

000102



Azienda Ospedaliera ARNAS Civico G. Di Cristina Benfratelli

Piano della Performance

2021-2023

INDICE	pag
1. Presentazione del Piano	3
2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni	4
2.1 <i>Chi siamo</i>	4
2.2 <i>Cosa facciamo</i>	5
2.3 <i>Come operiamo</i>	7
3. Identità	7
3.1 <i>L'amministrazione in cifre</i>	7
Analisi delle attività	8
La situazione finanziaria	25
3.2. <i>Mandato Istituzionale e Missione</i>	25
Il Piano di Efficientamento	27
3.3. <i>L'Albero della performance</i>	28
Il Direttore Generale	29
Il Collegio Sindacale	30
Il Collegio di Direzione	30
Il Direttore Amministrativo	30
Il Direttore Sanitario	31
Lo Staff della Direzione Aziendale	32
Il Dipartimento	32
4. Analisi del contesto	35
4.1 <i>Analisi del contesto esterno</i>	35
4.2 <i>Analisi del contesto interno</i>	36
4.3 <i>L'Emergenza Covid</i>	36
5. Obiettivi Strategici	38
6. Dagli obiettivi Strategici agli Obiettivi Operativi	44
6.1 <i>Obiettivi assegnati al personale dirigenziale</i>	46
7. Il processo del ciclo di gestione della performance	46
7.1 <i>Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano della performance</i>	46
Valutazione della performance organizzativa	48
Valutazione della performance individuale dei dirigenti e del comparto	49
7.2 <i>Coerenza con la programmazione economico finanziaria e di bilancio</i>	50
7.3 <i>Raccordo con il Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza</i>	50
7.4 <i>Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance</i>	51
7.4.1 <i>Interventi Area Sanitaria</i>	52
7.4.2 <i>Interventi Area Amministrativa</i>	52

Scheda n.1 - Analisi del contesto esterno ed interno	53
Scheda n.2 - Analisi quali-quantitativa delle risorse umane	54
Scheda n. 3 - Rilevazione obiettivi/indicatori	55



1. Presentazione del Piano

Il D.Lgs. del 27 ottobre 2009, disciplinato in ambito regionale con il D.A. 1821/2011, prevede all'articolo 10 che le Aziende pubbliche si dotino di un piano programmatico triennale denominato Piano della Performance, da adottare entro il 31 gennaio di ogni anno.

Il Piano va elaborato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi aziendali e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'azienda.

Le linee guida di riferimento sono quelle fissate con delibera n° 112, approvata nella seduta del 28 ottobre 2010 dalla *Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche* (ex CIVIT, ora "Autorità Nazionale Anti-Corruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche" - A.N.A.C) e con delibera n. 1 del 5 gennaio 2012, e raccomandano la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

Il documento è predisposto in considerazione dei contenuti del Piano Operativo di Consolidamento e Sviluppo (POCS) del SSR, degli obiettivi regionali assegnati di anno in anno all'azienda, nonché degli specifici obiettivi individuati autonomamente dall'Azienda, funzionali al conseguimento della *mission* e del proprio mandato istituzionale.

Al fine di garantire un approccio globale alle tematiche della trasparenza e della prevenzione della corruzione, il Piano della Performance è coordinato con il Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

La trasparenza è infatti strettamente correlata al concetto di performance poiché l'obbligo di pubblicazione dei dati ha lo scopo di assicurare la conoscenza dell'attività dell'ARNAS tra tutti gli stakeholder e di consentire una più consapevole partecipazione della collettività.

In particolare, il Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, oltre ad essere uno degli strumenti determinanti della fase di pianificazione strategica all'interno del ciclo della performance, realizza la trasparenza delle informazioni relative alla performance rendendo pubblici agli *stakeholder* gli *outcome* e i risultati conseguiti.

Infatti, esso rappresenta il complesso di misure che l'ARNAS adotta non solo in rapporto alle condizioni oggettive della propria organizzazione, ma anche dei progetti o dei programmi elaborati per il raggiungimento di altre finalità quali la maggiore efficienza complessiva, il risparmio di risorse, la riqualificazione del personale, l'incremento delle capacità tecniche e conoscitive.

Pertanto, particolare attenzione deve essere posta alla coerenza tra PTPC e Piano della Performance sotto due aspetti:

- da un lato, le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- dall'altro, le misure di prevenzione della corruzione devono essere sempre tradotte in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

Ciò agevola l'individuazione di misure ben definite in termini di obiettivi, le rende verificabili e conferma la piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguimento della funzionalità amministrativa.

Il piano della performance e la relativa relazione vengono regolarmente pubblicati sul sito web ufficiale dell'Azienda.

Tutti i dati riportati nel piano sono relativi al biennio 2018-2019, essendo i dati relativi all'anno 2020 ancora in fase di consuntivazione all'epoca di redazione del piano stesso.



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

2.1 Chi siamo

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Civico - Di Cristina - Benfratelli è stata formalmente costituita con la Legge Regionale n.5 del 14 aprile 2009 ed attivata giusto Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 338 del 31.08.2009. Ai sensi e per gli effetti di legge, l'Azienda ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale. La sede legale è fissata in Palermo, con indirizzo in Piazza Nicola Leotta n°4, e la partita IVA è la seguente: 05841770828.

L'ARNAS Civico di Palermo è collocata nel contesto urbano della città di Palermo con due Presidi, il PO Civico e il PO G. Di Cristina, unico Presidio Pediatrico in ambito Regionale:

- Presidio "Civico", ospedale generale dotato di dipartimento di emergenza, centrale operativa per la gestione dell'emergenza territoriale, centro oncologico e di tutte le unità operative di diagnosi e cura a basso, medio ed elevato livello di assistenza, con discipline ad alta specializzazione;
- Presidio "Giovanni Di Cristina", ospedale pediatrico dotato di area d'emergenza, trauma center pediatrico, e di tutte le unità operative utili ad assicurare un'assistenza specialistica pediatrica pluridisciplinare, di alta specialità e per le malattie rare.



L'ARNAS Civico istituzionalmente costituisce il principale punto di riferimento per le attività ad alta specializzazione nell'ambito dell'intero bacino occidentale siciliano, sia per le attività di ricerca applicata, sia per le attività diagnostiche e terapeutiche. Riveste il ruolo di Hub regionale di quasi tutte le reti dell'emergenza (Infarto Miocardico Acuto, Stroke, Politrauma), delle reti cliniche e di quelle legate alle malattie rare.

Il patrimonio dell'ARNAS Civico costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti ivi compresi, pertanto, quelli da trasferire o trasferiti dallo Stato o da altri enti pubblici in virtù di leggi o provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività,

compresi i beni mobili ed immobili utilizzati dalla società Is.Me.T.T. s.r.l., partecipata dall'ARNAS Civico, o acquisiti a seguito di atti di liberalità.

L'Azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui agli articoli n°826, 3° comma, e n°830, 2° comma, del Codice Civile. I beni mobili e immobili che l'Azienda utilizza per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile della stessa, soggetti alla disciplina dell'articolo 828, 2° comma, del Codice Civile.

2.2 Cosa facciamo

L'Azienda rappresenta il punto di riferimento per gli assistiti della Sicilia occidentale nelle alte specializzazioni. Ciò significa:

- gestire patologie, non solo ad alta complessità, ma anche per le quali risulta indispensabile il contributo di professionalità dotate di alta specializzazione;
- garantire la continuità diagnostico-assistenziale dell'emergenza/urgenza sia per gli adulti che per i bambini;
- essere un centro di riferimento per le attività specialistiche delle Aziende Sanitarie Territoriali della Sicilia Occidentale, secondo le indicazioni degli atti di programmazione sanitaria;
- svolgere attività di ricerca orientata a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative.

L'Azienda, in coerenza agli indirizzi del Piano Socio-Sanitario Regionale, concorre a garantire l'assistenza ad alta complessità e ad alto contenuto tecnologico, nell'emergenza e nell'elezione, in ambito provinciale e regionale, in quanto, così come determinato dalla programmazione regionale, costituisce *hub* regionale per le reti:

1. **dell'emergenza**: Infarto Miocardico Acuto, Stroke, TeleNeuReS, Politrauma (*hub* integrato);
2. **cliniche**: Trapianto di cellule staminali emopoietiche, Trapianto di Rene, Rete Reumatologica, Epatiti da Virus C, Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino, Malattia Celiaca, Talassemia e Emoglobinopatie, Fibrosi Cistica;
3. **legate alle malattie rare**: Malattie Infettive Rare, Tumori Rari e Tumori solidi eredo-familiari del bambino, Metabolismo dell'infanzia, Anemie rare congenite, Malattie rare di interesse dermatologico, Malformazioni congenite rare.

Inoltre, l'Azienda, svolge diffusa ed intensa attività di ricerca orientata a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative e a favorire il rapido trasferimento applicativo e la loro diffusione attraverso attività formative programmate e organizzate all'interno dell'azienda.

Posizionamento nelle reti assistenziali

Reti cliniche	Riferimento
Malattia celiaca	DA 736/2018
Malattie Infiammatorie Croniche	DA 135/2017
Sclerosi Multipla	DA 1450/2014
Malattie rare	DA 781/2011
Genetica Medica	DA 727/2014
Epatite C	DA 713/2013
Oncologica	DA 1902/2014
Fibrosi cistica	DA 803/2012
Emergenze Allergologiche pediatriche	DA 574/2015

Reti tempo dipendenti (HUB su tutte le reti)		
Rete	Riferimento	Criticità/Novità
Rete IMA	Allegato al 1 DA 22/19	n. posti letto cardiologia/UTIC non adeguato ai regimi di centralizzazione del paziente con "sospetta sindrome coronarica acuta" e non eleggibile al trattamento
Rete Stroke		- difficoltà nel reperimento di specialisti neuroradiologi interventisti; - n. posti letto neurologia non adeguato ai regimi di centralizzazione del paziente con "sospetta sindrome neurologica acuta" e non eleggibile ai trattamenti; - la stroke unit ha avuto il supporto di personale a progetto (fondi PSN) fino ad ottobre 2018, ad oggi non ha personale dedicato ma in comune con la degenza di Neurologia, il personale a progetto non è stato sostituito; - non tutti i PL di stroke sono dotati di sistema di monitoraggio.
Traumatologica		- neuroradiologia logisticamente allocata in sede differente da padiglione emergenze; - assenza di trauma team; - problematica di gestione del trauma pediatrico: chirurgia pediatrica al PO G.Di Cristina ma ortopedia pediatrica in altra AO.
Emergenze Emorragiche Gastro-Intestinali		obsolescenza della tecnologia, risorse umane dedicate non sufficienti.



2.3 Come operiamo

L'ARNAS Civico G. Di Cristina e Benfratelli si propone di rafforzare il suo ruolo attraverso l'impegno mirato e costante finalizzato ad:

- aumentare il grado di soddisfazione degli utenti e degli operatori, attraverso l'applicazione del modello di umanizzazione delle cure, vigilando sull'applicazione dei protocolli di sicurezza delle procedure sui pazienti, e quindi, agendo sulla riduzione del rischio di incidenti sanitari, sul rispetto della normativa riguardo il consenso informato ed infine sul rispetto della normativa vigente in materia di tutela dei dati sensibili;
- rafforzare la posizione di eccellenza per il trattamento di tutte le patologie ed in particolare di quelle di alta specialità.

Pertanto, le scelte e gli obiettivi strategici dell'ARNAS Civico G. Di Cristina Benfratelli devono essere diretti da una parte a migliorare lo status di centro sanitario dedicato ai trattamenti di elezione e di elevata complessità, soprattutto in ambito oncologico e cardiologico, dall'altra a potenziare l'attività legata all'emergenza-urgenza, differenziandone e facilitandone i percorsi.

Al fine di implementare quanto previsto dalla programmazione Regionale, inter-aziendale e Aziendale, lo sforzo dei professionisti dell'ARNAS è indirizzato verso:

- il consolidamento e il potenziamento delle aree che caratterizzano l'Azienda come struttura di alta specialità incrementando, nel rispetto dei principi di appropriatezza, il "case mix";
- il rafforzamento del ruolo di riferimento svolto dall'Azienda nella risposta all'emergenza/urgenza in ambito provinciale e regionale;
- la garanzia della risposta qualitativa e quantitativa alla domanda di salute del bacino di riferimento, per le aree di intervento di base, valorizzando la vocazione Aziendale nell'assistenza ai pazienti acuti;
- il favorire lo sviluppo dei necessari processi di integrazione, al proprio interno e nei rapporti con le altre strutture sanitarie e territoriali, volti ad assicurare ai pazienti la continuità assistenziale.

3. Identità

3.1 L'amministrazione in cifre

Il personale in servizio nel 2019 è pari a 2.559 FTE (teste pesate). Per l'analisi quali – quantitativa delle risorse umane si rinvia alla scheda 2.



Analisi delle Attività

a) Ricoveri ordinari

All'interno dell'ARNAS coesiste un doppio mandato istituzionale che riguarda da un lato l'assistenza in emergenza-urgenza, dall'altro le prestazioni assistenziali programmate. Infatti, questa ARNAS è coinvolta in tutte le Reti Assistenziali, dell'Emergenza e Cliniche, predisposte dall'Assessorato della Salute, e in quasi tutte, ha ruolo di *Hub*. La centralizzazione, per la funzione stessa delle reti, prescinde dai naturali bacini di utenza, modificando il consueto flusso dei pazienti e incrementando l'incidenza di patologia necessitante di prestazioni ad elevata complessità e di alto profilo specialistico verso i Presidi Ospedalieri in grado di erogarle. Ciò è vero tanto per le reti dell'emergenza quanto per le reti cliniche. Queste ultime, peraltro, prevedono l'erogazione di prestazioni altamente specialistiche anche in regime di elezione.

L'attività di ricovero ordinario è articolata su 37 Unità Operative Complesse, di cui 10 afferenti al PO G. Di Cristina e 27 al PO Civico, per un numero complessivo di circa 680 posti letto medi e un tasso di occupazione dell'85%.

Dipartimento Medicina

Unità Operativa di dimissione	Periodo di analisi	Posti Letto Medi	Tasso Occup.	N. Casi	peso medio	degenza media	N. DRG chirurgici	N. DRG ARI	Valore	Delta Valore (2019-2018)
2402 - Malattie Infettive e Tropicali	Anno 2019	14	84,3	262	1,3388	14,8	7	20	1.168.684	82.783
	Anno 2018	13	88,9	272	1,1650	15,9	6	30	1.085.901	
2601 - Medicina Generale	Anno 2019	36	100,5	881	1,1919	14,0	66	81	3.441.007	-343.249
	Anno 2018	36	99,8	936	1,2468	13,4	69	60	3.784.256	
2602 - Medicina Interna ad Indirizzo Geriatrico e Riabilitativo	Anno 2019	43	101,0	1.393	1,1538	11,2	98	174	5.042.509	-22.084
	Anno 2018	42	99,6	1.463	1,1334	10,6	117	221	5.064.593	
6001- Lungodegenza	Anno 2019	18	89,5	180	0,6982	32,5			883.560	-55.563
	Anno 2018	18	95,5	188	0,8072	33,2			939.123	
6801 - Pneumologia	Anno 2019	20	97,5	442	1,2313	17,5	16	17	1.827.544	-22.940
	Anno 2018	21	99,4	479	1,1872	16,7	16	28	1.850.484	
6802 - UTIR	Anno 2019	8	98,6	93	5,9735	43,4	46		2.251.848	-407.766
	Anno 2018	8	98,9	102	6,2563	42,7	60	1	2.659.614	
9701 - Medicina Detenuti	Anno 2019	5	75,6	91	0,9455	15,2	10	40	287.489	4.108
	Anno 2018	5	63,8	72	1,0967	17,2	13	23	283.381	
9702 - Chirurgia Detenuti	Anno 2019	5	55,4	86	0,7157	9,8	16	57	162.088	-98.929
	Anno 2018	5	51,9	97	0,7626	12,0	29	59	261.017	
Totale Dipartimento Medicina	Anno 2019	149	95,0	3.428	1,2781	15,1	259	389	15.064.729	-863.640
	Anno 2018	148	95,3	3.609	1,2894	14,8	310	422	15.928.369	

Dipartimento Chirurgia

Unità Operativa di dimissione	Periodo di analisi	Posti Letto Medi	Tasso Occup.	N. Casi	peso medio	degenza media	N. DRG chirurgici	N. DRG ARI	Valore	Delta Valore (2019-2018)
1001- Chirurgia Maxillo Facciale	Anno 2019	7	98,0	255	1,4457	10,1	213	80	1.167.024	142.109
	Anno 2018	7	87,3	224	1,5069	9,8	185	54	1.024.915	
1201 - Chirurgia Plastica	Anno 2019	13	74,1	312	0,9539	11,3	275	184	865.030	-284.288
	Anno 2018	14	80,2	343	1,1080	12,1	309	192	1.149.318	
4701 - Grandi Ustioni	Anno 2019	16	65,7	142	2,1679	25,4	56	11	1.119.245	-409.085
	Anno 2018	16	74,6	162	2,3987	28,7	63	5	1.528.330	
1401 - Chirurgia Vascolare	Anno 2019	12	84,4	390	1,9624	10,3	342	21	2.852.207	-747.939
	Anno 2018	12	93,9	462	2,0453	10,1	417	21	3.600.146	
3001 - Neurochirurgia	Anno 2019	32	67,3	633	2,2348	12,7	517	53	5.196.998	202.599
	Anno 2018	32	59,1	622	2,2033	11,6	497	54	4.994.399	
3401 - Oculistica	Anno 2019	3	26,7	41	0,7775	6,9	24	28	76.419	-48.750
	Anno 2018	3	43,0	71	0,7105	6,8	33	42	125.169	
3801 - Otorinolaringoiatria	Anno 2019	9	92,5	511	1,1462	6,3	368	208	1.715.476	316.370
	Anno 2018	9	87,7	406	1,1180	7,0	281	139	1.399.106	
4802 - Nefrologia con Trapianto	Anno 2019	16	96,2	569	1,8726	9,7	184	50	3.469.285	-342.562
	Anno 2018	15	94,5	625	1,9199	8,6	196	76	3.811.847	
Totale Dipartimento Chirurgia	Anno 2019	108	77,1	2.853	1,6955	10,8	1.979	635	16.461.684	-1.171.546
	Anno 2018	108	76,7	2.915	1,7584	10,9	1.981	583	17.633.230	

Dipartimento Centro Oncologico Maurizio Ascoli

Unità Operativa di dimissione	Periodo di analisi	Posti Letto Medi	Tasso Occup.	N. Casi	peso medio	degenza media	N. DRG chirurgici	N. DRG ARI	Valore	Delta Valore (2019-2018)
0908 - Chirurgia Generale Oncologica	Anno 2019	17	99,9	439	1,9882	15,1	380	28	3.273.322	-256.989
	Anno 2018	17	105,0	482	1,9958	14,6	404	41	3.530.311	
0909 - Breast unit	Anno 2019	2	73,8	178	1,0578	3,0	169	23	515.236	-51.149
	Anno 2018	2	84,0	211	1,0158	2,8	203	23	566.385	
1301 - Chirurgia Toracica	Anno 2019	11	100,2	484	1,6363	8,6	370	56	2.667.721	-106.188
	Anno 2018	11	103,7	490	1,6768	9,3	374	42	2.773.909	
3702 - Ginecologia Oncologica	Anno 2019	11	83,2	497	1,3776	7,0	427	45	2.318.875	256.474
	Anno 2018	11	93,4	431	1,3650	8,3	375	36	2.062.401	
4301 - Urologia	Anno 2019	21	91,7	930	1,1835	7,8	740	115	3.817.288	173.739
	Anno 2018	22	86,0	914	1,1579	7,6	736	140	3.643.549	
6406 - Oncologia	Anno 2019	24	87,0	358	1,2612	21,4	23	15	1.627.569	-206.013
	Anno 2018	24	85,5	433	1,2478	17,0	26	25	1.833.582	
6602 - Oncoematologia con Trapianto Autologo	Anno 2019	10	83,7	207	1,9118	14,6	17	76	1.438.866	46.268
	Anno 2018	10	78,3	166	2,2871	16,6	12	55	1.392.598	
9900 - Hospice	Anno 2019	14	77,4	177	0,2755	24,1			1.064.750	230.750
	Anno 2018	13	71,0	182	0,2583	18,3			834.000	
Totale Dipartimento Centro Oncologico Maurizio Ascoli	Anno 2019	110	89,1	3.270	1,3867	11,3	2.126	358	16.723.627	86.892
	Anno 2018	110	88,8	3.309	1,3936	10,9	2.130	362	16.636.735	

Dipartimento Emergenza

Dipartimento Emergenza										
Unità Operativa di dimissione	Periodo di analisi	Posti Letto Medi	Tasso Occup.	N. Casi	peso medio	degenza media	N. DRG chirurgici	N. DRG ARI	Valore	Delta Valore (2019-2018)
0801 - Cardiologia	Anno 2019	23	102,4	1.315	1,7792	9,0	931	8	8.265.208	256.478
	Anno 2018	23	100,8	1.315	1,7122	8,9	919	17	8.008.730	
5001- UTIC	Anno 2019	9	100,7	45	1,6242	11,4	19		248.345	13.104
	Anno 2018	9	100,1	54	1,5438	9,2	20	1	235.241	
0901 - Chirurgia Generale e d'urgenza	Anno 2019	22	82,9	718	1,5516	10,5	618	108	3.792.847	230.086
	Anno 2018	22	94,2	679	1,5088	11,3	556	106	3.562.761	
3201 - Neurologia con Stroke	Anno 2019	22	111,6	565	1,3125	15,9	19	1	2.513.557	-415.622
	Anno 2018	22	117,1	709	1,2495	13,4	18	9	2.929.179	
3601 - Ortopedia e Traumatologia	Anno 2019	24	95,2	672	1,6588	12,4	590	78	4.110.045	-201.781
	Anno 2018	24	98,1	715	1,6368	12,3	651	71	4.311.826	
3701 - Ostetricia e Ginecologia	Anno 2019	28	85,9	2.473	0,6069	3,4	983	96	4.369.164	20.511
	Anno 2018	28	99,9	2.496	0,5866	3,8	941	87	4.348.653	
5101 - MCAU con Pronto Soccorso e OBI	Anno 2019	16	100,9	374	1,2776	10,4	19	10	1.425.508	-108.952
	Anno 2018	16	108,3	424	1,2503	8,6	24	22	1.534.460	
4901 - Anestesia e Rian. con Neuroranimazione	Anno 2019	9	96,3	125	3,5681	20,7	70		1.735.520	151.697
	Anno 2018	10	89,9	114	3,6350	20,1	61	1	1.583.823	
4902 - Anestesia e Rian. con Trauma Center	Anno 2019	12	90,8	246	5,0369	14,2	130		4.658.643	124.639
	Anno 2018	12	88,1	262	4,6762	14,0	149		4.534.004	
6202 - Neonatologia	Anno 2019	11	82,4	360	2,5601	13,9	13	11	3.677.083	408.723
	Anno 2018	12	81,1	375	2,1473	13,4	7	18	3.268.360	
7302 - UTIN	Anno 2019	8	68,0	12	0,6884	19,8			62.129	-99.131
	Anno 2018	7	85,0	26	1,4512	17,8			161.260	
3101 - Nido	Anno 2019			1.508	0,1602	2,5		6	840.636	-56.687
	Anno 2018			1.601	0,1601	2,5		5	897.323	
Totale Dipartimento Emergenza	Anno 2019	184	93,8	8.413	1,2146	7,7	3.392	318	35.698.685	323.065
	Anno 2018	185	98,8	8.770	1,1572	7,6	3.346	337	35.375.620	

Dipartimento ISMEP G. Di Cristina di Chirurgia

Dipartimento ISMEP G. Di Cristina di Chirurgia										Delta Valore (2019-2018)
Unità Operativa di dimissione	Periodo di analisi	Posti Letto Medi	Tasso Occup.	N. Casi	peso medio	degenza media	N. DRG chirurgici	N. DRG ARI	Valore	
1101 - Chirurgia Pediatrica	Anno 2019	11	77,4	607	0,9270	5,6	417	159	1.698.353	-95.642
	Anno 2018	11	83,0	567	0,9975	6,5	390	108	1.793.995	
4903 - Anestesia e Rian. Ped. con Trauma Center	Anno 2019	6	82,4	22	2,5332	33,5	6	1	250.016	-157.968
	Anno 2018	6	98,7	28	3,9204	30,7	9		407.984	
Totale Dipartimento ISMEP G. Di Cristina di Chirurgia	Anno 2019	17	79,2	629	0,9832	6,5	423	160	1.948.369	-253.610
	Anno 2018	17	88,5	595	1,1350	7,6	399	108	2.201.979	

Dipartimento ISMEP G. Di Cristina di Medicina

Unità Operativa di dimissione	Periodo di analisi	Posti Letto Medi	Tasso Occup.	N. Casi	peso medio	degenza media	N. DRG chirurgici	N. DRG ARI	Valore	Delta Valore (2019-2018)
0802 - Cardiologia Pediatrica	Anno 2019	9	70,7	287	0,7722	8,8	14	31	710.790	110.190
	Anno 2018	5	129,1	285	0,6972	7,9	9	36	600.600	
2401 - Pediatria ad Indirizzo infettivologico	Anno 2019	15	78,0	615	0,5087	7,0		137	1.120.819	-128.567
	Anno 2018	16	80,8	682	0,5101	7,0		174	1.249.386	
3301 - Neuropsichiatria Infantile	Anno 2019	8	113,7	547	0,6632	6,1	4	17	1.152.532	220.221
	Anno 2018	8	104,4	435	0,6262	7,6		20	932.311	
3901 - Pediatria ad Indirizzo gastroenterologico	Anno 2019	18	85,6	1.165	0,3477	4,8		70	1.421.241	114.688
	Anno 2018	19	85,3	1.077	0,3660	5,1		97	1.306.553	
3902 - Pediatria ad Ind. pneumologico e allerg.	Anno 2019	30	82,9	777	0,7291	10,2	2	36	2.019.653	11.850
	Anno 2018	30	84,8	873	0,6470	9,3		47	2.007.803	
3904 - Pediatria Generale	Anno 2019	18	70,5	588	0,6124	7,9	2	205	1.056.553	-166.194
	Anno 2018	18	80,0	665	0,6191	7,6	2	202	1.222.747	
5102 - Pediatria d'Urgenza	Anno 2019	10	36,2	267	0,4228	4,6		50	383.356	72.508
	Anno 2018	10	30,1	230	0,4063	4,3		46	310.848	
6502 - Oncoematologia Pediatrica	Anno 2019	8	83,1	370	1,2867	7,1	13	8	1.662.253	63.404
	Anno 2018	8	80,4	321	1,4309	7,4	10	16	1.598.849	
7701 - Pediatria ad Indirizzo Nefrologico e dialisi	Anno 2019	8	73,8	452	0,6076	4,9	2	203	808.719	77.347
	Anno 2018	5	117,3	404	0,6028	5,3	6	191	731.372	
Totale Dipartimento ISMEP G. Di Cristina di Medicina	Anno 2019	124	77,6	5.068	0,6102	6,8	37	757	10.335.916	375.447
	Anno 2018	119	83,1	4.972	0,6006	6,9	27	829	9.960.469	

I valori medi complessivi di degenza, peso relativo e tasso di occupazione dei posti letto sono stati calcolati escludendo: Nido (cod31), Lungodegenza (cod60) e Hospice (cod90).

b) Ricoveri a ciclo diurno: Day Hospital

I ricoveri a ciclo diurno consentono di effettuare prestazioni sanitarie programmate, anche molto complesse, multiprofessionali e multidisciplinari, in condizioni di massimo controllo del rischio clinico, di breve durata ed effettuabili nel giro di poche ore con un notevole risparmio di risorse umane, tecnologiche e strumentali. In linea con le direttive dell'Assessorato Regionale alla Salute, che ha scoraggiato il ricorso a tale setting assistenziale, al fine di aumentare l'appropriatezza di utilizzo del corretto setting organizzativo, si è perseguita una progressiva riduzione al ricorso al regime di DH a fini prettamente diagnostici o comunque, in tutti quei casi in cui potesse, comunque, essere erogata l'assistenza necessaria in altri setting.

Dipartimento Medicina

Unità Operativa di dimissione	Periodo di analisi	Posti Letto Medi	Tasso Occup.	N. Casi	N. Accessi	N. DRG ARI	Valore	Delta Valore (2019-2018)
2402 - Malattie Infettive e Tropicali	Anno 2019	2	16,3	11	170	1	40.504	11.995
	Anno 2018	2	11,1	10	116		28.509	
2601 - Medicina Generale	Anno 2019	2	2,8	4	25		6.169	2.000
	Anno 2018	2	1,7	3	18	1	4.169	
2602 - Medicina Interna ad Indirizzo Geriatrico e Riabilitativo	Anno 2019	4	42,1	89	878	17	171.910	62.563
	Anno 2018	4	28,5	58	595	17	109.347	
5201 - Dermatologia	Anno 2019	2	8,7	33	91	21	28.100	20.141
	Anno 2018	2	4,9	13	51	13	7.959	
5602 - Recupero e Riabilitazione	Anno 2019	4						0
	Anno 2018	4						
5801 - Gastroenterologia	Anno 2019	4	14,1	104	294	46	68.225	17.188
	Anno 2018	4	10,2	79	212	31	51.037	
6801 - Pneumologia	Anno 2019	1						0
	Anno 2018	1						
Totale Dipartimento Medicina	Anno 2019	19	16,8	241	1.458	85	314.908	113.887
	Anno 2018	19	11,3	163	992	62	201.021	

Dipartimento Chirurgia

Unità Operativa di dimissione	Periodo di analisi	Posti Letto Medi	Tasso Occup.	N. Casi	N. Accessi	N. DRG ARI	Valore	Delta Valore (2019-2018)
1001- Chirurgia Maxillo Facciale	Anno 2019	1	24,1	40	112	29	54.148	-4.719
	Anno 2018	1	29,9	46	134	35	58.867	
1201 - Chirurgia Plastica	Anno 2019	2	79,2	246	810	138	353.620	30.134
	Anno 2018	2	85,9	240	889	167	323.486	
1401 - Chirurgia Vascolare	Anno 2019	2	2,0	3	15	2	6.846	4.264
	Anno 2018	2	0,9	5	9	2	2.582	
3001 - Neurochirurgia	Anno 2019	1						0
	Anno 2018	1						
3401 - Oculistica	Anno 2019	1	30,1	39	155	30	53.524	2.855
	Anno 2018	1	44,4	37	230	35	50.669	
3801 - Otorinolaringoiatria	Anno 2019	6	38,5	358	1.206	242	491.170	-81.944
	Anno 2018	6	47,6	429	1.486	243	573.114	
4802 - Nefrologia con Trapianto	Anno 2019	1	27,0	17	134	9	30.134	15.100
	Anno 2018	1	14,4	11	66	2	15.034	
Totale Dipartimento Chirurgia	Anno 2019	14	33,5	703	2.432	450	989.442	-34.310
	Anno 2018	14	37,2	768	2.814	484	1.023.752	

Dipartimento Centro Oncologico Maurizio Ascoli

Unità Operativa di dimissione	Periodo di analisi	Posti Letto Medi	Tasso Occup.	N. Casi	N. Accessi	N. DRG ARI	Valore	Delta Valore (2019-2018)
0908 - Chirurgia Generale Oncologica	Anno 2019	1	6,7	15	32	9	19.480	-27.872
	Anno 2018	1	17,4	40	83	29	47.352	
0909 - Breast unit	Anno 2019	2	23,4	78	244	44	124.759	44.770
	Anno 2018	2	15,6	49	163	29	79.989	
1301 - Chirurgia Toracica	Anno 2019	1	50,0	202	257	5	327.681	42.106
	Anno 2018	1	41,6	177	213	7	285.575	
3702 - Ginecologia Oncologica	Anno 2019	1	20,9	55	109	26	50.026	-1.494
	Anno 2018	1	22,6	47	118	20	51.520	
4301 - Urologia	Anno 2019	2	48,4	223	483	122	227.920	-5.673
	Anno 2018	2	59,5	225	621	105	233.593	
6406 - Oncologia	Anno 2019	4	1,8	25	38	19	8.531	-4.314
	Anno 2018	4	2,8	34	59	11	12.845	
6602 - Oncoematologia con Trapianto Autologo	Anno 2019	4	41,1	85	854	44	245.231	29.128
	Anno 2018	4	37,1	76	774	30	216.103	
Totale Dipartimento Centro Oncologico Maurizio Ascoli	Anno 2019	15	27,5	683	2.017	269	1.003.628	76.651
	Anno 2018	15	28,1	648	2.031	231	926.977	

Dipartimento Emergenza

Unità Operativa di dimissione	Periodo di analisi	Posti Letto Medi	Tasso Occup.	N. Casi	N. Accessi	N. DRG ARI	Valore	Delta Valore (2019-2018)
0801 - Cardiologia	Anno 2019	6	5,5	149	167	27	355.012	114.299
	Anno 2018	6	5,3	131	164	39	240.713	
0901 - Chirurgia Generale e d'urgenza	Anno 2019	2	0,8	6	8	4	7.869	-3.595
	Anno 2018	2	1,2	9	12	6	11.464	
3201 - Neurologia con Stroke	Anno 2019	3						0
	Anno 2018	3						
3601 - Ortopedia e Traumatologia	Anno 2019	2	9,4	48	106	26	71.339	-3.290
	Anno 2018	2	12,0	48	125	23	74.629	
3701 - Ostetricia e Ginecologia	Anno 2019	6	47,6	611	1.484	65	678.137	-24.553
	Anno 2018	6	47,8	634	1.493	67	702.690	
4901 - Anestesia e Rian. con Neuroranimazione	Anno 2019	2	11,6	80	121		171.203	23.441
	Anno 2018	2	10,4	71	109	2	147.762	
Totale Dipartimento Emergenza	Anno 2019	21	15,0	894	1.886	122	1.283.560	106.302
	Anno 2018	21	15,3	893	1.903	137	1.177.258	

Dipartimento ISMEP G. Di Cristina di Medicina

Unità Operativa di dimissione	Periodo di analisi	Posti Letto Medi	Tasso Occup.	N. Casi	N. Accessi	N. DRG ARI	Valore	Delta Valore (2019-2018)
2401 - Pediatria ad Indirizzo infettivologico	Anno 2019	2						0
	Anno 2018	2						
3301 - Neuropsichiatria Infantile	Anno 2019	4	32,7	104	646	19	139.744	49.900
	Anno 2018	4	21,1	93	422	13	89.844	
3901 - Pediatria ad Indirizzo gastroenterologico	Anno 2019	2	2,0	10	21		5.922	5.922
	Anno 2018	2						
3902 - Pediatria ad Ind. pneumologico e allerg.	Anno 2019	2	0,1	1	1		185	-412
	Anno 2018	2	0,3	1	3		597	
3904 - Pediatria Generale	Anno 2019	6	11,7	35	344	18	77.121	39.572
	Anno 2018	6	7,0	21	174	11	37.549	
6502 - Oncoematologia Pediatrica	Anno 2019	7	57,0	237	2.081	46	629.876	58.789
	Anno 2018	7	52,2	225	1.906	42	571.087	
7701 - Pediatria ad Indirizzo Nefrologico e dialisi	Anno 2019	1	4,6	7	24	4	5.802	-4.289
	Anno 2018	1	8,1	11	42	7	10.091	
1804 - Ematologia con talassemia	Anno 2019	7	99,7	200	3.644	11	808.456	-36.395
	Anno 2018	7	104,2	203	3.806	9	844.851	
Totale Dipartimento ISMEP G. Di Cristina di Medicina	Anno 2019	31	29,7	594	6.761	98	1.667.106	113.087
	Anno 2018	31	32,1	554	6.353	82	1.554.019	

Dipartimento ISMEP G. Di Cristina di Chirurgia

Unità Operativa di dimissione	Periodo di analisi	Posti Letto Medi	Tasso Occup.	N. Casi	N. Accessi	N. DRG ARI	Valore	Delta Valore (2019-2018)
1101 - Chirurgia Pediatrica	Anno 2019	2	89,7	436	892	344	456.982	-32.798
	Anno 2018	2	97,2	481	1.000	386	489.780	
Totale Dipartimento ISMEP G. Di Cristina di Chirurgia	Anno 2019	2	89,7	436	892	344	456.982	-32.798
	Anno 2018	2	97,2	481	1.000	386	489.780	

c) Attività Ambulatoriale

L'Azienda eroga prestazioni ambulatoriali in favore di pazienti esterni (con ricetta SSR) e su richiesta del Pronto soccorso in favore di pazienti che hanno fatto ricorso a tale setting assistenziali. Relativamente a quest'ultima tipologia, le prestazioni erogate in favore di pazienti che, in seguito agli accertamenti effettuati, non vengono ricoverati, vengono rendicontate come file C.

Dipartimento Medicina

Unità Operativa Erogante	Periodo di analisi	Attività Ambulatoriale per Esterni		Attività Ambulatoriale per Pz provenienti PS (no ricoverati)		Delta Valore (2019-2018)
		N. Prestazioni	Valore	N. Prestazioni	Valore	
2402 - Malattie Infettive e Tropicali	Anno 2019	9.412	94.945	535	11.053	-7.610
	Anno 2018	10.203	101.729	575	11.879	
2601 - Medicina Generale	Anno 2019	1.586	31.446	9	186	-8.624
	Anno 2018	1.835	39.925	16	331	
2602 - Medicina Interna ad Indirizzo Geriatrico e Riabilitativo	Anno 2019	8.453	131.591			-4.546
	Anno 2018	8.955	136.137			
1202 - Piede Diabetico	Anno 2019	9.838	113.849			34.788
	Anno 2018	6.485	79.060			
5201 - Dermatologia	Anno 2019	3.883	50.552	41	847	1.891
	Anno 2018	3.554	48.186	64	1.322	
5602 - Recupero e Riabilitazione	Anno 2019	7.551	161.788			49.895
	Anno 2018	5.264	111.893			
5801 - Gastroenterologia	Anno 2019	8.573	403.828	147	7.681	49.275
	Anno 2018	6.922	354.351	161	7.883	
6801 - Pneumologia	Anno 2019	7.463	176.240	436	9.008	-512
	Anno 2018	6.969	174.521	544	11.239	
0101 - Allergologia	Anno 2019	10.846	236.485			-6.947
	Anno 2018	11.183	243.432			
6802 - UTIR	Anno 2019	731	11.466	17	351	-3.186
	Anno 2018	958	14.631	18	372	
Totale Dipartimento Medicina	Anno 2019	68.336	1.412.190	1.185	29.126	104.425
	Anno 2018	62.328	1.303.865	1.378	33.026	



Dipartimento Chirurgia

Unità Operativa Erogante	Periodo di analisi	Attività Ambulatoriale per Esterni		Attività Ambulatoriale per Pz provenienti PS (no ricoverati)		Delta Valore (2019 2018)
		N. Prestazioni	Valore	N. Prestazioni	Valore	
1001- Chirurgia Maxillo Facciale	Anno 2019	2.806	47.533	472	9.752	2.705
	Anno 2018	2.698	45.137	457	9.442	
1201 - Chirurgia Plastica	Anno 2019	7.466	101.669	5.426	112.101	-17.716
	Anno 2018	8.886	112.361	5.766	119.126	
4701 - Grandi Ustioni	Anno 2019	495	5.569			-2.795
	Anno 2018	701	8.364			
1401 - Chirurgia Vascolare	Anno 2019	3.493	114.859	642	13.264	-12.199
	Anno 2018	3.884	126.872	651	13.450	
3001 - Neurochirurgia	Anno 2019	1.172	20.247	1.196	24.709	-2.408
	Anno 2018	935	15.300	1.552	32.064	
3401 - Oculistica	Anno 2019	1.761	31.911	16.233	335.374	-17.714
	Anno 2018	1.763	30.411	17.163	354.588	
3801 - Otorinolaringoiatria	Anno 2019	10.171	167.771	7.669	158.442	28.556
	Anno 2018	8.420	141.191	7.573	156.465	
4802 - Nefrologia con Trapianto	Anno 2019	33.280	1.975.372	382	8.305	-126.316
	Anno 2018	35.156	2.101.792	376	8.202	
Totale Dipartimento Chirurgia	Anno 2019	60.644	2.464.930	32.020	661.946	-147.887
	Anno 2018	62.443	2.581.428	33.538	693.335	



Dipartimento Emergenza

Unità Operativa Erogante	Periodo di analisi	Attività Ambulatoriale per Esterni		Attività Ambulatoriale per Pz provenienti PS (no ricoverati)		Delta Valore (2019-2018)
		N. Prestazioni	Valore	N. Prestazioni	Valore	
0801 - Cardiologia	Anno 2019	10.206	248.155	4.139	79.515	1.120
	Anno 2018	9.335	237.443	4.869	89.107	
0901 - Chirurgia Generale e d'urgenza	Anno 2019	1.282	12.861	978	20.205	2.997
	Anno 2018	881	10.195	962	19.875	
3201 - Neurologia con Stroke	Anno 2019	1.161	18.956	3.844	79.417	-6.300
	Anno 2018	1.008	16.000	4.292	88.673	
3202 - Neurofisiopatologia	Anno 2019	2.039	79.929	951	22.101	25.509
	Anno 2018	2.343	57.117	835	19.405	
3601 - Ortopedia e Traumatologia	Anno 2019	4.885	72.630	5.456	112.721	1.777
	Anno 2018	5.024	75.894	5.212	107.680	
3701 - Ostetricia e Ginecologia	Anno 2019	9.595	225.207	564	7.732	-6.537
	Anno 2018	9.866	229.976	698	9.501	
6202 - Neonatologia	Anno 2019	1.007	23.682	246	5.082	-7.665
	Anno 2018	1.360	31.596	234	4.834	
3101 - Nido	Anno 2019	1	21			-110
	Anno 2018	4	130			
4901 - Anestesia e Rian. con Neuroranimazione	Anno 2019			28	578	-124
	Anno 2018			34	702	
4902 - Anestesia e Rian. con Trauma Center	Anno 2019	3	39	153	3.161	-348
	Anno 2018	2	57	169	3.492	
6901 - Radiologia in area critica	Anno 2019	12.051	668.200	39.545	1.659.537	-100.921
	Anno 2018	12.978	719.160	41.521	1.709.498	
Centrale Operativa 118 - (4909 - Camera Iperbarica)	Anno 2019	1.497	110.024			15.942
	Anno 2018	1.276	94.082			
Totale Dipartimento Emergenza	Anno 2019	43.727	1.459.704	55.904	1.990.051	-74.661
	Anno 2018	44.077	1.471.649	58.826	2.052.767	



Dipartimento Centro Oncologico Maurizio Ascoli

Unità Operativa Erogante	Periodo di analisi	Attività Ambulatoriale per Esterni		Attività Ambulatoriale per Pz provenienti PS (no ricoverati)		Delta Valore (2019-2018)
		N. Prestazioni	Valore	N. Prestazioni	Valore	
0908 - Chirurgia Generale Oncologica	Anno 2019	474	8.837	14	289	-1.846
	Anno 2018	559	10.745	11	227	
0909 - Breast unit	Anno 2019	3.072	34.731			-837
	Anno 2018	2.906	35.568			
1301 - Chirurgia Toracica	Anno 2019	1.519	34.247	165	3.409	1.620
	Anno 2018	1.371	32.648	164	3.388	
3702 - Ginecologia Oncologica	Anno 2019	774	13.357			8.552
	Anno 2018	246	4.805			
4301 - Urologia	Anno 2019	4.820	152.434	1.699	35.101	6.623
	Anno 2018	4.441	143.250	1.823	37.663	
6101 - Medicina Nucleare	Anno 2019	4.107	223.293			-20.714
	Anno 2018	4.545	244.007			
6406 - Oncologia	Anno 2019	13.026	231.945	171	3.533	-13.357
	Anno 2018	14.371	245.116	180	3.719	
6602 - Oncoematologia con Trapianto Autologo	Anno 2019	2.886	49.434	51	1.054	6.874
	Anno 2018	2.743	42.518	53	1.095	
6804 - Endoscopia Bronchiale	Anno 2019	1.393	104.093	29	2.580	-817
	Anno 2018	1.428	105.891	19	1.598	
7001 - Radioterapia	Anno 2019	30.549	2.468.303	5	733	-319.654
	Anno 2018	35.611	2.788.691			
4910 - Terapia del dolore	Anno 2019	12.067	318.065			64.560
	Anno 2018	7.997	253.505			
9900 - Hospice	Anno 2019	4	79	9	186	-4
	Anno 2018			13	269	
Totale Dipartimento Centro Oncologico Maurizio Ascoli	Anno 2019	74.691	3.638.818	2.143	46.885	-269.000
	Anno 2018	76.218	3.906.743	2.263	47.959	

Dipartimento Diagnostica Avanzata

Unità Operativa Erogante	Periodo di analisi	Attività Ambulatoriale per Esterni		Attività Ambulatoriale per Pz provenienti PS (no ricoverati)		Delta Valore (2019-2018)
		N. Prestazioni	Valore	N. Prestazioni	Valore	
6404 - Lab.Specialistico di Oncologia	Anno 2019	5.506	137.143	19	284	-42.495
	Anno 2018	6.369	179.419	13	504	
6904 - Neuroradiologia	Anno 2019	760	74.390	1.722	157.610	-71.665
	Anno 2018	1.365	156.633	1.596	147.032	
9801 - Patologia Clinica Civico	Anno 2019	257.741	988.422	299.655	758.403	14.851
	Anno 2018	262.735	1.009.179	284.322	722.794	
9802 - Microbiologia e Virologia	Anno 2019	33.667	915.079	1.534	18.685	-81.215
	Anno 2018	35.358	1.014.980			
1801 - Medicina Trasfusionale ed Immunoematologia	Anno 2019	252	53.361			14.034
	Anno 2018	240	39.327			
0302 - Anatomia Patologica	Anno 2019	9.780	455.032			79.078
	Anno 2018	8.006	375.955			
Totale Dipartimento Diagnostica Avanzata	Anno 2019	307.706	2.623.429	302.930	934.982	-87.412
	Anno 2018	314.073	2.775.493	285.931	870.330	

Dipartimento Servizi

Unità Operativa Erogante	Periodo di analisi	Attività Ambulatoriale per Esterni		Attività Ambulatoriale per Pz provenienti PS (no ricoverati)		Delta Valore (2019-2018)
		N. Prestazioni	Valore	N. Prestazioni	Valore	
1901 - Dietologia	Anno 2019	964	13.693			3.217
	Anno 2018	734	10.476			
3302 - Psicologia Clinica	Anno 2019	602	11.401			-426
	Anno 2018	621	11.827			
Totale Dipartimento Servizi	Anno 2019	1.566	25.093			2.791
	Anno 2018	1.355	22.302			

Dipartimento ISMEP G. Di Cristina dei Servizi e della Diagnostica Avanzata

Unità Operativa Erogante	Periodo di analisi	Attività Ambulatoriale per Esterni		Attività Ambulatoriale per Pz provenienti PS (no ricoverati)		Delta Valore (2019-2018)
		N. Prestazioni	Valore	N. Prestazioni	Valore	
6902 - Radiologia Pediatrica	Anno 2019	4.062	161.068	7.829	307.045	58.447
	Anno 2018	2.910	114.750	7.340	294.916	
9803 - Patologia Clinica Di Cristina	Anno 2019	71.917	947.852	24.653	41.801	251.226
	Anno 2018	70.145	687.740	29.771	50.688	
9805 - Genetica Molecolare	Anno 2019	5.818	473.290			-94.502
	Anno 2018	6.840	567.792			
Totale Dipartimento ISMEP G. Di Cristina dei Servizi e della Diagnostica Avanzata	Anno 2019	81.797	1.582.209	32.482	348.846	215.170
	Anno 2018	79.895	1.370.281	37.111	345.604	

Dipartimento ISMEP G. Di Cristina di Medicina

Unità Operativa Erogante	Periodo di analisi	Attività Ambulatoriale per Esterni		Attività Ambulatoriale per Pz provenienti PS (no ricoverati)		Delta Valore (2019-2018)
		N. Prestazioni	Valore	N. Prestazioni	Valore	
0802 - Cardiologia Pediatrica	Anno 2019	12.004	328.046	3.315	79.162	88.982
	Anno 2018	8.447	234.114	3.403	84.113	
2401 - Pediatria ad Indirizzo infettivologico	Anno 2019	546	8.662	606	12.520	5.031
	Anno 2018	439	6.544	465	9.607	
3301 - Neuropsichiatria Infantile	Anno 2019	2.146	43.087	2.593	54.823	-10.774
	Anno 2018	2.191	51.070	2.705	57.614	
3901 - Pediatria ad Indirizzo gastroenterologico	Anno 2019	1.099	19.323	11	227	8.226
	Anno 2018	629	11.056	13	269	
3902 - Pediatria ad Ind. pneumologico e allerg.	Anno 2019	4.999	94.113	24	496	13.488
	Anno 2018	4.170	80.542	28	578	
3904 - Pediatria Generale	Anno 2019	2.457	37.874	8	165	1.280
	Anno 2018	2.476	36.512	12	248	
6502 - Oncoemat. Pediatrica	Anno 2019	2.707	34.395			3.549
	Anno 2018	2.570	30.846			
7701 - Pediatria ad Indirizzo Nefrologico e dialisi	Anno 2019	3.369	103.698	545	11.260	-28.656
	Anno 2018	3.443	135.164	409	8.450	
1804 - Ematologia con talassemia	Anno 2019	821	13.771	84	1.678	-1.433
	Anno 2018	770	14.705	110	2.176	
Totale Dipartimento ISMEP G. Di Cristina di Medicina	Anno 2019	30.148	682.970	7.186	160.331	79.693
	Anno 2018	25.135	600.553	7.145	163.055	

Dipartimento ISMEP G. Di Cristina di Chirurgia

Unità Operativa Erogante	Periodo di analisi	Attività Ambulatoriale per Esterni		Attività Ambulatoriale per Pz provenienti PS (no ricoverati)		Delta Valore (2019-2018)
		N. Prestazioni	Valore	N. Prestazioni	Valore	
1101 - Chirurgia Pediatrica	Anno 2019	3.592	71.476	2.411	49.811	19.422
	Anno 2018	2.761	49.574	2.531	52.290	
4903 - Anestesia e Rian. Ped. con Trauma Center	Anno 2019	30	377	17	351	-1.159
	Anno 2018	85	1.433	22	455	
Totale Dipartimento ISMEP G. Di Cristina di Chirurgia	Anno 2019	3.622	71.853	2.428	50.162	18.263
	Anno 2018	2.846	51.007	2.553	52.745	

Il **regime di Day Service**, afferente al setting assistenziale di tipo ambulatoriale, consente di erogare prestazioni o pacchetti di prestazioni, anche complesse, che non necessitino di regime di ricovero e/o assistenza notturna.

Dipartimento Medicina

Unità Operativa Erogante	Periodo di analisi	N. PAC avviati	N. PAC erogati	N. Accessi	Valore	Delta Valore (2019-2018)
2402 - Malattie Infettive e Tropicali	Anno 2019	17	17	68	3.138	2.081
	Anno 2018	6	6	8	1.057	
2601 - Medicina Generale	Anno 2019	140	130	470	34.650	-2.234
	Anno 2018	176	180	661	36.884	
2602 - Medicina Interna ad Indirizzo Geriatrico e Riabilitativo	Anno 2019	212	217	770	63.270	-29.976
	Anno 2018	287	287	982	93.246	
5201 - Dermatologia	Anno 2019	107	107	217	14.800	-17.708
	Anno 2018	252	252	602	32.508	
5801 - Gastroenterologia	Anno 2019	98	97	283	19.250	3.166
	Anno 2018	86	89	244	16.085	
0101 - Allergologia	Anno 2019	122	122	340	14.719	6.877
	Anno 2018	65	65	148	7.842	
Totale Dipartimento Medicina	Anno 2019	696	690	2.148	149.828	-37.794
	Anno 2018	872	879	2.645	187.622	

Dipartimento Chirurgia

Unità Operativa Erogante	Periodo di analisi	N. PAC avviati	N. PAC erogati	N. Accessi	Valore	Delta Valore (2019-2018)
1001- Chirurgia Maxillo Facciale	Anno 2019	63	63	184	55.741	-44.620
	Anno 2018	103	97	281	100.361	
1201 - Chirurgia Plastica	Anno 2019	527	528	1.319	169.802	-24.766
	Anno 2018	617	615	1.871	194.568	
1401 - Chirurgia Vascolare	Anno 2019	76	77	150	95.527	44.688
	Anno 2018	40	47	89	50.839	
3001 - Neurochirurgia	Anno 2019	1				0
	Anno 2018					
3401 - Oculistica	Anno 2019	811	740	3.316	569.890	24.960
	Anno 2018	940	910	3.755	544.930	
3801 - Otorinolaringoiatria	Anno 2019	538	547	1.526	265.053	3.016
	Anno 2018	481	471	1.250	262.037	
Totale Dipartimento Chirurgia	Anno 2019	2.016	1.955	6.495	1.156.013	3.278
	Anno 2018	2.181	2.140	7.246	1.152.735	



Dipartimento Centro Oncologico Maurizio Ascoli

Unità Operativa Erogante	Periodo di analisi	N. PAC avviati	N. PAC erogati	N. Accessi	Valore	Delta Valore (2019-2018)
0908 - Chirurgia Generale Oncologica	Anno 2019	16	11	17	7.051	7.051
	Anno 2018	6				
0909 - Breast unit	Anno 2019	153	153	234	139.688	24.485
	Anno 2018	125	125	152	115.203	
1301 - Chirurgia Toracica	Anno 2019	64	66	122	59.593	-33.796
	Anno 2018	116	109	109	93.388	
4301 - Urologia	Anno 2019	248	248	1.898	281.629	-19.372
	Anno 2018	251	251	2.068	301.001	
6406 - Oncologia	Anno 2019	842	837	6.343	953.818	-63.966
	Anno 2018	910	889	6.800	1.017.784	
6602 - Oncoematologia con Trapianto Autologo	Anno 2019	89	89	781	114.870	-47.531
	Anno 2018	92	92	1.114	162.401	
9900 - Hospice	Anno 2019	9	5	5	603	603
	Anno 2018					
Totale Dipartimento Centro Oncologico Maurizio Ascoli	Anno 2019	1.421	1.409	9.400	1.557.253	-132.525
	Anno 2018	1.500	1.466	10.243	1.689.778	

Dipartimento Emergenza

Unità Operativa Erogante	Periodo di analisi	N. PAC avviati	N. PAC erogati	N. Accessi	Valore	Delta Valore (2019-2018)
0801 - Cardiologia	Anno 2019	75	71	1.020	12.542	-1.269
	Anno 2018	78	78	1.095	13.810	
0901 - Chirurgia Generale e d'urgenza	Anno 2019	1	1	1	215	-6.444
	Anno 2018	12	12	12	6.660	
3201 - Neurologia con Stroke	Anno 2019	64	65	255	12.090	1.964
	Anno 2018	57	56	217	10.126	
3601 - Ortopedia e Traumatologia	Anno 2019	119	118	160	95.325	-1.917
	Anno 2018	129	129	176	97.242	
3701 - Ostetricia e Ginecologia	Anno 2019	1	1	1	120	-1.124
	Anno 2018	1	1	1	1.244	
4901 - Anestesia e Rian. con Neuroranimazione	Anno 2019	9	9	11	6.519	1.290
	Anno 2018	4	4	5	5.230	
6202 - Neonatologia	Anno 2019	1	1	1	197	197
	Anno 2018					
Totale Dipartimento Emergenza	Anno 2019	270	266	1.449	127.008	-7.304
	Anno 2018	281	280	1.506	134.312	

Dipartimento ISMEP G. Di Cristina di Medicina

Unità Operativa Erogante	Periodo di analisi	N. PAC avviati	N. PAC erogati	N. Accessi	Valore	Delta Valore (2019-2018)
0802 - Cardiologia Pediatrica	Anno 2019	259	273	613	50.094	-2.098
	Anno 2018	264	278	653	52.192	
2401 - Pediatria ad Indirizzo infettivologico	Anno 2019	87	87	299	20.007	-2.103
	Anno 2018	105	114	445	22.110	
3301 - Neuropsichiatria Infantile	Anno 2019	203	214	733	36.887	3.107
	Anno 2018	182	187	653	33.780	
3901 - Pediatria ad Indirizzo gastroenterologico	Anno 2019	75	75	185	10.727	72
	Anno 2018	67	71	175	10.655	
3902 - Pediatria ad Ind. pneumologico e allerg.	Anno 2019	126	130	292	21.454	-539
	Anno 2018	130	130	283	21.992	
3904 - Pediatria Generale	Anno 2019	1.553	1.568	3.182	260.268	35.768
	Anno 2018	1.499	1.381	2.350	224.501	
6502 - Oncoemat. Pediatrica	Anno 2019	69	69	614	25.101	2.702
	Anno 2018	66	66	561	22.399	
7701 - Pediatria ad Indirizzo Nefrologico e dialisi	Anno 2019	310	310	448	59.930	275
	Anno 2018	313	317	444	59.655	
1804 - Ematologia con talassemia	Anno 2019	61	74	289	14.894	874
	Anno 2018	83	68	233	14.020	
Totale Dipartimento ISMEP G. Di Cristina di Medicina	Anno 2019	2.743	2.800	6.655	499.361	38.057
	Anno 2018	2.709	2.612	5.797	461.304	

Dipartimento ISMEP G. Di Cristina di Chirurgia

Unità Operativa Erogante	Periodo di analisi	N. PAC avviati	N. PAC erogati	N. Accessi	Valore	Delta Valore (2019-2018)
1101 - Chirurgia Pediatrica	Anno 2019	206	196	392	78.107	-391
	Anno 2018	188	180	360	78.498	
Totale Dipartimento ISMEP G. Di Cristina di Chirurgia	Anno 2019	206	196	392	78.107	-391
	Anno 2018	188	180	360	78.498	



d) Attività di Pronto Soccorso

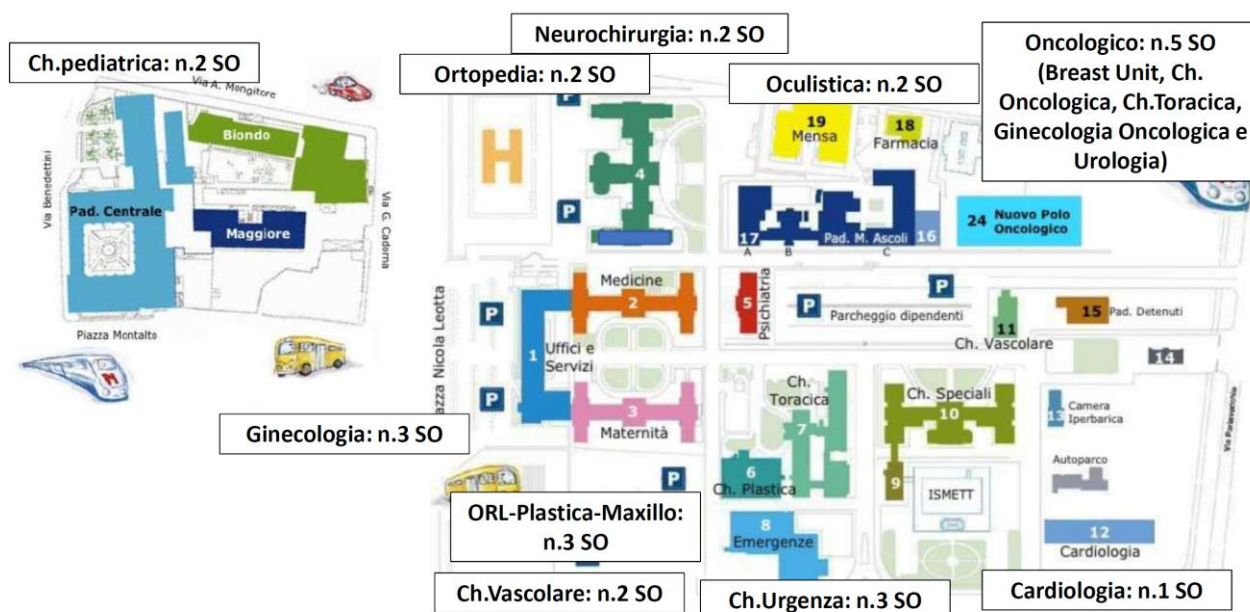
Fenomeno di assoluta importanza sotto il profilo sociale ed economico è quello relativo alla gestione del paziente in Pronto Soccorso, fenomeno che riguarda i pazienti adulti (PS Civico e PS Ostetrico-Ginecologico) e quelli pediatrici (PS G. Di Cristina). La complessità di tale gestione è in parte dovuta all'elevatissimo numero di accessi, dovuto alla debolezza delle strutture territoriali, alla tendenza alla centralizzazione del paziente complesso, così come previsto dalle reti dell'emergenza e cliniche (politrauma, IMA, stroke, ecc.), all'assistenza erogata in emergenza in favore di pazienti già in carico di strutture private accreditate (Case di Cura accreditate e centri Dialisi).

N. Accessi per cod.Triage - 2019 vs 2018

cod. Triage	Anno 2019			Anno 2018		
	PS Civico	PS Di Cristina	PS Ostetrico Ginecologico	PS Civico	PS Di Cristina	PS Ostetrico Ginecologico
Bianco	14.451	187	716	16.433	259	600
Verde	38.913	23.548	4.666	39.355	23.476	4.435
Giallo	17.364	9.959	3.731	18.300	9.177	3.885
Rosso	2.653	270	39	2.416	261	55
X	1.775			1.931		
Nero	1			7	2	
Totale accessi	75.157	33.964	9.152	78.442	33.175	8.975

Il Complesso Operatorio

L'ARNAS Civico G. Di Cristina Benfratelli comprende 25 sale Operatorie distribuite in 10 Complessi Operatori coordinate dalla UOS "Coordinamento Sale Operatorie" nell'ambito dello Staff della Direzione Strategica.



La situazione finanziaria

L'Azienda elabora i propri bilanci in osservanza delle disposizioni contenute nel codice civile, titolo V, capo V sezione IX e della specifica normativa nazionale e regionale emanata per il settore sanitario pubblico.

Il risultato della gestione dell'esercizio 2019, approvato dall'Organo Tutorio della Regione, si è concluso con un utile di esercizio pari a € 56.285.

3.2. Mandato Istituzionale e Missione

La Missione dell'Azienda è quella di soddisfare i bisogni e le aspettative di salute di ogni cittadino, assicurando in qualsiasi circostanza, la cura più adeguata, senza alcuna discriminazione di sesso, età, razza, nazionalità, religione, condizione sociale.

Oltre che struttura di riferimento regionale e di rilievo nazionale per l'alta specializzazione, l'Azienda svolge in particolare il ruolo di ospedale generale per la Città Metropolitana di Palermo, e di ospedale pediatrico regionale.

La visione strategica dell'Azienda è orientata al costante miglioramento organizzativo, logistico, strutturale e infrastrutturale, teso a garantire appropriatezza, tempestività, efficacia e qualità dei servizi, in condizioni di sicurezza e nel rispetto della persona, attraverso una gestione efficiente delle risorse.

In armonia con le indicazioni regionali e nel rispetto della classificazione tipologica dell'Azienda l'indirizzo strategico guarda ad un sempre maggiore accoglimento di patologie ad alta complessità, all'ampliamento del bacino di utenza e al consolidamento del ruolo di riferimento nei percorsi assistenziali in rete oltre che alla collaborazione e integrazione operativa con altri istituti, limitrofi e no.

Per quanto sopra e al fine di meglio definire il proprio ruolo nel contesto locale e nazionale l'Azienda promuove, nel rispetto della propria missione istituzionale, il potenziamento e lo sviluppo delle aree di eccellenza clinica, anche al fine di interpretare pienamente il ruolo di realtà ospedaliera di alta specialità a rilievo regionale e nazionale. A tal fine:

- a) adegua la struttura dell'offerta assistenziale alla programmazione regionale;
- b) sviluppa percorsi assistenziali integrati tra ospedale e territorio;
- c) promuove le aree di eccellenza clinica rivolte anche all'utenza extra bacino;
- d) promuove l'innovazione assistenziale e l'appropriatezza clinica ed organizzativa.

La peculiarità dell'Ospedale Civico, Di Cristina, Benfratelli, come azienda sanitaria di rilievo nazionale, consiste nella disponibilità al proprio interno di tutte le specialità cliniche per il trattamento delle patologie in fase acuta, a qualunque età, e pertanto riconosce come caratteristica prioritaria di indirizzo nel proprio funzionamento la massima integrazione delle competenze e tecnologie esistenti.

L'Azienda, pertanto, si configura come parte di un sistema integrato, in rete, di servizi, professionisti sanitari e livelli di assistenza che compongono in un continuum l'offerta sanitaria regionale.

Obiettivo dell'Azienda è concorrere al benessere ed alla tutela della persona, pertanto tutte le funzioni ed i livelli di responsabilità nell'organizzazione sono regolati in una prospettiva di servizio e fondati

sul principio della corresponsabilità nel conseguimento di un beneficio per l'utente come risultato delle attività.

Prerogativa fondamentale dell'Azienda per assolvere alla propria missione, è l'alta professionalità degli operatori. Per questo si caratterizza anche come luogo di sviluppo di cultura sanitaria, di ricerca intellettuale, di aggiornamento professionale e formazione continua.

La crescita e lo sviluppo dell'Azienda dipendono dalla massima espressione di tutte le risorse disponibili, opportunamente e appropriatamente impiegate, con un'apertura all'evoluzione del sistema. In questo senso, accanto all'aggiornamento tecnologico e organizzativo, l'attenzione è rivolta prioritariamente alla valorizzazione della risorsa umana, offrendo a tutto il personale le necessarie condizioni di sviluppare al meglio le proprie potenzialità e competenze.

Il complesso delle azioni svolte dall'Azienda, sulla base delle risorse a disposizione, nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione regionale e dai rapporti di collaborazione instaurati con le altre aziende sanitarie, è pertanto finalizzato a:

- consolidare e potenziare le aree che caratterizzano l'Azienda come struttura di alta specialità incrementando, nel rispetto dei principi di appropriatezza, il "case mix";
- rafforzare il ruolo di riferimento svolto dall'Azienda nella risposta all'emergenza-urgenza in ambito provinciale e regionale;
- assicurare la risposta quali-quantitativa alla domanda di salute del bacino locale di riferimento per le aree di intervento di base valorizzando la vocazione per acuti dell'Azienda;
- favorire lo sviluppo dei necessari processi di integrazione, al proprio interno e nei rapporti con le altre strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, volti ad assicurare ai pazienti la continuità assistenziale.

L'Azienda intende quindi realizzare la sua *vision* attraverso:

- l'organizzazione ospedaliera strutturata intorno al bisogno del paziente adottando un sistema basato su intensità e natura della cura con aree integrate offrendo alla persona un percorso assistenziale completo e interdisciplinare;
- la realizzazione di un modello di sviluppo continuo delle professionalità in considerazione del fatto che il patrimonio professionale aziendale è da considerare la leva fondamentale per poter perseguire le sue finalità assistenziali ed assicurarsi la possibilità di mantenere e migliorare nel tempo il posizionamento già conseguito;
- l'adozione di un modello organizzativo dipartimentale che garantisca il mantenimento delle logiche e degli strumenti del miglioramento continuo dei risultati sia sul fronte clinico assistenziale che su quello dell'efficienza gestionale;
- la ricerca di nuove soluzioni organizzative basate sui principi della flessibilità e dell'economicità, anche agendo nel ridisegno complessivo della struttura organizzativa e del sistema delle responsabilità;
- la tendenza ad assicurare i più elevati standard qualitativi per il soddisfacimento delle esigenze dei pazienti e dei loro familiari sotto i profili della competenza tecnico professionale, della cortesia e della disponibilità del personale oltre che della rapidità nella gestione della pratica amministrativa e del comfort alberghiero;
- la possibilità di realizzare o partecipare a programmi di ricerca finalizzati alla sperimentazione ed applicazione delle pratiche ospedaliere e delle evidenze scientifiche migliori e più avanzate.

Il Piano di efficientamento

Con Decreto dell'Assessorato della Salute n° 786/2019, la Regione ha individuato l'Azienda A.R.N.A.S. Civico G. Di Cristina Benfratelli di Palermo quale Azienda da sottoporre ai Piani di cui all'art.1, comma 528 della L. 28 dicembre 2015 n.208 e successivo D.M. 21 giugno 2016, in quanto per la stessa si rilevano le condizioni riportate alla lettera b) del comma 524 del su citato art. 1.

In particolare sulla base dei dati del CE del 4° trimestre 2018 (cd pre-Consuntivo), l'Azienda, a fronte di un risultato economico di periodo che evidenziava una perdita di € mgl 61.009 determinato al netto del contributo di sostegno Negoziato con la Regione, applicando i razionali di calcolo adottati dall'Allegato Tecnico al DM 21/06/2016 evidenziava uno scostamento assoluto (S) pari a €.mgl 58.035 ml e uno scostamento percentuale (S%) pari al 23,48%.

In applicazione a quanto disposto dal citato Decreto n°786/2019, l'Azienda, conseguentemente, ha predisposto un piano di azioni di efficientamento in base al quale, a fine del triennio 2019/2021, sia possibile ricondurre il dato di scostamento percentuale (S%) determinato in applicazione al razionale di calcolo previsto dal citato Allegato Tecnico al DM 21/06/2016 al valore obiettivo del 15% per l'anno 2021, assicurando al contempo che tale indice di scostamento percentuale (S%) assuma per gli anni 2019 e 2020 valori non superiori rispettivamente al 22% e 19%.

COD STR	Azienda	da fonte dati : CE IV Trim anno 2018 (anno T ₀ del triennio T ₁ , T ₂ e T ₃)			Target di Scostamento (%) dei Piani de		
		Scostamento Assoluto €. Mgl	Scostamento %	Risultato CE IV Trimestre 2018	scost (%) Target dopo 1*(T ₁) anno del triennio 2019/2021	scost(%) Target dopo 2* (T ₂) anno del triennio 2019/2021	scost(%) Target dopo 3*(T ₃) anno del triennio 2019/2021
190927	Azienda ARNAS Civico, Di Cristina e Benfratelli di Palermo	58.035	23,48%	-61.009	22,00%	19,00%	15,00%

Tabella estratta dal D.A. n°786 del 02/05/2019.

L'ARNAS Civico, Di Cristina, Benfratelli ha trasmesso all'Assessorato Regionale alla Sanità il suo Piano di Efficientamento con prot. n. 9353 del 02/08/2019.

Il Piano, elaborato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, individuava gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi aziendali e definiva gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle singole azioni. Queste ultime, coerentemente con le linee guida di riferimento di cui al citato Decreto del Ministro per la Salute 21 giugno 2016 e con quanto disposto all'art.1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, possono essere ricondotte ad azioni finalizzate a perseguire:

- efficiente utilizzo delle risorse disponibili;
- corretto dimensionamento delle unità operative;
- ottimizzazione della tipologia e della quantità di prestazioni erogate;
- appropriatezza ed efficienza nell'erogazione dell'assistenza;

con il fine ultimo dell'efficientamento dei processi produttivi che consenta di riequilibrare il rapporto costi-ricavi.

Il piano di efficientamento veniva, inoltre, predisposto tenendo in considerazione degli obiettivi regionali assegnati nel triennio 2019-2021, nonché gli obiettivi individuati autonomamente dall'Azienda nel

medesimo periodo di riferimento e funzionali al conseguimento della “mission” e del proprio mandato istituzionale.

Il progetto del piano di efficientamento veniva disegnato attraverso quattro fasi:

1. analisi della situazione economico-gestionale dell’azienda negli ultimi tre anni, anche alla luce dei cambiamenti intervenuti, anche normativi, caratterizzanti il contesto di riferimento, al fine di comprendere le cause sia interne che esterne alla gestione che abbiano portato l’azienda nella situazione attuale;
2. definizione della strategia da perseguire nei successivi anni, individuando obiettivi, interventi e azioni compatibili con le caratteristiche dell’azienda e in coerenza con il ruolo nella rete dell’offerta, perseguendo altresì il riequilibrio economico finanziario dell’azienda e la tutela nell’erogazione dei LEA;
3. predisposizione del Conto Economico tendenziale e programmatico;
4. definizione degli strumenti di monitoraggio, verifica ed analisi dell’attuazione del piano attraverso indicatori di tipo quantitativo e qualitativo.

3.3. L’Albero della performance

Con Decreto assessoriale n. 2487 del 18.12.2018 il Dott. Roberto Colletti è stato nominato Commissario Straordinario dell’Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione “Civico – Di Cristina – Benfratelli”.

Con D.P. n.195 /Serv.1°/S.G. del 04.04.2019 il Dott. Roberto Colletti è stato nominato Direttore Generale dell’A.R.N.A.S. Civico-Di Cristina-Benfratelli di Palermo.

Con Delibera n.2019/0332 del Direttore Generale, il Dott. Salvatore Requirez si è insediato nelle funzioni di Direttore Sanitario dell’ARNAS Civico G. Di Cristina Benfratelli di Palermo.

Con Delibera n.2019/0333 del Direttore Generale, il Dott. Francesco Paolo Tronca si è insediato nelle funzioni di Direttore Amministrativo dell’ARNAS Civico G. Di Cristina Benfratelli di Palermo.

Il vigente Atto Aziendale disciplina l’organizzazione ed il funzionamento dell’Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione “Civico - Di Cristina - Benfratelli” di Palermo ed è redatto ai sensi e per gli effetti dell’art. 3 - comma 1 bis - del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, secondo le linee guida di cui al Decreto dell’Assessorato della Salute della Regione Siciliana n. 1360 del 03.08.2015 e secondo le linee guida di cui al Decreto dell’Assessorato della Salute della Regione Siciliana n. 1675 del 31.07.2019.

L’attuale articolazione organizzativa dell’Azienda è quella derivante da Atto Aziendale approvato con deliberazione n.01 del 10 gennaio 2020.

L'Azienda adotta l'organizzazione dipartimentale come modello ordinario di gestione. La relativa struttura organizzativa si articola quindi in:

- Direzione Aziendale e Uffici di Staff;
- Dipartimenti Funzionali;
- Strutture Complesse;
- Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale;
- Strutture Semplici.

Le **Strutture organizzative** si distinguono in Complesse, Dipartimentali e Semplici, in relazione alla intensità assunta dalle variabili citate e all'ampiezza degli ambiti di autonomia e di responsabilità conferiti dall'Azienda.

Le Strutture "Complesse" e "Semplici a valenza Dipartimentale" costituiscono "Centri di Responsabilità" gestionali, ad esse sono attribuite responsabilità di beni strumentali, risorse umane e tecnologiche; il Direttore/Responsabile partecipa attivamente ai processi di Budget aziendali e alla definizione delle modalità di raggiungimento degli obiettivi.

Gli **Organi dell'Azienda** sono: la Direzione Aziendale – costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario – il Collegio di Direzione e il Collegio Sindacale (D.Lgs 502/92, articolo 3, comma 1-quater, e ss.mm.ii.).

Il **Direttore Generale** è il legale rappresentante dell'Azienda; è responsabile della gestione complessiva dell'Azienda ed è tenuto, pertanto, ad assicurarne il regolare funzionamento anche attraverso l'esercizio dei poteri di indirizzo e controllo. Esercita direttamente tutte le funzioni non attribuite, da disposizioni di legge o regolamenti attuativi, ad altri livelli direzionali o dirigenziali. Al Direttore Generale spettano in particolare:

- l'adozione dell'Atto Aziendale di cui all'art. 3 comma 1 bis del D.Lgs. 502/92 e sue successive modificazioni;
- l'adozione di tutti gli atti relativi ai piani strategici pluriennali ed ai piani programmatici annuali di attività;
- l'adozione di tutti gli atti riguardanti la definizione di obiettivi, priorità, piani, programmi e direttive generali per l'azione amministrativa e la gestione;
- l'adozione di tutti gli atti relativi alla programmazione economica, finanziaria e di bilancio, compresi quelli relativi alla gestione complessiva e per struttura definiti attraverso la metodologia della negoziazione per budget ai sensi dell'art. 5, comma 4 e segg. del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni nonché degli artt. 14 comma 1 e 20, comma 1 e 2, del D. Lgs. 165/2001;
- la programmazione triennale del fabbisogno di risorse e la programmazione annuale delle dinamiche complessive del personale;
- l'adozione della relazione sanitaria Aziendale annuale;
- l'individuazione delle risorse umane, materiali ed economico-finanziarie da destinare alle diverse finalità e la loro ripartizione tra le strutture complesse;
- l'adozione di tutti gli atti riguardanti l'acquisizione di beni e servizi per importi superiori alle quote eventualmente delegate;
- l'adozione di tutti gli atti riguardanti il trasferimento di personale presso altri enti e l'assunzione di personale;
- l'adozione di tutti gli atti aventi come oggetto la determinazione di tariffe, canoni e analoghi oneri a carico di terzi;
- la nomina dei componenti i Collegi Tecnici e dell'OIV.
- le nomine, designazioni, sospensioni, decadenze ed atti analoghi ad esso attribuiti da specifiche disposizioni;
- le decisioni e l'adozione dei relativi atti di indirizzo interpretativo ed applicativo in materia di norme nazionali e regionali;
- le decisioni in ordine al trasferimento e/o diversa dislocazione delle strutture nell'ambito dei singoli presidi dell'Azienda;
- le decisioni in materia di liti attive e passive, conciliazioni e transazioni;
- gli atti relativi al personale concernenti:
- la nomina dei Direttori di Dipartimento;
- la nomina dei dirigenti responsabili di struttura complessa, semplice e semplice a valenza dipartimentale;
- l'attribuzione e la definizione degli incarichi di collaborazione esterna;
- i provvedimenti di mobilità interna delle figure dirigenziali dell'Azienda;
- l'individuazione dell'ufficio competente per i procedimenti disciplinari;
- l'individuazione dei collaboratori posti alle sue dirette dipendenze;

- l'individuazione del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, del Medico Competente e del Medico Autorizzato;
- ogni altro atto concernente la scelta delle risorse umane;
- l'autorizzazione alla sottoscrizione o la sottoscrizione definitiva dei contratti collettivi integrativi.
- la nomina il Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario e la revoca dell'incarico agli stessi conferito ove concorrano le cause di risoluzione del rapporto di cui all'art. 3 bis comma 8 del D. Lgs. 502/92 come modificato dal D. Lgs. 229/99;
- la nomina e revoca i responsabili delle strutture organizzative - semplici e complesse - dell'Azienda secondo le procedure previste nel presente atto Aziendale e dalla normativa legale e contrattuale in materia;
- l'annullamento di ufficio e/o la revoca dei provvedimenti amministrativi illegittimi o inopportuni, nonché l'assunzione delle iniziative consentite dal Codice Civile.

Il **Collegio Sindacale** esercita il controllo interno di regolarità amministrativa e contabile rispettando, in quanto applicabili alla pubblica amministrazione, i principi della revisione Aziendale osservati dagli ordini e collegi professionali operanti nel settore. Esso, in particolare:

- vigila sull'osservanza della legge;
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- riferisce alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito;
- trasmette, con cadenza semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Azienda ospedaliera a Direttore Generale ed al Sindaco del Comune di Palermo.
- esercita le attività di vigilanza e controllo di cui alle precedenti lettere sui provvedimenti assunti dal Coordinatore Regionale del Centro Trapianti.

Il **Collegio di Direzione** (quale organo dell'azienda così come indicato nell'articolo 4, comma 3, del D.Lgs. 158/2012), concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria. Partecipa inoltre alla pianificazione delle attività di ricerca e didattica, all'individuazione di indicatori di risultato clinico e dei requisiti di appropriatezza e qualità, ed è consultato obbligatoriamente dal Direttore Generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche.

Il **Direttore Amministrativo** concorre alla direzione dell'Azienda, partecipando ai processi di pianificazione strategica e pianificazione annuale; coadiuva il Direttore Generale nella definizione e direzione del sistema di governo economico-finanziario ed amministrativo. Definisce gli orientamenti operativi e risponde dei risultati delle strutture assegnate al governo economico-finanziario aziendale, responsabili di tutti i processi di supporto alle linee operative, sviluppandone le competenze mediante la costante ricerca della qualità dei processi e della innovazione dei sistemi di gestione allo scopo di perseguire i migliori risultati in termini di efficienza ed appropriatezza organizzative nell'uso delle risorse. Egli, nell'ambito delle sue specifiche competenze, svolge le seguenti attribuzioni:

- a) partecipa con il Direttore sanitario ed unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda concorrendo, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni del Direttore Generale;
- b) dirige i servizi amministrativi dell'Azienda in conformità agli indirizzi generali di programmazione ed alle disposizioni del Direttore Generale nonché nel rispetto delle competenze attribuite o delegate agli altri livelli dirigenziali;
- c) coordina l'attività delle strutture rientranti nelle aree funzionali amministrativa, tecnica e professionale;
- d) formula proposte al Direttore Generale, per le parti di competenza, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività, nonché per la nomina dei responsabili delle strutture e delle posizioni organizzative nell'area amministrativa, tecnica e professionale;
- e) definisce i criteri generali per il funzionamento delle aree amministrativa, tecnica e professionale;
- f) verifica l'attività svolta dalle aree amministrativa, tecnica e professionale, predisponendo la relativa relazione per il Direttore Generale, nonché alla programmazione dell'attività di formazione ed aggiornamento per il personale operante nell'area amministrativa;
- g) collabora alla predisposizione della Relazione sanitaria annuale;

- h) esprime parere obbligatorio sugli atti relativi alle materie di competenza;
- i) svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto, dai regolamenti aziendali ovvero delegatagli dal Direttore Generale;
- k) di sua iniziativa o su indicazione del Direttore Generale può, in qualsiasi momento, avocare a sé la trattazione diretta di materie o specifiche problematiche che rivestano particolare rilevanza nel contesto delle competenze dell'area amministrativa, professionale e tecnica, adottando correlativamente tutti gli atti all'uopo necessari.

Il **Direttore Sanitario** concorre alla direzione dell'Azienda, partecipando ai processi di pianificazione strategica e pianificazione annuale. È responsabile del governo clinico complessivo aziendale, inteso come l'insieme delle attività il cui obiettivo è quello di assicurare la qualità delle prestazioni erogate, nonché il loro miglioramento. Nell'ambito di tali percorsi il Direttore Sanitario è responsabile sia della qualità e dell'efficienza tecnica ed operativa della produzione di prestazioni - che può essere esercitata anche con delega ai Direttori di presidio -, sia della distribuzione di servizi, attraverso l'integrazione dei singoli prodotti in servizi o in programmi di assistenza orientati al singolo ed alla collettività. Egli, nell'ambito delle sue specifiche competenze, ha le seguenti attribuzioni:

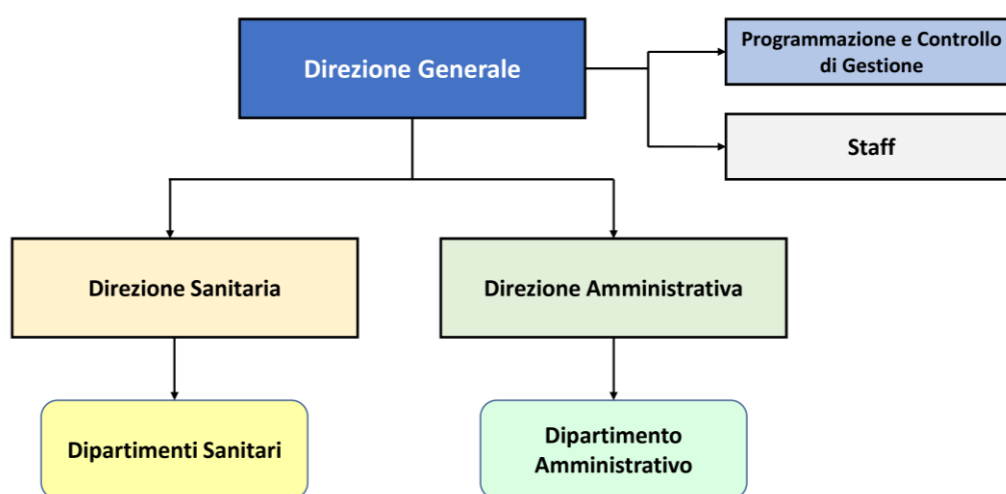
- a) coadiuva - unitamente al Direttore Amministrativo - il Direttore Generale nel governo dell'Azienda fornendogli pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza;
- b) dirige i servizi sanitari, ai fini tecnico-sanitari ed igienico-organizzativi, fatte salve le competenze, le responsabilità e le funzioni individuali dei singoli dirigenti previste dall'art. 17 del D. Lgs 165/2001, dall'art. 15 comma 6 del D.Lgs 229/1999 e dall'art.17 bis del D.Lgs 229/1999. A tal fine svolge, in posizione sovraordinata, attività di indirizzo, coordinamento, supporto e verifica nei confronti dei relativi responsabili, promuovendo l'integrazione dei servizi stessi; resta in capo ai titolari di struttura la responsabilità professionale e gestionale delle attività svolte nell'ambito delle unità operative a loro assegnate;
- c) identifica la domanda di assistenza sanitaria ed i bisogni di salute dell'utenza;
- d) coordina l'attività dei Dipartimenti sanitari;
- e) formula proposte al Direttore Generale, per le parti di competenza, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività, nonché per la nomina dei Direttori dei Dipartimenti e dei responsabili delle strutture organizzative professionali e funzionali di rilevanza sanitaria;
- f) predispone con la collaborazione del Direttore Amministrativo la relazione sanitaria Aziendale annuale e partecipa alla predisposizione della relazione di accompagnamento al bilancio preventivo e di esercizio;
- g) stabilisce le strategie e gli indirizzi per l'adozione di provvedimenti straordinari con carattere d'urgenza;
- h) verifica la qualità dei servizi sanitari, delle prestazioni erogate e del sistema informativo sanitario, pianifica l'allocazione delle risorse umane - avvalendosi a tal fine del servizio infermieristico - nonché l'allocazione delle risorse tecnologiche e strumentali all'interno dei servizi sanitari e nel rispetto della programmazione sanitaria Aziendale;
- i) definisce criteri organizzativi generali conseguenti agli obiettivi Aziendali fissati dal Direttore Generale;
- j) esprime parere obbligatorio sulle progettazioni edilizie dell'Azienda in merito agli aspetti igienico-sanitari e funzionali;
- k) coadiuva il Direttore Generale nella gestione dei rapporti con l'Università, contribuendo alla definizione dei relativi protocolli d'intesa, curando l'organizzazione dei corsi di specializzazione per quanto di competenza dell'Azienda, nonché promuovendo e coordinando le attività di ricerca sanitaria finalizzata;
- l) coadiuva il Direttore Generale nelle iniziative previste per la partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini, in particolare adottando le misure necessarie per rimuovere i disservizi;
- m) promuove l'attività di formazione, aggiornamento e riqualificazione del personale dei servizi sanitari al fine del perseguimento degli obiettivi Aziendali;
- n) svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto, dai regolamenti aziendali ovvero delegatagli dal Direttore Generale;
- o) fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza;
- p) presiede il Consiglio dei Sanitari ed il Comitato per il Buon uso del sangue;
- q) presiede il Comitato Aziendale Rischio Clinico.
- r) partecipa al Comitato Etico di riferimento territoriale ex D.A. 1360/2013 e D.M. Salute 8 febbraio 2013;
- s) fornisce pareri e proposte al Direttore Generale e al Direttore Amministrativo in ordine al miglioramento continuo dei processi di valutazione delle performance sanitarie e delle attività complessive (individuali e di struttura) delle unità operative dell'area sanitaria;
- t) è membro di diritto delle commissioni d'esame nei concorsi pubblici per il conferimento degli incarichi di dirigente di responsabile di struttura complessa nell'area sanitaria;
- u) di sua iniziativa o su indicazione del Direttore Generale può, in qualsiasi momento, avocare a sé la trattazione diretta di materie o specifiche problematiche che rivestano particolare rilevanza nel contesto delle competenze dell'area sanitaria, adottando correlativamente tutti gli atti all'uopo necessari.

Lo **Staff della Direzione Aziendale** contribuisce in modo determinante al processo di aziendalizzazione del SSN. Gli elementi che caratterizzano le funzioni di uno Staff della Direzione Aziendale sono l'orientamento ai risultati, la tendenza alla innovazione organizzativa e la flessibilità nei compiti svolti, nei processi, negli strumenti gestionali utilizzati e nei carichi di lavoro.

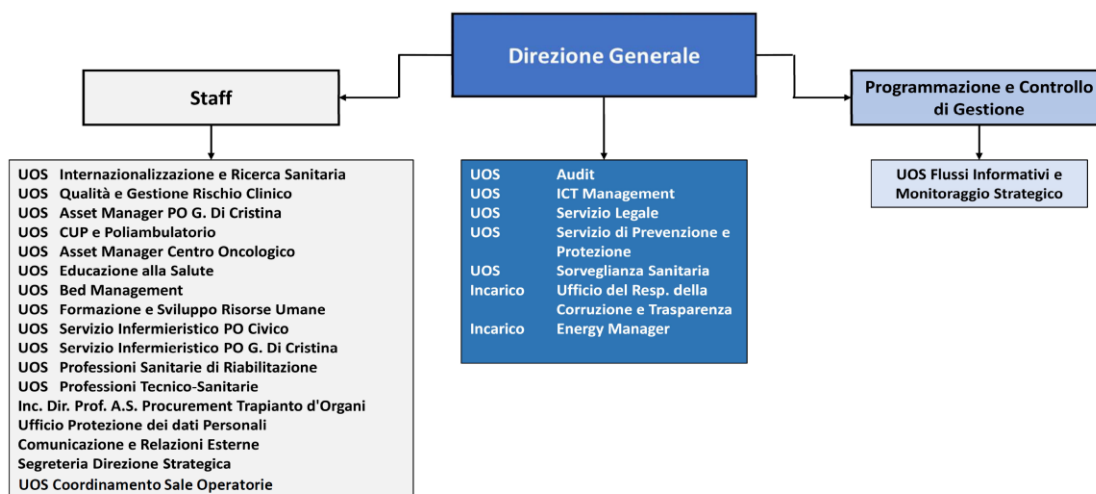
Il **Dipartimento** è un'organizzazione integrata di unità operative omogenee, affini o complementari, ciascuna con obiettivi specifici, ma che concorrono al perseguimento di comuni obiettivi. Esso, con il supporto di un sistema informativo adeguato alla valutazione della produttività e degli esiti in salute, rappresenta il modello organizzativo favorente l'introduzione e l'attuazione delle politiche di governo clinico quale approccio moderno e trasparente di gestione dei servizi professionali che rappresentano la principale risorsa dell'organizzazione. L'organizzazione dipartimentale appare la modalità organizzativa che meglio possa consentire di raggiungere i seguenti obiettivi:

- il miglioramento del coordinamento delle attività di assistenza, ricerca e formazione;
- la diffusione delle conoscenze e lo sviluppo delle competenze;
- la promozione della qualità dell'assistenza;
- la realizzazione di economie di scala e di gestione.

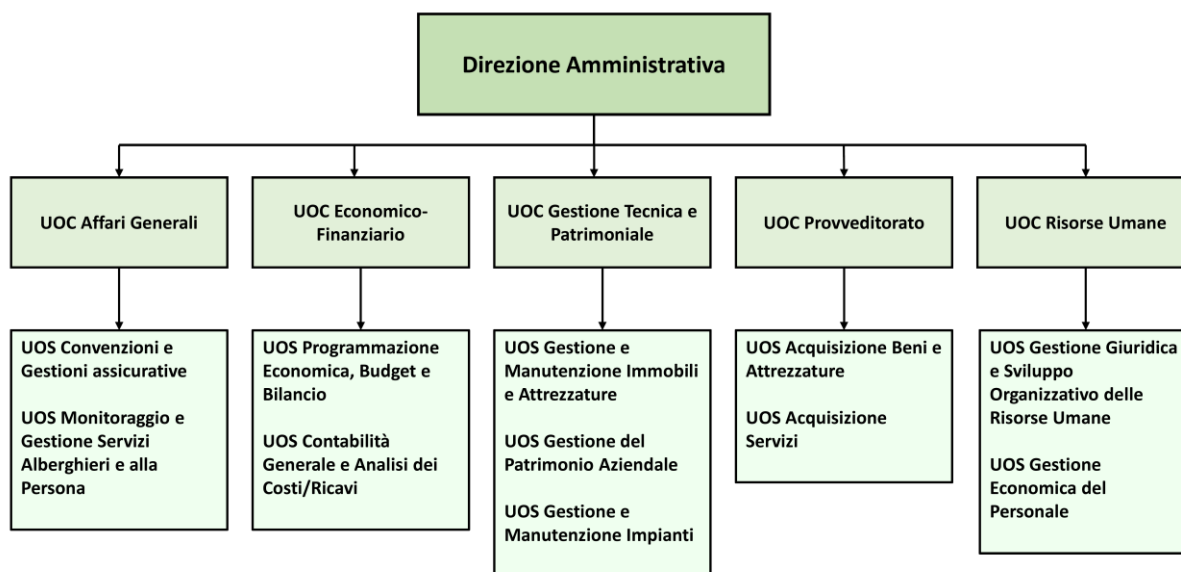
Organigramma Aziendale



Strutture alla Diretta Dipendenza della Direzione Strategica



Dipartimento Amministrativo



Dipartimenti Sanitari

Direzione Sanitaria			
Dipartimento di Emergenza Urgenza		Dipartimento Materno Infantile	
51	UOC M.C.A.U.	51	UOS Medicina d'Urgenza (sub intensiva)
09	UOC Chirurgia Generale e Urgenza	09	UOS Chirurgia in uremico e in trapianti di rene
36	UOC Ortopedia e Traumatologia	09	UOS Chirurgia a complessità intermedia
SX09	UOC Centrale Operativa 118	36	UOS Chirurgia protesica d'anca e di ginocchio
		SX09	UOS Formazione personale 118
		SX09	UOS Gestione flotte 118
49	UOC Anestesia e Rianimazione	49	UOS Neuroranimazione
		49	UOS Terapia Int. + Trauma Center
		49	UOS Terapia Int. Oncologia
		SX01	UOS Servizio di Anestesia
47	UOC Grandi Ustioni		
NR	UOSD Neuroradiologia Interventistica		
32	UOSD Stroke Unit		
68	UOSD UTIR		
Dipartimento di Oncologia		Dipartimento di Pediatria	
43	UOC Urologia	43	UOS Endoscopia urologica
09	UOC Chirurgia Gen. Oncologica		
13	UOC Chirurgia Toracica		
37	UOC Ginecologia Oncologica		
64	UOC Oncologia	64	UOS Immunoncologia
DT70	UOC Radioterapia		
09	UOSD Breast Unit		
82	UOSD Terapia del dolore		
66	UOSD Oncoematologia		
68	UOSD Endoscopia Bronchiale		
99	UOSD Hospice		
Dipartimento di Medicina Clinica		Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Interventistica	
24	UOC Malattie Infettive Civico	DT69	UOC Radiologia Diagnostica
26	UOC Medicina Generale	DT69	UOS Radiodiagnostica in P.S.
26	UOC Medicina Generale ad indirizzo Geriatrico Riabilitativo	SXD4	UOC Fisica Sanitaria
68	UOC Pneumologia	DT69	UOC Radiologia Pediatrica
DT01	UOSD Allergologia	NR	UOC Neuroradiologia
32	UOC Neurologia	DT69	UOC Radiologia Interventistica
48	UOC Nefrologia abilitata Trapianti	DT61	UOC Medicina Nucleare
DT58	UOC Gastroenterologia con End.Digestiva		
97	UOSD Medicina Penitenziaria		
71	UOSD Reumatologia		
52	UOSD Dermatologia		
Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi		Dipartimento Cardiovascolare	
DT03	UOC Anatomia Patologica	08	UOC Cardiologia Pediatrica
DTA3	UOC Patologia Clinica	14	UOC Chirurgia Vascolare ed endov
DTA3	UOC Patologia Clinica	14	UOS Chirurgia aortica e endovascolare
DTA3	UOS Laboratorio Specialistico Oncologia	06	UOC Cardiocirurgia Pediatrica
DTA3	UOS Patologia Clinica Di Cristina		
Microb.	UOC Microbiologia e Virologia	50	UOC UTIC
GX21	UOC Direzione Medica Civico	08	UOS Cardiologia
SX90	UOC CRT Sicilia	50	UOS PTDA in Cardiologia
		DTA2	UOS Emodinamica
DTA1	UOC Medicina Trasfusionale		
SX11	UOC Farmacia		
GX21	UOSD Direzione Medica DC		
DTA4	UOSD Psicologia Clinica		
Gen	UOSD Lab. spec Genetica Molec		

24

4. Analisi del contesto

4.1 Analisi del contesto esterno

L'ARNAS Civico di Palermo è collocata nel contesto urbano della città di Palermo con due Presidi, il PO Civico e il PO G. Di Cristina, unico Presidio Pediatrico in ambito Regionale.

L'Azienda, che unitamente alle altre Aziende ospedaliere cittadine completa la rete sanitaria pubblica della città di Palermo con un'offerta sanitaria fra le più importanti e complete dell'intera Regione, opera in un'area fortemente urbanizzata, opera in un'area fortemente urbanizzata, con una popolazione di 1.222.988 abitanti (591.325 maschi, 631.663 femmine) (fonte ISTAT – 01/01/2020) distribuita in 82 comuni in una superficie di 5.009.208 km².

Uno dei fattori esterni che influenza fortemente la strategia aziendale ipotecendo i risultati finanziari e di attività dell'ARNAS è il rapido invecchiamento della popolazione siciliana, derivante anche dalla dispersione della fascia giovanile.

Dataset: Indicatori demografici Provincia di Palermo (Fonte Istat 2020)

Tipo indicatore	2016	2017	2018	2019	2020
tasso di natalità (per mille abitanti)	8,6	8,6	8,5	8,5	..
tasso di mortalità (per mille abitanti)	9,6	10	10	10	..
crescita naturale (per mille abitanti)	-1	-1,7	-1,5	-1,8	..
tasso di nuzialità (per mille abitanti)	4,4	4,3	4,4	..	..
saldo migratorio interno (per mille abitanti)	-3,1	-3,2	-4,1	-4,3	..
saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti)	-0,1	-0,1	0,3	-0,1	..
saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti)	1,7	-1,3	-0,7	-1,5	..
saldo migratorio totale (per mille abitanti)	-1,5	-4,6	-4,5	-5,9	..
tasso di crescita totale (per mille abitanti)	-2,5	-6,3	-6	-7,7	..
numero medio di figli per donna	1,4	1,4	1,4	..	..
età media della madre al parto	31	31	31	..	..
speranza di vita alla nascita - maschi	80	80	80	80	..
speranza di vita a 65 anni - maschi	19	18	19	19	..
speranza di vita alla nascita - femmine	84	84	84	84	..
speranza di vita a 65 anni - femmine	21	21	21	22	..
speranza di vita alla nascita - totale	82	82	82	82	..
speranza di vita a 65 anni - totale	20	20	20	20	..
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio	15	15	15	14	14
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	66	65	65	65	65
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio	20	20	20	21	21
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio	52	53	53	54	55
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio	30	31	31	32	33
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio	133	137	140	144	149
età media della popolazione - al 1° gennaio	43	43	43	44	44

Ed è noto che il progressivo invecchiamento della popolazione rappresenta una delle maggiori cause di ricorso ai sistemi sanitari. Ciò impone una diversa gestione del paziente ospedaliero, sia perché le esigenze individuali di natura alberghiera sono più complesse (e comportano l'aumento dei costi generali) sia perché, ancorché la dimissione sia sempre classificata con uno specifico DRG, la relativa degenza comporta spesso la gestione di casistiche "poli-patologiche".

Un simile contesto, non può che generare una domanda per le malattie cronico degenerative (tumori, malattie cardio e cerebrovascolari) che già rappresentano la stragrande maggioranza delle cause di morte,

che se non adeguatamente governata a livello territoriale, rischia di determinare difficoltà a carico dei servizi ospedalieri.

4.2 Analisi del contesto interno

L'Atto Aziendale in atto vigente è stato adottato dall'ARNAS Atto Aziendale con deliberazione n.01 del 10 gennaio 2020. In corso di adozione la relativa dotazione.

Si rimanda alla Scheda n.1 per i Punti di Forza e di Debolezza.

4.3 L'Emergenza Covid

Tutto quanto descritto prima sulla *mission* e sull'organizzazione dell'ARNAS Civico G. Di Cristina Benfratelli è stato quasi totalmente stravolto già nei primi mesi dell'anno 2020, visto il ruolo che entrambi i Presidi hanno dovuto assumere nella gestione dell'Emergenza Covid.

Inizio Emergenza Covid – Fase 1

- Il **31 gennaio 2020**, il Consiglio dei Ministri dichiarava lo stato di emergenza, per la durata di sei mesi, in conseguenza del rischio sanitario connesso all'infezione da Coronavirus. Ad oggi lo stato di emergenza permane, prorogato al 30/04/2021.
- Il **6 marzo 2020**, con nota prot.2749, preso atto delle Disposizioni del Ministero della Salute e dell'Assessorato della Salute aventi ad oggetto "Incremento disponibilità posti letto del SSN e ulteriori indicazioni relative alla gestione dell'emergenza Covid-19", la Direzione Aziendale dava l'avvio a tutte le iniziative necessarie all'attivazione/riconversione, nel più breve tempo possibile, di posti letto Covid dedicati: acquisizione attrezzature ed arredi, reclutamento straordinario di personale Covid, adeguamento di locali individuati per l'emergenza ecc.
- Il **9 marzo 2020**, con nota prot.2868, in ottemperanza alla nota prot. 13588 dell'Assessorato della Salute, venivano sospese le prestazioni ambulatoriali non urgenti e differibili, nonché quelle erogate in regime di libera professione intramuraria.
- Sempre in data 9 marzo 2020 venivano resi disponibili i primi posti letto di Malattie Infettive Covid.
- Alle ore 23:56 dello stesso giorno veniva ricoverato il primo paziente Covid adulto presso il reparto di Malattie Infettive Covid del PO Civico.
- In data **11/03/2020**, con nota prot. 3058, in ottemperanza a disposizioni Assessoriali impartite con nota prot.12825, venivano sospesi i ricoveri in elezione per patologie non urgenti.
- Alle ore 5:32 del **20/03/2020** veniva ricoverato il primo paziente Covid pediatrico presso il reparto di Malattie Infettive COVID pediatriche al PO G.Di Cristina.
- Dal mese di marzo venivano, quindi messe in atto tutta una serie di azioni che hanno portato al concentramento di tutti i reparti che potessero offrire assistenza a tutti i livelli di complessità dell'infezione dal SARS-Cov2, nello stabile identificato come padiglione 4 del PO Civico.
- Tali azioni hanno consentito di realizzare nel **PO G. Di Cristina 12 posti letto ordinari e 3 di TI, nel PO Civico 191 posti letto ordinari + 32 di TI**. Ciò ha comportato una **drastica riduzione dei posti letto di area medica** dovuta alla chiusura alle attività ordinarie dei reparti di Malattie Infettive adulti, Malattie Infettive pediatriche, Medicina Interna I, Medicina Interna ad indirizzo Geriatrico-Riabilitativo, Pneumologia e UTIR.



- Il **trasferimento dei reparti di Ortopedia e Neurochirurgia**, dal padiglione 4 al padiglione 7, per fare posto ai reparti Covid, ha comportato il dimezzamento del numero di posti letto di questi due reparti. Per lo stesso motivo, è stato necessario sacrificare il complesso operatorio del padiglione 4, utilizzato dai due reparti, solo parzialmente sostituito dalle sale operatorie del padiglione 7.
- Nei due **Pronto Soccorso**, Generale al PO Civico e Pediatrico al PO G.Di Cristina, venivano predisposti percorsi differenziati tesi all'accoglienza e alla gestione dei pazienti Covid e dei no-Covid e venivano allestite tende da adibire ad **aree pre-triage e/o ad aree grigie**.
- Al fine di gestire al meglio la casistica clinica dei ricoverati Covid, l'Azienda ha individuato un **Disease Manager Covid19** con la funzione di gestire i diversi profili clinici con criteri di appropriatezza in base all'evoluzione nosologica durante la degenza del singolo paziente.
- Le Direzioni Mediche di Presidio, con il supporto del Risk Manager, hanno individuato i più **sicuri percorsi sotto il profilo igienico-organizzativo** capaci di garantire i necessari livelli di assistenza nei confronti di utenti e operatori che sono stati oggetto di specifici provvedimenti aziendali.
- E' stato inoltre individuato un **Facility Manager Covid19** con funzioni di monitoraggio e di raccordo di interventi volti al miglioramento costante dell'utilizzo dei percorsi e sorveglianza sulle procedure di corretta sanificazione.
- Con nota prot.9928 del **26/06/2020**, facendo seguito alla Circolare assessoriale n.26383 del 9 giugno 2020 e al DA n.555 del 19/06/2020, considerate superate le ragioni che avevano portato alla predisposizione del piano emergenziale aziendale, veniva disposto il rientro di tutti i reparti alle originarie allocazioni. Restavano riservati ad eventuali pazienti Covid i locali del piano terra del reparto di Malattie Infettive del pad.11 del PO Civico e 6 posti letto di Malattie Infettive pediatriche al PO G. Di Cristina.

Emergenza Covid – Fase 2

- Con nota protocollo n.39143 dell'**11/09/2020** dell'Assessorato della Salute, visto l'incremento della curva dei contagi, veniva comunicata la nuova rete Regionale per l'assistenza Covid19 che prevedeva per il PO Civico l'attivazione di 80 posti letto ordinari e 12 di sub-intensiva dedicati ai pazienti Covid.
- Dal **15 settembre 2020**, iniziavano le attività che ricostituivano il padiglione 4 dedicato al Covid con modalità pressoché sovrapponibili a quelle della fase 1.
- In data **11/10/2020** il PS Generale del PO Civico, dato l'incremento dei contagi, veniva trasformato in **PS prevalentemente Covid** dedicato e veniva attivato un livello di assistenza sub-intensivo avanzato.
- Con nota prot.16074 del **09/11/2020**, della Direzione Generale, facendo seguito alla Circolare Assessoriale n.47413 del 06/11/2020, venivano sospese le attività programmate non urgenti.
- Con nota prot.n.20352 del **04/12/2020**, della Direzione Generale, il PS Generale del PO Civico veniva restituito all'attività ordinaria.
- Al **31/12/2020** l'ARNAS Civico presenta n.152 posti letto ordinari per adulti, n.12 posti letto ordinari pediatrici, n. 30 posti letto di TI per adulti, n.3. posti letto di TI pediatrici.
- Durante l'anno 2020 sono stati **ricoverati 840 pazienti Covid**, dei quali 34 pediatrici, sono stati assistiti presso il **PS Generale ben 1.700 pazienti Covid dei quali circa 250 per un periodo superiore a 48 ore di permanenza con un livello di assistenza sub-intensivo**.



5. Obiettivi Strategici

Con deliberazione n.96 del 13 marzo 2019 della Giunta Regionale, sono stati assegnati gli obiettivi Aziendali Generali, di Salute e di Funzionamento dei Servizi per gli anni 2019-2021.

La soglia minima di raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi è fissata al 60%; il mancato raggiungimento di tale soglia comporta la decadenza dell'incarico ai sensi dell'art.20, comma 6, della L.r. n.5/09.

Il presente Piano riporta gli obiettivi strategici assegnati con deliberazione n.96 del 13 marzo 2019. Tuttavia, già nel corso del 2020, le modifiche organizzative descritte messe in atto a seguito dell'emergenza Covid, in assoluta aderenza a quanto disposto dal Ministero e dall'Assessorato Regionale della Salute, così come le regole di distanziamento sociale e di prevenzione di ogni tipo di sovraffollamento, hanno fortemente condizionato, non solo il raggiungimento, ma di fatto il perseguimento di buona parte degli obiettivi assegnati quando non era immaginabile lo svilupparsi di una pandemia.

Di seguito sono rappresentati gli obiettivi strategici assegnati con deliberazione n.96 del 13 marzo 2019 della Giunta Regionale.

Area/Obiettivi		Peso
1. Screening oncologici	tumore della cervice uterina	1
	tumore della mammella	1
	tumore del colon retto	1
2. Esiti	Frattura del femore	5
	Parti cesarei	5
	Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI	5
	Colecistectomia laparoscopica	5
3. Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa		10
4. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita		10
5. Pronto Soccorso – gestione del sovraffollamento		10
6. Donazione organi		9
7. Prescrizioni in modalità dematerializzata		7
8. Fascicolo Sanitario Elettronico		10
9. Percorso di Certificabilità		5
10. Piani di efficientamento e riqualificazione		5
11. Piani Attuativi Aziendali	Area qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti	9
	Area assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria	2
TOTALE PUNTEGGIO		100

OBIETTIVO 1: Screening	
Gli screening oncologici (tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colonretto) sono posti fra i Livelli Essenziali di Assistenza in quanto efficaci nel ridurre la mortalità e devono essere garantiti a tutta la popolazione siciliana. Gli inviti devono raggiungere tutta la popolazione target (estensione 100%). I livelli di adesione richiesti dal Ministero della salute sono 50% per il tumore della cervice e del colonretto, 60% per il tumore della mammella.	
Indicatore	valore obiettivo
Prenotazioni effettuate su richiesta dell'utente al CUP dell'AO direttamente sul programma gestionale degli screening dell'ASP	si
Partecipazione al PDTA screening e individuazione del referente clinico per ogni screening	si
Esecuzione delle prestazioni di approfondimento richieste dalla ASP	100%
Registrazione di tutti i dati dei casi inviati dalla ASP per approfondimento o terapia direttamente sul programma gestionale degli screening	100%

OBIETTIVO 2: Esiti	
SUB-OBIETTIVO 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65	
Indicatore	valore obiettivo
Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	94,3%
SUB-OBIETTIVO 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	
Indicatore	valore obiettivo
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1000 parti anno	< 25%
SUB-OBIETTIVO 2.3: Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI	
Indicatore	valore obiettivo
PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / numero totale di I.M.A. STEMI diagnosticati	> 91,8%
SUB-OBIETTIVO 2.4: Proporzioni di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	
Indicatore	valore obiettivo
Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	> 95,3%

OBIETTIVO 3 : Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA

Interventi per il governo dell'offerta [IGO]

- Definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali [IGO1]
- Apertura delle strutture ambulatoriali anche nelle ore serali e durante il fine settimana [IGO2]
- Aumentare l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva [IGO3]
- Incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, l'incremento delle sedute operatorie [IGO4]
- Acquisto prestazioni aggiuntive da erogare in regime libero professionale [IGO5]
- Attuazione del blocco dell'attività libero professionale [IGO6]
- Attivazione dell'Organismo paritetico regionale [IGO7]
- Definizione ed applicazione dei "percorsi di tutela" [IGO8]

- Rispetto dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero [IGO9]

- Riservare la classe di priorità P esclusivamente ai primi accessi e gestire separatamente gli accessi successivi [IGO10]
- Monitoraggio dei tempi massimi di attesa [IGO11]
- Centralizzare la totalità delle agende pubbliche e private accreditate [IGO12]
- Garantire l'interoperabilità provinciale ed interaziendale dei CUP [IGO13]
- Prevedere sistemi di sbarramento delle prenotazioni [IGO14]
- Attivare il servizio di disdetta telematica delle prenotazioni [IGO15]
- Garantire la totale visibilità dell'offerta pubblica e privata accreditata [IGO16]
- Garantire la gestione separata dei canali di accesso: "primi accessi" e "accessi successivi" [IGO17]
- Garantire un sistema di CUP online aggiornato in tempo reale [IGO18]
- Servizio di prenotazione tramite farmacie territoriali [IGO19]
- Garantire il governo del fenomeno della "prestazione non eseguita" [IGO20]
- Recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette [IGO21]
- Presa in carico del paziente cronico [IGO22]
- Informazione e comunicazione sulle liste di attesa, [IGO23]
- Vigilanza sulla sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale [IGO24]
- Coinvolgimento degli organismi di tutela [IGO25]
- Individuare gli ambiti territoriali di garanzia [IGO 27]

Rispetto dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero [IGO9]

Le aziende sanitarie del S.S.R. devono garantire, per classe di priorità, il rispetto dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero (non solo quelle oggetto di monitoraggio e descritte nel successivo capitolo 6) secondo i limiti fissati nelle tabelle sottostanti.

Classi di priorità per le prestazioni ambulatoriali (primi accessi)

Priorità/Tempi massimi di attesa

U (Urgente)-da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;

B (Breve)-da eseguire entro 10 giorni;

D (Differibile)-da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;

P (Programmata)-da eseguire entro 120 giorni.

Classi di priorità per le prestazioni in regime di ricovero

Classe/Tempi massimi di attesa e indicazioni

A-Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.

B- Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

C- Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

D-Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

OBIETTIVO 4 : garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR	
SUB-OBIETTIVO 4.1) Punti nascita	
Indicatore	valore obiettivo
Presenza di tutti i requisiti contemplati dalla Checklist	100,0%
SUB-OBIETTIVO 4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali	
Indicatore	valore obiettivo
Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio	si
Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730).	< 8%

OBIETTIVO 5 : Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento	
Con D.A. 1584/2018 sono state adottate le “Linee di indirizzo alle aziende sanitarie per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di pronto soccorso della Regione Sicilia” pubblicate sulla GURS n. 41 del 21/9/2018 con lo scopo di fornire alle aziende sanitarie le strategie per contrastare e gestire il fenomeno del sovraffollamento nei servizi di Pronto Soccorso (PS) e prevenire le sue conseguenze negative in termini di outcome e potenziali eventi avversi.	
SUB-OBIETTIVO 5.1: A. Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa– D.A. 1584/2018	
Indicatore [5] : $Efficienza\ operativa\ (t) = Eff(t) = \frac{n.\ pz\ con\ permanenze > 24\ ore\ al\ PS\ al\ tempo\ t}{n.\ pz\ con\ permanenze < 24\ ore\ al\ PS\ al\ tempo\ t} = \frac{K2(t)+K3(t)}{K1(t)}$ [valore atteso di accettabilità $\leq 0,5$]	
SUB-OBIETTIVO 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	
Indicatore	valore obiettivo
Evidenza dell'attuazione dei seguenti adempimenti Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ; Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento; Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento; Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori;	si

OBIETTIVO 6: DONAZIONE ORGANI E TESSUTI	
Migliorare il procurement degli organi solidi e dei tessuti	
Indicatore	valore obiettivo
Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018 – 2020)	si
Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2020	> 20%
Riduzione tasso di opposizione alla donazione	< 38%
Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente)	> 30%
Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione.	si

OBIETTIVO 7: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	
Implementare l'utilizzo delle prescrizioni dematerializzate	
Indicatore	valore obiettivo
% di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	> 45%
numero medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette DEM prescritte / medici abilitati)	> 120

OBIETTIVO 8: Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	
Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è lo strumento digitale regionale attraverso il quale il cittadino può consultare e gestire i propri documenti clinici, che potranno essere disponibili agli operatori sanitari, in caso di necessità, per finalità di cura	
Indicatore	valore obiettivo
% dei consensi informati acquisiti rispetto al numero dei pazienti ricoverati	> 5%
% dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	> 20%

OBIETTIVO 9: Sviluppo PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.)	
L'obiettivo intende assicurare che le Aziende del SSR provvedano entro il termine del 31.12.2009 alla piena realizzazione degli adempimenti che consentano di addivenire alla certificabilità dei bilanci aziendali, in coerenza alle previsioni del P.A.C.	
Indicatore	valore obiettivo
Implementazione, funzionalità e affidabilità delle azioni PAC - Conseguimento della Certificazione dei Bilanci Aziendali con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento	si

OBIETTIVO 10: Piani di efficientamento e riqualificazione (AO e AUO)	
L'obiettivo è costituito dalla presentazione all'Assessorato, da parte delle Aziende che non rientrano nei parametri previsti, del "piano di efficientamento e riqualificazione", entro 90 giorni dalla data di adozione del provvedimento di individuazione da parte dell'Assessorato stesso.	
Indicatore	valore obiettivo
Rispetto e completa realizzazione delle azioni previste a Piano, come da cronoprogramma - n° e % di sviluppo delle azioni previste a Piano rispetto al cronoprogramma	100%

OBIETTIVO 11: PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.)	
Il Piano Attuativo Aziendale si articola in tre Aree per le Aziende Sanitarie Provinciali e in due Aree per le Aziende Ospedaliere ed Universitarie, come di seguito.	
Indicatore: implementazione delle azioni previste per le specifiche aree	valore obiettivo
AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.1. Sicurezza dei pazienti 2.2. Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza 2.3. PDTA 2.4. Appropriatelyzza 2.5. Outcome 2.6. Trasfusionale	100%
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA 4.1. Cronicità 4.2. Fragilità 4.3. Disabilità e non autosufficienza 4.4. Privacy	100%

Piano Operativo Aziendale per il Recupero delle Liste di Attesa

Con deliberazione n.33 del 14 maggio 2021, la Direzione Strategica ha adottato il “Piano Operativo Aziendale per il Recupero delle Liste di Attesa” come disposto dal DA n.1103 del 26/11/2020 e previsto dall’art.29 comma 9 del DL 104/2020, convertito con legge n.126 del 2020.

Il piano, vista l’analisi delle attività erogate nel I semestre 2020, che evidenzia un sensibile decremento del numero delle prestazioni effettuate sia in regime di ricovero (-19%) che in regime ambulatoriale (-28%), prevede interventi finalizzati al recupero delle prestazioni non erogate causa pandemia da SARS-COV2 e quindi, alla progressiva riduzione ed abbattimento delle liste di attesa, secondo quanto indicato nell’art.29 *Disposizioni urgenti in materia di liste di attesa* del DL 14 agosto 2020, n.104, come di seguito riportato:

Descrizione	%	Euro
Prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del CCNL 2016-2018 della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie	30	408.854,20
Prestazioni aggiuntive di cui all'art.6, comma 1, lettera d), del CCNL 2016-2018 del personale del comparto sanità	20	272.569,47
Reclutamento, attraverso assunzioni a tempo determinato, di personale della dirigenza medica, sanitaria veterinaria e delle professioni sanitarie e del comparto	50	681.423,66
totale	100	1.362.847,33

Cronoprogramma (diagramma di Gantt)

Attività	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Prestazioni aggiuntive della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie												
Prestazioni aggiuntive del comparto sanità												
Assunzioni a tempo determinato, di personale della dirigenza medica, sanitaria veterinaria e delle professioni sanitarie e del comparto												



6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Il processo di programmazione in Azienda nasce dall'unione tra gli obiettivi derivanti dalla Legge Regionale n°5 del 2009 ed il Decreto-legge n°78 del 31 maggio 2010, con cui la Regione Sicilia si è avvalsa della possibilità concessale di chiedere la prosecuzione del Piano di Rientro nei termini indicati nel Patto per la Salute. Sulla base di tali indicazioni sono state individuate strategie condivise ed è stato avviato un processo di responsabilizzazione di tutti gli operatori aziendali.

L'avvio del Processo di Valutazione sconta dei fisiologici margini di imprecisione, del resto preventivate dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche che, con Delibera n°112 del 2010, ha formalmente introdotto il principio della gradualità nell'adeguamento ai principi, oltre al miglioramento continuo del sistema di responsabilizzazione degli operatori basato sul Ciclo delle Performance.

Normalmente è stato previsto un processo di distribuzione a cascata degli obiettivi, che parta dagli obiettivi Aziendali i quali vengono collegati ad un sistema di indicatori che ha la caratteristica di essere misurabile, trasparente ed oggettivo. Contestualmente, vengono individuati anche i criteri sulla base dei quali procedere alle diverse tipologie di valutazione, anche attraverso il sistema di determinazione dei risultati attesi e di ponderazione degli obiettivi.

Tuttavia, come detto prima, le modifiche organizzative messe in atto a seguito dell'emergenza Covid, nel rispetto delle direttive Ministeriali e Assessoriali, le limitazioni alle attività programmabili messe in atto con la finalità di liberare risorse da dedicare all'emergenza Covid e nel rispetto delle regole di distanziamento sociale e di prevenzione di ogni tipo di sovraffollamento, nel corso dell'anno 2020, hanno fortemente condizionato, non solo il raggiungimento, ma di fatto il perseguimento di buona parte degli obiettivi assegnati all'Azienda, quando non era immaginabile lo svilupparsi di una pandemia.

Alla luce di tutto ciò, con nota prot. n. 370 dello 08/01/2021, la Direzione Strategica di questa ARNAS, tenuto conto della condizione locale della pandemia che non fa presagire, a breve, una ripresa completa delle normali attività finalizzate al regolare perseguimento della mission aziendale, ha comunicato all'Assessore della Salute della Regione Sicilia, la decisione di declinare obiettivi per le singole strutture che risultino perseguibili e raggiungibili, finalizzati a garantire una ripresa delle attività nelle aree meno coinvolte nell'emergenza Covid e che, comunque, risultino quanto più aderenti possibili a quelli fissati dalla delibera di Giunta n.106 del 13/03/2019. Ovviamente la Direzione si fa carico di monitorare gli obiettivi assegnati, e nel caso dovessero mutare positivamente le condizioni generali legate all'emergenza Covid, rinegoziare gli obiettivi assegnati in maniera più coerente alla vera mission dell'ARNAS.

Il processo di budgeting, valutazione e verifica dei risultati (titoli II e III D.Lgs. 150/09)

Il Budget è lo strumento con il quale, annualmente, vengono trasformati piani e programmi aziendali in specifici obiettivi articolati rispetto alla struttura delle responsabilità organizzative ed economiche interne. Gli obiettivi in esso contenuti vengono definiti nel rispetto dei piani e dei programmi aziendali strategici scaturiti dalla mission aziendale e dagli obiettivi individuati dall'Assessorato regionale alla Salute quale organo di indirizzo politico amministrativo.



Gli obiettivi contenuti nel budget rappresentano un parametro di riferimento per la valutazione dei risultati conseguiti dall'organizzazione Aziendale e dalle singole unità operative anche ai fini del sistema premiante. Infatti, il sistema di budget è inteso come istituto con esso strettamente integrato.

Il processo di budget avviene attraverso una negoziazione tra la Direzione Strategica Aziendale (coadiuvato dal Comitato di Budget formalmente nominato) ed i Responsabili delle Strutture individuate nel Piano dei Centri di Costo e Responsabilità aziendale. Nelle singole schede di budget vengono individuati sia i risultati da raggiungere che le attività da effettuare a risorse disponibili (o, comunque, eventuali risorse aggiuntive la cui futura attribuzione è già stata decisa con apposito provvedimento).

Si tratta, quindi, di un Budget Operativo che si basa sul miglioramento nell'erogazione dei servizi e nell'impiego delle risorse strutturali assegnate mediante l'esplicitazione contestuale di obiettivi di attività, di qualità e di monitoraggio interno.

Il Comitato Di Budget per l'anno 2021 è stato nominato con deliberazione n.18 del 12/01/2021. Al fine di consentire il rispetto delle regole di distanziamento sociale imposte dalla pandemia da SARS-COV19 gli obiettivi sono stati definiti e condivisi dal Comitato Aziendale con modalità da remoto e via mail.

Per la stessa ragione, le schede di Budget condivise dal Comitato, sono state notificate a tutti i Direttori/Responsabili delle UOC/UOSD, sia dell'Area Sanitaria, che di quella Amministrativa e dello Staff che le hanno condivise e restituite firmate, facendo presenti quando ritenute necessarie eventuali controdeduzioni.

Sono stati assegnati:

- **obiettivi strategici/gestionali** che rispondono alla necessità di perseguire le strategie individuate dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e vengono assegnati, a cascata, ai Dipartimenti/UU.OO. coinvolte nella loro realizzazione; comprendono anche gli obiettivi sull'attività svolta, anch'essi declinati per ogni singola unità operativa che rispondono alle linee di indirizzo clinico da seguire nell'erogazione delle prestazioni, nell'ottica dell'efficientamento e della appropriatezza;
- **obiettivi di qualità** (individuati coerentemente con i requisiti di accreditamento istituzionale ex DA n°890/2002) prevedono progetti di valutazione, verifica e miglioramento della qualità, gestione del rischio clinico, elaborazione di nuove linee guida e/o percorsi diagnostici, implementazione o mantenimento degli standard JCI;
- **obiettivi di formazione**.

Tale procedura prevede la delega delle fasi successive ai Responsabili di struttura, ai quali compete l'onere di declinare gli obiettivi della struttura alle diverse figure inquadrare all'interno della struttura stessa e di porre le basi per il loro pieno coinvolgimento. Infatti, tali adempimenti, attraverso la formalizzazione amministrativa del budget di struttura al momento della relativa negoziazione e definizione, devono garantire i principi contrattualmente sanciti anche sui criteri utilizzati ai fini di valutazione e verifica, e di conseguenza della distribuzione del salario di risultato. Ciò si concretizza nella correlazione con i criteri sulla base dei quali il personale (sia dirigenziale che del comparto) sarà, a valle, individualmente valutato.

A consuntivo, la Direzione Generale, attraverso gli organi a tale procedura delegati, procede alla verifica dei risultati raggiunti sia per la valutazione che per l'erogazione della retribuzione di risultato. La verifica si basa sulla regolamentazione interna di vari istituti contrattuali (per la quale è prevista la rimodulazione in corso d'anno anche in ossequio a quanto disposto dal titolo III del D.Lgs. n°150/09), ed

effettuata dall'organo preposto alla valutazione aziendale che tiene conto di eventuali controdeduzioni in caso di mancato raggiungimento o scostamento rispetto ai valori attesi.

6.1.1.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

Si riportano di seguito due tipologie di obiettivi che saranno, compatibilmente con i limiti derivanti da ogni eventuale riorganizzazione aziendale, gli obiettivi di pertinenza rispettivamente:

- delle Unità Operative Sanitarie
- delle Unità Operative del Dipartimento Amministrativo

Si ribadisce che tali obiettivi costituiscono l'imprescindibile presupposto per la responsabilizzazione di tutte le figure professionali.

7. Il processo del ciclo di gestione della performance

7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano della performance

La gestione della performance, non si compone del solo processo di budget ma coinvolge tutto il personale dirigente e dipendente dell'Azienda, ciascuno in relazione al ruolo ricoperto. Attraverso la applicazione di questo processo, le diverse articolazioni aziendali possono individuare le priorità, le attività da realizzare, gli obiettivi e il comportamento atteso da parte di tutti i dipendenti.

Il ciclo completo di Gestione della Performance si articola nelle seguenti fasi e le relative responsabilità e coinvolgimenti, secondo lo schema proposto nelle Linee di indirizzo incorporate nel D.A. n°1821 del 26 settembre 2011.



Fase	Soggetti Coinvolti
Fase 1 - Definizione e assegnazione obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, previa negoziazione anche delle risorse umane, tecniche e finanziarie	Direzione strategica Comitato di Budget
Fase 2 - Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse	Comitato di Budget
Fase 3 - Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi	Direzione Strategica UO Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico
Fase 4 - Misurazione e valutazione annuale della performance individuale	Il Responsabile di Struttura O.I.V.
Fase 5 - Misurazione e valutazione annuale delle Unità organizzative	Comitato di Budget UO Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico O.I.V.
Fase 6 - Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito	Servizio Risorse Umane
Fase 7 - Rendicontazione dei risultati ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.	Direzione Strategica Servizio Risorse Umane

La misurazione e la valutazione della performance

Il processo annuale di valutazione della performance riguarda tutto il personale dell'Azienda (sia Dirigenza che Comparto) e si estrinseca attraverso la contestuale valutazione della performance organizzativa ed individuale. Fermo restando il disposto di cui all'articolo 3 – comma 2 del Decreto Legislativo n°150/09 relativamente all'oggetto della valutazione, le linee di indirizzo riportate nel Decreto Assessoriale n°1821 del 26 settembre 2011 richiedono infatti che si proceda alla disciplina di due livelli di valutazione:

- 1- delle strutture complesse e semplici dipartimentali ("valutazione della performance organizzativa");
- 2- dei singoli dipendenti e dirigenti ("valutazione della performance individuale").

Per tutto il personale, comparto e dirigenza, la performance organizzativa della struttura di appartenenza, costituisce parte integrante del processo di erogazione del salario di risultato. Il peso attribuito a tale componente di performance varierà in funzione del livello di responsabilità, risultando massimo per i dirigenti responsabili di struttura e minimo per i ruoli del comparto.

Valutazione della performance organizzativa

La misurazione e la valutazione della performance organizzativa concerne “ciascuna struttura amministrativa nel suo complesso” (art. 7, co. 2, lett. a, d.lgs. 150/2009) e nelle sue articolazioni organizzative, con riferimento – nel caso specifico dell’Azienda ARNAS Civico – alle Strutture di Dipartimento e le Unità Operative come previsto in sede di Linee di Indirizzo Regionali e secondo modalità conformi alle direttive impartite dalla Commissione di cui all'articolo 13 del decreto legislativo n. 150/09.

Gli ambiti di misurazione e valutazione della performance organizzativa (art.8.d.lgs. 150/2009) riguardano:

- l’attuazione delle politiche attivate sulla soddisfazione finale dei bisogni della collettività;
- l’attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell’effettivo grado di raggiungimento dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell’organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- l’efficienza nell’impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all’ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- la promozione delle pari opportunità.

Nella misurazione della performance organizzativa i macro-ambiti di riferimento sono:

- il grado di attuazione della strategia: ha l’obiettivo di verificare quanto l’unità organizzativa metta in atto la *mission* aziendale in coerenza con gli obiettivi strategici affidati all’intera Azienda dall’Assessorato regionale della Salute;
- il portafoglio delle attività: ha l’obiettivo di verificare le attività e i servizi con i quali l’unità organizzativa si rapporta agli utenti, all’ambiente di riferimento ed ai portatori di interesse; in funzione dell’area di appartenenza della struttura sono inseriti nelle schede di valutazione specifici indicatori, in parte derivanti dalle indicazioni della L.R: 5/2009, nonché dal D.A. n°1821 del 24 settembre 2009.
- lo stato di salute dell’unità organizzativa: riguarda la verifica dello stato economico-finanziario, nel cui ambito misurare e valutare l’efficienza nell’impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento dei costi e la sicurezza del luogo di lavoro.

Al termine del processo formale di determinazione e distribuzione degli obiettivi annuali, viene prodotta una scheda per la misurazione e la valutazione degli obiettivi organizzativi che comprenderà molteplici aree, direttamente o indirettamente collegate agli ambiti di riferimento di cui sopra, ma comunque in coerenza con quanto già descritto precedentemente.

Il punteggio complessivo conseguito dall’Unità organizzativa viene espresso in centesimi, ed indica il grado di conseguimento della performance organizzativa.

La misurazione dei risultati prevede che in azienda sia definito un processo di raccolta dei dati necessari della valorizzazione degli indicatori. Tale processo è abitualmente avviato dal Controllo di Gestione, che si avvale dei dati del sistema informativo aziendale, delle informazioni raccolte e verificate dalle altre strutture aziendali, e delle eventuali controdeduzioni formulate dai Responsabili di Struttura in corso d'anno o alla conclusione della prima iterazione della fase di verifica. Il modello di Scheda di Valutazione della Performance organizzativa (o di Struttura) può essere liberamente visionato all'interno dello specifico Regolamento Aziendale.

Valutazione della performance individuale dei dirigenti e del comparto

La misurazione e valutazione annuale della performance individuale riguarda tutto il personale dell'azienda, e, in base a quanto previsto dall'articolo 9 del D.lgs. n°150/09, è collegata "al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali, alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze dimostrate e ai comportamenti professionali e organizzativi".

Gli scopi prioritari della misurazione e valutazione della performance individuale (Delibera della CiVIT n°104 del 02 settembre 2010) sono i seguenti:

- evidenziare l'importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
- chiarire e comunicare che cosa ci si attende, in termini di risultati e comportamenti, dalla singola persona;
- supportare le persone nel miglioramento della loro performance (generare allineamento con gli obiettivi complessivi dell'azienda);
- valutare la performance e comunicare i risultati e le aspettative future alla singola persona (supportare l'allineamento);
- contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole;
- premiare la performance attraverso opportuni sistemi incentivanti;
- promuovere una corretta gestione delle risorse umane;

Il processo, i criteri e le regole di misurazione e valutazione delle performance vengono dettagliatamente esplicitati negli specifici regolamenti aziendali, tutti liberamente consultabili sul sito istituzionale.

7.2 Coerenza con la programmazione economico finanziaria e di bilancio

Il piano della performance non si limita ad individuare gli obiettivi strategici ed operativi da realizzare ma prevede una stretta relazione con le risorse a disposizione per il raggiungimento degli stessi. Il D.lgs. 150/09 conferma in tale senso quanto già disciplinato in termini di responsabilizzazione, dal momento che qualunque contrattazione realizzata, a qualunque livello gerarchico avvenga, deve essere legata alla quantità e qualità di risorse messe a disposizione per la stessa.

7.3 Raccordo con il Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2021-2023

Questa Azienda, nel corso degli anni, ha adottato un compiuto sistema di valutazione che ha sistematizzato lo svolgimento delle attività connesse al ciclo della performance.

Nei vari Piani della Performance che si sono susseguiti nel tempo, nonché nel presente Piano, sono stati individuati, tra i principi generali e tra gli obiettivi strategici aziendali, la prevenzione della corruzione, la trasparenza e l'integrità.

Pertanto, in ossequio alla Legge n. 190/2012 e ss.mm.ii., questa ARNAS considera di prioritaria importanza il rafforzamento delle misure volte al contrasto del fenomeno corruttivo inteso in senso lato, comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte del soggetto pubblico del potere affidatogli per ottenerne vantaggi privati.

A tal fine, è altresì indispensabile dare attuazione ad un ciclo integrato, che garantisca la piena coerenza tra gli ambiti comuni sviluppati in tutti gli atti programmatici a valenza pluriennale e che, al contempo, ponga in essere le azioni di contrasto previste con la collaborazione di tutte le risorse disponibili.

Anche sulla base dell'esperienza fin qui maturata dall'Azienda, il contrasto efficace dei fenomeni corruttivi e l'attuazione di strategie mirate per la prevenzione, si configurano, certamente, non come un'attività statica e predefinita bensì, come un insieme di azioni orientate e finalizzate che vengono via via precisate, modificate, integrate o sostituite in relazione alle esigenze emerse, ai risultati ottenuti e agli input ricevuti a seguito delle verifiche e dei monitoraggi effettuati.

In questo ambito, occorre, quindi, perseguire i seguenti obiettivi generali:

- 1 - ridurre i casi di corruzione attraverso misure di prevenzione adeguate;
- 2 – aumentare la capacità di individuare i casi di corruzione attraverso una corretta analisi del rischio;
- 3 – promuovere maggiori livelli di trasparenza, anche attraverso l'implementazione di politiche in grado di valorizzare le risorse e le performance raggiunte dall'Azienda sia in ambito gestionale che assistenziale;
- 4 – creare un contesto generale sfavorevole alla corruzione attraverso la diffusione sempre più ampia della cultura dell'etica e dell'integrità in tutti i soggetti che lavorano e collaborano con l'Azienda, ed attraverso adeguati interventi formativi mirati ad una conoscenza capillare del Codice di comportamento. L'obiettivo è quello di coinvolgere il 100% delle strutture aziendali nelle attività formative di livello generale e gli operatori delle aree a rischio in quelle specifiche, compatibilmente con le risorse disponibili;
- 5 – utilizzare gli eventi corruttivi, che rappresentano la patologia del sistema, quali opportunità esperienziali, in termini di affermazione dell'integrità, anche attraverso la sinergia con gli strumenti di controllo interno capaci di ridurre sensibilmente il rischio che si verifichino siffatti eventi.

In considerazione di quanto sopra evidenziato, ciascuna U.O., nell'ambito della performance organizzativa, dovrà:

- attenersi al PTPCT e a quanto previsto dalla mappatura del rischio ad esso allegata;
- analizzare, secondo le proprie competenze, le diverse aree di rischio e individuare idonee misure di prevenzione;
- provvedere con tempestività e completezza ad alimentare il flusso dei dati verso "Amministrazione Trasparente";



- provvedere alla compilazione annuale delle dichiarazioni di conflitto di interesse nonché al periodico aggiornamento in caso di variazioni;
- assicurare la disponibilità alle attività formative aziendali;
- fornire all'RPCT tutto il supporto necessario per l'espletamento delle attività previste dalla Legge.

L'intero insieme dei percorsi evidenziati per la predisposizione, attuazione e implementazione del PTPCT, vengono, quindi, inseriti in forma di obiettivi nel Piano della performance nel duplice versante della:

a) performance organizzativa, con particolare riferimento:

- all'attuazione di piani e misure di prevenzione della corruzione, nonché alla misurazione dell'effettivo grado di realizzazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti;
- allo sviluppo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso forme di partecipazione e collaborazione, al fine di stabilire quali risultati migliorativi riceve il rapporto con l'utenza dall'attuazione delle misure di prevenzione;

b) performance individuale, ove verranno inseriti:

- nel Piano della performance, gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori nonché ai dirigenti apicali delle UU.OO. aziendali, in base alle attività che svolgono;
- nel Sistema di misurazione e valutazione della performance, gli obiettivi, individuali e/o di gruppo, assegnati al personale che opera nei settori esposti alla corruzione.

Infine, dell'esito del raggiungimento degli specifici obiettivi in tema di contrasto alla corruzione, l'Azienda rende conto nella relazione della performance dove, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, verifica i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, rilevando gli eventuali scostamenti.

7.4 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

Per le motivazioni sopra espresse risulta evidente come il processo legato al ciclo della performance descritto non può essere considerato staticamente definitivo, ma rimane sempre passibile di sensibili aggiornamenti e modifiche, anche alla luce dell'andamento epidemiologico dell'infezione da SarsCov2.

Le azioni per un ulteriore miglioramento sono connaturate al processo stesso, dal momento che la profonda revisione del sistema di responsabilizzazione degli operatori ha già posto una serie di problematiche affrontate individuando soluzioni pratiche e fornendo utili spunti di riflessione oltre che una crescita professionale connaturata allo strumento del *"learning by doing"*.

Le scelte strategiche della Direzione Generale e il loro tradursi in direttive e obiettivi operativi dipenderanno da tre passaggi fondamentali, rappresentati dall'attivazione della rete ospedaliera, dalla determinazione delle piante organiche e dall'analisi dei carichi di lavoro.

Il Piano Programmatico Aziendale delle attività si pone come momento di esplicitazione a tutti i soggetti "portatori di interesse" (stakeholders), interni ed esterni, di tutto il percorso del ciclo di Programmazione e Controllo aziendale in coerenza con l'equilibrio economico-finanziario definito con il bilancio di previsione, il capitale umano e le risorse strumentali disponibili.

7.4.1 Interventi Area Sanitaria

Nel corso del 2021 l'Azienda si propone di portare avanti il percorso di riorganizzazione delle attività sanitarie finalizzate alla gestione dell'emergenza Covid 19, all'attivazione di percorsi sicuri che vadano dall'accoglienza del paziente critico in emergenza ad una dimissione sicura e "protetta" dopo il ricovero.

Parallelamente alla gestione del malato Covid l'Azienda sta mettendo in atto tutta una serie di procedure che garantiscano ogni tipo di assistenza di tipo emergenziale, interventistica o chirurgica correlata a problematiche diverse dal Covid, nel paziente comunque Covid positivo.

Quando i numeri della pandemia consentiranno la prudente ripartenza delle normali attività, si procederà, con molta gradualità, a quanto previsto nel Piano di efficientamento Aziendale mediante l'implementazione e il consolidamento di modelli assistenziali innovativi finalizzati da un lato a rispondere a logiche di efficienza e di produttività, dall'altro a garantire coerenza tra bisogno di salute e "setting" della risposta assistenziale, fra integrazione clinica multidisciplinare e integrazione con la ricerca e la didattica.

7.4.2 Interventi Area Amministrativa

A partire da Gennaio 2020, presso ARNAS Civico ha avuto avvio il nuovo sistema informatico ospedaliero (SIO) che, a regime, coinvolgerà tutti i processi operativi, gestionali e clinici dell'intera struttura aziendale.

In atto è partito il sistema Amministrativo-Contabile, non ancora implementato in tutte le procedure operative necessarie la cui funzione dovrebbe essere, a regime, quella di facilitare la fluidità delle attività, mitigare i rischi di commissione di reati e preservare la trasparenza e la legalità dell'azione amministrativa; tra essi in particolare, la revisione del ciclo passivo, della gestione dei magazzini e delle procedure contabili aziendali, facilitare il sistema di rilevazione e controllo dei fatti gestionali, la stesura del bilancio annuale, il sistema di contabilità analitica, il riassorbimento del fenomeno delle sopravvenienze passive; l'obiettivo è quello di portare a piena implementazione tutte le funzioni presenti e sviluppare tutte quelle necessarie ma ancora non operative.

Il sistema di Gestione dell'Area Personale è solo parzialmente implementato ed alimentato. Anche in questo caso l'obiettivo è di completare, entro il 2021, l'implementazione del sistema.

Causa Emergenza Covid, non si è ancora proceduto con la partenza del nuovo Sistema Informativo Sanitario, data le necessarie attività di affiancamento degli operatori sanitari, in atto difficilmente realizzabili. Obiettivo è comunque la partenza del sistema entro fine 2021.

Scheda n.1 - Analisi del contesto esterno ed interno

Punti di forza

- presenza di tutte le specialità medico sanitarie in quanto ARNAS;
- alta competenza tecnico-professionale;
- garanzia dell'espletamento degli interventi chirurgici complessi in emergenza, al PO Civico, con un approccio multispecialistico e multidisciplinare, per fare "quanto occorre nello stesso tempo e in un unico posto".

Punti di debolezza

- Articolazione in padiglioni separati che comporta:
 - ritardi sull'iter diagnostico terapeutico;
 - aumento dei costi di gestione con difficoltà ad ottimizzare i turni di guardia,
 - duplicazione di attrezzature medicali
 - mancanza di un polo chirurgico unico.
- Mancanza di un reparto di Ortopedia Pediatrica al PO Di Cristina, sede di Trauma center Pediatrico.
- Vetustà del parco tecnologico disponibile in quasi tutte le discipline.
- Necessità di opere di ristrutturazione che rispondano a logiche organizzative di edilizia sanitaria moderna, nel rispetto della normativa vigente in tema di sicurezza.
- Integrazione ospedale territorio poco sviluppata.
- Scarsa integrazione fra i sistemi informatici esistenti, parziale copertura delle attività erogate, informazioni disponibili con qualità sufficiente solo per le attività oggetto di flussi informativi istituzionali; mancanza di un sistema informativo dedicato al controllo di gestione.
- Elevata età media del personale in servizio e presenza di numerose limitazioni.
- Emergenza COVID in atto.



Scheda n.2 - Analisi quali-quantitativa delle risorse umane

Analisi caratteri qualitativi/quantitativi delle risorse umane

Indicatori	Valore 2019
Età media del personale (anni)	53
Età media dei dirigenti (anni)	52
Percentuale di dipendenti in possesso di laurea	53%
Percentuale di dirigenti in possesso di laurea	100%
Ore di formazione media per dipendente	9,25
Costi di formazione/spese del personale	€ 37.308

Analisi Benessere Organizzativo

Indicatori	Valore 2019
Tasso di assenze	29%
Stipendio medio percepito dai dipendenti	€ 58.757,36
Percentuale di personale assunto a tempo indeterminato	88%

Analisi di Genere delle Risorse Umane

Indicatori	Valore 2019
Percentuale di dirigenti donne	48%
Percentuale di donne rispetto al totale del personale	53%
Percentuale di personale donna assunto a tempo indeterminato	86%
Età media del personale femminile (dirigenti e non)	52
Percentuale di personale femminile con laurea	54%
Ore di formazione media per dipendente di sesso femminile	9,52

Fonte dei dati: Flusso del personale 2019



Scheda n.3 – Rilevazione obiettivi/indicatori

- **Obiettivi UUOO Area Sanitaria** (*allegato A*)
- **Mappatura assegnazione obiettivi UO Sanitarie** (*allegato B*)
- **Dipartimento Amministrativo** (*allegato C*)
- **Staff** (*allegato D*)



Allegato A

Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

cod	Obiettivo	Indicatore	fascia
A.02	Tempestività degli interventi a seguito di frattura femore	Interventi effettuati entro 48h dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65 ricoverati nei Presidi Aziendali (dopo analisi puntuale UOS Qualità)	1° fascia
A.03	Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. stemi	PTCA effettuate entro il giorno successivo a quello del ricovero / N° totale di I.M.A. stemi diagnosticati su pazienti ricoverati	1° fascia
A.05	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni.	n.colecistectomie laparoscopiche con degenza post-dimissione < 3 gg/n.totale colecistectomie laparoscopiche	1° fascia
A.09	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	2° fascia
A.11	Appropriatezza della prescrizione di esami diagnostici di laboratorio	Condivisione dei criteri di appropriatezza di richiesta degli esami diagnostici a più elevato costo con i reparti richiedenti e produzione relativo documento	2° fascia
A.12	Miglioramento del grado di utilizzo dei posti letto di ricovero ordinario	Tasso di occupazione nel rispetto dell'appropriatezza del regime di ricovero	3° fascia
A.14	Monitoraggio e governo della incidenza dei parti cesarei	Parti cesarei su donne non precesarizzate (cesarei primari) / Totale parti di donne nei Presidi Aziendali	1° fascia
A.16	Valutazione dell'appropriatezza della richiesta di esami TAC ed RMN	n.valutazioni TAC-RMN richieste dai reparti di degenza /n.TAC-RMN richieste	2° fascia
A.18	Rendicontazione trimestrale alla UO "Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico" delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e dei costi per servizi sostenuti per l'erogazione degli stessi	produzione report	2° fascia
A.20	Valutazione dell'appropriatezza della richiesta di esami scintigrafici	n.valutazioni richieste dai reparti di degenza /n. richieste	2° fascia
A.21	Vigilanza sull'attivazione dei Posti Letto aziendali	n.verifiche effettuate	1° fascia
A.22	Vigilanza pasti con visite periodiche della commissione	n.verifiche effettuate	3° fascia

Allegato A

Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

cod	Obiettivo	Indicatore	fascia
A.23	Monitoraggio dati concernenti i rifiuti ospedalieri	invio mensile report in formato elettronico excel entro 15 giorni dalla chiusura del mese all'UO Flussi informativi e monitoraggio strategico	3° fascia
A.24	Attività di trasporto alle strutture delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale di organi, emoderivati e materiali sanitari	Report annuale su: - trasporti primari e secondari; - trasporto del sangue; - trasporto di organi; - trasporto di STEN, STAM e rete dell'infarto miocardio acuto;	1° fascia
A.25	Gestione del rapporto con l'utenza dell'emergenza, secondo le linee guida della Regione siciliana e del Servizio sanitario regionale.	Resoconto conclusivo sulle attività della U.O.	2° fascia
A.26	Controlli di qualità e accettazione	Accettazione e controlli di qualità sulle apparecchiature utilizzate in Radioterapia Oncologica, Medicina Nucleare, TAC, Mammografi e apparecchiature radiodiagnostica	1° fascia
A.27	Soddisfacimento degli studi fisico-dosimetrici per i piani di terapia richiesti	Numero dei piani effettuati/numero piani richiesti	2° fascia
A.28	Completezza della cartella clinica e radioterapica	numero cartelle complete/ numero totale cartelle	1° fascia
A.30	Servizi-Miglioramento tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	richieste interne esitate entro i tempi tecnici previsti/n totali di richieste interne (tempo tecnico da comunicare in seduta) - produzione report trimestrale da parte del Primario	1° fascia
A.31	Corretta modalità di invio dei campioni istologici	Aggiornamento procedura aziendale corretto invio esami istologici	2° fascia
A.32	Miglioramento della corretta compilazione del registro operatorio on-line (fino alla data di implementazione del nuovo registro operatorio informatizzato)	n procedure anestesilogiche di SO correttamente compilate su registro operatorio on-line (in tutte le sue parti)/n procedure anestesilogiche di SO effettuate	2° fascia
A.33	Miglioramento della corretta compilazione del registro operatorio on-line	n procedure chirurgiche correttamente compilate su registro operatorio on-line (in tutte le sue parti)/n procedure chirurgiche effettuate	2° fascia

Allegato A



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

cod	Obiettivo	Indicatore	fascia
A.36	Rendicontazione trimestrale dell'attività aziendale e regionale di donazione e trapianto di organi e tessuti	Trasmissione report trimestrale alla UO Flussi Informativi	1° fascia
A.44	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni di ricovero in tutte le classi di priorità	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	1° fascia
A.45	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in tutte le classi di priorità (primi accessi)	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	1° fascia
A.46	Riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	n. prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati (solo ordinari) entro 72h dalla richiesta/n. totale prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati (solo ordinari)	1° fascia
G.01	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari (Farmaci, Dispositivi medici) parametrato all'attività	consumo dispositivi medici e farmaci/attività	1° fascia
G.02	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	n. SDO trasmesse / n.dimessi	2° fascia
G.04	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	3° fascia
G.05	Fascicolo sanitario elettronico	Consensi informati acquisiti/numero dei pazienti (ambulator.)	2° fascia
		Consensi informati acquisiti/numero dei pazienti ricoverati	2° fascia
G.06	Corretta e puntuale gestione del Pilastro Beni (per la parte di competenza)	Manutenzione anagrafiche Puntuale risposta alla segnalazione dei errori o incompletezza del pilastro	1° fascia

(Handwritten signature)

Allegato A



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

cod	Obiettivo	Indicatore	fascia
G.07	Verifica dei magazzini decentrati: Verifica periodica, anche a campione, delle giacenze rilevate presso i magazzini decentrati presenti in azienda	produzione documento di verifica	2° fascia
G.08	Corretta gestione dei dati relativi al Flusso T: Inserimento dei dati relativi al Flusso T ed invio alla "UOS Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico" della attestazione di qualità entro 7 giorni dalla chiusura del mese di riferimento	n.attestazioni inviate entro i termini/n.invii previsti	2° fascia
G.09	Corretta gestione dei dati relativi al Flusso F - Dispensazione Diretta: Inserimento dei dati relativi al Flusso F ed invio alla "UOS Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico" della attestazione di qualità entro 7 giorni dalla chiusura del mese di rif	n.attestazioni inviate entro i termini/n.invii previsti	2° fascia
G.10	Prescrizioni dematerializzate	Numero prescrizioni dematerializzate	2° fascia
G.11	customer satisfaction paziente pediatrico diabetico	Somministrazione questionario pazienti pediatrici diabetici e famiglie	2° fascia
G.12	Ridurre il disagio psicoadolescenziale.	Organizzazione in Neuropsichiatria Infantile di gruppi di sostegno psicologico per adolescenti e genitori	1° fascia
G.13	Adempimenti LEA: verifica e riconciliazione flussi farmaci (CFO - DD) - Modello CE	individuazione e com. all'UOS FIMS, della data export estrazione giacenze trim. magazzini informatici di reparto e farmacia, e trasm. Trim.report di dettaglio, per sotto conto aziendale, del valore delle giacenze comunicate per il modello CE di periodo	1° fascia
G.15	Gestione import. Autom. Anagrafiche beni sanitari (ob. Condiviso con le UOC Provveditorato e Gestione Tecnica-ICT). Introduz. Meccanismi controllo x verif. Corretta importazione degli attributi beni sanitari.	n.segnalazioni attributi non corretti/n.attributi	1° fascia
G.17	Aumento delle competenze degli operatori di PS , in ambito di emergenza urgenza, con particolare riferimento ai privilege.	Numero operatori Formatisti sul Numero Totale Operatori	2° fascia

Allegato A

Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

cod	Obiettivo	Indicatore	fascia
G.18	Garantire la comunicazione puntuale e completa dei dati relativi ai ricoveri e alle dimissioni SARSCov2 per gli enti preposti	compilazione, in tutte le sue parti obbligatorie, del format predisposto ed invio entro le ore 8.00 di ogni giorno alla Direzione medica di presidio	1° fascia
G.19	Produzione schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità percepita	numero schede di Informativa & Consenso per la Rilevazione della Qualità	3° fascia
G.20	Monitoraggio stato di attività delle liste regionali per trapianto di organo	Trasmissione semestrale dello stato di attività delle liste regionali per trapianto di organo	1° fascia
Q.01	Appropriatezza Esami Scintigrafici Misurazione applicazione linee guida	invio report con cadenza trimestrale	3° fascia
Q.03	Controlli qualità	Invio report degli esiti dei controlli ad U.O. Qualità	3° fascia
Q.04	Lotta infezioni ospedaliere	Applicazione check list dress code / 3 on site visit uo qualità in anno	3° fascia
Q.05	Azioni previste dal Decreto. Ass. Blood Management	elaborazione di un pdta blood management ed invio ad UO Qualità della redatta procedura PDTA	3° fascia
Q.06	Accreditamento SIED	Mantenimento indicatori accreditamento: invio report con cadenza trimestrale	3° fascia
Q.07	Sicurezza delle cure	invio report monitoraggio procedura valori panico con cadenza trimestrale	3° fascia
Q.08	Appropriatezza Clinico/Organizzativa: Valutazione pazienti ricoverati presso UO Ginecologia Oncologica da avviare o meno a radioterapia	numero pazienti valutati	3° fascia
Q.09	Procedure sedazione paziente	Mantenimento indicatori previsti nella procedura sedazione paziente : invio report con cadenza trimestrale	3° fascia
Q.11	Azioni previste dal Decreto. Ass. PDTA Cardio Oncol.	invio report con cadenza trimestrale	3° fascia

Allegato A



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

cod	Obiettivo	Indicatore	fascia
Q.12	Prevenzione della malnutrizione in ospedale	valutazioni con scale MUST/MNA/ "Minnesota" in over 65 / totale over 65 ricoverati	3° fascia
Q.13	Attuazione linee guida stemi PDTA Regionale	attuazione linee guida pdta regionale	3° fascia
Q.14	percorsi aziendali condivisi	Partecipazione ad almeno un PDTA, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità	3° fascia
		revisione percorsi accreditamento	3° fascia
Q.15	Revisione del manuale della Qualità della UO	Trasmissione all'UO Qualità del manuale revisionato	3° fascia
Q.17	Monitoraggio applicazione procedura protossido	Mantenimento indicatori previsti nella procedura sedazione paziente : invio report con cadenza trimestrale	3° fascia

Allegato C

BUDGET 2021 UOC Affari Generali  Civico Di Cristina Benfratelli						
OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE	PESO Raggiunto
Gestione e monitoraggio della trasmissione all'Assessorato Regionale dei Flussi Informativi, ed analisi delle eventuali problematiche rilevate	n. attività espletate nei tempi previsti/n. attività richieste	100%	15	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 70% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100% - del 15% se compresi tra 70 e 90%.		
Puntualità nei pagamenti 2: definire il processo di autorizzazione ai pagamenti previa verifica di corrispondenza tra prestazione e/o bene ricevuto rispetto a quello addebitato all'Azienda entro 35 gg dalla data di registrazione della fattura su Piattaforma fatturazione elettronica (a carico del SEF)	n. medio di giornate impiegate per la definizione del processo di autorizzazione pagamenti	<= 35 gg	20	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio <= 35 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg		
Redazione CE trimestrale: produzione di relazione dettagliata relativa ai costi sostenuti e ai macroaggregati economici di gestione trasmissione all'UOC SEF entro il 15° giorno del mese successivo al trimestre di riferimento	n. relazioni trasmesse entro le scadenze fissate/n. relazioni previste	100%	20	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 75% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 75 e 100%		
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n. azioni intraprese/n. attività previste	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n. adempimenti effettuati entro 7 gg dalla notifica alla UOC/n. totale richieste notificate alla UOC	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
1) Rispetto degli adempimenti previsti dalla normativa vigente "Trasmissione dei dati al Ministero della Funzione Pubblica - Anagrafe delle Prestazioni", in materia di: 1.a) conferimento di consulenze ed incarichi esterni, con successiva comunicazione dei pagamenti effettuati, in ottemperanza all' art. 127 L. 662/96; 1.b) autorizzazione incarichi ai propri dipendenti, con successiva comunicazione dei compensi percepiti, in ottemperanza al D. lgs. n. 165/2001. 2) Rispetto degli adempimenti previsti dall'art. 15 della L. 33/2013 – "Obblighi di pubblicazione delle consulenze ed incarichi esterni"; 3) Rispetto degli adempimenti previsti dall'art. 18 della L. 33/2013 – "Obblighi di pubblicazione degli incarichi conferiti ai dipendenti Pubblici"; 4) Rispetto degli adempimenti previsti dall' art. 23 c. 1 lett. D e c. 2 della L. 33/2013 "Obblighi di pubblicazione concernenti i provvedimenti amministrativi".	n.adempimenti ottemperati nei tempi e modalità previste/n.adempimenti previsti	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza - aggiornamento 2019.	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	15	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		



BUDGET 2021

UOC Risorse Umane

OBBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE	PESO Raggiunto
Gestione e monitoraggio della trasmissione all'Assessorato Regionale dei Flussi Informativi, ed analisi delle eventuali problematiche rilevate	n.attività espletate nei tempi previsti/n.attività richieste	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 70% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100% - del 15% se compresi tra 70 e 90%.		
Redazione CE trimestrale: produzione di relazione dettagliata relativa ai costi sostenuti e ai macroaggregati economici di gestione trasmissione all'UOC SEF entro il 15° giorno del mese successivo al trimestre di riferimento	n. relazioni trasmesse entro le scadenze fissate/n. relazioni previste	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 75% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 75 e 100%		
Rideterminazione dei fondi della contrattazione integrativa e monitoraggio trimestrale sulla relativa spesa	n.proposte rideterminazione fondi effettuate/n.proposte previste	n.proposte effettuate/n.proposte previste	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n.azioni intraprese/n.attività previste	100%	14	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n.adempimenti effettuati entro 5gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Puntualità nei pagamenti 2: definire il processo di autorizzazione ai pagamenti previa verifica di corrispondenza tra prestazione e/o bene ricevuto rispetto a quello addebitato all'Azienda entro 25 gg dalla data di registrazione della fattura su Piattaforma fatturazione elettronica (a carico del SEF)	n.medio di giornate impiegate per la definizione del processo di autorizzazione pagamenti	<= 25 gg	14	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio <= 25 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg		
Monitoraggio dell'osservanza delle direttive aziendali verso il personale	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza - aggiornamento 2019.	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Definizione di ruoli e responsabilità nell'attività caratteristica di CdG. Individuazione delle risorse coinvolte nell'attività di controllo dei feedback segnalati dal CdG	Produzione documento che definisca quanto previsto in obiettivo entro giugno 2021	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.		

BUDGET 2021



UOC Risorse Umane

Mappatura e riallocazione del personale nei centri di costo corretti e Rilevazione personale non dipendente	Mappatura completa delle singole risorse al fine di individuare i centri di costo di competenza e provvedere alla corretta allocazione del personale entro settembre 2021 Rilevazione del personale non dipendente come disciplinato dal DDG 1215/2016.	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se al Flusso Personale tutte le risorse risulteranno allocate (compresi i non dipendenti) e se il ricontro dai Direttori di UO all'invio dei report nominativi trasmessi, sarà positivo per almeno il 95% delle risorse allocate.		
Gestione del campo "data prima assunzione"	Applicazione delle linee guida, DDG 1215/2016, relativamente alla corretta compilazione del campo "data di prima assunzione" entro febbraio 2020.	SI	4	L'obiettivo si intende raggiunto se al Flusso Personale tutti i campi saranno correttamente gestiti.		
Riconciliazione del fabbisogno del personale con la dotazione organica (obiettivo condiviso con Area Tecnica)	Predisposizione, ad uso interno, di un campo che consenta di riconciliare il fabbisogno del personale con la dotazione organica entro febbraio 2020	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.		
Alimentazione del modulo giuridico relativo al personale dipendente	Introduzione di alert e vincoli a sistema che segnalino la mancata alimentazione delle informazioni di carattere giuridico (data prima assunzione, aspettative, inidoneità, % di attribuzione CdC...) entro febbraio 2020	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se al Flusso Personale al III trimestre 2021 tutti i campi saranno correttamente gestiti.		

BUDGET 2021

UOC ECONOMICO FINANZIARIO



OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE	PESO Raggiunto
Gestione ed elaborazione dei modelli di rilevazione periodiche economiche e patrimoniali (Mod. CE ed SP) e riscontro di ogni richiesta dati da parte della regione inerente il Bilancio e la contabilità aziendale.	n. modelli trasmessi nei tempi previsti/n.modelli richiesti	100%	15	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	previo riscontro entro i termini delle UU.OO.CC.	
Puntualità dei pagamenti 1: registrazione contabile delle fatture su piattaforma di fatturazione elettronica entro 15 gg dalla ricezione delle stesse	n.medio di giornate impiegate per la registrazione delle fatture	<= 15 gg	20	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio < = 15 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg	la verifica delle registrazioni verrà effettuata su un campione di 50 fatture	
Puntualità dei pagamenti 3: predisposizione degli ordinativi di pagamento sulla scorta della effettiva trasmissione dei provvedimenti amministrativi adottati dalle Aree competenti	n.medio di giornate impiegate per la definizione delle procedure propedeutiche al processo di pagamento	<= 20 gg	20	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio < = 20 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg	previa verifica positiva di Equitalia, DURC, Pignoramenti e disponibilità di cassa	
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n.azioni intraprese/n.attività previste	100%	16	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	fatta eccezione agli effetti contabili afferenti alla procedura straordinaria del Patrimonio che l'Azienda dovrà porre in essere con apposita gara	
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n.adempimenti effettuati entro 5gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC	100%	16	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza - aggiornamento 2019.	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	13	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		

BUDGET 2021

UOC Gestione Tecnica



OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE	PESO Raggiunto
Monitoraggio degli interventi edilizi in corso o in programmazione con particolare riferimento a quelli ex art. 71 e 20 assegnati all'area	n.schede di trasmissione e provvedimenti di approvazione prodotte nel rispetto dei termini previsti/n.schede previste (richieste)	100%	12	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Redazione CE trimestrale: produzione di relazione dettagliata relativa ai costi sostenuti e ai macroaggregati economici di gestione trasmissione all'UOC SEF entro il 15° giorno del mese successivo al trimestre di riferimento	n. relazioni trasmesse entro le scadenze fissate/n. relazioni previste	100%	12	L'obiettivo si intende raggiunto per valori > = al 75% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 75 e 100%		
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza - aggiornamento 2019.	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n.adempimenti effettuati entro 5gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Puntualità nei pagamenti 2: definire il processo di autorizzazione ai pagamenti previa verifica di corrispondenza tra prestazione e/o bene ricevuto rispetto a quello addebitato all'Azienda entro 25 gg dalla data di registrazione della fattura su Piattaforma fatturazione elettronica (a carico del SEF)	n.medio di giornate impiegate per la definizione del processo di autorizzazione pagamenti	<= 25 gg	12	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio < = 25 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg		
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n.azioni intraprese/n.attività previste	100%	12	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Gestione e implementazione degli interventi di informatizzazione in fase di programmazione ex art.71 assegnati all'area: garantire la non regressione rispetto alle funzioni oggi utilizzate da tutte le aree Aziendali	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	12	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Rilevazione a sistema da parte dell'ufficio tecnico dei beni attualmente non gestiti a sistema.	Gestione degli ordini e delle connesse movimentazioni di magazzino secondo procedura aziendale tramite sistema informativo ausiliario entro febbraio 2020	SI	10	L'obiettivo si intende raggiunto se al pilastro beni I trimestre risultano movimentati da parte dell'Area tecnica beni ad oggi non movimentati a sistema		
Gestione dei contratti multi-CIG assicurando il rispetto delle condizioni indicate dalle linee guida 1277/2017 (obiettivo condiviso con la UOC Provveditorato)	Definizione e formalizzazione di ruoli, responsabilità, tempistiche e modalità di coordinamento, entro febbraio 2020, del personale operativo/strutture organizzative coinvolte nel processo di produzione e controllo di coerenza dei dati prodotti	SI	10	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.		

BUDGET 2021						
UOC Provveditorato						
 Civico Di Cristina Benfratelli						
OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE	PESO Raggiunto
Gestione e monitoraggio della trasmissione all'Assessorato Regionale dei Flussi Informativi, ed analisi delle eventuali problematiche rilevate	n.attività espletate nei tempi previsti/n.attività richieste	100%	15	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 70% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100% - del 15% se compresi tra 70 e 90%.		
Redazione CE trimestrale: produzione di relazione dettagliata relativa ai costi sostenuti e ai macroaggregati economici di gestione trasmissione all'UOC SEF entro il 15° giorno del mese successivo al trimestre di riferimento	n. relazioni trasmesse entro le scadenze fissate/n. relazioni previste	100%	13	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 75% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 75 e 100%		
Puntualità nei pagamenti 2: definire il processo di autorizzazione ai pagamenti previa verifica di corrispondenza tra prestazione e/o bene ricevuto rispetto a quello addebitato all'Azienda entro 25 gg dalla data di registrazione della fattura su Piattaforma fatturazione elettronica (a carico del SEF)	n.medio di giornate impiegate per la definizione del processo di autorizzazione pagamenti	<= 35 gg	14	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio <= 35 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg		
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n.azioni intraprese/n.attività previste	100%	14	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n.adempimenti effettuati entro 5gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC	100%	13	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza - aggiornamento 2019.	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Collaborazione alla centrale di committenza ai fini del conseguimento di economie di scala e dell'efficientamento delle procedure di appalto	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	13	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Gestione dei contratti multi-CIG assicurando il rispetto delle condizioni indicate dalle linee guida 1277/2017.	Applicazione, entro aprile 2021, delle linee guida del DDG 1277/2017 relativamente alla corretta associazione "Identificativo contratti-CIG"	SI	4	L'obiettivo si intende raggiunto se alla trasmissione del pilastro beni non vengano rilevati dai controlli Assessoriali errori relativo all'oggetto.		
Gestione dei contratti multi-CIG assicurando il rispetto delle condizioni indicate dalle linee guida 1277/2017 (obiettivo Condiviso con UOC Gestione Tecnica-ICT).	Definizione e formalizzazione di ruoli, responsabilità, tempistiche e modalità di coordinamento, entro aprile 2021, del personale operativo/strutture organizzative coinvolte nel processo di produzione e	SI	4	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.		



BUDGET 2021 UOC STAFF							
U.O.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	UOS/Servizio di riferimento	PESO RAGGIUNTO
STAFF	Programmazione corsi di formazione in materia di tutela della salute e sicurezza dei luoghi di lavoro (D.Lgs 81/2008 e s.m.i.)	n corsi effettuati/n corsi programmati	90%	10		SPP	
	Pianificazione, organizzazione e monitoraggio dei processi riguardanti l'Attività di Libera Professione Intramuraria	Produzione relazione	SI	10		ALPI	
	Monitoraggio qualitativo interno delle interrogazioni dell'utenza in termini di segnalazioni e reclami	n telefonate classificate (classificazione secondo schema di riferimento reclami applicato per le AO area metropolitana di Palermo)/n telefonate pervenute	100%	10		URP	
	Elaborazione del Piano Formativo per l'anno 2018	Stesura del documento programmatico entro il 31/12/2021	SI	10		FORMAZIONE	
	Controllo, monitoraggio e pianificazione delle attività delle Sale Operatorie dell'ARNAS Civico	Report analisi dei dati attività operatoria	Numero di report/numero di sale operatorie	10		COORD SAL OP	
	Invio puntuale dei Flussi Informativi Istituzionali nei tempi previsti	n invii/n previsti	100%	10		FLUSSI INF.	
	Gestione e monitoraggio delle visite di Sorveglianza Sanitaria per il personale	Visite effettuate/visite programmate	80%	10		SORV SANIT	
	Predisposizione e Aggiornamento della Carta dei Servizi aziendale	trasmissione alla Direzione Aziendale	SI	10		QUALITA'	
	Monitoraggio periodico dei Tempi di Attesa per le 43 prestazioni ambulatoriali critiche	Redazione di almeno 2 report sul monitoraggio dei tempi di attesa	> 2	10		CUP	
	Coordinamento e monitoraggio dei Progetti Obiettivo di Piano Sanitario Nazionale	N di progetti monitorati/N di progetti presentati	100%	10		SIRS	

