



Regione Siciliana

Assessorato regionale della salute



Azienda Ospedaliera ARNAS Civico Di Cristina e Benfratelli

PIANO DELLA PERFORMANCE

2014-2016

Indice

1. Presentazione del Piano	3
2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli <i>stakeholder</i> esterni	4
2.1 Chi siamo	4
2.2 Cosa facciamo	4
2.3 Come operiamo	4
3. Identità	6
3.1 L'amministrazione in cifre	6
3.2 Il mandato istituzionale e la missione.....	7
3.3. L'Albero della performance	7
4. Analisi del contesto	13
4.1 Analisi del contesto esterno	13
4.2 Analisi del contesto interno	13
4.3 Risultati ottenuti nell'anno 2012 e opportunità di miglioramento.....	14
5. Attribuzione a cascata degli obiettivi	22
5.1. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	22
5.2 Il processo di budgeting, valutazione e verifica dei risultati (titoli II e III D.Lgs. 150/09)	23
5.3 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale	24
6. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione della performance	28
6.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano della performance.....	28
6.2 La misurazione e la valutazione della performance.....	28
6.3 Coerenza con la programmazione economico finanziaria e di bilancio	30
6.4 Conclusioni. Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance.....	31

1. Presentazione del Piano

Il D. Lgs. del 27 ottobre 2009, disciplinato in ambito regionale con D.A. 1821/2011, ha previsto 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 in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'azienda. Le linee guida cui si fa 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 AntiCorruzione 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 2013-2015 (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.

Tanto il piano della performance quanto la relativa relazione sono immediatamente trasmessi alla Commissione di cui all'articolo 13 del D.Lgs n.150/09 e al Ministero dell'Economia e delle Finanze e pubblicati sul sito web ufficiale dell'Azienda.

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

2.1 Chi siamo

La "Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Civico, Di Cristina e Benfratelli" è stata formalmente costituita con Legge Regionale n°5 del 14 aprile 2009 ed è stata attivata giusto Decreto del Presidente della Regione Siciliana n°338 del 31 agosto 2009.

Ai sensi e per gli effetti di legge, l'Azienda ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale. La sede legale è fissata in Palermo, con indirizzo in Piazza Nicola Leotta n°4, e la partita IVA è la seguente: 05841770828. Il patrimonio dell'ARNAS Civico è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti ivi compresi, pertanto, quelli da trasferire o trasferiti dallo Stato o da altri enti pubblici in virtù di leggi o provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività compresi i beni mobili ed immobili utilizzati dalla società Is.Me.T.T. s.r.l., partecipata dall'ARNAS Civico, o acquisiti a seguito di atti di liberalità.

L'Azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui agli articoli n°826, 3° comma, e n°830, 2° comma, del Codice Civile. I beni mobili e immobili che l'Azienda utilizza per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile della stessa, soggetti alla disciplina dell'articolo 828, 2° comma, del Codice Civile. Tutti i beni di proprietà dell'Azienda sono iscritti nel libro degli inventari nonché, ove previsto, presso i pubblici registri.

2.2 Cosa facciamo

L'Azienda ha come *mission* istituzionale la gestione delle patologie ad alta complessità e, grazie alla presenza di specifiche competenze, anche di patologie che richiedono un'alta specializzazione, per cui in un sistema integrato a rete è individuata quale HUB; inoltre garantisce la continuità diagnostico-assistenziale dell'emergenza-urgenza per adulti e piccoli pazienti. Eroga le suddette prestazioni assistenziali con un approccio multidisciplinare, utilizza linee guida e percorsi diagnostico terapeutici assistenziali con dotazioni di tecnologie diagnostico-terapeutiche avanzate ed innovative.

L'Azienda costituisce, altresì, riferimento per le attività specialistiche della Azienda Sanitaria Provinciale nell'ambito del relativo bacino occidentale e si offre di norma alla collaborazione con altre Aziende Sanitarie secondo le indicazioni degli atti della programmazione sanitaria. Svolge anche diffusa e intensa attività di ricerca orientata a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative e a favorirne 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 dei 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;
- accrescere la posizione di eccellenza per il trattamento di tutte le patologie ed in particolare di quelle di alta specialità.

L'Azienda è struttura di riferimento della sanità ospedaliera a livello regionale; e, al fine di implementare quanto previsto dalla relativa programmazione inter-aziendale e dai rapporti di collaborazione instaurati con le altre aziende sanitarie, concentra la propria attenzione 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 qualitativa e 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.

Contestualmente l'Azienda intende realizzare la propria missione interna (descritta poco sopra), applicando i seguenti modelli e logiche gestionali:

- la realizzazione di un modello di sviluppo continuo delle professionalità, mediante un pregnante livello di formazione, 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 mantenimento delle logiche e degli strumenti del miglioramento continuo dei risultati sia sul fronte clinico assistenziale che su quello dell'efficienza gestionale;
- la ricerca di nuove soluzioni organizzative basate sui principi della flessibilità ed 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 della gestione della pratica amministrativa e del comfort alberghiero;
- la possibilità di realizzare o partecipare a programmi di ricerca finalizzati alla sperimentazione ed applicazione delle pratiche ospedaliere e delle evidenze scientifiche migliori e più avanzate.

3. Identità

3.1 L'amministrazione in cifre

Il personale in servizio al Gennaio 2014 è pari a 2.937 unità: la tabella che segue contiene alcuni dati descrittivi riguardanti le risorse umane impiegate presso l'ARNAS (*).

Analisi caratteri qualitativi/quantitativi delle risorse umane

Indicatori	Valore
Età media del personale (anni)	51,5
Età media dei dirigenti (anni)	53,3
Percentuale di dipendenti in possesso di laurea	28%
Percentuale di dirigenti in possesso di laurea	100%
Ore di formazione media per dipendente (*)	5
Turnover del personale	/
Costi di formazione/spese del personale (*)	€. 50.000,00

Analisi benessere organizzativo

Indicatori	Valore
Tasso di assenze (*)	16%
Tasso di dimissioni premature	/
Stipendio medio percepito dai dipendenti (*)	€. 43.000,00
Percentuale di personale assunto a tempo indeterminato	88,7%

Analisi di genere delle risorse umane

Indicatori	Valore
Percentuale di dirigenti donne	19,8%
Percentuale di donne rispetto al totale del personale	52,14%
Percentuale di personale donna assunto a tempo indeterminato	86,5%
Età media del personale femminile (dirigenti e non)	50,8
Percentuale di personale femminile con laurea	23%
Ore di formazione media per dipendente di sesso femminile (*)	5

fonte dati: flusso del personale prodotto l'31 dicembre 2013;

(*) parte dei dati sono aggiornati a dicembre 2011;

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 2012 si è concluso con una perdita di -€783.000, in forte miglioramento rispetto sia al 2010 (oltre tredici milioni di euro di perdita) che al 2011 (oltre due milioni di euro di perdita). Tale miglioramento scaturisce soprattutto da una politica di gestione economica aziendale sempre maggiormente sensibile al contenimento dei costi operativi complessivi.

Nel corso del 2012 e del 2013 la gestione amministrativa ha quindi evidentemente portato avanti le corrette attività necessarie a concludere il percorso di risanamento economico dell'Azienda (avviato fin dal 2009) e sono in itinere nuove iniziative volte a integrare i diversi finanziamenti regionali e statali relativi alla realizzazione di progetti sanitari e rapportarli ai rispettivi costi sostenuti.

3.2 Il mandato istituzionale e la missione

Come anticipato nel secondo paragrafo, L'Azienda, oltre alla gestione delle patologie ad alta complessità e ad alta specializzazione, concorre nella specificità del proprio ruolo e dei propri compiti allo sviluppo a Rete del Sistema Sanitario Regionale attraverso la programmazione interaziendale del "Bacino Sicilia Occidentale" (include le province di Palermo, Agrigento, Caltanissetta e Trapani; e comprende ASP e Aziende Ospedaliere ricadenti negli indicati territori nonché l'Azienda Ospedaliera Universitaria P. Giaccone di Palermo) finalizzata all'ottimale integrazione delle attività sanitarie delle Aziende facenti parte del medesimo bacino in relazione agli accertati bisogni finanziari e sociosanitari.

L'Azienda ha pienamente e positivamente concluso nel 2012 gli obiettivi di sperimentazione gestionale ex articolo 9 bis del D.Lgs. 502/1992 e *ss.mm.ii.* attraverso convenzioni con organismi pubblici e privati per lo svolgimento in forma integrata sia di opere che di servizi per il miglioramento della qualità di vita dei cittadini e della loro salute, quali:

- la creazione dell'Is.Me.T.T. s.r.l. (Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione) costituita nell'anno 1997 e operante nel settore dell'assistenza sanitaria e della ricerca biomedica, tuttora operativa e di cui l'ARNAS è il maggiore azionista di riferimento;
- l'attivazione del Centro Regionale di riferimento dell'INMP (Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà) finalizzato alla rilevazione epidemiologica e ad una diffusa informazione e prevenzione; tuttora allocato presso i locali della U.O. Malattie Infettive.

L'Azienda conduce, inoltre, una specifica attività di integrazione programmata con le altre aziende del territorio (in particolare con l'ASP di Palermo), ed è impegnata nella gestione organizzativa e amministrativa di specifici percorsi assistenziali nell'ambito della gestione integrata dei pazienti fragili: in particolare quelli affetti da diabete mellito, da scompenso cardiaco cronico, da disabilità croniche e da malattie oncologiche.

Va assolutamente evidenziato, in questo ambito, che L'ARNAS è coinvolta in tutte le Reti Assistenziali regionali e in quasi tutte, ha ruolo di HUB (ovvero il luogo dove si concentrano la maggior parte dei flussi sanitari e che funge da nodo di smistamento verso le altre Aziende). Si deve tener conto che tale 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 (quali l'ARNAS). 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 e contribuiscono in maniera determinante alla riduzione della mobilità passiva extraregionale.

3.3. L'Albero della performance

L'articolazione organizzativa dell'Azienda è improntata a criteri di massima flessibilità, tesi a garantire il tempestivo ed idoneo adeguamento al mutare delle funzioni, dei programmi e degli obiettivi anche se provenienti da stimoli esterni (quali Direttive Regionali ad esempio).

L'Azienda adotta l'organizzazione dipartimentale come modello ordinario di gestione operativa di tutte le sue strutture. 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:

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

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 al 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:

- 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;
- 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;
- coordina l'attività delle strutture rientranti nelle aree funzionali amministrativa, tecnica e professionale;
- 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;
- definisce i criteri generali per il funzionamento delle aree amministrativa, tecnica e professionale;
- 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;
- collabora alla predisposizione della Relazione sanitaria annuale;
- esprime parere obbligatorio sugli atti relativi alle materie di competenza;
- 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. Per lo svolgimento delle proprie funzioni e per quelle ad esso delegate dal Direttore Generale, il direttore amministrativo è coadiuvato da una segreteria che agisce in stretto collegamento con le strutture di

staff. In caso di assenza o impedimento del Direttore Amministrativo, le sue funzioni sono avocate a sé dal Direttore Generale.

Il Direttore Sanitario concorre alla direzione dell'Azienda, partecipando ai processi di pianificazione strategica e pianificazione annuale. E' 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:

- coadiuva – unitamente al Direttore Amministrativo – il Direttore Generale nel governo dell'Azienda fornendogli pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza;
- 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 sovra-ordinata, attività di indirizzo, coordinamento, supporto e verifica nei confronti dei relativi responsabili, promuovendo l'integrazione dei servizi stessi;
- identifica la domanda di assistenza sanitaria ed i bisogni di salute dell'utenza;
- coordina l'attività dei Dipartimenti sanitario-assistenziali;
- 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;
- predispone con la collaborazione del Direttore Amministrativo la relazione sanitaria Aziendale annuale;
- stabilisce le strategie e gli indirizzi per l'adozione di provvedimenti straordinari con carattere d'urgenza;
- 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;
- definisce criteri organizzativi generali conseguenti agli obiettivi Aziendali fissati dal Direttore Generale;
- coadiuva il Direttore Generale nella gestione dei rapporti con l'Università, contribuendo alla definizione dei relativi protocolli d'intesa, curando l'organizzazione dei corsi di specializzazione per quanto di competenza dell'Azienda, nonché coordinando le attività di ricerca sanitaria finalizzata;
- esprime parere obbligatorio sulle progettazioni edilizie dell'Azienda in merito agli aspetti igienico-sanitari e funzionali;
- 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;
- promuove l'attività di formazione, aggiornamento e riqualificazione del personale dei servizi sanitari al fine del perseguimento degli obiettivi Aziendali;
- promuove iniziative di ricerca finalizzata nell'ambito dei servizi sanitari dell'Azienda;
- 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;
- fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza;
- presiede il Consiglio dei Sanitari ed il Comitato per il Buon uso del sangue ed è presidente delle commissioni per il conferimento degli incarichi di Dirigente e Responsabile di struttura complessa.

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.

Sono da ricondursi sotto l'area dello Staff della Direzione dell'ARNAS Civico le seguenti attività (*così come previste espressamente dal Decreto Assessore Regionale della Salute dell'11 marzo 2010 - GURS 16 aprile 2010*):

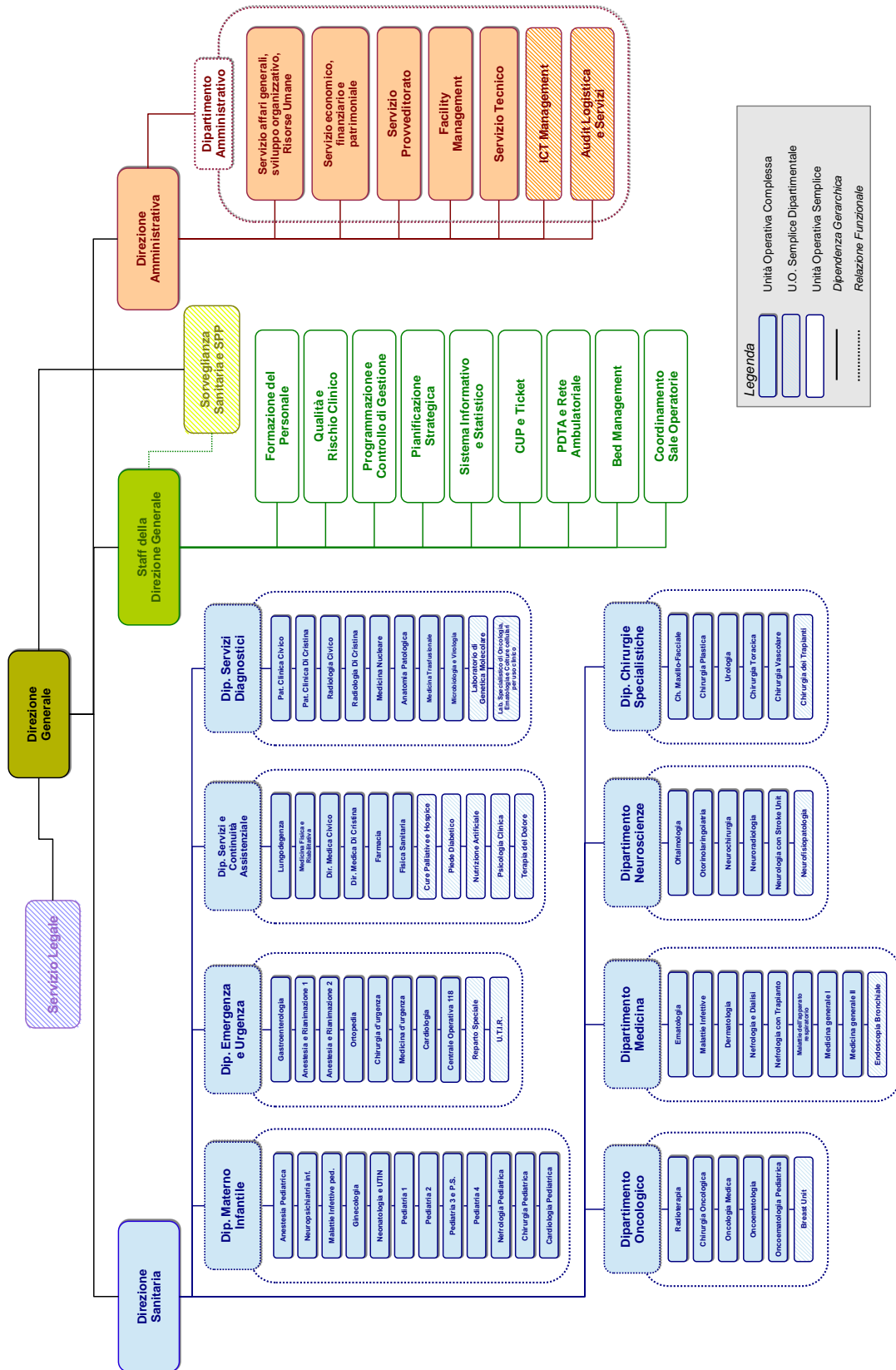
- Formazione del personale;
- Gestione della Qualità;
- Sistema Informativo e Statistico;
- Innovazione dei processi produttivi e loro controllo;
- Pianificazione e controllo strategico;
- Programmazione e controllo di gestione;
- Servizio Protezione e Prevenzione (SPP);
- Sorveglianza Sanitaria;
- Gestione del rischio clinico;
- Servizio Legale;
- Organizzazione delle professioni sanitarie e del servizio sociale
- Ingegneria clinica;
- Informazione e comunicazione (Ufficio Relazioni con il Pubblico e Ufficio stampa);
- Educazione alla salute;
- Dietologia e nutrizionistica ospedaliera;
- Coordinamento sale operatorie;
- Coordinamento CUP e rete ambulatoriale aziendale;
- Assistenza religiosa.

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 sanitari; costituisce il contesto nel quale valorizzare le competenze 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.

Si riporta nella pagina seguente l'organigramma dell'Azienda (*con evoluzioni rispetto all'Atto aziendale, come da Delibera n°120 del 06/02/2014*).

AZIENDA OSPEDALIERA "ARNAS CIVICO e BENFRATELLI, G. DI CRISTINA"
ORGANIGRAMMA AZIENDALE 2014 - ALLEGATO "A"



4. Analisi del contesto

4.1 Analisi del contesto esterno

Il processo di riforma del SSR avviato con Legge n°5 del 2009 ha investito tutte le Aziende Sanitarie, comportando in alcuni casi fusioni tra diverse realtà, in altri la riorganizzazione del soggetto giuridico. L'ultimo caso interessa l'ARNAS Civico, che, pur se non destinataria di accorpamenti con altre aziende, ha dovuto ripensare radicalmente la propria organizzazione in funzione degli accadimenti a livello provinciale e regionale.

Tra gli innumerevoli passaggi di tipo giuridico necessari alla nascita del nuovo soggetto, due fra tutti meritano di essere citati nel presente Piano: l'adozione dell'Atto Aziendale e la determinazione della Dotazione Organica. Se il primo costituisce il documento fondante ove descrivere organizzazione e funzionamento, il secondo rappresenta l'analitica indicazione delle risorse umane costituenti il fulcro aziendale.

Va precisato che il cambio al vertice dell'Azienda e la gestione commissariale a partire dal mese di febbraio 2011 hanno comportato l'avvio di una radicale riorganizzazione che ha reso provvisori ed, a tutt'oggi, in regime di proroga alcuni incarichi gestionali e le correlate responsabilità. L'Atto aziendale è stato adottato dall'ARNAS con Deliberazione n°1328 del 5 ottobre 2011 alla luce delle modifiche approvate con il D.A. n°1725 del 16 settembre 2011. Inoltre è già stata implementata la Dotazione Organica determinata con Atto Deliberativo n°131 del 31 gennaio 2011.

Occorre rilevare, che l'Azienda si è trovata ad operare in un contesto regionale in cui si è lentamente riusciti a implementare un sistema di governo della domanda al fine di superare la radicata cultura "ospedalocentrica" diffusa nella popolazione. Ciò ha generato, spesso, un'allocazione delle risorse non conforme alla distribuzione ideale prevista. Tale situazione, fino a poco tempo fa aggravata dal sottodimensionamento dell'offerta delle aziende territoriali, oggi registra un potenziamento del filtro territoriale, grazie all'introduzione delle Reti Assistenziali che costituisce l'occasione per un confronto costruttivo e proficuo in termini di riqualificazione dell'offerta. Ciò risulta infatti di importanza fondamentale per questa Azienda, la quale può così beneficiare immediatamente di una riconduzione della domanda a quanto di sua maggiore pertinenza, stante anche l'entità delle risorse riconosciute che sono state dall'Assessorato calibrate su quest'ultimo valore e non sulle reali prestazioni rese in aggiunta.

In ragione di quanto su illustrato è ipotizzabile che il Piano della Performance descritto nel presente documento sia da considerare passibile di radicali modifiche ed integrazioni, in funzione delle scelte comunali e regionali in corso di programmazione e validazione, che l'amministrazione avrà cura di trasmettere agli uffici competenti per le dovute verifiche.

4.2 Analisi del contesto interno

Punti di forza

- Presenza di tutte le specialità medico-sanitarie in quanto Azienda di alta Specializzazione e di Rilievo Nazionale;
- Alta competenza tecnico professionale;
- Dotazione di tecnologie diagnostiche e terapeutiche avanzate ed innovative;
- Articolazione organizzativa in Dipartimenti Funzionali che hanno come obiettivo principale l'ottimizzazione delle politiche assistenziali destinate a specifiche categorie di pazienti (o quadri clinici) e volte a migliorare l'efficienza;
- Garanzia dell'espletamento degli interventi chirurgici complessi in emergenza con un approccio multispecialistico, per fare "quanto occorre nello stesso tempo e in un unico posto";

Punti di debolezza

- Articolazione in padiglioni separati (specie per il presidio Civico) che:
 1. condiziona negativamente l'iter diagnostico terapeutico;
 2. aumenta i costi di gestione influenzando sulla possibilità di ottimizzare i turni di guardia e richiedendo, in taluni casi, la duplicazione di attrezzature medicali onde evitare pericolosi spostamenti a pazienti critici;
- Necessità di procedere, nel tempo, allo "svecchiamento" di molti padiglioni e di adeguarsi alle normative di riferimento con l'avvio di opere di ristrutturazione e adeguamento strutturale che si protraggono nel tempo, causando gravi disagi ai pazienti ed agli operatori sanitari. La coesistenza di cantieri aperti ed attività assistenziali comporta maggiori disagi per pazienti e personale, e richiede un continuo monitoraggio delle aree cantieristiche;
- Alta concentrazione di prestazioni inappropriate nell'Area Pediatrica, dovute al fatto che la mancata attivazione dei percorsi socio-assistenziali specifici per i degenti di più difficile gestione e la contestuale impossibilità di trasferire nel territorio la continuità delle cure ospedaliere costringe l'Azienda a prestare assistenza non rispondente al proprio mandato istituzionale;
- Non adeguata omogeneizzazione e standardizzazione dei processi di assistenza e di supporto al malato (non sufficiente implementazione di percorsi assistenziali condivisi tra i Dipartimenti e tra Strutture e territorio);
- Obsolescenza ed inadeguatezza della struttura informatica di gestione dati, prenotazioni e trasmissione dei flussi;
- Elevata età media del personale, con la conseguente necessità di pianificare e produrre una ingente attività formativa esclusivamente dedicata all'aggiornamento dei processi aziendali e alla alfabetizzazione informatica.

4.3 Risultati ottenuti nell'anno 2012 e opportunità di miglioramento

L'ARNAS nel corso del periodo 1 gennaio – 31 dicembre 2012 ha continuato a perseguire l'obiettivo primario derivante dal proprio mandato istituzionale: effettuare prestazioni di assistenza ospedaliera di elevata complessità e di alta specializzazione, quale istituzione sanitaria di riferimento per gli abitanti delle province della Sicilia occidentale. Nello stesso tempo, ha continuato a svolgere il proprio ruolo "storico" di presidio per l'assistenza ospedaliera delle condizioni patologiche di medio-bassa complessità, prevalentemente in favore degli abitanti delle circoscrizioni meridionali della città di Palermo e dei comuni limitrofi.

Di seguito si dà il confronto dei dati 2012 rispetto ai dati relativi all'anno 2011 (entrambi corretti sulla base degli indicatori di attività forniti dall'Assessorato Regionale dopo la validazione del Bilancio Consuntivo).

Risultati di attività sanitaria

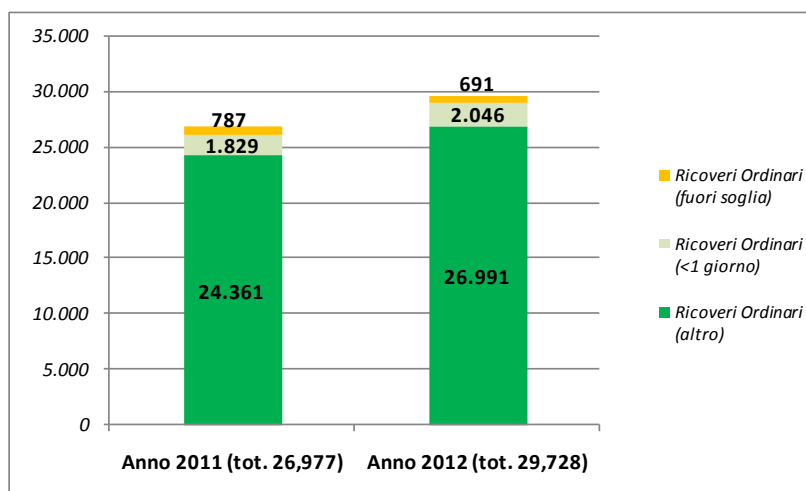
I principali indicatori che descrivono le numerose e complesse attività svolte all'interno dell'Azienda danno dimostrazione dell'assolvimento dei mandati "sociali" descritti prima, e mostrano, nello stesso tempo, come i dirigenti e gli operatori abbiano risposto positivamente sia alle disposizioni delle autorità nazionali e regionali responsabili della programmazione sanitaria, sia alle sollecitazioni degli utenti e dei loro organismi di rappresentanza, nonostante le difficoltà derivanti dall'implementazione di nuovi e complessi processi riorganizzativi.

Ricoveri ordinari

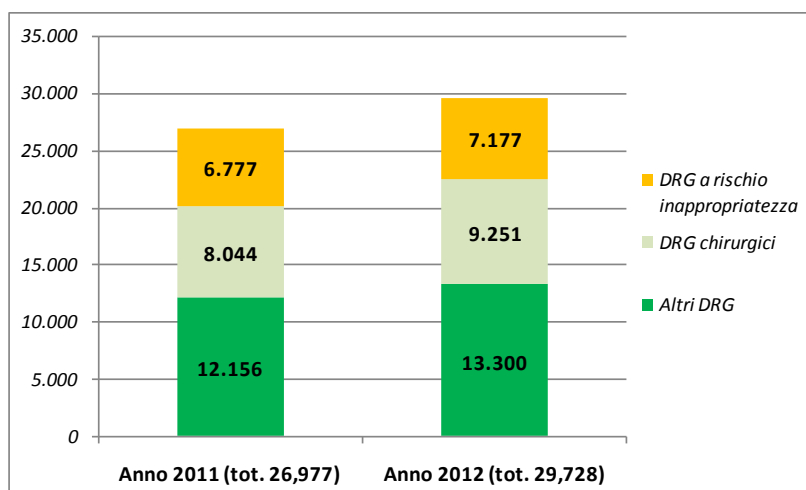
La coesistenza all'interno dell'ARNAS di mandati istituzionali molteplici e molto diversificati rende difficile il "governo dell'offerta delle prestazioni assistenziali" da parte dei dirigenti e dei professionisti che esercitano ruoli decisionali: buona parte delle attività della nostra Azienda, infatti,

sono di per sé poco governabili e difficilmente gestibili poiché derivano dall'obbligo di rispondere alle richieste di assistenza in urgenza.

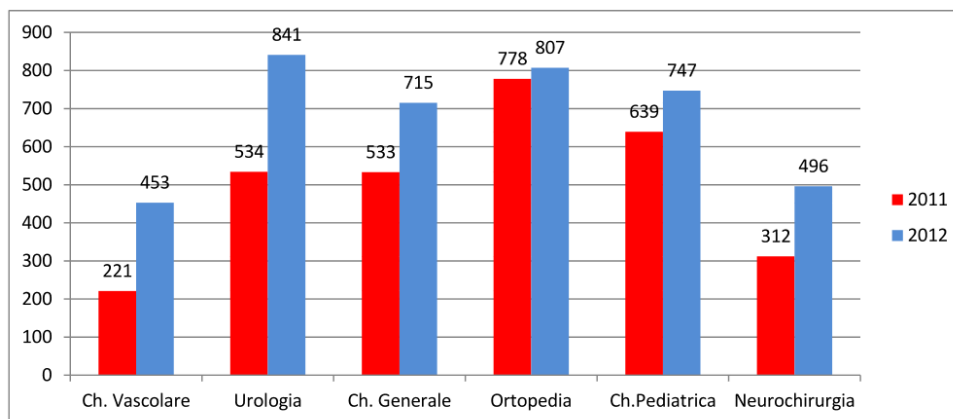
Pur tuttavia, per la parte di assistenza in elezione, l'ARNAS esercita ogni potere strategico-direzionale per conseguire il massimo del raggiungimento in ordine all'abbattimento delle liste di attesa. Infatti la semplice analisi quantitativa delle degenze illustrata di seguito è già particolarmente esplicita: nell'anno 2012, oltre l'85% dei ricoveri è stato costituito da ricoveri urgenti e quindi non pianificabili né controllabili; ma ciononostante si è riusciti a governare il numero di ricoveri di un solo giorno (importante indicatore di qualità di una gestione controllata e pianificata dei posti letto) e a ridurre drasticamente la percentuale dei fuori soglia.



Dal punto di vista dei risultati qualitativi si può affermare che sia stata correttamente implementata la strategia aziendale di ampliare e rafforzare soprattutto l'attività chirurgica in regime ordinario: ciò viene immediatamente evidenziato dal fatto che tale classe di attività sanitaria è aumentata più delle altre sia in valore assoluto che in percentuale.



E' ancora più importante sottolineare come le attività chirurgiche a maggior sviluppo siano quelle relative alle aree specialistiche critiche per mobilità passiva, tanto provinciale quanto regionale. Nella figura successiva è rappresentata la produzione di DRG chirurgici del 2012 confrontata a quella del 2011 per le aree in questione.



Indicatori di Esito

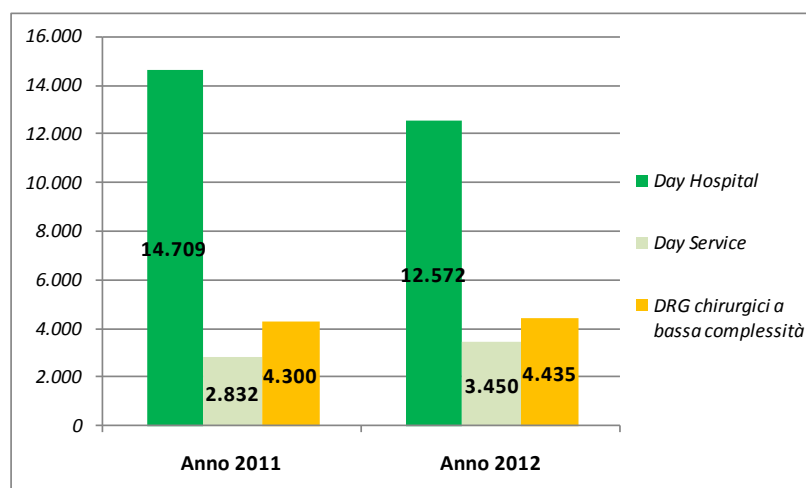
Particolare attenzione è stata posta sugli indicatori di esito monitorati dal PNE.

Sono risultate ottime le performance realizzate nell'ultimo anno sull'indicatore relativo agli "interventi di sostituzione protesica o riduzione di frattura di collo del femore entro 48 ore negli ultra65enni", e sono stati migliorati i già eccellenti risultati sui tempi di trattamento degli STEMI; mentre per ciò che riguarda la proporzione di "tagli cesarei primari" l'ARNAS Civico risulta realizzare le percentuali più basse di cesarei in regione, e ciò nonostante esso sia da anni il punto di riferimento per le "gravidezze difficili" e quindi particolarmente a rischio.

Indicatore	2011	2012
Intervento di sostituzione protesica o riduzione di frattura entro 48 ore per fratture del collo del femore (Tasso grezzo)	20%	56%
IMA STEMI trattati con PTCA entro 24 ore (Tasso grezzo)	84%	92%
% Tagli cesarei in pazienti non precesarizzate (Tasso grezzo)	23%	23%

Ricoveri a ciclo diurno (Day Hospital) e Day Service

Il ricovero in Day Hospital consente di effettuare prestazioni sanitarie programmate, anche molto complesse e talvolta multiprofessionali e multidisciplinari, in condizioni di massimo controllo del rischio clinico, di breve durata ed effettuabili nel giro di poche ore con un notevole risparmio di risorse umane, tecnologiche e strumentali.

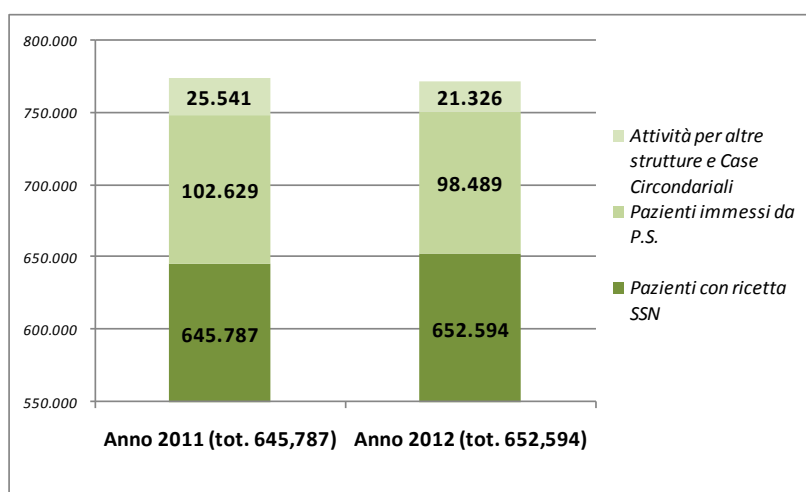


Il percorso assistenziale di Day Hospital e Day Service dell'ARNAS Civico ha consentito durante l'anno 2012 l'assistenza di rispettivamente 12.572 e 3.450 pazienti per un valore economico superiore a 19 milioni di euro. Inoltre, i dati mostrano come sia stato possibile trasferire a questo regime assistenziale le prestazioni sanitarie afferenti ad alcuni DRG chirurgici considerati a bassa complessità.

Attività Ambulatoriale

Il numero complessivo di prestazioni per esterni (SSN) di tipo Ambulatoriale è stato pari a 645.787 unità, ovvero in lieve riduzione rispetto al 2011. La relativa valorizzazione economica non ne ha però risentito (ed è anzi in lieve incremento), dal momento che la scelta della Direzione Aziendale è stata mirata più all'aumento dell'indice di complessità dei casi trattati, in ossequio alla mission aziendale di alta specializzazione.

La figura successiva riporta l'andamento delle prestazioni ambulatoriali dei due periodi oggetto di confronto includendo anche le attività per Case Circondariali, altre strutture sanitarie e PS (si sottolinea il forte incremento dell'attività di Pronto Soccorso sviluppata durante gli ultimi tre anni, e dovuta alla conclusa implementazione del nuovo dipartimento e della nuova struttura organizzativa durante il 2011).

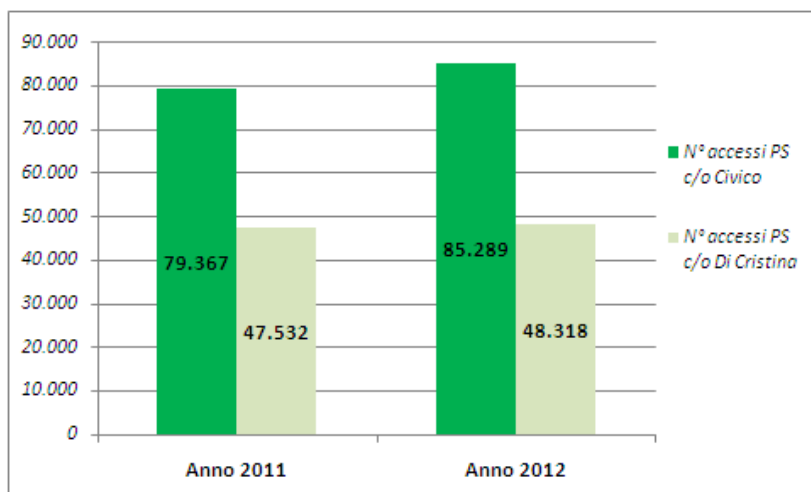


Attività di Pronto Soccorso

Particolarmente rilevante, come si è detto, è l'impegno dell'Azienda in favore dei cittadini che necessitano di prestazioni di emergenza e urgenza. Tali prestazioni non comprendono soltanto l'operato delle unità operative di pronto soccorso, ma richiedono spesso l'intervento integrato di numerose altre unità operative mediche e chirurgiche, funzionalmente inquadrato nel Dipartimento di Emergenza e Urgenza.

Le prestazioni complessivamente effettuate dalle due unità operative di Pronto Soccorso di questa Azienda (quella dell'Ospedale Civico e quella dell'Ospedale Di Cristina) nell'anno appena concluso sono state 133.607.

Ciò è stato sicuramente favorito dalle due rispettive aree di "osservazione breve", le quali rappresentano uno strumento operativo di grande efficienza per ottemperare alle disposizioni assessoriali finalizzate al contenimento dei ricoveri ospedalieri (l'utilizzo corretto di tale risorsa organizzativa offre infatti l'opportunità di migliorare l'appropriatezza del ricovero, effettuando prestazioni e analisi mirate al migliore inquadramento diagnostico).



Obiettivi e Risultati Strategici

Come sopra indicato al livello più elevato della gerarchia degli obiettivi aziendali, si trovano gli obiettivi assegnati all'azienda dall'Assessorato regionale alla Salute. Al termine di ogni anno i risultati conseguiti dall'azienda vengono verificati e valutati da parte dell'Assessorato e le valutazioni fornite sono trasmesse a cascata alle unità operative che hanno contribuito alla relativa realizzazione.

La seguente tabella riporta ciascuno degli obiettivi strategici presentati nel Piano Obiettivi dell'Azienda Civico, la relativa descrizione, i **risultati attesi e quelli ottenuti** (valore raggiunto ove già rilevato).

Obiettivo	Documentazione prodotta	Descrizione	Valore atteso e indicatore	Valore raggiunto
Riqualificazione e riorganizzazione della specialistica ambulatoriale	<i>Piano provinciale condiviso tra ASP Palermo, ARNAS Civico, AOOR Villa Sofia Cervello, AOUP P. Giaccone</i>	Redazione di un Piano Provinciale condiviso per la riqualificazione e riorganizzazione della specialistica ambulatoriale	Esistenza del Documento	SI
	<i>Relazione in ordine alle attività sviluppate in sinergia</i>	Relazione sulla gestione integrata ospedale-territorio sulla cronicità e individuazione del referente per le dimissioni facilitate		
Appropriatezza delle procedure, e applicazione delle Linee Guida	<i>Schede riassuntive per ciascuno dei tre sub obiettivi</i>	Tempestività a seguito di Frattura del Femore	> 50% degli interventi effettuati entro 48h	55,3%
		Riduzione incidenza dei Parti Cesarei	< 20% dei parti in ospedale effettuati come cesarei primari	23%

Obiettivo	Documentazione prodotta	Descrizione	Valore atteso e indicatore	Valore raggiunto
		Tempestività nell'effettuazione PTCA nei casi di infarto	> 50% degli interventi effettuati entro 24h	66%
Adozione del Piano Aziendale per la gestione del rischio clinico e l'implementazione delle buone pratiche	<i>Piano Aziendale per la gestione del rischio clinico e l'implementazione delle buone pratiche.</i>	Presenza del Piano Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico	Produzione del Documento	SI
		Raggiungimento degli obiettivi di miglioramento (tempi e risultati)	100% degli obiettivi raggiunti	
Rimodulazione della rete ospedaliera	<i>Relazione "Rimodulazione della rete ospedaliera"</i>	Completamento della rimodulazione secondo il crono-programma condiviso e Attivazione delle modifiche richieste via Decreto	Crono-programma completato	SI
Utilizzo appropriato delle strutture ospedaliere	<i>Relazione a cura dell'Assessorato Regionale alla Salute</i>	Incremento dei DRG critica per la mobilità extraregionale	Rispetto delle tabelle regionali	Parzialm. raggiunto
		Riduzione del tasso di ospedalizzazione	Riduzione indice di degenza media	OK
		Percentuali di interventi in Day Service	Rispetto delle tabelle regionali	OK
Autosufficienza produzione emazie	<i>Relazione "Autosufficienza produzione emazie"</i>	Incremento nella produzione totale delle emazie	> valore 2011	OK
Progetto TELETAC	<i>Relazione progettuale</i>	Avvio di <i>teleconsulti</i> Radiologici e Neurochirurgici	Attivazione	Già a regime
Qualità percepita	<i>Relazione sul sistema di rilevazione</i>	Implementazione di un sistema di rilevazione della Qualità Percepita	Questionari sul 5% degli utenti di ricoveri ordinari e 1% di prestazioni ambulatoriali	OK
Miglioramento dei tempi di attesa per i percorsi diagnostico-terapeutici in area oncologica	<i>Relazione sui "Tempi di attesa"</i>	Monitoraggio e riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni critiche (<i>diagnosi effettuate entro 30gg</i>)	Neoplasie della mammella	OK
			Neoplasie del polmone	OK
			Neoplasie di colon e retto	OK
		Integrazione compilativa della SDO	> 90% di SDO compilate sui ricoveri	100%

Obiettivo	Documentazione prodotta	Descrizione	Valore atteso e indicatore	Valore raggiunto
Standard JCI – Patient safety	<i>Elenco dei piani di miglioramento inseriti come previsto e comunicato con nota DASOE/SER.5/1896 dell'11/1/2012</i>	Applicazione degli standard JCI e attivazione di percorsi di miglioramento	Inserimento dei piani definiti con l'assessorato all'interno del software SAT, Linea di attività Emergency Department	OK
Tempestività, completezza e adeguatezza dei flussi informativi	<i>Tabella "Tempestività, completezza e adeguatezza dei flussi informativi"</i>	Invio tempestivo dei flussi informativi verso l'assessorato, con un livello qualitativo accettabile.	Percentuale dei flussi completi inviati nei tempi previsti	100%
Prevenzione sui luoghi di lavoro in ambito aziendale	<i>Relazione a firma del responsabile SPP</i>	Applicazione del D.Lgs. 81/2008 e della Circolare Assessoriale 1273 del 26/07/2010	Attuazione di quanto indicato	SI

Analisi dei Risultati aziendali e opportunità di miglioramento

Nel dare seguito ai commenti e alle analisi sui risultati ottenuti dall'ARNAS Civico durante l'anno 2012, si devono contestualmente (seppur sommariamente) fornire anche le cause generali e la pianificazione delle eventuali misure correttive.

Si deve innanzitutto sottolineare come il contesto esterno abbia ancora influito sui risultati interni della Azienda:

- come già detto, le carenze dimostrate dalle strutture del territorio sono purtroppo un elemento alieno al controllo da parte della dirigenza dell'ARNAS Civico, e l'incapacità di affrancare questa Azienda Ospedaliera dalle attività di bassa specializzazione ha talvolta avuto un effetto negativo sulle strutture nelle quali è imprescindibile la pianificazione delle attività di elezione.
- il problema del mancato *turn-over* del Personale Sanitario dotato di alta specializzazione pensionatosi in questi anni, rappresenta il principale esempio (ma non il solo) di come siano stati forniti all'Azienda obiettivi che richiedono un aumento iterato negli anni della produzione di servizi, ma destinandole risorse costanti o in diminuzione.

Il contesto interno fornisce una lettura simile e permette di prevedere le eventuali ricadute positive negli anni successivi:

- il personale dell'Azienda ha dimostrato una carenza di alfabetizzazione informatica, la quale genera grossi ritardi nelle comunicazioni interdipartimentali, problemi nel monitoraggio dei consumi e dei rifornimenti, e infine un difficile controllo "in itinere" dei risultati ottenuti. Per ovviare alla maggior parte di tali difficoltà, è stato implementato un processo di re-ingegnerizzazione e rinnovamento delle procedure aziendali (*quali, solo a titolo di esempio: il progetto "Metafora", l'introduzione di nuove figure specialistiche per l'analisi dei processi, il monitoraggio dei costi di acquisto di beni e servizi, nonché le modalità di approvvigionamento degli stessi*);
- la distribuzione e l'assegnazione dei carichi di lavoro aziendali si è mantenuta durante l'anno 2012 ancora parzialmente corrispondente al precedente organigramma, e la gestione del personale ARNAS operata su tali schemi ha fortemente penalizzato l'efficienza produttiva. La conclusione del processo di implementazione della nuova dotazione organica completato durante l'anno 2013, ha finalmente permesso di

pianificare una assegnazione delle risorse più aggiornata e maggiormente appropriata, al fine di ridurre le eventuali inefficienze.

Possiamo quindi fornire adesso una interpretazione più critica ed esaustiva dei risultati elencati nel precedente paragrafo.

Se, ad esempio, gran parte delle strutture chirurgiche dell'Azienda appare non rispondere completamente alle direttive di contenimento dei costi e dei consumi, non bisogna dimenticare che esse rappresentano la branca medica maggiormente ampia e caratterizzata da attività molto diversificate tra loro, e quindi soggetta al maggiore numero di indicatori e obiettivi. Assieme al Pronto Soccorso sono unità soggette ad un potenziale rischio di sovraccarico dovuto alla gestione di urgenze non programmate. Grossi miglioramenti in merito sono comunque già evidenziabili rispetto all'anno precedente.

Anche alcune unità di medicina generale - tipicamente i reparti di Medicina I° e II° - sono costrette a fronteggiare attività ambulatoriali generiche (di competenza precipuamente territoriale) che sovrastano e distolgono l'attenzione da una costante attività di alta specializzazione, causando quindi una errata pianificazione nell'utilizzo delle risorse umane e dei presidi ospedalieri, e quindi infine una degenza media maggiore dei parametri medi identificati dal Ministero della Salute. Per far fronte a tali problematiche è stato reiterato e potenziato il progetto avviato durante il 2011 di redistribuzione del personale infermieristico (supportato da una specifica attività formativa), l'ampliamento delle Reti territoriali e la campagna informativa mirata ai cittadini, al fine di selezionare secondo criteri di complessità e specializzazione le attività ambulatoriali richieste all'Azienda dal pubblico.

Per quanto riguarda le unità sanitarie afferenti al presidio ospedaliero del Di Cristina, vi è stata una elevata capacità di miglioramento immediato della situazione con specifiche attività di formazione sulla comunicazione aziendale e su percorsi diagnostico-terapeutici a livello aziendale. Bisogna infatti enfatizzare che la gestione del paziente pediatrico in urgenza presenta delle specificità rispetto al paziente adulto che modificano tempi e modalità di trattamento, quali una diversa gestione dei rischi clinici e difficoltà molto maggiori per la gestione delle consulenze.

I dati sullo sviluppo dell'attività ordinaria palesano, in conclusione, che le scelte strategiche pianificate dalla presente Direzione Generale si sono dimostrate funzionali e corrette nell'indirizzare i processi sanitari dell'ARNAS Civico verso criteri più stringenti di alta specializzazione e di chirurgia ad alta complessità; ma contestualmente palesano che la loro effettiva implementazione ha risentito sia di un impianto aziendale le cui dimensioni evidentemente rallentano i cambiamenti strutturali di simile impatto, sia di un contesto esterno che ha fortemente limitato ad esigenze puramente metropolitane le capacità di azione di una azienda il cui respiro dovrebbe essere di livello internazionale.

5. Attribuzione a cascata degli obiettivi

5.1. 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 (che ha profondamente innovato l'intero sistema sanitario) 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 sulla base della rimodulazione della Rete interaziendale tuttora in corso di implementazione e delle verifiche in corso sulle dotazioni organiche delle singole Aziende. Tali imprecisioni sono 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 ed il 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:

- Rimozione dei casi di duplicazione nell'offerta assistenziale;
- Potenziamento dell'attività di lungodegenza e riabilitazione;
- Miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e contestuale verifica su qualità, efficacia ed efficienza delle prestazioni;
- Mantenimento (e, in alcuni specifici casi, relativa 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;
- Completamento della riorganizzazione della Rete Assistenziale sul territorio;
- Adeguamento organizzativo delle strutture da riconvertire o di nuova attivazione;
- Monitoraggio delle prestazioni ospedaliere ad alto rischio di in appropriatezza, e trasferimento verso regime di day service ed ambulatoriale;
- 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 già individuato una batteria di obiettivi ed indicatori (esposti nei prossimi paragrafi) sulla base dei quali responsabilizzare il personale dirigente.

In attesa della implementazione completa della nuova struttura dei Centri di Costo e di Responsabilità (già deliberata durante l'anno 2013), l'Azienda ha comunque proseguito sul sentiero di responsabilizzazione degli operatori, "individualizzando" sulla base della

regolamentazione adottata in Azienda gli obiettivi sopra evidenziati ed esplicitandoli ai Responsabili delle diverse strutture.

Tale processo di responsabilizzazione è stato inoltre concepito nell'ottica di permettere modifiche ed integrazioni che si dovessero rendere necessarie o anche solo opportune e sulle quali sarà sempre garantita massima trasparenza. Si sottolinea che nell'individuazione degli obiettivi si fa riferimento all'articolazione aziendale così come derivante dall'Atto Aziendale approvato con Deliberazione n°1328 del 5 ottobre 2011 (e ss. mm. e ii.).

5.2 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 processo di budget avviene attraverso una negoziazione tra la Direzione Strategica aziendale (coadiuvato dal Comitato di Budget formalmente nominato) ed i Responsabili delle Strutture individuati nel Piano dei Centri di Costo e Responsabilità aziendale. Durante l'ambito delle sedute di negoziazione si definiscono le singole schede di budget, nelle quali 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** regionali 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 agli indirizzi clinici da seguire nell'erogazione delle prestazioni, mantenendo prioritario il perseguimento di una maggiore efficienza ed appropriatezza delle prestazioni attraverso la riduzione dei ricoveri inappropriati e lo spostamento delle prestazioni a bassa complessità verso il regime ambulatoriale;
- gli **obiettivi di qualità** (individuati coerentemente con i requisiti di accreditamento istituzionale ex D.A. 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 è effettuata dall'organo preposto alla valutazione aziendale che tiene conto di eventuali controdeduzioni in caso di mancato raggiungimento o scostamento rispetto ai valori attesi.

5.3 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

Si riportano di seguito tre 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 di Staff della Direzione Aziendale;
- delle Unità Operative del Dipartimento Amministrativo.

Si ribadisce che tali obiettivi costituiscono l'imprescindibile presupposto per l'attività di responsabilizzazione di tutte le figure professionali come sopra descritto.

PRINCIPALI OBIETTIVI DELLE UNITÀ OPERATIVE SANITARIE		
AREA	OBIETTIVO	INDICATORE
Strategica	Gestione del Paziente Cronico	N° di "Dimissioni facilitate" per pazienti target prioritari gestite
		N° pazienti con accesso al P.S. e transitati verso la rete ambulatoriale sul territorio
	Attuazione del Programma Operativo del Piano di Rientro	Completamento dei seguenti obiettivi: - Contenimento delle spese per i DM - Contenimento dei tempi di Attesa - Controllo delle cartelle Cliniche - Completezza dei flussi informativi - Tassi di ospedalizzazione
	Conseguimento target di outcome	Frattura del Femore
		Parti cesarei Angioplastiche e PTCA
Utilizzo fondi comunitari per investimenti in infrastrutture	Verifica sul raggiungimento degli obiettivi di spesa sui progetti finanziati	
Attività e prestazioni	Rispetto dei target di appropriatezza su DRG specifici	Rispetto delle percentuali indicate come valori soglia DRG specifici, in regime di ricovero
		Rispetto delle percentuali indicate come valori soglia DRG specifici, per DSAO
	Incremento incidenza dei DRG chirurgici	DRG chirurgici/n. DRG totali * 100
	Tasso di occupazione dei posti letto	(gg degenza effettive/gg degenza teoriche * PL)* 100
	Incremento attività relativa al primo ciclo terapeutico	n. pazienti con consegna I°CT/n. totale pazienti dimessi
Riduzione degenza media	degenza media = target specifico di U.O.	

PRINCIPALI OBIETTIVI DELLE UNITÀ OPERATIVE SANITARIE		
AREA	OBIETTIVO	INDICATORE
	Tempestività Schede SDO	Chiusura SDO entro il 7° giorno dall'inizio del mese successivo a quello di dimissione
	Corretta gestione delle Sale Operatorie	- mantenimento e gestione dei registri operatori; - programmazione settimanale attività d'elezione; - Check List di Sala Operatoria
Qualità e JCI	Qualità documentazione clinica (PACA/JCI)	Corretta compilazione Consensi Informati Annotazione di dettaglio delle giornate di degenza
	Implementazione degli standard di competenza (JCI)	Raggiungimento e verifica degli standard JCI
	Rilevazione della qualità percepita	Somministrazione del questionario per la "customer satisfaction"
	Elaborazione di iniziative formative	Realizzazione delle iniziative formative in accordo con l'UO Formazione Esecuzione dei lavori della rete aziendale con riferimento alle direttive in merito a sicurezza su posto di lavoro (D.Lgs 81/2008)
Economico-finanziaria	Rispetto del budget relativo ai costi diretti	Σ costi diretti di pertinenza dell'U.O. = budget
	Contenimento rapporto costi diretti/ricavi	Rapporto costi diretti U.O./ricavi U.O. < rapporto anno precedente
	Gestione delle giacenze c/o magazzini di U.O.	valore giacenze/valore consumi (da misurare in numero di giorni di consumo equivalente)
Sicurezza e Personale	Implementazione misure di prevenzione su salute e sicurezza del luogo di lavoro	Come da specifica scheda predisposta dal SPP con le azioni da conseguire
	Applicazione del Piano triennale sulla Trasparenza	Puntuale esecuzione delle relative direttive aziendali
	Applicazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione	Applicazione dei monitoraggi delle attività a rischio e delle relative direttive di verifica come definite ed elencate nell'apposito Piano aziendale

PRINCIPALI OBIETTIVI DELLE AREE AFFERENTI AL DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO		
AREA	OBIETTIVO	INDICATORE
Facility management Provveditorato Ufficio Tecnico Risorse Umane	Organizzazione delle attività operative sulla base del nuovo atto aziendale	Predisposizione o manutenzione dei relativi modelli organizzativi
Facility management 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
Facility management Provveditorato Ufficio Tecnico Risorse Umane Risorse Economiche	Rispetto della tempistica concernente la trasmissione all'Assessorato Regionale dei flussi informativi richiesti, ed al Collegio Sindacale dei dati e della documentazione richiesta	Adempimenti entro i termini previsti

PRINCIPALI OBIETTIVI DELLE AREE AFFERENTI AL DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO		
AREA	OBIETTIVO	INDICATORE
Facility management 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
Facility management 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
Facility management 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 delle graduatorie per l'affidamento degli incarichi

PRINCIPALI OBIETTIVI DELLE AREE AFFERENTI ALLO STAFF DELLA D.G.		
U.O.	OBIETTIVO	INDICATORE
SIS	Elaborazione ed invio dei flussi informativi (A,C,F,T,Z, EMUR, Consumo farmaci, Dispositivi medici) all'Assessorato Regionale Salute	Adempimenti entro i termini e con le cadenze previste
Controllo di Gestione	Elaborazione trimestrale del report dei costi dei Centri di Responsabilità	Produzione report
Controllo di Gestione	Attività di supporto al Nucleo di Valutazione aziendale / OIV	Espletamento dell'attività richiesta
Controllo di Gestione S.I.S.	Verifiche periodiche sui principali indicatori correlati ad obiettivi strategici aziendali	Verifiche periodiche effettuate su richiesta della Direzione Aziendale

PRINCIPALI OBIETTIVI DELLE AREE AFFERENTI ALLO STAFF DELLA D.G.		
U.O.	OBIETTIVO	INDICATORE
CUP	Informatizzazione delle agende di prenotazione; nonché aggiornamento delle agende ambulatoriali secondo le proposte dei reparti	Espletamento dell'attività richiesta
CUP	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>	Indagine effettuata sulla base del 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
Qualità e Rischio Clinico S.I.S.	Regolamento e monitoraggio dei codici bianchi	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
Staff della D.A. I.C.T. Management	Creazione e aggiornamento del Piano sulla trasparenza e anticorruzione nel rispetto delle direttive nazionali	Monitoraggio continuo della applicazione dei Piani aziendali

6. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione della performance

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

La gestione della performance, non si compone del solo processo di budget descritto nel precedente capitolo, 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:

- i. definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- ii. collegamento tra gli obiettivi e l’allocazione delle risorse;
- iii. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- iv. misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- v. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- vi. rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Nel seguito vengono riportate 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
<u>Fase 1</u> - 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 Controllo di Gestione Servizio Risorse Umane
<u>Fase 2</u> - Collegamento tra gli obiettivi e l’allocazione delle risorse	Comitato di Budget
<u>Fase 3</u> - Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi	Direzione Strategica Controllo di Gestione
<u>Fase 4</u> - Misurazione e valutazione annuale della performance individuale	Il Responsabile di Struttura O.I.V.
<u>Fase 5</u> - Misurazione e valutazione annuale delle Unità organizzative	Comitato di Budget Controllo di Gestione O.I.V.
<u>Fase 6</u> - Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito	Servizio Risorse Umane
<u>Fase 7</u> - 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

Le fasi del processo e le responsabilità descritte nella tabella sopra riportata, sono riprese nell’ambito dei contenuti regolamentari citati nei successivi paragrafi e nei regolamenti per l’erogazione del salario di risultato di ciascuna area Contrattuale.

6.2 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:

- dei dipartimenti e strutture complesse (“valutazione della performance organizzativa”);
- 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 della 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;
- la 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 iterata 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 nei precedenti paragrafi.

I 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 alla 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.

6.3 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.

Durante il processo di *budgeting* per l'anno 2012 è stata avviata per la prima volta tale analisi, ed è quindi esplicito intendimento di questa Direzione aziendale proseguire nei processi di puntuale definizione delle risorse disponibili al momento della formalizzazione degli obiettivi di budget 2014 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 della problematica economica (consumo dei farmaci e dei dispositivi ospedalieri), pianificando di ampliare tali procedure aziendali alle risorse umane e di finanziamento durante l'anno in corso (ma ciò potrà avvenire solo dipendentemente dai tempi e dalle modalità di aggiornamento degli obiettivi aziendali concordati con l'Assessorato regionale).

6.4 Conclusioni. 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 mai essere considerato staticamente definitivo, ma rimarrà 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 intraprese durante gli ultimi due anni dall’Azienda in tale ambito riguardano in particolare: (i) il potenziamento delle strutture di controllo e verifica al fine di garantire il collegamento tra il ciclo di gestione della performance e il processo di budget e (ii) la ridefinizione della contrattazione aziendale.

Per quanto riguarda le scelte strategiche della Direzione Generale e il loro tradursi in direttive e obiettivi operativi, i due passaggi fondamentali sono rappresentati dall’analisi dei carichi di lavoro attuali e dall’attivazione delle reti ospedaliere.

L’analisi dei carichi di lavoro interni e la conseguente riorganizzazione delle funzioni sviluppata dopo la definitiva implementazione della nuova dotazione organica avvenuta durante il 2012, ha già consentito alla Direzione Generale di definire con certezza compiti e responsabilità limitatamente al livello dirigenziale, e tale attività è in fase di conclusione anche per il ruolo del comparto. La riorganizzazione della rete ospedaliera, così come definito nella *Spending Review*, ha invece fortemente impattato sia sulle relazioni tra le singole strutture ospedaliere sia sulla distribuzione dei Posti Letto pianificata dall’Assessorato Regionale. In tale ambito, va sottolineato che il ridotto aumento quantitativo di questi ultimi sottintende però una radicale modifica dal punto di vista qualitativo: a fronte della diminuzione di 918 posti dedicati agli acuti, è stata prevista l’attivazione di 1.415 posti di lungodegenza finalizzati al miglioramento del turnover dei pazienti e a facilitarne la gestione e lo smistamento inter-aziendale.

Per concludere, si deve evidenziare che il presente Piano è il risultato di una analisi strategica che ha cercato di dar conto di tutte le problematiche esterne ed interne, considerandole come sfide e cercando di proporre soluzioni dirette. La natura tipicamente “ospedaliera e specialistica” dell’ARNAS non deve però indurre a pensare che le modifiche organizzative e di gestione programmate (dimostratesi comunque necessarie) siano sufficienti al miglioramento dell’efficienza delle attività assistenziali che la stessa Azienda offre.

Essa, infatti, opera all’interno di un contesto metropolitano dal quale non può estraniarsi, e sarà ovviamente possibile, ed anche necessario, che tale modo di procedere venga modificato in tempo reale in funzione dell’aggiornamento delle direttive regionali sulla salute e delle politiche aziendali che le altre strutture sanitarie sul territorio porranno in essere durante il presente anno. Riguardo tale ambito, bisogna assolutamente ricordare che L’ARNAS ha ruolo di HUB in numerose Reti Assistenziali regionali in fase di avvio e che tale centralizzazione, per la funzione stessa delle reti, prescinde dai naturali bacini di utenza e dai previsti piani di gestione delle risorse umane. D’altra parte, non può essere taciuta l’evidente difficoltà a differire in periferia la bassa complessità, soprattutto quella che si presenta spontaneamente in Area di Emergenza e che rappresenta ancora oggi la grande maggioranza degli accessi.

Per quanto finora esposto, è assolutamente indispensabile pervenire ad una attività sanitaria finalmente erogata “in rete con le altre aziende ospedaliere provinciali” e sulla base di budget non solo negoziati ma pienamente condivisi e compartecipati con la ASP, sia nella funzione di committente di questa Azienda sia nella funzione di implementatore di quanto previsto dal Decreto Legge n°158/2012 (“D.Lgs. Balduzzi”) in merito alla riorganizzazione territoriale della assistenza sanitaria.

