



Regione Siciliana

Assessorato regionale della salute



Azienda Ospedaliera ARNAS Civico Di Cristina e Benfratelli

## **RELAZIONE SULLA PERFORMANCE**

**anno 2013**

## **Presentazione della relazione e indice**

L'ARNAS Civico, Di Cristina e Benfratelli adotta il presente documento denominato "Relazione sulla performance" con cui viene data evidenza a consuntivo dei risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi ed alle risorse programmati.

Al Piano della performance predisposto e adottato dall'ARNAS per il 2013, la Direzione intende ora far seguire la propria Relazione sullo stato di attuazione del suddetto Piano e i principali dati di sintesi sulle performance conseguite.

## Indice

<b>1. Finalità e principi generali della Relazione sulla Performance .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Sintesi delle informazioni di interesse per cittadini e <i>stakeholder</i> .....</b>	<b>5</b>
2.1 Chi siamo .....	5
2.2 La Dotazione Organica e l'Organigramma aziendale .....	5
2.3 Il Personale dell'ARNAS .....	8
2.4 La Mission di Alta Specializzazione .....	8
2.5 Punti di forza e debolezza dimostrate durante il 2013 .....	9
<b>3. I Processi di Valutazione.....</b>	<b>10</b>
3.1 L'albero della performance.....	10
3.2 Il processo di budgeting, valutazione e verifica dei risultati .....	11
3.3 La valutazione delle performance 2013 .....	12
3.3.1 La valutazione delle performance del comparto .....	12
3.3.2 La valutazione delle performance della dirigenza.....	12
<b>4 Risultati ottenuti nell'anno 2013 e opportunità di miglioramento .....</b>	<b>13</b>
4.1 Risultati di attività sanitaria.....	13
4.1.1 Ricoveri ordinari.....	13
4.1.2 Indicatori di Esito .....	15
4.1.3 Ricoveri a ciclo diurno (Day Hospital) e Day Service .....	15
4.1.4 Attività Ambulatoriale .....	16
4.1.5 Attività di Pronto Soccorso .....	16
4.2 Obiettivi e Risultati Strategici.....	17
4.3 Obiettivi e Risultati delle Unità Operative .....	19

## **1. Finalità e principi generali della Relazione sulla Performance**

La “Relazione sulla performance” di cui all’art. 10 comma 1 lett. b) del D.Lgs. 150/2009 costituisce lo strumento mediante il quale la presente amministrazione illustra i risultati ottenuti nel corso dell’anno precedente e conclude in tal modo l’intero ciclo di gestione della performance. L’avvio del ciclo di gestione della performance è stato dato attraverso l’adozione del Piano della Performance e l’individuazione delle risorse assegnate, di indicatori e target per le singole articolazioni organizzative dell’Azienda (ovvero gli elementi fondamentali su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della relativa performance).

Più in dettaglio, la Relazione serve ad evidenziare i risultati organizzativi e individuali raggiunti, con rilevazione degli eventuali scostamenti registrati nel corso dell’anno, indicandone le cause e le misure correttive da adottare.

In riferimento alle finalità sopradescritte, la presente Relazione si configura come un documento sintetico e comprensibile, pur tenendo in doverosa considerazione le caratteristiche specifiche di una azienda ospedaliera di tali dimensioni, in termini di complessità organizzativa, articolazioni interne, e particolare tipologia di servizi resi al cittadino.

*Nel compilare il documento sono state seguite le indicazioni presenti nelle Linee Guida della Delibera n°5/2012 del CIVIT, relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance di cui all’articolo 10 del D.Lgs. N°150/2009*

## 2. Sintesi delle informazioni di interesse per cittadini e *stakeholder*

### 2.1 Chi siamo

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Civico - Di Cristina - Benfratelli è stata formalmente costituita con Legge Regionale n°5 del 14/04/2009 ed è stata attivata giusto Decreto del Presidente della Regione Siciliana n°338 del 31/08/2009.

Ai sensi e per gli effetti di legge, l'Azienda ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale. La sede legale dell'Azienda è fissata in Palermo, con indirizzo in Piazza Nicola Leotta n°4. L'ARNAS ha il seguente codice fiscale/ partita IVA: 05841770828.

Il logo aziendale è quello di seguito raffigurato:



Il patrimonio dell'A.R.N.A.S. Civico è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti ivi compresi, pertanto, quelli da trasferire o trasferiti dallo Stato o da altri enti pubblici in virtù di leggi o provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività, compresi i beni mobili ed immobili utilizzati dalla società Is.Me.T.T. s.r.l. partecipata dall'A.R.N.A.S. Ospedale 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 all'art. 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, secondo comma, del codice civile. Tutti i beni di proprietà dell'Azienda sono iscritti nel libro degli inventari nonché, ove previsto, presso i pubblici registri.

### 2.2 La Dotazione Organica e l'Organigramma aziendale

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

Ciò ha comportato, dopo l'adozione dell'Atto aziendale nell'ottobre 2011, la definizione e la implementazione della nuova Dotazione Organica (già rideterminata con atto deliberativo n°131 del 31/01/2011) conclusasi nel 2012, e la definizione e relativa attivazione del nuovo organigramma aziendale.

Se il primo strumento rappresenta l'analitica indicazione delle risorse umane costituenti il fulcro aziendale, il secondo funge è la struttura portante che rappresenta graficamente le relazioni gerarchiche e funzionali dell'intera azienda.

L'Azienda adotta l'organizzazione dipartimentale come modello ordinario di gestione operativa di tutte le sue strutture. Per "struttura" si intende l'articolazione interna dell'Azienda alla quale è attribuita la responsabilità di risorse umane, tecnologiche e finanziarie; essa costituisce un "centro di responsabilità" e il responsabile di struttura partecipa alla costruzione e definizione del processo di budget e di assegnazione degli obiettivi.

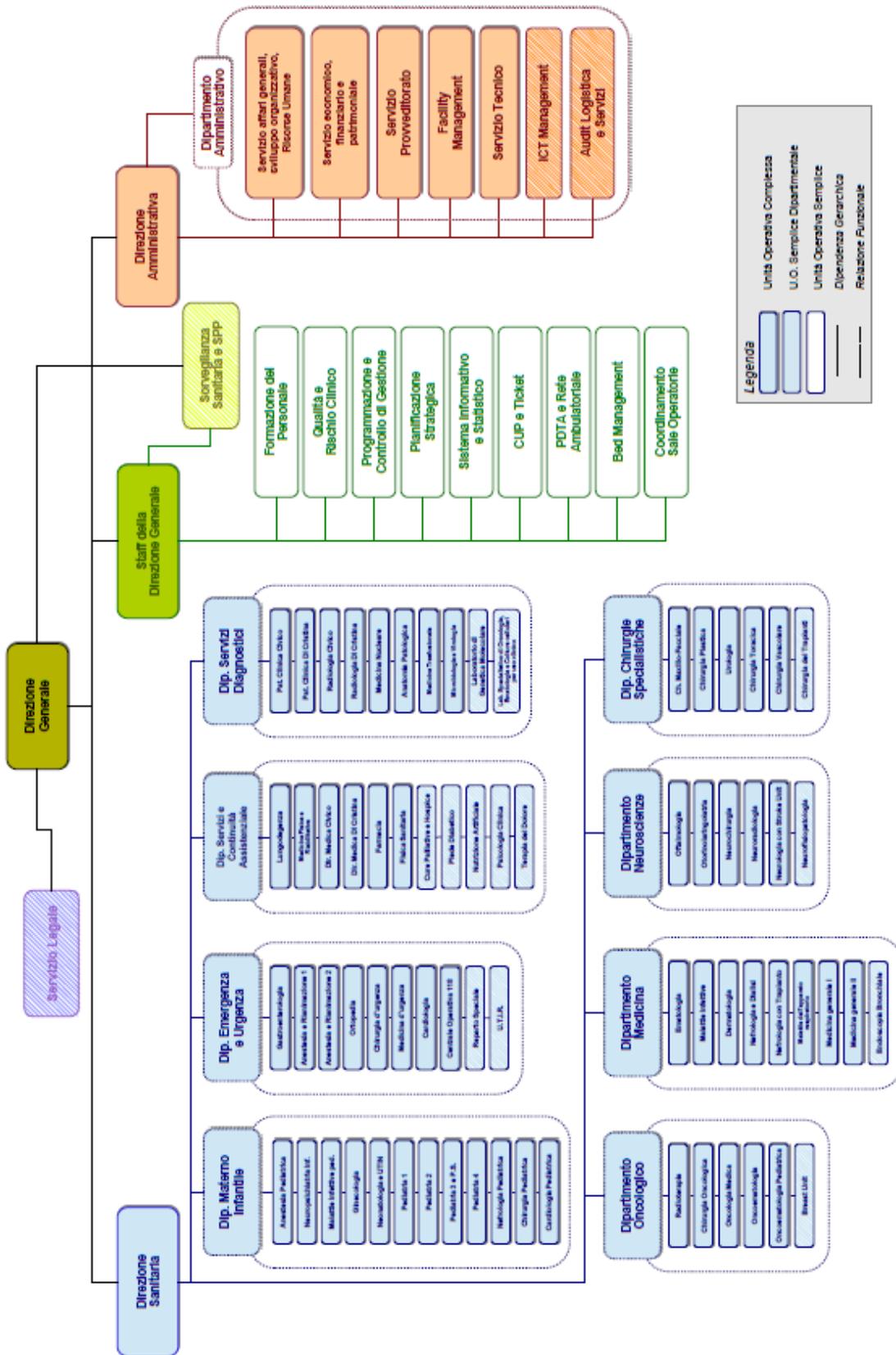
Le strutture organizzative si distinguono infine in complesse e semplici, in relazione alla intensità assunta dalle variabili citate e all'ampiezza degli ambiti di autonomia e di responsabilità conferiti dall'Azienda.

Come anticipato poco sopra, l'organizzazione dipartimentale appare la modalità organizzativa che meglio possa consentire di raggiungere i seguenti obiettivi:

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

Si riporta nella pagina seguente l'organigramma dell'Azienda.

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



**Legenda**

- Unità Operativa Complessa
- U.O. Semplice Dipartimentale
- Unità Operativa Semplice
- Dipendenza Gerarchica
- Relazione Funzionale

## 2.3 Il Personale dell'ARNAS

Il personale in servizio al Gennaio 2013 è pari a 2.943 unità: la tabella che segue contiene alcuni dati descrittivi riguardanti le risorse umane impiegate presso l'ARNAS (\*).

### Analisi caratteri qualitativi/quantitativi delle risorse umane

<b>Indicatori</b>	<b>Valore</b>
Età media del personale (anni)	50
Età media dei dirigenti (anni)	51
Percentuale di dipendenti in possesso di laurea (*)	47%
Percentuale di dirigenti in possesso di laurea (*)	100%
Ore di formazione media per dipendente (*)	5
Turnover del personale	/
Costi di formazione/spese del personale (*)	€. 50.000,00

### Analisi benessere organizzativo

<b>Indicatori</b>	<b>Valore</b>
Tasso di assenze	16%
Tasso di dimissioni premature	/
Stipendio medio percepito dai dipendenti (*)	€. 43.000,00
Percentuale di personale assunto a tempo indeterminato	97%

### Analisi di genere delle risorse umane

<b>Indicatori</b>	<b>Valore</b>
Percentuale di dirigenti donne	41,2%
Percentuale di donne rispetto al totale del personale	50,11%
Percentuale di personale donna assunto a tempo indeterminato	83%
Età media del personale femminile (dirigenti e non)	49
Percentuale di personale donna con laurea femminile (*)	49%
Ore di formazione media per dipendente di sesso femminile (*)	5

fonte dati: flusso del personale prodotto l'11 gennaio 2013;

(\*) parte dei dati sono aggiornati al 2011;

## 2.4 La Mission di Alta Specializzazione

Come descritto nei precedenti paragrafi, le scelte e gli obiettivi strategici dell'ARNAS Civico sono principalmente diretti a migliorare lo status di centro sanitario dedicato ai trattamenti di elezione e di elevata complessità. L'Azienda istituzionalmente costituisce il principale punto di riferimento per le attività ad alta specializzazione nell'ambito dell'intero bacino occidentale siciliano, sia per le attività di ricerca applicata, sia per le attività diagnostiche e terapeutiche.

A titolo puramente esemplificativo si rammentano di seguito i progetti sviluppati durante l'anno 2013 relativi all'adeguamento e ampliamento delle attività sanitarie che l'ARNAS Civico fornisce alla propria utenza.

- Completamento del NUOVO PADIGLIONE ONCOLOGICO;
- Attivazione della nuova struttura destinata all'area Medica e avvio dei NUOVI REPARTI DI MEDICINA con contestuale aumento dei posti letto dedicati;
- Messa a regime del progetto TELETAC finalizzato alla velocizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici provinciali;
- Attivazione dell'unità di STROKE UNIT all'interno della UOC Neurologia.

Si deve altresì sottolineare come tale *mission* sia stata fortemente ipotecata, nella sua effettiva implementazione, dalla necessità di gestire una forte attività emergenziale non riservata al solo territorio circostante e a un mancato rinnovamento delle professionalità sanitarie contestuale allo sviluppo delle nuove tecniche e innovazioni scientifiche.

## 2.5 Punti di forza e debolezza dimostrate durante il 2013

### Punti di forza

- Presenza di tutte le specialità in quanto Azienda di alta Specializzazione e di Rilievo Nazionale, alta competenza tecnico professionale del personale e dotazione di tecnologie diagnostiche e terapeutiche avanzate ed innovative.
- L'articolazione organizzativa in Dipartimenti Funzionali (i quali accorpano orizzontalmente le strutture complesse) ha avuto come obiettivo principale l'ottimizzazione delle politiche assistenziali inter-disciplinari, e ha mostrato un miglioramento dell'efficienza nell'erogazione di percorsi diagnostico-terapeutici per specifiche categorie di pazienti (*Breast Unit*, gestione dei Pazienti dialitici o dei Pazienti diabetici).
- Garanzia dell'espletamento di interventi chirurgici complessi in emergenza, con approccio multispecialistico, a rafforzamento del quale è stato sviluppato il progetto della piastra operatoria interdipartimentale.

### Punti di debolezza

- L'articolazione in padiglioni separati (specie per il presidio Civico) condiziona fortemente i costi di gestione (mancata ottimizzazione dei turni di guardia e frequente duplicazione di attrezzature e presidi) e la pianificazione dei tempi delle attività sanitarie.
- Le opere di ristrutturazione e adeguamento strutturale hanno causato gravi disagi ai pazienti ed agli operatori sanitari. La coesistenza di cantieri aperti e delle attività sanitarie ha influenzato la capacità assistenziale di molte Unità Operative soprattutto in riferimento agli ambulatori specialistici.
- Il rafforzamento dell'immagine dell'ARNAS (soprattutto per la gestione qualitativa delle emergenze) ha costretto la struttura a dedicarsi non solo al trattamento delle reali emergenze ma anche alle urgenze percepite, utilizzando *setting* assistenziali non sempre appropriati.
- Non si è ancora riusciti a sviluppare una adeguata omogeneizzazione e standardizzazione dei processi amministrativi e di supporto.
- Applicativi software utilizzati spesso non adeguati alle esigenze reali.
- Il blocco del turn-over delle professioni sanitarie ha comportato un rinnovamento lento e ha condizionato un aggiornamento scientifico quasi esclusivamente demandato alla pro-attività dei singoli.

### 3. I Processi di Valutazione

Nei paragrafi che seguono vengono presentati gli obiettivi, partendo dal livello strategico fino a quello operativo e sono presentati i risultati di performance conseguiti dall'amministrazione dell'Azienda ARNAS nel corso dell'anno 2013.

#### 3.1 L'albero della performance

Il processo di programmazione in azienda nasce dall'unione tra gli obiettivi derivanti dalla L.R. 5/2009 (il quale ha profondamente innovato il sistema regionale), il decreto Legge n°78 del 31/05/2010 (con cui la Regione Sicilia si è avvalsa della possibilità concessale di chiedere la prosecuzione del Piano di Rientro) e infine quanto definito dall'Assessorato della Salute come obiettivi attuativi assegnati ad ogni singola direzione aziendale.

Sulla base di tali indicazioni sono state individuate le strategie aziendali ed è stato avviato un processo di responsabilizzazione "a cascata" di tutti gli operatori aziendali.

Il processo di distribuzione degli obiettivi secondo la logica *top-down* deve necessariamente prevedere il collegamento degli stessi a un sistema di indicatori misurabili, trasparenti ed oggettivi. Conseguentemente, 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.

L'articolazione degli obiettivi assegnati alle strutture è la seguente:

- gli **obiettivi strategici** rispondono alla necessità di perseguire le strategie individuate dall'organo di indirizzo politico-amministrativo regionale e vengono assegnati ai Dipartimenti coinvolti nella loro realizzazione con l'indicazione del *range* di valori, del relativo peso e delle modalità di calcolo per il punteggio;
- gli **obiettivi riguardanti l'attività sanitaria**, declinati secondo le specificità di ogni unità operativa, rispondono agli indirizzi clinici da seguire nell'erogazione delle prestazioni, mantenendo prioritario il perseguimento di una maggiore efficienza ed appropriatezza delle prestazioni;
- gli **obiettivi di qualità** individuati coerentemente con i requisiti di accreditamento istituzionale ex D.A. n. 890/2002, prevedono progetti di valutazione, verifica e miglioramento della qualità, la gestione del rischio clinico, l'elaborazione di nuove linee guida e/o percorsi diagnostici, l'implementazione degli standard JCI;

L'Amministrazione, attraverso gli organi a tale procedura delegati, procede alla verifica a consuntivo dei risultati raggiunti sia per la valutazione di budget delle strutture che per l'erogazione della retribuzione individuale 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. 150/09

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

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

- potenziamento dell'attività di lungodegenza e riabilitazione;
- miglioramento dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e contestuale verifica su appropriatezza, qualità efficacia ed efficienza delle prestazioni;
- mantenimento 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;
- trasferimento delle prestazioni ospedaliere ad alto rischio di inappropriately verso regime assistenziali non di Ricovero Ordinario;
- adesione alle procedure di gara regionale;

L'ARNAS ha proseguito nel corso dell'anno sul sentiero di responsabilizzazione di ogni singolo attore della filiera del servizio sanitario, individualizzando quanto più possibile gli obiettivi sopra evidenziati ed illustrandoli nelle loro specificità ai Direttori di ogni singola struttura.

### **3.2 Il processo di budgeting, valutazione e verifica dei risultati**

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.

L'ARNAS, pur avendo fatto propria la logica di definizione di obiettivi istituzionali e valutazione dei risultati già dal 2009, ha costituito solo a metà del 2011 le necessarie strutture e strumenti per avviare in maniera organica il processo di *budgeting*. Ciò ha comportato la necessità di avviare la concertazione di budget con i Responsabili applicando contenuti da modificare, approfondire e, ove necessario, sostituire nel corso delle successive iterazioni ripetute annualmente.

Come già accennato, gli obiettivi contenuti nel budget rappresentano un parametro di riferimento per la valutazione dei risultati conseguiti dall'organizzazione Aziendale e dalle singole UU.OO. anche ai fini del sistema premiante dell'area dirigenziale. Infatti il sistema di budget è comunemente inteso come istituto con esso strettamente integrato.

Tale processo avviene attraverso una negoziazione tra la Direzione Strategica aziendale ed i Direttori/Responsabili di UU.OO., individuati nel Piano dei Centri di Costo e di Responsabilità aziendale. Nell'ambito delle sedute di negoziazione la Direzione si avvale del Comitato di budget formalmente nominato.

Nella scheda di budget vengono individuati per ogni struttura complessa e semplice dipartimentale, i risultati da raggiungere, le attività da effettuare a risorse certe e/o disponibili. Per risorse certe si intendono quelle di tipo strutturale e quindi personale, attrezzature e spazi già disponibili al momento della redazione della scheda di budget o, comunque, eventuali risorse aggiuntive la cui futura attribuzione al Centro di Costo è già stata decisa con apposito provvedimento.

Le schede di Budget definiscono gli obiettivi operativi di performance che delineano i risultati attesi in termini di miglioramento nell'erogazione dei servizi e nell'impiego delle risorse strutturali assegnate, mediante l'esplicitazione di obiettivi di attività, di qualità e di monitoraggio interno.

La procedura di budget prevede che ai responsabili di struttura; in particolare al Direttore di U.O., compete l'onere di declinare gli obiettivi della struttura alle diverse figure dirigenziali inquadrati all'interno della struttura stessa e di porre le basi per il pieno coinvolgimento degli operatori del comparto.

### 3.3 La valutazione delle performance 2013

Il Decreto Assessoriale n°1821 del 26 settembre 2011 “*Linee di indirizzo regionali in materia di verifica e valutazione del personale dipendente del SSR*” fornisce il quadro generale per l'applicazione del d.lgs. n.150/09 dal 2012 in avanti, nonché le indicazioni per la valutazione del personale e l'attribuzione del salario di risultato.

Le citate linee di indirizzo indicano esplicitamente “*l'obbligatorietà, già a decorrere dal 2011, del rispetto dei principi di selettività e di meritocrazia, ai sensi dei quali deve essere garantita, dall'O.I.V., l'attribuzione selettiva della quota prevalente delle risorse destinate al trattamento economico accessorio collegato alla performance, ad una percentuale limitata (fascia alta) del personale dipendente e dirigente*”.

L'azienda Ospedaliera ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli ha provveduto ad adottare le linee guida assessoriali, con uno specifico regolamento che è entrato in vigore a partire dal 2012. Per il 2011, anche in considerazione del fatto che le linee guida sono state divulgate alla fine del terzo trimestre 2011, in sede di negoziazione sindacale, si è stabilito di limitare il cambiamento ad una modifica adattativa dei precedenti regolamenti.

Si specifica che, come indicato nel Decreto Assessoriale, “*Sino alla stipulazione dei nuovi contratti nazionali di lavoro, la fascia di merito bassa di cui all'art. 19 del decreto legislativo n. 150/09, alla quale non è attribuito alcun trattamento accessorio collegato alla performance individuale, è disapplicata*”.

#### 3.3.1 La valutazione delle performance del comparto

Il Regolamento quadro che governa il processo valutativo e l'erogazione del salario di risultato, da questa Amministrazione contrattato e deliberato, assicura l'obbligatorietà del rispetto dei principi di selettività e di meritocrazia, ai sensi dei quali deve essere garantita l'attribuzione delle risorse destinate al trattamento economico accessorio collegato alla performance, e richiede che l'azienda preveda:

- la valutazione della performance di tutto il personale del comparto e la rispondenza di tale valutazione a criteri di merito e di allineamento delle performance individuali alle strategie e agli obiettivi aziendali;
- la distribuzione delle risorse destinate al Salario di Risultato al personale in maniera proporzionale alle valutazioni delle performance ottenute;
- la subordinazione dell'erogazione dei compensi incentivanti alla verifica, anche da parte dell'O.I.V., di rispondenza dell'attribuzione del salario di risultato ai criteri di cui sopra.

La valutazione delle performance del comparto è quindi avvenuta, con riferimento ai risultati ottenuti nel 2013, secondo le modalità e regole sopra descritte, con l'aggiunta di considerare il punteggio conseguito dalla Unità Operativa di appartenenza al fine di individuare il personale meritevole della collocazione in “fascia alta” e a cui potrà spettare una quota prevalente delle risorse destinate al salario di risultato.

#### 3.3.2 La valutazione delle performance della dirigenza

Così come per il comparto, la valutazione delle performance della dirigenza medica, sanitaria non medica, tecnica ed amministrativa, è avvenuta secondo le modalità e le regole definite nel corrispondente “Regolamento aziendale”, in aderenza alle direttive indicate all'interno delle “Linee guida assessoriali”. Oltre al punteggio conseguito dalla Unità Operativa di appartenenza, si è tenuto conto delle specifiche performance conseguite in ambito di obiettivi strategici specifici.

#### 4 Risultati ottenuti nell'anno 2013 e opportunità di miglioramento

L'ARNAS nel corso del periodo 1 gennaio – 31 dicembre 2013 ha continuato a perseguire l'obiettivo primario derivante dal proprio mandato istituzionale: effettuare prestazioni di assistenza ospedaliera di elevata complessità e di alta specializzazione, quale istituzione sanitaria di riferimento per gli abitanti delle province della Sicilia occidentale. Nello stesso tempo, ha continuato a svolgere il proprio ruolo "storico" di presidio per l'assistenza ospedaliera delle condizioni patologiche di medio-bassa complessità, prevalentemente in favore degli abitanti delle circoscrizioni meridionali della città di Palermo e dei comuni limitrofi.

Si vuole qui indicare velocemente (e saranno successivamente analizzati in maggiore dettaglio) i due fattori esterni - solo superficialmente discordanti - che hanno fortemente ipotecato la strategia aziendale e influenzato i risultati economici e di attività dell'ARNAS:

1. il rapido invecchiamento della popolazione siciliana – derivante anche dalla dispersione della fascia giovanile – ha imposto 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";
2. la spesa familiare destinata alla cura della persona e alla salute è in forte diminuzione da anni, con gravi e perniciosi impatti sia sulla salute pubblica sia sul carico di lavoro demandato alle strutture sanitarie, le quali non solo erano state progettate e calibrate su ben altri parametri ma subiscono una perdurante e iterata decurtazione di risorse sia umane che economiche.

##### 4.1 Risultati di attività sanitaria

I principali indicatori di seguito analizzati nel dettaglio mostrano non solo l'assolvimento dei mandati "sociali" ma evidenziano, nello stesso tempo, come l'ARNAS Civico abbia dovuto gestire il complesso e difficile cambiamento sopravvenuto nelle esigenze di salute della cittadinanza. Se da un lato le disposizioni delle autorità nazionali e regionali sono i principali capisaldi della programmazione degli obiettivi e delle strategie aziendali, d'altro lato una istituzione di tale rilevanza non poteva non essere parte attiva nella profonda trasformazione dei percorsi diagnostici e terapeutici richiesti al ruolo medico per la gestione del malato.

##### 4.1.1 Ricoveri ordinari

Come già detto, 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.

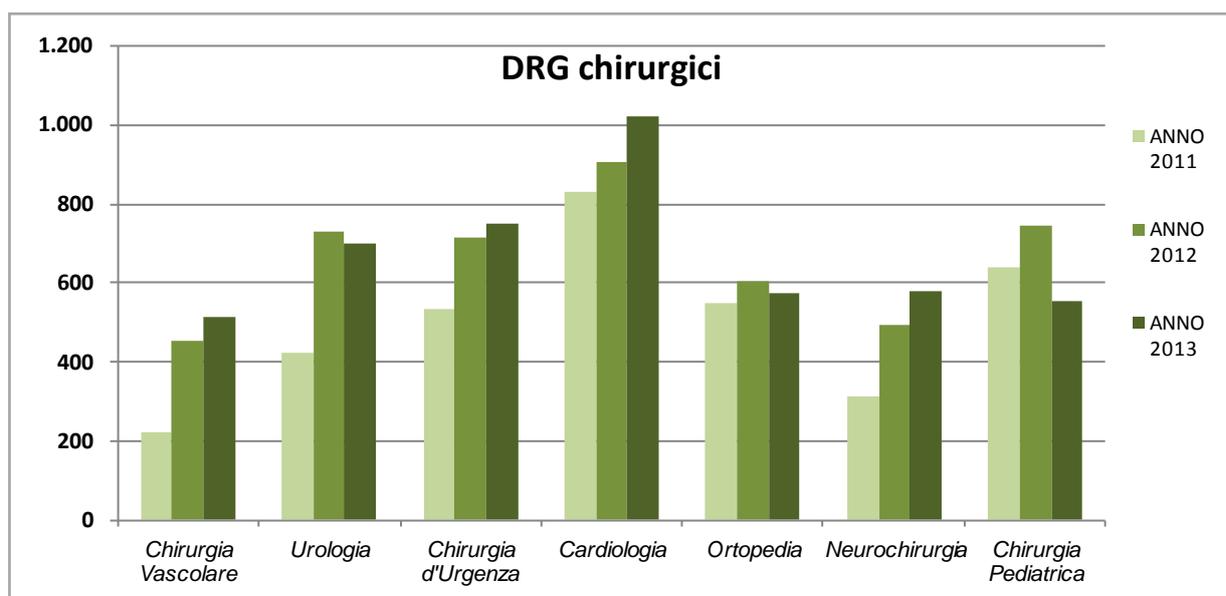
Ciò è vero tanto per le reti dell'emergenza quanto per le reti cliniche. Queste ultime, peraltro, prevedono l'erogazione di prestazioni altamente specialistiche anche in regime di elezione e contribuiscono in maniera determinante alla riduzione della mobilità passiva extraregionale.

La scelta implementata della Direzione Strategica aziendale al fine di rispondere alle esigenze e alle problematiche sociali palesatesi, è stata non solo quella di ampliare e rafforzare l'attività in regime di emergenza, ma di supportarne le relative difficoltà attraverso lo sforzo congiunto di tutte le professionalità presenti: la capacità di stabilire una visione e un indirizzo uniformi e coesi nell'intera azienda (per esempio nella determinazione di percorsi interdisciplinari congiunti e concordati), pur nei limiti imposti da una forte settorializzazione della specialistica ospedaliera, si mostra con particolare evidenza dalla tabella seguente.

**Ricoveri Ordinari (variazione tra 2012 e 2013)**

Dipartimento	Dimessi	Peso medio	Degenza media	DRG Chirurgici	Valore DRG
Emergenza-Urgenza	-136	0,2099	1,0	151	€ 220.209
Medicina	627	0,1128	0,5	137	€ 3.722.647
Chirurgie Specialistiche	-213	0,0206	0,9	-133	€ 220.941
Neuroscienze	159	-0,0068	-0,1	122	€ 1.220.148
Oncologico	-75	-0,0313	-0,1	-58	-€ 154.310
<b>Subtotale</b>	<b>362</b>			<b>219</b>	<b>€ 5.229.635</b>
Materno-Infantile	-1.240	0,0057	-0,1	-288	-€ 2.397.107
<b>Totale ARNAS</b>	<b>-878</b>			<b>-69</b>	<b>€ 2.832.528</b>

L'incremento del valore economico dell'attività erogata in regime ordinario è notevole nonostante l'applicazione, dal giugno 2013, delle nuove tariffe DRG introdotte dal regolamento Balduzzi. D'altra parte, l'effetto congiunto dell'aumento del peso medio dei trattamenti erogati nei dipartimenti di Emergenza-Urgenza, Medicina e Chirurgie Specialistiche, del numero dei DRG chirurgici prodotti e in generale, dell'attività in area medica, rende ragione di tale incremento.



#### 4.1.2 Indicatori di Esito

Sono risultate in miglioramento le performance realizzate nell'ultimo anno sugli indicatori relativi agli "interventi di sostituzione protesica o riduzione di frattura di collo del femore entro 48 ore negli ultra65enni" e ai tempi di trattamento degli STEMI.

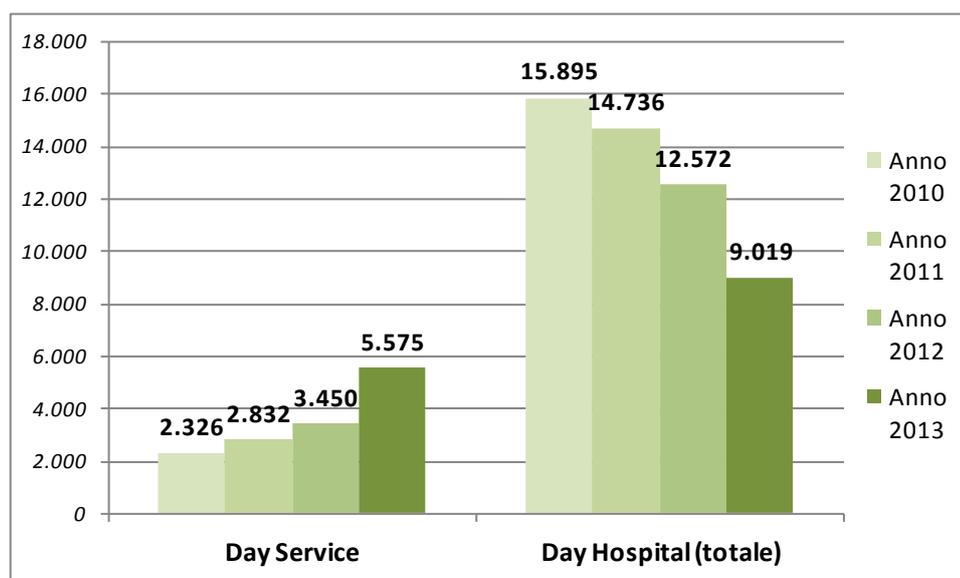
Per ciò che riguarda la proporzione di "tagli cesarei primari" l'ARNAS Civico risulta tra le percentuali più basse di cesarei in regione, e ciò nonostante esso sia da anni il punto di riferimento per le "gravidezze difficili" e quindi particolarmente a rischio.

Indicatore	2011	2012	2013
Intervento entro 48 ore per fratture del collo del femore (Tasso grezzo)	20%	56%	57%
Infarto Miocardico Acuto STEMI con PTCA entro 24 ore (Tasso grezzo)	84%	92%	92%
Percentuale di Tagli cesarei in pazienti non precesarizzate (Tasso grezzo)	23%	23%	23%

#### 4.1.3 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. Questa modalità di assistenza ha consentito all'ARNAS Civico di fornire sostegno a 14.594 pazienti per un valore economico superiore a 16 milioni di euro.

Il percorso di profondo rinnovamento della assistenza ospedaliera, in atto da qualche anno, ha decisamente alterato il rapporto tra Day Hospital e Day Service a favore di quest'ultimo.



I numeri mostrati nella figura precedente obbligano nella loro disarmante semplicità ad una lettura molto attenta dei risultati, dal momento che l'evoluzione da una tipologia di assistenza ad

un'altra comporta molto più che un semplice aggiornamento degli strumenti amministrativi: essa costringe ad una trasformazione delle procedure interne dei reparti, alla ridefinizione dei percorsi interdipartimentali, nonché modifica le valorizzazioni economiche dell'attività quasi sempre a discapito della remuneratività per la struttura ospedaliera.

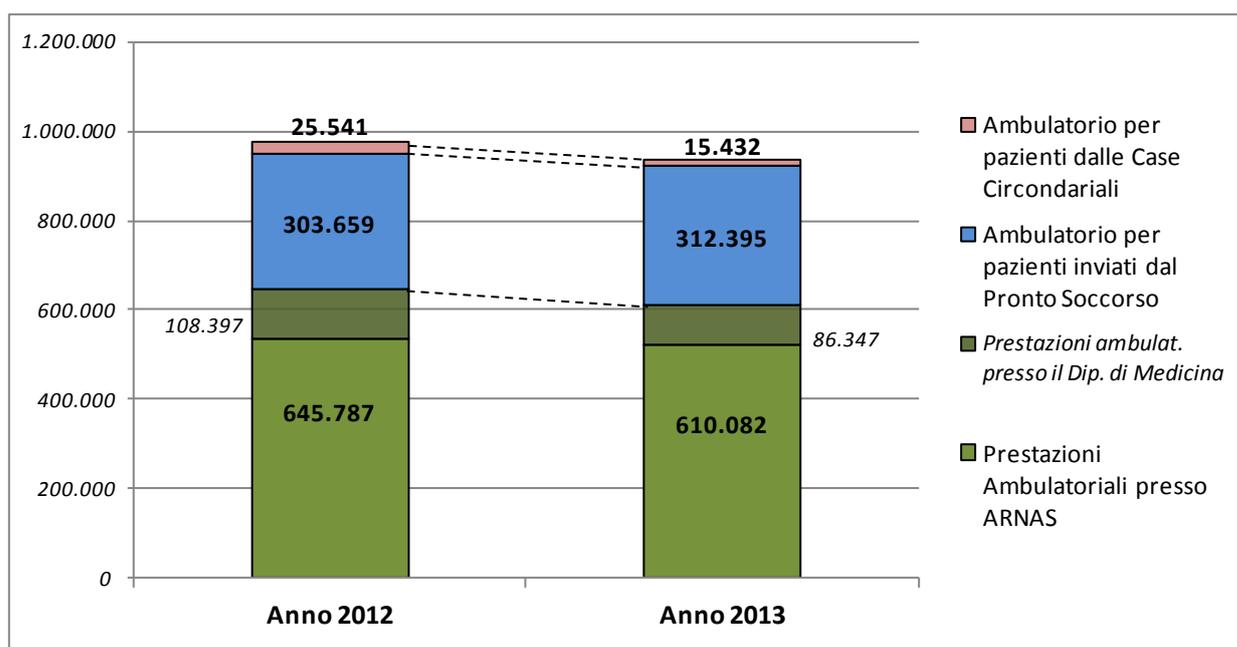
#### 4.1.4 Attività Ambulatoriale

Il numero complessivo di prestazioni per esterni (SSN) di tipo ambulatoriale è stato pari a 610.082 unità, in netta riduzione rispetto al 2012; la relativa valorizzazione economica ne ha risentito in proporzione, attestandosi a circa € 13.600.000.

Tale decremento è dovuto in primo luogo alla scelta della Direzione Strategica, volta a garantire, con le risorse disponibili, le attività di ricovero e la gestione delle emergenze piuttosto che le prestazioni ambulatoriali a più bassa specialità, di competenza prevalentemente territoriale.

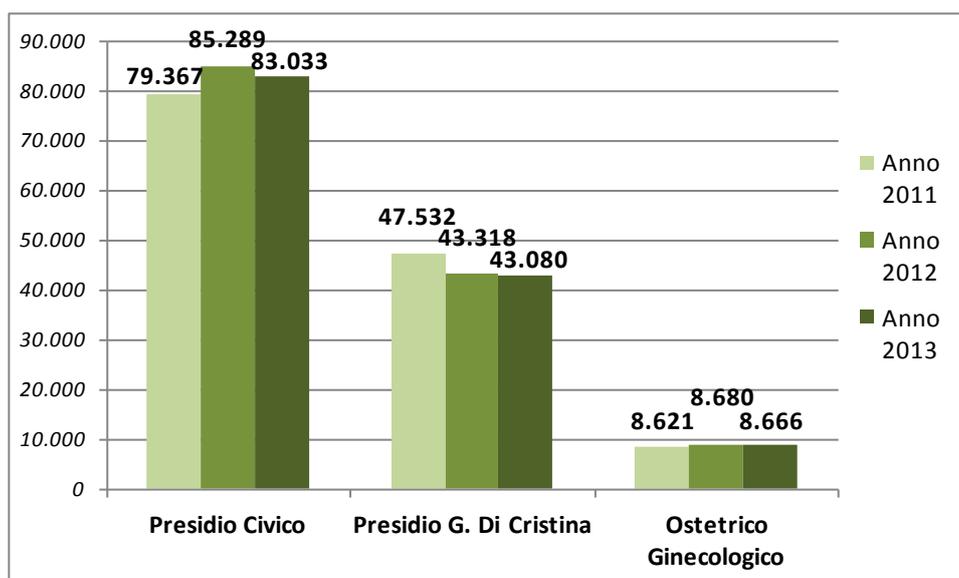
La figura successiva riporta l'andamento delle prestazioni ambulatoriali dei due periodi oggetto di confronto includendo anche le attività erogate in favore di pazienti inviati dalle Case Circondariali, da altre strutture sanitarie e da PS (pazienti non ricoverati).

E' fatto obbligo sottolineare che non è aumentato il numero di prestazioni diagnostiche richieste dal Pronto Soccorso, anche a fronte dell'incremento di attività sviluppata durante gli ultimi anni, ma che è migliorata la capacità di rendicontazione e monitoraggio.



#### 4.1.5 Attività di Pronto Soccorso

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



La figura precedente riassume le prestazioni complessivamente effettuate dal 2011 al 2013 dai tre Pronto Soccorso Aziendali: Adulti (PO Civico), Pediatrico (PO G.Di Cristina) ed Ostetrico-Ginecologico, le quali, nell'anno appena concluso sono state pari 134.779.

La capacità di gestione di simili numeri è stata sicuramente agevolata dalle due aree di "osservazione breve" dei PS Civico e G. Di Cristina, le quali rappresentano uno strumento operativo di grande efficienza per ottemperare alle disposizioni assessoriali finalizzate al contenimento dei ricoveri ospedalieri: l'utilizzo corretto di tale risorsa organizzativa offre infatti l'opportunità di migliorare l'appropriatezza del ricovero, effettuando prestazioni e analisi mirate al migliore inquadramento diagnostico.

## 4.2 Obiettivi e Risultati Strategici

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

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

Obiettivo	Documentazione prodotta	Descrizione	Valore atteso e indicatore	Valore raggiunto
<b>Riqualificazione e riorganizzazione della specialistica ambulatoriale</b>	<i>Piano provinciale condiviso tra ASP Palermo, ARNAS Civico, AOOR Villa Sofia Cervello, AOUP P. Giaccone</i>	Redazione di un Piano Provinciale condiviso per la riqualificazione e riorganizzazione della specialistica ambulatoriale	Esistenza del Documento	SI

Obiettivo	Documentazione prodotta	Descrizione	Valore atteso e indicatore	Valore raggiunto
	<i>Relazione in ordine alle attività sviluppate in sinergia</i>	Relazione sulla gestione integrata ospedale-territorio sulla cronicità e individuazione del referente per le dimissioni facilitate		
<b>Appropriatezza delle procedure, e applicazione delle Linee Guida</b>	<i>Schede riassuntive per ciascuno dei tre sub obiettivi</i>	Tempestività a seguito di Frattura del Femore	> 50% degli interventi effettuati entro 48h	57%
		Riduzione incidenza dei Parti Cesarei	< 20% dei parti in ospedale effettuati come cesarei primari	23%
		Tempestività nell'effettuazione PTCA nei casi di infarto	> 50% degli interventi effettuati entro 24h	92%
<b>Adozione del Piano Aziendale per la gestione del rischio clinico e l'implementazione delle buone pratiche</b>	<i>Piano Aziendale per la gestione del rischio clinico e l'implementazione delle buone pratiche.</i>	Presenza del Piano Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico	Produzione del Documento	SI
		Raggiungimento degli obiettivi di miglioramento (tempi e risultati)	100% degli obiettivi raggiunti	
<b>Rimodulazione della rete ospedaliera</b>	<i>Relazione "Rimodulazione della rete ospedaliera"</i>	Completamento della rimodulazione secondo il crono-programma condiviso e Attivazione delle modifiche richieste via Decreto	Crono-programma rispettato nelle componenti aziendali	SI
<b>Utilizzo appropriato delle strutture ospedaliere</b>	<i>Relazione a cura dell'Assessorato Regionale alla Salute</i>	Incremento dei DRG critici per la mobilità extraregionale	Rispetto delle tabelle regionali assegnate	Obiettivo parzialm. raggiunto
		Riduzione del tasso di ospedalizzazione	Riduzione indice di degenza media	OK
		Percentuali di interventi in Day Service	Rispetto delle tabelle regionali assegnate	Obiettivo parzialm. raggiunto
<b>Autosufficienza produzione emazie</b>	<i>Relazione "Autosufficienza produzione emazie"</i>	Incremento nella produzione totale delle emazie	Rispetto delle tabelle regionali assegnate	OK

Obiettivo	Documentazione prodotta	Descrizione	Valore atteso e indicatore	Valore raggiunto
Qualità percepita	Relazione sul sistema di rilevazione	Implementazione di un sistema di rilevazione della Qualità Percepita	Raccolta di questionari sul 5% degli utenti di ricoveri ordinari e 1% degli utenti di prestazioni ambulatoriali	OK
Miglioramento dei tempi di attesa per i percorsi diagnostico-terapeutici in area oncologica	Relazione sui "Tempi di attesa"	Monitoraggio e riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni critiche (diagnosi effettuate entro 30gg)	Neoplasie della mammella	
			Neoplasie del polmone	
			Neoplasie di colon e retto	
		Integrazione compilativa della SDO	> 90% di SDO compilate sui ricoveri	100%
Standard JCI – Patient safety	Elenco dei piani di miglioramento	Applicazione degli standard JCI e attivazione di percorsi di miglioramento	Inserimento dei piani definiti con l'assessorato	OK
Tempestività, completezza e adeguatezza dei flussi informativi	Tabella "Tempestività, completezza e adeguatezza dei flussi informativi"	Invio tempestivo dei flussi informativi verso l'assessorato, con un livello qualitativo accettabile.	Percentuale dei flussi completi inviati nei tempi previsti	100%
Prevenzione sui luoghi di lavoro in ambito aziendale	Relazione a firma del responsabile SPP	Applicazione del D.Lgs. 81/2008 e della Circolare Assessoriale 1273 del 26/07/2010	Attuazione di quanto indicato	SI

### 4.3 Obiettivi e Risultati delle Unità Operative

Come precedentemente anticipato, a ciascuna unità operativa sono stati attribuiti specifici obiettivi che includono i seguenti:

1. gli **obiettivi strategici regionali** rispondono alla necessità di perseguire le strategie individuate dall'organo di indirizzo politico-amministrativo;
2. gli **obiettivi riguardanti l'attività sanitaria**, con l'indicazione di valori e modalità di calcolo; rispondono agli indirizzi clinici da seguire nell'erogazione delle prestazioni;
3. gli **obiettivi di qualità** individuati coerentemente con i requisiti di accreditamento istituzionale, prevedono progetti di verifica e miglioramento della qualità, gestione del rischio clinico, elaborazione di linee guida, implementazione degli standard JCI;

La seguente tabella riporta, per ciascuna unità operativa, il risultato raggiunto, espresso in termini di percentuale di conseguimento.

<b>DIPARTIMENTO</b>	<b>UNITA' OPERATIVA</b>	<b>VALUT.</b>
<b>MATERNO- INFANTILE</b>	Anestesia e rianimazione pediatrica	<b>100</b>
	Neuropsichiatria Infantile	<b>94</b>
	Malattie infettive pediatriche	<b>95</b>
	Ginecologia ed Ostetricia	<b>93</b>
	Neonatologia con UTIN	<b>95</b>
	Pediatria 1 ad indirizzo gastroent.	<b>92</b>
	Pediatria 2 per la fibrosi cistica	<b>92</b>
	Pediatria 3 d'urgenza e P.S.	<b>100</b>
	Pediatria 4 e clinica pediatrica	<b>83</b>
	Nefrologia pediatrica	<b>89</b>
	Chirurgia pediatrica	<b>93</b>
	Cardiologia Pediatrica	<b>90</b>
<b>MEDICINA</b>	Ematologia con talassemia	<b>90</b>
	Malattie infettive per adulti	<b>82</b>
	Nefrologia con trapianto renale	<b>91</b>
	Nefrologia e dialisi	<b>93</b>
	Dermatologia	<b>88</b>
	Malattie dell'apparato respiratorio	<b>90</b>
	Medicina generale I°	<b>90</b>
	Medicina generale II°	<b>94</b>
	Endoscopia Bronchiale (UOSD)	<b>95</b>
<b>ONCOLOGIA</b>	Radioterapia	<b>100</b>
	Chirurgia oncologica	<b>85</b>
	Oncologia Medica	<b>96</b>
	Oncoematologia	<b>96</b>
	Oncoematologia pediatrica	<b>87</b>
	Breast Unit (UOSD)	<b>87</b>
<b>CHIRURGIE SPECIALISTICHE</b>	Chirurgia maxillo - facciale	<b>75</b>
	Chirurgia plastica e grandi ustionati	<b>87</b>
	Urologia	<b>93</b>
	Chirurgia toracica	<b>95</b>

<b>DIPARTIMENTO</b>	<b>UNITA' OPERATIVA</b>	<b>VALUT.</b>
	Chirurgia vascolare	<b>81</b>
	Chirurgia del Trapianti (UOSD)	<b>100</b>
<b>NEUROSCIENZE</b>	Oftalmologia	<b>92</b>
	Otorinolaringoiatria	<b>93</b>
	Neurochirurgia	<b>82</b>
	Neuroradiologia diagnost ed interventistica	<b>100</b>
	Neurologia con Stroke Unit	<b>95</b>
	Neurofisiopatologia (UOSD)	<b>100</b>
<b>EMERGENZA E URGENZA</b>	Gastroenterologia ed Endoscopia	<b>100</b>
	Cardiologia con UTIC	<b>92</b>
	Chirurgia generale 1 ad indirizzo d'urgenza	<b>92</b>
	Centrale Operativa del 118	<b>100</b>
	Ortopedia traumatologica	<b>93</b>
	Anestesia e Rianimazione I°	<b>100</b>
	Anestesia e Rianimazione II°	<b>100</b>
	Medicina di accettazione e d'urgenza e PS	<b>100</b>
	Medicina e Chirurgia reparto speciale (UOSD)	<b>96</b>
	Unità di Terapia Intensiva Respiratoria (UOSD)	<b>100</b>
<b>SERVIZI DIAGNOSTICI</b>	Patologia clinica P.O. Di Cristina	<b>100</b>
	Patologia clinica P.O. Civico	<b>100</b>
	Radiologia P.O. Di Cristina	<b>100</b>
	Radiologia P.O. Civico	<b>100</b>
	Medicina Nucleare	<b>100</b>
	Anatomia patologica	<b>100</b>
	Medicina trasfusionale e Immunoematologia	<b>100</b>
	Microbiologia e virologia	<b>100</b>
	Laboratorio di Genetica Molecolare (UOSD)	<b>100</b>
	Laborat. Spec. di Oncologia, Ematologia e Colture cellulari (UOSD)	<b>100</b>
<b>SERVIZI E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE</b>	Lungodegenza	<b>100</b>
	Direzione medica P.O. Di Cristina	<b>100</b>
	Direzione medica P.O. Civico	<b>100</b>

<b>DIPARTIMENTO</b>	<b>UNITA' OPERATIVA</b>	<b>VALUT.</b>
	Farmacia	<b>100</b>
	Fisica Sanitaria	<b>100</b>
	Medicina Fisica e Riabilitativa	<b>85</b>
	Cure Palliative e Hospice (UOSD)	<b>100</b>
	Cura del Piede Diabetico (UOSD)	<b>100</b>
	Nutrizione artificiale (UOSD)	<b>100</b>
	Psicologia Clinica (UOSD)	<b>100</b>