



Regione Siciliana

Assessorato regionale della salute



Azienda Ospedaliera ARNAS Civico Di Cristina e Benfratelli

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

anno 2012

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 2012, 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

1. Finalità e principi generali della Relazione sulla Performance	4
2. Sintesi delle informazioni di interesse per cittadini e <i>stakeholder</i>.....	5
2.1 Chi siamo	5
2.2 La nuova Dotazione Organica	5
2.3 Il Personale dell'ARNAS	8
2.4 La Mission di Alta Specializzazione	8
2.5 Le criticità e le opportunità dimostrate durante il 2012	9
3. I Processi di Valutazione	10
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 2011	12
3.3.1 La valutazione delle performance del comparto	12
3.3.2 La valutazione delle performance della dirigenza	13
4 Risultati ottenuti nell'anno 2012 e opportunità di miglioramento	14
4.1 Risultati di attività sanitaria	14
4.1.1 Ricoveri ordinari	14
4.1.2 Indicatori di Esito	15
4.1.3 Ricoveri a ciclo diurno (Day Hospital) e Day Service	16
4.1.4 Attività Ambulatoriale	16
4.1.5 Attività di Pronto Soccorso	17
4.2 Obiettivi e Risultati Strategici	18
4.3 Obiettivi e Risultati delle Unità Operative	22
5. Analisi dei Risultati aziendali e opportunità di miglioramento	25

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 aprile 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 nuova Dotazione Organica

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 gennaio 2011) conclusasi solo verso la seconda metà del 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 da è la struttura portante che – rappresentando le relazioni gerarchiche e funzionali – de . o scheletro

Dal momento che il nuovo assetto aziendale è entrato a regime nel 2012, il ciclo della performance descritto nel presente documento è ovviamente da considerare passibile di modifiche ed integrazioni che l'amministrazione avrà cura di trasmettere agli uffici competenti per le dovute verifiche.

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 budgeting 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.

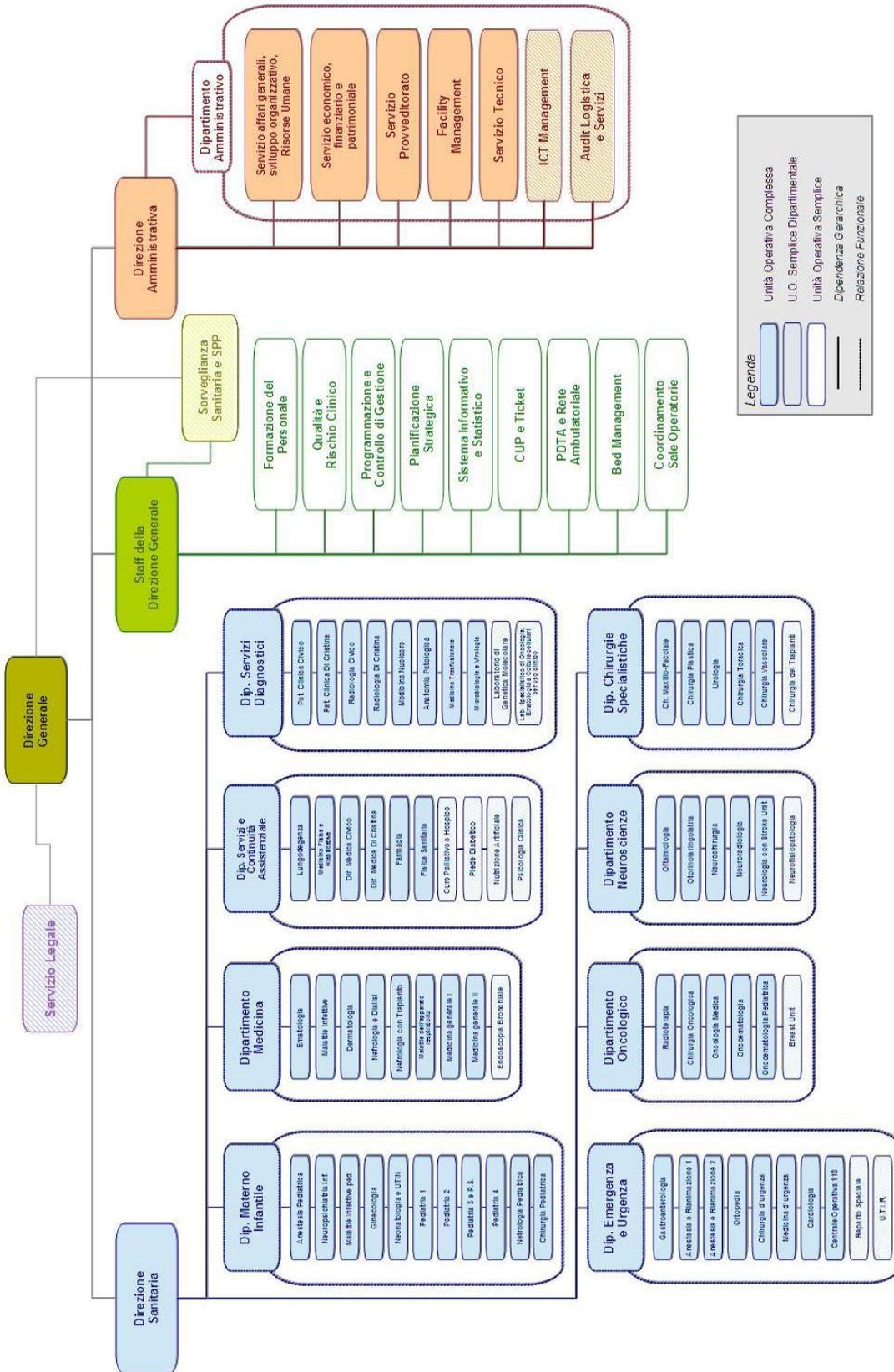
Come anticipato poco sopra, l'organizzazione dipartimentale appare la modalità organizzativa che meglio possa consentire di raggiungere i seguenti obiettivi:

- 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 di seguito l'organigramma dell'Azienda.

AZIENDA OSPEDALIERA "ARNAS CIVICO e BENFRATELLI, G. DI CRISTINA"
ORGANIGRAMMA AZIENDALE 2012

Relazione sulla Performance 2012 – ARNAS Civico



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

Indicatori	Valore
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

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

Analisi di genere delle risorse umane

Indicatori	Valore
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 mantenere e migliorare lo status di centro sanitario dedicato ai trattamenti di elezione e di elevata complessità. L'Azienda costituisce infatti 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 esplicativo, e non esaustivo, si rammentano di seguito i progetti sviluppati durante l'anno 2012 relativi all'adeguamento e ampliamento delle attività sanitarie che l'ARNAS Civico fornisce alla propria utenza.

- Avvio del progetto ROBOT DA VINCI;
- Insediamento 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 METAFORA per la de materializzazione dei processi diagnostici;
- Avvio del progetto TELETAC finalizzato alla velocizzazione dei percorsi diagnostico.terapeutici provinciali;

- Attivazione dell'unità di STROKE UNIT all'interno della UOC Neurologia.

2.5 Le criticità e le opportunità dimostrate durante il 2012

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;
- Il rafforzamento dell'immagine dell'azienda ha fortemente incrementato l'attività di alta specializzazione e nel contempo (e in accordo con i progetti regionali pianificate dall'Assessorato e sviluppati di concerto con le altre aziende territoriali) ha avviato un processo virtuoso di diminuzione della mobilità passiva siciliana;
- L'articolazione organizzativa in Dipartimenti Funzionali (le quali accorpano orizzontalmente le strutture complesse) hanno avuto come obiettivo principale l'ottimizzazione delle politiche assistenziali inter-disciplinari, e hanno mostrato grande efficienza nell'erogazione di percorsi diagnostico-terapeutici per specifiche categorie di pazienti (breast unit, paziente dialitico, paziente diabetico);
- 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) ha fortemente condizionato i costi di gestione (mancata ottimizzazione dei turni di guardia e duplicazione di attrezzature e presidi) e la pianificazione dei tempi delle attività sanitarie;
- Le opere di ristrutturazione e adeguamento strutturale che, in alcuni casi, si stanno protrahendo dal 2011, 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 acuzie, ma anche alla assistenza sanitaria non appropriata purché vissuta come emergenziale dall'utenza;
- Non si è ancora riusciti a sviluppare una adeguata omogeneizzazione e standardizzazione dei processi amministrativi e di supporto, evidenziata dalla difficoltà di realizzazione della rete informatica di collegamento sia interno che esterno.

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 2012.

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 maggio 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:

- Rimozione dei casi di duplicazione nell'offerta assistenziale;
- 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;
- Completamento della riorganizzazione della rete Ospedaliera e dei posti letto;
- Adeguamento organizzativo delle strutture da riconvertire;
- Trasferimento delle prestazioni ospedaliere ad alto rischio di inappropriata verso regime di DH e DS;
- Adesione alle procedure di gara regionale;

In attesa della implementazione completa del nuovo Organigramma aziendale, 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 delle diverse strutture.

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.

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., competa l'onere di declinare gli obiettivi della struttura alle diverse figure dirigenziali inquadrare all'interno della struttura stessa e di porre le basi per il pieno coinvolgimento degli operatori del comparto.

3.3 La valutazione delle performance 2011

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 2012, 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.

In particolare, la collocazione nella cosiddetta “fascia alta” è stata riservata ai lavoratori del comparto per i quali si siano verificate le due seguenti condizioni:

- Conseguimento di performance della struttura di appartenenza (U.O.C.) certificata dall'O.I.V. pari al 100%
- Ottenimento del massimo punteggio individuale (100%) fornito dal responsabile di struttura nella scheda di valutazione individuale.

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; coincidente con le direttive indicate all'interno delle Linee guida assessoriali e con l'aggiunta di considerare - oltre al punteggio conseguito dalla Unità Operativa di appartenenza - anche le specifiche performance conseguite in ambito di obiettivi strategici assegnati all'azienda dall'Assessorato regionale alla Salute, 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.

In particolare, la collocazione nella cosiddetta "fascia alta" sarà riservata ai Dirigenti dell'area medica per i quali si verifichino la seguente condizione:

- Appartenenza alla U.O. a cui, con la scheda budget, siano stati attribuiti Obiettivi Regionali e selezione del personale appartenente a quelle U.O. che abbiano conseguito, su tali obiettivi, una performance superiore al 90%, accertata in base alle rilevazioni fornite dall'AGENAS.

In particolare, la collocazione nella cosiddetta "fascia alta" sarà riservata ai Dirigenti dell'area amministrativa, professionale e tecnica per i quali si verifichi la seguente condizione:

- Appartenenza ad U.O. per le quali si verifichi che la Performance della struttura certificata dall'O.I.V. sia pari al 100%

4 Risultati ottenuti nell'anno 2012 e opportunità di miglioramento

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

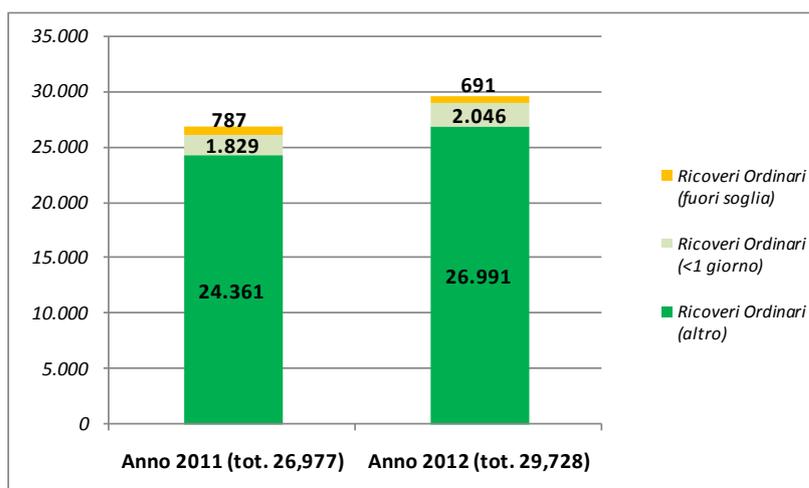
4.1 Risultati di attività sanitaria

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

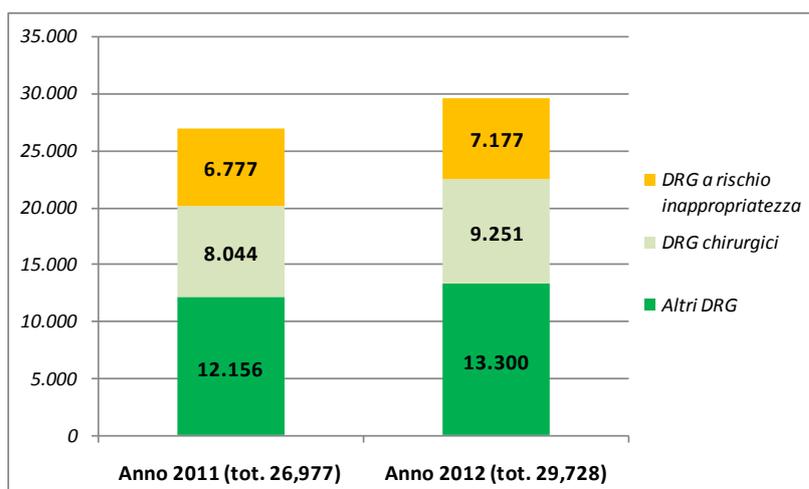
4.1.1 Ricoveri ordinari

La coesistenza all'interno dell'ARNAS di mandati istituzionali molteplici e molto diversificati rende particolarmente difficile il "governo dell'offerta delle prestazioni assistenziali" da parte dei dirigenti e dei professionisti che esercitano ruoli decisionali: buona parte delle attività della nostra Azienda, infatti, sono di per sé poco governabili e difficilmente gestibili poiché derivano dall'obbligo di rispondere alle richieste di assistenza in urgenza.

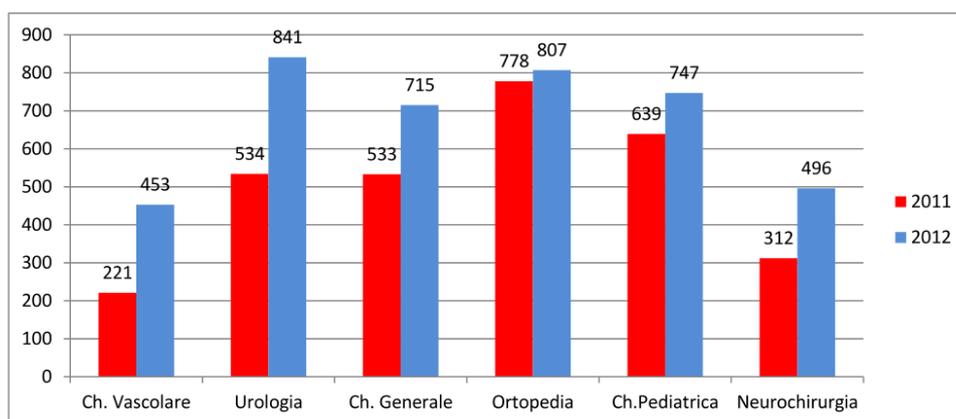
Ciononostante, la semplice analisi quantitativa delle degenze illustrata di seguito è già particolarmente esplicativa: nell'anno 2012, oltre l'85% dei ricoveri è stato costituito da ricoveri urgenti e quindi non pianificabili né controllabili; ma ciononostante si è riusciti a governare il numero di ricoveri di un solo giorno (importante indicatore di qualità di una gestione controllata e pianificata dei posti letto) e a ridurre drasticamente la percentuale dei fuori soglia.



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



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



4.1.2 Indicatori di Esito

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

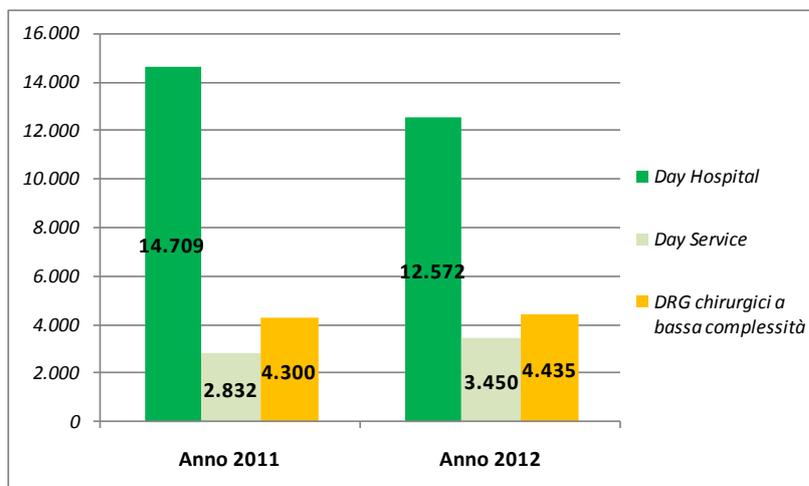
Sono risultate ottime le performance realizzate nell'ultimo anno sull'indicatore relativo agli "interventi di sostituzione protesica o riduzione di frattura di collo del femore entro 48 ore negli ultra65enni", e sono stati migliorati i già eccellenti risultati sui tempi di trattamento degli STEMI; mentre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

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

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

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

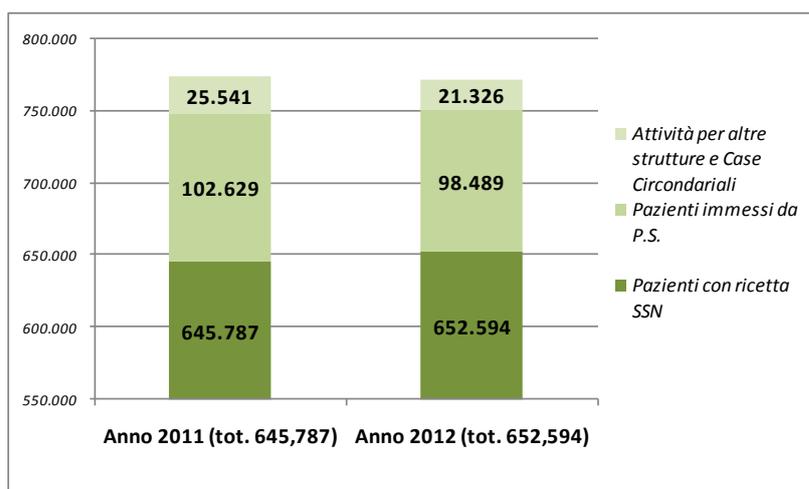
Il percorso assistenziale di Day Hospital e Day Service dell'ARNAS Civico ha consentito durante l'anno 2011 l'assistenza di rispettivamente 12.572 e 3.450 pazienti per un valore economico superiore a 19 milioni di euro. Inoltre, i dati mostrano come sia stato possibile trasferire a questo regime assistenziale le prestazioni sanitarie afferenti ad alcuni DRG chirurgici considerati a bassa complessità.



4.1.4 Attività Ambulatoriale

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

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

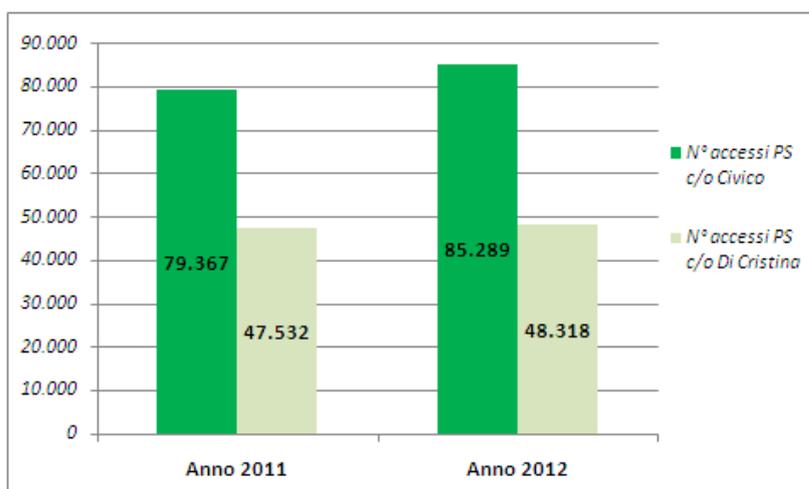


4.1.5 Attività di Pronto Soccorso

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, funzionalmente inquadrato nel Dipartimento di Emergenza e Urgenza.

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

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



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
Riqualificazione e riorganizzazione della specialistica ambulatoriale	<i>Piano provinciale condiviso tra ASP Palermo, ARNAS Civico, AOOR Villa Sofia Cervello, AOUP P. Giaccone</i>	Redazione di un Piano Provinciale condiviso per la riqualificazione e riorganizzazione della specialistica ambulatoriale	Esistenza del Documento	SI
	<i>Relazione in ordine alle attività sviluppate in sinergia</i>	Relazione sulla gestione integrata ospedale-territorio sulla cronicità e individuazione del referente per le dimissioni facilitate		
Appropriatezza delle procedure, e applicazione delle Linee Guida	<i>Schede riassuntive per ciascuno dei tre sub obiettivi</i>	Tempestività a seguito di Frattura del Femore	> 50% degli interventi effettuati entro 48h	55,3%
		Riduzione incidenza dei Parti Cesarei	< 20% dei parti in ospedale effettuati come cesarei primari	23%
		Tempestività nell'effettuazione PTCA nei casi di infarto	> 50% degli interventi effettuati entro 24h	66%

Adozione del Piano Aziendale per la gestione del rischio clinico e l'implementazione delle buone pratiche	<i>Piano Aziendale per la gestione del rischio clinico e l'implementazione delle buone pratiche.</i>	Presenza del Piano Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico	Produzione del Documento	SI
		Raggiungimento degli obiettivi di miglioramento (tempi e risultati)	100% degli obiettivi raggiunti	
Rimodulazione della rete ospedaliera	<i>Relazione "Rimodulazione della rete ospedaliera"</i>	Completamento della rimodulazione secondo il crono-programma condiviso e Attivazione delle modifiche richieste via Decreto	Crono-programma completato	SI
Utilizzo appropriato delle strutture ospedaliere	<i>Relazione a cura dell'Assessorato Regionale alla Salute</i>	Incremento dei DRG critica per la mobilità extraregionale	Rispetto delle tabelle regionali assegnate	Obiettivo parzialmente raggiunto
		I Medicina DRG 241 II Medicina DRG 241 DRG 35 Neurochirurgia DRG 500 Neurologia DRG 35 Nefrologia DRG 241 IV Pediatria DRG 35 DRG 241 NPI DRG 35 Ortopedia DRG 225 DRG 503		
		Riduzione del tasso di ospedalizzazione	Riduzione indice di degenza media	OK

		<p>Percentuali di interventi in Day Service</p> <p>Chir oncologica DRG 266 DRG 270 DRG 160 DRG 162</p> <p>Oftalmologia DRG 39 DRG 40</p> <p>Ortopedia DRG 225 DRG 232 DRG 503</p> <p>Chir generale DRG 144 DRG 266 DRG 270 DRG 160 DRG 162</p> <p>Urologia DRG 323 DRG 410</p> <p>Chir. Vascolare DRG 114 DRG 266 DRG 270</p> <p>Chir. Toracica DRG 266 DRG 270 DRG 160 DRG 162</p> <p>Chir. Plastica DRG 8 DRG 40 DRG 114 DRG 228 DRG 266 DRG 270</p> <p>Chir pediater DRG 266 DRG 270</p>	<p>Rispetto delle tabelle regionali assegnate</p>	<p>OK</p>
--	--	--	---	-----------

Autosufficienza produzione emazie	<i>Relazione "Autosufficienza produzione emazie"</i>	Incremento nella produzione totale delle emazie	> valore 2011	Sono state prodotte: 24704 sac. sangue; 2914 sac. di plasma da aferesi;
Progetto TELETAC	<i>Relazione progettuale</i>	Avvio di <i>teleconsulti</i> Radiologici e Neurochirurgici	Attivazione	Già a regime
Qualità percepita	<i>Relazione sul sistema di rilevazione</i>	Implementazione di un sistema di rilevazione della Qualità Percepita	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	<i>Relazione sui "Tempi di attesa"</i>	Monitoraggio e riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni critiche <i>(diagnosi effettuate entro 30gg)</i>	Neoplasie della mammella% delle diagnosi
			Neoplasie del polmone% delle diagnosi
			Neoplasie di colon e retto% delle diagnosi
		Integrazione compilativa della SDO	> 90% di SDO compilate sui ricoveri	100%
Standard JCI – Patient safety	<i>Elenco dei piani di miglioramento inseriti come previsto e comunicato con nota DASOE/SER.5/1896 dell'11/1/2012</i>	Applicazione degli standard JCI e attivazione di percorsi di miglioramento	Inserimento dei piani definiti con l'assessorato all'interno del software SAT, Linea di attività Emergency Department	OK
Tempestività, completezza e adeguatezza dei flussi informativi	<i>Tabella "Tempestività, completezza e adeguatezza dei flussi informativi"</i>	Invio tempestivo dei flussi informativi verso l'assessorato, con un livello qualitativo accettabile.	Percentuale dei flussi completi inviati nei tempi previsti	100%
Prevenzione sui luoghi di lavoro in ambito aziendale	<i>Relazione a firma del responsabile SPP</i>	Applicazione del D.Lgs. 81/2008 e della Circolare Assessoriale 1273 del 26/07/2010	Attuazione di quanto indicato	SI

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 e vengono assegnati, a cascata, ai Dipartimenti/UU.OO. coinvolte nella loro realizzazione;
2. gli **obiettivi riguardanti l'attività sanitaria**, anch'essi declinati per unità operativa con l'indicazione di valori, pesi e modalità di calcolo; essi rispondono agli indirizzi clinici da seguire nell'erogazione delle prestazioni;
3. 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;

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

DIPARTIMENTO	COD.	UNITA OPERATIVA	VALUT.
MATERNO- INFANTILE	49.03	Anestesia e rianimazione pediatrica	90
	33.01	Neuropsichiatria Infantile	87
	24.01	Malattie infettive pediatriche	92
	37.01	Ostetricia e ginecologia	93
	73.02	Neonatologia con UTIN	88
	39.01	Pediatria 1 ad indirizzo gastroent.	83
	39.02	Pediatria 2 per la fibrosi cistica	86
	51.02	Pediatria 3 d'urgenza e P.S.	98
	39.04	Pediatria 4 e clinica pediatrica	in att.
	77.01	Nefrologia pediatrica	in att.
	11.01	Chirurgia pediatrica	82
	08.02	Cardiologia Pediatrica [U O S]	83
MEDICINA	18.04	Ematologia con talassemia	98
	24.02	Malattie infettive per adulti	82
	48.02	Nefrologia con trapianto renale	in att.
	29.01	Nefrologia e dialisi	97

	52.01	Dermatologia	88
	68.01	Malattie dell'apparato respiratorio	86
	26.01	Medicina generale I°	91
	26.02	Medicina generale II°	87
	68.04	Endoscopia Bronchiale (U O S D)	90
ONCOLOGIA	70.01	Radioterapia	95
	09.08	Chirurgia oncologica	83
	64.06	Oncologia Medica	89
	66.02	Oncoematologia	94
	65.02	Oncoematologia pediatrica	97
	09.09	Patologia mammaria (Breast Unit) [U O S D]	n.d.
CHIRURGIE SPECIALISTICHE	10.01	Chirurgia maxillo - facciale	in att.
	12.01	Chirurgia plastica e grandi ustionati	91
	43.01	Urologia	in att.
	13.01	Chirurgia toracica	91
	14.01	Chirurgia vascolare	89
	09.07	Chirurgia del Trapianti [U O S D]	92
NEUROSCIENZE	34.01	Oftalmologia	91
	38.01	Otorinolaringoiatria	86
	30.01	Neurochirurgia I°	in att.
	69.04	Neuroradiologia diagnostica ed interventistica	79
	32.01	Neurologia con stroke unit	97
	32.02	Neurofisiopatologia [U O S D]	100
EMERGENZA E URGENZA	58.01	Gastroenterologia ed Endoscopia	90
	49.01	Anestesia e Rianimazione I°	100
	49.02	Anestesia e Rianimazione II°	100
	11.8	Centrale Operativa del 118	100

	36.01	Ortopedia traumatologica	96
	09.01	Chirurgia generale 1 ad indirizzo d'urgenza	85
	51.01	Medicina d'accettazione e d'urgenza e PS	100
	08.01	Cardiologia con UTIC	95
	97.01	Medicina e Chirurgia reparto speciale [U O S D]	100
	68.02	Unità di Terapia Intensiva Respiratoria [U O S D]	96
SERVIZI DIAGNOSTICI	98.03	Patologia clinica P.O. Di Cristina	98
	98.01	Patologia clinica P.O. Civico	100
	69.02	Radiologia P.O. Di Cristina	100
	69.01	Radiologia P.O. Civico	100
	61.01	Medicina Nucleare	100
	03.02	Anatomia patologica	100
	18.01	Medicina trasfusionale e immunoematologia	100
	98.02	Microbiologia e virologia	100
	98.05	Laboratorio di Genetica Molecolare [U O S D]	100
	64.04	Lab. Spec. Di Onc., Emat. E Colture [U O S D]	100
SERVIZI E CONTINUITÀ ASSISTENZIAL E	60.01	Lungodegenza	80
	00.02	Direzione medica P.O. Di Cristina	100
	00.01	Direzione medica P.O. Civico	100
	99.01	Farmacia	100
	61.02	Fisica Sanitaria	100
	56.02	Medicina fisica e Riabilitativa	100
	99.00H	Cure Palliative e Hospice [U O S D]	97
	12.02	Cura del Piede Diabetico [U O S D]	100
	99.04	Nutrizione artificiale [U O S D]	n.d.
	33.02	Psicologia Clinica [U O S D]	n.d.

5. Analisi dei Risultati aziendali e opportunità di miglioramento

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

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

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

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

- il personale dell'Azienda ha dimostrato una forte carenza di alfabetizzazione informatica, la quale genera grossi ritardi nelle comunicazioni interdipartimentali, problemi nel monitoraggio dei consumi e dei rifornimenti, e infine un difficile controllo "in itinere" dei risultati ottenuti. Per ovviare alla maggior parte di tali difficoltà, è stato avviato un processo di re-ingegnerizzazione delle procedure aziendali e di rinnovamento delle strutture informatiche utilizzate (ad esempio il progetto "Metafora" o l'introduzione di nuove figure specialistiche e consulenze per l'analisi dei processi), e numerose ricadute positive si sono già verificate durante l'anno 2012.
- la distribuzione e l'assegnazione dei carichi di lavoro aziendali è ancora parzialmente corrispondente al precedente organigramma, e la gestione del personale ARNAS operata su tali schemi ha fortemente penalizzato l'efficienza produttiva. La conclusione del processo di implementazione della nuova dotazione organica (completato solo negli ultimi mesi del 2012) fornisce attualmente la possibilità, da espletarsi durante l'anno 2013, di pianificare una assegnazione delle risorse più aggiornata e maggiormente appropriata, al fine di ridurre le eventuali inefficienze.

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

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

Anche alcune unità di medicina generale - tipicamente i reparti di Medicina I° e II° - sono costrette a fronteggiare attività ambulatoriali generiche (di competenza precipuamente territoriale) che sovrastano e distolgono l'attenzione da una costante attività di alta specializzazione, causando quindi una errata pianificazione nell'utilizzo delle risorse umane e dei presidi ospedalieri, e quindi

infine una degenza media maggiore dei parametri medi identificati dal Ministero della Salute. Per far fronte a tali problematiche era stato avviato durante il 2011 un progetto di redistribuzione del personale infermieristico (supportato da una specifica attività formativa), un ampliamento delle reti territoriali e una forte campagna informativa mirata ai cittadini, al fine di selezionare secondo criteri di complessità e specializzazione le attività ambulatoriali richieste all'Azienda dal pubblico.

Per quanto riguarda le unità sanitarie afferenti al presidio ospedaliero del Di Cristina, bisogna enfatizzare che la gestione del paziente pediatrico in urgenza presenta delle particolarità relative al paziente che modificano tempi e modalità di trattamento, quali una diversa gestione dei rischi clinici e difficoltà molto maggiori per la gestione delle consulenze inter-dipartimentali. Vi è comunque una elevata possibilità di miglioramento immediato della situazione con specifiche attività di formazione sulla comunicazione aziendale e su percorsi diagnostico-terapeutici a livello aziendale (attualmente ancora in fase di sperimentazione).

Infine, è stato implementato il software "Metafora" al fine di abbattere drasticamente i tempi morti legati alla trasmissione delle esami diagnostici; i quali, essendo fondamentali al fine di completare le cartelle mediche includendo tutte le valutazioni istologiche necessarie, sono la principale causa di mancata chiusura delle SDO nei tempi richiesti dall'Assessorato regionale della Salute. Il completamento delle connessioni nell'intero ospedale è pianificato per il 2013.

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

Il Commissario Straordinario

dott. Carmelo Pullara