



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

Azienda Ospedaliera ARNAS Civico G. Di Cristina Benfratelli

Piano della Performance

2017-2019

INDICE	pag
1. Presentazione del Piano	3
2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni	4
<i>2.1 Chi siamo</i>	4
<i>2.2 Cosa facciamo</i>	4
<i>2.3 Come operiamo</i>	5
3. Identità	6
<i>3.1 L'amministrazione in cifre</i>	6
Analisi delle attività	6
La situazione finanziaria	10
<i>3.2. Mandato Istituzionale e Missione</i>	10
Il Piano di Efficientamento	11
<i>3.3. L'Albero della performance</i>	13
Il Direttore Generale	13
Il Collegio Sindacale	14
Il Collegio di Direzione	14
Il Direttore Amministrativo	15
Il Direttore Sanitario	15
Lo Staff della Direzione Aziendale	16
Il Dipartimento	17
4. Analisi del contesto	21
<i>4.1 Analisi del contesto esterno</i>	21
<i>4.2 Analisi del contesto interno</i>	22
Punti di Forza	22
Punti di Debolezza	22
5.Obiettivi Strategici	23
6.Dagli obiettivi Strategici agli Obiettivi Operativi	31
<i>6.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale</i>	33
Principali Obiettivi Area Sanitaria	34
Tabella interventi previsti dal Piano di Efficientamento	35
Principali Obiettivi del Dipartimento Amministrativo	36
Principali Obiettivi dello Staff	37
7. Il processo del ciclo di gestione della performance	38
<i>7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano della performance</i>	38
Valutazione della performance organizzativa	39
Valutazione della performance individuale dei dirigenti e del comparto	40

7.2 Coerenza con la programmazione economico finanziaria e di bilancio	40
7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance	41
7.3.1 Interventi Area Sanitaria	42
<i>Riorganizzazione logistica</i>	42
<i>Area assistenziale dell'emergenza-urgenza, in funzione del pronto soccorso generale</i>	43
<i>Area assistenziale della chirurgia programmata, in relazione alla piastra operatoria del "nuovo" padiglione oncologico</i>	44
<i>Area assistenziale delle medicine, con lungodegenza e riabilitazione</i>	44
<i>Area assistenziale materno-infantile</i>	45
<i>Area assistenziale della pediatria</i>	45
<i>Area assistenziale ambulatoriale e Area dei servizi di laboratorio</i>	46
7.3.2 Interventi Area Amministrativa	46

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 gli altri strumenti di programmazione aziendale: il Programma Triennale per la Trasparenza e per l'Integrità, il Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione ed il Codice Etico Comportamentale.

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 Programma Triennale per la Trasparenza e per l'Integrità, oltre ad essere uno degli aspetti 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.

Il Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione, a sua volta, è 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 trasmessi alla Commissione di cui all'articolo 13 del D.Lgs n.150/09, 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

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Civico - Di Cristina - Benfratelli è stata formalmente costituita con la Legge Regionale n.5 del 14 aprile 2009 ed attivata giusto Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 338 del 31.08.2009.

L'Azienda ha sede nell'area urbana di Palermo ed assicura i propri servizi utilizzando le seguenti strutture ospedaliere:

- Presidio "Civico", ospedale generale dotato di Dipartimento di emergenza con trauma center, centrale operativa per la gestione dell'emergenza territoriale, e di tutte le unità operative di diagnosi e cura a basso, medio ed elevato livello di assistenza, con discipline ad alta specializzazione;
- Centro Oncologico "Maurizio Ascoli", con l'insieme delle unità operative multidisciplinari utili alla diagnosi e alla terapia delle patologie oncologiche;

L'Azienda è sede dell' "Istituto Mediterraneo di Eccellenza Pediatrica", "ISMEP", istituito con Decreto dell'Assessore per la Salute n. 2153 del 15 dicembre 2014, la cui attività di degenza è articolata secondo il modello degli ospedali riuniti sui seguenti presidi:

- Presidio "Giovanni Di Cristina", ospedale per bambini dotato di area d'emergenza, trauma center pediatrico, e di tutte le unità operative utili ad assicurare un'assistenza specialistica pediatrica pluridisciplinare, di alta specialità e per le malattie rare.
- Nuovo Ospedale Pediatrico presso Fondo "Malatacca" (in corso di realizzazione).

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 costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti ivi compresi, pertanto, quelli da trasferire o trasferiti dallo Stato o da altri enti pubblici in virtù di leggi o provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività, compresi i beni mobili ed immobili utilizzati dalla società Is.Me.T.T. s.r.l., partecipata dall'ARNAS Civico, o acquisiti a seguito di atti di liberalità.

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

2.2 Cosa facciamo

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

- gestire patologie, non solo ad alta complessità, ma anche per le quali risulta indispensabile il contributo di professionalità dotate di alta specializzazione;

- garantire la continuità diagnostico-assistenziale dell'emergenza/urgenza sia per gli adulti che per i bambini;
- essere un centro di riferimento per le attività specialistiche delle Aziende Sanitarie Territoriali della Sicilia Occidentale, secondo le indicazioni degli atti di programmazione sanitaria;
- svolgere attività di ricerca orientata a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative.

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

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

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

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 al Dicembre 2016 è pari a 2.717 unità (teste pesate): 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)	52
Età media dei dirigenti (anni)	53
Percentuale di dipendenti in possesso di laurea	47%
Percentuale di dirigenti in possesso di laurea	100%
Ore di formazione media per dipendente	11
Costi di formazione/spese del personale	70.000 €

Analisi Benessere Organizzativo

Indicatori	Valore
Tasso di assenze	30%
Stipendio medio percepito dai dipendenti	56.831 €
Percentuale di personale assunto a tempo indeterminato	92%

Analisi di Genere delle Risorse Umane

Indicatori	Valore
Percentuale di dirigenti donne	44%
Percentuale di donne rispetto al totale del personale	51%
Percentuale di personale donna assunto a tempo indeterminato	91%
Età media del personale femminile (dirigenti e non)	52
Percentuale di personale femminile con laurea	47%
Ore di formazione media per dipendente di sesso femminile	11

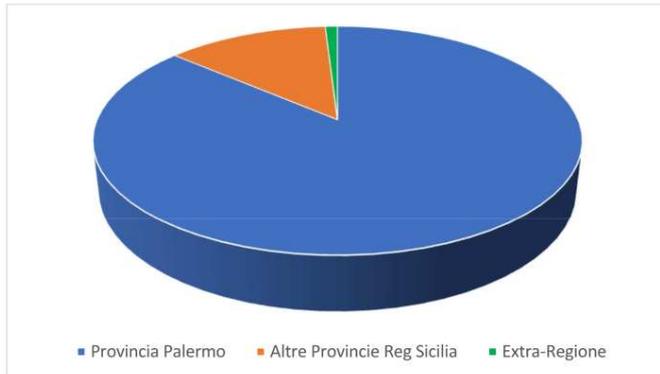
Fonte dei dati: Flusso del personale 2016

Analisi delle Attività

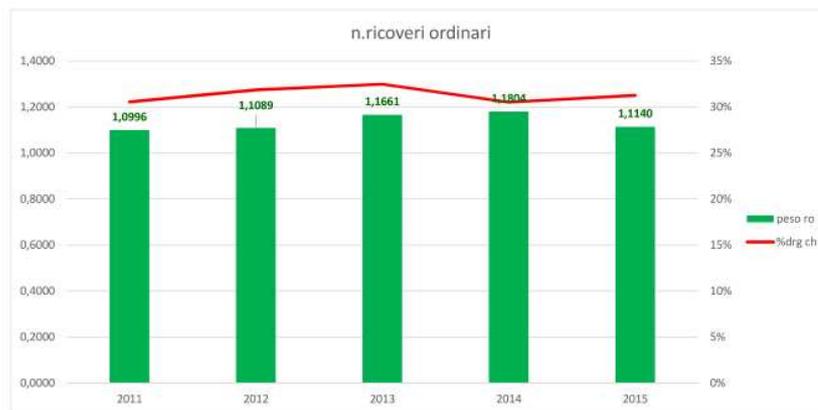
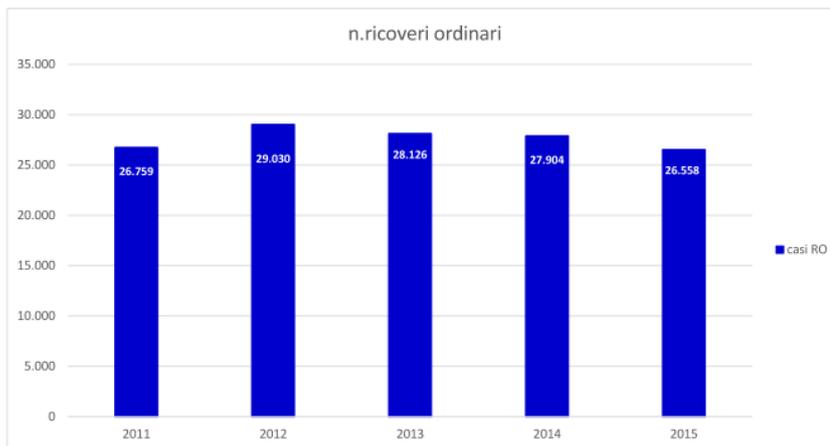
a) Ricoveri ordinari

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 e contribuiscono in maniera determinante alla riduzione della mobilità passiva extraregionale. L'attività di RO è articolata su 40 Unità Operative, di cui 13 afferenti al PO G. Di Cristina e 29 al PO Civico, per un numero complessivo di 664 posti letto medi e un tasso di occupazione dell'86%.

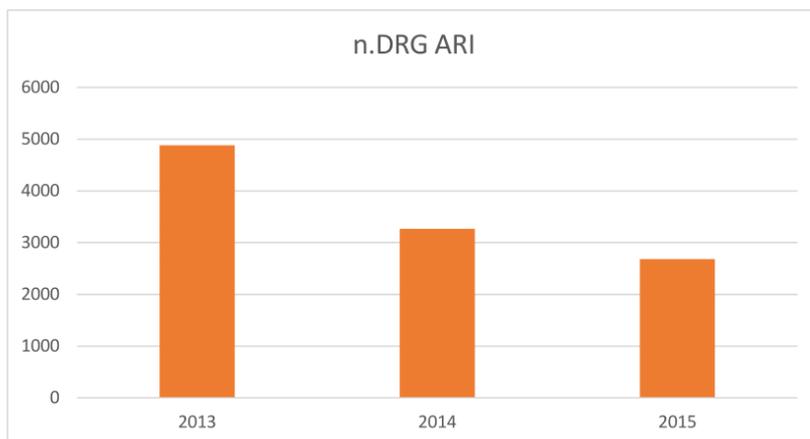
Analisi attività di ricovero per provenienza pazienti:



Il numero dei ricoveri, in linea con l'andamento Regionale della riduzione tasso di ospedalizzazione e all'implementazione di livelli assistenziali territoriali e ambulatoriali, alternativi a quello del ricovero, è in lieve riduzione.

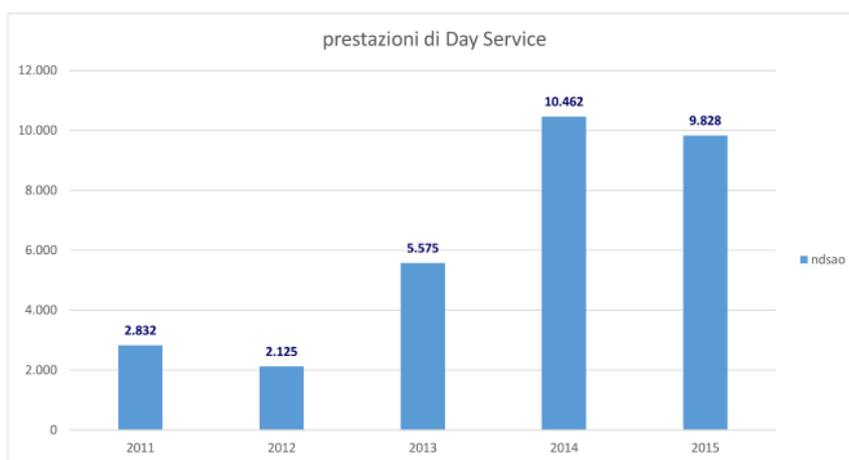
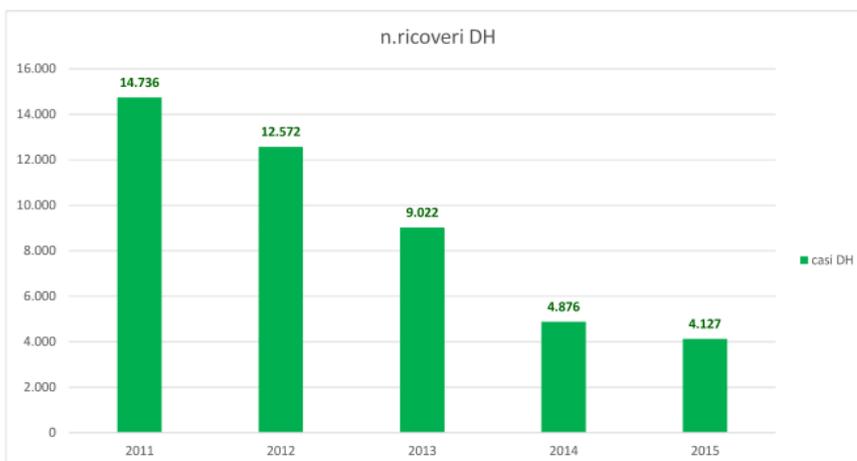


Si assiste ad una lieve riduzione del peso medio e ad un leggero incremento della percentuale di DRG chirurgici prodotti. Ma la vera differenza sta nel perseguimento dell'appropriatezza di ricovero e dell'utilizzo del corretto setting assistenziale.



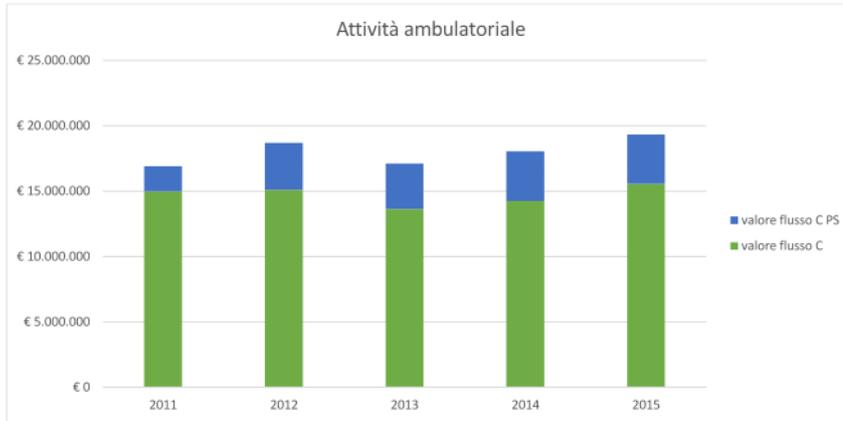
b) Ricoveri a ciclo diurno (Day Hospital) e Day Service

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 si è perseguita una progressiva riduzione al ricorso al regime di Day Hospital a fini prettamente diagnostici o comunque, in tutti quei casi in cui potesse, comunque, essere erogata l'assistenza necessaria in altri setting assistenziali. Risulta evidente come la riduzione del numero di ricoveri comporti, contestualmente, una riduzione dei ricavi. Così come da direttive Regionali, si è implementato, in alternativa, il *setting* assistenziale di Day Service.



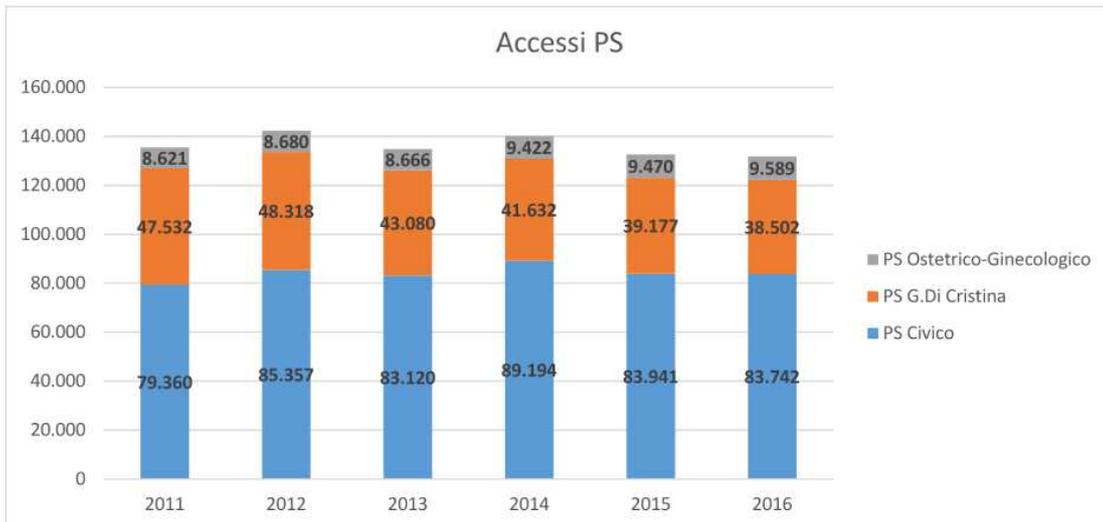
c) Attività Ambulatoriale

Le prestazioni ambulatoriali risultano in progressivo incremento. Anche questo fenomeno, insieme a quello dell'incremento del Day Service, rende ragione dello sforzo dei professionisti dell'Azienda, di spostare verso setting assistenziali più appropriati prestazioni di ricovero a rischio di inappropriatazza.



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 (in atto 8 sono le convenzioni attive con Case di Cura accreditate e 12 con centri Dialisi accreditati).



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 2015, approvato dall’Organo Tutorio della Regione, si è concluso con un utile di esercizio pari a € 253.263.

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:

- l'organizzazione ospedaliera strutturata intorno al bisogno del paziente adottando un sistema basato su intensità e natura della cura con aree disciplinari integrate dove la persona compie un percorso interdisciplinare di diagnosi e cura;
- 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 mantenimento delle logiche e degli strumenti del miglioramento continuo dei risultati sia sul fronte clinico assistenziale che su quello dell'efficienza gestionale;
- la ricerca di nuove soluzioni organizzative basate sui principi della flessibilità e dell'economicità, anche agendo nel ridisegno complessivo della struttura organizzativa e del sistema delle responsabilità;
- la tendenza ad assicurare i più elevati standard qualitativi per il soddisfacimento delle esigenze dei pazienti e dei loro familiari sotto i profili della competenza tecnico professionale, della cortesia e della disponibilità del personale oltre che della rapidità nella gestione della pratica amministrativa e del 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.

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, deve 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, individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi aziendali e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle singole azioni. Queste ultime, coerentemente con le linee guida di riferimento di cui al citato Decreto del Ministro per la Salute 21 giugno 2016 e con quanto disposto all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, possono essere ricondotte ad azioni finalizzate a perseguire:

- efficiente utilizzo delle risorse disponibili;
- corretto dimensionamento delle unità operative;
- ottimizzazione della tipologia e della quantità di prestazioni erogate;

- appropriatezza ed efficienza nell'erogazione dell'assistenza;

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

Il piano di efficientamento è stato 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 è stato disegnato attraverso quattro fasi:

1. analisi della situazione economico-gestionali 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.

In particolare il documento tiene conto della verifica della qualità dei dati registrati nei Sistemi Informativi Sanitari e dell'analisi della situazione attuale, realizzata attraverso la conduzione di audit clinici e organizzativi, definendo un programma di interventi finalizzati alla risoluzione delle criticità.

Quest'ultimo è descritto sinteticamente attraverso una matrice che associa a ciascun intervento migliorativo, obiettivi intermedi di processo e di risultato, con il relativo cronoprogramma.

Specialità e Alta Specializzazione

L'attuale Direzione, in coerenza con gli obiettivi di salute assegnati, sin dal proprio insediamento ha disegnato un piano di indirizzo strategico orientato al recupero del valore della specificità d'area e dell'elevata complessità.

E' stata inoltre avviata la sperimentazione di soluzioni gestionali tendenti alla condivisione delle risorse tra le diverse unità operative aziendali, definendo percorsi di cura centrati sul paziente, organizzati in relazione al livello di complessità clinica e di bisogno assistenziale.

Allo stesso tempo è stato prodotto un considerevole sforzo per pianificare l'adeguamento della distribuzione delle infrastrutture assistenziali al nuovo disegno strategico.

La sopravvenuta necessità di riequilibrare costi e ricavi secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 528, della Legge 28 dicembre 2015, n. 208, obbliga l'Azienda ad accelerare i processi, già in itinere, di accorpamento dei punti di erogazione e di efficientamento delle risorse produttive in una logica di saturazione.

L'attuale struttura produttiva infatti, è articolata su un insieme di padiglioni che ospitano in maniera indistinta attività di ricovero ordinarie, servizi ambulatoriali, piastre operatorie e attività diagnostiche, con

diseconomie evidenti nella logistica di supporto, e causa anche di ripercussioni negative nella routinaria attività di diagnosi e cura.

Nonostante da molti anni si sia affermata la consapevolezza della necessità di un intervento radicale, che possa razionalizzare l'offerta assistenziale attraverso la costruzione di un nuovo ospedale di moderna concezione, a tutt'oggi è comunque necessario confrontarsi con una struttura vecchia, distribuita in un'area assai vasta, cresciuta con interventi puntuali, effettuati generalmente su base emergenziale, che non hanno messo in atto alcun disegno strategico complessivo.

3.3. L'Albero della performance

L'attuale articolazione organizzativa dell'Azienda, derivante da Atto Aziendale approvato con DA 2149 del 3 settembre 2010, è improntata a criteri di flessibilità tesi a garantire il tempestivo ed idoneo adeguamento al mutare delle funzioni, dei programmi e degli obiettivi.

Tuttavia, l'applicazione del DA del 14 gennaio 2015 "Riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera-territoriale della Regione Sicilia", pubblicato su GURS del 23 gennaio 2015, porterà, nei prossimi mesi, a modifiche organizzative e strutturali, che esiteranno in un nuovo Atto Aziendale più funzionale ai nuovi modelli organizzativi.

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. 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:

- 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) predispose 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.

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):

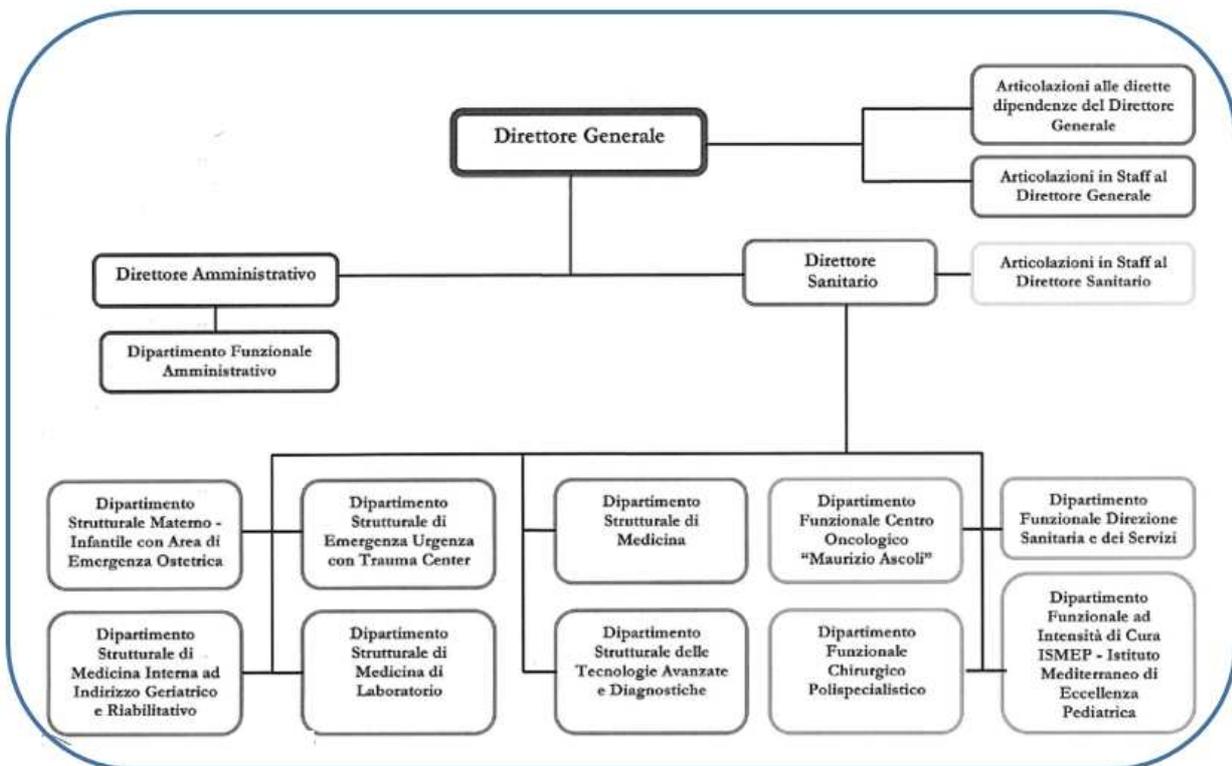
- Formazione del personale;
- Gestione della Qualità;
- Sistema Informativo e Statistico;
- Pianificazione e controllo strategico;
- Programmazione e controllo di gestione;
- Servizio Protezione e Prevenzione (SPP);
- Sorveglianza Sanitaria;
- Gestione del rischio clinico;
- Servizio Legale;
- Organizzazione delle professioni sanitarie e del servizio sociale;
- Ingegneria clinica;
- Informazione e comunicazione (Ufficio Relazioni con il Pubblico e Ufficio stampa);
- Educazione alla salute;

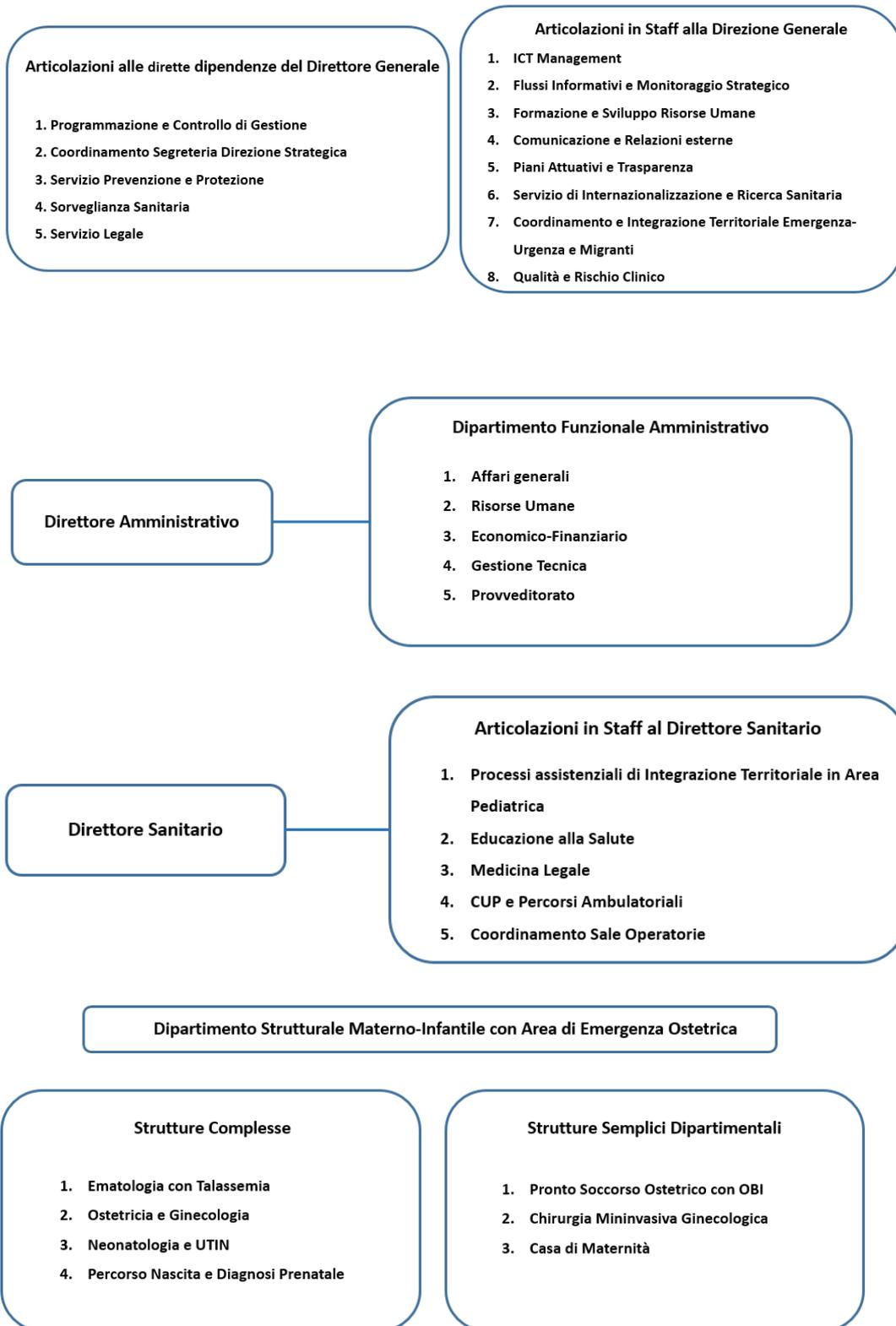
- Dietologia e nutrizionistica ospedaliera;
- Coordinamento sale operatorie;
- Coordinamento CUP e rete ambulatoriale aziendale;
- Assistenza religiosa.

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 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 l'organigramma dell'Azienda previsto con atto deliberativo n.1317 del 30 settembre 2015.





Dipartimento Strutturale di Emergenza Urgenza con Trauma Center

Strutture Complesse

1. Chirurgia Generale e d'Urgenza
2. Medicina d'Urgenza e Terapia Semintensiva
3. Ortopedia e Traumatologia
4. Grandi Ustioni
5. Anestesia e Rianimazione con Trauma Center
6. Centrale Operativa 118
7. Anestesia e Rianimazione con Neurorianimazione
8. MCAU con Pronto Soccorso e OBI

Strutture Semplici Dipartimentali

1. Ortogeriatría
2. UTIR

Dipartimento Strutturale di Medicina

Strutture Complesse

1. Medicina generale I
2. Nefrologia e Dialisi con Trapianto
3. Gastroenterologia
4. Endoscopia Digestiva

Strutture Semplici Dipartimentali

1. Medicina Penitenziaria

Dipartimento Funzionale Centro Oncologico 'Maurizio Ascoli'

Strutture Complesse

1. Chirurgia Generale Oncologica
2. Ginecologia Oncologica
3. Urologia
4. Oncologia
5. Oncoematologia con Trapianto Autologo

Strutture Semplici Dipartimentali

1. Hospice
2. Terapia del dolore
3. Breast Unit
4. Gestione infermieristica dei Processi assistenziali Oncologici ad Intensità di Cure

Dipartimento Strutturale di Medicina Interna ad indirizzo Geriatrico-Riabilitativo

Strutture Complesse

1. Medicina generale II
2. Cardiologia
3. Malattie Infettive e Tropicali
4. Neurologia con Stroke
5. Pneumologia
6. Recupero e Riabilitazione
7. Lungodegenza

Strutture Semplici Dipartimentali

1. Asma Grave
2. Endocrinologia

Dipartimento Strutturale di Medicina di Laboratorio

Strutture Complesse

1. Patologia Clinica
2. Anatomia Patologica
3. Medicina Trasfusionale ed Immunoematologia
4. Microbiologia e Virologia

Strutture Semplici Dipartimentali

1. Screening Neonatologico e Metabolico Allargato
2. Genetica Molecolare
3. Laboratorio Specialistico di Oncologia

Dipartimento Strutturale delle Tecnologie Avanzate e Diagnostiche

Strutture Complesse

1. Neuroradiologia
2. Radioterapia
3. Radiologia
4. Medicina Nucleare
5. Radiologia pediatrica
6. Radiologia Interventistica

Strutture Semplici Dipartimentali

1. Imaging Oncologico

Dipartimento Funzionale Chirurgico Polispecialistico

Strutture Complesse

1. Chirurgia Maxillo-Facciale
2. Chirurgia Plastica
3. Chirurgia Toracica
4. Chirurgia Vascolare
5. Neurochirurgia
6. Oculistica
7. Otorinolaringoiatria

Strutture Semplici Dipartimentali

1. Endoscopia Bronchiale

Dipartimento Funzionale ad Intensità di Cura ISMEP –Istituto Mediterraneo di Eccellenza

Strutture Complesse

1. Cardiologia Pediatrica con UTIC
2. Chirurgia Pediatrica
3. Pediatria ad indirizzo Infettivologico
4. Neuropsichiatria Infantile
5. Pediatria Generale
6. Pediatria ad indirizzo Gastroenterologico
7. Pediatria ad indirizzo Pneumologico e Allergologico
8. Anestesia e Rianimazione Pediatrica con Trauma center
9. Oncoematologia pediatrica
10. Pediatria ad indirizzo Nefrologico e Dialisi
11. Pediatria d'Urgenza e Terapia Semintensiva
12. Pronto Soccorso Pediatrico con OBI

Strutture Semplici Dipartimentali

1. Otorinolaringoiatria Pediatrica
2. Ortopedia pediatrica
3. Diabetologia Pediatrica e Malattie Metaboliche Rare
4. Gestione infermieristica dei Processi Assistenziali Pediatrici ad Intensità di Cura

Dipartimento Funzionale Direzione Sanitaria e Servizi

Strutture Complesse

1. Direzione Medica Ospedale Civico
2. Direzione Medica Ospedale 'Di Cristina'
3. Farmacia
4. Fisica sanitaria
5. Logistica dei servizi
6. Professioni Infermieristiche

Strutture Semplici Dipartimentali

1. Professioni Sanitarie e di Riabilitazione
2. Professioni Tecnico-Sanitarie
3. Programmazione e Gestione delle Tecnologie Cliniche
4. Psicologia

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 677.997 abitanti (fonte ISTAT censimento 2014) con una superficie di 160,59 Km² ed una popolazione provinciale pari a 1.276.525 abitanti distribuita in 82 comuni. La densità della popolazione provinciale è pari a 254,8 per Km².

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

Infatti, è noto che il progressivo invecchiamento della popolazione rappresenti 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”.

D'altra parte, le previsioni sulla configurazione della popolazione siciliana dei prossimi 50 anni, calcolate da Deo Geo Istat su alcuni indicatori demografici evidenziano:

- un progressivo tasso migratorio della popolazione verso l'estero;
- un aumento dell'indice di vecchiaia percentuale (nel 2013=131; nel 2065=288; ad ogni 100 giovani corrispondevano 131 anziani nel 2013, che aumenteranno fino a diventare 228 per ogni 100 giovani nel 2065);
- aumento dell'indice di dipendenza degli anziani percentuale (nel 2020=32,9%; nel 2065=65,7%, percentuale di abitanti a carico del sistema pensionistico).

Un simile contesto, peraltro, 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 con Deliberazione n°1328 del 5 ottobre 2011 alla luce delle modifiche approvate con il D.A. n°1725 del 16 settembre 2011. La Dotazione Organica è stata determinata con Atto Deliberativo n°131 del 31 gennaio 2011.

Con Deliberazione n.1222 del 2 settembre 2015 è stata approvato lo schema del nuovo Atto Aziendale, con deliberazione n.1304 del 25 settembre 2015 è stata rideterminata la nuova dotazione organica.

Il Decreto Assessoriale 1188/2016 “Modifica del DA 46 del 14 gennaio 2015 a seguito dell'approvazione degli atti aziendali” ha di fatto congelato l'implementazione dell'organizzazione conseguente al nuovo atto aziendale fino a rideterminazione di nuova rete ospedaliera che risulti aderente ai dettami del DM70/2015.

Ciò ha determinato il prolungamento del blocco del turn-over, oltre che l'impossibilità di sostituire numerose figure apicali, venute meno negli ultimi due anni, il cui apporto è da considerarsi sostanziale per il governo dell'organizzazione.

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.

2. Necessità di opere di ristrutturazione che rispondano a logiche organizzative di edilizia sanitaria moderna, nel rispetto della normativa vigente in tema di sicurezza.
3. Prevalenza di prestazioni inappropriate nell'Area Pediatrica per la maggiore difficoltà delle strutture territoriali di gestire la presa in carico del piccolo paziente.
4. Difficoltà a differire alle strutture territoriali il paziente adulto che necessita di assistenza domiciliare o in strutture riabilitative o di lungodegenza per post-acuti.
5. 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.
6. Mancanza di un sistema informativo dedicato al controllo di gestione.
7. Elevata età media del personale in servizio, necessità di alfabetizzazione informatica.

5. Obiettivi Strategici

Gli obiettivi Aziendali per il periodo 2016-2017 sono stati assegnati dall'Assessorato della Salute alle Direzioni Strategiche nel mese di Aprile 2016.

Gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati alla Direzione Generale sono monitorati dall'UOC Staff della Direzione Strategica che coordina le attività relative ai Piani Attuativi Aziendali. Tali piani sono redatti e supportati in sinergia con le altre aziende dell'area metropolitana e l'assessorato della salute con AGENAS.

Obiettivo "Riorganizzazione Pronto Soccorso"

Obiettivo 1: Ridurre i tempi di permanenza in Pronto soccorso

Indicatore 1: Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza al pronto soccorso < alle 6 ore

PS PO G.Di Cristina

	A	B	C	D	E	F	G
	Totale accessi semestre	Numero Permanenze > 6 ore	Numero Permanenze < 6 ore	I1 Standard	I1 osservato	Scostamento osservato dallo standard	Δ miglioramento semestrale
I semestre 2016	16.264	2.029	14.235	95%	88%	7%	
II semestre 2016	14.837	1.855	12.982	95%	87%	8%	0,0%
I semestre 2017	15.000	1.725	13.275	95%	88%	7%	-1,0%
II semestre 2017	15.000	1.575	13.425	95%	89%	6%	-1,0%

PS PO Civico

	A	B	C	D	E	F	G
	Totale accessi semestre	Numero Permanenze > 6 ore	Numero Permanenze < 6 ore	I1 Standard	I1 osservato	Scostamento osservato dallo standard	Δ miglioramento semestrale
I semestre 2016	29.700	7.939	21.761	95%	73%	22%	
II semestre 2016	30.208	7.740	22.468	95%	74%	21%	-1,1%
I semestre 2017	30.000	7.387	22.613	95%	75%	20%	-1,0%
II semestre 2017	30.000	7.087	22.913	95%	76%	19%	-1,0%

Colonna A tutti gli esiti previsti da EMUR PS escluso esiti 6 (abbandono prima della presa in carico) e 7 (abbandono in corso di valutazione)

Colonna D Policy Statement SIMEU

Colonna E I1 = C/A

Colonna F S(I1)=I1 Standard - I1 Osservato

Colonna G Δ di miglioramento semestrale

Indicatore 2: percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero > 24 ore

PS PO G.Di Cristina

	A	B	C	D	E	F	G
	Totale accessi con esito ricovero	Totale accessi con esito ricovero e con permanenza > 24 ore	n. Totale accessi con esito ricovero e con permanenza < 24 ore	I2 Standard	I2 osservato	Scostamento osservato dallo standard	Δ miglioramento semestrale
I semestre 2016	3.260	112	3.148	0%	3%	3,4%	
II semestre 2016	2.902	106	2.796	0%	4%	3,7%	0,2%
I semestre 2017	3.000	80	2.920	0%	3%	3%	-1,0%
II semestre 2017	3.000	50	2.950	0%	2%	2%	-1,0%

PS PO Civico

	A	B	C	D	E	F	G
	Totale accessi con esito ricovero	Totale accessi con esito ricovero e con permanenza > 24 ore	n. Totale accessi con esito ricovero e con permanenza < 24 ore	I2 Standard	I2 osservato	Scostamento osservato dallo standard	Δ miglioramento semestrale
I semestre 2016	5.651	1.656	3.995	0%	29%	29%	
II semestre 2016	4.406	1.457	2.949	0%	33%	33%	3,8%
I semestre 2017	5.000	1.503	3.497	0%	30%	30%	-3,0%
II semestre 2017	5.000	1.353	3.647	0%	27%	27%	-3,0%

- Colonna A esito ricovero 2 e 3
- Colonna B esito ricovero 2 e 3 con tempo ricovero > 24 ore
- Colonna C esito ricovero 2 e 3 con tempo ricovero < 24 ore
- Colonna D normativa regionale, circolare assessoriale 23 febbraio 2011; policy statement SIMEU
- Colonna F S(I1)=I1 Standard - I1 Osservato
- Colonna G Δ di miglioramento semestrale

Indicatore 3: percentuale pazienti dimessi a struttura ambulatoriale (esito 8)

PS PO G.Di Cristina

	A	B	C	D	E	F
	Totale accessi validi per semestre	Totale dimessi a struttura ambulatoriale (esito 8)	I2 Standard (best performer regionale)	I2 osservato	Scostamento osservato dallo standard	Δ miglioramento semestrale
I semestre 2016	16.257	396		2%	-2%	
II semestre 2016	14.826	487		3%	-3%	-1%
I semestre 2017						
II semestre 2017						

PS PO Civico

	A	B	C	D	E	F
	Totale accessi validi per semestre	Totale dimessi a struttura ambulatoriale (esito 8)	I2 Standard (best performer regionale)	I2 osservato	Scostamento osservato dallo standard	Δ miglioramento semestrale
I semestre 2016	29.700	2.389		8%	-8%	
II semestre 2016	30.208	3.011		10%	-10%	-2%
I semestre 2017						
II semestre 2017						

E ed F valutabili dopo inserimento del valore "best performer" (in attesa di comunicazione dal livello Regionale)

Il raggiungimento di quanto previsto nel Progetto "Riorganizzazione Pronto Soccorso" costituisce un pre-requisito per la valutazione degli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi.

Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi

In merito agli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, oggetto del sistema di incentivazione, sono definiti per il 2016 -2017 i seguenti 9 macro-obiettivi:

1. Screening
2. Esiti
3. Liste d’attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa
4. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita
5. Donazione organi
6. Prescrizione in modalità de materializzata
7. Utilizzo dei fondi di PSN
8. Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C)
9. Piani Attuativi Aziendali (P.A.A.)

La soglia minima di raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi è fissata al 60%.

1. Screening		
Obiettivo	Indicatore	valore obiettivo
- Prenotazioni effettuate su richiesta dell'utente al CUP dell'AO direttamente sul programma gestionale degli screening dell'ASP	Utilizzo programma gestionale ASP per prenotazione screening	SI
- Prestazioni richieste dalla ASP ed effettivamente rese disponibili dall'AO	n.Prestazioni richieste dall'ASP/n.prestazioni rese disponibili	100%
- Registrazione dei dati sui casi inviati all'AO dalla ASP per il 2° o 3° livello	n. casi registrati/n. casi inviati dall'ASP	100%

2. Esiti		
Obiettivo	Indicatore	valore obiettivo
- 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;	Interenti effettuati entro 0-2 gg dal ricovero/n.casi frattura femore su pazienti over 65aa	90%
- 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	≤ 20%
- 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	91%
- 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	91%
- Colectomia laparoscopica: proporzione di colectomia 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 colectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni/n.totale di ricoveri con intervento di colectomia laparoscopica	97%

3. Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa		
Obiettivo	Indicatore	valore obiettivo
- 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)	Pre-requisito: produzione del monitoraggio stabilito dalla Regione sulla base delle indicazioni nazionali-	SI
	(Σ n. prestazioni richieste (da 1 a 43)*% di garanzia in classe B)/totale prestazioni prenotate in classe B	$\geq 90\%$
- 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)	(Σ n. prestazioni richieste (da 1 a 43)*% di garanzia in classe D)/totale prestazioni prenotate in classe D	$\geq 90\%$
	Pre-requisito: valorizzazione di almeno il 90% dei campi previsti nei flussi di specialistica ambulatoriale	SI
	a) n.prestazioni garantite entro i tempi classe priorità B/totale prestazioni classe di priorità B	$\geq 50\%$
	b) n.prestazioni garantite entro i tempi classe priorità D/totale prestazioni classe di priorità D	$\geq 50\%$
	indicatori a) e b) calcolati per ciascuna delle prestazioni: visita oculistica, mammografia, TAC Torace senza e con mdc, Ecodoppler tronchi sovra-aortici, RMN colonna vertebrale, Ecografia ostetrico-ginecologica, visita ortopedica, visita cardiologica)	$\geq 50\%$

4. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita		
Obiettivo	Indicatore	valore obiettivo
- Rispetto degli standard per la riorganizzazione dei punti nascita di I livello, dei punti nascita in deroga e dei punti nascita di II livello	n.requisiti garantiti/n.requisiti previsti dalla checklist	100%
- Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali	a) elaborazione di un report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio	SI
	b) n.neonati dimessi da TIN/n.totale neonati ricoverati in TIN	< 8%

5. Donazione organi		
Obiettivo	Indicatore	valore obiettivo
- organizzazione Ufficio Coordinamento locale per i prelievi e trapianti di organi e tessuti	formalizzazione dell'organizzazione	SI
- numero di accertamenti di morte con metodo neurologico non inferiore al 30% dei decessi per grave neuro lesione, registrati in Azienda;	numero di accertamenti di morte con metodo neurologico/numero dei decessi per grave neuro lesione	$\geq 30\%$
- numero di donatori procurati, definiti come i soggetti per i quali sia stato completato il processo di accertamento di morte con metodo neurologico e sia stato firmato dagli aventi titolo il modulo di non opposizione, non inferiore al 50% di tutti gli accertamenti eseguiti;	numero di donatori procurati/ n.accertamenti eseguiti	$\geq 50\%$
- numero di cornee prelevate non inferiore al 5% dei decessi registrati di soggetti che rientrino nei parametri di idoneità alla donazione delle cornee, per come definiti dal CRT;	numero di cornee prelevate/n. decessi registrati di soggetti che rientrino nei parametri di idoneità alla donazione delle cornee	$\geq 5\%$
- attività formativa su operatori coinvolti	organizzazione in ambito Aziendale di un evento formativo per gli operatori sanitari coinvolti nel processo di procurement di organi e tessuti	SI

6. Prescrizione in modalità dematerializzata		
Obiettivo	Indicatore	valore obiettivo
- aumento del numero di medici dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata	n.medici inviati prescrizioni dematerializzate/ n. medici abilitati alla prescrizione dematerializzata	> 40%
- aumento in maniera significativa rispetto a quelli del 2015 il numero delle prescrizioni dagli stessi effettuate siano incrementati	n.prescrizioni mensili/n.medici inviati	> 10

7. Utilizzo dei fondi di PSN		
Obiettivo	Indicatore	valore obiettivo
- puntuale trasmissione dei report trimestrali	n.report trasmessi nei tempi previsti/n.report previsti	100%
- rispetto delle tempistiche dichiarate per la chiusura dei progetti	n.progetti chiusi/n.progetti chiusi entro il 30/04/2017	100%

8. Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C)		
Obiettivo	Indicatore	valore obiettivo
<p>Dare evidenza, attraverso i rispettivi siti web istituzionali, del percorso di certificabilità dei bilanci, anche attraverso l'indicazione della specifica fase del processo in corso di realizzazione per dare atto dello stato di avanzamento del percorso ai fini del suo completamento (ANAC Determinazione n.12 del 28.10.2015 - Il Sanità: punto 2.1.3).</p> <p>Garantire l'effettiva implementazione, funzionalità e affidabilità presso gli Enti delle azioni previste nel cronoprogramma del PAC approvato dalla Regione.</p>	Pieno conseguimento ed implementazione degli obiettivi PAC relativi alla aree: crediti e ricavi, debiti e costi, disponibilità.	SI

9. Piani Attuativi Aziendali (P.A.A.)	
Comprende 5 aree di intervento:	
1) SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE	<i>di prevalente competenza ASP</i>
<p>1.1. Sanità veterinaria</p> <p>1.2. Igiene degli alimenti</p> <p>1.3. Vaccinazioni</p> <p>1.4. Tutela ambientale</p> <p>1.5. Prevenzione luoghi di lavoro</p>	

2) QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI		
2.1. Sicurezza dei pazienti		
Obiettivo	Indicatore	valore obiettivo
Monitoraggio eventi sentinella e attuazione azioni correttive inserite nei piani di miglioramento	<p>1) la segnalazione della totalità degli eventi sentinella rispetto a quelli conosciuti,</p> <p>2) la coerenza rispetto al protocollo nazionale (SIMES)</p> <p>3) il monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive (Report su piattaforma Qualitasicilia SSR)</p>	SI
Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella	valutazione e produzione di report annuale secondo la metodologia Agenas	SI
Programma regionale Global Trigger Tool: valutare l'1% delle cartelle cliniche dei dimessi in ricovero ordinario (con degenza superiore a un giorno) dalle UU. OO. delle seguenti discipline: area medicina, area chirurgica, area ostetrica, area pediatrica, area rianimazione (qualora mancasse una disciplina garantire comunque l'1% dei dimessi)	Numero di casi inseriti nella piattaforma regionale GTT in modo completo e coerente secondo il protocollo di rilevazione regionale	1% dei dimessi in ricovero ordinario con degenza superiore a 1 giorno
Programma di implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica in coerenza al D.A. 1914/13 s.m.i. di approvazione del programma regionale per la sicurezza, appropriatezza e gestione complessiva della terapia antitumorale	Monitoraggio annuale e produzione report	100% delle azioni programmate
Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali	1) Report secondo schema disponibile su piattaforma Qualitasicilia SSR	1) SI
	2) svolgimento di almeno 20 osservazioni dirette per azienda sanitaria	2) 100%
Sviluppo organizzativo del Percorso Nascita. Autovalutazione dei Punti Nascita (pubblici e privati) sulla base della checklist predisposta dai professionisti.	Realizzazione autovalutazione su piattaforma Qualitasicilia SSR	SI
Aderenza al Programma regionale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Aderenza alle indicazioni regionali	SI
<p>Azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza:</p> <p>a) Azioni di contrasto all' Antibioticoresistenza</p> <p>b) Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale</p> <p>c) Antimicrobial Stewardship</p> <p>d) Realizzazione di una campagna di comunicazione basata sull'evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale</p>	<p>a) Aderenza alle indicazioni regionali</p> <p>b) Report relativo al consumo di antibiotici</p> <p>c) Aderenza al Protocollo regionale</p> <p>d1) Report sulla realizzazione delle campagne di comunicazione</p> <p>d2) Report di monitoraggio sulla valutazione di impatto (pre e post intervento) delle campagne di comunicazione.</p>	SI
	<p>Programma di riduzione delle batteriemie/sepsi correlate all'utilizzo di cateteri vascolari - targeting zero:</p> <p>a) Adesione studi periodici di prevalenza ICA - ECDC</p> <p>b) Diffusione e formazione sull'utilizzo dei Bundle</p> <p>c) Individuazione team dedicato</p> <p>d) Procedura di conferimento dei privileges e valutazione dell'effettiva applicazione</p> <p>e) Scheda di gestione CVC</p> <p>f) Conduzione di audit periodici su almeno 100 procedure eseguite</p>	<p>Aderenza alle indicazioni regionali:</p> <p>a) Adesione studi e relativo Report</p> <p>b) Brochure ed eventi formativi</p> <p>c) Delibera aziendale</p> <p>d) Schede dei privileges e Report della relativa valutazione</p> <p>e) Compilazione della scheda di gestione sulla piattaforma informatica sulla totalità dei pazienti trattati</p> <p>f) Report aziendale su audit svolti</p>

- 2.2. Monitoraggio dei tempi di attesa		
Obiettivo	Indicatore	valore obiettivo
<p>Attività e funzionamento del Gruppo Interaziendale per il governo delle liste di attesa dell'art 2 del D.A. 439 – 2015:</p> <p>a) Monitoraggio e analisi dei dati derivanti dai flussi informativi dei tempi di attesa delle strutture erogatrici pubbliche e private accreditate ricadenti nell'area metropolitana e/o provinciale di competenza;</p> <p>b) Analisi delle cause profonde dei fattori favorevoli le criticità locali;</p> <p>c) Individuazione e pianificazione di soluzioni condivise, anche attraverso la formalizzazione di accordi interaziendali e/o interprovinciali;</p> <p>d) Pianificazione e realizzazione dei programmi formativi aziendali per il governo delle liste di attesa in coerenza alle indicazioni della Cabina di Regia Regionale di cui all'art. 3 ;</p>	<p>Report Annuale sui punti a,b,c,d dell'art. 2 di cui all'art. 2 D.A. 439 – 2015 da pubblicare su web aziendale.</p>	<p>SI</p>
<p>Analisi campi flusso SDO: report semestrale che analizzi tutti i campi del flusso SDO e livelli di garanzia</p>	<p>n. campi compilati (data prenotazione, classe di priorità)/ n. campi da compilare</p>	<p>> 90%</p>
<p>Applicazione del modello delle priorità cliniche condivise (RAO) per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in ambito aziendale.</p>	<p>Aderenza alle indicazioni regionali/Agenas</p>	<p>SI</p>
<p>Modalità di prenotazione informatizzata condivisa tra gli erogatori pubblico/privato in ambito di area metropolitana/provincia almeno nelle 43 prestazioni critiche – coordinamento/ da parte delle ASP</p>	<p>Realizzazione di una modalità di prenotazione condivisa</p>	<p>SI</p>
<p>Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni:</p> <p>a) Il monitoraggio deve essere effettuato come da Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa (dicembre 2010).</p> <p>b) Sulla base delle criticità correlate alla sospensione delle prestazioni devono essere predisposti i relativi interventi correttivi.</p> <p>c) Pubblicazione dei report semestrali e degli interventi correttivi su web</p>	<p>a) report semestrale b) Report con interventi correttivi c) Pubblicazione su sito web aziendale</p>	<p>SI</p>
Obiettivo	Indicatore	valore obiettivo
<p>- 2.3. Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa</p> <p>Pubblicare e puntualmente aggiornare, sui siti web delle Aziende erogatrici, la sezione "Liste attesa/tempi attesa".</p>	<p>Evidenza di Pubblicazione e aggiornamento sul Web</p>	<p>SI</p>
<p>- 2.4. Formazione dei professionisti</p>		
<p>Partecipazione ai programmi formativi promossi dall'Assessorato per lo sviluppo delle competenze a partire dai privilegiati in ambito materno-infantile</p>	<p>Svolgimento delle corsi formativi previsti secondo le indicazioni regionali</p>	<p>SI</p>
<p>Programmazione e realizzazione di percorsi formativi in materia di rischio clinico in raccordo con il Servizio 5 del DASOE secondo Direttiva Assessoriale</p>	<p>Report secondo schema disponibile su piattaforma Qualitasicilia SSR Attuazione secondo indicatori della direttiva regionale</p>	<p>SI SI</p>
<p>- 2.5. Personalizzazione e umanizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini/pazienti</p>		
<p>Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale</p>	<p>Attuazione delle direttive regionali sulla misurazione della qualità percepita</p>	<p>SI</p>
<p>La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas</p>	<p>Attuazione delle direttive regionali</p>	<p>SI</p>
<p>Valutazione e gestione del dolore cronico: realizzazione di tre cicli di Audit sul tema della gestione del dolore cronico in coerenza al cronoprogramma previsto dal DG 2488 del 27/12/2013</p>	<p>Report annuale su piattaforma Osservatorio dolore</p>	<p>SI</p>

Obiettivo	Indicatore	valore obiettivo
- 2.6. Percorsi Diagnostico Terapeutici Ambulatoriali Implementazione delle Linee guida cliniche attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) sia in ambito ospedaliero che territoriale secondo direttive regionali: PDTA Frattura femore (2016, 2017)) PDTA in pazienti con Fibrillazione Atriale (2017) PDTA Scopenso cardiaco (2017) PDTA Carcinoma colon retto (2017) PDTA Carcinoma polmone (2017) PDTA in Pronto Soccorso del paziente con dolore toracico (2017)	Report sulla base degli indicatori di implementazione specifici previsti dai singoli PDTA	SI
- 2.7. Appropriatelyzza Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	Report secondo modalità indicate dalla Regione	SI
- 2.8. Outcome Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE	Rispetto degli adempimenti previsti	SI
- 2.9. Rinnovo dell'autorizzazione e dell'accreditamento delle strutture trasfusionali, delle articolazioni organizzative e delle Unità di Raccolta associative collegate Soddisfacimento dei requisiti del plasma da destinare alla produzione di medicinali plasmaderivati.	Decreto di autorizzazione e accreditamento Esito favorevole della visita di verifica condotta dall'azienda farmaceutica.	SI SI

3) RETI		
Obiettivo	Indicatore	valore obiettivo
Reti tempo-dipendenti:		
Rete IMA: Osservanza dei tempi per l'esecuzione dell'angioplastica in caso di IMA STEMI	<ul style="list-style-type: none"> • Timing da PCM a PCI • Timing da trombolisi inefficace a PCI rescue • Timing da trombolisi efficace a coronografia 	Rispetto dei tempi previsti dalle Linee Guida
Rete Stroke: Revisione linee guida; Formazione degli operatori sulla revisione	Elaborazione proposta di revisione	Organizzazione evento aziendale
Rete Politrauma	Revisione percorsi assistenziali del paziente politraumatizzato condivisi con 118: Analisi schede restituite	Report su 100% schede analizzate e verifica negli Hub e Spoke
	Revisione linee guida Damage Control: Elaborazione proposta di revisione	Organizzazione evento aziendale
	Formazione interaziendale degli operatori sulla revisione: Organizzazione evento interaziendale	Protocollo d'intesa interaziendale per formazione operatori
Reti cliniche integrate:		
Rete Oncologica	Formazione degli operatori sui PDTA	Organizzazione evento interaziendale
Percorso Nascita: Migliorare il collegamento tra punti nascita e CC.FF.	N° gravidanze a rischio seguito dai PN	Mantenimento dati raggiunti nell'anno 2015

4) ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA		
Obiettivo	Indicatore	valore obiettivo
- 4.1. Cronicità		
Aggiornamento in tutti i Distretti/PTA del Registro dei pazienti cronici (Scopenso Cardiaco, Diabete Mellito, BPCO)	<i>di prevalente competenza ASP</i>	
Miglioramento del Follow-up dei pazienti con patologie croniche (Scopenso Cardiaco, Diabete Mellito, BPCO)	n. pazienti con patologie croniche (Scopenso Cardiaco, Diabete Mellito, BPCO) segnalati dallo specialista territoriale per i quali si effettua follow – up attivo telefonico /n. pazienti con Scopenso Cardiaco, Diabete Mellito, BPCO, segnalati dallo specialista territoriale	> 90% (globale per tutte le patologie)
- 4.2 Disabilità e non autosufficienza		
Dimissione Protetta dagli Uffici Territoriali	Raggiungimento n. di segnalazioni pervenute nel 2016/n. segnalazioni pervenute nel 2015 (esplicitare dato 2015: 4.882) dimissione protetta pervenute nel 2016	≤ 2% valore anno 2015
	n. presa in carico territoriale/n. segnalazioni	≥4.872
	Attivazione della procedura informatizzata degli Uffici Territoriali (6/14)	≥70%
Trasmissione informatizzata delle segnalazioni dagli Uffici Territoriali delle Dimissioni Protette	N.1 corso di formazione entro il 2016 rivolto ai MMG e ad operatori delle U.O. coinvolte	SI
Assistenza Domiciliare e Residenziale	Mantenimento n. pazienti attivati in ADI nel 2016	SI
Numero pazienti assistiti in ADI > 65enni	N. pazienti dimessi da RSA modulo anziani inseriti in ADI / N. pazienti dimessi da RSA modulo anziani	> 2% sullo storico
Continuità assistenziale Modulo anziani per le Dimissioni da RSA con inserimento in ADI		≥ 35%
- 4.3 Riabilitazione		
Elaborazione di percorsi integrati per pazienti in Assistenza Domiciliare e Residenziale con necessità di fornitura di presidi ed ausili	Individuazione tempistica in applicazione di uno specifico triage	SI
Organizzazione di evento formativo sull'Appropriatezza Prescrittiva	N.1 corso di formazione entro il 2016 rivolto ai Medici prescrittori e ad operatori delle U.O. coinvolte	SI
- 4.4 Salute Mentale		
Costituzione gruppo di lavoro (un medico e un infermiere per CSM più Coordinatore Infermieristico dipartimentale)	n.gruppi lavoro attivati/n.centri salute mentale	100%
Definizione di un protocollo di misure proattive da adottare per i pz. in L.A. ed elaborazione di una relativa scheda di monitoraggio	Stesura protocollo e della scheda di monitoraggio	SI
Censimento degli utenti in L.A. 30 giugno 2016	N° pz. in L.A presso i CSM al 30 giugno 2016	Produzione elenco
Monitoraggio e sviluppo misure proattive	Adozione scheda monitoraggio per tutti i pz. censiti	100%
Esito	n. di pz censiti/n. pz seguiti	100%
- 4.5 Violenza su donne e minori		
Applicazione della procedura "Assistenza alle vittime di Violenza di genere in età adulta"	n. di PP.SS. in cui viene applicata la procedura/PP.SS. Totali	100%

5) SVILUPPO ORGANIZZATIVO		
Obiettivo	Indicatore	valore obiettivo
5.1. Comunicazione		
Campagna di comunicazione in materia screening e donazione organi	Relazione sull'attività svolta	SI
5.2. Formazione:		
Assegnazione risorse alla struttura formazione aziendale (art. 6,7 D.A. 1771/2012)	risorse umane attribuite/risorse umane previste	> 80%
	budget assegnato/budget previsto	> 50%
5.3. Internazionalizzazione e Ricerca sanitaria		
Costituzione e/o completamento uffici SIRS con personale dedicato (Direttiva n. 15730/2015 e successive integrazioni)	Relazione sullo stato di attuazione degli Uffici SIRS	SI
Elaborazione e presentazione di progetti su bandi Regionali, Nazionali e Internazionali, nonché organizzazione di incontri formativi/informativi dedicati alla ricerca e internazionalizzazione	Relazione sui progetti elaborati presentati e sulle attività formative/informative svolte dai SIRS	SI
5.5. Telemedicina		
Promuovere l'utilizzo della telemedicina (es.: procedure di tele cardiologia, tele radiologia, ecc.) attraverso la valorizzazione delle professioni sanitarie	Relazione sulle attività svolte e sul numero delle Unità operative coinvolte nelle attività di telemedicina	SI

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 inappropriatezza;
- 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 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 inquadrate 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.

Principali obiettivi 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
	Riduzione dei tempi di gestione del paziente in Area di Emergenza	produzione di PDTA fra PS e servizi erogatori finalizzati alla riduzione dei tempi di permanenza in PS	produzione report UUOO
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%
	Riduzione/Contenimento dei DH diagnostici	Volume dei DH diagnostici in numero assoluto (contenimento rispetto al valore storico)	> 15%
	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 come da Piano Attuativo Provinciale	n.DRG chirurgici/n.totale DRG	> 80%
	UUOO degenza-Miglioramento tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	richieste interne esitate entro 48h/n totali di richieste interne	100%
Utilizzo del Sistema SSI per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati	Attivazione della Registrazione nel Sistema SSI delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati	SI/NO	
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 adesione a progetti di ricerca, adesione a trials clinici, produzione di pubblicazioni scientifiche, attività di relazione/comunicazione a convegni scientifici	≥ 90%
	Implementazione attività di ricerca clinica	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 2016
	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	Piano Attuativo Aziendale	Implementazione delle attività per il raggiungimento degli obiettivi di Piano Partecipazione agli incontri dedicati	SI/NO
	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 (Aggiornamento 2016)	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%
Area: Formazione			
Fascia	Obiettivo	Indicatore	Valore Atteso
3° fascia	Realizzazione, in accordo con l'UO Formazione del personale, di almeno una iniziativa formativa destinata al personale dell'UO, con il coinvolgimento attivo del referente della formazione della UO	produzione report	SI/NO

Interventi previsti dal Piano di efficientamento sull'Area Sanitaria

RAGINTERVENTO	CODICE INTERVENTO	PRESIDIO OSPEDALIERO	UNITA ORGANIZZATIVA	TITOLO INTERVENTO	OBIETTIVO FINALE	INDICATORE	2016		2017		2018		2019		RESPONSABILE
							Riduzione	DM	Riduzione	DM	Riduzione	DM	Riduzione	DM	
1	1.1.	CIVICO	MEDICINA GENERALE 01	riduzione degenza media	8,8	GIORNATE DEGENZA/CASI	11,6	-40%	10,5	-60%	9,9	-100%	8,8	DS - DM - RESPONSABILE UO	
1	1.2	CIVICO	MEDICINA GENERALE 01	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	85%	GIORNATE DEGENZA/365*100		82%		83%		82%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
2	2.1	CIVICO	MEDICINA GENERALE 02	riduzione degenza media	8,8	GIORNATE DEGENZA/CASI	10,4	-40%	9,5	-60%	9,3	-100%	8,8	DS - DM - RESPONSABILE UO	
2	2.2	CIVICO	MEDICINA GENERALE 02	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	80%	GIORNATE DEGENZA/365*100		88%		89%		89%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
3	3.1	CIVICO	CARDIOLOGIA	riduzione degenza media	6,1	GIORNATE DEGENZA/CASI	8,7	-85%	6,4	-90%	6,3	-100%	6,1	DS - DM - RESPONSABILE UO	
3	3.2	CIVICO	CARDIOLOGIA	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	98%	GIORNATE DEGENZA/365*100		100%		98%		98%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
4	4.1	CIVICO	NEUROLOGIA	riduzione degenza media	8,7	GIORNATE DEGENZA/CASI	13,9	-40%	10,7	-60%	10,0	-100%	8,7	DS - DM - RESPONSABILE UO	
4	4.2	CIVICO	NEUROLOGIA	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	82%	GIORNATE DEGENZA/365*100		78%		80%		82%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
5	5.1	CIVICO	ORTOPEDIA	riduzione degenza media	8,4	GIORNATE DEGENZA/CASI	12,2	-40%	9,8	-60%	9,3	-100%	8,4	DS - DM - RESPONSABILE UO	
5	5.2	CIVICO	ORTOPEDIA	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	85%	GIORNATE DEGENZA/365*100		80%		82%		85%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
6	6.1	CIVICO	PNEUMOLOGIA	riduzione degenza media	10,8	GIORNATE DEGENZA/CASI	15,6	-40%	12,1	-60%	11,7	-100%	10,8	DS - DM - RESPONSABILE UO	
6	6.2	CIVICO	PNEUMOLOGIA	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	93%	GIORNATE DEGENZA/365*100		91%		92%		93%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
7	7.1	CIVICO	NEUROCHIRURGIA	riduzione degenza media	10,5	GIORNATE DEGENZA/CASI	12,5	-40%	11,1	-60%	10,9	-100%	10,5	DS - DM - RESPONSABILE UO	
7	7.2	CIVICO	NEUROCHIRURGIA	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	70%	GIORNATE DEGENZA/365*100		63%		65%		70%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
8	8.1	CIVICO	PATOLOGIA NEONATALE	riduzione degenza media	9,0	GIORNATE DEGENZA/CASI	15,0	-40%	11,1	-60%	11,0	-100%	10,6	DS - DM - RESPONSABILE UO	
9	9.1	CIVICO	ONCOLOGIA	riduzione degenza media	10,6	GIORNATE DEGENZA/CASI	15,7	-40%	12,7	-60%	11,4	-100%	9,0	DS - DM - RESPONSABILE UO	
9	9.2	CIVICO	ONCOLOGIA	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	85%	GIORNATE DEGENZA/365*100		78%		78%		85%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
10	10.1	CIVICO	UROLOGIA	riduzione degenza media	6,3	GIORNATE DEGENZA/CASI	6,8	-40%	6,9	-60%	6,7	-100%	6,3	DS - DM - RESPONSABILE UO	
10	10.2	CIVICO	UROLOGIA	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	85%	GIORNATE DEGENZA/365*100		73%		78%		85%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
11	11.1	CIVICO	NEFROLOGIA	riduzione degenza media	7,9	GIORNATE DEGENZA/CASI	11,1	-40%	8,7	-60%	8,4	-100%	7,9	DS - DM - RESPONSABILE UO	
11	11.2	CIVICO	NEFROLOGIA	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	85%	GIORNATE DEGENZA/365*100		80%		82%		85%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
12	12.1	CIVICO	CHIRURGIA PLASTICA	riduzione degenza media	6,5	GIORNATE DEGENZA/CASI	9,2	-40%	7,5	-60%	7,2	-100%	6,5	DS - DM - RESPONSABILE UO	
12	12.2	CIVICO	CHIRURGIA PLASTICA	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	75%	GIORNATE DEGENZA/365*100		60%		70%		75%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
13	13.1	CIVICO	CHIRURGIA GENERALE E D'EMERGENZA	riduzione degenza media	7,1	GIORNATE DEGENZA/CASI	9,9	-40%	9,0	-60%	8,3	-100%	7,1	DS - DM - RESPONSABILE UO	
13	13.2	CIVICO	CHIRURGIA GENERALE E D'EMERGENZA	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	85%	GIORNATE DEGENZA/365*100		83%		82%		85%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
14	14.1	CIVICO	PNEUMOLOGIA - UTR	riduzione degenza media	10,8	GIORNATE DEGENZA/CASI	43,5	-40%	25,6	-60%	20,7	-100%	10,8	DS - DM - RESPONSABILE UO	
14	14.2	CIVICO	PNEUMOLOGIA - UTR	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	85%	GIORNATE DEGENZA/365*100		109%		99%		85%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
15	15.1	CIVICO	GRANDI USTIONATI	riduzione degenza media	17,9	GIORNATE DEGENZA/CASI	21,0	-40%	18,5	-60%	18,3	-100%	17,9	DS - DM - RESPONSABILE UO	
15	15.2	CIVICO	GRANDI USTIONATI	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	85%	GIORNATE DEGENZA/365*100		81%		82%		85%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
16	16.1	CIVICO	CHIRURGIA GENERALE ONCOLOGICA	riduzione degenza media	7,1	GIORNATE DEGENZA/CASI	11,9	-30%	7,7	-60%	7,4	-100%	7,1	DS - DM - RESPONSABILE UO	
16	16.2	CIVICO	CHIRURGIA GENERALE ONCOLOGICA	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	70%	GIORNATE DEGENZA/365*100		55%		60%		70%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
17	17.1	CIVICO	CHIRURGIA TORACICA	riduzione degenza media	9,0	GIORNATE DEGENZA/CASI	8,0	-40%	9,2	-60%	9,1	-100%	9,0	DS - DM - RESPONSABILE UO	
17	17.2	CIVICO	CHIRURGIA TORACICA	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	85%	GIORNATE DEGENZA/365*100		81%		83%		85%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
18	18.1	CIVICO	OSTETRICIA GINECOLOGIA	riduzione degenza media	3,9	GIORNATE DEGENZA/CASI	3,4	-40%	3,4	-60%	3,6	-100%	3,9	DS - DM - RESPONSABILE UO	
18	18.2	CIVICO	OSTETRICIA GINECOLOGIA	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	85%	GIORNATE DEGENZA/365*100		83%		83%		85%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
19	19.1	CIVICO	ANESTESIA E RIANIMAZIONE CON NEUROMIAMI	riduzione degenza media	15,6	GIORNATE DEGENZA/CASI	15,4	-40%	17,0	-60%	16,6	-100%	15,6	DS - DM - RESPONSABILE UO	
19	19.2	CIVICO	ANESTESIA E RIANIMAZIONE CON NEUROMIAMI	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	85%	GIORNATE DEGENZA/365*100		81%		83%		85%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
20	20.1	CIVICO	ANESTESIA E RIANIMAZIONE CON TRAUMA CENTE	riduzione degenza media	15,6	GIORNATE DEGENZA/CASI	24,8	-40%	15,3	-60%	15,4	-100%	15,6	DS - DM - RESPONSABILE UO	
20	20.2	CIVICO	ANESTESIA E RIANIMAZIONE CON TRAUMA CENTE	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	70%	GIORNATE DEGENZA/365*100		60%		65%		70%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
21	21.1	CIVICO	OTORINOLARINGOATRIA	riduzione degenza media	4,8	GIORNATE DEGENZA/CASI	5,1	-40%	5,3	-60%	5,1	-100%	4,8	DS - DM - RESPONSABILE UO	
21	21.2	CIVICO	OTORINOLARINGOATRIA	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	85%	GIORNATE DEGENZA/365*100		75%		80%		85%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
22	22.1	CIVICO	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	riduzione degenza media	9,1	GIORNATE DEGENZA/CASI	15,9	-40%	11,5	-60%	10,7	-100%	9,1	DS - DM - RESPONSABILE UO	
22	22.2	CIVICO	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	85%	GIORNATE DEGENZA/365*100		81%		82%		85%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
23	23.1	CIVICO	CHIRURGIA VASCOLARE	riduzione degenza media	9,1	GIORNATE DEGENZA/CASI	7,6	-30%	7,7	-60%	8,3	-100%	9,1	DS - DM - RESPONSABILE UO	
23	23.2	CIVICO	CHIRURGIA VASCOLARE	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	75%	GIORNATE DEGENZA/365*100		65%		70%		75%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
24	24.1	CIVICO	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	riduzione degenza media	6,3	GIORNATE DEGENZA/CASI	8,9	-30%	7,4	-60%	6,9	-100%	6,3	DS - DM - RESPONSABILE UO	
24	24.2	CIVICO	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	75%	GIORNATE DEGENZA/365*100		65%		70%		75%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
25	25.2	CIVICO	LUNGODEGENZA	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	85%	GIORNATE DEGENZA/365*100		65%		75%		85%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
26	26.2	CIVICO	Riabilitazione	ATTIVAZIONE POSTI LETTO	80%	GIORNATE DEGENZA/365*100		30%		50%		80%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
27	27.1	CIVICO	PEDIATRIA INDIRIZZO PNEUMOLOGICO	riduzione degenza media	4,6	GIORNATE DEGENZA/CASI	7,6	-30%	5,6	-60%	5,2	-100%	4,6	DS - DM - RESPONSABILE UO	
27	27.2	CIVICO	PEDIATRIA INDIRIZZO PNEUMOLOGICO	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	75%	GIORNATE DEGENZA/365*100		65%		70%		75%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
28	28.1	CIVICO	PEDIATRIA INDIRIZZO INFETTIVOLOGICO	riduzione degenza media	9,1	GIORNATE DEGENZA/CASI	6,2	-40%	6,3	-60%	7,2	-100%	9,1	DS - DM - RESPONSABILE UO	
28	28.2	CIVICO	PEDIATRIA INDIRIZZO INFETTIVOLOGICO	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	85%	GIORNATE DEGENZA/365*100		75%		80%		85%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
29	29.1	CIVICO	PEDIATRIA INDIRIZZO GASTROENTEROLOGICO	riduzione degenza media	4,6	GIORNATE DEGENZA/CASI	5,0	-40%	4,6	-60%	4,6	-100%	4,6	DS - DM - RESPONSABILE UO	
29	29.2	CIVICO	PEDIATRIA INDIRIZZO GASTROENTEROLOGICO	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	85%	GIORNATE DEGENZA/365*100		70%		78%		85%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
30	30.1	CIVICO	PEDIATRIA GENERALE	riduzione degenza media	4,6	GIORNATE DEGENZA/CASI	7,1	-40%	5,1	-60%	4,9	-100%	4,6	DS - DM - RESPONSABILE UO	
30	30.2	CIVICO	PEDIATRIA GENERALE	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	80%	GIORNATE DEGENZA/365*100		65%		70%		80%		DS - DM - RESPONSABILE UO	
31	31.1	CIVICO	CHIRURGIA PEDIATRICA	riduzione degenza media	5,1	GIORNATE DEGENZA/CASI	4,9	-40%	#N/D	-60%	#N/D	-100%	#N/D	DS - DM - RESPONSABILE UO	
31	31.2	CIVICO	CHIRURGIA PEDIATRICA	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO POSTI LETTO	80%	GIORNATE DEGENZA/365*100		50%		65%		80%		DS - DM - RESPONSABILE UO	

Principali obiettivi Dipartimento Amministrativo

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

Principali obiettivi di 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

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 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;
- 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.

Durante il processo di *budgeting* per l'anno 2015 è stata avviata 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 2015 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 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 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.

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 due 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 **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.

7.3.1 Interventi Area Sanitaria

Nel corso del 2016 l'Azienda si propone di portare avanti il percorso di riorganizzazione delle attività sanitarie già intrapreso nel corso dell'anno 2015, 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 quattro linee di intervento organizzativo:

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

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, in relazione alla piastra operatoria del "nuovo" padiglione oncologico;
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.

1. Area assistenziale dell'emergenza-urgenza, in funzione del pronto soccorso generale:

Il pronto soccorso generale dell'ARNAS Civico assiste circa 90.000 pazienti ogni anno ed è collocato al piano terra del cosiddetto "padiglione dell'emergenza" che, nei cinque piani, ospita anche:

- Medicina d'urgenza e OBI;
- Neurologia con "stroke unit";
- Chirurgia d'urgenza;
- Terapia intensiva;
- Piastra operatoria.

La realizzazione di collegamenti strutturali con i due padiglioni attigui e la loro ristrutturazione, consentirà la realizzazione a basso costo di un complesso funzionalmente autonomo per l'emergenza-urgenza, dotato di circa 300 posti letto, centro grandi ustionati, 10 sale operatorie dedicate, piastra angiografica e terapia sub-intensiva.

Interventi di adeguamento: Attualmente sono già in corso i lavori di ampliamento dell'area di pronto soccorso, con la realizzazione del servizio di radiologia dedicato e la costruzione del nuovo reparto di osservazione breve intensiva, che garantiranno una significativa ottimizzazione dei percorsi, grazie al loro spostamento complanare al PS stesso.

Inoltre, sono in via di definizione i lavori di ristrutturazione del complesso operatorio, preliminari al trasferimento dell'unità di ortopedia, con attivazione dell'unità di orto-geriatria.

Di seguito gli interventi da realizzare nel periodo di riferimento del piano di efficientamento:

- a) Collegamento strutturale dei padiglioni "ex chirurgia plastica" ed "ex chirurgia toracica": realizzazione di un collegamento fisico tra i tre padiglioni che insistono sull'area dell'emergenza, utile alla condivisione dei servizi e dei posti letto in percorsi di cura centrati sul pronto soccorso.
- b) Ampliamento della piastra operatoria e realizzazione della piastra angiografica: la nuova sistemazione della radiologia d'emergenza, complanare all'area di pronto soccorso, consentirà la realizzazione di una piastra angiografica condivisa in cui concentrare le attività interventistiche. Sarà inoltre possibile ampliare il complesso operatorio dell'emergenza realizzando anche una sala ibrida, per centralizzare le attività chirurgiche del paziente in emergenza attualmente dislocate in altri plessi (neurochirurgia, cardiovascolare, maxillo-facciale, plastica e otorino).
- c) Ristrutturazione degenze padiglioni "ex chirurgia plastica" ed "ex chirurgia toracica": si tratta di un intervento conservativo, utile ad adeguare le strutture alle norme per la sicurezza e la capacità ricettiva

alle necessità dell'area d'emergenza, con l'accorpamento logistico delle aree di degenza medica e chirurgica da ricomprendere nel perimetro del percorso in emergenza del paziente proveniente da soccorso o da rete; rispettivamente cardiologia, UTIC, neurologia, "stroke unit", medicina d'urgenza, terapia sub-intensiva e chirurgia d'urgenza, cardiovascolare, toracica, ortopedica, maxillo-facciale, plastica, oculistica, otorino, neurochirurgia.

2. Area assistenziale della chirurgia programmata, in relazione alla piastra operatoria del "nuovo" padiglione oncologico;

Il completamento dei lavori di costruzione del "nuovo" padiglione oncologico ha reso disponibili circa 100 posti letto a servizio di una piastra operatoria attrezzata in modo adeguato e dedicata agli interventi chirurgici programmati di elevata complessità.

Coerentemente con la rimodulazione organizzativa prevista nel nuovo atto aziendale è stata riorganizzata la specificità d'area oncologica, distribuendo in due plessi strutturalmente collegati le attività di interesse medico e quelle di pertinenza chirurgica, con i servizi a corredo.

Interventi di adeguamento:

- a) Piastra operatoria: attualmente la capacità della piastra operatoria è adeguata alle necessità del complesso assistenziale, ma sarà a breve saturata con l'auspicato incremento di attività chirurgica oncologica, è necessario pertanto prevedere la realizzazione complanare di altre quattro sale operatorie, di cui due dedicate alla chirurgia assistita da "robot".
- b) Terapia intensiva e sub-intensiva: la concentrazione delle attività chirurgiche in elezione rende inevitabile l'ampliamento del numero di posti letto della terapia intensiva e la creazione di un'area sub-intensiva dedicata ai pazienti critici non in ventilazione assistita.
- c) Ospedale di giorno: sarà necessario intervenire con una ristrutturazione conservativa, per rendere più funzionali gli spazi dedicati alle attività ambulatoriali, di day-service e ad alto "turnover".

3. Area assistenziale delle medicine, con lungodegenza e riabilitazione;

Attualmente il padiglione "ex chirurgie" oltre ad ospitare le unità operative di medicina, lungodegenza, riabilitazione senza posti letto, è sede di attività di pertinenza chirurgica (endoscopia digestiva, neurochirurgia e ortopedia) e di terapia intensiva.

Si tratta di un plesso strutturalmente isolato rispetto alle due aree assistenziali descritte in precedenza, in cui la permanenza di attività chirurgica pone notevoli difficoltà logistiche, con incremento del rischio clinico, e determina al contempo significative diseconomie.

Al contrario, il recupero della coerenza assistenziale di esclusiva area medica, consentirebbe la realizzazione di un complesso assistenziale di medicina dotato di circa 200 posti letto, strutturato per intensità di cura, con degenze condivise ed articolato su quattro piani, ed in particolare:

- piano terra (alta intensità), terapia intensiva generale e terapia intensiva respiratoria, diagnostica per immagini dedicata, endoscopia digestiva;
- primo piano (media e alta intensità), endoscopia bronchiale, pneumologia, medicina di area critica e terapia sub-intensiva;
- secondo piano (media intensità), medicina e gastroenterologia;

- terzo e quarto piano (bassa intensità), lungodegenza e riabilitazione;

Interventi di adeguamento:

- a) Ristrutturazione degenze padiglione “ex chirurgie”: si tratta di un intervento conservativo, utile ad adeguare le strutture alle norme per la sicurezza e la capacità ricettiva alle necessità dell’area delle medicine, con l’accorpamento logistico delle aree di degenza da ricomprendere nel perimetro del percorso del paziente con patologia non chirurgica di varia complessità.
- b) Ristrutturazione area di fisioterapia: l’attivazione del reparto di riabilitazione deve seguire la ristrutturazione del quarto piano del padiglione, che attualmente ospita la fisioterapia, prevedendo la realizzazione di appositi spazi attrezzati a palestre di riabilitazione, dotate della necessaria tecnologia.

4. Area assistenziale materno-infantile

Il padiglione “Maternità” ospita, già oggi in maniera coerente, tutte le attività di area materno-infantile dedicate al percorso nascita, con degenze, nido, UTIN, sale parto, e pronto soccorso ostetrico-ginecologico.

Il piano strategico aziendale prevede il potenziamento della capacità ricettiva con la realizzazione di un reparto solventi e di uno spazio assistenziale a conduzione non medica, dedicato al parto fisiologico (casa di maternità).

Interventi di adeguamento:

- a) Ristrutturazione degenze padiglione “Maternità”: si tratta di un intervento conservativo, utile ad adeguare le strutture alle norme per la sicurezza e la capacità ricettiva, onde poter assicurare spazi adeguati per le pazienti solventi;
- b) Ristrutturazione pronto soccorso ostetrico-ginecologico e OBI: si tratta di un intervento conservativo, utile ad adeguare le strutture alle norme per la sicurezza e ad ampliare gli spazi dedicati al trattamento in emergenza-urgenza, con realizzazione di un area per il triage e dei posti letto tecnici di OBI, onde poter assicurare una più elevata appropriatezza ai ricoveri;
- c) Casa di maternità: si tratta di un intervento di adeguamento e ristrutturazione finalizzato alla realizzazione di soluzioni abitative indipendenti, onde poter assicurare un percorso di umanizzazione del parto fisiologico.

5. Area assistenziale della pediatria

L’area della pediatria è ospitata nel presidio “Giovanni Di Cristina. I consistenti interventi di ristrutturazione lo hanno reso più funzionale, confortevole e rispondente, alle esigenze non solo dei piccoli pazienti, ma anche degli stessi genitori che li accompagnano nel loro percorso di malattia. Oggi l’Ospedale dei Bambini di Palermo, sede della formazione specialistica dell’Università degli Studi di Palermo, è il riferimento della rete pediatrica regionale, costituisce hub di secondo livello per l’emergenza-urgenza, dotato di trauma center e di tutte le sub-specialità a corredo.

Di particolare rilievo il laboratorio specialistico, che già da due anni assicura ai nati in Sicilia occidentale lo screening neonatale esteso recentemente entrato a far parte dei LEA, l’unico reparto siciliano di terapia intensiva pediatrica, il centro di riferimento per il trattamento delle malattie metaboliche rare, il nuovo reparto di chirurgia pediatrica e il nuovo complesso operatorio dedicato (18 posti letto, 2 sale operatorie, area risveglio e complesso operatorio dedicato alla day surgery).

Interventi di adeguamento: Ristrutturazione secondo quanto previsto nel II stralcio progettuale ex art. 20. Il primo stralcio funzionale dei lavori dell’Ospedale “Giovanni Di Cristina” è stato già finanziato per un importo complessivo di circa 22 milioni di euro a valere sul programma poliennale per gli interventi previsti dall’art. 20 L. 67/88 di cui all’accordo di Programma Stato Regione del 30/4/2002 approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 417 del 17/12/02 ed è in via di definizione.

6. Area assistenziale ambulatoriale e Area dei servizi di laboratorio

Il padiglione “ex Medicine”, prospiciente il viale principale dell’ospedale, a tutt’oggi è stato liberato dalle attività di ricovero ed ha un volume ed una superficie idonea a centralizzare tutte le strutture di laboratorio e ad ospitare al piano terra l’area dei servizi ambulatoriali. Lo rendono particolarmente idoneo a questa destinazione inoltre, la contiguità al Centro Unificato di Prenotazione e all’ingresso principale (immediatamente adiacente al capolinea del servizio urbano di trasporto).

Interventi di adeguamento:

- Ristrutturazione padiglione “ex Medicine”: si tratta di un intervento di ristrutturazione complessiva del padiglione.

7.3.2 Interventi Area Amministrativa

1. Consolidamento dei principali processi amministrativi oggetto di riorganizzazione nel corso del 2016 implementando 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 la valutazione 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. Implementazione di un sistema di costante monitoraggio dell’andamento economico aziendale per consentire di valutare l’avanzamento del Piano, gli eventuali scostamenti, raccordando così il Piano agli strumenti di programmazione aziendale.
6. Ampio utilizzo delle gare regionali e di bacino, laddove previste dalla normativa regionale, per beneficiare dei risparmi indotti dalle iniziative regionali;
7. Incremento dell’utilizzo delle convenzioni Consip e di gare consorziate con altre Aziende Ospedaliere per beneficiare delle correlate economie di scala;
8. 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;

9. 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.