



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

**Azienda Ospedaliera ARNAS Civico G. Di Cristina Benfratelli**

**Piano della Performance**

**2019-2021**

INDICE	pag
<b>1. Presentazione del Piano</b>	3
<b>2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni</b>	4
<i>2.1 Chi siamo</i>	4
<i>2.2 Cosa facciamo</i>	5
<i>2.3 Come operiamo</i>	5
<b>3. Identità</b>	6
<i>3.1 L'amministrazione in cifre</i>	6
<b>Analisi delle attività</b>	6
<b>La situazione finanziaria</b>	14
<i>3.2. Mandato Istituzionale e Missione</i>	14
<b>Il Piano di Efficientamento</b>	15
<i>3.3. L'Albero della performance</i>	16
<b>Il Direttore Generale</b>	17
<b>Il Collegio Sindacale</b>	18
<b>Il Collegio di Direzione</b>	18
<b>Il Direttore Amministrativo</b>	18
<b>Il Direttore Sanitario</b>	19
<b>Lo Staff della Direzione Aziendale</b>	20
<b>Il Dipartimento</b>	20
<b>4. Analisi del contesto</b>	23
<i>4.1 Analisi del contesto esterno</i>	23
<i>4.2 Analisi del contesto interno</i>	24
<b>5.Obiettivi Strategici</b>	27
<b>6.Dagli obiettivi Strategici agli Obiettivi Operativi</b>	31
<i>6.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale</i>	33
<b>7. Il processo del ciclo di gestione della performance</b>	34
<i>7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano della performance</i>	34
<b>Valutazione della performance organizzativa</b>	35
<b>Valutazione della performance individuale dei dirigenti e del comparto</b>	36

<i>7.2 Coerenza con la programmazione economico finanziaria e di bilancio</i>	37
<i>7.3 Raccordo con il Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza</i>	37
<i>7.4 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance</i>	38
<i>7.4.1 Interventi Area Sanitaria</i>	39
<i>Riorganizzazione logistica</i>	39
<i>7.4.2 Interventi Area Amministrativa</i>	40
Scheda n.1 - Analisi del contesto esterno ed interno	41
Scheda n.2 - Analisi quali-quantitativa delle risorse umane	42
Scheda n. 3 - Rilevazione obiettivi/indicatori	43

## 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 all'anno 2017, essendo i dati relativi all'anno 2018 ancora in fase di consuntivazione all'epoca di redazione del piano stesso.



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.

## 2.3 Come operiamo

L'ARNAS Civico 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 2017 è pari a 2.717 unità (teste pesate): la tabella che segue contiene alcuni dati descrittivi riguardanti le risorse umane impiegate presso l'ARNAS.

Per l'analisi quali – quantitativa delle risorse umane si reinvia alla scheda 2.

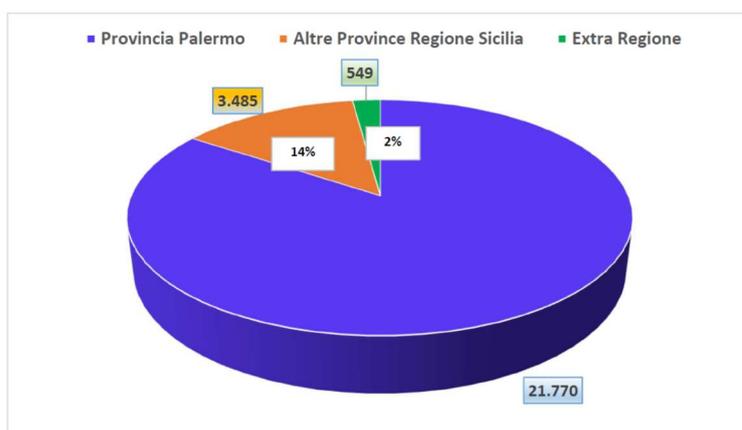
#### Analisi delle Attività

##### a) Ricoveri ordinari

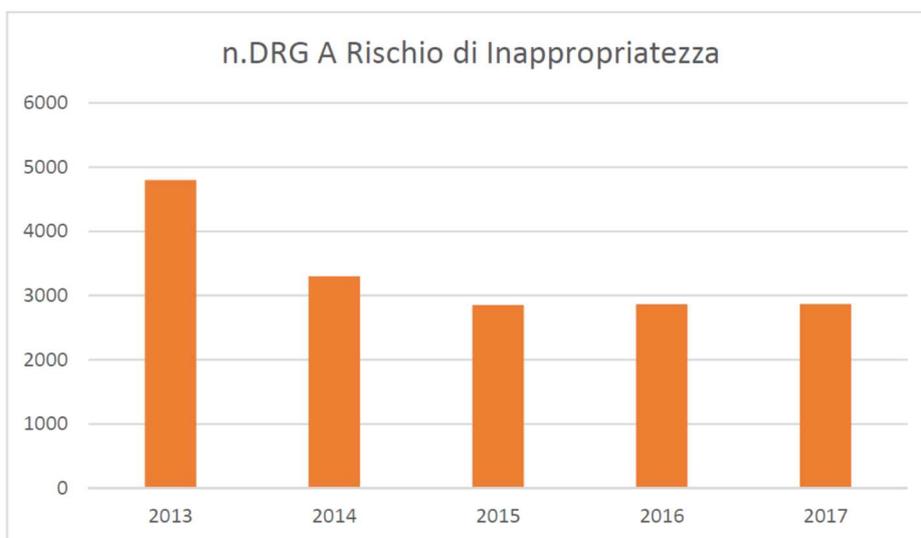
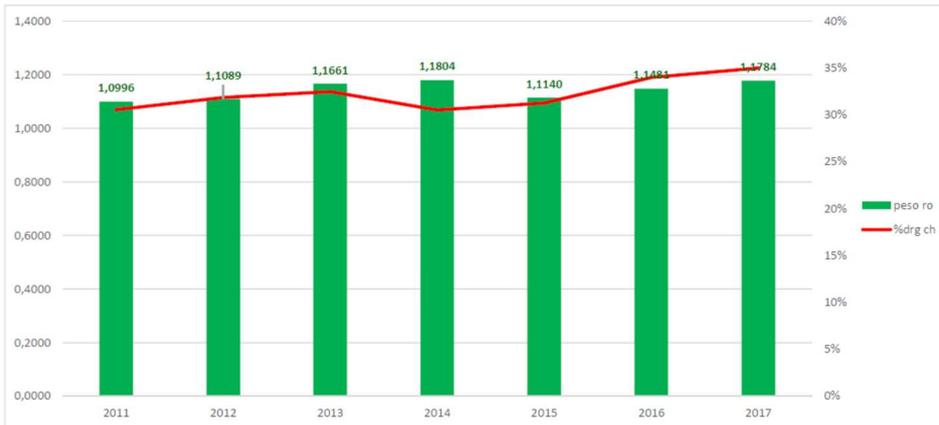
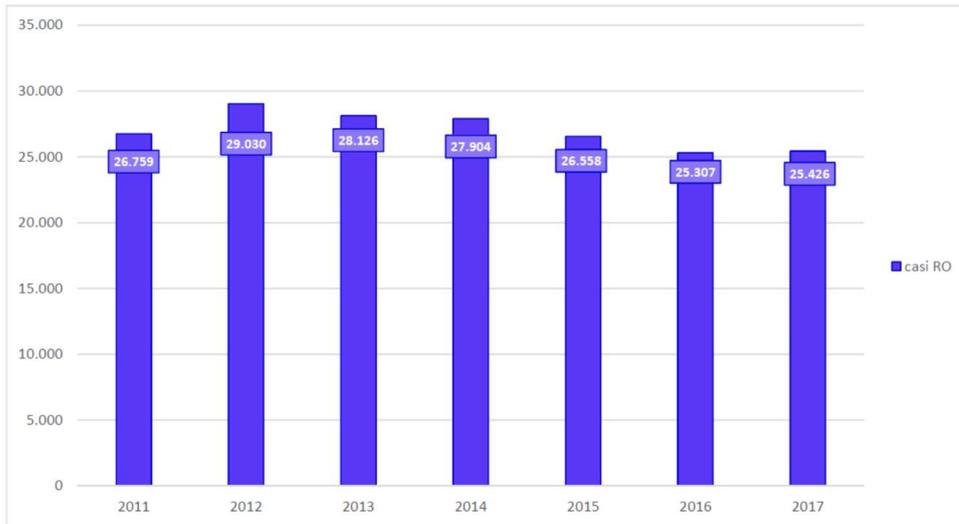
All'interno dell'ARNAS coesiste un doppio mandato istituzionale che riguarda da un lato l'assistenza in emergenza-urgenza, dall'altro le prestazioni assistenziali programmate. Infatti, questa ARNAS è coinvolta in tutte le Reti Assistenziali, dell'Emergenza e Cliniche, predisposte dall'Assessorato della 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%.

#### Residenza pazienti:



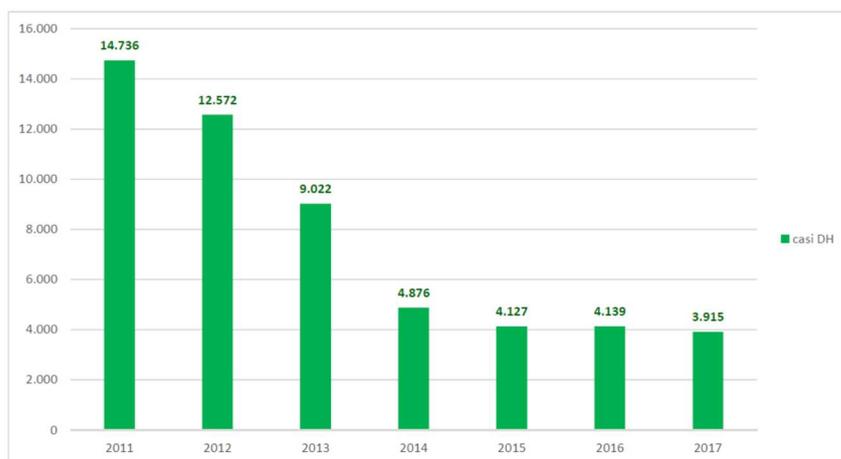
**Numero Ricoveri, Peso Medio e DRG Chirurgici:**



## b) Ricoveri a ciclo diurno: Day Hospital

I ricoveri a ciclo diurno consentono di effettuare prestazioni sanitarie programmate, anche molto complesse, multi-professionali 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.

### Numero Ricoveri:

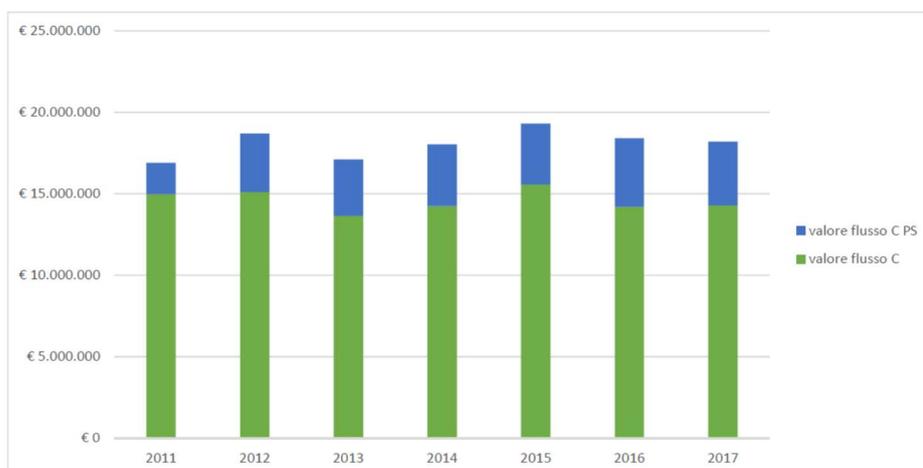


## c) Attività Ambulatoriale

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.

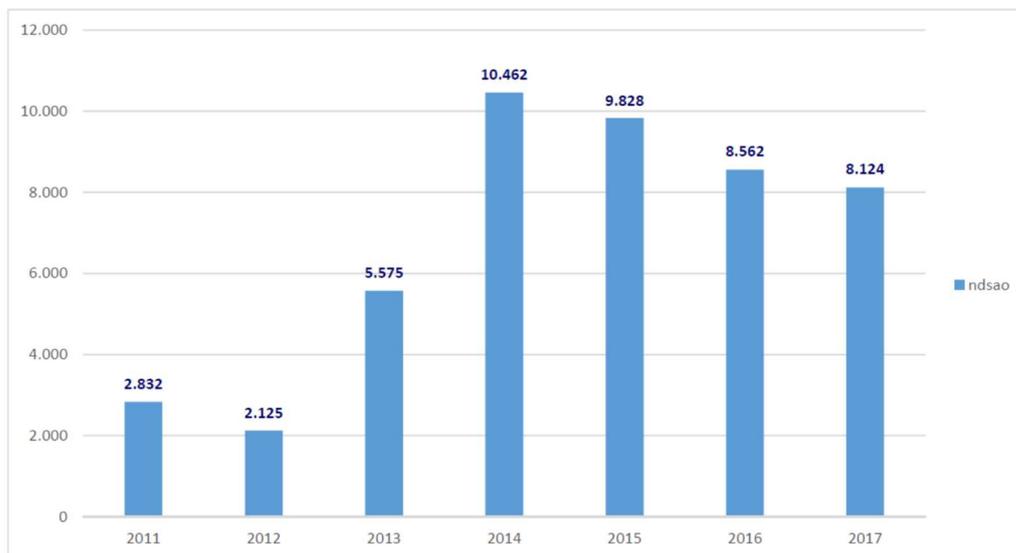
Relativamente a quest'ultima tipologia, le prestazioni erogate in favore di pazienti che, in seguito agli accertamenti effettuati, non vengono ricoverati, vengono rendicontate come file C.

### Valore prestazioni ambulatoriali (flusso C):



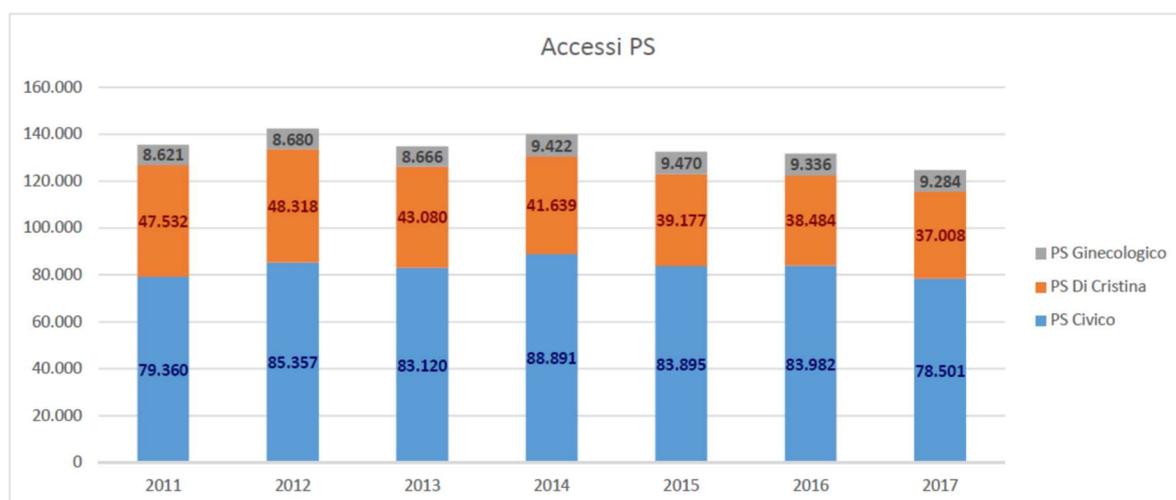
Il **regime di Day Service**, afferente al setting assistenziale di tipo ambulatoriale, consente di erogare prestazioni o pacchetti di prestazioni, anche complesse, che non necessitino di regime di ricovero e/o assistenza notturna.

**Numero prestazioni di Day Service:**



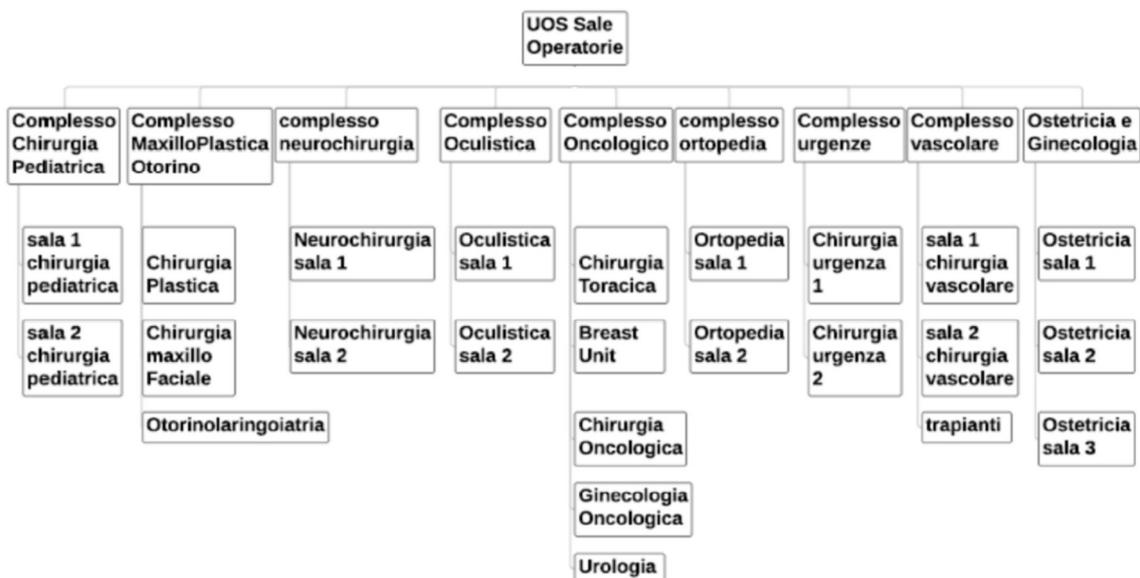
**d) Attività di Pronto Soccorso**

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).



## Il Complesso Operatorio

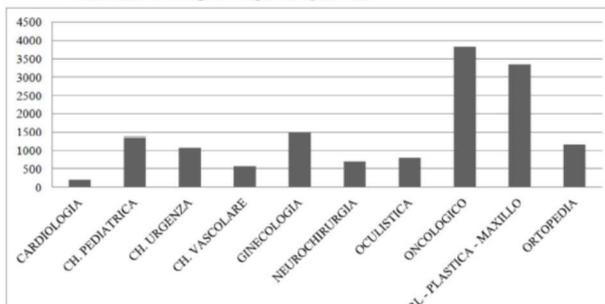
L'ARNAS Civico G.Di Cristina Benfratelli presenta 9 complessi operatori, 8 nel presidio Civico e 1 nel presidio G.Di Cristina, per un totale di 21 sale operatorie coordinate dalla UOS "Coordinamento Sale Operatorie" nell'ambito dello Staff della Direzione Strategica.



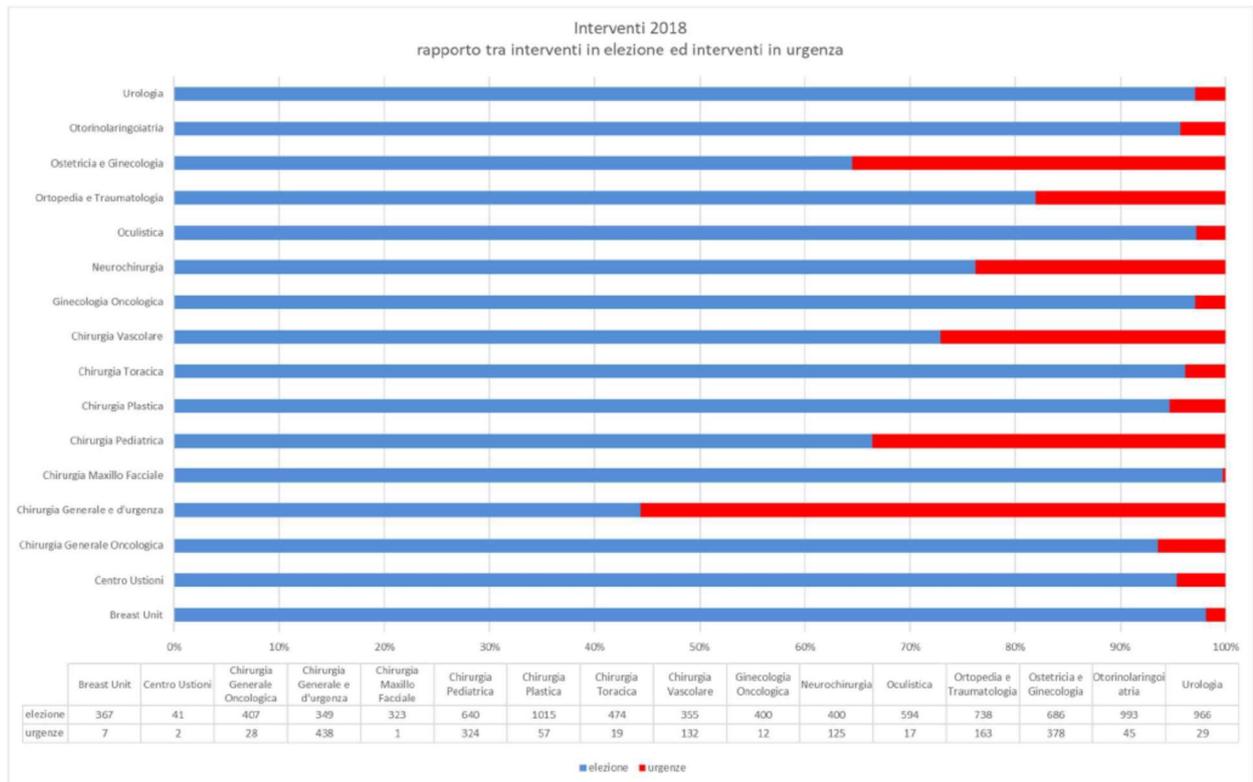
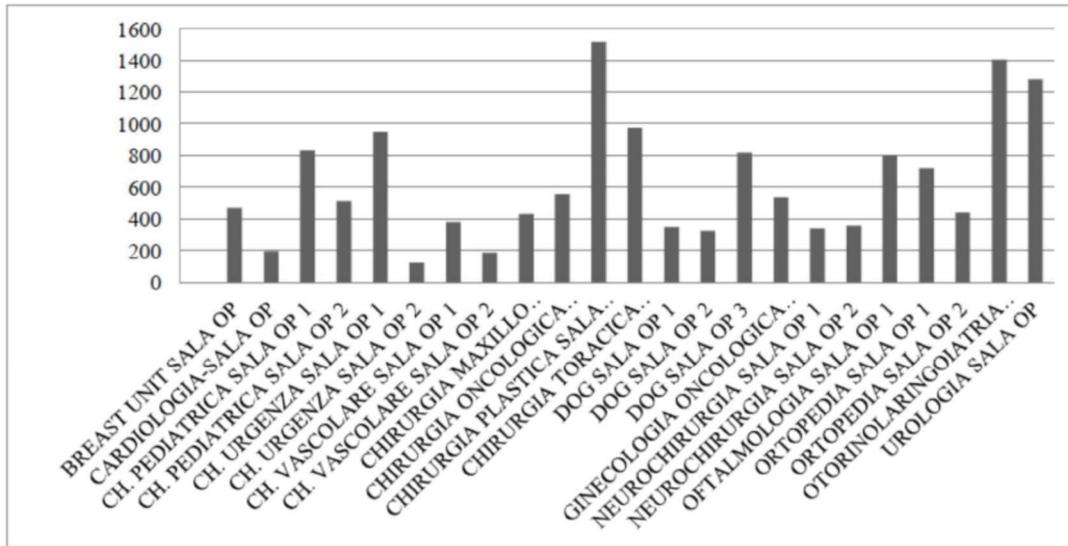
Numero interventi per Complesso Operatorio

	Frequenza	Percentuale
Cardiologia	194	1,34
Ch. Pediatrica	1347	9,28
Ch. Urgenza	1076	7,41
Ch. Vascolare	569	3,92
Ginecologia	1492	10,28
Neurochirurgia	701	4,83
Oculistica	800	5,51
Oncologico	3823	26,34
Orl - plastica - maxillo	3351	23,09
Ortopedia	1161	8,00
Totale	14514	100,00

Numero interventi per Complesso Operatorio



### Numero interventi per Sala Operatoria

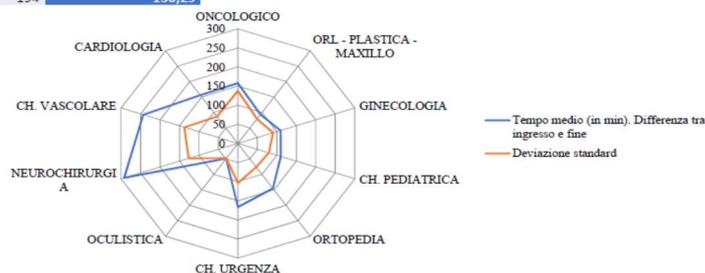


Tempi medi per le principali fasi in sala operatoria in relazione al tipo di intervento. Utilizzato il Test t. In grassetto i p-value significativi.

	Tipo di intervento				p-value
	Elezione		Urgenza		
	Numero osservazioni	Media (min) e dev. Standard	Numero osservazioni	Media (min) e dev. Standard	
Differenza tra ingresso e fine	12203	135,61 ± 117,64	2311	144,36 ± 112,21	<b>p&lt;0,001</b>
Differenza tra ingresso e inizio anestesia	6687	28,04 ± 37,18	899	26,00 ± 44,10	p=0,066
Differenza tra inizio anestesia e inizio chirurgia	6673	29,63 ± 27,14	899	26,66 ± 31,84	<b>p=0,001</b>
Differenza tra inizio chirurgia e fine chirurgia	7425	77,87 ± 89,41	1073	77,22 ± 75,38	p=0,410
Differenza tra fine chirurgia e fine anestesia	6132	11,04 ± 16,16	845	15,91 ± 38,14	<b>p&lt;0,001</b>
Differenza tra fine anestesia e fine	6138	19,99 ± 18,75	845	21,02 ± 18,28	p=0,067

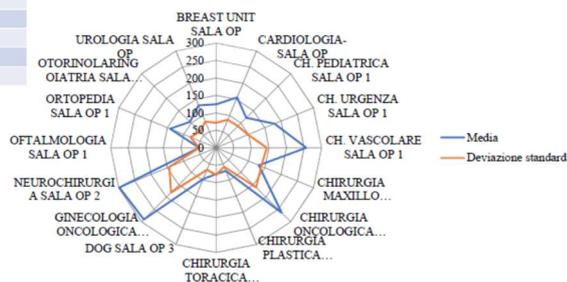
### Numero di interventi e tempi per complesso operatorio

	Numero di interventi	Tempo medio (in min). Differenza tra ingresso e fine
Oncologico	3823	157,79
Orl - plastica - maxillo	3351	93,49
Ginecologia	1492	109,77
Ch. Pediatrica	1347	109,94
Ortopedia	1161	145,25
Ch. Urgenza	1076	166,53
Oculistica	800	48,89
Neurochirurgia	701	291,93
Ch. Vascolare	569	242,99
Cardiologia	194	156,29



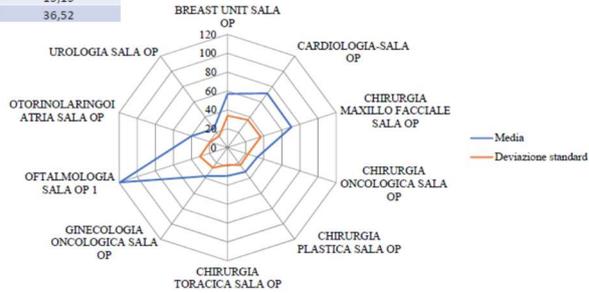
### Numero di interventi e tempi per Sale Operatorie selezionate. Tempo medio (in min).

	Numero di interventi	Media	Deviazione standard
BREAST UNIT SALA OP	472	124,48	71,64
CARDIOLOGIA-SALA OP	194	156,29	86,91
CH. PEDIATRICA SALA OP 1	833	121,34	87,65
CH. URGENZA SALA OP 1	951	180,14	98,44
CH. VASCOLARE SALA OP 1	382	256,20	143,99
CH. MAXILLO FACCIALE SALA OP	429	131,23	138,78
CHIRURGIA ONCOLOGICA SALA OP	558	263,92	160,41
CHIRURGIA PLASTICA SALA OP	1517	71,92	59,16
CHIRURGIA TORACICA SALA OP	976	75,35	77,47
DOG SALA OP 3	817	97,06	68,36
GINECOLOGIA ONCOLOGICA SALA OP	536	290,56	180,91
NEUROCHIRURGIA SALA OP 2	359	298,15	144,48
OFTALMOLOGIA SALA OP 1	800	48,89	48,07
ORTOPEDIA SALA OP 1	719	141,82	79,62
OTORINOLARINGOIATRIA SALA OP	1405	105,26	64,84
UROLOGIA SALA OP	1281	131,08	81,06



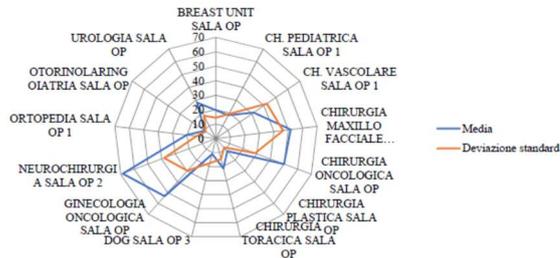
Media e deviazione standard in minuti del ritardo di inizio interventi per sale operatorie selezionate (inizio di riferimento fissato come ore 8:00 am)

	Numero di interventi	Media	Deviazione standard
BREAST UNIT SALA OP	133	56,99	33,87
CARDIOLOGIA-SALA OP	88	71,10	36,27
CH. MAXILLO-FACCIALE SALA OP	194	70,62	36,64
CHIRURGIA ONCOLOGICA SALA OP	201	32,86	22,60
CHIRURGIA PLASTICA SALA OP	212	31,65	22,98
CHIRURGIA TORACICA SALA OP	186	29,98	18,36
GINECOLOGIA ONCOLOGICA SALA OP	201	37,33	26,38
OFTALMOLOGIA SALA OP	153	119,24	30,55
OTORINOLARINGOIATRIA SALA OP	263	39,87	19,38
UROLOGIA SALA OP	252	24,76	15,15
<b>Totale</b>	<b>1883</b>	<b>47,21</b>	<b>36,52</b>



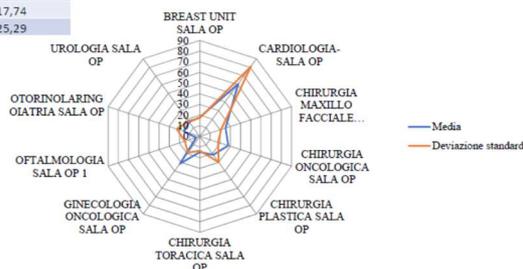
Numero di interventi e tempi per Sale Operatorie selezionate. Tempo medio (in min) - Differenza tra inizio anestesia e inizio chirurgia

	Numero di interventi	Media	Deviazione standard
BREAST UNIT SALA OP	441	19,59	14,32
CH. PEDIATRICA SALA OP 1	340	18,27	19,06
CH. VASCOLARE SALA OP 1	365	31,58	42,50
CH. MAXILLO FACCIALE SALA OP	3	51,67	46,46
CHIRURGIA ONCOLOGICA SALA OP	550	50,00	28,81
CHIRURGIA PLASTICA SALA OP	308	11,67	8,26
CHIRURGIA TORACICA SALA OP	630	21,41	14,55
DOG SALA OP 3	45	11,02	17,46
GINECOLOGIA ONCOLOGICA SALA OP	529	53,31	29,77
NEUROCHIRURGIA SALA OP 2	357	68,45	38,05
ORTOPEDIA SALA OP 1	718	20,25	13,56
OTORINOLARINGOIATRIA SALA OP	731	9,36	8,59
UROLOGIA SALA OP	1262	28,11	17,68



Media e deviazione standard in minuti dell'intervallo che trascorre dall'utilizzo della sala operatoria tra la fine (uscita del paziente dalla sala operatoria) e l'inizio (entrata di un nuovo paziente in sala operatoria) di un altro. Risultati per sale operatorie selezionate (calcolato sull'intervallo ore 8:00-14:00).

	Numero di interventi	Media	Deviazione standard
BREAST UNIT SALA OP	137	17,96	17,22
CARDIOLOGIA-SALA OP	35	60,86	81,24
CH. MAXILLO-FACCIALE SALA OP	180	25,23	20,89
CHIRURGIA ONCOLOGICA SALA OP	92	28,02	17,89
CHIRURGIA PLASTICA SALA OP	676	21,38	30,21
CHIRURGIA TORACICA SALA OP	336	14,69	13,42
GINECOLOGIA ONCOLOGICA SALA OP	75	31,76	18,87
OFTALMOLOGIA SALA OP 1	535	3,55	14,75
OTORINOLARINGOIATRIA SALA OP	152	15,77	22,61
UROLOGIA SALA OP	212	16,83	17,74
<b>Totale</b>	<b>2430</b>	<b>17,01</b>	<b>25,29</b>



## 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 2017, approvato dall'Organo Tutorio della Regione, si è concluso con un utile di esercizio pari a € 285.000.

### 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, 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 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.

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 della fase acuta della malattia, a qualunque età, e pertanto riconosce come caratteristica prioritaria di indirizzo nel proprio funzionamento la massima integrazione delle competenze e tecnologie esistenti. L'ospedale stesso è parte di un sistema integrato, a 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. Il capitale più prezioso di cui l'Azienda dispone per assolvere la propria missione, è l'alta professionalità degli operatori, l'ospedale si caratterizza quindi, anche come luogo di sviluppo di cultura sanitaria, di ricerca intellettuale, di aggiornamento professionale e formazione continua.

La crescita e lo sviluppo dell'ospedale dipendono dalla massima espressione di tutte le risorse disponibili, 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 l'opportunità 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 e territoriali, volti ad assicurare ai pazienti la continuità assistenziale.

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

- 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 confort 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;
- 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.

### **Il Piano di efficientamento**

L'art. 1, comma 528, della Legge 28 dicembre 2015, n. 208 ha introdotto, per gli enti individuati dalla Regione ai sensi del Decreto del Ministro per la Salute 21 giugno 2016, l'obbligo di presentare alla medesima un piano di efficientamento, entro i novanta giorni successivi all'emanazione del provvedimento regionale.

La Regione Siciliana, con Decreto dell'Assessore per la Salute n. 1649 del 13 settembre 2016, ha indicato che l'ARNAS Civico, Di Cristina, Benfratelli, doveva produrre un piano di efficientamento con un obiettivo di rientro, a fine 2019, di 39.782,76 migliaia di euro; con un obiettivo di riduzione delle perdite per l'esercizio 2017 di 11.934,83 migliaia di euro e di 27.847,93 per gli esercizi 2018 e 2019.

L'ARNAS Civico, Di Cristina, Benfratelli ha trasmesso all'Assessorato Regionale alla Sanità il suo Piano di Efficientamento con prot. n. 25090 del 12/12/2016.

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'efficiamento 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 2014-2017, 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.

Con nota prot.n.15974 del 29/09/2017, facendo seguito alla comunicazione del 28/07/2017 del Responsabile dell'Area 2 del Dipartimento Pianificazione Strategica, venivano trasmesse, al Direttore del Dipartimento Pianificazione Strategica dell'Assessorato della Salute, le modifiche al Piano di Efficientamento 2017-2019 relativamente alla rideterminazione dei valori tendenziali e programmatici del triennio e relativi risultati economici.

**Come riportato dalla nota prot.n.94344 del 14/12/2017 del Servizio 5 del Dipartimento Pianificazione Strategica dell'Assessorato della Salute, si rimane in attesa delle indicazioni ministeriali di attuazione, conseguenti alla pronuncia della Corte costituzionale (sentenza n.192/2017) su ricorso della Regione Veneto che riconosce "l'illegittimità di alcuni commi del decreto" ministeriale.**

### **3.3. L'Albero della performance**

In data 31/07/2017 si è esaurito il mandato relativo all'incarico di Direttore Generale dell'ARNAS Civico, Di Cristina Benfratelli del Dott. Giovanni Migliore, insediatosi in data 01/07/2014, giusta Delibera della giunta della Regione Siciliana n.129 dell'11/06/2014.

Con nota dell'Assessorato della Salute prot.n.53930 del 29/06/2017, è stata disposta la proroga del suddetto incarico sino all'emanazione del decreto presidenziale di nomina del commissario straordinario.

Con D.P.R.S. n.389/Serv.1/S.G. del 1 agosto 2017, notificato dall'Assessorato della Salute con nota Prot. 63605 del 02/08/2017, il Presidente della Regione Siciliana ha disposto la nomina del Dott. Giovanni Migliore a Commissario dell'ARNAS Civico, Di Cristina Benfratelli, sino alla nomina del nuovo Direttore Generale.

Il 2 agosto 2017, il dott. Giovanni Migliore si è insediato nell'incarico di Commissario dell'ARNAS Civico, Di Cristina Benfratelli (delibera del Commissario n.1 del 02 agosto 2017).

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 “.

L'attuale articolazione organizzativa dell'Azienda è quella derivante da Atto Aziendale approvato con deliberazione n.986 del 9 giugno 2017.

Con Decreto Assessoriale n.22 dell'11/01/2019 “Adeguamento della rete ospedaliera al DM 2 aprile 2015, n.70” è stato approvato il documento di riordino della Rete Ospedaliera di cui fanno parte i Cronoprogrammi “standard discipline ex DM70” e “riorganizzazione reti tempo-dipendenti e assistenziali”.

L'attuazione del progetto legato al nuovo riordino della rete ospedaliera determinerà una consistente riduzione del numero delle strutture complesse a livello regionale, e, **a livello di ciascuna Azienda la conseguente necessità di aggiornare l'atto aziendale, la dotazione organica e il piano triennale del fabbisogno.**

In atto, 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.

Per “struttura” si intende l'articolazione interna dell'Azienda alla quale è attribuita la responsabilità di beni strumentali e risorse umane e tecnologiche. La Struttura costituisce quindi un “Centro di Responsabilità” gestionale, e il suo Responsabile partecipa attivamente ai processi di Budget aziendali e alla definizione delle modalità di raggiungimento degli obiettivi.

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.

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:

- la gestione complessiva dell'Azienda ed è tenuto pertanto, ad assicurarne il regolare funzionamento anche attraverso l'esercizio dei poteri di indirizzo e controllo;
- tutte le funzioni non attribuite, da disposizioni di legge o regolamenti attuativi, ad altri livelli direzionali o dirigenziali, in particolare: a) l'adozione dell'atto Aziendale di cui all'art. 3 comma 1 bis del D.Lgs. 502/92 e sue successive modificazioni, b) l'adozione di tutti gli atti relativi ai piani strategici pluriennali ed ai piani programmatici annuali di attività, c) l'adozione di tutti gli atti riguardanti la definizione di obiettivi, priorità, piani, programmi e direttive generali per l'azione amministrativa e la gestione, d) 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, e) la programmazione triennale del fabbisogno

di risorse e la programmazione annuale delle dinamiche complessive del personale, f) l'adozione della relazione sanitaria Aziendale annuale, g) l'individuazione delle risorse umane, materiali ed economico-finanziarie da destinare alle diverse finalità e la loro ripartizione tra le strutture complesse, h) l'adozione di tutti gli atti riguardanti l'acquisizione di beni e servizi per importi superiori alle quote eventualmente delegate, i) l'adozione di tutti gli atti riguardanti il trasferimento di personale presso altri enti e l'assunzione di personale, j) l'adozione di tutti gli atti aventi come oggetto la determinazione di tariffe, canoni e analoghi oneri a carico di terzi, k) la nomina dei componenti i Collegi Tecnici e dell'OIV, l) le nomine, designazioni, sospensioni, decadenze ed atti analoghi ad esso attribuiti da specifiche disposizioni, m) le decisioni e l'adozione dei relativi atti di indirizzo interpretativo ed applicativo in materia di norme nazionali e regionali, n) le decisioni in ordine al trasferimento nell'ambito dell'Azienda dei singoli presidi, o) le decisioni in materia di liti attive e passive, conciliazioni e transazioni, p) 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 del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, 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. 5. Il Direttore Generale, in quanto responsabile della direzione complessiva dell'Azienda, 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.
- nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento, può annullare di ufficio e/o revocare i provvedimenti amministrativi illegittimi o inopportuni, nonché assumere, le 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.

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;

Il Direttore Amministrativo, 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:

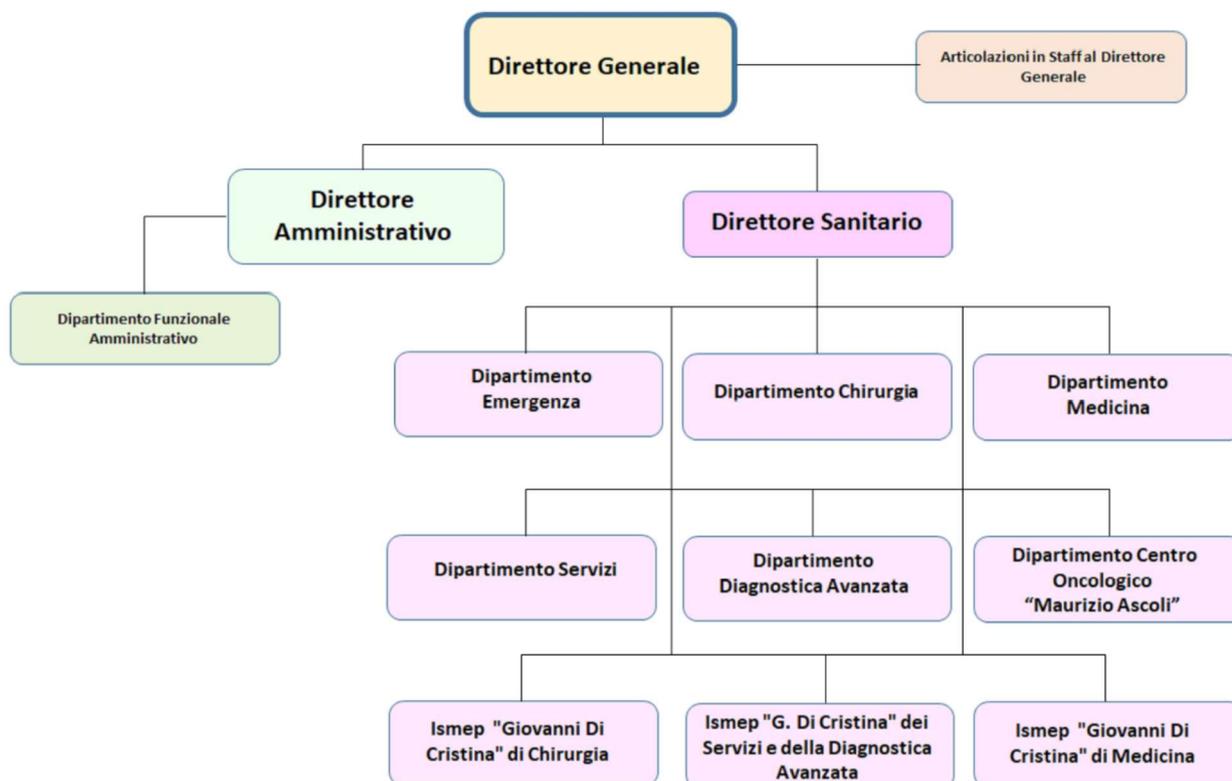
- a) coadiuva, unitamente al Direttore Amministrativo, il Direttore Generale nel governo dell'Azienda fornendogli pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza;
- b) dirige i servizi sanitari, ai fini tecnico-sanitari ed igienico-organizzativi, fatte salve le competenze, le responsabilità e le funzioni individuali dei singoli dirigenti previste dall'articolo 17 del D. Lgs 165/2001. 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;
- 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) predisponde con la collaborazione del Direttore Amministrativo la relazione sanitaria Aziendale annuale;
- 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 nelle iniziative previste per la partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini, in particolare adottando le misure necessarie per rimuovere i disservizi;
- l) promuove l'attività di formazione, aggiornamento e riqualificazione del personale dei servizi sanitari al fine del perseguimento degli obiettivi Aziendali;
- m) 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;
- n) fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza;
- o) presiede il Consiglio dei Sanitari ed il Comitato per il Buon uso del sangue.

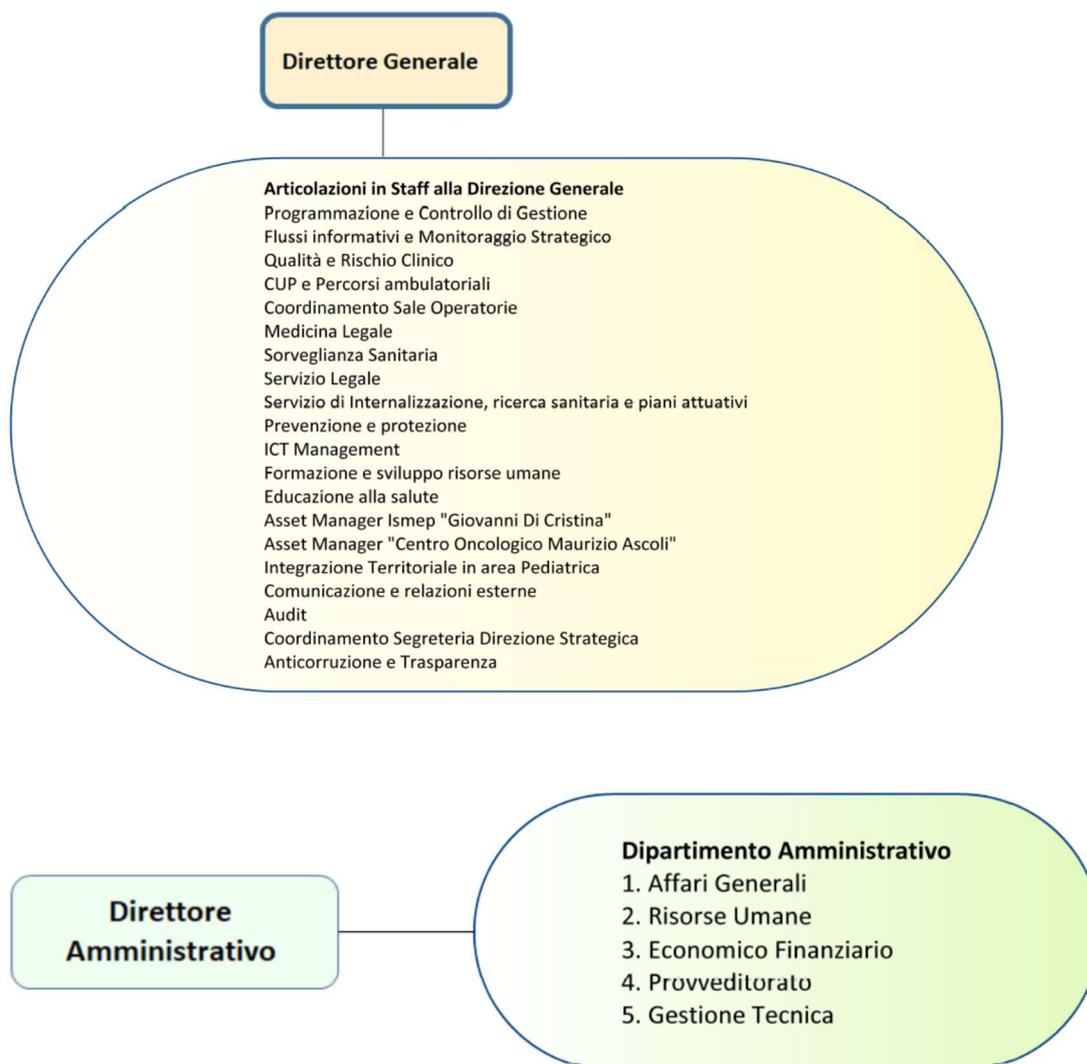
Il Direttore Sanitario, di sua iniziativa o su indicazione del Direttore Generale può, in qualsiasi momento, avocare a sé la trattazione diretta di materie o specifiche problematiche che rivestano particolare rilevanza nel contesto delle competenze dell'area sanitaria, adottando correlativamente tutti 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.





## Direttore Sanitario

### Dipartimento Emergenza

Ortopedia e Traumatologia  
 Anestesia e Rianimazione con Neuroranimazione  
 Anestesia e Rianimazione Con Trauma Center  
 Cardiologia  
 Chirurgia Generale e d'urgenza  
 Mcau con pronto soccorso e Obi  
 Neonatologia e Utin  
 Neurologia con Stroke  
 Ostetricia e Ginecologia  
 Radiologia

### Dipartimento Medicina

Endoscopia Digestiva  
 Lungodegenza  
 Malattie Infettive e Tropicali  
 Medicina Generale I  
 Medicina Generale II  
 Pneumologia  
 Recupero e Riabilitazione  
 UTIR  
 Medicina Penitenziaria

### Dipartimento Chirurgia

Chirurgia Maxillo-Facciale  
 Chirurgia Plastica  
 Chirurgia Vascolare  
 Nefrologia con Trapianto  
 Neurochirurgia  
 Oculistica  
 Otorinolaringoiatria

### Dipartimento Diagnostica Avanzata

Anatomia Patologica  
 Medicina Trasfusionale ed Immunoematologia  
 Microbiologia e Virologia  
 Neuroradiologia  
 Patologia Clinica  
 Laboratorio Specialistico di Oncologia

### Dipartimento Centro Oncologico "Maurizio Ascoli"

Breast Unit  
 Chirurgia Generale Oncologica  
 Chirurgia Toracica  
 Endoscopia Bronchiale  
 Ginecologia Oncologica  
 Hospice  
 Medicina Nucleare  
 Oncoematologia con Trapianto Autologo  
 Oncologia  
 Radioterapia  
 Urologia  
 Terapia del Dolore

### Dipartimento Servizi

Direzione Medica Ospedale Civico  
 Farmacia  
 Fisica Sanitaria  
 Psicologia

### Dipartimento Ismep "Giovanni Di Cristina" Di Medicina

Cardiologia Pediatrica  
 Ematologia con Talassemia  
 Neuropsichiatria Infantile

Oncoematologia Pediatrica  
 Pediatria a Indirizzo Gastroenterologico  
 Pediatria ad Indirizzo Infettivologico  
 Pediatria ad Indirizzo Nefrologico e Dialisi  
 Pediatria ad Indirizzo Pneumologico e Allergologico  
 Pediatria Generale  
 Pronto Soccorso Pediatrico con OBI

### Dipartimento Ismep "Giovanni Di Cristina" Di Chirurgia

Anestesia e Rianimazione Pediatrica con Trauma Center  
 Chirurgia Pediatrica

### Dipartimento Ismep "Giovanni Di Cristina" Dei Servizi E Della Diagnostica Avanzata

Direzione Medica Ospedale "Di Cristina"  
 Patologia Clinica Di Cristina  
 Radiologia pediatrica  
 Genetica Molecolare

## 4. Analisi del contesto

### 4.1 Analisi del contesto esterno

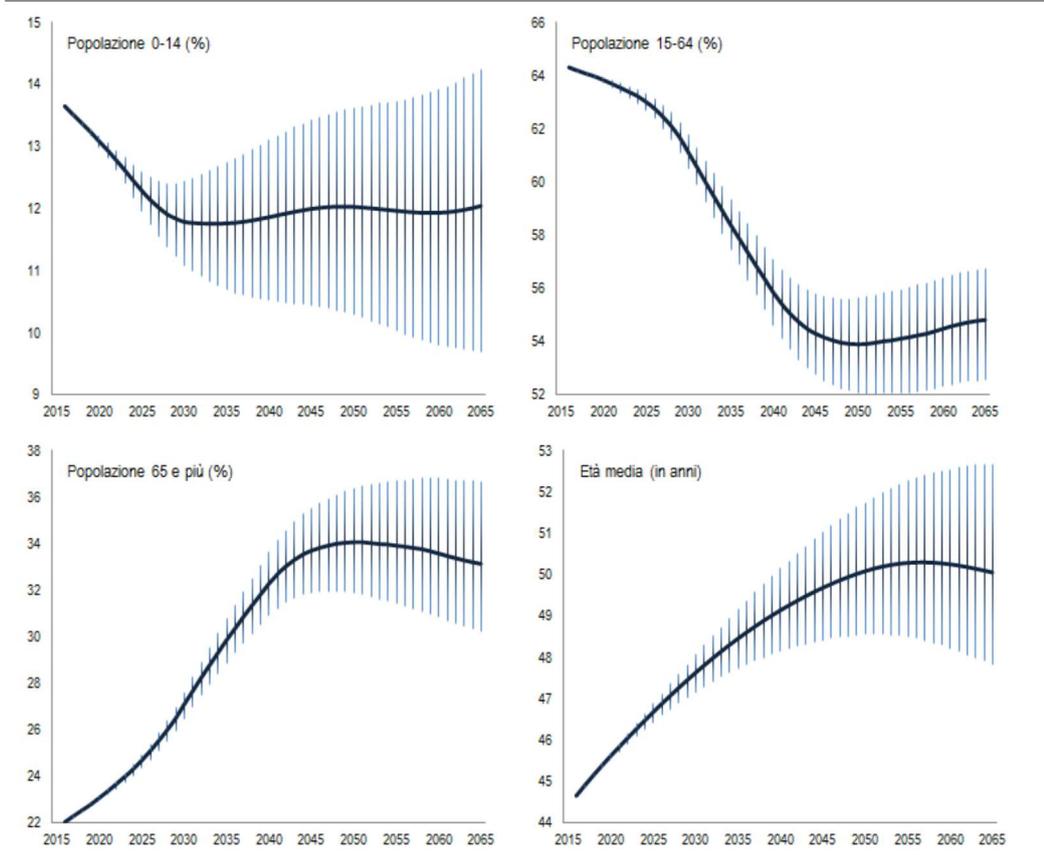
L'ARNAS Civico di Palermo è collocata nel contesto urbano della città di Palermo con due Presidi, il PO Civico e il PO G. Di Cristina, unico Presidio Pediatrico in ambito Regionale.

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, con una popolazione di 668.405 abitanti (fonte ISTAT 2018) con una superficie di 160,59 Km<sup>2</sup> ed una popolazione provinciale pari a 1.260.193 abitanti distribuita in 82 comuni.

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

Infatti, qualunque possa essere la futura evoluzione demografica, non si potrà prescindere da un aumento progressivo della popolazione in età anziana, in un range compreso fra il 31,9% e il 35,6% del totale (Istat 2017).

 POPOLAZIONE PER GRANDI CLASSI DI ETÀ ED ETÀ MEDIA DELLA POPOLAZIONE – SCENARIO MEDIANO E INTERVALLO DI CONFIDENZA AL 90%. Italia, anni 2016-2065, 1° gennaio.



POPOLAZIONE PER GRANDI CLASSI DI ETÀ ED ETÀ MEDIA DELLA POPOLAZIONE PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA – SCENARIO MEDIANO E INTERVALLO DI CONFIDENZA AL 90%. Anni 2016-2065, 1° gennaio.

Anni	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Isole	Italia
<b>Popolazione 0-14 anni (%)</b>						
2016	13,5	13,7	13,3	14,2	13,7	13,7
2025	<b>12,2</b> [11,9 : 12,5]	<b>12,3</b> [12,0 : 12,6]	<b>12,1</b> [11,8 : 12,4]	<b>12,5</b> [12,2 : 12,8]	<b>12,4</b> [12,0 : 12,7]	<b>12,3</b> [12,0 : 12,6]
2045	<b>12,5</b> [10,9 : 14,0]	<b>12,5</b> [10,9 : 14,0]	<b>12,1</b> [10,5 : 13,5]	<b>11,2</b> [9,8 : 12,6]	<b>11,1</b> [9,7 : 12,5]	<b>12,0</b> [10,4 : 13,4]
2065	<b>12,6</b> [10,2 : 14,9]	<b>12,6</b> [10,2 : 14,9]	<b>12,2</b> [9,9 : 14,4]	<b>11,0</b> [8,8 : 13,1]	<b>11,0</b> [8,8 : 13,2]	<b>12,0</b> [9,7 : 14,3]
<b>Popolazione 15-64 anni (%)</b>						
2016	63,2	63,5	63,9	65,9	65,7	64,3
2025	<b>62,3</b> [62,0 : 62,7]	<b>62,5</b> [62,2 : 62,9]	<b>62,9</b> [62,6 : 63,3]	<b>64,2</b> [63,9 : 64,5]	<b>63,4</b> [63,1 : 63,7]	<b>63,0</b> [62,7 : 63,4]
2045	<b>54,0</b> [52,4 : 55,7]	<b>53,4</b> [51,8 : 54,9]	<b>54,9</b> [53,2 : 56,5]	<b>54,9</b> [53,6 : 56,3]	<b>54,4</b> [53,1 : 55,7]	<b>54,3</b> [52,8 : 55,8]
2065	<b>55,5</b> [53,1 : 57,5]	<b>55,2</b> [52,9 : 57,1]	<b>55,9</b> [53,6 : 57,9]	<b>53,2</b> [51,1 : 55,1]	<b>53,0</b> [50,8 : 54,9]	<b>54,8</b> [52,6 : 56,8]
<b>Popolazione 65 anni e più (%)</b>						
2016	23,3	22,8	22,9	19,9	20,7	22,0
2025	<b>25,4</b> [25,1 : 25,7]	<b>25,2</b> [24,9 : 25,5]	<b>24,9</b> [24,6 : 25,3]	<b>23,3</b> [23,1 : 23,6]	<b>24,2</b> [23,9 : 24,5]	<b>24,7</b> [24,4 : 25,0]
2045	<b>33,5</b> [31,6 : 35,5]	<b>34,1</b> [32,2 : 36,1]	<b>33,0</b> [31,2 : 35,0]	<b>33,9</b> [32,3 : 35,5]	<b>34,5</b> [32,9 : 36,1]	<b>33,7</b> [31,9 : 35,6]
2065	<b>31,9</b> [29,0 : 35,6]	<b>32,2</b> [29,3 : 35,9]	<b>31,9</b> [29,0 : 35,5]	<b>35,8</b> [33,0 : 39,2]	<b>35,9</b> [33,1 : 39,3]	<b>33,1</b> [30,3 : 36,7]
<b>Età media della popolazione (in anni e decimi di anno)</b>						
2016	45,5	45,2	45,3	43,1	43,8	44,7
2025	<b>47,1</b> [46,9 : 47,4]	<b>47,0</b> [46,8 : 47,3]	<b>47,0</b> [46,8 : 47,2]	<b>45,7</b> [45,5 : 45,9]	<b>46,2</b> [46,0 : 46,4]	<b>46,7</b> [46,4 : 46,9]
2045	<b>49,3</b> [48,0 : 50,8]	<b>49,5</b> [48,2 : 51,0]	<b>49,4</b> [48,1 : 50,8]	<b>50,2</b> [49,0 : 51,4]	<b>50,5</b> [49,3 : 51,7]	<b>49,7</b> [48,4 : 51,0]
2065	<b>49,4</b> [47,1 : 52,1]	<b>49,5</b> [47,2 : 52,2]	<b>49,5</b> [47,3 : 52,1]	<b>51,6</b> [49,4 : 54,0]	<b>51,6</b> [49,3 : 54,1]	<b>50,1</b> [47,8 : 52,7]

Nel Sud e nelle Isole la popolazione passerebbe da un'età media iniziale compresa fra i 43 e i 44 anni, a una vicina ai 46 anni entro il 2025 e quindi ad una superiore ai 50 entro il 2045. La percentuale di anziani passerebbe dal 20-21% attuale a circa il 36% finale.

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.986 del 9 giugno 2017. La dotazione organica è quella adottata con deliberazione n.33 del 09 agosto 2017.

Passo immediatamente successivo a quello dell'adozione del Decreto Assessoriale n.22 dell'11/01/2019 "Adeguamento della rete ospedaliera al DM 2 aprile 2015, n.70" che approva il documento di riordino della Rete Ospedaliera e riorganizza le reti tempo-dipendenti e assistenziali sarà l'adozione di un nuovo Atto Aziendale che tenga conto della nuova organizzazione e la determinazione della nuova pianta organica.

Elemento essenziale per la nuova organizzazione è l'identificazione nel DA22/19 dell'ARNAS Civico G. Di Cristina di Palermo quale DEA di II livello insieme all'Azienda Universitaria Policlinico di Palermo dell'intero bacino Palermo-Trapani.

## Bacino 3 - PALERMO e TRAPANI

Dea II		Presidio di Base	
Palermo	AOCIVICO	Palermo	P.O. "Civico" di Partinico
	AOUPPALERMO		P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese
			P.O. "S. Vito e Santo Spirito" di Alcamo
Palermo	Fondazione G. Giglio di Cefalù	Trapani	P.O. "Vittorio Emanuele II" di Castelvetrano
	Buccheri La Ferla Fatebenefratelli		
	P.O. Villa Sofia-Cto		
	P.O. Cervello		
	Ingrassia-Villa delle Ginestre		
Trapani	Trapani-Salemi		
	P.O. "A. Ajello" di Mazara del Vallo		
	P.O. "Paolo Borsellino" di Marsala		
		PS Zona Disagiata	
		Palermo	P.O. "Dei Bianchi" di Corleone
			P.O. "Barone Paolo Agliata" di Petralia Sottana
		Trapani	P.O. "B. Nagar" di Pantelleria

Nelle tabelle a seguire sono rappresentati gli effetti del DA 22/19, rispetto all'attuale organizzazione, nei due presidi ospedalieri. Il dato relativo ai posti letto attuali è quello comunicato all'NSIS con modelli HSP12 2018.

PO Civico

Disciplina		DA 22/19			delta (attuale vs DA22/19)		
		UOC	UOSD	Posti letto	UOC	UOSD	Posti letto
08	Cardiologia		1	30	-1		2
09	Chirurgia generale	2	1	44		1	4
10	Chirurgia maxillo facciale	1		8			2
12	Chirurgia plastica	1		12			-4
13	Chirurgia toracica	1		10			-5
14	Chirurgia vascolare	1		14			
18	Ematologia	0	1	10			3
24	Malattie infettive e tropicali	1		16			-8
26	Medicina generale	2	1	86		1	14
30	Neurochirurgia	1		30			-1
32	Neurologia	1		26			2
34	Oculistica	1		5			2
36	Ortopedia e traumatologia	1		34			10
37	Ostetricia e ginecologia	2		40			-7
38	Otorinolaringoiatria	1		8			-6
43	Urologia	1		24			2
47	Grandi ustioni	1		16	1		
48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	1		24			6
49	Terapia intensiva	1		30			6
50	Unità coronarica	1		10	1		1
51	Astanteria	1		24			8
52	Dermatologia		1	2		1	
56	Recupero e riabilitazione funzionale			20			16
60	Lungodegenti			16			-8
62	Neonatologia			10	-1		-2
64	Oncologia	1		24			-4
66	Oncoematologia		1	8	-1	1	-8
68	Pneumologia	1	2	30			
69	Radiologia	1		2	1		2
71	Reumatologia		1	2		1	2
73	Terapia intensiva neonatale	1		8	1		2
82	Terapia del dolore		1	4			4
97	Detenuti		1	8			-2
<b>Servizi non dotati di posti letto</b>							
DT01	Allergologia		1			1	
DT03	Anatomia ed istologia patologica (Servizi	1	0				
DT54	Emodialisi		1			1	
DT58	Gastroenterologia	1					-3
DT61	Medicina Nucleare (senza posti letto)	1					
DT64	Oncologia (senza posti letto)		1				
DT69	Radiologia (Senza PL)	1	1				
DT70	Radioterapia (Senza PL)	1					
DTA1	Servizio trasfusionale	1					
DTA2	Emodinamica		1				
DTA3	Laboratorio d'analisi	1	2				
DTA4	Servizio di psicologia		1				
GX21	Direzione Sanitaria di presidio	1	1				
Microb	Microbiologia e virologia	1					
Neuror	Neuroradiologia		1			-1	
SX04	Fisica sanitaria	1					
SX11	Farmacia ospedaliera	1					
SX28	Servizio infermieristico	1				1	
SX90	Altri Servizi di supporto sanitario	1	2			1	

PO G. Di Cristina

Disciplina		DA 22/19			delta (attuale vs DA22/19)		
		UOC	UOSD	Posti letto	UOC	UOSD	Posti letto
06	Cardiochirurgia pediatrica	1	0	12	1		12
08	Cardiologia	1	0	10			-4
11	Chirurgia pediatrica	1	0	18			
24	Malattie infettive e tropicali	1	0	16			
33	Neuropsichiatria infantile	1	0	12			2
36	Ortopedia e traumatologia	0	1	6		1	6
39	Pediatria	3	1	64		1	-10
46	Grandi ustioni pediatriche	0	1	2		1	2
49	Terapia intensiva	1	1	16		1	8
51	Astanteria	1	0	10			
65	Oncoematologia pediatrica	1	0	16			1
76	Neurochirurgia pediatrica	1		4	1		4
77	Nefrologia pediatrica	1	0	8			-4
78	Urologia pediatrica	0	0	2		1 UOS	2
<b>Servizi non dotati di posti letto</b>							
DT12	Chirurgia plastica	0	0			1 UOS	
DT35	Odontoiatria e stomatologia	0	1			1	
DT38	Otorinolaringoiatria	0	1			1	
DT69	Radiologia (Senza PL)	1	1			1	
DT71	Reumatologia	0	1			1	
DTA3	Laboratorio d'analisi	1	0				
DTA4	Servizio di psicologia	0	1			1	
Geneti	Genetica medica	0	0				
GX21	Direzione Sanitaria di presidio	0	1		-1	1	
SX11	Farmacia ospedaliera	0	0			1 UOS	
SX28	Servizio infermieristico	0	1			1	

## 5. Obiettivi Strategici

L'attuale gestione Commissariale non è, in atto, ancora formalmente assegnataria di obiettivi Aziendali per il triennio 2019-2021, da parte dell'Assessorato della Salute.

Tuttavia, nel segno della continuità, l'Azienda continua a perseguire **obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi** legati a:

### 1. Esiti

1. Esiti	
Obiettivo	Indicatore
Frattura del femore: tempestività dell'intervento per frattura femore over 65 anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-2 giorni;	Interventi effettuati entro 0-2 gg dal ricovero/n.casi frattura femore su pazienti over 65aa
Parti cesarei: riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate	Parti cesarei di donne non precesarizzate/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo
Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI: tempestività di esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-1 giorno;	PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI/n.totale di IMA STEMI diagnosticati
Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI calcolato integrando il flusso RAD-ESITO al flusso SDO: tempestività di esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro 90 minuti (differenza tra il tempo in cui è stato effettuando l'intervento e quello in cui è avvenuto il ricovero calcolato in minuti);	PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 90 min dal ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI/n.totale di IMA STEMI diagnosticati
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni. Di seguito sono riportate le schede e i protocolli operativi relativi a ciascun sub-obiettivo.	n.ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni/n.totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica

## 2. Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa

2. Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa
<p><b>Obiettivo</b></p> <p>Monitoraggio ex-ante (le prestazioni da monitorare sono le 43 contenute nel paragrafo 3.1 del Piano Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa approvato con DA 1220 del 30 giugno 2011 e successive modifiche)</p>
<p>Monitoraggio ex-post (le prestazioni da monitorare sono le 43 contenute nel paragrafo 3.1 del Piano Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa approvato con DA 1220 del 30 giugno 2011 e successive modifiche)</p>

## 3. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita

3. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita
<p><b>Obiettivo</b></p> <p>Rispetto degli standard per la riorganizzazione dei punti nascita di I livello, dei punti nascita in deroga e dei punti nascita di II livello</p>
<p>Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali</p>

## 4. Donazione organi

## 5. Utilizzo dei fondi di PSN

## 6. Sviluppo ed Implementazione Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C)

Inoltre, l'ARNAS Civico G.Di Cristina Benfratelli si è data l'obiettivo della **“riorganizzazione dell'attività chirurgica per setting assistenziali e complessità di cura”** nell'ambito di un progetto triennale del Ministero della Salute - Direzione della Programmazione sanitaria, finalizzato al miglioramento della performance nell'utilizzo delle sale operatorie.

Il **DA 1584/2018 – Approvazione “Linee di Indirizzo per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di Pronto soccorso della regione Sicilia”** nasce al fine di fornire alle aziende sanitarie le strategie per contrastare e gestire il fenomeno del sovraffollamento nei servizi di PS e prevenire le sue conseguenze negative.

**L'obiettivo principale** è quello di contrastare il sovraffollamento attraverso il monitoraggio continuo, l'analisi delle criticità e l'attuazione degli specifici interventi volti alla riduzione del fenomeno, da attivare in rapporto alla gravità delle situazioni (dalla fase di “Non sovraffollamento” alla fase di “Sovraffollamento severo”) attraverso i Piani Aziendali per la Gestione del Sovraffollamento (PAGS).

Le **principali linee strategiche** che le aziende sanitarie dovranno attuare sono rappresentate:

1. dalla misurazione e monitoraggio del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento descritti:

**Box. 1 Variabili da misurare (indicatori di flusso) in relazione alla dimensione temporale**

$K1(t)$  = n. pazienti presenti al tempo  $t$  al PS con una permanenza <24h

$K2(t)$  = n. pazienti presenti al tempo  $t$  al PS con una permanenza compresa tra 24h e 48h

$K3(t)$  = n. pazienti presenti al tempo  $t$  al PS con una permanenza >48h

Il **sovraccollamento** viene definito come il numero di pazienti eccedenti la capacità di ricezione di un PS al tempo  $t$ . Al fine di determinare la soglia di sovraccollamento è importante quantificare la suddetta capacità di ricezione definendo la **variabile  $K$** , come di seguito riportato:

$K$  = n. posti tecnici presidiati del PS fissati dalla Direzione Aziendale.

Di seguito si riportano gli **indicatori di sovraccollamento** che le aziende sanitarie devono calcolare in tempo reale e per ogni PS. Al denominatore di ogni indicatore troviamo  $K$ , ovvero il numero di posti tecnici presidiati del PS. Il rapporto permette di confrontare i risultati tra PS di dimensioni diverse.

**Indicatore [1] :**  $SovrAffollamento(t) = SovrAff(t) = \frac{n. \text{ pz al PS al tempo } t}{\text{posti tecnici presidiati nel 2018 al PS}} = \frac{K1(t)+K2(t)+K3(t)}{K}$

L'indicatore [1] dà l'idea immediata e generale dell'eventuale eccedenza di pazienti oltre  $K$ .

**Il suo valore ideale è 1, nel senso che tutti i valori minori di 1 rappresentano situazioni di sostenibilità, mentre quelli superiori ad 1 rappresentano situazioni di non sostenibilità.**

Questo indicatore non dà informazioni sulla composizione dei pazienti all'interno del PS *al tempo t* in termini di permanenza. A tal fine occorre anche calcolare i seguenti indicatori:

**Indicatore [2] :**  $IperAfflusso(t) = IperAffl(t) = \frac{n. \text{ pz con permanenze } <24h \text{ al PS al tempo } t}{\text{posti tecnici presidiati nel 2018 al PS}} = \frac{K1(t)}{K}$

**Indicatore [3] :**  $NonCollocamento 1(t) = NonColl1(t) = \frac{n. \text{ pz con permanenze } >24h \text{ e } <48 \text{ ore al PS al tempo } t}{\text{posti tecnici presidiati nel 2018 al PS}} = \frac{K2(t)}{K}$

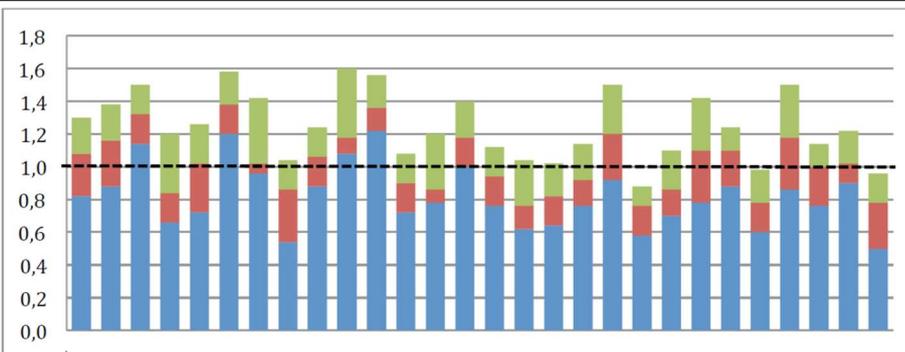
**Indicatore [4] :**  $NonCollocamento 2(t) = NonColl2(t) = \frac{n. \text{ pz con permanenze } >48 \text{ ore al PS al tempo } t}{\text{posti tecnici presidiati nel 2018 al PS}} = \frac{K3(t)}{K}$

$$SovrAff(t) = IperAffl(t) + NonColl1(t) + NonColl2(t) \quad [\text{equ1}]$$

ovvero  $[1] = [2] + [3] + [4]$

**Indicatore [5] :**  $Efficienza operativa(t) = Eff(t) = \frac{n. \text{ pz con permanenze } >24 \text{ ore al PS al tempo } t}{n. \text{ pz con permanenze } <24 \text{ ore al PS al tempo } t} = \frac{K2(t)+K3(t)}{K1(t)}$

[valore atteso di accettabilità  $\leq 0,5$  ]



→ Serie Indicatori [2],[3] e[4] misurati 4 volte al di nella prima settimana di febbraio 2017 al Civico di Palermo. La barra inferiore corrisponde a  $K1/K$ ; la barra centrale a  $K2/K$  e la barra superiore a  $K3/K$ . La linea nera tratteggiata in corrispondenza di 1 rappresenta l'indicatore [1] *SovrAff*.

**2. dall'attuazione degli interventi specifici di prevenzione e contrasto descritti nel DA e da esplicitare nel Piano Aziendale per la gestione del sovraffollamento quali:**

- *adeguamento applicativi informatici PS,*
- *attivazione di percorsi per le urgenze dedicati a specifiche patologie o gruppi di pazienti,*
- *attivazione di percorsi di fast-track,*
- *analisi dei flussi e adozione di interventi sul processo di presa in carico e/o sulla logistica volti a ridurre i tempi "inattivi" e l'intercettazione dei "colli di bottiglia" nelle varie fasi del processo assistenziale all'interno del PS,*
- *monitoraggio dei tempi di erogazione degli esami radiologici, di laboratorio e delle consulenze;*
- *attivazione di linee dedicate ed esclusive nei servizi di laboratorio e diagnostica per immagini;*
- *adozione di strumenti di comunicazione (applicazioni informatiche) volti a condividere con l'utenza i livelli di priorità e le informazioni sullo stato di avanzamento del percorso dei pazienti all'interno del PS,*
- *impiego di figure professionali (psicologi, assistenti sociali) dedicate al miglioramento dell'umanizzazione delle cure;*
- *coinvolgimento di associazioni di volontariato e/o dei Comitati Consultivi Aziendali;*
- *utilizzo di modalità flessibili di adeguamento delle risorse umane (infermieri e OSS) in corso di sovraffollamento del PS;*
- *individuazione e predisposizione di posti letto aggiuntivi all'interno di aree dedicate,*
- *abolizione di modalità di comunicazione obsolete (ad es. fax) per le richieste di consulenze o di prestazioni in generale;*
- *attivazione di percorsi formativi per le risorse umane,*
- *utilizzo di strumenti di reclutamento "veloce" di personale in sostituzione (infermieri, OSS e ausiliare), nel rispetto della normativa vigente, in caso di assenze (malattie, maternità, infortuni) anche per brevi periodi e non programmabili,*
- *introduzione sistemi di misurazione della people satisfaction;*
- *definizione di un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica, quotidianamente a disposizione del PS;*
- *definizione di modalità organizzative che garantiscano la possibilità di dimissione dai reparti anche nei giorni prefestivi e festivi,*
- *implementazione di un cruscotto informativo in grado di rappresentare l'effettiva situazione dei posti letto disponibili o liberi in tempi brevi all'interno dell'azienda*
- *garanzia del funzionamento di tutti i servizi collegati alle attività di emergenza 7 giorni su 7,*
- *attivazione di ricoveri sovrannumerari all'interno dei reparti;*
- *attivazione della possibilità di ricoveri "fuori reparto" a carico della struttura complessa di riferimento ("appoggio");*
- *blocco temporaneo dei ricoveri programmati o non urgenti.*

**3. dalla predisposizione ed attuazione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento.**

## 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.

È stato previsto un processo di distribuzione a cascata degli obiettivi, che parta dagli obiettivi che l'Azienda si è data con il Piano di Efficientamento, ed un collegamento diretto degli stessi ad un sistema di indicatori che ha la caratteristica di essere misurabile, trasparente ed oggettivo. Contestualmente, sono stati 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.

Si evidenziano nello schema sintetico qui riportato gli obiettivi programmatici dai quali, sulla base della metodologia sotto evidenziata, sono individuabili gli obiettivi assegnati al personale dirigente:

- ***miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e contestuale verifica su qualità, efficacia ed efficienza delle prestazioni;***
- ***rimozione dei casi di duplicazione nell'offerta assistenziale;***
- ***potenziamento dell'attività di lungodegenza e riabilitazione;***
- ***mantenimento e riqualificazione dell'offerta assistenziale complessiva;***
- ***potenziamento della customer satisfaction con obbligo di verifica sulla percezione dell'utenza sui servizi forniti;***
- ***modernizzazione dell'attività di controllo della gestione e implementazione di sistemi di responsabilizzazione degli operatori ispirati al ciclo della performance;***
- ***utilizzo dei corretti setting assistenziali finalizzato a ridurre la produzione di prestazioni a rischio di inappropriata;***
- ***rideterminazione dei Fondi Contrattuali (articolo 16 L.R. 5/09);***
- ***adesione alla programmazione interaziendale di bacino;***
- ***adesione alle procedure di gara regionale.***

L'Azienda, consapevole della complessità delle linee programmatiche sopra individuate, intende uniformarsi a quanto previsto per il piano della performance e, piuttosto che individuare nelle criticità sopra esposte un alibi per posticipare la definizione della programmazione aziendale, si è prefissata lo scopo di dare concreta applicazione al sistema di responsabilizzazione degli operatori, avendo individuato una batteria di obiettivi ed indicatori sulla base dei quali responsabilizzare il personale dirigente.

Inoltre, l'Azienda ha proseguito il percorso della responsabilizzazione operatori, "individualizzando" sulla base della regolamentazione adottata in Azienda gli obiettivi sopra elencati ed esplicitandoli ai Responsabili delle diverse Strutture.

### **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 scaturenti 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 Comitato Di Budget per l'anno 2019 è stato nominato con deliberazione n.114 del 24/01/2019.

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.

In particolare:

- **gli obiettivi strategici** 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;
- **gli obiettivi sull'attività** svolta, anch'essi declinati per ogni singola unità operativa; essi rispondono alle linee di indirizzo clinico da seguire nell'erogazione delle prestazioni, nell'ottica dell'efficientamento e della appropriatezza;
- **gli 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;
- **gli obiettivi economico-finanziari** prevedono il rispetto del budget relativo ai costi diretti, il contenimento del rapporto costi diretti/ricavi e l'ottimizzazione della gestione dei magazzini di reparto;
- **gli obiettivi riguardanti la sicurezza del luogo di lavoro** prevedono l'implementazione, l'applicazione e il periodico controllo delle misure preventive e protettive per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro.

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 inquadrati 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 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- dei dipartimenti e strutture complesse (“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.

E', quindi, esplicito intendimento di questa Direzione Aziendale procedere nei processi di puntuale definizione delle risorse disponibili al momento della formalizzazione degli obiettivi di budget 2019 con i responsabili di struttura.

Nelle more di tale formalizzazione, l'Azienda ha già posto in essere dei sistemi di verifica sulla distribuzione delle risorse, limitatamente alla gestione del budget relativo al consumo dei farmaci e dei dispositivi ospedalieri, pianificando di ampliare tali procedure aziendali alle risorse umane e di finanziamento durante l'anno in corso.

## **7.3 Raccordo con il Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2019-2021**

L'analisi organizzativa per l'individuazione delle misure di prevenzione della corruzione è concepita quale politica di organizzazione che si concilia, in una logica di stretta integrazione, con le altre azioni di miglioramento organizzativo e con ogni altro processo di programmazione e gestione aziendale: in particolare, con il ciclo di gestione della performance e le funzioni di controllo interno.

In coerenza con lo spirito e con le indicazioni della numerosa serie di provvedimenti che costituiscono il quadro normativo di riferimento per la redazione e la realizzazione del PTPCT e del Piano della Performance l'elaborazione del presente Piano è funzionale all'attuazione di un ciclo "integrato" che garantisca coerenza (sia in termini di obiettivi, indicatori e risorse associate, sia in termini di processo e modalità di sviluppo dei contenuti) tra gli ambiti comuni dei due documenti aziendali.

Le misure di prevenzione della corruzione, emerse dall'analisi e dalla mappatura dei processi, indicate annualmente nel PTPCT aziendale, saranno tradotte anche per quest'anno in obiettivi organizzativi ed individuali contenuti nel Piano della Performance ed assegnati alle strutture ed ai loro dirigenti nell'ambito del percorso di budget dell'anno 2019.

La loro attuazione è uno degli elementi di valutazione del dirigente ed in prospettiva, del personale non dirigente con incarichi di P.O.

A tal fine il Piano della Performance comprende:

- l'inserimento sistematico nel sistema di valutazione previsto dal Piano della Performance degli obiettivi contenuti nel PTPCT;

- la pubblicità di informazioni all'esterno che consentano l'effettiva valutazione dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità dell'attività dell'Azienda.

Saranno previsti momenti di condivisione di tali obiettivi all'interno delle Aree e Dipartimenti aziendali, sia di attività tecnico amministrativa che sanitaria e periodici monitoraggi rispetto al loro raggiungimento con la Direzione aziendale.

#### **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.

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 dipendono 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.

Nei prossimi tre anni questa ARNAS si propone di implementare 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.

Per completare questa trasformazione organizzativa, è necessario implementare e promuovere almeno **quattro linee di intervento organizzativo**:

1. **Integrazione clinica**: sviluppo del ruolo dei dipartimenti e dalla capacità di tutti i professionisti di lavorare in team;
2. **Integrazione delle risorse**: condivisione delle risorse disponibili e possibilità di adottare nuovi schemi logistici;
3. **Centralità del paziente**: organizzazione logistica centrata sui pazienti raggruppati in base a bisogni omogenei;
4. **Coinvolgimento dei clinici**: ridisegno di meccanismi organizzativi (liste di attesa, criteri di ingresso, dimissione ecc. e definizione di nuovi ruoli).

Sulla base di questo disegno, è possibile identificare **quattro aree strategiche** all'interno delle quali l'Azienda si muove in un continuo divenire.

1. **Economicità**: mantenimento dell'equilibrio finanziario, economico e patrimoniale, e riduzione dell'indebitamento;
2. **Efficacia esterna**: soddisfacimento dei bisogni di salute della collettività con particolare attenzione alla qualità dell'offerta sanitaria;

3. **Efficacia organizzativa:** riqualificazione continua dell'organizzazione in risposta agli stimoli al cambiamento, esterni ed interni, e al costante aggiornamento professionale e delle competenze;
4. **Efficacia interna:** raggiungimento degli obiettivi posti in capo ai soggetti che a vario titolo sono chiamati a realizzare le proprie finalità istituzionali.

A seguito dell'espletamento della procedura aperta per la "Fornitura e gestione di un sistema informativo ospedaliero integrato e dei servizi di installazione, migrazione dati, formazione, manutenzione, assistenza tecnica ed applicativa", nell'anno 2019, avranno inizio le procedure di implementazione del nuovo sistema.

#### **7.4.1 Interventi Area Sanitaria**

Nel corso del 2019 l'Azienda si propone di portare avanti il percorso di riorganizzazione delle attività sanitarie 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.

Tale trasformazione organizzativa viene perseguita promuovendo le quattro linee di intervento organizzativo prima descritte.

#### **Riorganizzazione Logistica**

Il recupero della specificità d'area e l'adeguamento delle strutture assistenziali in una logica di ottimizzazione dei percorsi e della logistica complessiva dell'ospedale, costituiscono prerequisiti essenziali per il perseguimento degli obiettivi di efficientamento indicati nelle singole azioni che sono alla base del recupero di equilibrio costi e ricavi descritti in questo documento.

A tal fine, nonostante non si possano immaginare immediati interventi radicali sulle strutture edilizie, sia per l'orizzonte temporale previsto dal piano, che per l'indisponibilità di adeguati strumenti di finanziamento, nel vasto perimetro aziendale è possibile riconoscere alcuni "driver" che consentono la definizione di un insieme di manovre, funzionali alla realizzazione di complessi assistenziali autonomi e strutturalmente coerenti con la specificità d'area:

1. Area assistenziale dell'emergenza-urgenza, in funzione del pronto soccorso generale;
2. Area assistenziale della chirurgia programmata;
3. Area assistenziale delle medicine, con lungodegenza e riabilitazione;
4. Area assistenziale materno-infantile, con il complesso UTIN e sale parto;
5. Area assistenziale della pediatria, presso il presidio Di Cristina.

Sarà poi indispensabile procedere alla realizzazione di un'area dedicata ad ospitare tutte le attività di laboratorio e di un'area assistenziale ambulatoriale, di pre-ospedalizzazione e di day-service centralizzata, dove localizzare la gran parte delle attività diurne ad alto "turnover" e l'esercizio della libera professione intramuraria.

#### 7.4.2 Interventi Area Amministrativa

1. Consolidamento dei principali processi amministrativi mediante implementazione di nuove procedure operative e nuovi meccanismi di controllo intesi a 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 per 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 (fatture da ricevere);
2. Puntuale programmazione e realizzazione degli investimenti previsti per il rispetto dei tempi utili all'ottenimento dei contributi già disponibili e per limitare al massimo il disagio di pazienti ed operatori interni;
3. Ammodernamento del sistema informatico aziendale attraverso l'implementazione di un nuovo S.I.A. integrato e funzionale di area sia amministrativa sia sanitaria;
4. Ottimizzazione della gestione finanziaria attraverso la riduzione delle immobilizzazioni dei magazzini (centrale e di reparto), la programmazione mensile dei flussi finanziari e la programmazione dei pagamenti ai fornitori;
5. Ampio utilizzo delle gare regionali e di bacino, laddove previste dalla normativa regionale, per beneficiare dei risparmi indotti dalle iniziative regionali;
6. Incremento dell'utilizzo delle convenzioni Consip e di gare consorziate con altre Aziende Ospedaliere per beneficiare delle correlate economie di scala;
7. Sistemica attività di rinegoziazione, laddove possibile, dei contratti di fornitura e di servizio in essere, relativa anche a contratti di importo più modesto, onde beneficiare rapidamente di ulteriori risparmi di gestione;
8. Forte riduzione, fino all'azzeramento, del sistema delle proroghe dei contratti e più puntuale programmazione delle gare ad evidenza pubblica al fine di beneficiare di ulteriori risparmi nell'acquisto dei beni e servizi.

## 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;
- dotazione di tecnologie diagnostiche e terapeutiche avanzate ed innovative;
- garanzia dell'espletamento degli interventi chirurgici complessi in emergenza con un approccio multispecialistico e multidisciplinare, per fare "quanto occorre nello stesso tempo e in un unico posto".

### Punti di Debolezza

1. Articolazione in padiglioni separati che, in particolare per il PO Civico, comporta:
  - ritardi sull'iter diagnostico terapeutico;
  - aumento dei costi di gestione influenzando sulla possibilità di ottimizzare i turni di guardia, richiedendo, in taluni casi, la duplicazione di attrezzature medicali onde evitare pericolosi spostamenti a pazienti critici.
1. Necessità di opere di ristrutturazione che rispondano a logiche organizzative di edilizia sanitaria moderna, nel rispetto della normativa vigente in tema di sicurezza.
2. Prevalenza di prestazioni inappropriate nell'Area Pediatrica per la maggiore difficoltà delle strutture territoriali di gestire la presa in carico del piccolo paziente.
3. Difficoltà a differire alle strutture territoriali il paziente adulto che necessita di assistenza domiciliare o in strutture riabilitative o di lungodegenza per post-acuti.
4. 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.
5. Mancanza di un sistema informativo dedicato al controllo di gestione.
6. Elevata età media del personale in servizio, necessità di alfabetizzazione informatica.
7. Difficoltà a reperire dirigenti medici afferenti a specifiche discipline specialistiche.

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

### Analisi caratteri qualitativi/quantitativi delle risorse umane

<i>Indicatori</i>	<i>Valore</i>
Età media del personale	52
Età media dei dirigenti	51
Percentuale di dipendenti in possesso di	50%
Percentuale di dirigenti in possesso di	100%
Ore di formazione media per dipendente	9
Costi di formazione/spese del personale	27.581 €

### Analisi Benessere Organizzativo

<i>Indicatori</i>	<i>Valore</i>
Tasso di assenze	31%
Stipendio medio percepito dai dipendenti	€ 56.405,23
Percentuale di personale assunto a tempo	90%

### Analisi di Genere delle Risorse Umane

<i>Indicatori</i>	<i>Valore</i>
Percentuale di dirigenti donne	44%
Percentuale di donne rispetto al totale del	52%
Percentuale di personale donna assunto a tempo	89%
Età media del personale femminile (dirigenti e	51
Percentuale di personale femminile con	50%
Ore di formazione media per dipendente di sesso femminile	9

Fonte dei dati: Flusso del personale 2017

Scheda n.3 – Rilevazione obiettivi/indicatori

**Principali Obiettivi UUOO Area Sanitaria**

Area: Attività			
Fascia	Obiettivo	Indicatore	Valore Atteso
1° fascia	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	90%
	Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. stemi calcolato integrando il flusso RAD-ESITO al flusso SDO	PTCA effettuate entro il giorno successivo a quello del ricovero / N° totale di I.M.A. stemi diagnosticati su pazienti ricoverati	91%
	Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. stemi calcolato integrando il flusso RAD-ESITO al flusso SDO	PTCA effettuate entro 90 minuti da ricovero / N° totale di I.M.A. stemi diagnosticati	91%
	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	97%
	Allineamento degenza media dimessi regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	< 1,1
	Monitoraggio e governo della incidenza dei parti cesarei	Parti cesarei su donne non precesarizzate (cesarei primari) / Totale parti di donne nei Presidi Aziendali	≤20%
2° fascia	Segnalazione "pazienti fragili" per la presa in carico territoriale	N° pazienti ricoverati per target prioritari e dimessi con procedura "Dimissioni Facilitate" / N° totale pazienti ricoverati per target prioritari	> 60%
	Rispetto dei target di appropriatezza su DRG specifici	Per ogni DRG ARI: n. DRG prodotti in DSAO/n.DRG prodotti in DSAO, DH, RO	Rispetto percentuali DRG specifiche
	Rispetto % DRG chirurgici UUOO degenza-Miglioramento tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	n.DRG chirurgici/n.totale DRG richieste interne esitate entro 48h/n totali di richieste interne	> 80% 100%
3° fascia	Rispetto % prescrizione I ciclo terapeutico	n.prescrizioni ICT/n.dimessi con prescrizione terapeutica	> 70%
	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Numero Moduli correttamente compilati/Numero Moduli	≥ 90%
	Implementazione attività di ricerca clinica	adesione a progetti di ricerca, adesione a trials clinici, produzione di pubblicazioni scientifiche, attività di relazione/comunicazione a convegni scientifici	produzione report UUOO
	Miglioramento del grado di utilizzo dei posti letto di ricovero ordinario	Tasso di occupazione nel rispetto dell'appropriatezza del regime di ricovero	> 75%
	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali priorità "U" su ricettario SSN	richieste urgenti esitate entro 72h/ n totali di richieste urgenti	100%
Appropriatezza della prescrizione di esami diagnostici di laboratorio e strumentali	Condivisione dei criteri di appropriatezza di richiesta degli esami diagnostici a più elevato costo con i reparti richiedenti e produzione relativo documento	produzione report UUOO	

Area: Gestionale			
Fascia	Obiettivo	Indicatore	Valore Atteso
1° fascia	Contenimento dei consumi rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari e Personale (Farmaci, Dispositivi medici e Personale parametrato all'attività)	consumo dispositivi medici e farmaci+ costo del personale/attività	valore < anno 2017
	Tempestività nella rendicontazione dei flussi informativi	n.flussi rendicontati entro i tempi previsti/n.totale flussi da rendicontare	100%
	Verifica dei magazzini decentrati: Verifica periodica, anche a campione, delle giacenze rilevate presso i magazzini decentrati presenti in azienda	produzione documento di verifica	SI
2° fascia	Miglioramento procedura rilevazione consumi conto deposito	n.comunicazioni impianto inviate entro 7 gg dall'intervento/n. impianti totali	100%
3° fascia	Applicazione del Piano per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	Monitoraggio delle attività a rischio di Corruzione e applicazione delle misure di contrasto Piena Collaborazione con il RPCT Rispetto degli obblighi di Pubblicazione	SI/NO

Area: Qualità			
Fascia	Obiettivo	Indicatore	Valore Atteso
2° fascia	Redazione, approvazione e implementazione di un percorso diagnostico terapeutico anche in compartecipazione con altre strutture operative"	Attivazione PDTA	SI/NO
3° fascia	Miglioramento qualità documentazione clinica (PACA)	n. cartelle contestate/ n cartelle complessive esaminate	< 10%

Principali Obiettivi UUOO Dipartimento Amministrativo		
Unità Operativa	Obiettivo	Indicatore
Affari Generali Provveditorato Ufficio Tecnico Risorse Umane	Organizzazione delle attività operative sulla base del nuovo atto aziendale	Predisposizione o manutenzione dei relativi modelli organizzativi
Affari Generali Provveditorato Ufficio Tecnico Risorse Umane	Rispetto del limite di spesa assegnata all'area	Economie dei costi di cui al relativo C.E. rispetto alle voci di competenza
Affari Generali Provveditorato Ufficio Tecnico Risorse Umane Risorse Economiche	Regionale dei flussi informativi richiesti, ed al Collegio Sindacale dei dati e della documentazione richiesta	Adempimenti entro i termini previsti
Affari Generali Provveditorato Ufficio Tecnico Risorse Umane Risorse Economiche	Applicazione dei monitoraggi delle attività a rischio e delle direttive sulla Trasparenza e sull'Anticorruzione come definite ed elencate negli appositi Piani aziendali	Applicazione degli adempimenti previsti
Affari Generali Ufficio Tecnico	Monitoraggio degli interventi edilizi in corso o in programmazione con particolare riferimento a quelli ex art. 71 e 20 assegnati all'area	Schede di trasmissione e provvedimenti di approvazione nel rispetto dei termini previsti
Affari Generali Provveditorato Ufficio Tecnico Ufficio Convenzioni	Applicazione del regolamento per lavori, servizi e forniture in economia in conformità al regolamento DPR n°207/2010	Rispetto del Regolamento aderente alla normativa vigente come da Delibera n°1161/2013 e n°1844/2013
Provveditorato	Contenimento dei costi aziendali mediante utilizzo di modalità d'acquisto informatizzate e rinegoziazione dei contratti	Applicazione delle direttive su: - Gare Consip - Gare MEPA - Gare consorziate - Rinegoziazione delle forniture
Risorse Economiche	Monitoraggio della spesa per ciascuna area in riferimento agli obiettivi del piano di rientro aziendale	Individuazione dei potenziali sforamenti effettuati dagli uffici ordinatori di spesa
Risorse Economiche	Applicazione delle procedure di budget di spesa per gli uffici ordinatori, previa registrazione extra contabile delle delibere che generano costi e controllo degli ordini emessi	Monitoraggio delle spese registrate per ogni singolo conto economico
Risorse Economiche	Programmazione e regolarità dei pagamenti dei fornitori in base alle disponibilità di cassa	Emissione dei mandati alle scadenze programmate o alle disposizioni ricevute
Risorse Umane	Manutenzione ed eventuale aggiornamento della Pianta Organica	Predisposizione degli atti di rideterminazione in relazione alle direttive della direzione strategica
Risorse Umane	Raccordo delle voci stipendiali con la contabilità e controllo delle eventuali disfunzioni di sistema	Elaborazione mensile dei costi del personale con imputazione dei costi ai conti di contabilità generale
Risorse Umane	Garanzia della continuità assistenziale attraverso la tempestiva gestione delle sostituzioni di personale assente per periodi superiori a 60 giorni	Predisposizione dei bandi, utilizzo

**Staff**

Principali Obiettivi delle UUOO di Staff		
Unità Operativa	Obiettivo	Indicatore
SIS	Elaborazione ed invio dei flussi	Adempimenti entro i termini previsti
Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico	Elaborazione trimestrale del report dei costi dei Centri di Responsabilità	Produzione report
Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico S.I.S.	Verifiche periodiche sui principali indicatori correlati ad obiettivi strategici aziendali	Verifiche periodiche effettuate su richiesta della Direzione Aziendale
CUP	Informatizzazione delle agende di prenotazione; nonché aggiornamento delle agende ambulatoriali secondo le proposte dei reparti	Espletamento dell'attività richiesta
	Monitoraggio mensile dell'attività di rendicontazione e registrazione delle ricette	Verifiche mensili
URP	Monitoraggio del gradimento dei servizi sanitari offerti, attraverso la rilevazione della <i>customer satisfaction</i>	D.A. 28/12/2010 "Linee Guida della Qualità percepita"
Sorveglianza sanitaria	Procedure in applicazione del D.Lgs. 81/2008 integrato con D.Lgs. 106/2009	Mantenimento della modulistica aggiornata
Qualità e Rischio Clinico	Predisposizione e trasmissione alla Direzione Strategica del piano per la qualità e la gestione del rischio clinico	Espletamento della attività prevista
Qualità e Rischio Clinico	Analisi degli eventi sentinella e degli errori segnalati dagli operatori aziendali	Espletamento della attività prevista
Formazione	Pianificazione, gestione organizzativa, realizzazione e rendicontazione delle iniziative formative aziendali.	Realizzazione delle iniziative formative pianificate in calendario
Formazione	Stesura del Piano Formativo Aziendale annuale in accordo con le direttive direzionali e le normative regionali	Espletamento dell'attività richiesta
Tutte le UO afferenti allo Staff	Applicazione delle procedure di budget di spesa per gli uffici ordinatori, previa registrazione extra contabile delle delibere che generano costi e controllo degli ordini emessi	Monitoraggio delle spese registrate per ogni singolo conto economico
Tutte le UO afferenti allo Staff	Applicazione dei monitoraggi delle attività a rischio e delle direttive sulla Trasparenza e sull'anticorruzione come definite ed elencate negli appositi Piani aziendali	Applicazione degli adempimenti previsti
Anticorruzione e Trasparenza	Creazione e aggiornamento del Piano sulla trasparenza e anticorruzione nel rispetto delle direttive nazionali	Monitoraggio continuo della applicazione dei Piani aziendali