



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

Azienda Ospedaliera ARNAS Civico G. Di Cristina Benfratelli

Piano della Performance

2020-2022

INDICE	pag
1. Presentazione del Piano	2
2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni	3
<i>2.1 Chi siamo</i>	3
<i>2.2 Cosa facciamo</i>	4
<i>2.3 Come operiamo</i>	6
3. Identità	6
<i>3.1 L'amministrazione in cifre</i>	6
	Analisi delle attività 7
	La situazione finanziaria 15
<i>3.2. Mandato Istituzionale e Missione</i>	15
	Il Piano di Efficiamento 17
<i>3.3. L'Albero della performance</i>	18
	Il Direttore Generale 19
	Il Collegio Sindacale 20
	Il Collegio di Direzione 20
	Il Direttore Amministrativo 20
	Il Direttore Sanitario 21
	Lo Staff della Direzione Aziendale 22
	Il Dipartimento 22
4. Analisi del contesto	25
<i>4.1 Analisi del contesto esterno</i>	25
<i>4.2 Analisi del contesto interno</i>	26
5.Obiettivi Strategici	27
6.Dagli obiettivi Strategici agli Obiettivi Operativi	34
<i>6.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale</i>	36
7. Il processo del ciclo di gestione della performance	37
<i>7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano della performance</i>	37
	Valutazione della performance organizzativa 38
	Valutazione della performance individuale dei dirigenti e del comparto 39
<i>7.2 Coerenza con la programmazione economico finanziaria e di bilancio</i>	40
<i>7.3 Raccordo con il Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza</i>	40
<i>7.4 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance</i>	42
<i>7.4.1 Interventi Area Sanitaria</i>	43
<i>7.4.2 Interventi Area Amministrativa</i>	44
Scheda n.1 - Analisi del contesto esterno ed interno	45
Scheda n.2 - Analisi quali-quantitativa delle risorse umane	46
Scheda n. 3 - Rilevazione obiettivi/indicatori	47

1. Presentazione del Piano

Il D.Lgs. del 27 ottobre 2009, disciplinato in ambito regionale con il D.A. 1821/2011, prevede all'articolo 10 che le Aziende pubbliche si dotino di un piano programmatico triennale denominato Piano della Performance, da adottare entro il 31 gennaio di ogni anno.

Il Piano va elaborato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi aziendali e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'azienda.

Le linee guida di riferimento sono quelle fissate con delibera n° 112, approvata nella seduta del 28 ottobre 2010 dalla *Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche* (ex CIVIT, ora "Autorità Nazionale Anti-Corruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche" - A.N.A.C) e con delibera n. 1 del 5 gennaio 2012, e raccomandano la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

Il documento è predisposto in considerazione dei contenuti del Piano Operativo di Consolidamento e Sviluppo (POCS) del SSR, degli obiettivi regionali assegnati di anno in anno all'azienda, nonché degli specifici obiettivi individuati autonomamente dall'Azienda, funzionali al conseguimento della *mission* e del proprio mandato istituzionale.

Al fine di garantire un approccio globale alle tematiche della trasparenza e della prevenzione della corruzione, il Piano della Performance è coordinato con il Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

La trasparenza è infatti strettamente correlata al concetto di performance poiché l'obbligo di pubblicazione dei dati ha lo scopo di assicurare la conoscenza dell'attività dell'ARNAS tra tutti gli stakeholder e di consentire una più consapevole partecipazione della collettività.

In particolare, il Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, oltre ad essere uno degli strumenti determinanti della fase di pianificazione strategica all'interno del ciclo della performance, realizza la trasparenza delle informazioni relative alla performance rendendo pubblici agli stakeholder gli outcome e i risultati conseguiti.

Infatti, esso rappresenta il complesso di misure che l'ARNAS adotta non solo in rapporto alle condizioni oggettive della propria organizzazione, ma anche dei progetti o dei programmi elaborati per il raggiungimento di altre finalità quali la maggiore efficienza complessiva, il risparmio di risorse, la riqualificazione del personale, l'incremento delle capacità tecniche e conoscitive.

Pertanto, particolare attenzione deve essere posta alla coerenza tra PTPC e Piano della Performance sotto due aspetti:

- da un lato, le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- dall'altro, le misure di prevenzione della corruzione devono essere sempre tradotte in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

Ciò agevola l'individuazione di misure ben definite in termini di obiettivi, le rende verificabili e conferma la piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguimento della funzionalità amministrativa.

Il piano della performance e la relativa relazione vengono regolarmente pubblicati sul sito web ufficiale dell'Azienda.

Tutti i dati riportati nel piano sono relativi al triennio 2016-2018, essendo i dati relativi all'anno 2019 ancora in fase di consuntivazione all'epoca di redazione del piano stesso.

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. 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.

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:

- Presidio "Civico", ospedale generale dotato di dipartimento di emergenza, centrale operativa per la gestione dell'emergenza territoriale, centro oncologico e di tutte le unità operative di diagnosi e cura a basso, medio ed elevato livello di assistenza, con discipline ad alta specializzazione;
- Presidio "Giovanni Di Cristina", ospedale pediatrico 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.



L'Azienda, unitamente alle altre Aziende ospedaliere dell'area metropolitana completa la rete sanitaria pubblica della provincia 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 1.268.217 abitanti (fonte ISTAT – 01/01/2018) distribuita in 82 comuni. La densità della popolazione provinciale è pari a 254,8 per Km2.

L'ARNAS Civico 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. Riveste il ruolo di Hub regionale di quasi tutte le reti dell'emergenza (Infarto Miocardico Acuto, Stroke, Politrauma), delle reti cliniche e di quelle legate alle malattie rare.

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.

Posizionamento nelle reti assistenziali

Reti cliniche	Riferimento
Malattia celiaca	DA 736/2018
Malattie Infiammatorie Croniche	DA 135/2017
Sclerosi Multipla	DA 1450/2014
Malattie rare	DA 781/2011
Genetica Medica	DA 727/2014
Epatite C	DA 713/2013
Oncologica	DA 1902/2014
Fibrosi cistica	DA 803/2012
Emergenze Allergologiche pediatriche	DA 574/2015

Reti tempo dipendenti (HUB su tutte le reti)		
Rete	Riferimento	Criticità/Novità
Rete IMA	Allegato al 1 DA 22/19	n. posti letto cardiologia/UTIC non adeguato ai regimi di centralizzazione del paziente con "sospetta sindrome coronarica acuta" e non eleggibile al trattamento
Rete Stroke		<ul style="list-style-type: none"> - difficoltà nel reperimento di specialisti neuroradiologi interventisti; - n. posti letto neurologia non adeguato ai regimi di centralizzazione del paziente con "sospetta sindrome neurologica acuta" e non eleggibile ai trattamenti; - la stroke unit ha avuto il supporto di personale a progetto (fondi PSN) fino ad ottobre 2018, ad oggi non ha personale dedicato ma in comune con la degenza di Neurologia, il personale a progetto non è stato sostituito; - non tutti i PL di stroke sono dotati di sistema di monitoraggio.
Traumatologica		<ul style="list-style-type: none"> - neuroradiologia logisticamente allocata in sede differente da padiglione emergenze; - assenza di trauma team; - problematica di gestione del trauma pediatrico: chirurgia pediatrica al PO G.Di Cristina ma ortopedia pediatrica in altra AO.
Emergenze Emorragiche Gastro-Intestinali		obsolescenza della tecnologia, risorse umane dedicate non sufficienti.

2.3 Come operiamo

L'ARNAS Civico si propone di rafforzare il suo ruolo attraverso l'impegno mirato e costante finalizzato ad:

- aumentare il grado di soddisfazione degli utenti e degli operatori, attraverso l'applicazione del modello di umanizzazione delle cure, vigilando sull'applicazione dei protocolli di sicurezza delle procedure sui pazienti, e quindi, agendo sulla riduzione del rischio di incidenti sanitari, sul rispetto della normativa riguardo il consenso informato ed infine sul rispetto della normativa vigente in materia di tutela dei dati sensibili;
- rafforzare la posizione di eccellenza per il trattamento di tutte le patologie ed in particolare di quelle di alta specialità.

Pertanto, le scelte e gli obiettivi strategici dell'ARNAS Civico G. Di Cristina Benfratelli devono essere diretti da una parte a migliorare lo status di centro sanitario dedicato ai trattamenti di elezione e di elevata complessità, soprattutto in ambito oncologico e cardiologico, dall'altra a potenziare l'attività legata all'emergenza-urgenza, differenziandone e facilitandone i percorsi.

Al fine di implementare quanto previsto dalla programmazione Regionale, inter-aziendale e Aziendale, lo sforzo dei professionisti dell'ARNAS è indirizzato verso:

- il consolidamento e il potenziamento delle aree che caratterizzano l'Azienda come struttura di alta specialità incrementando, nel rispetto dei principi di appropriatezza, il "case mix";
- il rafforzamento del ruolo di riferimento svolto dall'Azienda nella risposta all'emergenza/urgenza in ambito provinciale e regionale;
- la garanzia della risposta qualitativa e quantitativa alla domanda di salute del bacino di riferimento, per le aree di intervento di base, valorizzando la vocazione Aziendale nell'assistenza ai pazienti acuti;
- il favorire lo sviluppo dei necessari processi di integrazione, al proprio interno e nei rapporti con le altre strutture sanitarie e territoriali, volti ad assicurare ai pazienti la continuità assistenziale.
-

3. Identità

3.1 L'amministrazione in cifre

Il personale in servizio nel 2018 è pari a 2.597 unità (teste pesate): la tabella che segue contiene alcuni dati descrittivi riguardanti le risorse umane impiegate presso l'ARNAS.

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

Analisi delle Attività

a) Ricoveri ordinari

All'interno dell'ARNAS coesiste un doppio mandato istituzionale che riguarda da un lato l'assistenza in emergenza-urgenza, dall'altro le prestazioni assistenziali programmate. Infatti, questa ARNAS è coinvolta in tutte le Reti Assistenziali, dell'Emergenza e Cliniche, predisposte dall'Assessorato della Salute, e in quasi tutte, ha ruolo di *Hub*. La centralizzazione, per la funzione stessa delle reti, prescinde dai naturali bacini di utenza, modificando il consueto flusso dei pazienti e incrementando l'incidenza di patologia necessitante di prestazioni ad elevata complessità e di alto profilo specialistico verso i Presidi Ospedalieri in grado di erogarle. Ciò è vero tanto per le reti dell'emergenza quanto per le reti cliniche. Queste ultime, peraltro, prevedono l'erogazione di prestazioni altamente specialistiche anche in regime di elezione.

L'attività di ricovero ordinario è articolata su 37 Unità Operative Complesse, di cui 10 afferenti al PO G. Di Cristina e 27 al PO Civico, per un numero complessivo di circa 680 posti letto medi e un tasso di occupazione dell'85%.

Ricovero Ordinario - PO Civico

Unità Operativa di dimissione	Anno 2016										Anno 2017										Anno 2018									
	PL medi	TO	N. Casi	peso medio	degenza media	N. DRG chirurgici	N. DRG ARI	Valore	PL medi	TO	N. Casi	peso medio	degenza media	N. DRG chirurgici	N. DRG ARI	Valore	PL medi	TO	N. Casi	peso medio	degenza media	N. DRG chirurgici	N. DRG ARI	Valore						
0801 - Cardiologia	23	101	1.513	1,8165	7,8	1.083	19	9.789.850	23	101	1.361	1,8321	8,5	1.013	10	8.744.061	23	101	1.315	1,7122	8,9	919	17	8.008.730						
0901 - Chirurgia Gen.e d'urgenza	23	88	761	1,4712	10,0	625	163	3.812.631	22	95	759	1,5216	10,5	638	133	3.938.341	22	94	679	1,5088	11,3	556	106	3.562.761						
0908 - Chirurgia Gen.Oncologica	8	88	225	1,7226	11,7	198	26	1.366.034	20	97	448	2,0704	16,2	388	31	3.540.741	17	105	482	1,9958	14,6	404	41	3.530.311						
0909 - Breast unit	2	77	216	1,1003	2,6	209	20	672.216	2	85	232	1,0969	2,7	225	12	707.675	2	84	211	1,0158	2,8	203	23	566.385						
1001- Chirurgia Maxillo Facciale	8	88	274	1,5569	9,2	230	88	1.388.149	8	67	239	1,2971	8,3	200	77	911.288	7	87	224	1,5069	9,8	185	54	1.024.915						
1201 - Chirurgia Plastica	17	62	426	1,1962	9,2	392	181	1.463.233	15	74	424	1,0490	10,0	383	236	1.270.652	14	80	343	1,1080	12,1	309	192	1.149.318						
1301 - Chirurgia Toracica	12	79	454	1,7619	7,9	377	34	2.735.763	11	88	433	1,7253	8,6	327	35	2.574.947	11	104	490	1,6768	9,3	374	42	2.773.909						
1401 - Chirurgia Vascolare	13	73	493	2,0629	7,9	449	35	3.783.160	12	81	460	1,9804	8,5	424	16	3.382.322	12	94	462	2,0453	10,1	417	21	3.600.146						
2402 - Malattie Infettive e Tropicali	5	118	63	1,5412	15,5	1	10	316.861	11	95	260	1,1198	14,6	9	32	975.832	13	89	272	1,1650	15,9	6	30	1.085.901						
2601 - Medicina Generale I	36	98	1.068	1,2263	11,7	91	108	4.162.242	36	98	964	1,2690	12,3	82	54	3.937.110	36	100	936	1,2468	13,4	69	60	3.784.256						
2602 - Medicina Generale II	33	99	1.205	1,2409	10,0	114	174	4.685.842	38	98	1.387	1,1459	10,4	98	220	4.858.884	42	100	1.463	1,1334	10,6	117	221	5.064.593						
2901 - Nefrologia e Dialisi	13	89	409	1,4242	10,7	129	26	1.916.734	12	96	331	1,2878	10,5	71	24	1.395.129														
3001 - Neurochirurgia	32	68	671	2,5330	12,3	582	32	6.363.978	32	61	650	2,4188	11,2	527	51	5.776.854	32	59	622	2,2033	11,6	497	54	4.994.399						
3101 - Nido			1.525	0,1599	2,4		1	851.428			1.572	0,1608	2,5		5	882.999			1.601	0,1601	2,5		5	897.323						
3201 - Neurologia con Stroke	21	97	586	1,2411	13,0	17	42	2.357.342	26	97	648	1,2496	14,0	25	48	2.704.286	22	117	709	1,2495	13,4	18	9	2.929.179						
3401 - Oculistica	3	96	117	0,7710	5,1	44	44	230.641	3	60	77	0,7497	7,4	35	36	157.448	3	43	71	0,7105	6,8	33	42	125.169						
3601 - Ortopedia e Traumatologia	24	96	745	1,5105	11,5	626	92	4.108.627	25	95	726	1,6518	12,1	658	62	4.471.262	24	98	715	1,6368	12,3	651	71	4.311.826						
3701 - Ostetricia e Ginecologia	33	83	2.710	0,6329	3,4	1.169	91	5.102.499	31	92	2.666	0,6054	3,6	1.123	113	4.777.780	28	100	2.496	0,5866	3,8	941	87	4.348.653						
3702 - Ginecologia Oncologica	5	153	286	1,4795	7,0	247	24	1.414.938	12	91	476	1,4406	7,6	409	48	2.323.982	11	93	431	1,3650	8,3	375	36	2.062.401						
3801 - Otorinolaringoiatria	9	68	467	1,0488	4,9	280	148	1.429.908	9	78	441	1,2170	6,0	278	138	1.695.325	9	88	406	1,1180	7,0	281	139	1.399.106						
4301 - Urologia	21	81	980	1,2066	6,4	837	82	3.094.440	21	90	982	1,1927	7,0	773	156	3.980.005	22	86	914	1,1579	7,6	736	140	3.643.549						
4701 - Grandi Ustioni	15	88	235	1,9705	20,2	79	6	1.611.013	16	81	189	1,9721	23,3	64	4	1.321.132	16	75	162	2,3987	28,7	63	5	1.528.330						
4802 - Nefrologia con Trapianto	8	82	421	2,0935	5,6	117	39	2.719.290	9	98	401	2,6250	8,0	144	30	3.315.627	15	94	625	1,9199	8,6	196	76	3.811.847						
4901 - Anestesia e Rianimazione I	10	93	135	3,3797	22,7	71	2	1.807.342	10	96	108	3,7262	18,8	62	1	1.597.960	10	90	114	3,6350	20,1	61	1	1.583.823						
4902 - Anestesia e Rianimazione II	12	90	229	4,2535	12,5	119	1	3.552.446	12	92	259	5,0282	15,9	162	1	4.978.324	12	88	262	4,6762	14,0	149		4.534.004						
4903 - Anestesia e Rian. Ped. con Trauma Center	6	98	36	2,2508	30,3	4		381.364	6	95	26	2,3749	28,5	5	3	297.142	6	99	28	3,9204	30,7	9		407.984						
5001 - UTIC	9	97	78	1,4862	7,3	31	1	322.422	8	106	74	1,4549	6,6	30	1	283.641	9	100	54	1,5438	9,2	20	1	235.241						
5101 - MCAU	16	108	372	1,1808	8,1	19	26	1.252.727	16	120	365	1,2019	8,0	21	18	1.265.588	16	108	424	1,2503	8,6	24	22	1.534.460						
6001 - Lungodegenza	13	88	134	0,7769	29,8			612.704	21	82	211	0,8598	29,9	1		959.235	18	96	188	0,8072	33,2			939.123						
6202 - Neonatologia	13	76	378	1,9332	14,3	4	14	3.075.526	13	75	408	2,0546	12,4	5	25	3.455.506	12	81	375	2,1473	13,4	7	18	3.268.360						
6406 - Oncologia	24	87	459	1,2524	16,5	41	23	1.948.256	24	87	459	1,2524	16,5	41	23	1.948.256	24	85	433	1,2478	17,0	26	25	1.833.582						
6502 - Oncoemat. Pediatrica	8	90	347	1,4490	8,0	12	10	1.879.684	8	83	388	1,3764	6,9	15	13	1.924.346	8	80	321	1,4309	7,4	10	16	1.598.849						
6602 - Oncoematologia	11	80	226	1,8577	14,8	15	88	1.481.126	11	79	231	1,7263	13,6	10	88	1.387.279	10	78	166	2,2871	16,6	12	55	1.392.598						
6801 - Pneumologia	21	99	574	1,2559	14,6	29	30	2.288.069	21	98	466	1,2769	17,0	36	15	2.004.411	21	99	479	1,1872	16,7	16	28	1.850.484						
6802 - UTIR	8	93	97	6,2500	40,5	57		2.461.435	8	101	101	7,0016	42,2	63		2.891.796	8	99	102	6,2563	42,7	60	1	2.659.614						
7302 - UTIN	8	72	11	1,4402	21,7		1	65.852	6	102	19	1,0454	12,7	2	1	93.632	7	85	26	1,4512	17,8			161.260						
9701 - Medicina Detenuti	5	61	65	1,0751	18,8	14	20	271.149	5	53	59	0,9805	16,9	8	16	224.545	5	64	72	1,0967	17,2	13	23	283.381						
9702 - Chirurgia Detenuti	5	65	113	0,6482	10,4	33	86	246.963	5	81	106	0,8432	11,9	37	63	284.568	5	52	97	0,7626	12,0	29	59	261.017						
9900 - Hospice	12	66	136	0,3986	22,4	4		669.240	13	66	179	0,2583	16,6			653.400	13	71	182	0,2583	18,3			834.000						
totale	545	88	19.240	1,4179	8,9	8.349	1.787	88.602.133	581	90	19.585	1,4035	9,5	8.392	1.839	91.893.311	565	91	18.952	1,4957	10,0	7.786	1.720	87.580.787						

I valori medi complessivi di degenza, peso relativo e tasso di occupazione dei posti letto sono stati calcolati escludendo: Nido (cod31), Lungodegenza (cod60) e Hospice (cod90).

b) Ricoveri a ciclo diurno: Day Hospital

I ricoveri a ciclo diurno consentono di effettuare prestazioni sanitarie programmate, anche molto complesse, multi-professionali e multidisciplinari, in condizioni di massimo controllo del rischio clinico, di breve durata ed effettuabili nel giro di poche ore con un notevole risparmio di risorse umane, tecnologiche e strumentali. In linea con le direttive dell'Assessorato Regionale alla Salute, che ha scoraggiato il ricorso a tale setting assistenziale, al fine di aumentare l'appropriatezza di utilizzo del corretto setting organizzativo, si è perseguita una progressiva riduzione al ricorso al regime di DH a fini prettamente diagnostici o comunque, in tutti quei casi in cui potesse, comunque, essere erogata l'assistenza necessaria in altri setting.

Day Hospital - PO Civico													
Unità Operativa di dimissione	Anno 2016				Anno 2017				Anno 2018				
	PL	TO	N. Casi	Valore	PL	TO	N. Casi	Valore	PL	TO	N. Casi	Valore	
0801 - Cardiologia	6	78	434	1.068.162	6	39	277	616.852	6	5	131	240.713	
0901 - Chirurgia Generale e d'urgenza	2	1			2	1	10	8.803	2	1	9	11.464	
0908 - Chirurgia Generale Oncologica	2	19	76	89.358	1	8	22	18.093	1	17	40	47.352	
0909 - Breast unit	2	35	107	177.690	2	20	66	99.441	2	16	49	79.989	
1001- Chirurgia Maxillo Fac.	2	12	39	52.034	2	10	40	53.111	1	30	46	58.867	
1201 - Chirurgia Plastica	5	28	203	279.475	2	94	267	371.639	2	86	240	323.486	
1301 - Chirurgia Toracica	1	21	75	121.346	1	45	210	353.326	1	42	177	285.575	
1401 - Chirurgia Vascolare	2	1	2	2.613	2	1	8	12.496	2	1	5	2.582	
1804 - Ematologia con talassemia	7	101	196	846.501	7	104	201	871.549	7	104	203	844.851	
2402 - Malattie Infettive e Tropicali	4	9	22	43.825	2	30	30	105.431	2	11	10	28.509	
2601 - Medicina Generale I	2	0	1	402	2	0			2	2	3	4.169	
2602 - Medicina Generale II	4	29	45	114.385	4	36	92	156.384	4	28	58	109.347	
2901 - Nefrologia e Dialisi	1	0			1	0							
3001 - Neurochirurgia	1	14	37	16.240	1	5	11	5.974	1	0			
3201 - Neurologia con Stroke	3	1	4	2.658	3	0			3	0			
3401 - Oculistica	2	25	65	80.319	1	8	19	25.131	1	44	37	50.669	
3601 - Ortopedia e traum.	2	12	48	64.101	2	5	22	33.970	2	12	48	74.629	
3701 - Ostetricia e Ginecologia	6	65	789	899.179	6	46	656	737.973	6	48	634	702.690	
3702 - Ginecologia Oncologica	1	6	13	13.195	1	14	37	35.865	1	23	47	51.520	
3801 - Otorinolaringoiatria	6	52	608	852.044	6	46	483	649.912	6	48	429	573.114	
4301 - Urologia	4	10	205	214.002	3	17	234	228.456	2	59	225	233.593	
4802 - Nefrologia con Trapianto	9	2	18	22.828	8	2	25	37.573	1	14	11	15.034	
4901 - Anestesia e Rianimazione I	2	12	83	140.293	2	11	79	149.555	2	10	71	147.762	
5201 - Dermatologia	2	0			2	0			2	5	13	7.959	
5602 - Recupero e Riabilitazione	4	0			4	0			4	0			
5801 - Gastroenterologia	4	3	38	17.738	4	3	44	21.421	4	10	79	51.037	
6406 - Oncologia	4	5	41	25.062	4	4	38	21.372	4	3	34	12.845	
6502 - Oncoemat.Pediatrica	11	40	247	768.882	11	48	343	916.405	7	52	225	571.087	
6602 - Oncoematologia con Trapianto Autologo	4	42	67	275.755	4	42	68	250.552	4	37	76	216.103	
6801 - Pneumologia	1	3	7	4.473	1	0			1	0			
Totale	106	30	3.470	6.192.560	97	30	3.282	5.781.284	83	31	2.900	4.744.946	

Day Hospital - PO Civico												
Unità Operativa di dimissione	Anno 2016				Anno 2017				Anno 2018			
	PL	TO	N. Casi	Valore	PL	TO	N. Casi	Valore	PL	TO	N. Casi	Valore
0802 - Cardiologia Pediatrica	2	0			2							
1101 - Chirurgia Pediatrica	1	145	457	496.007	2	101	535	554.822	2	97	481	489.780
2401 - Pediatria ad Indirizzo infettivologico	2	0			2	0			2	0		
3301 - Neuropsichiatria Infantile	4	22	95	99.385	4	11	41	52.124	4	21	93	89.844
3901 - Pediatria ad Indirizzo gastroenterologico	2	0			2	0			2	0		
3902 - Pediatria ad Ind. pneumologico e allerg.	3	3	8	9.885	2	0			2	0	1	597
3904 - Pediatria Generale	6	16	93	100.664	6	9	42	62.778	6	7	21	37.549
7701 - Pediatria ad Ind. Nefrologico e dialisi	1	14	16	17.646	1	11	15	14.266	1	8	11	10.091
Totale	21	17	669	723.587	21	15	633	683.990	19	17	607	627.861

c) Attività Ambulatoriale

L'Azienda eroga prestazioni ambulatoriali in favore di pazienti esterni (con ricetta SSR) e su richiesta del Pronto soccorso in favore di pazienti che hanno fatto ricorso a tale setting assistenziali.

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

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

Piano delle Performance 2020 – ARNAS Civico G. Di Cristina Benfratelli

Attività Ambulatoriali - PO Civico												
Unità Operativa Erogante	DAY SERVICE						Ambulatorio					
	Anno 2016		Anno 2017		Anno 2018		Anno 2016		Anno 2017		Anno 2018	
	n.casi	Valore	n.casi	Valore	n.casi	Valore	N. Prestaz.	Valore	N. Prestaz.	Valore	N. Prestaz.	Valore
0101 - Allergologia					65	7.842	11.876	258.178	10.505	225.759	11.183	243.432
0302 - Anatomia Patologica							9.299	403.409	7.590	338.849	8.006	375.955
0801 - Cardiologia	39	8.070	65	11.409	78	13.810	15.142	307.457	13.465	275.112	14.204	326.549
0901 - Chirurgia Generale e d'urgenza	69	49.221	51	32.492	12	6.660	1.789	34.347	1.992	35.935	1.843	30.070
0908 - Chirurgia Generale Oncologica	31	7.592	6	2.107			347	5.903	598	11.659	570	10.972
0909 - Breast unit	196	184.243	173	172.338	125	115.203	2.025	24.241	3.008	37.133	2.906	35.568
1001 - Chirurgia Maxillo Facciale	47	52.277	70	76.268	97	100.361	2.481	45.091	2.677	46.949	3.155	54.579
1201 - Chirurgia Plastica	637	283.830	518	205.631	615	194.568	14.128	229.124	13.750	220.816	14.652	231.486
1202 - Piede Diabetico	11	10.705					4.106	57.652	2.847	37.034	6.485	79.060
1301 - Chirurgia Toracica	46	38.153	84	70.492	109	93.388	1.381	32.334	1.568	36.878	1.535	36.036
1401 - Chirurgia Vascolare	117	132.516	79	105.032	47	50.839	4.422	139.064	4.890	149.175	4.535	140.321
1801 - Medicina Trasfusionale ed Immunoematologia							818	61.942	366	67.254	240	39.327
1804 - Ematologia con talassemia	93	19.257	63	12.664	68	14.020	827	14.663	763	13.213	880	16.882
1901 - Dietologia							352	5.870	568	8.503	734	10.476
2402 - Malattie Infettive e Tropicali	114	21.409	27	7.254	6	1.057	8.544	88.870	10.790	115.262	10.778	113.608
2601 - Medicina Generale I	189	46.681	90	22.521	180	36.884	1.723	37.184	2.149	47.356	1.851	40.256
2602 - Medicina Generale II	332	90.471	510	141.485	287	93.246	5.519	78.938	8.587	122.400	8.955	136.137
2901 - Nefrologia e Dialisi	8	1.464	2	450			33.307	2.204.994	28.297	1.901.213	0	0
3001 - Neurochirurgia	13	2.211	2	308			3.091	59.621	2.886	55.701	2.487	47.364
3101 - Nido							506	9.219	167	3.207	4	130
3201 - Neurologia con Stroke	8	1.429	42	7.658	56	10.126	5.598	111.642	5.225	103.402	5.300	104.673
3202 - Neurofisiopatologia							13.664	262.983	8.862	182.390	3.178	76.522
3302 - Psicologia Clinica							231	4.338	522	9.935	621	11.827
3401 - Oculistica	1.104	700.819	1.011	631.732	910	544.930	17.931	368.334	17.956	365.375	18.926	384.999
3601 - Ortopedia e traum.	197	158.222	164	146.045	129	97.242	10.783	197.313	10.976	196.416	10.211	183.098
3701 - Ostetricia e Ginecologia	11	9.936	1	1.244	1	1.244	10.343	248.333	11.330	264.222	10.564	239.477
3702 - Ginecologia Oncologica							0	0	235	4.432	246	4.805
3801 - Otorinolaringoiatria	316	213.312	438	254.662	471	262.037	15.208	280.526	15.756	288.169	15.993	297.656
4301 - Urologia	470	381.311	444	355.865	251	301.001	6.034	177.512	6.246	179.519	6.264	180.913
4701 - Grandi Ustioni							1.155	13.771	867	10.073	701	8.364
4802 - Nefrologia con Trapianto							15.417	728.497	14.179	593.675	35.532	2.109.994
4901 - Anestesia e Rian. con Neuroranimazione	6	3.512	6	2.696	4	5.230	44	909	45	910	34	702
4902 - Anestesia e Rian. con Trauma Center							210	4.339	191	3.946	171	3.548
4908 - Nutrizione Artificiale	82	14.405					1.649	16.689				
4909 - Centrale Operativa 118 - (Camera Iperbarica)							1.481	112.996	1.295	99.320	1.276	94.082
4910 - Terapia del dolore							7.454	233.818	7.608	239.392	7.997	253.505
5201 - Dermatologia	309	38.232	116	13.995	252	32.508	7.772	131.681	3.602	53.756	3.618	49.508
5602 - Recupero e Riabilitazione							5.713	125.022	5.466	117.523	5.264	111.893
5801 - Gastroenterologia	126	29.270	83	16.175	89	16.085	5.975	318.859	5.401	278.398	7.083	362.234
6101 - Medicina Nucleare							4.734	255.980	4.915	256.055	4.545	244.007
6202 - Neonatologia	9	1.724	6	1.157			1.773	42.042	2.302	52.120	1.594	36.430
6404 - Lab.Specialistico di Oncologia							4.879	150.227	3.983	142.441	6.382	179.922
6406 - Oncologia	931	1.012.654	951	1.001.133	889	1.017.784	15.610	324.687	16.676	322.300	14.551	248.835
6502 - Oncoematologia Pediatrica	105	59.272	37	17.850	66	22.399	2.582	32.410	3.357	41.370	2.570	30.846
6602 - Oncoematologia con Trapianto Autologo	111	130.664	82	162.913	92	162.401	3.671	66.922	4.037	72.931	2.796	43.613
6801 - Pneumologia	146	29.453	42	8.411			7.121	147.782	7.222	151.418	7.513	185.760
6802 - UTIR							902	14.541	956	14.172	976	15.003
6804 - Endoscopia Bronchiale	8	5.013					1.117	84.669	1.337	86.807	1.447	107.490
6901 - Radiologia in area critica							62.631	2.814.659	56.679	2.583.968	54.499	2.428.658
6904 - Neuroradiologia							2.436	339.160	3.702	444.839	2.961	303.665
7001 - Radioterapia							24.891	2.023.812	33.279	2.673.033	35.611	2.788.691
9801 - Patologia Clinica Civico							476.886	1.851.568	440.033	1.683.790	547.057	1.731.973
9802 - Microbiologia e Virologia							25.075	555.508	26.392	569.575	35.358	1.014.980
9805 - Genetica Molecolare							6.234	514.500	7.048	583.046	6.840	567.792
9900 - Hospice							4	83	1	21	13	269
totale	5.881	3.737.327	5.163	3.481.987	4.899	3.200.867	888.891	16.654.211	845.144	16.418.146	952.695	16.373.941

Attività Ambulatoriali - PO G.Di Cristina												
Unità Operativa Erogante	DAY SERVICE						Ambulatorio					
	Anno 2016		Anno 2017		Anno 2018		Anno 2016		Anno 2017		Anno 2018	
	n.casi	Valore	n.casi	Valore	n.casi	Valore	N. Prestaz.	Valore	N. Prestaz.	Valore	N. Prestaz.	Valore
0802 - Cardiologia Pediatrica	460	88.440	420	79.460	278	52.192	13.695	369.979	13.009	350.614	11.850	318.227
1101 - Chirurgia Pediatrica	211	104.076	166	61.274	180	78.498	6.413	120.699	5.997	113.323	5.292	101.865
2401 - Pediatria ad Indirizzo infettivologico	158	29.757	165	29.498	114	22.110	1.626	28.778	1.076	19.026	904	16.151
3301 - Neuropsichiatria Infantile	217	37.124	198	33.767	187	33.780	4.601	98.735	4.713	103.792	4.896	108.684
3602 - Ortopedia Pediatrica							20	383	95	1.570	25	476
3901 - Pediatria ad Indirizzo gastroenterologico	59	8.593	35	5.013	71	10.655	859	15.194	801	14.065	642	11.324
3902 - Pediatria ad Ind. pneumologico e allerg.	122	17.798	112	17.219	130	21.992	4.857	95.150	4.026	76.130	4.198	81.120
3904 - Pediatria Generale	1.100	180.870	1.382	229.906	1.381	224.501	3.103	47.195	2.586	39.258	2.488	36.760
4903 - Anestesia e Rian. Ped. con Trauma Center							144	2.654	166	2.935	107	1.887
6902 - Radiologia Pediatrica							10.234	391.451	9.997	384.124	10.250	409.665
7701 - Pediatria ad Ind. Nefrologico e dialisi	354	65.517	483	91.273	317	59.655	4.846	230.162	3.681	164.222	3.852	143.614
9803 - Patologia Clinica Di Cristina							50.613	362.076	64.212	521.065	99.916	738.428
totale	2.681	532.174	2.961	547.410	2.658	503.383	101.011	1.762.455	110.359	1.790.126	144.420	1.968.202

d) Attività di Pronto Soccorso

Fenomeno di assoluta importanza sotto il profilo sociale ed economico è quello relativo alla gestione del paziente in Pronto Soccorso, fenomeno che riguarda i pazienti adulti (PS Civico e PS Ostetrico-Ginecologico) e quelli pediatrici (PS G. Di Cristina). La complessità di tale gestione è in parte dovuta all'elevatissimo numero di accessi, dovuto alla debolezza delle strutture territoriali, alla tendenza alla centralizzazione del paziente complesso, così come previsto dalle reti dell'emergenza e cliniche (politrauma, IMA, stroke, ecc.), all'assistenza erogata in emergenza in favore di pazienti già in carico di strutture private accreditate (Case di Cura accreditate e centri Dialisi).

PS Civico			
	2016	2017	2018
n. accessi	83.982	78.501	78.442
<i>cod.bianco</i>	15831	15.079	16.433
<i>cod.verde</i>	45.793	39.949	39.355
<i>cod.giallo</i>	17.428	18.839	18.300
<i>cod.rosso</i>	2.341	2.398	2.416
<i>cod.nero</i>	9	13	7
<i>cod.x (non transitato PS)</i>	2.580	2.223	1.931
n. ricoveri disposti da PS	7.681	8.453	8.475
NTPS (delta urgenti tot-urgentì PS)	3.005	2.703	2.122
n.ricoveri urgenti totali (dimessi flusso SDO) (escluso cod 37)	10.686	11.156	10.597
tasso da ricovero da PS	9%	11%	11%
n. PL medi ordinari PO	542	581	547
n.ghost 24-48 h	1.324	1.110	1.303
n.ghost > 48 h	875	699	651
totale ghost	2.199	1.809	1.954
n.ricoveri 24-48 h	1.401	1.520	1.956
n.ricoveri > 48 h	1.718	1.614	1.680
totale ricoveri > 24	3.119	3.134	3.636

PS G.Di Cristina				
	2016	2017	2018	
n. accessi	38.484	37.008	33.175	
<i>cod.bianco</i>	406	386	259	
<i>cod.verde</i>	28.246	27.114	23.476	
<i>cod.giallo</i>	9.646	9.313	9.177	
<i>cod.rosso</i>	183	195	261	
<i>cod.nero</i>	3	0	2	
n. ricoveri disposti da PS	5.253	4.994	4.488	
tasso da ricovero da PS	14%	13%	14%	
n. PL medi ordinari PO	136	129	127	
n.ghost 24-48 h	1.014	892	939	
n.ghost > 48 h	731	656	823	
totale ghost	1.745	1.548	1.762	
n.ricoveri 24-48 h	105	206	188	
n.ricoveri > 48 h	124	137	121	
totale ricoveri > 24	229	343	309	

PS Ostetrico - Ginecologico				
	2016	2017	2018	
n. accessi	9.336	9.284	8.975	
<i>cod.bianco</i>	519	622	600	
<i>cod.verde</i>	4.672	4.447	4.435	
<i>cod.giallo</i>	4.067	4.154	3.885	
<i>cod.rosso</i>	78	61	55	
n. ricoveri disposti da PS	1.967	1.972	1.953	
tasso da ricovero da PS	21%	21%	22%	

Il Decreto Assessoriale 1584/2018 – Approvazione “Linee di Indirizzo per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di Pronto soccorso della regione Sicilia” nasce al fine di fornire alle aziende sanitarie le strategie per contrastare e gestire il fenomeno del sovraffollamento nei servizi di PS e prevenire le sue conseguenze negative. Il suo obiettivo principale è quello di contrastare il sovraffollamento attraverso il monitoraggio continuo, l’analisi delle criticità e l’attuazione degli specifici interventi volti alla riduzione del fenomeno, da attivare in rapporto alla gravità delle situazioni (dalla fase di “Non sovraffollamento” alla fase di “Sovraffollamento severo”) attraverso i Piani Aziendali per la Gestione del Sovraffollamento (PAGS).

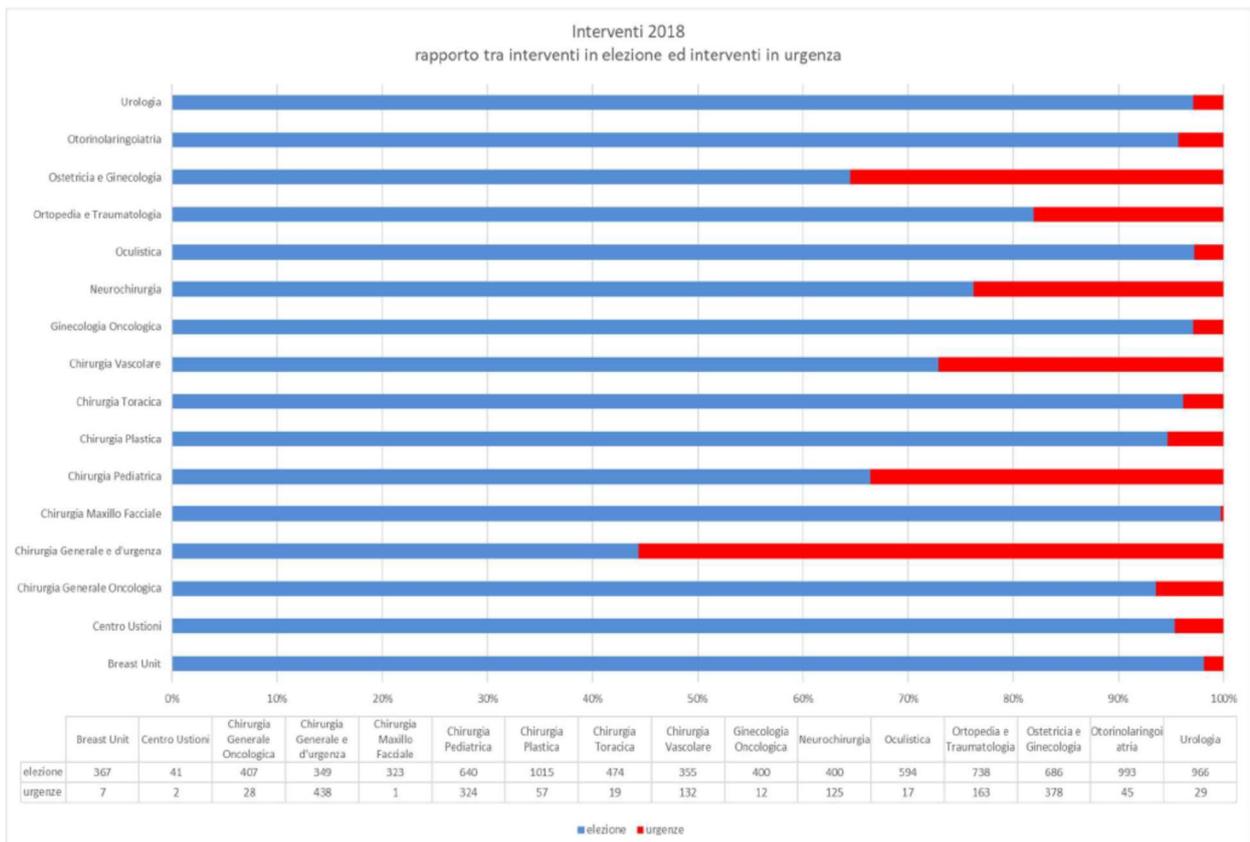
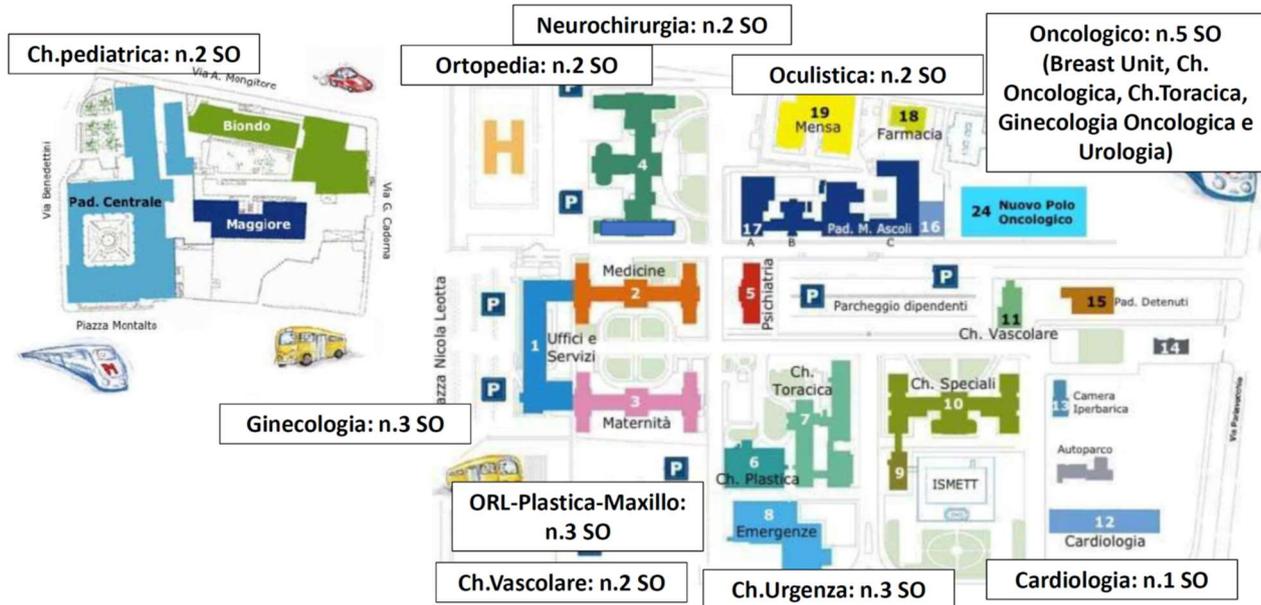
Di seguito gli indicatori di monitoraggio di sovraffollamento, calcolati secondo le modalità indicate dal Decreto Assessoriale 1584/2018, per i PS Civico e Di Cristina. In rosso sono evidenziati i valori critici per sovraffollamento.

PS Civico										
PSCodice	PSDescrizione		K							
ANNO	MESE_ID	ORA	K3Medio	K2Medio	K1Medio	IperAfflusso (K1/K)	NonCollocamento (K1+K2)/K	Sovraffollamento (K1+K2+K3)/K	EfficienzaOperativa (K2+K3)/K1	
2018	GEN-2018	06	12	10	33	0,66	0,44	1,10	0,67	
2018	FEB-2018	06	19	11	32	0,64	0,60	1,24	0,94	
2018	MAR-2018	06	18	10	31	0,62	0,56	1,18	0,90	
2018	APR-2018	06	14	8	30	0,60	0,44	1,04	0,73	
2018	MAG-2018	06	18	11	34	0,68	0,58	1,26	0,85	
2018	GIU-2018	06	7	7	29	0,58	0,28	0,86	0,48	
2018	LUG-2018	06	5	7	28	0,56	0,24	0,80	0,43	
2018	AGO-2018	06	7	8	30	0,60	0,30	0,90	0,50	
2018	SET-2018	06	5	7	29	0,58	0,24	0,82	0,41	
2018	OTT-2018	06	9	11	32	0,64	0,40	1,04	0,63	
2018	NOV-2018	06	8	10	33	0,66	0,36	1,02	0,55	
2018	DIC-2018	06	12	14	33	0,66	0,52	1,18	0,79	

PS Di Cristina										
PSCodice	PSDescrizione		K							
ANNO	MESE	ORA	K3Medio	K2Medio	K1Medio	IperAfflusso (K1/K)	NonCollocamento (K1+K2)/K	Sovraffollamento (K1+K2+K3)/K	EfficienzaOperativa (K2+K3)/K1	
2018	GEN-2018	06	3	4	13	0,54	0,85	1,00	0,54	
2018	FEB-2018	06	6	6	12	0,50	0,90	1,20	1,00	
2018	MAR-2018	06	4	3	11	0,46	0,70	0,90	0,64	
2018	APR-2018	06	5	5	12	0,50	0,85	1,10	0,83	
2018	MAG-2018	06	3	4	11	0,46	0,75	0,90	0,64	
2018	GIU-2018	06	3	3	9	0,38	0,60	0,75	0,67	
2018	LUG-2018	06	3	4	9	0,38	0,65	0,80	0,78	
2018	AGO-2018	06	3	4	10	0,42	0,70	0,85	0,70	
2018	SET-2018	06	3	3	8	0,33	0,55	0,70	0,75	
2018	OTT-2018	06	3	4	10	0,42	0,70	0,85	0,70	
2018	NOV-2018	06	3	4	11	0,46	0,75	0,90	0,64	
2018	DIC-2018	06	2	3	11	0,46	0,70	0,80	0,45	

Il Complesso Operatorio

L'ARNAS Civico G. Di Cristina Benfratelli comprende 25 sale Operatorie distribuite in 10 Complessi Operatori coordinate dalla UOS "Coordinamento Sale Operatorie" nell'ambito dello Staff della Direzione Strategica.



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 2018, approvato dall'Organo Tutorio della Regione, si è concluso con un utile di esercizio pari a € 34.141.

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 per l'alta specializzazione, 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, strutturale 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.

In armonia con le indicazioni regionali e nel rispetto della classificazione tipologica dell'Azienda l'indirizzo strategico guarda ad un sempre maggiore accoglimento di patologie ad alta complessità, all'ampliamento del bacino di utenza e al consolidamento del ruolo di riferimento nei percorsi assistenziali in rete oltre che alla collaborazione e integrazione operativa con altri istituti, limitrofi e non.

Per quanto sopra e al fine di meglio definire il proprio ruolo nel contesto locale e nazionale l'Azienda promuove, nel rispetto della propria missione istituzionale, il potenziamento e lo sviluppo delle aree di eccellenza clinica, anche al fine di interpretare pienamente il ruolo di realtà ospedaliera di alta specialità a rilievo regionale e nazionale. A tal fine:

- a) adegua la struttura dell'offerta assistenziale alla programmazione regionale;
- b) sviluppa percorsi assistenziali integrati tra ospedale e territorio;
- c) promuove le aree di eccellenza clinica rivolte anche all'utenza extra bacino;
- d) promuove l'innovazione assistenziale e l'appropriatezza clinica ed organizzativa.

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 delle patologie in fase acuta, a qualunque età, e pertanto riconosce come caratteristica prioritaria di indirizzo nel proprio funzionamento la massima integrazione delle competenze e tecnologie esistenti.

L'Azienda, pertanto, si configura come parte di un sistema integrato, in 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.

Prerogativa fondamentale dell'Azienda per assolvere alla propria missione, è l'alta professionalità degli operatori. Per questo si caratterizza anche come luogo di sviluppo di cultura sanitaria, di ricerca intellettuale, di aggiornamento professionale e formazione continua.

La crescita e lo sviluppo dell'Azienda dipendono dalla massima espressione di tutte le risorse disponibili, opportunamente e appropriatamente impiegate, 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 le necessarie condizioni 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 ospedaliere 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 integrate offrendo alla persona un percorso assistenziale completo e interdisciplinare;
- 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;
- l'adozione di un modello organizzativo dipartimentale che garantisca 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 comfort alberghiero;
- la possibilità di realizzare o partecipare a programmi di ricerca finalizzati alla sperimentazione ed applicazione delle pratiche ospedaliere e delle evidenze scientifiche migliori e più avanzate.

Il Piano di efficientamento

Con Decreto dell'Assessorato della Salute n° 786/2019, la Regione ha individuato l'Azienda A.R.N.A.S. Civico G. Di Cristina Benfratelli di Palermo quale Azienda da sottoporre ai Piani di cui all'art.1, comma 528 della L. 28 dicembre 2015 n.208 e successivo D.M. 21 giugno 2016, in quanto per la stessa si rilevano le condizioni riportate alla lettera b) del comma 524 del su citato art. 1.

In particolare sulla base dei dati del CE del 4° trimestre 2018 (cd pre-Consuntivo), l'Azienda, a fronte di un risultato economico di periodo che evidenziava una perdita di € mgl 61.009 determinato al netto del contributo di sostegno Negoziato con la Regione, applicando i razionali di calcolo adottati dall'Allegato Tecnico al DM 21/06/2016 evidenziava uno scostamento assoluto (S) pari a €.mgl 58.035 ml e uno scostamento percentuale (S%) pari al 23,48%.

In applicazione a quanto disposto dal citato Decreto n°786/2019, l'Azienda, conseguentemente, ha predisposto un piano di azioni di efficientamento in base al quale, a fine del triennio 2019/2021, sia possibile ricondurre il dato di scostamento percentuale (S%) determinato in applicazione al razionale di calcolo previsto dal citato Allegato Tecnico al DM 21/06/2016 al valore obiettivo del 15% per l'anno 2021, assicurando al contempo che tale indice di scostamento percentuale (S%) assuma per gli anni 2019 e 2020 valori non superiori rispettivamente al 22% e 19%.

COD STR	Azienda	da fonte dati : CE IV Trim anno 2018 (anno T ₀ del triennio T ₁ , T ₂ e T ₃)			Target di Scostamento (%) dei Piani de		
		Scostamento Assoluto €. Mgl	Scostamento %	Risultato CE IV Trimestre 2018	scost (%) Target dopo 1*(T ₁) anno del triennio 2019/2021	scost(%) Target dopo 2*(T ₂) anno del triennio 2019/2021	scost(%) Target dopo 3*(T ₃) anno del triennio 2019/2021
190927	Azienda ARNAS Civico, Di Cristina e Benfratelli di Palermo	58.035	23,48%	-61.009	22,00%	19,00%	15,00%

Tabella estratta dal D.A. n°786 del 02/05/2019.

L'ARNAS Civico, Di Cristina, Benfratelli ha trasmesso all'Assessorato Regionale alla Sanità il suo Piano di Efficientamento con prot. n. 9353 del 02/08/2019.

Il Piano, elaborato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, individuava gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi aziendali e definiva gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle singole azioni. Queste ultime, coerentemente con le linee guida di riferimento di cui al citato Decreto del Ministro per la Salute 21 giugno 2016 e con quanto disposto all'art.1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, possono essere ricondotte ad azioni finalizzate a perseguire:

- efficiente utilizzo delle risorse disponibili;
- corretto dimensionamento delle unità operative;
- ottimizzazione della tipologia e della quantità di prestazioni erogate;
- appropriatezza ed efficienza nell'erogazione dell'assistenza;

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

Il piano di efficientamento veniva, inoltre, predisposto tenendo in considerazione degli obiettivi regionali assegnati nel triennio 2019-2021, nonché gli obiettivi individuati autonomamente dall'Azienda nel medesimo periodo di riferimento e funzionali al conseguimento della "mission" e del proprio mandato istituzionale.

Il progetto del piano di efficientamento veniva disegnato attraverso quattro fasi:

1. analisi della situazione economico-gestionale dell'azienda negli ultimi tre anni, anche alla luce dei cambiamenti intervenuti, anche normativi, caratterizzanti il contesto di riferimento, al fine di comprendere le cause sia interne che esterne alla gestione che abbiano portato l'azienda nella situazione attuale;
2. definizione della strategia da perseguire nei successivi anni, individuando obiettivi, interventi e azioni compatibili con le caratteristiche dell'azienda e in coerenza con il ruolo nella rete dell'offerta, perseguendo altresì il riequilibrio economico finanziario dell'azienda e la tutela nell'erogazione dei LEA;
3. predisposizione del Conto Economico tendenziale e programmatico;
4. definizione degli strumenti di monitoraggio, verifica ed analisi dell'attuazione del piano attraverso indicatori di tipo quantitativo e qualitativo.

3.3. L'Albero della performance

Con Decreto assessoriale n. 2487 del 18.12.2018 il Dott. Roberto Colletti è stato nominato Commissario Straordinario dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione "Civico – Di Cristina – Benfratelli".

Con D.P. n.195 /Serv.1°/S.G. del 04.04.2019 il Dott. Roberto Colletti è stato nominato Direttore Generale dell'A.R.N.A.S. Civico-Di Cristina-Benfratelli di Palermo.

Con Delibera n.2019/0332 del Direttore Generale, il Dott. Salvatore Requirez si è insediato nelle funzioni di Direttore Sanitario dell'ARNAS Civico G. Di Cristina Benfratelli di Palermo.

Con Delibera n.2019/0333 del Direttore Generale, il Dott. Francesco Paolo Tronca si è insediato nelle funzioni di Direttore Amministrativo dell'ARNAS Civico G. Di Cristina Benfratelli di Palermo.

Il vigente Atto Aziendale disciplina l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione "Civico - Di Cristina - Benfratelli" di Palermo ed è redatto ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 - comma 1 bis - del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, secondo le linee guida di cui al Decreto dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana n. 1360 del 03.08.2015 e secondo le linee guida di cui al Decreto dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana n. 1675 del 31.07.2019.

L'attuale articolazione organizzativa dell'Azienda è quella derivante da Atto Aziendale approvato con deliberazione n.01 del 10 gennaio 2020.

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.

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.

Le Strutture "Complesse" e "Semplici a valenza Dipartimentale" costituiscono "Centri di Responsabilità" gestionali, ad esse sono attribuite responsabilità di beni strumentali, risorse umane e tecnologiche; il Direttore/Responsabile partecipa attivamente ai processi di Budget aziendali e alla definizione delle modalità di raggiungimento degli obiettivi.

Gli **Organi dell'Azienda** sono: la Direzione Aziendale – costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario – il Collegio di Direzione e il Collegio Sindacale (D.Lgs 502/92, articolo 3, comma 1-quater, e ss.mm.ii.).

Il **Direttore Generale** è il legale rappresentante dell'Azienda; è responsabile della gestione complessiva dell'Azienda ed è tenuto, pertanto, ad assicurarne il regolare funzionamento anche attraverso l'esercizio dei poteri di indirizzo e controllo. Esercita direttamente tutte le funzioni non attribuite, da disposizioni di legge o regolamenti attuativi, ad altri livelli direzionali o dirigenziali. Al Direttore Generale spettano in particolare:

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

- l'individuazione del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, 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 il Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario e 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;
- la 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;
- l'annullamento di ufficio e/o la revoca dei provvedimenti amministrativi illegittimi o inopportuni, nonché l'assunzione delle 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.
- esercita le attività di vigilanza e controllo di cui alle precedenti lettere sui provvedimenti assunti dal Coordinatore Regionale del Centro Trapianti.

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;
- k) di sua iniziativa o su indicazione del Direttore Generale può, in qualsiasi momento, avocare a sé la trattazione diretta di materie o specifiche problematiche che rivestano particolare rilevanza nel contesto delle competenze dell'area amministrativa, professionale e tecnica, adottando correlativamente tutti gli atti all'uopo necessari.

Il **Direttore Sanitario** concorre alla direzione dell'Azienda, partecipando ai processi di pianificazione strategica e pianificazione annuale. È responsabile del governo clinico complessivo aziendale, inteso come l'insieme delle attività il cui obiettivo è quello di assicurare la qualità delle prestazioni erogate, nonché il loro miglioramento. Nell'ambito di tali percorsi il Direttore Sanitario è responsabile sia della qualità e dell'efficienza tecnica ed operativa della produzione di prestazioni - che può essere esercitata anche con delega ai Direttori di presidio -, sia della distribuzione di servizi, attraverso l'integrazione dei singoli prodotti in servizi o in programmi di assistenza orientati al singolo ed alla collettività. Egli, nell'ambito delle sue specifiche competenze, ha le seguenti attribuzioni:

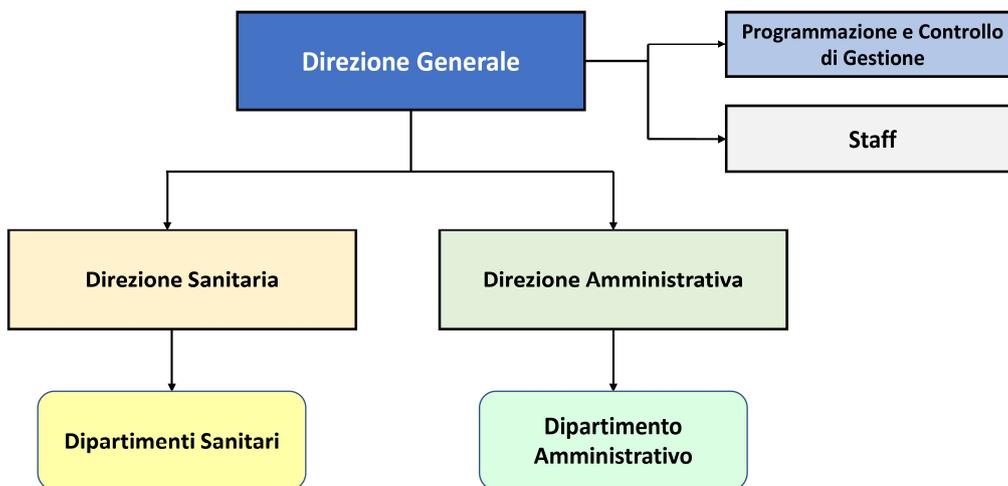
- a) coadiuva - unitamente al Direttore Amministrativo - il Direttore Generale nel governo dell'Azienda fornendogli pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza;
- b) dirige i servizi sanitari, ai fini tecnico-sanitari ed igienico-organizzativi, fatte salve le competenze, le responsabilità e le funzioni individuali dei singoli dirigenti previste dall'art. 17 del D. Lgs 165/2001, dall'art. 15 comma 6 del D.Lgs 229/1999 e dall'art.17 bis del D.Lgs 229/1999. 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; resta in capo ai titolari di struttura la responsabilità professionale e gestionale delle attività svolte nell'ambito delle unità operative a loro assegnate;
- 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) predisporre con la collaborazione del Direttore Amministrativo la relazione sanitaria Aziendale annuale e partecipa alla predisposizione della relazione di accompagnamento al bilancio preventivo e di esercizio;
- 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 nella gestione dei rapporti con l'Università, contribuendo alla definizione dei relativi protocolli d'intesa, curando l'organizzazione dei corsi di specializzazione per quanto di competenza dell'Azienda, nonché promuovendo e coordinando le attività di ricerca sanitaria finalizzata;
- l) 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;
- m) promuove l'attività di formazione, aggiornamento e riqualificazione del personale dei servizi sanitari al fine del perseguimento degli obiettivi Aziendali;
- n) 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;
- o) fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza;
- p) presiede il Consiglio dei Sanitari ed il Comitato per il Buon uso del sangue;
- q) presiede il Comitato Aziendale Rischio Clinico.
- r) partecipa al Comitato Etico di riferimento territoriale ex D.A. 1360/2013 e D.M. Salute 8 febbraio 2013;
- s) fornisce pareri e proposte al Direttore Generale e al Direttore Amministrativo in ordine al miglioramento continuo dei processi di valutazione delle performance sanitarie e delle attività complessive (individuali e di struttura) delle unità operative dell'area sanitaria;
- t) è membro di diritto delle commissioni d'esame nei concorsi pubblici per il conferimento degli incarichi di dirigente di responsabile di struttura complessa nell'area sanitaria;
- u) di sua iniziativa o su indicazione del Direttore Generale può, in qualsiasi momento, avocare a sé la trattazione diretta di materie o specifiche problematiche che rivestano particolare rilevanza nel contesto delle competenze dell'area sanitaria, adottando correlativamente tutti gli atti all'uopo necessari.

Lo **Staff della Direzione Aziendale** contribuisce in modo determinante al processo di aziendalizzazione del SSN. Gli elementi che caratterizzano le funzioni di uno Staff della Direzione Aziendale sono l'orientamento ai risultati, la tendenza alla innovazione organizzativa e la flessibilità nei compiti svolti, nei processi, negli strumenti gestionali utilizzati e nei carichi di lavoro.

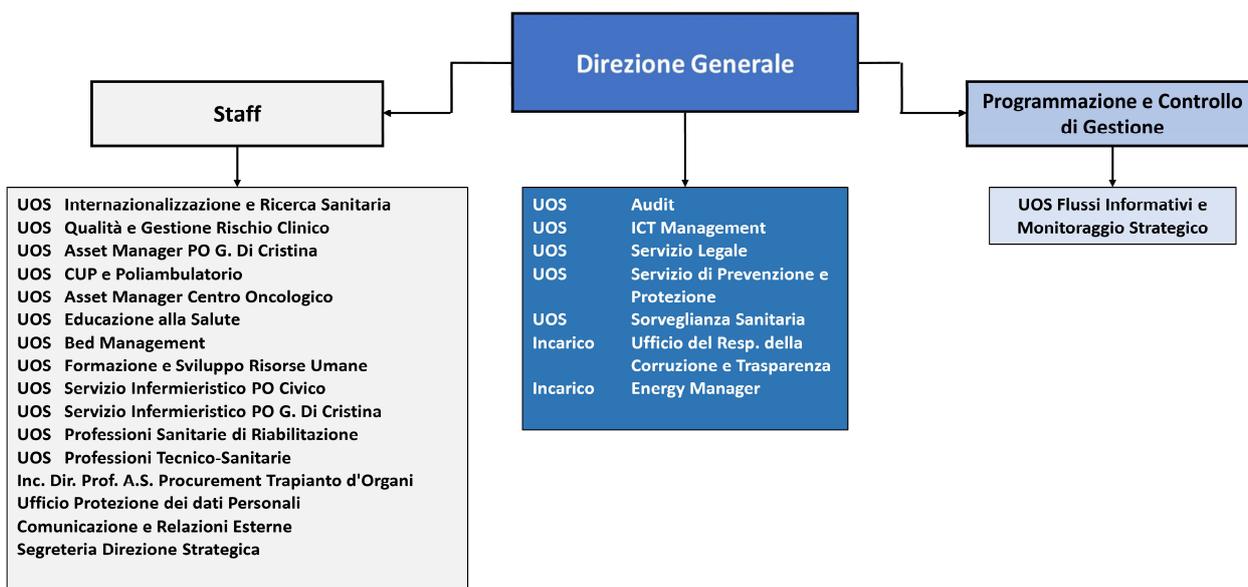
Il **Dipartimento** è un'organizzazione integrata di unità operative omogenee, affini o complementari, ciascuna con obiettivi specifici, ma che concorrono al perseguimento di comuni obiettivi. Esso, con il supporto di un sistema informativo adeguato alla valutazione della produttività e degli esiti in salute, rappresenta il modello organizzativo favorente l'introduzione e l'attuazione delle politiche di governo clinico quale approccio moderno e trasparente di gestione dei servizi professionali che rappresentano la principale risorsa dell'organizzazione. L'organizzazione dipartimentale appare la modalità organizzativa che meglio possa consentire di raggiungere i seguenti obiettivi:

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

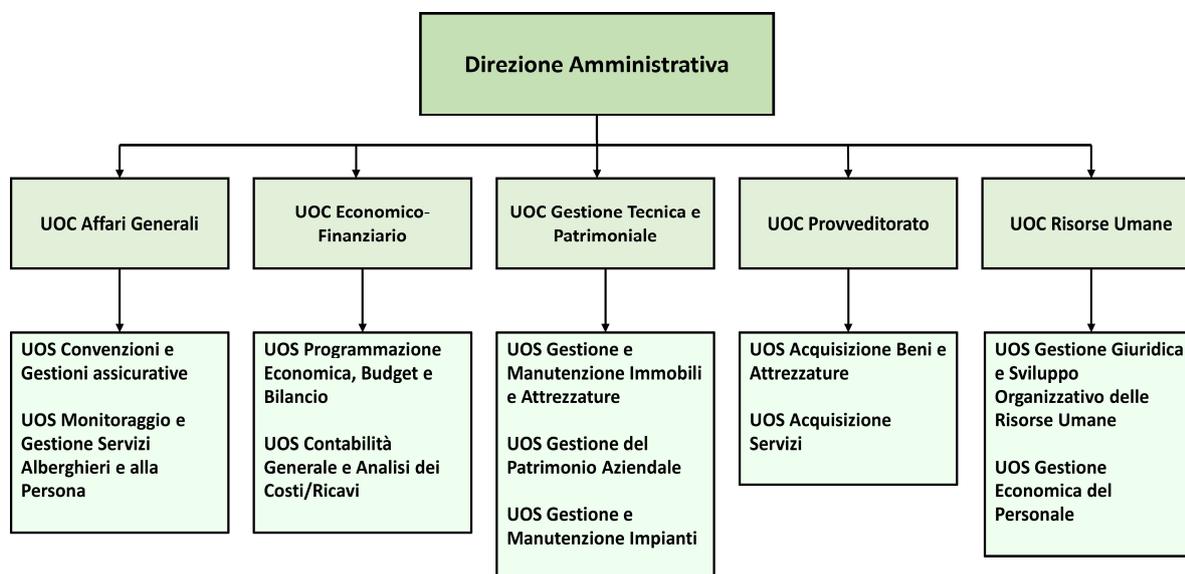
Organigramma Aziendale



Strutture alla Diretta Dipendenza della Direzione Strategica



Dipartimento Amministrativo



Dipartimenti Sanitari

Direzione Sanitaria			
Dipartimento di Emergenza Urgenza		Dipartimento Materno Infantile	
51	UOC M.C.A.U.	51	UOS Medicina d'Urgenza (sub intensiva)
09	UOC Chirurgia Generale e Urgenza	09	UOS Chirurgia in uremico e in trapianti di rene
		09	UOS Chirurgia a complessità intermedia
36	UOC Ortopedia e Traumatologia	36	UOS Chirurgia protesica d'anca e di ginocchio
SX09	UOC Centrale Operativa 118	SX09	UOS Formazione personale 118
		SX09	UOS Gestione flotte 118
		49	UOS Neuroranimazione
49	UOC Anestesia e Rianimazione	49	UOS Terapia Int. + Trauma Center
		49	UOS Terapia Int. Oncologia
		SX01	UOS Servizio di Anestesia
47	UOC Grandi Ustioni		
NR	UOSD Neuroradiologia Interventistica		
32	UOSD Stroke Unit		
68	UOSD UTIR		
Dipartimento di Oncologia		Dipartimento di Pediatria	
43	UOC Urologia	43	UOS Endoscopia urologica
09	UOC Chirurgia Gen. Oncologica		
13	UOC Chirurgia Toracica		
37	UOC Ginecologia Oncologica		
64	UOC Oncologia	64	UOS Immunoncologia
DT70	UOC Radioterapia		
09	UOSD Breast Unit		
82	UOSD Terapia del dolore		
66	UOSD Oncoematologia		
68	UOSD Endoscopia Bronchiale		
99	UOSD Hospice		
Dipartimento di Medicina Clinica		Dipartimento Testa Collo	
24	UOC Malattie Infettive Civico	10	UOC Chirurgia Maxillo Facciale
26	UOC Medicina Generale	30	UOC Neurochirurgia
		38	UOC Otorinolaringoiatria
26	UOC Medicina Generale ad indirizzo Geriatrico Riabilitativo	34	UOS Oftalmologia
		12	UOS Chirurgia della mano
68	UOC Pneumologia	DT12	UOS PDTA Ch. Plastica in DS/Ambulatorio
DT01	UOSD Allergologia		
32	UOC Neurologia		
48	UOC Nefrologia abilitata Trapianti		
		DT54	UOS Emodialisi
DT58	UOC Gastroenterologia con End.Digestiva		
97	UOSD Medicina Penitenziaria		
71	UOSD Reumatologia		
52	UOSD Dermatologia		
Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi		Dipartimento Diagnostica per Immagini e Interventistica	
DT03	UOC Anatomia Patologica	DT69	UOC Radiologia Diagnostica
		DT69	UOS Radiodiagnostica in P.S.
DTA3	UOC Patologia Clinica	SXD4	UOC Fisica Sanitaria
		DTA3	UOS Laboratorio Specialistico Oncologia
		DTA3	UOS Patologia Clinica Di Cristina
Microb.	UOC Microbiologia e Virologia	DT69	UOC Radiologia Pediatrica
GX21	UOC Direzione Medica Civico	NR	UOC Neuroradiologia
		DT69	UOC Radiologia Interventistica
SX90	UOC CRT Sicilia	DT61	UOC Medicina Nucleare
DTA1	UOC Medicina Trasfusionale		
		DTA1	UOS Aferesi p. e t.
			UOS Produzione emocomponenti e plasma per
		DTA1	l'emoderivazione
SX11	UOC Farmacia	SX11	UOS Farmacia
GX21	UOSD Direzione Medica DC		
DTA4	UOSD Psicologia Clinica		
Gen	UOSD Lab. spec Genetica Molec		
		Dipartimento Cardiovascolare	
		08	UOC Cardiologia Pediatrica
		14	UOC Chirurgia Vascolare ed endov
			UOS Chirurgia aortica e endovascolare
		06	UOC Cardiocirurgia Pediatrica
		50	UOC UTIC
		08	UOS Cardiologia
		50	UOS PTDA in Cardiologia
		DTA2	UOS Emodinamica
		08	UOSD Elettrofisiologia

4. Analisi del contesto

4.1 Analisi del contesto esterno

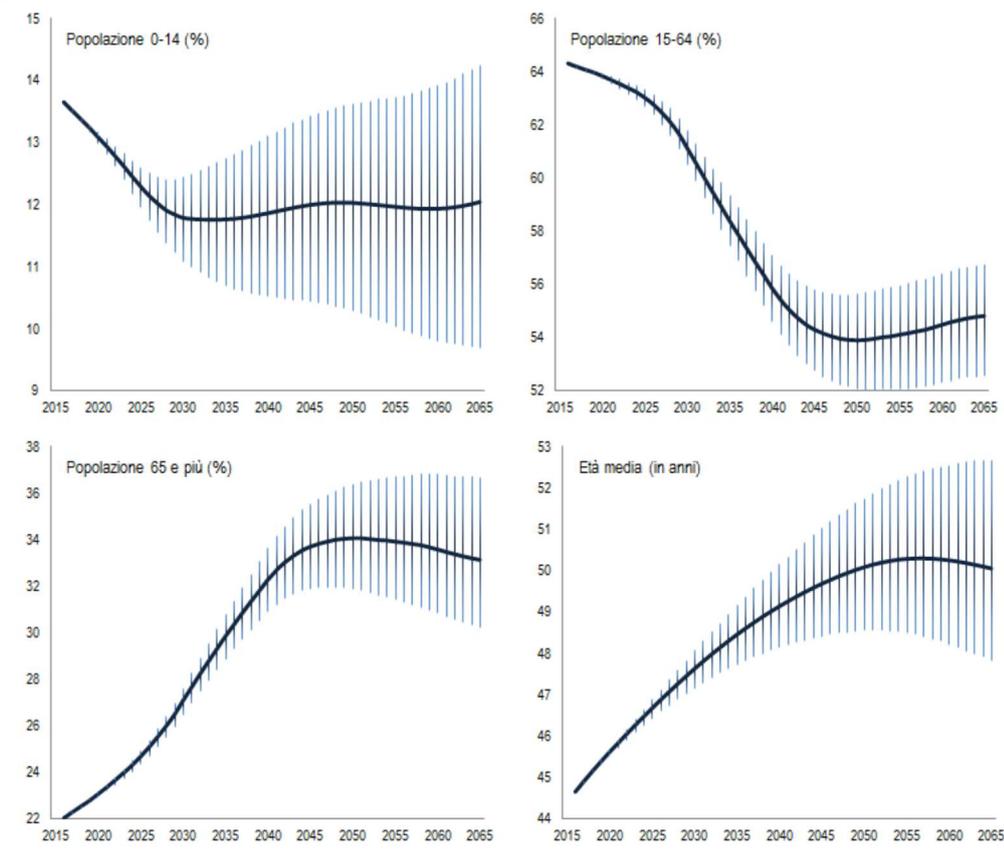
L'ARNAS Civico di Palermo è collocata nel contesto urbano della città di Palermo con due Presidi, il PO Civico e il PO G. Di Cristina, unico Presidio Pediatrico in ambito Regionale.

L'Azienda, che unitamente alle altre Aziende ospedaliere cittadine completa la rete sanitaria pubblica della città di Palermo con un'offerta sanitaria fra le più importanti e complete dell'intera Regione, opera in un'area fortemente urbanizzata, con una popolazione di 668.405 abitanti (fonte ISTAT 2018) con una superficie di 160,59 Km² ed una popolazione provinciale pari a 1.260.193 abitanti distribuita in 82 comuni.

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

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

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



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

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

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

Ed è noto che il progressivo invecchiamento della popolazione rappresenta una delle maggiori cause di ricorso ai sistemi sanitari. Ciò impone una diversa gestione del paziente ospedaliero, sia perché le esigenze individuali di natura alberghiera sono più complesse (e comportano l'aumento dei costi generali) sia perché, ancorché la dimissione sia sempre classificata con uno specifico DRG, la relativa degenza comporta spesso la gestione di casistiche "poli-patologiche".

Un simile contesto, non può che generare una domanda per le malattie cronico degenerative (tumori, malattie cardio e cerebrovascolari) che già rappresentano la stragrande maggioranza delle cause di morte, che se non adeguatamente governata a livello territoriale, rischia di determinare difficoltà a carico dei servizi ospedalieri.

4.2 Analisi del contesto interno

L'Atto Aziendale in atto vigente è stato adottato dall'ARNAS Atto Aziendale con deliberazione n.01 del 10 gennaio 2020. In corso di adozione la relativa dotazione.

Si rimanda alla Scheda n.1 per i Punti di Forza e di Debolezza.

5. Obiettivi Strategici

Con deliberazione n.96 del 13 marzo 2019 sono stati assegnati gli obiettivi Aziendali Generali, di Salute e di Funzionamento dei Servizi per gli anni 2019-2020.

Gli Obiettivi di Salute e Funzionamento dei Servizi, assegnati per il biennio 2019 - 2020 fanno riferimento ai seguenti ambiti:

La soglia minima di raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi è fissata al 60%; il mancato raggiungimento di tale soglia comporta la decadenza dell'incarico ai sensi dell'art.20, comma 6, della L.r. n.5/09.

Area/Obiettivi		Peso
1. Screening oncologici	<i>tumore della cervice uterina</i>	1
	<i>tumore della mammella</i>	1
	<i>tumore del colon retto</i>	1
2. Esiti	<i>Frattura del femore</i>	5
	<i>Parti cesarei</i>	5
	<i>Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI</i>	5
	<i>Colecistectomia laparoscopica</i>	5
3. Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa		10
4. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita		10
5. Pronto Soccorso – gestione del sovraffollamento		10
6. Donazione organi		9
7. Prescrizioni in modalità dematerializzata		7
8. Fascicolo Sanitario Elettronico		10
9. Percorso di Certificabilità		5
10. Piani di efficientamento e riqualificazione		5
11. Piani Attuativi Aziendali	<i>Area qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti</i>	9
	<i>Area assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria</i>	2
TOTALE PUNTEGGIO		100

OBIETTIVO 1: Screening	
<p>Gli screening oncologici (tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colonretto) sono posti fra i Livelli Essenziali di Assistenza in quanto efficaci nel ridurre la mortalità e devono essere garantiti a tutta la popolazione siciliana. Gli inviti devono raggiungere tutta la popolazione target (estensione 100%). I livelli di adesione richiesti dal Ministero della salute sono 50% per il tumore della cervice e del colonretto, 60% per il tumore della mammella.</p>	
Indicatore	valore obiettivo
Prenotazioni effettuate su richiesta dell'utente al CUP dell'AO direttamente sul programma gestionale degli screening dell'ASP	si
Partecipazione al PDTA screening e individuazione del referente clinico per ogni screening	si
Esecuzione delle prestazioni di approfondimento richieste dalla ASP	100%
Registrazione di tutti i dati dei casi inviati dalla ASP per approfondimento o terapia direttamente sul programma gestionale degli screening	100%

OBIETTIVO 2: Esiti	
SUB-OBIETTIVO 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65	
Indicatore	valore obiettivo
Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	94,3%
SUB-OBIETTIVO 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	
Indicatore	valore obiettivo
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1000 parti anno	< 25%
SUB-OBIETTIVO 2.3: Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI	
Indicatore	valore obiettivo
PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / numero totale di I.M.A. STEMI diagnosticati	> 91,8%
SUB-OBIETTIVO 2.4: Proporzioni di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	
Indicatore	valore obiettivo
Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	> 95,3%

OBIETTIVO 3 : Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA

Interventi per il governo dell'offerta [IGO]

- Definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali [IGO1]
- Apertura delle strutture ambulatoriali anche nelle ore serali e durante il fine settimana [IGO2]
- Aumentare l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva [IGO3]
- Incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, l'incremento delle sedute operatorie [IGO4]
- Acquisto prestazioni aggiuntive da erogare in regime libero professionale [IGO5]
- Attuazione del blocco dell'attività libero professionale [IGO6]
- Attivazione dell'Organismo paritetico regionale [IGO7]
- Definizione ed applicazione dei "percorsi di tutela" [IGO8]

- Rispetto dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero [IGO9]

- Riservare la classe di priorità P esclusivamente ai primi accessi e gestire separatamente gli accessi successivi [IGO10]
- Monitoraggio dei tempi massimi di attesa [IGO11]
- Centralizzare la totalità delle agende pubbliche e private accreditate [IGO12]
- Garantire l'interoperabilità provinciale ed interaziendale dei CUP [IGO13]
- Prevedere sistemi di sbarramento delle prenotazioni [IGO14]
- Attivare il servizio di disdetta telematica delle prenotazioni [IGO15]
- Garantire la totale visibilità dell'offerta pubblica e privata accreditata [IGO16]
- Garantire la gestione separata dei canali di accesso: "primi accessi" e "accessi successivi" [IGO17]
- Garantire un sistema di CUP online aggiornato in tempo reale [IGO18]
- Servizio di prenotazione tramite farmacie territoriali [IGO19]
- Garantire il governo del fenomeno della "prestazione non eseguita" [IGO20]
- Recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette [IGO21]
- Presa in carico del paziente cronico [IGO22]
- Informazione e comunicazione sulle liste di attesa, [IGO23]
- Vigilanza sulla sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale [IGO24]
- Coinvolgimento degli organismi di tutela [IGO25]
- Individuare gli ambiti territoriali di garanzia [IGO 27]

Rispetto dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero [IGO9]

Le aziende sanitarie del S.S.R. devono garantire, per classe di priorità, il rispetto dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero (non solo quelle oggetto di monitoraggio e descritte nel successivo capitolo 6) secondo i limiti fissati nelle tabelle sottostanti.

Classi di priorità per le prestazioni ambulatoriali (primi accessi)

Priorità/Tempi massimi di attesa

U (Urgente)-da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;

B (Breve)-da eseguire entro 10 giorni;

D (Differibile)-da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;

P (Programmata)-da eseguire entro 120 giorni.

Classi di priorità per le prestazioni in regime di ricovero

Classe/Tempi massimi di attesa e indicazioni

A-Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.

B- Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

C- Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

D-Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

OBIETTIVO 4 : garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR	
SUB-OBIETTIVO 4.1) Punti nascita	
Indicatore	valore obiettivo
Presenza di tutti i requisiti contemplati dalla Checklist	100,0%
SUB-OBIETTIVO 4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali	
Indicatore	valore obiettivo
Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio	si
Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730).	< 8%

OBIETTIVO 5 : Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento	
<p>Con D.A. 1584/2018 sono state adottate le “Linee di indirizzo alle aziende sanitarie per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di pronto soccorso della Regione Sicilia” pubblicate sulla GURS n. 41 del 21/9/2018 con lo scopo di fornire alle aziende sanitarie le strategie per contrastare e gestire il fenomeno del sovraffollamento nei servizi di Pronto Soccorso (PS) e prevenire le sue conseguenze negative in termini di outcome e potenziali eventi avversi.</p>	
SUB-OBIETTIVO 5.1: A. Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa– D.A. 1584/2018	
<p>Indicatore [5] : $Efficienza\ operativa\ (t) = Eff(t) = \frac{n. pz\ con\ permanenze > 24\ ore\ al\ PS\ al\ tempo\ t}{n. pz\ con\ permanenze < 24\ ore\ al\ PS\ al\ tempo\ t} = \frac{K2(t)+K3(t)}{K1(t)}$</p> <p>[valore atteso di accettabilità ≤ 0,5]</p>	
SUB-OBIETTIVO 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	
Indicatore	valore obiettivo
<p>Evidenza dell'attuazione dei seguenti adempimenti</p> <p>Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ;</p> <p>Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;</p> <p>Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento;</p> <p>Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori;</p>	si

OBIETTIVO 6: DONAZIONE ORGANI E TESSUTI	
Migliorare il procurement degli organi solidi e dei tessuti	
Indicatore	valore obiettivo
Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018 – 2020)	si
Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2020	> 20%
Riduzione tasso di opposizione alla donazione	< 38%
Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente)	> 30%
Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione.	si

OBIETTIVO 7: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE	
Implementare l'utilizzo delle prescrizioni dematerializzate	
Indicatore	valore obiettivo
% di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	> 45%
numero medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette DEM prescritte / medici abilitati)	> 120

OBIETTIVO 8: Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	
Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è lo strumento digitale regionale attraverso il quale il cittadino può consultare e gestire i propri documenti clinici, che potranno essere disponibili agli operatori sanitari, in caso di necessità, per finalità di cura	
Indicatore	valore obiettivo
% dei consensi informati acquisiti rispetto al numero dei pazienti ricoverati	> 5%
% dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	> 20%

OBIETTIVO 9: Sviluppo PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.)	
L'obiettivo intende assicurare che le Aziende del SSR provvedano entro il termine del 31.12.2009 alla piena realizzazione degli adempimenti che consentano di addivenire alla certificabilità dei bilanci aziendali, in coerenza alle previsioni del P.A.C.	
Indicatore	valore obiettivo
Implementazione, funzionalità e affidabilità delle azioni PAC - Conseguimento della Certificazione dei Bilanci Aziendali con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento	si

OBIETTIVO 10: Piani di efficientamento e riqualificazione (AO e AUO)	
L'obiettivo è costituito dalla presentazione all'Assessorato, da parte delle Aziende che non rientrano nei parametri previsti, del "piano di efficientamento e riqualificazione", entro 90 giorni dalla data di adozione del provvedimento di individuazione da parte dell'Assessorato stesso.	
Indicatore	valore obiettivo
Rispetto e completa realizzazione delle azioni previste a Piano, come da cronoprogramma - n° e % di sviluppo delle azioni previste a Piano rispetto al cronoprogramma	100%

OBIETTIVO 11: PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.)	
Il Piano Attuativo Aziendale si articola in tre Aree per le Aziende Sanitarie Provinciali e in due Aree per le Aziende Ospedaliere ed Universitarie, come di seguito.	
Indicatore: implementazione delle azioni previste per le specifiche aree	valore obiettivo
AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.1. Sicurezza dei pazienti 2.2. Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza 2.3. PDTA 2.4. Appropriatelyzza 2.5. Outcome 2.6. Trasfusionale	100%
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA 4.1. Cronicità 4.2. Fragilità 4.3. Disabilità e non autosufficienza 4.4. Privacy	100%

Inoltre, nell'ambito dell'Obiettivo 10-Piano di Efficientamento, l'ARNAS Civico G.Di Cristina Benfratelli si è data l'obiettivo della **“riorganizzazione dell'attività chirurgica per setting assistenziali e complessità di cura”** così come dal progetto triennale del Ministero della Salute - Direzione della Programmazione sanitaria, finalizzato al miglioramento della performance nell'utilizzo delle sale operatorie.

L'**obiettivo generale** del Progetto Ministeriale consiste nella **“creazione di un Network per la riorganizzazione dell'attività chirurgica per setting assistenziali e complessità di cura”**.

Gli **obiettivi specifici** del processo di cambiamento a livello Aziendale sono raggruppabili in 4 aree:

- 1) Efficienza /produttività delle Sale Operatorie
- 2) Appropriatelyzza dei setting chirurgici
- 3) Sicurezza delle cure
- 4) Efficacia delle cure

Obiettivi del Progetto Ministeriale

Area 1. Efficienza/produzione Blocchi/Sale Operatorie	
Obiettivo 1	Ridurre i tempi non chirurgici di SO fra un'incisione chirurgica e la successiva dall'attuale valore medio di 134 a 44 minuti (da gen_20 a dic_21)
1A	Ridurre il tempo medio tra ingresso paziente in sala e incisione chirurgica dall'attuale valore medio di 57 a 19 minuti (da gen_20 a dic_21)
1B	Ridurre il tempo medio tra uscita del paziente dalla sala e inizio intervento successivo dall'attuale valore medio di 77 a 25 minuti (da gen_20 a dic_21)
Obiettivo 2	Aumentare il Tempo chirurgico effettivo sul totale tempo di sala operatoria dall'attuale 42% al 78% (da gen_20 a dic_21)
Obiettivo 3	Aumentare il numero degli interventi chirurgici/anno del 36% (da gen_20 a dic_21)

Area 2. Appropriatazza dei setting chirurgici	
Obiettivo 1	Ridurre la degenza media pre-operatoria nei ricoveri ordinari chirurgici in elezione da un valore medio di 1,8 a 0,7 giornate (da gen_20 a dic_21)
1A	Centralizzazione Gestione Liste di attesa (entro mar_20)
1B	Centralizzazione Servizio di pre-ospedalizzazione (entro giu_20)
Obiettivo 2	Riduzione della percentuale dei DRG Chirurgici a Rischio di Inappropriatazza prodotti in elezione su ricoveri ordinari dal valore attuale del 19% ad un valore inferiore al 9% (da gen_20 a dic_21)
Obiettivo 3	Incremento della produzione dei DRG Chirurgici in regime di Day Service del 100% (da gen_20 a dic_21)
Obiettivo 4	Aumento del peso medio relativo ai DRG Chirurgici prodotti in regime ordinario da 1,6073 a 1,7073 (da ge_20 a dic_21)

Area 3. Sicurezza	
Obiettivo 1	Riduzione degli eventi avversi di SO valutabile dal n.di segnalazioni (da gen_20 a dic_21), l'obiettivo è l'azzeramento
Obiettivo 2	Riduzione del numero di contenziosi da intervento chirurgico del 50% (da gen_20 a dic_21)
Obiettivo 3	Riduzione della percentuale di DRG Chirurgici Complicati dal valore attuale del 12% ad un valore inferiore al 9% (da gen_20 a dic_21)

Area 4. Appropriatazza tecnica ed efficacia	
Obiettivo 1	Stesura LG per definire indicazioni e tempi di attesa per intervento chirurgico e per patologia (da gen_20 a giu_20)
Obiettivo 2	Implementazione delle LG all'ob1 (da Lug2_20 a Dic_21)
Obiettivo 3	Riduzione mortalità a 30 gg per gli interventi chirurgia maggiore rispetto a quanto riportato dal Piano nazionale Valutazione Esiti 2017 (gen_20 a dic_21)

6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Il processo di programmazione in Azienda nasce dall'unione tra gli obiettivi derivanti dalla Legge Regionale n°5 del 2009 ed il Decreto-legge n°78 del 31 maggio 2010, con cui la Regione Sicilia si è avvalsa della possibilità concessale di chiedere la prosecuzione del Piano di Rientro nei termini indicati nel Patto per la Salute. Sulla base di tali indicazioni sono state individuate strategie condivise ed è stato avviato un processo di responsabilizzazione di tutti gli operatori aziendali.

L'avvio del Processo di Valutazione sconta dei fisiologici margini di imprecisione, del resto preventivate dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche che, con Delibera n°112 del 2010, ha formalmente introdotto il principio della gradualità nell'adeguamento ai principi, oltre al miglioramento continuo del sistema di responsabilizzazione degli operatori basato sul Ciclo delle Performance.

È stato previsto un processo di distribuzione a cascata degli obiettivi, che parta dagli obiettivi che l'Azienda si è data con il Piano di Efficientamento, ed un collegamento diretto degli stessi ad un sistema di indicatori che ha la caratteristica di essere misurabile, trasparente ed oggettivo. Contestualmente, sono stati individuati anche i criteri sulla base dei quali procedere alle diverse tipologie di valutazione, anche attraverso il sistema di determinazione dei risultati attesi e di ponderazione degli obiettivi.

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

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

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

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

Il processo di budgeting, valutazione e verifica dei risultati (titoli II e III D.Lgs. 150/09)

Il Budget è lo strumento con il quale, annualmente, vengono trasformati piani e programmi aziendali in specifici obiettivi articolati rispetto alla struttura delle responsabilità organizzative ed economiche interne. Gli obiettivi in esso contenuti vengono definiti nel rispetto dei piani e dei programmi aziendali strategici scaturenti dalla *mission* aziendale e dagli obiettivi individuati dall’Assessorato regionale alla Salute quale organo di indirizzo politico amministrativo.

Gli obiettivi contenuti nel budget rappresentano un parametro di riferimento per la valutazione dei risultati conseguiti dall’organizzazione Aziendale e dalle singole unità operative anche ai fini del sistema premiante. Infatti, il sistema di budget è inteso come istituto con esso strettamente integrato.

Il 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.

Il Comitato Di Budget per l’anno 2020 è stato nominato con deliberazione n.1017 del 13/12/2019. Gli Obiettivi sono stati definiti e condivisi dal Comitato Aziendale nella riunione di insediamento del 24/12/2019.

Durante le sedute di budget tenutesi nella settimana che va dal 27 gennaio al 2 febbraio si è proceduto alla negoziazione degli obiettivi con i Direttori/Responsabili delle UOC/UOSD, sia dell’Area Sanitaria, che di quella Amministrativa e dello Staff.

Sono stati assegnati:

- **obiettivi strategici/gestionali** che 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; comprendono anche gli obiettivi sull’attività svolta, anch’essi declinati per ogni singola unità operativa che rispondono alle linee di indirizzo clinico da seguire nell’erogazione delle prestazioni, nell’ottica dell’efficientamento e della appropriatezza;
- **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;
- **obiettivi di formazione.**

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.

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- delle strutture complesse e semplici dipartimentali (“valutazione della performance organizzativa”);
- 2- dei singoli dipendenti e dirigenti (“valutazione della performance individuale”).

Per tutto il personale, comparto e dirigenza, la performance organizzativa della struttura di appartenenza, costituisce parte integrante del processo di erogazione del salario di risultato. Il peso attribuito a tale componente di performance varierà in funzione del livello di responsabilità, risultando massimo per i dirigenti responsabili di struttura e minimo per i ruoli del comparto.

Valutazione della performance organizzativa

La misurazione e la valutazione della performance organizzativa concerne “ciascuna struttura amministrativa nel suo complesso” (art. 7, co. 2, lett. a, d.lgs. 150/2009) e nelle sue articolazioni organizzative, con riferimento – nel caso specifico dell'Azienda ARNAS Civico – alle Strutture di Dipartimento e le Unità Operative come previsto in sede di Linee di Indirizzo Regionali e secondo modalità conformi alle direttive impartite dalla Commissione di cui all'articolo 13 del decreto legislativo n. 150/09.

Gli ambiti di misurazione e valutazione della performance organizzativa (art.8.d.lgs. 150/2009) riguardano:

- l'attuazione delle politiche attivate sulla soddisfazione finale dei bisogni della collettività;
- l'attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di raggiungimento dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- la promozione delle pari opportunità.

Nella misurazione della performance organizzativa i macro-ambiti di riferimento sono:

- il grado di attuazione della strategia: ha l'obiettivo di verificare quanto l'unità organizzativa metta in atto la *mission* aziendale in coerenza con gli obiettivi strategici affidati all'intera Azienda dall'Assessorato regionale della Salute;
- il portafoglio delle attività: ha l'obiettivo di verificare le attività e i servizi con i quali l'unità organizzativa si rapporta agli utenti, all'ambiente di riferimento ed ai portatori di interesse; in funzione dell'area di appartenenza della struttura sono inseriti nelle schede di valutazione specifici indicatori, in parte derivanti dalle indicazioni della L.R: 5/2009, nonché dal D.A. n°1821 del 24 settembre 2009.
- lo stato di salute dell'unità organizzativa: riguarda la verifica dello stato economico-finanziario, nel cui ambito misurare e valutare l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento dei costi e la sicurezza del luogo di lavoro.

Al termine del processo formale di determinazione e distribuzione degli obiettivi annuali, viene prodotta una scheda per la misurazione e la valutazione degli obiettivi organizzativi che comprenderà molteplici aree, direttamente o indirettamente collegate agli ambiti di riferimento di cui sopra, ma comunque in coerenza con quanto già descritto precedentemente.

Il punteggio complessivo conseguito dall'Unità organizzativa viene espresso in centesimi, ed indica il grado di conseguimento della performance organizzativa.

La misurazione dei risultati prevede che in azienda sia definito un processo di raccolta dei dati necessari della valorizzazione degli indicatori. Tale processo è abitualmente avviato dal Controllo di Gestione, che si avvale dei dati del sistema informativo aziendale, delle informazioni raccolte e verificate dalle altre strutture aziendali, e delle eventuali controdeduzioni formulate dai Responsabili di Struttura in corso d'anno o alla conclusione della prima iterazione della fase di verifica. Il modello di Scheda di Valutazione della Performance organizzativa (o di Struttura) può essere liberamente visionato all'interno dello specifico Regolamento Aziendale.

Valutazione della performance individuale dei dirigenti e del comparto

La misurazione e valutazione annuale della performance individuale riguarda tutto il personale dell'azienda, e, in base a quanto previsto dall'articolo 9 del D.lgs. n°150/09, è collegata "al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali, alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze dimostrate e ai comportamenti professionali e organizzativi".

Gli scopi prioritari della misurazione e valutazione della performance individuale (Delibera della CIVIT n°104 del 02 settembre 2010) sono i seguenti:

- evidenziare l'importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
- chiarire e comunicare che cosa ci si attende, in termini di risultati e comportamenti, dalla singola persona;
- supportare le persone nel miglioramento della loro performance (generare allineamento con gli obiettivi complessivi dell'azienda);
- valutare la performance e comunicare i risultati e le aspettative future alla singola persona (supportare l'allineamento);
- contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole;
- premiare la performance attraverso opportuni sistemi incentivanti;

- promuovere una corretta gestione delle risorse umane;

Il processo, i criteri e le regole di misurazione e valutazione delle performance vengono dettagliatamente esplicitati negli specifici regolamenti aziendali, tutti liberamente consultabili sul sito istituzionale.

7.2 Coerenza con la programmazione economico finanziaria e di bilancio

Il piano della performance non si limita ad individuare gli obiettivi strategici ed operativi da realizzare ma prevede una stretta relazione con le risorse a disposizione per il raggiungimento degli stessi. Il D.Lgs. 150/09 conferma in tale senso quanto già disciplinato in termini di responsabilizzazione, dal momento che qualunque contrattazione realizzata, a qualunque livello gerarchico avvenga, deve essere legata alla quantità e qualità di risorse messe a disposizione per la stessa.

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

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

7.3 Raccordo con il Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2020-2022

Questa Azienda, nel corso degli anni, ha adottato un compiuto sistema di valutazione che ha sistematizzato lo svolgimento delle attività connesse al ciclo della performance.

Nei vari Piani della Performance che si sono susseguiti nel tempo, nonché nel presente Piano, sono stati individuati, tra i principi generali e tra gli obiettivi strategici aziendali, la prevenzione della corruzione, la trasparenza e l'integrità.

Pertanto, in ossequio alla Legge n. 190/2012 e ss.mm.ii., questa ARNAS considera di prioritaria importanza il rafforzamento delle misure volte al contrasto del fenomeno corruttivo inteso in senso lato, comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte del soggetto pubblico del potere affidatogli per ottenerne vantaggi privati.

A tal fine, è altresì indispensabile dare attuazione ad un ciclo integrato, che garantisca la piena coerenza tra gli ambiti comuni sviluppati in tutti gli atti programmatici a valenza pluriennale e che, al contempo, ponga in essere le azioni di contrasto previste con la collaborazione di tutte le risorse disponibili.

Anche sulla base dell'esperienza fin qui maturata dall'Azienda, il contrasto efficace dei fenomeni corruttivi e l'attuazione di strategie mirate per la prevenzione, si configurano, certamente, non come un'attività statica e predefinita bensì, come un insieme di azioni orientate e finalizzate che vengono via via precisate, modificate, integrate o sostituite in relazione alle esigenze emerse, ai risultati ottenuti e agli input ricevuti a seguito delle verifiche e dei monitoraggi effettuati.

In questo ambito, occorre, quindi, perseguire i seguenti obiettivi generali:

- 1 - ridurre i casi di corruzione attraverso misure di prevenzione adeguate;
- 2 – aumentare la capacità di individuare i casi di corruzione attraverso una corretta analisi del rischio;
- 3 – promuovere maggiori livelli di trasparenza, anche attraverso l’implementazione di politiche in grado di valorizzare le risorse e le performance raggiunte dall’Azienda sia in ambito gestionale che assistenziale;
- 4 – creare un contesto generale sfavorevole alla corruzione attraverso la diffusione sempre più ampia della cultura dell’etica e dell’integrità in tutti i soggetti che lavorano e collaborano con l’Azienda, ed attraverso adeguati interventi formativi mirati ad una conoscenza capillare del Codice di comportamento. L’obiettivo è quello di coinvolgere il 100% delle strutture aziendali nelle attività formative di livello generale e gli operatori delle aree a rischio in quelle specifiche, compatibilmente con le risorse disponibili;
- 5 – utilizzare gli eventi corruttivi, che rappresentano la patologia del sistema, quali opportunità esperenziali, in termini di affermazione dell’integrità, anche attraverso la sinergia con gli strumenti di controllo interno capaci di ridurre sensibilmente il rischio che si verifichino siffatti eventi.

In considerazione di quanto sopra evidenziato, ciascuna U.O., nell’ambito della performance organizzativa, dovrà:

- attenersi al PTPCT e a quanto previsto dalla mappatura del rischio ad esso allegata;
- analizzare, secondo le proprie competenze, le diverse aree di rischio e individuare idonee misure di prevenzione;
- provvedere con tempestività e completezza ad alimentare il flusso dei dati verso “Amministrazione Trasparente”;
- provvedere alla compilazione annuale delle dichiarazioni di conflitto di interesse nonché al periodico aggiornamento in caso di variazioni;
- assicurare la disponibilità alle attività formative aziendali;
- fornire all’RPCT tutto il supporto necessario per l’espletamento delle attività previste dalla Legge.

L’intero insieme dei percorsi evidenziati per la predisposizione, attuazione e implementazione del PTPCT, vengono, quindi, inseriti in forma di obiettivi nel Piano della performance nel duplice versante della:

a) performance organizzativa, con particolare riferimento:

- all’attuazione di piani e misure di prevenzione della corruzione, nonché alla misurazione dell’effettivo grado di realizzazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti;
- allo sviluppo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso forme di partecipazione e collaborazione, al fine di stabilire quali risultati migliorativi riceve il rapporto con l’utenza dall’attuazione delle misure di prevenzione;

b) performance individuale, ove verranno inseriti:

- nel Piano della performance, gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori nonché ai dirigenti apicali delle UU.OO. aziendali, in base alle attività che svolgono;
- nel Sistema di misurazione e valutazione della performance, gli obiettivi, individuali e/o di gruppo, assegnati al personale che opera nei settori esposti alla corruzione.

Infine, dell'esito del raggiungimento degli specifici obiettivi in tema di contrasto alla corruzione, l'Azienda rende conto nella relazione della performance dove, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, verifica i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, rilevando gli eventuali scostamenti.

7.4 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

Per le motivazioni sopra espresse risulta evidente come il processo legato al ciclo della performance descritto non può essere considerato staticamente definitivo, ma rimane sempre passibile di sensibili aggiornamenti e modifiche.

Le azioni per un ulteriore miglioramento sono connaturate al processo stesso, dal momento che la profonda revisione del sistema di responsabilizzazione degli operatori ha già posto una serie di problematiche affrontate individuando soluzioni pratiche e fornendo utili spunti di riflessione oltre che una crescita professionale connaturata allo strumento del *"learning by doing"*.

Le scelte strategiche della Direzione Generale e il loro tradursi in direttive e obiettivi operativi dipendono da tre passaggi fondamentali, rappresentati dall'attivazione della rete ospedaliera, dalla determinazione delle piante organiche e dall'analisi dei carichi di lavoro.

Il Piano Programmatico Aziendale delle attività si pone come momento di esplicitazione a tutti i soggetti "portatori di interesse" (*stakeholders*), interni ed esterni, di tutto il percorso del ciclo di Programmazione e Controllo aziendale in coerenza con l'equilibrio economico-finanziario definito con il bilancio di previsione, il capitale umano e le risorse strumentali disponibili.

Nei prossimi tre anni questa ARNAS si propone di implementare modelli assistenziali innovativi finalizzati da un lato a rispondere a logiche di efficienza e di produttività, dall'altro a garantire coerenza tra bisogno di salute e *"setting"* della risposta assistenziale, fra integrazione clinica multidisciplinare e integrazione con la ricerca e la didattica.

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

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

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

1. **Economicità**: mantenimento dell'equilibrio finanziario, economico e patrimoniale, e riduzione dell'indebitamento;

2. **Efficacia esterna:** soddisfacimento dei bisogni di salute della collettività con particolare attenzione alla qualità dell'offerta sanitaria;
3. **Efficacia organizzativa:** riqualificazione continua dell'organizzazione in risposta agli stimoli al cambiamento, esterni ed interni, e al costante aggiornamento professionale e delle competenze;
4. **Efficacia interna:** raggiungimento degli obiettivi posti in capo ai soggetti che a vario titolo sono chiamati a realizzare le proprie finalità istituzionali.

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

7.4.1 Interventi Area Sanitaria

Nel corso del 2020 l'Azienda si propone di portare avanti il percorso di riorganizzazione delle attività sanitarie previsto nel Piano di efficientamento Aziendale mediante l'implementazione e il consolidamento di modelli assistenziali innovativi finalizzati da un lato a rispondere a logiche di efficienza e di produttività, dall'altro a garantire coerenza tra bisogno di salute e "setting" della risposta assistenziale, fra integrazione clinica multidisciplinare e integrazione con la ricerca e la didattica.

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

Riorganizzazione Logistica

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

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

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

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

7.4.2 Interventi Area Amministrativa

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

Scheda n.1 - Analisi del contesto esterno ed interno

Punti di forza

- presenza di tutte le specialità medico sanitarie in quanto ARNAS;
- alta competenza tecnico-professionale;
- garanzia dell'espletamento degli interventi chirurgici complessi in emergenza, al PO Civico, con un approccio multispecialistico e multidisciplinare, per fare "quanto occorre nello stesso tempo e in un unico posto".

Punti di debolezza

- Articolazione in padiglioni separati che comporta:
 - ritardi sull'iter diagnostico terapeutico;
 - aumento dei costi di gestione con difficoltà ad ottimizzare i turni di guardia,
 - duplicazione di attrezzature medicali
 - mancanza di un polo chirurgico unico.
- Frammentazione logistica del reparto di Oculistica in più padiglioni.
- Mancanza di un reparto di Ortopedia Pediatrica al PO Di Cristina, sede di Trauma center Pediatrico.
- Vetustà del parco tecnologico disponibile in quasi tutte le discipline.
- Necessità di opere di ristrutturazione che rispondano a logiche organizzative di edilizia sanitaria moderna, nel rispetto della normativa vigente in tema di sicurezza.
- Integrazione ospedale territorio poco sviluppata.
- 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; mancanza di un sistema informativo dedicato al controllo di gestione.
- Elevata età media del personale in servizio e presenza di numerose limitazioni.
- Difficoltà di reclutamento di professionisti afferenti a specifiche discipline quali medici di Pronto Soccorso, Neuroradiologi ed Anestesisti.

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

Analisi caratteri qualitativi/quantitativi delle risorse umane

Indicatori	Valore 2018
Età media del personale (anni)	52
Età media dei dirigenti (anni)	52
Percentuale di dipendenti in possesso di laurea	52%
Percentuale di dirigenti in possesso di laurea	100%
Ore di formazione media per dipendente	10
Costi di formazione/spese del personale	38.179 €

Analisi Benessere Organizzativo

Indicatori	Valore 2018
Tasso di assenze	29%
Stipendio medio percepito dai dipendenti	€ 57.008,31
Percentuale di personale assunto a tempo indeterminato	88%

Analisi di Genere delle Risorse Umane

Indicatori	Valore 2018
Percentuale di dirigenti donne	47%
Percentuale di donne rispetto al totale del personale	53%
Percentuale di personale donna assunto a tempo indeterminato	86%
Età media del personale femminile (dirigenti e non)	51
Percentuale di personale femminile con laurea	53%
Ore di formazione media per dipendente di sesso femminile	10

Fonte dei dati: Flusso del personale 2018

Scheda n.3 – Rilevazione obiettivi/indicatori

Obiettivi UUOO Area Sanitaria

Cod.OB.	OB_DESCR	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	VALORE_ATTESO	Area Obiettivo
A.02	Tempestività degli interventi a seguito di frattura femore	A.02.1	Interventi effettuati entro 48h dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65 ricoverati nei Presidi Aziendali (dopo analisi puntuale UOS Qualità)	90%	Strategico/ Gestionale
A.03	Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. stemi	A.03.1	PTCA effettuate entro il giorno successivo a quello del ricovero / N° totale di I.M.A. stemi diagnosticati su pazienti ricoverati	91% (valore minimo 60%)	Strategico/ Gestionale
A.05	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni.	A.05.1	n.colecistectomie laparoscopiche con degenza post-dimissione < 3 gg/n.totale colecistectomie laparoscopiche	97% (valore minimo 70%)	Strategico/ Gestionale
A.09	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	A.09.1	degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	< 1	Strategico/ Gestionale
A.11	Appropriatezza della prescrizione di esami diagnostici di laboratorio	A.11.1	Condivisione dei criteri di appropriatezza di richiesta degli esami diagnostici a più elevato costo con i reparti richiedenti e produzione relativo documento	Si	Strategico/ Gestionale
A.12	Miglioramento del grado di utilizzo dei posti letto di ricovero ordinario	A.12.1	Tasso di occupazione nel rispetto dell'appropriatezza del regime di ricovero	> 90%	Strategico/ Gestionale
A.14	Monitoraggio e governo della incidenza dei parti cesarei	A.14.1	Parti cesarei su donne non precesarizzate (cesarei primari) / Totale parti di donne nei Presidi Aziendali	≤25%	Strategico/ Gestionale
A.16	Valutazione dell'appropriatezza della richiesta di esami TAC ed RMN	A.16.1	n.valutazioni TAC-RMN richieste dai reparti di degenza /n.TAC-RMN richieste	100%	Strategico/ Gestionale
A.18	Rendicontazione trimestrale alla UO "Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico" delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e dei costi per servizi sostenuti per l'erogazione degli stessi	A.18.1	produzione report	SI/NO	Strategico/ Gestionale
A.20	Valutazione dell'appropriatezza della richiesta di esami scintigrafici	A.20.1	n.valutazioni richieste dai reparti di degenza /n. richieste	100%	Strategico/ Gestionale
A.21	Vigilanza sull'attivazione dei Posti Letto aziendali	A.21.1	n.verifiche effettuate	12 verifiche	Strategico/ Gestionale
A.22	Vigilanza pasti con visite periodiche della commissione	A.22.1	n.verifiche effettuate	≥ 6 verifiche	Strategico/ Gestionale
A.23	Monitoraggio dati concernenti i rifiuti ospedalieri distinti per singola U.O.	A.23.1	invio mensile report in formato elettronico excel entro 15 giorni dalla chiusura del mese all'UO Flussi informativi e monitoraggio strategico	SI/NO	Strategico/ Gestionale
A.24	Attività di trasporto alle strutture delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale di organi, emoderivati e materiali sanitari	A.24.1	Report annuale su: - trasporti primari e secondari; - trasporto del sangue;	SI/NO	Strategico/ Gestionale
A.25	Gestione del rapporto con l'utenza dell'emergenza, secondo le linee guida della Regione siciliana e del Servizio sanitario regionale.	A.25.1	Resoconto conclusivo sulle attività della U.O.	SI/NO	Strategico/ Gestionale
A.26	Controlli di qualità e accettazione	A.26.1	Accettazione e controlli di qualità sulle apparecchiature utilizzate in Radioterapia Oncologica, Medicina Nucleare, TAC, Mammografi e apparecchiature radiodiagnostica	100%	Strategico/ Gestionale
A.27	Soddisfacimento degli studi fisico-dosimetrici per i piani di terapia richiesti	A.27.1	Numero dei piani effettuati/numero piani richiesti	100%	Strategico/ Gestionale
A.28	Completezza della cartella clinica e radioterapica	A.28.1	numero cartelle complete/ numero totale cartelle	100%	Strategico/ Gestionale
A.29	Predisporre un modello organizzativo che contemperi appropriatezza clinica e corretto utilizzo delle risorse, attraverso il trasferimento dei neonati da Terapia Intensiva a Patologia Neonatale nel corso del ciclo di cura	A.29.1	Produzione della procedura	SI/NO	Strategico/ Gestionale
A.30	Servizi-Miglioramento tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	A.30.1	richieste interne esitate entro i tempi tecnici previsti/n totali di richieste interne (tempo tecnico da comunicare in seduta) - produzione report trimestrale da parte del Primario	100%	Strategico/ Gestionale
A.31	Miglioramento appropriatezza prescrittiva esami estemporanei	A.31.1	Aggiornamento e deliberazione documento aziendale miglioramento appropriatezza prescrittiva esami estemporanei.	SI/NO	Strategico/ Gestionale
A.32	Miglioramento della corretta compilazione del registro operatorio on-line (fino alla data di implementazione del nuovo registro operatorio informatizzato)	A.32.1	n. procedure anestesiolgiche di SO correttamente compilate su registro operatorio on-line (in tutte le sue parti)/n. procedure anestesiolgiche di SO effettuate	100%	Strategico/ Gestionale
A.33	Miglioramento della corretta compilazione del registro operatorio on-line	A.33.1	n. procedure chirurgiche correttamente compilate su registro operatorio on-line (in tutte le sue parti)/n. procedure chirurgiche effettuate	100%	Strategico/ Gestionale
A.35	Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione	A.35.1	Realizzazione di almeno una iniziativa formativa	SI/NO	Formazione
A.36	Rendicontazione trimestrale dell'attività aziendale di accertamento di morte, tasso di opposizione alla donazione e procurement di cornee in toto	A.36.1	Trasmissione report trimestrale alla UO Flussi Informativi	SI/NO	Strategico/ Gestionale
A.37	Donazione organi e tessuti	A.37.1	Incremento del numero di accertamento di morte con metodo neurologico nell'anno 2020 non inferiore al 20% rispetto all'anno 2019	> 20% del 2019	Strategico/ Gestionale
A.43	Riduzione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso	A.43.1	n.posti letto giornalieri forniti al PS	90% (standard PAGS PL/DIE)	Strategico/ Gestionale
A.44	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni di ricovero in tutte le classi di priorità	A.44.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	100%	Strategico/ Gestionale
A.45	Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in tutte le classi di priorità (primi accessi)	A.45.1	n.prestazioni erogate entro i tempi previsti/n.prestazioni complessive	100%	Strategico/ Gestionale
A.46	Riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	A.46.1	n. prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati (solo ordinari) entro 72h dalla richiesta/n. totale prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati (solo ordinari)	100%	Strategico/ Gestionale
A.47	Aumento Attività Chirurgica	A.47.1	N. drg chirurgici da incrementare rispetto al 2019		Strategico/ Gestionale
A.48	Rispetto dei criteri di accettazione in OBI secondo disciplinare tecnico EMUR 9.1	A.48.1	Numero pazienti accettati in OBI con diagnosi previste da disciplinare / n. totale pazienti accettati in OBI	100 %	Strategico/ Gestionale

Piano delle Performance 2020 – ARNAS Civico G. Di Cristina Benfratelli

Cod.OB.	OB_DESCR	N_IND	INDICATORE_DL_RISULTATO	VALORE_ATTESO	Area Obiettivo
G.01	Contenimento dei consumi: rispetto del valore di consumo medio di Beni Sanitari e Personale (Farmaci, Dispositivi medici e Personale parametrato all'attività)	G.01.1	consumo dispositivi medici e farmaci+ costo del personale/attività	< =2019	Strategico/ Gestionale
G.02	Tempestività compilazione/inserimento sul SI delle Schede di dimissione ospedaliera: inserimento sul SI delle SDO entro 7 gg dalla dimissione	G.02.1	n. SDO trasmesse / n.dimessi	100%	Strategico/ Gestionale
G.04	Applicazione del Piano per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	SI/NO	Strategico/ Gestionale
G.05	Fascicolo sanitario elettronico	G.05.1	Consensi informati acquisiti/numero dei pazienti ricoverati o numero dei pazienti (ambulator.)	>5%	Strategico/ Gestionale
G.06	Corretta e puntuale gestione del Pilastro Beni (per la parte di competenza)	G.06.1	Manutenzione anagrafiche Puntuale risposta alla segnalazione dei errori o incompletezza del pilastro	SI/NO	Strategico/ Gestionale
G.07	Verifica dei magazzini decentrati: Verifica periodica, anche a campione, delle giacenze rilevate presso i magazzini decentrati presenti in azienda	G.07.1	produzione documento di verifica	SI	Strategico/ Gestionale
G.08	Corretta gestione dei dati relativi al Flusso T: Inserimento dei dati relativi al Flusso T ed invio alla "UOS Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico" della attestazione di qualità entro 7 giorni dalla chiusura del mese di riferimento	G.08.1	n.attestazioni inviate entro i termini/n.invii previsti	100%	Strategico/ Gestionale
G.09	Corretta gestione dei dati relativi al Flusso F - Dispensazione Diretta: Inserimento dei dati relativi al Flusso F ed invio alla "UOS Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico" della attestazione di qualità entro 7 giorni dalla chiusura del mese di rif	G.09.1	n.attestazioni inviate entro i termini/n.invii previsti	100%	Strategico/ Gestionale
G.10	Prescrizioni dematerializzate	G.10.1	Numero prescrizioni dematerializzate	> 180 a medico	Strategico/ Gestionale
G.11	customer satisfaction paziente pediatrico diabetico	G.11.1	Somministrazione questionario pazienti pediatrici diabetici e famiglie	50%	Strategico/ Gestionale
G.12	Ridurre il disagio psicoadolescenziale.	G.12.1	Organizzazione in Neuropsichiatria Infantile di gruppi di sostegno psicologico per adolescenti e genitori	SI/NO	Strategico/ Gestionale
G.13	Adempimenti LEA anno 2018: verifica e riconciliazione flussi farmaci (CFO - DD) - Modello CE	G.13.1	individuazione e com. all'UOS FIMS, della data export estrazione giacenze trim. magazzini informatici di reparto e farmacia, e trasm. Trim.report di dettaglio, per sotto conto aziendale, del valore delle giacenze comunicate per il modello CE di periodo	SI	Strategico/ Gestionale
G.14	Obbligo di frequenza del corso: "La radioprotezione nell'esposizione medica"	G.14.1	Obbligo di frequenza e superamento del questionario finale di apprendimento del corso: "La radioprotezione nell'esposizione medica"	>80% op.radioesposti	Formazione
G.15	Gestione import. Autom. Anagrafiche beni sanitari (ob. Condiviso con le UOC Provveditorato e Gestione Tecnica-ICT). Introduz. Meccanismi controllo x verif. Corretta importazione degli attributi beni sanitari acquistati entro aprile 2020 (pilastro beni 2Q)	G.15.1	n.segnalazioni attributi non corretti/n.attributi	0%	Strategico/ Gestionale
G.16	Gestione dell'aggiornamento delle anagrafiche relative ai beni sanitari (obiettivo condiviso con UOC Gestione Tecnica-ICT). Attivazione di una connessione con le anagrafiche di livello nazionale entro aprile 2020.	G.16.1	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stata attivata la connessione con le anagrafiche a livello nazionale	SI	Strategico/ Gestionale
G.17	Aumeto delle competenze degli operatori di PS, in ambito di emergenza urgenza, con particolare riferimento ai privilege.	G.17.1	Numero operatori Formatati sul Numero Totale Operatori	>=10%	Formazione
Q.01	Appropriatezza Esami Scintigrafici Misurazione applicazione linee guida	Q.01.1	invio report con cadenza trimestrale / anno	100%	Qualità
Q.02	Sicurezza sala operatoria	Q.02.1	Applicazione Check list sala operatoria e somm. antibiotico profilassi (adiso):n. voci soddisfatte questionario/n.totale di voci previste	90%	Qualità
Q.03	Controlli qualità	Q.03.1	Invioreport trimestrale/anno esiti dei controlli ad U.O. Qualità	100%	Qualità
Q.04	Lotta infezioni ospedaliere	Q.04.1	Applicazione check list dress code / 3 on site visit uo qualità in anno	90%	Qualità
Q.05	Azioni previste dal Decreto. Ass. Blood Management	Q.05.1	elaborazione di un pdta blood management	approvazione 1 PDTA	Qualità
Q.06	Accreditamento SIED	Q.06.1	Mantenimento indicatori accreditamento:invio report con cadenza trimestrale / anno	100%	Qualità
Q.07	Sicurezza delle cure	Q.07.1	invio report monitoraggio procedura valori panico con cadenza trimestrale / anno	100%	Qualità
Q.08	Lotta infezioni ospedaliere	Q.08.1	Invio report Monitoraggio uso antibiotici am stw con cadenza trimestrale / anno	100%	Qualità
Q.09	Procedure sedazione paziente	Q.09.1	Mantenimento indicatori previsti nella procedura sedazione paziente : invio report con cadenza trimestrale / anno	100%	Qualità
Q.11	Azioni previste dal Decreto. Ass. PDTA Cardio Oncol.	Q.11.1	invio report con cadenza trimestrale / anno	100%	Qualità
Q.12	Malnutrizione in ospedale	Q.12.1	valutazione minnesota in over 65 / totale over 65 ricoverati	90%	Qualità
Q.13	Miglioramento qualità documentazione clinica (PACA)	Q.13.1	Corretta compilazione Scheda Terapia Unica: n. di stu correttamente compilate in campione paca/n. stu valutate nel campione paca 2020	90%	Qualità
Q.14	Miglioramento qualità documentazione clinica (PACA)	Q.14.1	n. di stu correttamente compilate in campione paca/n. stu valutate nel campione paca 2020	90%	Qualità
Q.15	Revisione del manuale della Qualità della UO	Q.15.1	Trasmissione all'UO Qualità del manuale revisionato	SI/NO	Qualità

Dipartimento Amministrativo

BUDGET 2020						
OBIETTIVI DELLE AREE AFFERENTI AL DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO - UOC ECONOMICO FINANZIARIO						
Parte 1 - Obiettivi di attività						
OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE	PESO Raggiunto
Gestione ed elaborazione dei modelli di rilevazione periodiche economiche e patrimoniali (Mod. CE ed SP) e riscontro di ogni richiesta dati da parte della regione inerente il Bilancio e la contabilità aziendale.	n. modelli trasmessi nei tempi previsti/n.modelli richiesti	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Puntualità dei pagamenti 1: registrazione contabile delle fatture su piattaforma di fatturazione elettronica entro 15 gg dalla ricezione delle stesse	n.medio di giornate impiegate per la registrazione delle fatture	<= 15 gg	8	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio < = 15 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg	la verifica delle registrazioni verrà effettuata su un campione di 50 fatture	
Puntualità dei pagamenti 3: predisposizione degli ordinativi di pagamento sulla scorta della effettiva trasmissione dei provvedimenti amministrativi adottati dalle Aree competenti	n.medio di giornate impiegate per la definizione delle procedure propedeutiche al processo di pagamento	<= 20 gg	14	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio < = 20 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg	previa verifica positiva di Equitalia, DURC, Pignoramenti e disponibilità di cassa	
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n.azioni intraprese/n.attività previste	100%	14	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	fatto eccezione agli effetti contabili afferenti alla procedura straordinaria del Patrimonio che l'Azienda dovrà porre in essere con apposita gara	
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n.adempimenti effettuati entro 5gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC	100%	14	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza - aggiornamento 2019.	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	12	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Parte 2 - Obiettivi legati a "Servizi di consulenza direzionale per il supporto all'Assessorato Salute della Regione Siciliana nelle attività connesse al mantenimento, alla gestione ed all'evoluzione del modello di monitoraggio del Sistema Sanitario Regionale ed al consolidamento delle attività e dei processi per il controllo di gestione"						
OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE	PESO Raggiunto
Definizione formale di ruoli e responsabilità relativamente al personale operativo. Formalizzazione di ruoli, tempistiche e modalità di coordinamento del personale operativo sugli argomenti oggetto del piano di miglioramento.	Produzione documento che definisca quanto previsto negli obiettivi del piano entro febbraio 2020	SI	10	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.	Obiettivi già condiviso in data 17/10/2019 in presenza del Direttore Amministrativo, a seguito della nota Assessoriale prot.69935 dell'11/10/2019, e trasmesso al Dirigente Generale del Dipartimento Pianificazione Strategica dell'Assessorato alla salute dal Direttore Generale con nota 12309 del 17/10/2019.	
Definizione di ruoli e responsabilità nell'attività caratteristica di CdG. Individuazione delle risorse coinvolte nell'attività di controllo dei feedback segnalati dal CdG	Produzione documento che definisca quanto previsto in obiettivo entro febbraio 2020	SI	10	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.		
Formalizzazione di procedure a supporto del Controllo di Gestione: Definizione ed implementazione di procedure utili a valutare la qualità dei dati prodotti	Formalizzazione entro febbraio 2020 Implementazione entro aprile 2020	SI	10	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato adottato con delibera il documento indicato e se lo stesso sia stato implementato.		

BUDGET 2020						
OBIETTIVI DELLE AREE AFFERENTI AL DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO - UOC Povvedorato						
						
Parte 1- Obiettivi di attività						
OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE	PESO Raggiunto
Gestione e monitoraggio della trasmissione all'Assessorato Regionale dei Flussi Informativi, ed analisi delle eventuali problematiche rilevate	n.attività espletate nei tempi previsti/n.attività richieste	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 70% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100% - del 15% se compresi tra 70 e 90%.		
Redazione CE trimestrale: produzione di relazione dettagliata relativa ai costi sostenuti e ai macroaggregati economici di gestione trasmissione all'UOC SEF entro il 15° giorno del mese successivo al trimestre di riferimento	n. relazioni trasmesse entro le scadenze fissate/n. relazioni previste	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 75% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 75 e 100%		
Puntualità nei pagamenti 2: definire il processo di autorizzazione ai pagamenti previa verifica di corrispondenza tra prestazione e/o bene ricevuto rispetto a quello addebitato all'Azienda entro 25 gg dalla data di registrazione della fattura su Piattaforma fatturazione elettronica (a carico del SEF)	n.medio di giornate impiegate per la definizione del processo di autorizzazione pagamenti	<= 25 gg	12	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio <= 25 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg		
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n.azioni intraprese/n.attività previste	100%	12	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n.adempimenti effettuati entro 5gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza - aggiornamento 2019.	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Collaborazione alla centrale di committenza ai fini del conseguimento di economie di scala e dell'efficiamento delle procedure di appalto	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Raggiungimento del target di spesa certificata per i Fondi Europei	n.documenti inviati entro i tempi previsti dall'Assessorato della salute/n.documenti richiesti	100%	4	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Parte 2 - Obiettivi legati a "Servizi di consulenza direzionale per il supporto all'Assessorato Salute della Regione Siciliana nelle attività connesse al mantenimento, alla gestione ed all'evoluzione del modello di monitoraggio del Sistema Sanitario Regionale ed al consolidamento delle attività e dei processi per il controllo di gestione"						
OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE	PESO Raggiunto
Definizione formale di ruoli e responsabilità relativamente al personale operativo. Formalizzazione di ruoli, tempistiche e modalità di coordinamento del personale operativo sugli argomenti oggetto del piano di miglioramento.	Produzione documento che definisca quanto previsto negli obiettivi del piano entro febbraio 2020	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.	Obiettivi già condiviso in data 17/10/2019 in presenza del Direttore Amministrativo, a seguito della nota Assessoriale prot.69935 dell'11/10/2019, e trasmesso al Dirigente Generale del Dipartimento Pianificazione Strategica dell'Assessorato alla salute dal Direttore Generale con nota 12309 del 17/10/2019.	
Definizione di ruoli e responsabilità nell'attività caratteristica di CdG. Individuazione delle risorse coinvolte nell'attività di controllo dei feedback segnalati dal CdG	Produzione documento che definisca quanto previsto in obiettivo entro febbraio 2020	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.		
Formalizzazione di procedure a supporto del Controllo di Gestione: Definizione ed implementazione di procedure utili a valutare la qualità dei dati prodotti	Formalizzazione entro febbraio 2020 Implementazione entro aprile 2020	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato adottato con delibera il documento indicato e se lo stesso sia stato implementato.		
Gestione dell'importazione automatica delle anagrafiche relative ai beni sanitari (obiettivo condiviso con la UOC Farmacia e Gestione Tecnica-ICT).	Introduzione, entro aprile 2020, di meccanismi di controllo volti a verificare la corretta importazione degli attributi dei beni sanitari acquistati	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati siano stati definiti i criteri per la corretta importazione degli attributi dei beni sanitari acquistati (verifica pilastro beni).		
Gestione dei contratti multi-CIG assicurando il rispetto delle condizioni indicate dalle linee guida 1277/2017.	Applicazione, entro aprile 2020, delle linee guida del DDG 1277/2017 relativamente alla corretta associazione "Identificativo contratti-CIG"	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se alla trasmissione del pilastro beni non vengano rilevati dai controlli Assessoriali errori relativo all'oggetto.		
Gestione dei contratti multi-CIG assicurando il rispetto delle condizioni indicate dalle linee guida 1277/2017 (obiettivo Condiviso con UOC Gestione Tecnica-ICT).	Definizione e formalizzazione di ruoli, responsabilità, tempistiche e modalità di coordinamento, entro febbraio 2020, del personale operativo/strutture organizzative coinvolte nel processo di produzione e controllo di coerenza dei dati prodotti	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.		

BUDGET 2020						
OBIETTIVI DELLE AREE AFFERENTI AL DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO - UOC Risorse Umane						
Parte 1- Obiettivi di attività						
OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE	PESO Raggiunto
Gestione e monitoraggio della trasmissione all'Assessorato Regionale dei Flussi Informativi, ed analisi delle eventuali problematiche rilevate	n.attività espletate nei tempi previsti/n.attività richieste	100%	7	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 70% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100% - del 15% se compresi tra 70 e 90%		
Redazione CE trimestrale: produzione di relazione dettagliata relativa ai costi sostenuti e ai macroaggregati economici di gestione trasmissione all'UOC SEF entro il 15° giorno del mese successivo al trimestre di riferimento	n. relazioni trasmesse entro le scadenze fissate/n. relazioni previste	100%	7	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 75% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 75 e 100%		
Rideterminazione dei fondi della contrattazione integrativa e monitoraggio trimestrale sulla relativa spesa	n.proposte rideterminazione fondi effettuate/n.proposte previste	n.proposte effettuate/n. proposte previste	7	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n.azioni intraprese/n.attività previste	100%	14	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n.adempimenti effettuati entro 5gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC	100%	7	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Puntualità nei pagamenti 2: definire il processo di autorizzazione ai pagamenti previa verifica di corrispondenza tra prestazione e/o bene ricevuto rispetto a quello addebitato all'Azienda entro 25 gg dalla data di registrazione della fattura su Piattaforma fatturazione elettronica (a carico del SEF)	n.medio di giornate impiegate per la definizione del processo di autorizzazione pagamenti	<= 25 gg	14	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio <= 25 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg		
Monitoraggio dell'osservanza delle direttive aziendali verso il personale	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	7	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza - aggiornamento 2019.	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	7	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Parte 2 - Obiettivi legati a "Servizi di consulenza direzionale per il supporto all'Assessorato Salute della Regione Siciliana nelle attività connesse al mantenimento, alla gestione ed all'evoluzione del modello di monitoraggio del Sistema Sanitario Regionale ed al consolidamento delle attività e dei processi per il controllo di gestione"						
OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE	PESO Raggiunto
Definizione formale di ruoli e responsabilità relativamente al personale operativo. Formalizzazione di ruoli, tempistiche e modalità di coordinamento del personale operativo sugli argomenti oggetto del piano di miglioramento.	Produzione documento che definisca quanto previsto negli obiettivi del piano entro febbraio 2020	SI	4	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.		
Definizione di ruoli e responsabilità nell'attività caratteristica di CdG. Individuazione delle risorse coinvolte nell'attività di controllo del feedback segnalati dal CdG	Produzione documento che definisca quanto previsto in obiettivo entro febbraio 2020	SI	4	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.		
Formalizzazione di procedure a supporto del Controllo di Gestione: Definizione ed implementazione di procedure utili a valutare la qualità dei dati prodotti	Formalizzazione entro febbraio 2020 implementazione entro aprile 2020	SI	4	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato adottato con delibera il documento indicato e se lo stesso sia stato implementato.		
Mappatura e riallocazione del personale nei centri di costo corretti e Rilevazione personale non dipendente	Mappatura completa delle singole risorse al fine di individuare i centri di costo di competenza e provvedere alla corretta allocazione del personale entro febbraio 2020. Rilevazione del personale non dipendente come disciplinato dal DDG 1215/2016.	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se al Flusso Personale tutte le risorse risulteranno allocate (compresi i non dipendenti) e se il ricontro dai Direttori di UO all'invio dei report nominativi trasmessi, sarà positivo per almeno il 95% delle risorse allocate.	Obiettivi già condiviso in data 17/10/2019 in presenza del Direttore Amministrativo, a seguito della nota Assessoriale prot.69935 dell'11/10/2019, e trasmesso al Dirigente Generale del Dipartimento	
Gestione del campo "data prima assunzione"	Applicazione delle linee guida, DDG 1215/2016, relativamente alla corretta compilazione del campo "data di prima assunzione" entro febbraio 2020.	SI	3	L'obiettivo si intende raggiunto se al Flusso Personale tutti i campi saranno correttamente gestiti.	Pianificazione Strategica dell'Assessorato alla salute dal Direttore Generale con nota 12309 del 17/10/2019.	
Riconciliazione del fabbisogno del personale con la dotazione organica (obiettivo condiviso con Area Tecnica)	Predisposizione, ad uso interno, di un campo che consenta di riconciliare il fabbisogno del personale con la dotazione organica entro febbraio 2020	SI	3	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.		
Rilevazione tempestiva delle ore SUES (obiettivo condiviso con Area Tecnica)	Predisposizione di un piano di invio mensile dei dati da parte della centrale operativa SUES 118 entro febbraio 2020	SI	3	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.		
Alimentazione del modulo giuridico relativo al personale dipendente	Introduzione di alert e vincoli a sistema che segnalino la mancata alimentazione delle informazioni di carattere giuridico (data prima assunzione, aspettative, inidoneità, % di attribuzione CdC...) entro febbraio 2020	SI	4	L'obiettivo si intende raggiunto se al Flusso Personale al 1 trimestre 2020 tutti i campi saranno correttamente gestiti.		

BUDGET 2020						
OBIETTIVI DELLE AREE AFFERENTI AL DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO - UOC Affari Generali						
Parte 1 - Obiettivi di attività						
OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE	PESO Raggiunto
Gestione e monitoraggio della trasmissione all'Assessorato Regionale dei Flussi Informativi, ed analisi delle eventuali problematiche rilevate	n.attività espletate nei tempi previsti/n.attività richieste	100%	12	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 70% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100% - del 15% se compresi tra 70 e 90%.		
Puntualità nei pagamenti 2: definire il processo di autorizzazione ai pagamenti previa verifica di corrispondenza tra prestazione e/o bene ricevuto rispetto a quello addebitato all'Azienda entro 25 gg dalla data di registrazione della fattura su Piattaforma fatturazione elettronica (a carico del SEF)	n.medio di giornate impiegate per la definizione del processo di autorizzazione pagamenti	<= 25 gg	12	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio < = 25 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg		
Redazione CE trimestrale: produzione di relazione dettagliata relativa ai costi sostenuti e ai macroaggregati economici di gestione trasmissione all'UOC SEF entro il 15° giorno del mese successivo al trimestre di riferimento	n. relazioni trasmesse entro le scadenze fissate/n. relazioni previste	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 75% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 75 e 100%		
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n.azioni intraprese/n.attività previste	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n.adempimenti effettuati entro 5gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
1) Rispetto degli adempimenti previsti dalla normativa vigente "Trasmissione dei dati al Ministero della Funzione Pubblica - Anagrafe delle Prestazioni", in materia di: 1.a) conferimento di consulenze ed incarichi esterni, con successiva comunicazione dei pagamenti effettuati, in ottemperanza all' art. 127 L. 662/96; 1.b) autorizzazione incarichi ai propri dipendenti, con successiva comunicazione dei compensi percepiti, in ottemperanza al D. lgs.vo 165/2001. 2) Rispetto degli adempimenti previsti dall'art. 15 della L. 33/2013 – "Obblighi di pubblicazione delle consulenze ed incarichi esterni"; 3) Rispetto degli adempimenti previsti dall'art. 18 della L. 33/2013 – "Obblighi di pubblicazione degli incarichi conferiti ai dipendenti Pubblici"; 4) Rispetto degli adempimenti previsti dall' art. 23 c. 1 lett. D e c. 2 della L. 33/2013 "Obblighi di pubblicazione concernenti i provvedimenti amministrativi".	n.adempimenti ottemperati nei tempi e modalità previste/n.adempimenti previsti	100%	12	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza - aggiornamento 2019.	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Parte 2 - Obiettivi legati a "Servizi di consulenza direzionale per il supporto all'Assessorato Salute della Regione Siciliana nelle attività connesse al mantenimento, alla gestione ed all'evoluzione del modello di monitoraggio del Sistema Sanitario Regionale ed al consolidamento delle attività e dei processi per il controllo di gestione"						
OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE	PESO Raggiunto
Definizione formale di ruoli e responsabilità relativamente al personale operativo. Formalizzazione di ruoli, tempistiche e modalità di coordinamento del personale operativo sugli argomenti oggetto del piano di miglioramento.	Produzione documento che definisca quanto previsto negli obiettivi del piano entro febbraio 2020	SI	10	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.	Obiettivi già condiviso in data 17/10/2019 in presenza del Direttore Amministrativo, a seguito della nota Assessoriale prot.69935 dell'11/10/2019, e trasmesso al Dirigente Generale del Dipartimento Pianificazione Strategica dell'Assessorato alla salute dal Direttore Generale con nota 12309 del 17/10/2019.	
Definizione di ruoli e responsabilità nell'attività caratteristica di CdG. Individuazione delle risorse coinvolte nell'attività di controllo dei feedback segnalati dal CdG	Produzione documento che definisca quanto previsto in obiettivo entro febbraio 2020	SI	10	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.		
Formalizzazione di procedure a supporto del Controllo di Gestione: Definizione ed implementazione di procedure utili a valutare la qualità dei dati prodotti	Formalizzazione entro febbraio 2020 Implementazione entro aprile 2020	SI	10	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato adottato con delibera il documento indicato e se lo stesso sia stato implementato.		

BUDGET 2020						
OBIETTIVI DELLE AREE AFFERENTI AL DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO - UOC Gestione Tecnica						
Parte 1- Obiettivi di attività						
OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE	PESO Raggiunto
Monitoraggio degli interventi edilizi in corso o in programmazione con particolare riferimento a quelli ex art. 71 e 20 assegnati all'area	n.schede di trasmissione e provvedimenti di approvazione prodotte nel rispetto dei termini previsti/n.schede previste (richieste)	100%	5	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Redazione CE trimestrale: produzione di relazione dettagliata relativa ai costi sostenuti e ai macroaggregati economici di gestione trasmissione all'UOC SEF entro il 15° giorno del mese successivo al trimestre di riferimento	n. relazioni trasmesse entro le scadenze fissate/n. relazioni previste	100%	5	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 75% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 75 e 100%		
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza - aggiornamento 2019.	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	5	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n.adempimenti effettuati entro 5gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC	100%	5	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Puntualità nei pagamenti 2: definire il processo di autorizzazione ai pagamenti previa verifica di corrispondenza tra prestazione e/o bene ricevuto rispetto a quello addebitato all'Azienda entro 25 gg dalla data di registrazione della fattura su Piattaforma fatturazione elettronica (a carico del SEF)	n.medio di giornate impiegate per la definizione del processo di autorizzazione pagamenti	<= 25 gg	10	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio <= 25 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg		
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n.azioni intraprese/n.attività previste	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Gestione e implementazione degli interventi di informatizzazione in fase di programmazione ex art.71 assegnati all'area: garantire la non regressione rispetto alle funzioni oggi utilizzate da tutte le aree Aziendali	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%		
Parte 2 - Obiettivi legati a "Servizi di consulenza direzionale per il supporto all'Assessorato Salute della Regione Siciliana nelle attività connesse al mantenimento, alla gestione ed all'evoluzione del modello di monitoraggio del Sistema Sanitario Regionale ed al consolidamento delle attività e dei processi per il controllo di gestione"						
OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE	PESO Raggiunto
Definizione formale di ruoli e responsabilità relativamente al personale operativo. Formalizzazione di ruoli, tempistiche e modalità di coordinamento del personale operativo sugli argomenti oggetto del piano di miglioramento.	Produzione documento che definisca quanto previsto negli obiettivi del piano entro febbraio 2020	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.		
Definizione di ruoli e responsabilità nell'attività caratteristica di CdG. Individuazione delle risorse coinvolte nell'attività di controllo del feedback segnalati dal CdG	Produzione documento che definisca quanto previsto in obiettivo entro febbraio 2020	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.		
Formalizzazione di procedure a supporto del Controllo di Gestione: Definizione ed implementazione di procedure utili a valutare la qualità dei dati prodotti	Formalizzazione entro febbraio 2020 Implementazione entro aprile 2020	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato adottato con delibera il documento indicato e se lo stesso sia stato implementato.		
Rilevazione a sistema da parte dell'ufficio tecnico dei beni attualmente non gestiti a sistema.	Gestione degli ordini e delle connesse movimentazioni di magazzino secondo procedura aziendale tramite sistema informativo ausiliario entro febbraio 2020	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se al pilastro beni I trimestre risultano movimentati da parte dell'Area tecnica beni ad oggi non movimentati a sistema		
Parte 2b - Obiettivi legati a "Servizi di consulenza direzionale per il supporto all'Assessorato Salute della Regione Siciliana nelle attività connesse al mantenimento, alla gestione ed all'evoluzione del modello di monitoraggio del Sistema Sanitario Regionale ed al consolidamento delle attività e dei processi per il controllo di gestione" ICT					Obiettivi già condiviso in data 17/10/2019 in presenza del Direttore Amministrativo, a seguito della nota Assessoriale prot.69935 dell'11/10/2019, e trasmesso al Dirigente Generale del Dipartimento Pianificazione Strategica dell'Assessorato alla salute dal Direttore Generale con nota 12309 del 17/10/2019.	
Riconciliazione del fabbisogno del personale con la dotazione organica (obiettivo condiviso con Area Risorse Umane)	Predisposizione, ad uso interno, di un campo che consenta di riconciliare il fabbisogno del personale con la dotazione organica entro febbraio 2020	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.		
Rilevazione tempestiva delle ore SUES (obiettivo condiviso con Area Risorse Umane)	Predisposizione di un piano di invio mensile dei dati da parte della centrale operativa SUES 118 entro febbraio 2020	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.		
Parametrizzazione e diffusione conoscenze nuovo ERP	Parametrizzazione del nuovo ERP; Incontri di approfondimento tecnico per singola area di attività entro dicembre 2020	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato implementato il nuovo ERP e se il 100% delle Aree coinvolte siano state coinvolte in incontri formativi		
Gestione dell'aggiornamento delle anagrafiche relative ai beni sanitari (obiettivo condiviso con UOC Farmacia)	Attivazione di una connessione con le anagrafiche di livello nazionale entro aprile 2020	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stata attivata la connessione con le anagrafiche a livello nazionale		
Gestione dell'importazione automatica delle anagrafiche relative ai beni sanitari (obiettivo condiviso con la UOC Provveditorato e Farmacia)	Introduzione entro aprile 2020 di meccanismi di controllo volti a verificare la corretta importazione degli attributi dei beni sanitari acquistati	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati siano stati definiti i criteri per la corretta importazione degli attributi dei beni sanitari acquistati (verifica pilastro beni).		
Gestione dei contratti multi-CiG assicurando il rispetto delle condizioni indicate dalle linee guida 1277/2017 (obiettivo condiviso con la UOC Provveditorato)	Definizione e formalizzazione di ruoli, responsabilità, tempistiche e modalità di coordinamento, entro febbraio 2020, del personale operativo/strutture organizzative coinvolte nel processo di produzione e controllo di coerenza dei dati prodotti	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.		

Staff

BUDGET 2020						
UOC STAFF						
OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	UOS/Servizio di riferimento	PESO RAGGIUNTO
Programmazione corsi di formazione in materia di tutela della salute e sicurezza dei luoghi di lavoro (D.Lgs 81/2008 e s.m.i.)	n corsi effettuati/n corsi programmati	90%	10		SPP	
Pianificazione, organizzazione e monitoraggio dei processi riguardanti l'Attività di Libera Professione Intramuraria	Produzione relazione	SI	10		ALPI	
Monitoraggio qualitativo interno delle interrogazioni dell'utenza in termini di segnalazioni e reclami	n telefonate classificate (classificazione secondo schema di riferimento reclami applicato per le AO area metropolitana di Palermo)/n telefonate pervenute	100%	10		URP	
Elaborazione del Piano Formativo per l'anno 2020	Stesura del documento programmatico entro il 31/01/2020	SI	10		FORMAZIONE	
Controllo, monitoraggio e pianificazione delle attività delle Sale Operatorie dell'ARNAS Civico	Report analisi dei dati attività operatoria	Numero di report/numero di sale operatorie	10		COORD SAL OP	
Invio puntuale dei Flussi informativi istituzionali nei tempi previsti	n invii/n previsti	100%	10		FLUSSI INF.	
Gestione e monitoraggio delle visite di Sorveglianza Sanitaria per il personale	Visite effettuate/visite programmate	80%	10		SORV SANIT	
Predisposizione e Aggiornamento della Carta dei Servizi aziendale	trasmissione alla Direzione Aziendale	SI	10		QUALITA'	
Monitoraggio periodico dei Tempi di Attesa per le 43 prestazioni ambulatoriali critiche	Redazione di almeno 2 report sul monitoraggio dei tempi di attesa	≥ 2	10		CIUP	
Coordinamento e monitoraggio dei Progetti Obiettivo di Piano Sanitario Nazionale	N di progetti monitorati/N di progetti presentati	100%	10		SIRS	