universitari;
- valorizzare il ruolo delle elevate professionalità nel governo clinico dell'Azienda;
- valorizzare le aree di eccellenza;
- dare risposta appropriata nel percorso assistenziale al fabbisogno di conoscenze e competenze relative ai diversi obiettivi formativi dell'Università e sviluppare adeguati percorsi formativi costruiti sulla centralità del soggetto in formazione;
- promuovere tutti i possibili processi tesi a garantire la sicurezza dello studio e del lavoro nel contesto della propria attività;
- attribuire un ruolo nella programmazione al metodo del confronto con la Regione, le Province regionali e gli altri enti locali, le organizzazioni sindacali, le associazioni di tutela

dei cittadini e degli utenti, le associazioni del volontariato.

Le attività possono essere svolte anche mediante modelli di sperimentazione gestionale, da attuarsi in riferimento ad obiettivi specifici, al fine di migliorare la qualità, i tempi e l'economicità delle risposte cliniche. La programmazione e la partecipazione a programmi e progetti in ambito regionale e nazionale inerenti alla ricerca, alla innovazione assistenziale ed alla comunicazione.

Analisi del contesto territoriale

Per avere una idea della realtà territoriale nella quale l'Azienda AOU opera, sembra opportuno fornire informazioni sul territorio. Infatti sono riportate statistiche di natura demografica sia in riferimento alla dimensione del territorio comunale, che di quello di Città Metropolitana ed entrambi possono essere ulteriormente confrontate con la dimensione regionale.

Dati sul territorio

Per avere contezza di quali siano le condizioni, in termini demografici, della popolazione residente a Messina, nella Provincia (Città Metropolitana) ed in Sicilia, si riportano a seguire tabella e grafici di interesse. Oltre al numero di residenti nel periodo che va dal 2001 all'anno 2021, viene rilevata anche, la distribuzione per sesso ed età, il tutto al fine di avere informazioni che hanno una significativa ricaduta di interesse verso gli aspetti principali legati alla salute e alla sua tutela sul territorio, con dati aggiornati al 2021.



Inoltre viene inserito anche il grafico relativo al movimento naturale della popolazione che ci informa sul saldo fra nascite e decessi. Altrettanto significativo è lo studio dell'andamento delle variazioni percentuali dei residenti e del loro flusso migratorio.

Per quanto concerne la possibilità di confrontare Messina con la sua Provincia e con l'intera Regione Siciliana, avendo sempre come riferimento le stesse grandezze impiegate, si riportano le stesse tipologie di informazioni anche riferite alla Provincia e all'intera regione.

Andamento demografico della popolazione residente nel comune di Messina ed in Sicilia viene aggiornato fino al 2022, comprensivo delle differenze annuali in variazione assoluta e percentuale rispetto all'anno precedente (tabelle e grafici TUTTITALIA.IT)

Anno	Data rilevamento	Popolazione residente	Variazione assoluta	Variazione percentuale	Numero Famiglie	Media componenti per famiglia
2001	31 dicembre	251.710	-	-	-	-
2002	31 dicembre	249.351	-2.359	-0,94%	-	-
2003	31 dicembre	248.616	-735	-0,29%	92.858	2,66
2004	31 dicembre	247.592	-1.024	-0,41%	92.475	2,66
2005	31 dicembre	246.323	-1.269	-0,51%	101.104	2,42

2006	31 dicembre	245.159	-1.164	-0,47%	101.442	2,41
2007	31 dicembre	243.997	-1.162	-0,47%	101.442	2,40
2008	31 dicembre	243.381	-616	-0,25%	101.851	2,38
2009	31 dicembre	242.864	-517	-0,21%	102.180	2,37
2010	31 dicembre	242.503	-361	-0,15%	102.604	2,35
2011 ⁽¹⁾	8 ottobre	241.756	-747	-0,31%	102.496	2,35
2011 ⁽²⁾	9 ottobre	243.262	+1.506	+0,62%	-	-
2011 ⁽³⁾	31 dicembre	242.914	+411	+0,17%	102.464	2,36
2012	31 dicembre	242.267	-647	-0,27%	102.160	2,36
2013	31 dicembre	241.997	-270	-0,11%	101.290	2,38
2014	31 dicembre	240.414	-1.583	-0,65%	100.625	2,38
2015	31 dicembre	238.439	-1.975	-0,82%	99.859	2,38
2016	31 dicembre	236.962	-1.477	-0,62%	99.704	2,37
2017	31 dicembre	234.293	-2.669	-1,13%	98.948	2,36
2018*	31 dicembre	229.280	-5.013	-2,14%	97.761,35	2,34
2019*	31 dicembre	227.424	-1.856	-0,81%	98.257,53	2,31
2020*	31 dicembre	222.329	-5.095	-2,24%	98.576,00	2,25
2021*	31 dicembre	221.246	-1.083	-0,49%	99.127,00	2,22
2022*	31 dicembre	219.387	-1.859	-0,84%	99.702,00	2,19

(¹) popolazione anagrafica al 8 ottobre 2011, giorno prima del censimento 2011.

(²) popolazione censita il 9 ottobre 2011, data di riferimento del censimento 2011.

(³) la variazione assoluta e percentuale si riferiscono al confronto con i dati del 31 dicembre 2010.

(*) popolazione post-censimento

Anno	Data rilevamento	Popolazione residente	Variazione assoluta	Variazione percentuale	Numero Famiglie	Media componenti per famiglia
2001	31 dicembre	661.708	-	-	-	-
2002	31 dicembre	659.513	-2.195	-0,33%	-	-
2003	31 dicembre	658.924	-589	-0,09%	261.372	2,51
2004	31 dicembre	657.785	-1.139	-0,17%	263.373	2,49
2005	31 dicembre	655.640	-2.145	-0,33%	273.638	2,39
2006	31 dicembre	653.861	-1.779	-0,27%	271.178	2,41
2007	31 dicembre	654.032	+171	+0,03%	273.656	2,38
2008	31 dicembre	654.601	+569	+0,09%	276.268	2,36
2009	31 dicembre	653.810	-791	-0,12%	277.619	2,35
2010	31 dicembre	653.737	-73	-0,01%	279.801	2,33
2011 ⁽¹⁾	8 ottobre	652.493	-1.244	-0,19%	280.012	2,32
2011 ⁽²⁾	9 ottobre	649.824	-2.669	-0,41%	-	-
2011 ⁽³⁾	31 dicembre	649.320	-4.417	-0,68%	280.140	2,31
2012	31 dicembre	648.062	-1.258	-0,19%	280.324	2,31
2013	31 dicembre	648.371	+309	+0,05%	278.710	2,32
2014	31 dicembre	645.296	-3.075	-0,47%	277.890	2,32
2015	31 dicembre	640.675	-4.621	-0,72%	276.328	2,31
2016	31 dicembre	636.653	-4.022	-0,63%	275.553	2,31
2017	31 dicembre	631.297	-5.356	-0,84%	274.465	2,30
2018*	31 dicembre	618.713	-12.584	-1,99%	271.035,73	2,28
2019*	31 dicembre	613.887	-4.826	-0,78%	271.924,45	2,25
2020*	31 dicembre	603.980	-9.907	-1,61%	274.036,00	2,20

2021*	31 dicembre	603.229	-751	-0,12%	276.107,00	2,18
2022*	31 dicembre	600.180	-3.049	-0,51%	277.872,00	2,15

(*) popolazione anagrafica al 8 ottobre 2011, giorno prima del censimento 2011.

(²) popolazione censita il 9 ottobre 2011, data di riferimento del censimento 2011.

(³) la variazione assoluta e percentuale si riferiscono al confronto con i dati del 31 dicembre 2010.

(*) popolazione post-censimento

Anno	Data rilevamento	Popolazione residente	Variazione assoluta	Variazione percentuale	Numero Famiglie	Media componenti per famiglia
2001	31 dicembre	4.965.669	-	-	-	-
2002	31 dicembre	4.972.124	+6.455	+0,13%	-	-
2003	31 dicembre	5.003.262	+31.138	+0,63%	1.842.252	2,71
2004	31 dicembre	5.013.081	+9.819	+0,20%	1.890.215	2,64
2005	31 dicembre	5.017.212	+4.131	+0,08%	1.915.343	2,61
2006	31 dicembre	5.016.861	-351	-0,01%	1.937.662	2,58
2007	31 dicembre	5.029.683	+12.822	+0,26%	1.953.785	2,57
2008	31 dicembre	5.037.799	+8.116	+0,16%	1.968.412	2,55
2009	31 dicembre	5.042.992	+5.193	+0,10%	1.982.103	2,54
2010	31 dicembre	5.051.075	+8.083	+0,16%	2.013.314	2,50
2011 (¹)	8 ottobre	5.049.680	-1.395	-0,03%	2.017.960	2,49
2011 (²)	9 ottobre	5.002.904	-46.776	-0,93%	-	-
2011 (³)	31 dicembre	4.999.854	-51.221	-1,01%	2.017.675	2,47
2012	31 dicembre	4.999.932	+78	+0,00%	2.031.879	2,45
2013	31 dicembre	5.094.937	+95.005	+1,90%	2.034.234	2,50
2014	31 dicembre	5.092.080	-2.857	-0,06%	2.025.122	2,50
2015	31 dicembre	5.074.261	-17.819	-0,35%	2.027.633	2,49
2016	31 dicembre	5.056.641	-17.620	-0,35%	2.025.882	2,48
2017	31 dicembre	5.026.989	-29.652	-0,59%	2.002.737	2,50
2018*	31 dicembre	4.908.548	-118.441	-2,36%	1.992.769,56	2,45
2019*	31 dicembre	4.875.290	-33.258	-0,68%	2.005.818,37	2,42
2020*	31 dicembre	4.833.705	-41.585	-0,85%	2.050.320,00	2,35
2021*	31 dicembre	4.833.329	-376	-0,01%	2.066.148,00	2,33
2022*	31 dicembre	4.814.016	-19.313	-0,40%	2.081.530,00	2,30

(¹) popolazione anagrafica al 8 ottobre 2011, giorno prima del censimento 2011.

(²) popolazione censita il 9 ottobre 2011, data di riferimento del censimento 2011.

(³) la variazione assoluta e percentuale si riferiscono al confronto con i dati del 31 dicembre 2010.

(*) popolazione post-censimento

I grafici seguenti vengono generati in funzione delle tabelle prima riportate. La grandezza impiegata rappresenta il numero totale di residenti per ogni anno rappresentato, questa scelta torna utile al fine di dare una prima lettura di sintesi dell'andamento della popolazione nella dimensione più rappresentativa



Andamento della popolazione residente

COMUNE DI MESSINA - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento



Andamento della popolazione residente

CITTÀ METROPOLITANA DI MESSINA - Dati ISTAT al 31 dicembre - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

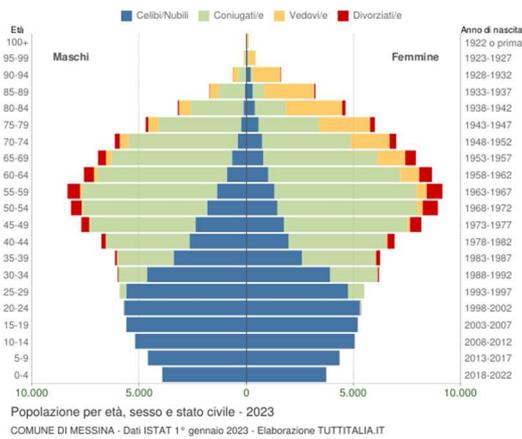


Andamento della popolazione residente

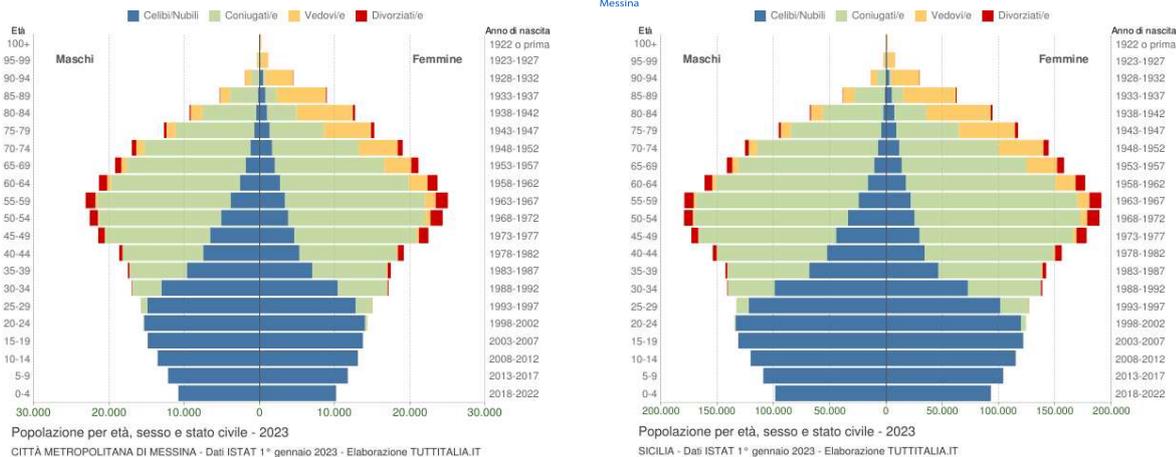
SICILIA - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

La tipologia di grafico in basso, è denominato "Piramide delle Età", e rappresenta la distribuzione della popolazione residente a Messina, nella Città Metropolitana e nella Regione, per età e sesso al 1° gennaio 2023.

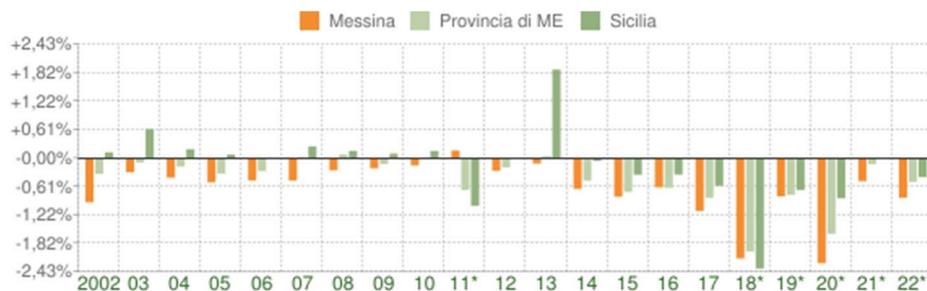


La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). Il grafico da conto anche della distribuzione dell'età.



24 Variazione percentuale della popolazione

Le variazioni annuali della popolazione di Messina espresse in percentuale a confronto con le variazioni della popolazione della Provincia e della regione Sicilia.



Variazione percentuale della popolazione

COMUNE DI MESSINA - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

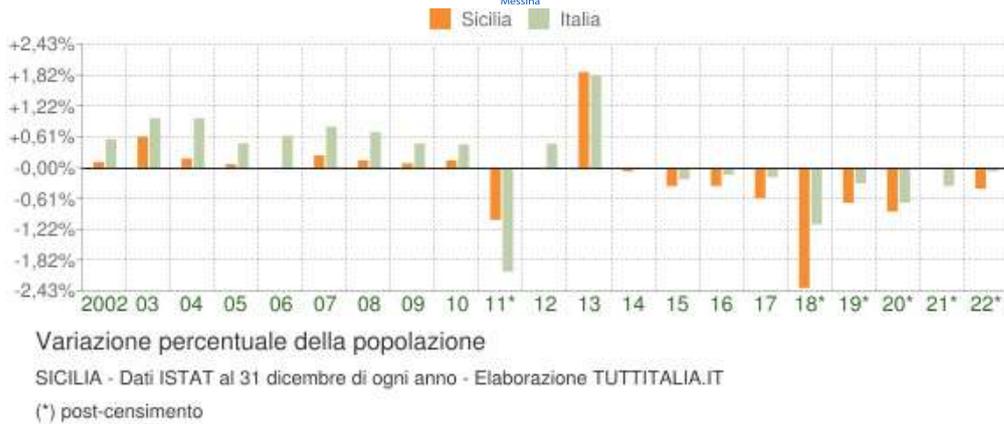
(*) post-censimento



Variazione percentuale della popolazione

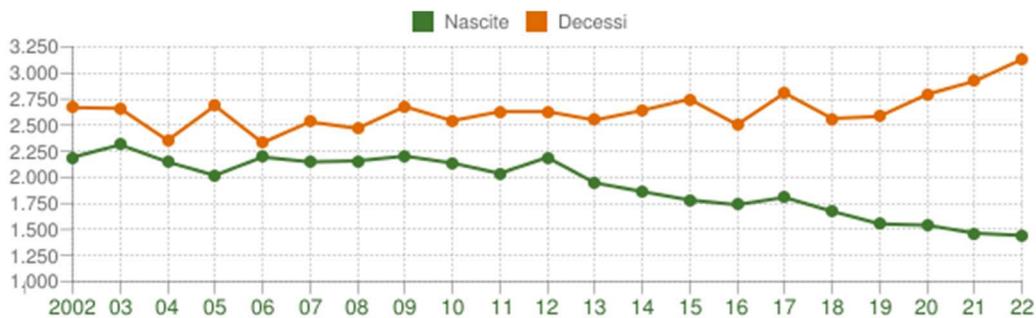
CITTÀ METROPOLITANA DI MESSINA - Dati ISTAT al 31 dicembre - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento



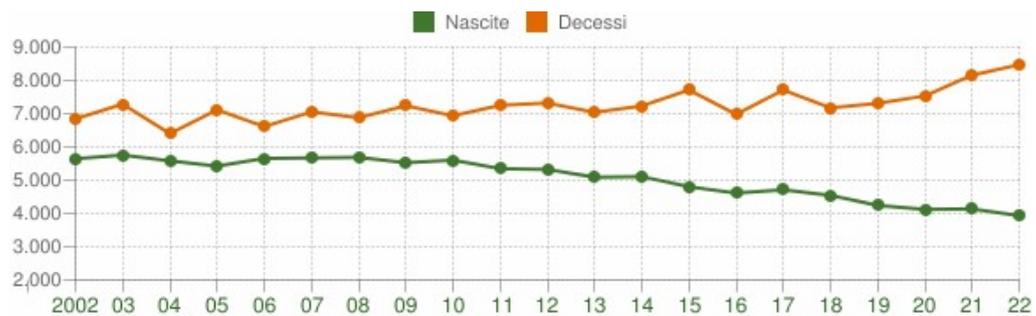
Movimento naturale della popolazione

Il movimento naturale di una popolazione in un anno è determinato dalla differenza fra le nascite ed i decessi ed è detto anche **saldo naturale**. Le due linee del grafico in basso riportano l'andamento delle nascite e dei decessi negli ultimi anni. L'andamento del saldo naturale è visualizzato dall'area compresa fra le due linee.



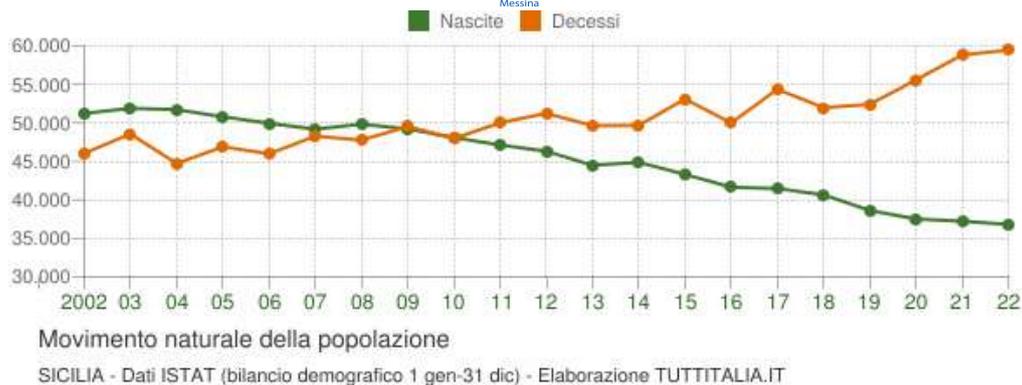
Movimento naturale della popolazione

COMUNE DI MESSINA - Dati ISTAT (bilancio demografico 1 gen-31 dic) - Elaborazione TUTTITALIA.IT



Movimento naturale della popolazione

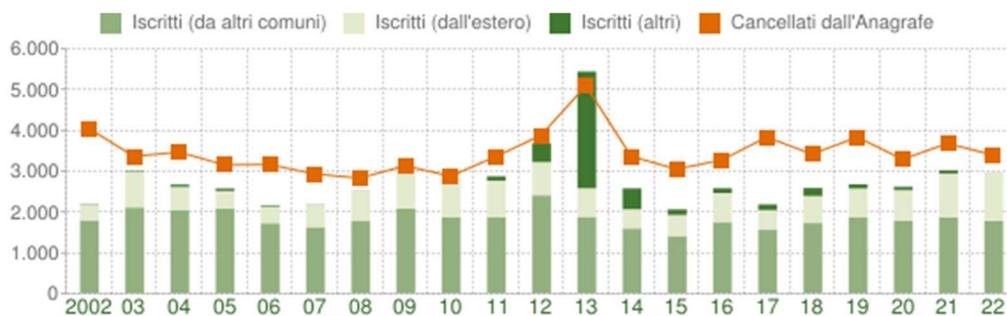
CITTÀ METROPOLITANA DI MESSINA - Dati ISTAT (1 gen-31 dic) - Elaborazione TUTTITALIA.IT

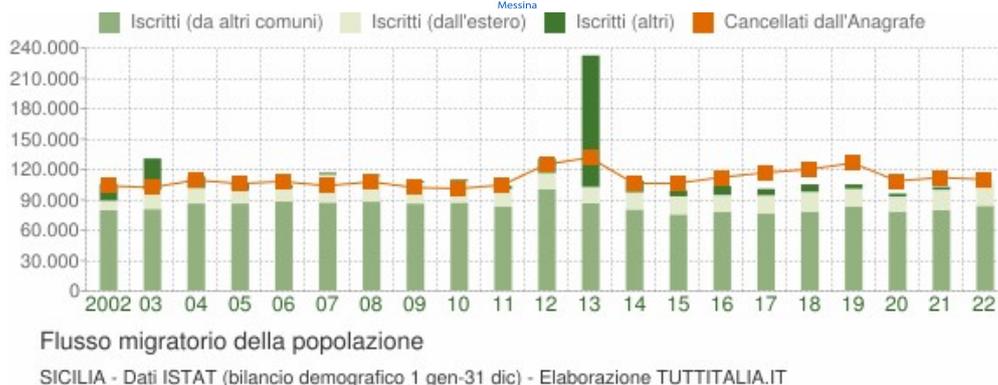


Flusso migratorio della popolazione

Il grafico in basso visualizza il numero dei trasferimenti di residenza da e verso il comune di Messina, e da e verso la Regione Siciliana, negli ultimi anni.

I trasferimenti di residenza sono riportati come iscritti e cancellati dall'Anagrafe del comune o della Regione. Fra gli iscritti, sono evidenziati con colore diverso i trasferimenti di residenza da altri comuni o regioni, quelli dall'estero e quelli dovuti per altri motivi (ad esempio per rettifiche amministrative).





Analisi del contesto aziendale e analisi quali quantitativa delle Risorse Umane

L'Azienda garantisce e tutela i diritti dell'utente alla riservatezza, con particolare riferimento alle notizie di natura sanitaria, in conformità alla normativa vigente.

Promuove ed agevola le forme di tutela giurisdizionale contro atti, attività e comportamenti, attivi o omissivi, limitativi del diritto alle prestazioni di natura sanitaria, gli utenti o chi ne sia legittimato in loro vece, possono presentare esposti, denunce, reclami, opposizioni, osservazioni nelle forme e con le modalità previste dalla Carta dei Servizi dell'Azienda.

L'Azienda garantisce e tutela i diritti degli utenti sia in riferimento alla partecipazione che in ordine all'accesso alla documentazione, nelle forme e con le modalità previste nella legge 7 agosto 1990 n. 241 e successive integrazioni e modifiche, nonché dal Regolamento Aziendale sul diritto di accesso. L'Azienda è un luogo dove l'esercizio della cura, fatta di scienza e coscienza al servizio del malato, vive in stretta sinergia con lo svolgimento delle attività di ricerca e di attività didattica. E' infatti Azienda sulla quale insistono i corsi diversi Corsi di Studio dell'Università degli Studi di Messina. La formazione dell'operatore sanitario, del medico e del medico specialista rappresenta attività istituzionale ed una modalità di esercizio dell'attività assistenziale. Le strutture assistenziali sono il luogo in cui si svolge l'attività di ricerca sia biomedica che clinica. L'Azienda favorisce lo svolgimento di queste attività da parte del personale medico aziendale.

L'Azienda favorisce, altresì, la ricerca e l'innovazione organizzativa quali strumenti di crescita del sistema di tutela della salute e di ricerca di nuovi modelli assistenziali. A seguire tabella con valori indicativi su diversi ambiti riferiti alle Risorse Umane. I dati sono riferiti al periodo 01.01.2022 al 31.12.2022 tranne quelli riferiti alla formazione che risultano aggiornati al 31.12.2023

Analisi caratteri quali-quantitativi delle Risorse Umane	
Indicatore	Valore
Età media del personale (anni)	50.14
Età media dei dirigenti (anni)	51.54

Benessere organizzativo	
Indicatore	Valore
Numero medio di giorni di ferie	30.39

Numero medio di giorni di assenza per malattia retribuita	14.07
Numero medio di giorni di formazione del personale dirigente	1.38
Numero medio di giorni di formazione del personale di comparto	4.36

Analisi di genere	
Indicatore	Valore %
% di dirigenti donne	51.09
% di donne rispetto al totale del personale	64.11
Età media del personale femminile dirigente	51.03
Età media del personale femminile non dirigente	49.20

28 L'integrazione con la Regione

L'Azienda si propone di realizzare la massima integrazione con il sistema universitario anche attraverso gli strumenti costituiti dai protocolli regionali fra Regione Siciliana e Università degli Studi di Messina.

La definizione di detto accordo attuativo locale a cui il presente Atto si ispira, porterà a compimento il processo di integrazione istituzionale dei due enti. Integrazione che si inserisce in un sistema più ampio finalizzato al raccordo tra programmazione regionale e programmazione locale, raccordo reso evidente con la L.R. n° 5 del 14/04/2009 "Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale".

L'A.O.U. "G. Martino" di Messina è inserita nella rete ospedaliera e territoriale dei servizi sanitari regionali secondo quanto previsto dal Decreto Assessoriale del 14/01/2015 attraverso il quale la regione ha proceduto al riordino, alla rifunzionalizzazione della potenzialità dell'offerta sanitaria dell'Azienda nel rispetto dell'art. 3 della L.R. n° 5/09.

L' Azienda nella programmazione delle proprie attività applica percorsi finalizzati alla promozione della salute, alla prevenzione, alla individuazione, rimozione e contenimento degli esiti degenerativi ed invalidanti di patologie congenite ed acquisite.

L' Azienda pone in essere azioni logistiche, organizzative ed assistenziali, attraverso le attività del "Servizio Sociale Professionale" che gestisce procedure integrate con Associazioni, Enti e Servizi operanti nel territorio a garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) rivolti, in particolare, alle persone in stato di bisogno con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute, nonché dell'adeguamento di condizioni ottimali per le dimissioni facilitate di pazienti cronici non autosufficienti e fragili.

L'integrazione con la didattica

I rapporti tra l'Azienda e l'Università degli Studi di Messina sono regolati sulla base del Protocollo d'Intesa e dell'Atto Aziendale.

L'Azienda e l'Università di Messina promuovono la massima integrazione e collaborazione tra il sistema della formazione ed il sistema assistenziale, nel reciproco rispetto delle proprie competenze, al fine di perseguire gli obiettivi di qualità e potenziamento della formazione del personale medico e

sanitario, dello sviluppo della ricerca medica e dell'efficienza del servizio sanitario pubblico.

La dotazione organica dell'Azienda ed eventuali modifiche ed integrazioni della stessa è adottata dal Direttore Generale, d'Intesa con il Magnifico Rettore.

Il personale aziendale è quello indicato in apposito atto redatto a cura del Settore Gestione Risorse Umane dell'Azienda.

Il personale universitario che opera presso l'Azienda è quello indicato in apposito atto redatto a cura dell'Università e trasmesso all'Azienda.

Il personale universitario inserito nella dotazione organica dell'Azienda può essere trasferito presso l'Università con provvedimento del Direttore Amministrativo dell'Università, previo assenso dell'interessato e nulla osta del Rettore e del Direttore Generale. Analogamente, il personale in servizio presso l'Ateneo può essere trasferito presso l'Azienda, previo assenso dell'interessato e nulla osta del Rettore e del Direttore Generale.

L'Azienda, oltre alle attività integrate nel territorio così come richieste attraverso le vigenti normative esitate dall'Assessorato Regionale alla Sanità, si dota di sistemi di rilevazione dei bisogni dell'utenza attraverso lo strumento della "customer satisfaction", l'analisi critica della appropriatezza delle prestazioni, della ottimizzazione della gestione delle liste di attesa mediante specifico C.U.P. dedicato alle attività ambulatoriali, l'aggiornamento tecnologico, l'analisi dell'indice di attrazione esercitato anche fuori dalla provincia di Messina.

L'Azienda, in coerenza con il ruolo nel rispetto delle indicazioni fornite dall'Assessorato alla Sanità in merito al percorso di abbattimento dei ricoveri inappropriati in strutture di degenza, offre sul territorio, inteso come area siculo-calabrese o hinterland dello Stretto, tutte quelle prestazioni di elevato livello qualitativo, specialistico e diagnostico, anche in rapporto al contributo offerto dalle tre aree di Pronto Soccorso (generale, pediatrico, ostetrico) che gestiscono le attività in emergenza- urgenza, garantite attraverso procedure ed organizzazione basate sulle professionalità delle aree critiche e chirurgiche. L'Azienda, inoltre, attraverso una programmata integrazione con le altre Aziende del territorio volta alla contrattazione per la gestione coerente di volumi di attività e tipologia di prestazioni, quanto più coerenti con le esigenze e le richieste dell'utenza, ed attraverso la creazione di Dipartimenti interaziendali, è impegnata nello sviluppo di attività soprattutto nell'ambito oncologico, della telemedicina e della diagnostica strumentale per la implementazione di sistemi, di processi assistenziali di eccellenza e di interesse regionale ed extra- regionale, il cui utilizzo sinergico potrà essere particolarmente condiviso ed apprezzato dalle altre strutture sanitarie pubbliche e private che insistono sul territorio messinese e della vicina Calabria.

Gli indicatori

Gli indicatori hanno trovato nel tempo diverse definizioni, chiaramente essendo utilizzati per svariate tipologie di organizzazioni, questo ha fatto sì che la loro diffusione avvenisse in maniera rapida e capillare, in tutte quelle Aziende dove svolge un ruolo preponderante la Programmazione delle attività. In campo sanitario pubblico diventa necessario questo tipo di approccio, in quanto la gestione delle risorse deve fare i conti con i fondi che vengono liberati e resi disponibili, dando altrettanto conto di come se ne sia fatto uso in coerenza con la mission aziendale. Inoltre, il soggetto erogatore (Regione Siciliana), è

coinvolto nell'assegnazione degli obiettivi (budget) per cui, essendo la lettura degli esiti legata, anche, alla tipologia di indicatore scelto, sarà proprio quest'ultimo a ricoprire un ruolo fondamentale per l'amministrazione.

In questo contesto la definizione che verrà impiegata è quella data dal Ministero della Salute di Concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze nel D.M. del 12.12.2001, che all'art. 3 lettera a), in riferimento agli indicatori li definisce come:

"informazioni selezionate allo scopo di conoscere fenomeni di interesse, misurandone i cambiamenti e, conseguentemente, contribuendo ad orientare i processi decisionali dei diversi livelli istituzionali"

Tali strumenti devono avere alcune caratteristiche che ne evidenzino la forza del loro impiego, infatti, devono rispondere ad alcuni requisiti di attendibilità quali:

- validità

devono misurare effettivamente ciò che si intende misurare

- controllabilità

devono riguardare aspetti che sono sotto l'effettivo controllo di chi governa la politica in questione

- comprensibilità

devono essere comprensibili a coloro che devono utilizzarli

- unicità

ogni indicatore deve rilevare un aspetto che nessun altro indicatore rileva

- tempestività

le informazioni necessarie devono essere disponibili in tempo utile

- comparabilità

deve essere possibile una comparazione nel tempo (over time) e/o nello spazio (cross section)

- economicità

i benefici derivanti dall'indicatore devono essere superiori al costo della rilevazione.

Attraverso la corretta applicazione degli indicatori il management può avere contezza di diverse dimensioni della gestione, che possano dare le informazioni necessarie per il corretto governo della attività sanitarie.

Le dimensioni, che sono maggiormente rappresentate, hanno diversa natura e ne individuiamo alcune per meglio comprendere la loro capacità di raccontare l'Azienda

Misure di costo

Una prima e fondamentale indicazione sull'efficienza dei processi si può ottenere misurando i costi necessari allo svolgimento delle singole attività e dei processi nel loro complesso. Ciò coinvolge le modalità di acquisizione e impiego di beni e servizi.

All'interno dell'organizzazione ritroviamo un considerevole numero di tipologie di costo, e tutte con significato preciso nelle scelte della gestione per orientare il management verso una programmazione attenta all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse disponibili. Ne individuiamo quelli maggiormente rappresentati

COSTI FISSI sono costi che non variano al variare del volume della produzione (nel breve periodo). Il loro ammontare prescinde dal numero di prestazioni.

Alcuni esempi in Sanità possono essere “gli stipendi”; “i contratti assicurativi”, “i contratti di fornitura per servizi esterni (outsourcing) tipo lavanderia e/o cucina”, “l’ammortamento annuo delle apparecchiature”

COSTI VARIABILI sono quei costi che variano in maniera proporzionale con il variare del volume di produzione. Risultano attivi esclusivamente quando si avvia un processo produttivo (prestazione).

Alcuni esempi in Sanità possono essere “i materiali di consumo: farmaci; presidi sanitari; reagenti di laboratorio; le pellicole ed il mezzo di contrasto, ...”,

COSTI DIRETTI sono una tipologia di costo che ha la caratteristica di poter essere messo in relazione diretta ed oggettiva con l’oggetto di calcolo.

Alcuni esempi in Sanità possono essere “il personale”, “farmaci; presidi sanitari; reagenti di laboratorio,

COSTI INDIRETTI rappresentano una tipologia di costo che non può essere imputata in maniera diretta, ma necessita di un criterio matematico. La soluzione adottata è la “ripartizione su base unica o multipla” che consente la parcellizzazione dei costi sebbene non direttamente legati alla responsabilità della U.O. L’attenzione ai costi sostenuti, e alla loro ottimizzazione in ambito produttivo, deve essere letta anche attraverso il “Margine di contribuzione”, che è il valore economico capace di dare contezza se il prodotto (prestazione) è remunerativa oppure no. In altre parole ci informa su quanto rimane di utile sul singolo prodotto, una volta sottratte dal prezzo tutte le tipologie di costo sostenute.

Misure di tempo

Il fattore tempo ha assunto una straordinaria importanza come fattore di competizione essendo una grandezza misurabile e diretta (non come i costi che possono avere delle attribuzioni arbitrarie), c’è una grande diffusione delle misure di tempo nella gestione aziendale.

Le misure principali delle performance di tempo sono i “**lead time**” (tempo di attraversamento), cioè i tempi effettivi di esecuzione del processo e possono essere attribuiti agli indicatori come variabile comune.

Alcune misure di tempo sono: time to access; time to order; time to market che all’interno della nostra organizzazione leggiamo come: tempi di attesa, approvvigionamento beni (e gestione scorte), offerta nuovi prodotti (linee di attività), ecc.

Misure di qualità

Le misure della qualità di esecuzione del processo sono le più variegata e complesse da analizzare. Per un’interpretazione corretta del sistema di misure è utile distinguere:

la **qualità prodotta** o dei processi (*come il complesso delle caratteristiche che rendono un oggetto adatto all’uso o alla funzione cui è destinato*)

dalla **qualità percepita** (*come valutazione da parte degli utenti circa il grado di soddisfazione di un bene o servizio*).

Chiaramente, essendo nel nostro caso il protagonista dell’osservazione il cittadino utente, diventano elementi importanti tutti gli aspetti che fanno qualità del servizio, non si resta ancorati al solo aspetto medico, ma il concetto viene esteso anche ad altri aspetti sia di tipo sociale che di tipo legale, conservando sempre l’obiettivo principale che è rappresentato dall’efficacia della cura.

E’ proprio questa attenzione all’outcome (impatto) che realizza quanto richiesto dal PIAO in termini di valore pubblico.

A seguire alcune dimensioni che ricorrono in maniera preponderante all'interno dell'organizzazione, e che rappresentano, per l'Azienda, quelle di principale interesse in relazione alla *qualità prodotta*:

- accesso alle prestazioni sanitarie
- tutela dei diritti
- comfort negli ospedali e negli ambulatori
- informazioni sulla salute, sulle terapie e sui percorsi assistenziali
- umanizzazione del rapporto con gli operatori sanitari
- assistenza in termini di appropriatezza ed efficacia clinica delle cure ricevute

A seguire alcune condizioni che possono ricorrere anche in maniera preponderante, e che rappresentano, per l'Azienda, quelle di principale interesse in relazione alla *qualità percepita*:

- degrado esterno del complesso nosocomiale (intonaci, ferri esposti, umidità, ecc.)
- degrado interno del complesso nosocomiale (intonaci, umidità, ecc.)
- scarsa pulizia degli ambienti comuni (scale, corridoi, pianerottoli, bagni, ecc.)
- scarsa pulizia degli ambienti dedicati al ricovero e cura (corridoi di reparto, stanze, ambulatori, ecc.)
- cattivi odori (qualsiasi tipo di spazio interno)
- funzionalità bagni (acqua, salviettine, sapone, ecc.)
- funzionalità ascensori

In ottemperanza a quanto premesso in termini di implementazione del valore pubblico, si procedere anche attraverso il coinvolgimento dei Comitati Consultivi Aziendali, mediante una strutturata collaborazione. In riferimento al grado di soddisfazione dell'utente, sebbene la somministrazione dei questionari per la rilevazione della customer satisfaction, sia stata interrotta dalla Regione Siciliana per motivi contingenti causati dal Covid 19, questa Azienda ha ripreso questa tipologia di verifiche a campione, per poter disporre di evidenze sulle eventuali criticità riscontrabili attraverso tale tipo di indagine, oltre all'aggiornamento del manuale della qualità e la definizione di procedure specifiche.

Specificità degli indicatori

Esistono diverse categorie di indicatori ognuna mirata ad uno specifico interesse di conoscenza e di orientamento al miglioramento dei servizi attraverso efficienza ed efficacia, alcune dimensioni:

ATTIVITÀ restituiscono informazioni sulla tipologia di prestazione effettuata in termini di complessità e/o di specificità organizzativa

es.: peso medio DRG, ICM (indice di case mix), indice chirurgico, ecc.

RISORSA restituiscono informazioni sulle modalità di impiego del fattore produttivo come ottimizzazione della produttività del bene

es.: iopl (indice di occupazione posto letto), degenza media, turn-over, consumo farmaci (spesa farmaci/gg. deg.), consumo dispositivi medici (spesa disp. med./gg. deg.), ecc.

RISULTATO restituiscono informazioni sui risultati operativi con prevalenza della componente economica
es.: valore di produzione da Ricovero Ordinario, valore di produzione da Day Hospital, valore di produzione da attività ambulatoriale, ecc.

DOMANDA E ACCESSIBILITÀ restituiscono informazioni sulle capacità di attrarre utenza sia in termini di facilità di accesso che di qualificazione delle professionalità ed efficacia delle cure

es.: abbattimento liste di attesa, numero accessi, mobilità attiva, pre-ospedalizzazione, ecc. (sempre time-related).

Al fine di conoscere in termini quali/quantitativi l'insieme degli indicatori che vengono usati nella contrattazione di budget, è prevista, ad integrazione del Piano, la pubblicazione delle schede con obiettivi e valori target contrattati con le UU.OO.

Questo permette una lettura dettagliata degli strumenti che vengono utilizzati per la misurazione degli esiti e, allo stesso tempo, offre la massima trasparenza (*) su come è organizzata la programmazione aziendale, considerato, anche, che il cittadino ha il diritto di avere accesso a queste informazioni che, anche in virtù di ciò, vengono riportate all'interno della Relazione sulla Performance (D.Lgs. 150/09 art. 10 c. 1 lettera b) *"omissis ... le amministrazioni pubbliche ... omissis ... redigono annualmente un documento, da adottare entro il 30 giugno, denominato: «Relazione sulla performance» che evidenzia, a consuntivo, 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 il bilancio di genere realizzato."*

Tale documento, proprio in virtù della sua alta valenza nel raccontare l'orientamento operativo dell'Azienda, è soggetto a pubblicazione sul sito web aziendale, come da compiti di verifica assegnati all'Organismo Indipendente di Valutazione D.Lgs. 150/09 art. 14 c. 4 *"L'Organismo Indipendente di Valutazione della performance: ... omissis ... lettera c) "valida la Relazione sulla performance di cui all'articolo 10 e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione."*

Gli obiettivi e loro assegnazione

Nella programmazione delle attività vanno distinte due dimensioni temporali dominanti: dove una è rappresentata dal Piano aziendale delle performance, e l'altra è rappresentata dal budget. La differenza è in relazione al periodo al quale la pianificazione di riferisce, infatti nel caso del Piano l'orizzonte temporale è di tre anni (nei piani aziendali i tempi mediamente vanno dai 3 a 5 anni) e rappresenta la programmazione nel medio periodo; invece nel caso del budget, siamo di fronte alla programmazione nel breve periodo, stante che l'orizzonte temporale si riduce a 1 anno e ciò al fine di fare coincidere tale periodo con l'esercizio (dal 1 gennaio al 31 dicembre), per cui gli obiettivi assegnati vanno raggiunti entro l'anno al quale fanno riferimento in termini di contrattazione di budget.

Gli obiettivi devono rispondere ad alcune specifiche che ne caratterizzano la natura e la loro spendibilità all'interno della programmazione. La principale è quella se sono riferiti al piano oppure al budget, infatti, nella struttura degli obiettivi relativi al piano, vengono delineati due approcci al risultato che si differenziano per il tempo assegnato per il loro raggiungimento; di fatto cambia anche la definizione degli obiettivi stessi, in quanto quelli che si riferiscono al piano con orizzonte temporale di tre anni, vengono definiti "strategici" ed hanno bisogno di essere declinati in obiettivi riferiti a periodi più brevi della vita aziendale.

Tali obiettivi sono definiti "operativi" e il loro raggiungimento deve essere misurato in riferimento all'esercizio, in quanto espressione della programmazione del breve periodo.

Livello istituzionale

Obiettivi generali
Nazionali e Regionali

Obiettivi specifici aziendali

Livello aziendale

Le caratteristiche proprie degli obiettivi, vale a dire le qualità che devono possedere affinché il loro utilizzo risulti efficace, sono ben note e riportate in letteratura (P. Drucker), per cui il management per obiettivi deve definire:

- la procedura in sequenza degli obiettivi e dei goal organizzativi,
- gli obiettivi specifici per ogni membro,
- il processo decisionale partecipativo,
- il periodo di tempo esplicito
- la valutazione delle performance e feedback

L'assegnazione degli obiettivi è legata alla tipologia di metodo impiegato, infatti gli stessi possono essere assegnati attraverso due tipologie di approccio

Top Down

- a. gli obiettivi vengono assegnati a cascata a partire dall'Assessorato della Salute
- b. poi assegnati ai Dipartimenti
- c. poi assegnati alle UU.OO.CC. e UU.OO.SS.DD.
- d. fino alle singole unità di personale che vengono qualificate all'interno del budget attraverso l'assegnazione operativa degli obiettivi identificati ed inseriti nel processo di budget

Bottom up

- a. gli obiettivi vengono individuati e assegnati dalla base della piramide gerarchica
- b. suggeriti e condivisi fino al Direzionale

Questa Azienda ha sostituito da tempo l'assegnazione attraverso metodo bottom-up, con quello top-down che ha mostrato una maggiore coerenza con il dettato normativo (Dlgs 150/09 art. 4) applicando, di fatto, il Management by objectives (Peter Drucker "The practice of management" 1954)

37 Caratteristiche degli obiettivi

A sua volta l'obiettivo in se deve rispondere, per essere impiegabile, all'acronimo S.M.A.R.T., come appresso riportato, ed avere le caratteristiche idonee al suo impiego anche in termini di affidabilità e completezza descrittiva:

- **S**pecific (specifico)
cioè che non lascia spazio ad ambiguità;
- **M**asurable (misurabile)
senza equivoci e verificabile in fase di controllo;
- **A**chievable (raggiungibile)

poiché un obiettivo non raggiungibile demotiva all'azione allo stesso modo di uno facilmente raggiungibile;

- **Realistic** (realistico)

da un punto di vista organizzativo, cioè coerente con la mission aziendale;

- **Time Related**(relazionato al tempo)

definito nel tempo.

Il legislatore, nell'occuparsi della definizione della programmazione delle attività della Pubblica Amministrazione, ha preso in esame la qualità degli obiettivi da impiegare, e al fine di fornire informazioni importati sulla natura, e sulle caratteristiche degli obiettivi, nel D.Lgs. 150/09 all'art. 5 c. 2, come rappresentato di seguito, ne riporta le qualità per cui gli obiettivi devono essere :

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione (*realistico*);
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari (*misurabile*);
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno (*relazionato al tempo*);
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe (*specifici*);
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili (*raggiungibile*).

In pratica, il legislatore, riporta le condizioni di utilità così come esistenti nella letteratura dell'Organizzazione Aziendale, le fa proprie ed aggiunge altre due dimensioni che fanno riferimento a:

- il miglioramento della qualità dei servizi erogati
- alle tendenze createsi nel tempo in azienda in riferimento alla produttività

38 Mappatura degli stakeholder

Riconoscere e ben definire quali siano gli stakeholder in ambito pubblico non risulta facile, ciò è dovuto alla eterogeneità degli ambiti all'interno dei quali gli stessi portatori di interesse vengono a configurarsi. È del tutto evidente che, seppure ci riferissimo esclusivamente al settore della sanità pubblica, nella lettura dovremmo attenzionare diverse componenti che rappresentano altrettante dimensioni organizzative dell'Azienda nella sua gestione complessiva.

Ciò è dovuto alla pluralità di interessi che vengono messi in gioco, considerando sempre come fine delle azioni, il valore pubblico attraverso la cura della salute della collettività, fornendo risposte adeguate sia in termini di ampiezza dell'offerta, che in termini di qualità professionale e organizzativa.

Di certo, all'interno dell'organizzazione sanitaria, trovano posto un moltitudine di interessi, che in termini gestionali, seppure in prevalenza legati alla cura della salute del cittadino/utenze, coinvolgono aspetti diversi sempre propri dell'organizzazione.

Con questo si vuole mettere in evidenza che l'efficacia dell'azione deve trovare riscontri positivi anche in quelle espressioni della vita aziendale che sono di supporto al raggiungimento della mission pur non essendone espressione diretta.

39 Gli stakeholder nel settore sanitario pubblico

L'individuazione degli stakeholder, oltre a rappresentare una politica di razionalità all'interno dell'organizzazione, offre lo spunto per ottimizzare l'insieme delle attività per avere, e dare, risposte in tempi certi massimizzando anche il governo di tutti i lead-time legati alle linee di attività.

Tale condizione operativa risulta molto efficace se si cercano riscontri in termini di affidabilità, infatti il rispetto dei tempi previsti, e la possibilità di agire tarandoli con gli interessi degli attori coinvolti, permette il raggiungimento di obiettivi di interesse comune a qualsivoglia titolo.

Ovviamente non è ruolo esclusivo della sanità pubblica, definire e rispettare modelli e procedure organizzative finalizzate alla massimizzazione della qualità dell'offerta, rimane ovvio, però, che tutto ciò che è pubblico dovrebbe rispettare principi legati strettamente alle migliori politiche gestionali, al fine di garantire efficacia e trasparenza dell'azione dell'Amministrazione Pubblica.

Il complesso delle azioni poste in essere deve dare risposte in termini di accountability e generare un bilancio sociale adeguato alle esigenze della collettività. Quanto riportato a seguire non assume carattere di esaustività, rappresenta altresì una ricognizione per avere contezza di almeno un congruo numero di portatori d'interesse a vario titolo coinvolti nelle attività dell'Azienda.

40 Mappare gli stakeholder: diagramma di Venn e matrice interesse/influenza

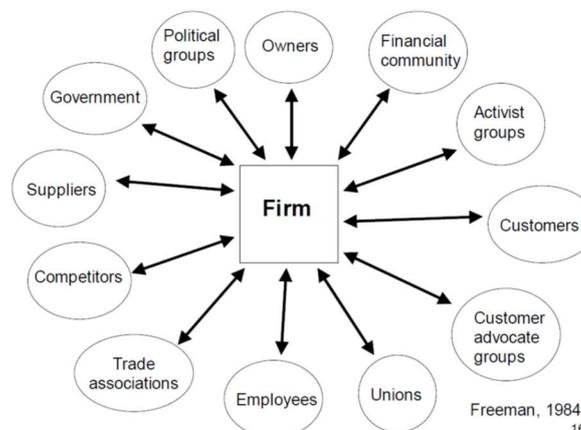
Alcune definizioni di Stakeholder:

Il professore Edward Freeman si rifà alla definizione della SRI International (Stanford Research Institute), e afferma che "lo stakeholder di una organizzazione è (per definizione): "un gruppo o un individuo che può influire o essere influenzato dal raggiungimento degli obiettivi dell'impresa"

E. Freeman "Strategic management. A stakeholder approach" (Pitman, 1984)

Di seguito viene riportata una mappatura che rappresenta quanto individuato dal Prof. Freeman in riferimento agli stakeholder che rappresentano gli interessi legati ad una organizzazione larga e che coinvolge molti attori, chiaramente ognuno a vario titolo.

Stakeholder map of a very large organization around one major strategic issue

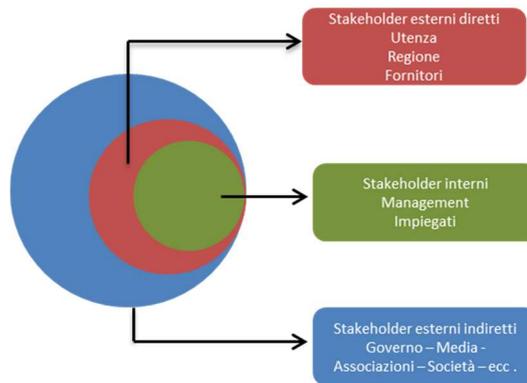


In seguito negli anni sono state formulate altre definizioni di stakeholder e ciò è dovuto all'apporto di tanti studiosi, che ne hanno integrato concetti e ambiti di interesse, che però non hanno stravolto l'essenza dell'idea di base, però hanno contribuito ad evidenziare specifiche caratteristiche degli attori coinvolti.

(Carroll 1989, Thompson 1991, Savage 1991, Hill e Jones 1992, Brenner 1993, Langtry 1994, Starik 1994, Clarkson 1995, ecc.) infatti è possibile tracciare un sistema di relazioni fra organizzazione e stakeholder anche attraverso altre dimensioni che non sono in stretta attinenza con la cura della salute, che però nella gestione rappresentano fasi che si integrano con la vita aziendale e danno la possibilità di realizzare quanto necessario per il raggiungimento della mission.

41 Diagramma di Venn

Nel modello di mappatura sottorappresentata, la collocazione degli stakeholder risulta semplice e di facile lettura, sebbene non sia sempre così nelle organizzazioni. Riferendoci alla Sanità Pubblica mission e vision risultano sempre ben definite, così come i fondi da impiegare nella gestione, poiché tutto risulta codificato nella normativa vigente. Attraverso il seguente diagramma gli stakeholder vengono distinti in interni, esterni diretti ed esterni indiretti; questo torna utile a dare una visione del grado di partecipazione, degli stakeholder, con l'azienda nel suo complesso.



Mappa degli stakeholder attraverso diagramma di Venn

42 Modello a matrice

E' possibile avere un'altra forma di rappresentazione degli stakeholder attraverso la valutazione della capacità dei soggetti interessati ad esprimere influenza e/o interesse nei confronti dell'organizzazione nel suo complesso o anche solamente in alcune della sue componenti.

Tale modello è quello a matrice dove i valori che vengono incrociati sono:

potere - decisionale, di influenza

Interesse - nel prodotto/servizio/processo.

I quattro riquadri rappresentano differenti livelli di relazione con l'organizzazione e a secondo del riquadro assumono un profilo-tipo:

- 1) se il potere è basso e l'interesse basso sono definiti **secondari**
- 2) se il potere è alto e l'interesse basso sono definiti **appetibili**
- 3) se il potere è basso e l'interesse alto sono definiti **deboli**
- 4) se il potere è alto e l'interesse alto sono definiti **strategici**



43 Stakeholder che sono in relazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria "G. Martino" di Messina

Per dare una maggiore specificità alla figura dello Stakeholder, che può avere interessi nelle attività legate al mandato istituzionale di questa Azienda, si è fatta una ricognizione in base ad una qualificazione degli stessi, identificandoli con quei soggetti che possono essere messi in relazione con il raggiungimento degli obiettivi di impresa.

Nell'orientamento di voler individuare, almeno in questa fase, gli Stakeholder in maniera generalizzata, al di là delle peculiarità di ogni soggetto, si riporta un elenco non esaustivo, però pertinente, delle figure che rappresentano Stakeholder nel contesto sanitario.

- Utenti e cittadinanza in genere (esterni diretti)
- Management aziendale(interni)
- Risorse Umane interne (interni)
- Organizzazioni sindacali(interni)
- Comitato Consultivo e Associazioni di categoria
- Fornitori (esterni diretti)
- Azienda Sanitaria Provinciale;
- Altri presidi ospedalieri
- Regione Sicilia (esterni diretti)

a valenza didattica

- Università degli studi di Messina
- Gli studenti

Viene considerato sufficiente delineare la tipologia di rapporto, non per tutti gli stakeholder sopra indicati, ma solo per quelli che possiamo considerare interni o esterni diretti non a valenza didattica, infatti nel seguente diagramma questi ultimi sono rappresentati con evidenza delle finalità



44 Utenti e cittadinanza in genere

Nel Sistema Sanitario italiano la figura dell'utente, rappresenta l'attore principale su cui concentrare al massimo il focus delle attività dell'intera organizzazione, stante le caratteristiche proprie del SSN stesso che ha caratteri di universalità, e che mette sempre al centro del proprio core-business il cittadino/utente con i suoi interessi primari di preservazione e cura della salute.

Nelle politiche di gestione della Sanità Pubblica bisogna dare priorità, in qualità di Stakeholder debole, al paziente, così come risulta coerente con il mandato istituzionale.

A tale riguardo trova applicazione l'azione dell'Azienda che deve essere mirata anche a:

- facilitare gli accessi ai servizi sanitari richiesti dallo stato di salute del soggetto
- offrire le prestazioni sanitarie che la ricerca scientifica e la innovazione tecnologica rendono disponibili
- dare accesso a tutte le informazioni che risultino utili alla partecipazione attiva alle decisioni relative alla propria salute
- offrire contezza di tutti i tipi di informazioni in merito allo stato di salute, offerta dei servizi sanitari e modalità di accesso
- applicare servizi di prevenzione
- rispettare la libertà di scelta
- rispettare la privacy qualunque sia la forma di assistenza che viene erogata
- offrire i trattamenti sanitari necessari per un periodo di tempo utile alla guarigione o al massimo miglioramento possibile della qualità della vita;
- offrire trattamenti sanitari in TQM (Total Quality Management)
- assicurare tutela da possibili danni causati dal malfunzionamento dei servizi sanitari
- massimizzare l'umanizzazione

Rimane in capo all'utenza la decisione di rivolgersi ad una struttura pubblica, oppure privata convenzionata oppure privata non convenzionata. L'Azienda, di suo, al fine di informare il territorio sulle prestazioni erogabili e le condizioni di accesso, pubblica un documento denominato Carta dei Servizi, dove sono contenute tutte le informazioni utili a tale scopo.

Chiunque, essendosi rivolto alla organizzazione, avesse trovato motivi di lamentela per qualsivoglia item del processo, di cui si è attore, riconosciuto come non confacente con le proprie necessità, sia in termini di accesso che di trattamento, di umanizzazione e trasparenza, trova voce attraverso l'Ufficio

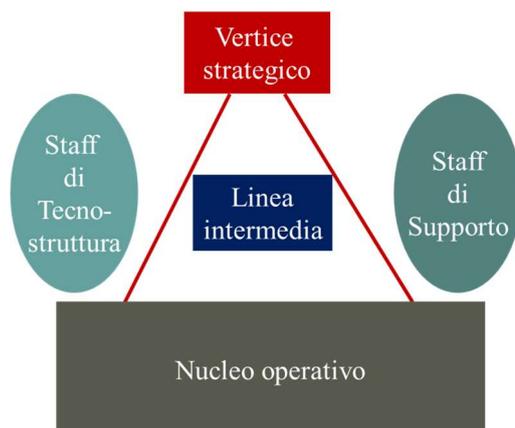
Relazioni col Pubblico che è pronto a raccogliere le istanze presentate e darne un seguito in termini di verifica e di miglioramento continuo dei processi attraverso efficienza ed efficacia e ricerca continua della qualità totale.

Va ricordato che qualsiasi cittadino è sempre un potenziale stakeholder in quanto gli eventi che sviluppano necessità di cura della propria salute possono essere legati ad episodi accidentali o parossistici (MCAU) e non solo a percorsi diagnostici previsti e pianificati.

45 Management Aziendale

Le figure apicali della vita organizzativa dell'Azienda Ospedaliera sono il Direttore Generale il Direttore Amministrativo il Direttore Sanitario. Queste sono le figure del direzionale a cui sono attribuite le responsabilità dei risultati della gestione, ed alla quale viene chiesto il raggiungimento di determinati obiettivi, così come assegnati dall'Assessorato della Salute. In particolar modo il DG assorbe le responsabilità di tutti, stante il fatto che in mancanza del raggiungimento dei sopraccitati obiettivi nell'ordine minimo del 60%, la sua carica verrebbe a decadere.

A cascata possono essere individuate altre posizioni di responsabilità nella gestione dell'organizzazione, ed esse sono altrettanto efficaci, se non ancora di più, di quelle evidenziate, infatti se si considerano in Direttori di Dipartimento ad Attività Integrata, ed anche i Direttori di Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali, questi sono gli attori che principalmente ottimizzano e sorvegliano sulla vita delle strutture, avendo contezza diretta e partecipando in maniera attiva e responsabile al raggiungimento degli obiettivi assegnati. Si mette in evidenza che tali figure, sebbene professionisti nel campo della Medicina ecc., in quanto responsabili delle risorse assegnate e dotati dell'autorità conferita per amministrarle, al fine di raggiungere quanto contrattato in sede di budget in termini di "obiettivi operativi", di fatto rappresentano il management di "linea intermedia" che sovraintende alle attività e si colloca come raccordo fra il Vertice Strategico (DG, DA e DS) ed il "nucleo operativo" (UU.OO.CC. e UU.OO.SS.DD.)



H. Mintzberg "The Structuring of Organization" 1979

46 Risorse umane interne

La migliore riuscita dei processi interni non può prescindere da una ben definita disponibilità del fattore produttivo "lavoro". Ben definita sia in termini di qualità che di quantità, infatti la presenza di

professionisti di alto valore crea attrazione sul territorio e il suo adeguato dimensionamento (Pianta Organica) da la possibilità di lavorare senza estenuanti carichi di lavoro restituendo, come valore, la massima resa da parte del personale. Non ultimo l'adeguato dimensionamento degli spazi in cui operare ed una logistica che permette l'accesso alle risorse nei tempi congrui con l'interesse di salute dei pazienti.

Di fatto, in tema di Risorse Umane, esistono differenti dimensioni che creano un'aspettativa da parte dei soggetti interessati, anche in forma individuale.

Se ne rappresentano alcune a seguire:

- valorizzare le professionalità esistenti attraverso formazione e aggiornamento
- valorizzazione delle professionalità esistenti attraverso il riconoscimento della formazione acquisita
- metodo di valutazione per gli sviluppi di carriera
- metodo di valutazione per il riconoscimento della componente accessoria legata al risultato
- sicurezza sul posto di lavoro
- politiche di progressione economica come da normativa in vigore
- possibilità di esercitare la professione anche in regime di Attività Libero Professionale Intramuraria.

Prendendo come riferimento la matrice influenza/interesse, le risorse umane possono essere collocate al suo interno inserendole nel 4° quadrante (in basso a dx) fra gli stakeholder strategici, in virtù del fatto che sono gli attori principali per lo sviluppo delle attività aziendali.

47 Le organizzazioni sindacali

Come da normativa in vigore le Organizzazioni Sindacali (OO.SS.) e le Rappresentanze Sindacali Unitarie (R.S.U.) rappresentano una tipologia di stakeholder che supporta l'applicazione di quanto previsto nei contratti di lavoro, e garantiscono vigilanza sul deliberato del direzionale al fine di tutelare gli interessi dei lavoratori nel rispetto della legislazione nazionale e regionale, e della contrattazione nazionale (CCNL) e aziendale (CCIA).

Il rapporto è basato sulla trasparenza dell'azione di entrambe le parti (Azienda/Sindacati) e a tal fine con i sindacati vengono impiegate le principali dimensioni della trattativa: contrattazione, concertazione e informativa, al fine di dare contezza dell'azione amministrativa nel suo complesso e non solo, poiché dagli incontri possono emergere proposte significative che a loro volta hanno la prerogativa di orientare l'organizzazione verso azioni condivise.

Possono essere individuate alcune azioni di maggiore rilievo e significative, che rappresentano il core delle attività Azienda/Sindacati. Tra queste, quella della stesura dei regolamenti interni inerenti il trattamento giuridico ed economico quali, il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance (SMVP), il Metodo per l'attribuzione della P.E.O. (Progressione Economica Orizzontale), il Metodo per l'attribuzione della componente economica variabile della retribuzione, la Composizione delle delegazioni trattanti e le modalità di organizzazione e funzionamento delle sedute di concertazione e negoziazione sindacale, ecc.

Questa tipologia di stakeholder può essere valutata come appartenente a quella degli appetibili, infatti

è caratterizzato da interesse basso e potere alto.

48 Comitato Consultivo e Associazioni di categoria

Con la L.R. n. 5/2009 della Regione Siciliana articolo 9, commi 8 e 9, sono stati previsti i Comitati Consultivi, già previsti dalla normativa nazionale (DPR 502/517 1992; DPCM19 maggio 1995, GU del 31.05.1995, n. 125, DL 229/1999) con i seguenti compiti *"omissis ... Il Comitato consultivo esprime pareri non vincolanti e formula proposte al direttore generale in ordine agli atti di programmazione dell'Azienda, all'elaborazione dei Piani di educazione sanitaria, alla verifica della funzionalità dei servizi aziendali nonché alla loro rispondenza alle finalità del Servizio sanitario regionale ed agli obiettivi previsti dai Piani sanitari nazionale e regionale, redigendo ogni anno una relazione sull'attività dell'Azienda. Il Comitato formula altresì proposte su campagne di informazione sui diritti degli utenti, sulle attività di prevenzione ed educazione alla salute, sui requisiti e criteri di accesso ai servizi sanitari e sulle modalità di erogazione dei servizi medesimi. Collabora con l'Ufficio relazioni con il pubblico (U.R.P.) presente in ogni Azienda per rilevare il livello di soddisfazione dell'utente rispetto ai servizi sanitari e per verificare sistematicamente i reclami inoltrati dai cittadini"*.

Ciò rende il cittadino/utente un soggetto della programmazione sanitaria regionale che partecipa all'elaborazione degli atti della programmazione sanitaria stessa, attraverso le associazioni di categoria del settore maggiormente rappresentativo, le associazioni di volontariato e quelle di tutela dei diritti dell'utenza maggiormente rappresentative.

Così si riconosce all'utente un ruolo aggiuntivo, che non sia solo quello di attore passivo del percorso ospedaliero, bensì di attore capace di influenzare gli aspetti organizzativi e gestionali dell'intera azienda sanitaria. Di fatto questo approccio ridimensiona il collocamento all'interno della matrice influenza/interesse del cittadino utente poiché ne sposta il tratto dell'influenza, potendo agire in ambito programmatico, da debole verso strategico, dando voce ed anche un peso importante.

49 I fornitori

L'aspetto commerciale relativo all'approvvigionamento di beni e servizi, rimane soggetto all'applicazione della normativa di riferimento (Codice dei contratti pubblici D.Lgs. n. 36 pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 31.03.2023 e le cui disposizioni hanno acquistato efficacia a partire dal 01.07.2023). L'azione amministrativa dovrà essere improntata ai principi di economicità, efficacia, tempestività e correttezza, nonché ai principi comunitari di libera concorrenza, parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità, pubblicità.

Tale impostazione permette di raggiungere livelli di alto efficientamento nell'approvvigionamento di beni e servizi, che coniugati con tempi certi per il pagamento delle forniture, crea un circolo virtuoso fornitore azienda/utenza e di conseguenza una maggiore agilità dell'organizzazione nell'acquistare i materiali necessari per le prestazioni da erogare.

I fornitori, per le loro peculiarità, possono inseriti tra gli *"stakeholder deboli"*, poiché con alto interesse (economico) e bassa influenza in quanto legati alla normativa e soggetti ai tempi di pagamento della Pubblica Amministrazione.

50 La Regione Sicilia

All'Assessorato regionale della salute sono attribuiti i seguenti compiti:

- Programmazione sanitaria
- Gestione finanziaria del fondo sanitario
- Patrimonio e edilizia sanitaria
- Assistenza sanitaria ed ospedaliera
- Igiene pubblica e degli alimenti
- Sanità animale
- Vigilanza sulle aziende sanitarie
- Vigilanza enti di settore

Sito web Assessorato della Salute Regione Siciliana

la Regione Siciliana, attraverso l'Assessorato della Salute, atteso che finanzia le attività con il fondo sanitario regionale, ne controlla gli esiti (D.lgs. 502/92 art. 1 c. 4), oltre ad emanare il Piano Sanitario Regionale che ha finalità di :

- definire gli obiettivi strategici per lo sviluppo del servizio sanitario regionale (SSR)
- garantire il diritto alla salute e soddisfare le esigenze di assistenza della popolazione
- riferirsi agli obiettivi generali del Piano Sanitario Nazionale adattandoli ed attualizzandoli al contesto regionale

per quanto sopra risulta chiaro che la Regione Siciliana viene a configurarsi come uno *"stakeholder strategico"*, in quanto elemento decisivo sia in fase di finanziamento che in fase di verifica dei risultati raggiunti in relazione agli obiettivi assegnati.

51 Rapporti convenzionali ed attrazione fondi

L'intensificarsi della complessità delle attività svolte dalle Strutture Aziendali ha inevitabilmente aggiornato i costi delle prestazioni svolte, il che rende più che mai indispensabile l'utilizzo di proventi economici diversi e aggiuntivi al normale finanziamento previsto dal SSR. Nel rispetto dei dettami normativi in materia, l'Azienda intende focalizzare la propria attenzione sulla opportunità e sulla possibilità di fornire un servizio completo e coerente, promuovendo sviluppo delle proprie capacità strategiche al fine di meglio organizzare l'offerta dei servizi attraverso il modello imprenditoriale, da organizzarsi in coerenza con i propri obiettivi.

A tal fine l'Azienda utilizza strumenti di finanziamento quali Convenzioni e Attività Aziendale a Pagamento.

Le Convenzioni sono documenti che l'Azienda sottoscrive con soggetti terzi o altre Istituzioni in cui le parti convengono di regolamentare rapporti istituzionali o commerciali in ordine a settori o materie di comune interesse.

Le convenzioni possono essere:

- a) a carattere oneroso quando rappresentano accordi sottoscritti allo scopo di costituire e regolare rapporti che comportano per l'Azienda un impegno di spesa, ovvero compensi per la stessa, finalizzati all'attuazione ed alla gestione di prestazioni sanitarie, progetti di ricerca, o altre attività attribuite all'Azienda da soggetti terzi o da altre istituzioni.
- b) a carattere non oneroso quando rappresentano accordi o protocolli d'intesa di natura

strategico-istituzionale, che non comportano per l'Azienda alcun impegno di spesa, ovvero compensi per la stessa. Tali accordi, protocolli, possono prevedere impegni a svolgere attività per la cui definizione si rinvia a successivi accordi a carattere oneroso.

Per tutte le attività in cui è richiesta la realizzazione interna, il ruolo di "produttore" è affidato ai D.A.I. Ciò comporta una netta distinzione tra chi decide cosa deve essere prodotto (Direzione Aziendale) e chi fornisce o eroga il prodotto (D.A.I.), al fine di attribuire i diversi ruoli istituzionali, i rispettivi meccanismi di responsabilizzazione e gli obiettivi di performance.

Le convenzioni sono soggette a verifiche e controlli da parte dell'Azienda per i contenuti tecnici, qualitativi e quantitativi, al fine di accertare la correttezza degli adempimenti convenuti. I risultati ottenuti dalle convenzioni saranno esaminati in sede di valutazione delle prestazioni dirigenziali.

52 Governo clinico

Il governo clinico rappresenta una strategia gestionale fondamentale del sistema decisionale aziendale e richiede una innovazione dell'approccio ai bisogni dei pazienti da parte del corpo professionale che deve essere orientata a soddisfare le aspettative degli utenti tenendo conto del sistema organizzativo in cui sono inseriti e delle caratteristiche del processo assistenziale offerto. Il governo clinico ha come principali obiettivi l'efficacia, l'efficienza e il miglioramento della qualità e della sicurezza della pratica clinica, ma anche il raggiungimento del migliore equilibrio tra queste componenti e le risorse disponibili. Gli strumenti che saranno impiegati sono i seguenti:

1. pratica clinica basata sull'evidenza: le linee-guida cliniche e clinico-organizzative rappresentano sia lo strumento di sintesi delle evidenze disponibili, di definizione degli obiettivi generali e di cambiamento da raggiungere, che lo strumento attraverso il quale si possono valutare i risultati e la qualità dell'assistenza sanitaria fornita, definendo specifici indicatori di appropriatezza attesi da raggiungere o verso cui tendere;
2. valutazione della performance clinica (audit clinico): revisione sistematica dei casi clinici trattati a fronte di uno standard di indicatori condivisi, con funzione di ricercare le criticità dei comportamenti clinici o organizzativi con la finalità di attivare un processo di miglioramento continuo della performance dell'assistenza;
3. gestione del rischio clinico: continuo monitoraggio della qualità e della adeguatezza del servizio erogato, mediante la registrazione e l'analisi degli eventi avversi sia effettivi che potenziali, con la finalità di studiarne le cause e attivare percorsi di miglioramento che ne riducano la frequenza;
4. percorsi clinici: piani di assistenza che dettagliano i passi essenziali del percorso diagnostico terapeutico, su cui possono essere impiegati tutti gli strumenti del governo clinico che rappresentano una modalità organizzata per costruire l'assistenza intorno alle esigenze del paziente e gestirne tutti gli aspetti: clinici, organizzativi, relazionali, di integrazione multidisciplinare ed interprofessionale. Il Collegio di Direzione e i Dipartimenti costituiscono l'ambito organizzativo dove queste linee di governo si sviluppano e dove i principi, le

metodiche e gli obiettivi ad esse correlati vengono valutati e condivisi al fine di essere tradotti in progetti operativi all'interno dei Dipartimenti e delle Unità Operative.

A seguire si riportano alcune grandezze aziendali riferite alle attività di maggiore importanza, a rappresentare gli esiti dell'azione sinergica fra governo clinico e governo amministrativo. I dati relativi al 2023, sebbene estratti nel mese di gennaio 2024, non possono essere considerati definitivi, però con altissimo valore indicativo. Le motivazioni sono sotto riportate:

Valore di produzione da RO e DH

Il valore è calcolato sulla base del Ricavo Totale e Stimato, come proiezione delle SDO e dei Ricoveri da chiudere in DH e in Ordinario di pazienti intra-regione

Valore di produzione da Day Service

Il valore è calcolato sulla base del Ricavo Totale e Stimato, come proiezione delle SDO e dei Ricoveri da chiudere in DSA di pazienti intra-regione

Valore di produzione da Attività Ambulatoriale

Il valore è calcolato sulla base del Ricavo Totale da Flusso C, ad esclusione delle prestazioni non definite

Valore economico mobilità attiva

Il valore è calcolato sulla base del Ricavo Totale e Stimato, come proiezione delle SDO e ricoveri da chiudere in DH, in DSA in Ordinario di pazienti Extraregione

Indicatori regionali

I valori sono calcolati sulla base degli esiti Agenas relativi al III trimestre 2023, in quanto ad oggi non è possibile il dato aggiornato al IV Trimestre 2023 poiché i Flussi SDAO e SDO non sono ancora stati estratti e trasmessi

	2023
valori economici	
valore di produzione da RO	77.265.326,00 €
valore di produzione da DH	
valore di produzione da DAY SERVICE	2.884.194,00 €
valore di produzione da Attività Ambulatoriale	14.715.423,56 €
valore economico mobilità attiva	7.035.991,00 €
dati di attività	
n. ricoveri ordinari	16.654
n. ricoveri DH	3.524
n. Day Service	6.944
emergenza/urgenza	
n. accessi PS	28.367
n. accessi PS Pediatrico	10.196
n. accessi PS con conseguente ricovero	6.089
n. accessi PS Pediatrico con conseguente ricovero	1.122

indicatori regionali	
Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65	77,19%
% parti cesarei primari su n. parti	29,26%
Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI	91,78%
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE 3 GIORNI	94,12%

53 Innovazione gestionale e tecnologica

L'organizzazione aziendale è fondata su criteri di multidisciplinarietà e mira al miglioramento delle competenze tecniche e scientifiche degli operatori, dovendo rispondere contemporaneamente ad obiettivi assistenziali, di didattica e di ricerca.

In particolare, il criterio della multidisciplinarietà si realizza attraverso:

- configurazione dei processi in funzione della specificità del bisogno assistenziale e dell'ottimizzazione dei livelli di risposta, con conseguente flessibilità organizzativa e delle procedure;
- integrazione ed interazione delle professionalità come metodo di organizzazione delle funzioni tecnico-produttive ed amministrative al fine di garantire la continua capacità di risposta ai bisogni degli utenti e la corretta soddisfazione delle esigenze individuate come prioritarie in sede di programmazione;
- l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza allocativa ed operativa delle risorse, mediante processi di condivisione di esse che ne consentano la più razionale utilizzazione.

Il miglioramento delle competenze si realizza attraverso:

- il raggiungimento degli obiettivi di didattica e di ricerca individuati nella programmazione dell'Università ed integrati nella programmazione aziendale;
- la ricerca dell'eccellenza dei percorsi di cura, dei processi clinico-assistenziali e degli standards tecnico-scientifici, attraverso l'implementazione di PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) per la definizione del migliore processo assistenziale finalizzato ad offrire risposte a determinati bisogni di salute, basandosi sulle evidenze scientifiche disponibili e le risorse dedicabili
- il monitoraggio costante del livello delle prestazioni e delle loro modalità di svolgimento;
- l'acquisizione di adeguate apparecchiature tecnico-scientifiche ed informatiche correlate con la necessità di fornire prestazioni efficaci e di livello coerente con la mission aziendale;

quanto sopra costituisce elemento indefettibile dell'organizzazione unitamente al principio generale di responsabilizzazione della dirigenza rispetto ai risultati.

54 La centralità delle persone che lavorano in Azienda

L'Azienda persegue i principi dell'orientamento al servizio e della centralità del cittadino anche mediante lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze professionali di elevata specializzazione quali:

- il riconoscimento del ruolo della formazione e dell'aggiornamento professionale quale elemento per la qualificazione del personale in relazione alle esigenze aziendali nei vari settori

di attività;

- l'adozione di apposito regolamento riguardante i sistemi di valutazione e verifica del personale dipendente;
- l'adeguata utilizzazione delle risorse umane disponibili in relazione agli obiettivi di risultato prescelti;
- la realizzazione di interventi volti a garantire la sicurezza degli ambienti di lavoro ed il benessere dei lavoratori;
- la realizzazione di idonei e distinti spazi per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, disciplinata da apposito regolamento aziendale, con monitoraggio dell'attività svolta, mediante tenuta di una contabilità separata, e verifica dell'attività erogata attraverso l'istituzione di apposito organismo paritetico di cui all'art. 54, comma 6, CCNL della Dirigenza Medica
- il perseguimento degli obiettivi assegnati dall'Assessorato della Salute della Regione Siciliana

55 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Ogni obiettivo strategico stabilito nella fase precedente, è articolato in obiettivi operativi e per ciascuno dei quali sono definite:

- l'obiettivo operativo, a cui si associano, rispettivamente, uno o più indicatori;
- ad ogni indicatore è attribuito un target (valore programmato o atteso);
- le azioni da attuare con la relativa tempistica;
- la quantificazione delle risorse economiche, umane e strumentali;
- le responsabilità organizzative, identificando un solo responsabile per ciascun obiettivo operativo.

Gli obiettivi strategici, declinati in operativi, vengono inseriti in schede di programmazione che, elaborate per U.O.C. o U.O.S.D., prevedono un'integrazione dei contenuti relativi alla programmazione operativa con i contenuti della programmazione strategica e della programmazione di bilancio.

All'interno delle schede sono riportati gli indicatori che saranno monitorati per valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi.

A differenza della sezione precedente, proprio perché rappresenta l'integrazione tra programmazione strategica, programmazione operativa e programmazione di bilancio, questa sezione è elaborata con specifico riferimento al primo esercizio del triennio di programmazione.

Come da consolidata prassi organizzativa gli obiettivi che vengono assegnati in via prioritaria alle UU.OO.CC. e UU.OO.SS.DD. dell'Azienda sono quelli contenuti nei documenti dell'Assessorato della Salute, che vengono inviati, generalmente ad inizio esercizio, ed inseriti nella programmazione aziendale. Nel caso in cui la Regione non dovesse inviare gli obiettivi relativi al budget in tempi brevi, l'Azienda considera confermati quelli dell'anno precedente in attesa di rimodulare la contrattazione inserendo anche quelli definiti dalla Direzione Strategica.

In riferimento agli obiettivi relativi al presente Piano, questi vengono riportati a seguire in forma

completa di indicatori, valori attesi e pesatura, in modo da offrire la massima trasparenza attraverso la conoscenza della programmazione strategica.

56 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

Fermo restando il rispetto delle disposizioni del decreto D.lgs. 150/2009 ed s.m.i., delle linee guida della Funzione Pubblica e sulla base del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance in uso in Azienda, in questa sezione del documento viene data evidenza alle risultanze del processo di assegnazione degli obiettivi ai dirigenti e al personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità.

Ad ogni dirigente o responsabile di unità organizzativa possono essere assegnati uno o più obiettivi, come si evince dalla scheda di budget. Questi danno contezza della programmazione individuata per singola U.O. e i cui risultati operativi (obiettivi), dovranno essere raggiunti dal direttore della U.O. stessa anche attraverso la loro assegnazione totale o parcellizzata al personale assegnato.

Tali obiettivi vengono comunicati attraverso invio delle schede che li comprende, e come detto, completi di indicatori, valori target, peso, ecc. Ciò avviene nella contrattazione di budget che vede l'incontro tra la Direzione Strategica Aziendale e tutti i direttori di Dipartimento, di UU.OO.CC. e UU.OO.SS.DD.

57 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Si evidenzia che le scelte operate dall'amministrazione, con riguardo alle modalità adottate per garantire l'effettivo collegamento ed integrazione tra la pianificazione della performance e la programmazione economico-finanziaria e di bilancio, derivano dal contesto normativo e gestionale nel quale l'Azienda opera, Piano Sanitario Regionale e Protocollo di intesa Regione Siciliana-Università degli Studi di Messina. Per gli obiettivi a valenza economica, i valori rilevati sono presenti nelle schede di budget dove risultano impiegati nell'indicatore che, una volta quantizzato, restituirà i valori reali presenti in Azienda.

58 Programmazione per l'efficiamento energetico

Il piano di investimenti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "G. Martino" di Messina risulta principalmente orientato sulla prosecuzione della cosiddetta politica "green" mediante la realizzazione di impianti di produzione di energia elettrica, alla luce anche dell'aumento dei costi energetici legati all'aumento delle grosse apparecchiature (elettromedicali e di diagnostica) e dei servizi resi alla collettività.

Oltre alla collocazione degli impianti sopra menzionati, un intervento "green" sarà quello della realizzazione di colonnine di ricarica lenta dei veicoli elettrici, intervento che riveste anche un aspetto legato ad un servizio aggiuntivo all'utenza servita.

Questo tipo di investimento avrà sia **benefici energetici** sia **ricadute positive non energetiche** (NEBS, non energy benefits).

Al riguardo, i **benefici energetici** sono gli effetti immediati e diretti dell'investimento, che si realizzano nel breve o medio periodo e hanno un riscontro oggettivo e misurabile. Essi consentono di recuperare il capitale investito attraverso il risparmio di energia tradotto in tagli in bolletta, l'eliminazione degli sprechi,

l'ottimizzazione degli impianti e, in estrema sintesi la diminuzione dei costi di gestione e quindi maggiore potere di investimento per offrire un servizio sanitario migliore.

Tra le **ricadute positive non energetiche**, invece, l'Agenzia Internazionale dell'Energia (IEA) ha evidenziato che gli interventi di efficienza energetica come quello in programma, comportano almeno altre 14 conseguenze positive, di cui ne riportiamo alcune di seguito:

- 1) **Riduzione delle emissioni climalteranti:** meno emissioni di CO₂ in atmosfera;
- 2) **Inquinamento locale:** miglioramento della qualità dell'aria e un benessere diffuso per il personale dipendente e per la comunità locale;
- 3) **Sicurezza degli approvvigionamenti:** riduzione del rischio di un'eventuale limitazione o indisponibilità di fornitura;
- 4) **Fornitura di energia:** meno carichi sulla rete, più qualità e continuità della trasmissione;
- 5) **Prezzo dell'energia:** ottimizzare i consumi mette al riparo l'azienda da eventuali variazioni di prezzo delle materie prime energetiche, rappresentando un'assicurazione sullo sviluppo dell'attività;
- 6) **Produzione:** Riduzione dei costi di produzione dei servizi;
- 7) **Risorse disponibili:** il risparmio economico generato dall'efficienza e la maggiore stabilità derivata da una crescente indipendenza energetica, libera risorse per altre attività aziendali connesse al core business;
- 8) **Valore delle attività:** l'efficienza genera valore, sia in termini di valorizzazione del patrimonio immobiliare, sia in termini di offerta di servizi in linea con una nuova sensibilità votata alla green economy. Investire in efficienza energetica e sostenibilità incrementa il valore di un'azienda in misura superiore alle altre.
- 9) **Salute:** ridurre le emissioni e di conseguenza l'inquinamento atmosferico e termico consentirà un miglioramento globale delle condizioni di salute, con una diminuzione dell'insorgenza di malattie e della spesa sanitaria.
- 10) **Spesa pubblica:** l'efficienza consente la riduzione dell'indebitamento pubblico.

59 Le opportunità offerte dal PNRR

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, in ambito sanitario, risponde alla Missione n. 6 ed offre, oltre a opportunità di creazione di reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale (M6C1), anche opportunità legate al miglioramento sia in termini di innovazione che di ricerca e digitalizzazione (M6C2)

In riferimento a quest'ultima missione, questa Azienda ha già avviato attività legate a:

- Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione)
- Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grani Apparecchiature)
- Rafforzamento della struttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)
- Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN
- Sviluppo delle competenze tecniche professionali digitali e manageriali del personale del Sistema Sanitario
- Intervento di adeguamento sismico di corpi di fabbrica

Le attività già avviate con i relativi avanzamenti, sono presenti sul sito aziendale al percorso Amministrazione Trasparente/PNRR

Conclusioni sulla gestione del Ciclo della performance ed efficientamento energetico all'interno del

PIAO

La presente redazione dà conto della programmazione nel medio periodo. Tutte le attività ad esso collegate risultano leggibili attraverso gli obiettivi assegnati, gli indicatori dedicati e la loro misurazione eseguita ex-post, fine esercizio, così come rappresentati all'interno delle schede di budget.

Va messo in evidenza che gli obiettivi non possono mai coprire, in maniera dettagliata, tutte le tipologie di attività inerenti le prestazioni erogabili dall'Azienda e le relative specificità; però rappresentano l'orientamento al miglioramento continuo della qualità prodotta e percepita. Ciò non toglie che quanto non riportato all'interno delle schede di budget, e quindi assegnato agli operatori attraverso contrattazione, non sia oggetto di attenzione da parte di tutti i professionisti presenti in Azienda e riferibili alla produttività aziendale; infatti gli obiettivi coprono alcuni aspetti inerenti le linee di attività, per una visione globale della qualità rimane fondamentale che all'interno delle UU.OO vi sia un management di linea intermedia attento ai risultati prodotti dalla organizzazione di cui si è responsabili. Gli esiti collegati a tutti gli obiettivi assegnati alle varie componenti aziendali, sono riportati all'interno della Relazione sulla Performance, per offrire una lettura degli stessi e del loro raggiungimento % globale, e quindi dell'intera Azienda, il che offre la massima trasparenza dell'azione amministrativa verso tutti gli stakeholder.

Sul versante dell'efficientamento energetico questa Azienda ha predisposto un piano così come sopra riportato, al fine di contenere la spesa per l'energia e al contempo l'inquinamento ambientale.

Al fine di offrire un documento che sia di semplice comprensione anche per un osservatore inesperto, vengono inserite informazioni sugli strumenti impiegati quali: caratteristiche degli obiettivi, degli indicatori, di alcune tipologie di costo e per una facile individuazione degli attori coinvolti, anche una mappatura degli stakeholder interni ed esterni oltre ad informazioni statistiche sulla popolazione che rappresentano un supporto all'analisi del contesto esterno.