



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2011

Redatta ai sensi dell'art.10 del D.Lgs n. 150 del 27.10.2009

SOMMARIO

PREMESSA	pag. 4
<i>Mission</i>	pag. 6
<i>Vision</i>	pag. 7
1. STRUTTURA OSPEDALIERA	pag. 8
1.1 Assistenza Dipartimentale	pag. 10
<i>Lo Staff Direzionale</i>	pag. 15
2. OBIETTIVI STRATEGICI	pag. 16
2.1 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	pag. 20
3. ANALISI DEL CONTESTO	pag. 21
3.1 Analisi del contesto esterno	pag. 21
3.2 Analisi del contesto interno	pag. 22
4. ANDAMENTO DELLA GESTIONE	pag. 24
4.1 Elementi di criticità	pag. 24
<i>Attività svolte</i>	pag. 25
4.2 Risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati al Direttore Generale	pag. 25

4.3 Resoconto annuale delle attività	pag. 29
4.4 L'assistenza ospedaliera. Composizione del livello di offerta	pag. 31
4.5 Costi della produzione	pag. 32
4.6 Coerenza con la Programmazione Economico-Finanziaria e di Bilancio.....	pag. 34
<i>Tassi di incidenza costi</i>	pag. 36
5. SITUAZIONE PATRIMONIALE E FINANZIARIA	pag. 42
5.1 Andamento Economico della Gestione	pag. 42
5.2 Andamento Patrimoniale e Finanziario della Gestione	pag. 43
5.2.1 Rendiconto Finanziario	pag. 44
5.2.2 Analisi per Indici	pag. 45
6. PIANO DELLA FORMAZIONE	pag. 46
7. PIANO DELLA QUALITÀ E RELAZIONI CON IL PUBBLICO	pag. 47
8. RISCHIO CLINICO	pag. 52
9. RICERCA E SPERIMENTAZIONE	pag. 53
10. EVOLUZIONE DELLA GESTIONE	pag. 54
10.1 Posizionamento Strategico e Sviluppo	pag. 54

PREMESSA

L'Azienda Ospedaliera Riunita "Villa Sofia - Cervello" istituita a seguito della L.R. n. 5 del 14 Aprile 2009, ha sede legale in Palermo, Viale Strasburgo n. 233.

A seguito del riordino del sistema sanitario regionale, dettato dalla sopracitata norma, l'Azienda ricade nel territorio definito "Bacino Sicilia occidentale" riferito alla provincia di Palermo.

L'Azienda è dotata di natura giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale. Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili il cui possesso è stato trasferito all'atto della fusione con L.R. n. 5/2009, secondo le modalità di cui al D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.. Fanno altresì parte del patrimonio aziendale tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità.

L'attività di questa Azienda è caratterizzata dagli adempimenti connessi alla istituzione di una nuova realtà, nata dalla fusione di due cessate aziende ospedaliere e di un presidio ospedaliero pediatrico (facente parte, quest'ultimo, dell'ASP di Palermo) si è determinata, di conseguenza, l'esigenza di prevedere nuovi processi di razionalizzazione e strutturazione del livello di offerta.

Da tale nuovo scenario scaturisce un assetto organizzativo gestionale che tende al superamento delle duplicazioni esistenti attraverso la costruzione di livelli di offerta diversificati, pur nella visione unitaria dell'intera azienda.

L'Azienda opera in relazione alle politiche ed agli obiettivi assegnati dall'Assessorato alla Salute, al fine di raggiungere i risultati prefissati nella programmazione della Regione Siciliana in un'ottica di sinergia sistemica.

Alla base di quanto sopra sta lo sviluppo di un sistema di ascolto e di interpretazione dei bisogni dei cittadini e della collettività e la partecipazione ad iniziative di promozione della salute, di informazione ed educazione sanitaria.

Tali attività vengono promosse comunicando e partecipando con le seguenti istituzioni locali:

- l'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP), quale committente dell'erogazione di prestazioni in risposta ai bisogni dei cittadini e parte attiva in iniziative di promozione ed educazione alla salute;
- Comune e Provincia, quali attori della programmazione territoriale e referenti della collettività nelle problematiche socio sanitarie.

L'Azienda partecipa in qualità di partner alla sperimentazione gestionale tra l'Ismett di Palermo e la Regione Siciliana, prevista ai sensi dell'art. 9 bis del D.Lgs. n. 502/92, unitamente all'ARNAS Civico di Palermo ed al UPMC (*University of Pittsburgh Medical Center*). Tale sperimentazione si configura nell'ambito dei programmi di trapianto di organi e tessuti.

In ragione di tale sperimentazione il Direttore Generale dell'Azienda nomina un membro del Consiglio di Amministrazione dell'Ismett.

L'Azienda, inoltre, collabora con il CRT (Centro Regionale Trapianti) fornendo supporto professionale in ambito laboratoristico, mediante convenzione con l'ARNAS Civico di Palermo.

L'Azienda riconosce la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi. In tale ottica obiettivo prioritario è rappresentato dal servizio al cittadino e dal sistema di relazione e comunicazione con il cittadino stesso, singolo o rappresentato da associazioni.

A tal fine, l'Azienda assicura la partecipazione dei cittadini - anche tramite le organizzazioni sindacali, le Associazioni di Volontariato, le Associazioni dei Familiari e di Tutela dei Diritti - e ne favorisce il fattivo contributo alla valutazione della qualità dei servizi e alla programmazione delle attività, anche attraverso forme innovative di partecipazione.

I diritti dei cittadini e le modalità del loro esercizio sono definiti nella Carta dei Servizi che è resa pubblica attraverso i mezzi di comunicazione aziendale al fine di garantirne la massima diffusione.

La Carta dei Servizi è il documento che nasce dalla volontà dell'Azienda di migliorare il rapporto con il cittadino, secondo una logica di trasparenza e di garanzia dei diritti.

MISSION

Ai sensi dell'art. 13 della L.R. n. 5/2009 l'Azienda si integra all'interno del sistema sanitario regionale, nel rispetto dei suoi principi fondamentali, assicurando l'erogazione di prestazioni sanitarie, relative alla gestione di patologie ad alta complessità, attraverso l'utilizzo di un approccio multidisciplinare e la definizione ed applicazione di modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico - terapeutico - assistenziali.

In tal modo l'Azienda intende contribuire allo sviluppo di procedure diagnostiche e terapeutiche innovative, favorendo il rapido trasferimento applicativo delle acquisizioni sperimentali e della loro diffusione, anche attraverso attività formative.

L'Azienda si pone, altresì, l'obiettivo di garantire l'erogazione dei servizi di acuzie di base, nell'ambito del bacino di utenza di riferimento.

La realizzazione della *Mission* verte sui seguenti elementi cardini:

- l'utente, rispetto al quale garantire il servizio in campo assistenziale, didattico e di ricerca;
- la comunità, verso la quale professionisti e organizzazione si relazionano rispetto al mandato;
- il professionista e l'organizzazione nella quale è inserito, che debbono garantire coerenza, qualità, continuità, compatibilità etica ed economica nell'erogazione del servizio.

VISION

L'Azienda intende divenire un luogo dove l'esercizio della cura, fatta con scienza e coscienza al servizio del malato, si realizzi in stretto connubio con lo sviluppo della cultura scientifica e dell'innovazione tecnologica; un luogo che sia espressione di una comunità che, pur mantenendo i propri valori, vuole proiettarsi nel futuro come protagonista del cambiamento; un luogo dove l'applicazione e la trasmissione delle conoscenze scientifiche e il loro dinamico sviluppo siano al servizio della vita, della dignità e della libertà dei cittadini.

I principali impegni che l'Azienda ha fatto propri ed intende sviluppare a beneficio dei cittadini sono:

- competenza, eccellenza e autorevolezza professionale;
- ascolto e coinvolgimento;
- motivazione e valorizzazione del capitale intellettuale;
- integrazione e sinergie multidisciplinari e interprofessionali;
- alta affidabilità, qualità, sicurezza e appropriatezza delle prestazioni;
- innovazione tecnologica e organizzativa;
- consolidamento dei rapporti con le strutture sanitarie della rete;
- provinciale regionale e nazionale;
- una forte integrazione con l'Azienda Sanitaria territoriale nel perseguimento di obiettivi comuni con particolare riferimento alle attività di prevenzione;
- qualità del sistema di governo aziendale;
- equità e trasparenza;
- equilibrio economico finanziario.

La nuova organizzazione dell'Ospedale richiede un ripensamento del modello organizzativo in grado di prendersi in carico il paziente personalizzandone l'assistenza ed il processo di cure; un'organizzazione, che evolve la sua cultura, proiettando la propria azione non più verso la sola cura della malattia ma facendosi carico del malato.

1. STRUTTURA OSPEDALIERA

La struttura aziendale persegue il principio di separazione tra le funzioni di Programmazione – Indirizzo - Controllo e tra quelle di Gestione, al fine di garantire il decentramento operativo e gestionale, in applicazione della normativa vigente.

L'Azienda individua le competenze, proprie o delegate, attribuite ai Direttori di Dipartimento ed agli altri Direttori di struttura complessa.

Attraverso la delega, persegue il processo di valorizzazione delle attribuzioni dirigenziali trasferendo il processo decisionale al livello appropriato, con un conferimento di responsabilità caratterizzata dal compito che il Direttore Generale assegna al Dirigente, dall'autorità concessa al delegante nell'impiego delle risorse e dall'obbligo del Dirigente delegato di rispondere al delegante in termini di responsabilità.

I dirigenti, secondo quanto previsto dall'atto aziendale, esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione annuale delle attività e dei contratti, nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget concordati. Nell'ambito dei limiti previsti dalla negoziazione di budget possono anche assumere obbligazioni in nome e per conto dell'Azienda.

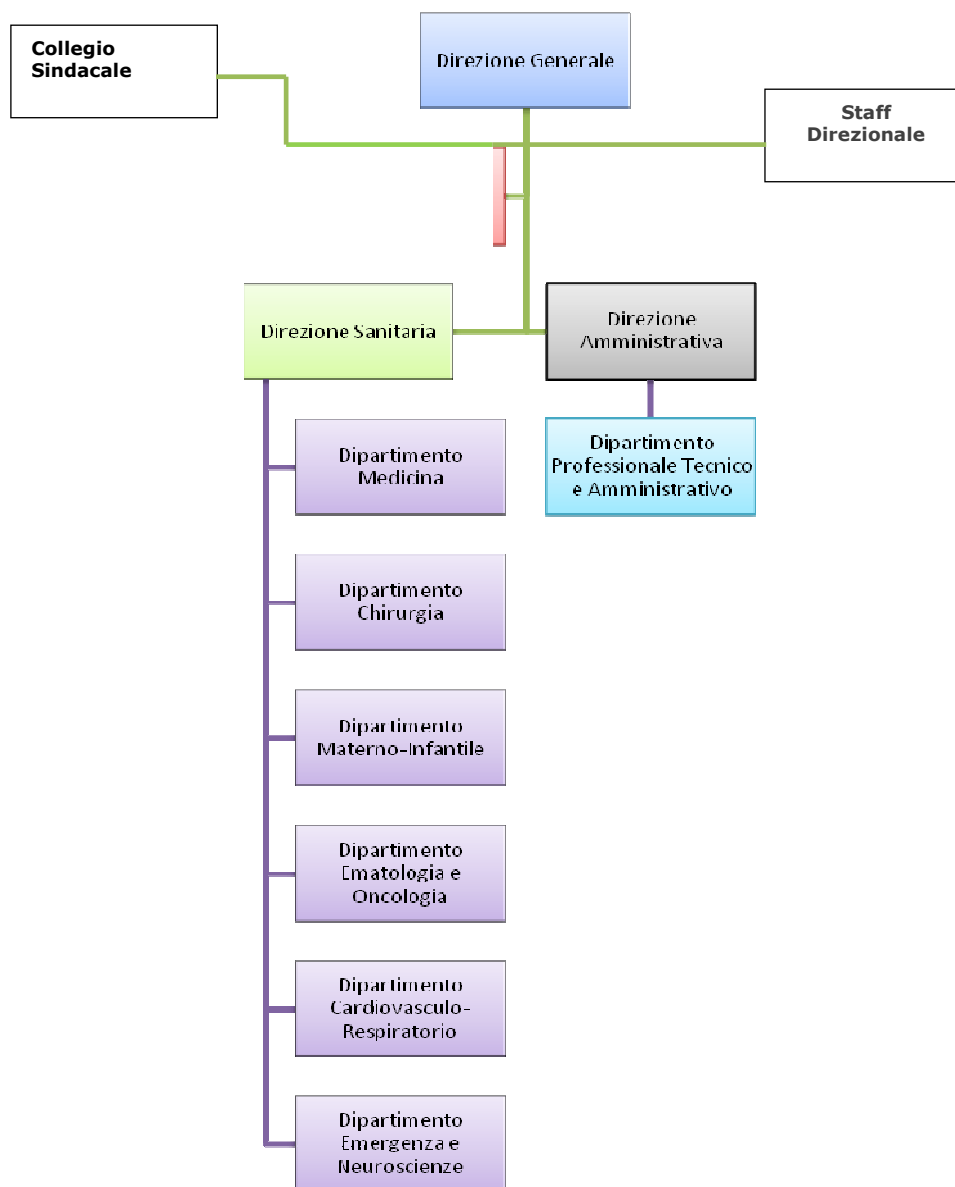
Entro tali limiti, spetta, in particolare, ai dirigenti l'adozione di tutte le decisioni, atti e provvedimenti, compresi quelli che impegnano l'Azienda verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo.

Essi sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati.

L'assetto organizzativo è di tipo dipartimentale e costituisce il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda.

Si evidenzia di seguito, coerentemente con quanto sopra descritto,

L'ORGANIGRAMMA AZIENDALE:



1.1 ASSISTENZA DIPARTIMENTALE

La struttura dell'azienda è di tipo dipartimentale. Questo tipo di organizzazione consente l'aggregazione, sotto un'unica direzione, di differenti unità operative autonome affini e complementari, favorendo una visione integrata dei processi clinico - assistenziali e superando la settorializzazione e la frammentazione del processo di cura tipico del preesistente modello organizzativo.

La scelta del legislatore di riorganizzare le unità operative preesistenti nella struttura organizzativa dipartimentale nasce da una pluralità di esigenze, in modo particolare dalla necessità di integrazione e coordinamento tra le diverse unità operative eliminando sovrapposizioni e duplicazioni di operazioni e processi.

I Dipartimenti sono individuati secondo specifici parametri dimensionali e funzionali, si distinguono in strutturali e funzionali.

I *Dipartimenti strutturali* hanno la responsabilità gestionale diretta delle risorse loro assegnate ivi compresa la gestione del personale e la gestione degli accessi degli operatori del Dipartimento, agli istituti contrattuali nei limiti di spesa fissati dalla Direzione Generale.

I *Dipartimenti funzionali* hanno come principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinico - assistenziale, favorendo l'acquisizione e il mantenimento di competenze tecnico-professionali adeguate, definendo percorsi diagnostico - terapeutico - assistenziali che possono caratterizzare le diverse articolazioni organizzative afferenti.

Le *Strutture Complesse* (o Unità Operative Complesse) sono articolazioni aziendali in cui si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali), finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione, oppure di produzione di prestazioni e di servizi sanitari. In virtù di tale "complessità", queste strutture costituiscono centri di responsabilità all'interno del processo di budget.

Le *Strutture Semplici* (o Unità Operative Semplici) sono contrassegnate da un sistema di produzione con significativo valore economico (sia in termini di tecnologie utilizzate che di risorse umane assegnate) che assicuri attività riconducibili ad una linea di produzione chiaramente individuabile.

**ARTICOLAZIONE INTERNA DELLE STRUTTURE DELL'AZIENDA OSPEDALI RIUNITI VILLA
SOFIA – CERVELLO**

N.	DIPARTIMENTO	UNITA' OPERATIVE COMPLESSE (UOC) E SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE (UOSD)				
1	MEDICINA	UOC	Medicina Interna 1	Gestione Clinica del Paziente Complesso Pluripatologico		
		UOC	Medicina Interna 2			
		UOC	Gastroenterologia			
		UOC	Geriatrics			
		UOC	Lungodegenza			
		UOC	Medicina Fisica e Riabilitativa			
		UOC	Endocrinologia			
		UOC	Malattie Infettive			
		UOC	Nefrologia e dialisi			
		UOC	Microbiologia			
		UOC	Patologia Clinica	Chimica clinica e Angioedema Ereditario	Emostasi e trombosi e monitoraggio della T.A.O.	
		UOC	Farmacia	Preparazione dei Chemioterapici		
		UOSD	Reumatologia			
		UOSD	Ecografia interventistica e oncologica			
		UOSD	Riabilitazione cardio-respiratoria			
		UOSD	Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali			

2	CHIRURGIA	UOC	Chirurgia Generale e d'urgenza	Chirurgia Laparoscopica d'Urgenza	
		UOC	Chirurgia Generale	Chirurgia della tiroide	
		UOC	Urologia	Urologia Oncologica	
		UOC	Ortopedia e Traumatologia	Chirurgia protesica e atoscopica	
		UOC	Oftalmologia		
		UOC	Chirurgia Plastico-ricostruttiva e Maxillo-faciale		
		UOC	Odontostomatologia		
		UOC	Anestesia e Rianimazione	Partoanalgesia	Coordinamento anestesologico sale operatorie VS
		UOC	Otorinolaringoiatria		
		UOSD	Chirurgia robotica e mininvasiva		
		UOSD	Chirurgia della mano		
		UOSD	Senologia		

3	MATERNO-INFANTILE	UOC	Ostetricia e Ginecologia	Medicina Fetale e Diagnosi Prenatale	Gravidanze a rischio
		UOC	Pediatria		
		UOC	Chirurgia Pediatrica		
		UOC	Ortopedia pediatrica	Dismorfismi e paramorfismi dell'età pediatrica	
		UOC	Cardiologia Pediatrica		
		UOC	Pronto Soccorso Pediatrico ed Accettazione	Osservazione Breve	
		UOC	Neonatologia/UTIN *	Servizio Trasporto Emergenza Neonatale (STEN)	Cardiologia prenatale e neonatale
		UOSD	Semiintensiva Pediatrica		
		UOSD	Endocrinologia Pediatrica		
		UOSD	Laboratorio di Citogenetica e Genetica Molecolare		
		UOSD	Uroginecologia		

4	EMATOLOGIA E ONCOLOGIA	UOC	Oncologia Medica		
		UOC	Ematologia con UTMO	DH ematologico *	
		UOC	Ematologia e Malattie Rare del Sangue e degli Organi Ematopoietici	Diagnostica molecolare delle malattie ematologiche rare	
		UOC	Medicina Nucleare		
		UOC	Anatomia Patologica	Citologia Diagnostica	
		UOC	Medicina TrASFusionale	Laboratorio per il trapianto d'organo e aferesi terapeutica	Centro di Qualificazione Biologica
		UOSD	Patologia neoplastica della tiroide		
		UOSD	Trapianti di Midollo Osseo		
		UOSD	Terapia Radiometabolica		
		UOSD	Laboratorio Diagnostica Integrata Oncoematologica e Manipolazione Cellulare		

5	CARDIOVASCOLO-RESPIRATORIO	UOC	Malattie Apparato Respiratorio 1		
		UOC	Malattie Apparato Respiratorio 2		
		UOC	Cardiologia *		
		UOC	Chirurgia Toracica		
		UOC	Chirurgia Vascolare		
		UOSD	Emodinamica		
		UOSD	Aritmologia e Cardiolazione		
		UOSD	Fisiopatologia Respiratoria		
		UOSD	Endoscopia toracica		

6	EMERGENZA E NEUROSCIENZE	UOC	Medicina interna semi-intensiva		
		UOC	Med. Chir. d'Acc. Urgenza (MCAU) *	Osservazione Breve Intensiva	Degenza breve
		UOC	Neurochirurgia	Neurotraumatologia	
		UOC	Neurologia	Stroke Unit	
		UOC	Anestesia e Neuroranimazione	Neuroranimazione	
		UOC	Radiodiagnostica	Radiodiagnostica per l'emergenza VS	Radiodiagnostica per l'emergenza VC
		UOSD	Sclerosi Multipla e Malattie Autoimmunitarie del Sistema Nervoso		
		UOSD	Trauma Center		
		UOSD	Angiografia diagnostica ed interventistica		
		UOSD	Diagnostica per l'emergenza		
		UOSD	Endoscopia Digestiva per l'emergenza		
		UOSD	Gestione integrata Ospedale-Territorio del Morbo di Parkinson		

DIREZIONE GENERALE	UOC	Staff Gestionale	Gestione sistemi informativi gestionali
		Risk Management	
DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE		Epidemiologia, Statistica e Ricerca Clinica	
		Educazione alla salute	

7	PROFESSIONALE-TECNICO-AMMINISTRATIVO	UOC	Contabilità Bilancio e Patrimonio	Gestione Patrimonio	Gestione entrate
		UOC	Risorse Umane e Affari Generali	Affari Generali	Trattamento economico del personale
		UOC	Approvvigionamenti	Acquisti beni e servizi sanitari	Acquisti beni e servizi non sanitari
		UOC	Facility Manager	Servizi di accoglienza ed alberghieri	
		UOC	Servizio Tecnico	Gestione sistemi informatici	

LO STAFF DIREZIONALE

La funzione dello Staff direzionale si associa a compiti caratterizzati da precisa specializzazione professionale, flessibilità organizzativa, orientamento ai risultati e capacità di innovazione.

Appartengono allo Staff le seguenti competenze:

- *Programmazione strategica;*
- *Programmazione e Controllo di Gestione;*
- *Politiche per il Personale e Formazione;*
- *Sistemi Informativi;*
- *Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) Qualità e Comunicazione Istituzionale;*
- *Risk Management.*

2. **OBIETTIVI STRATEGICI**

La strategia aziendale è sintetizzata dal piano organizzativo aziendale 2010-2014, formalmente trasmesso all'Assessorato Sanità e dallo stesso approvato. All'interno dello stesso è possibile individuare le linee strategiche che hanno determinato l'individuazione degli obiettivi operativi.

Tali linee strategiche possono essere così di seguito sintetizzate:

- concorrere al raggiungimento degli obiettivi della Regione, attraverso il raggiungimento degli obiettivi assegnati all'azienda;
- Sviluppare le azioni previste nel Piano Attuativo e nei Programmi annuali di attività;
- Curare tutti gli adempimenti scaturenti dall'Atto aziendale;
- Determinazione delle nuove dotazioni organiche del personale;
- Diffusione di metodi di Pianificazione e controllo;
- Istituzione di organismi a completamento di quelli esistenti (nucleo di valutazione, collegi tecnici, organismi indipendenti di valutazione);
- Implementazione di un sistema di responsabilizzazione degli operatori ispirato al ciclo della performance collegato alla retribuzione di risultato.

L'evoluzione prevedibile della gestione, sulla scorta di quanto espresso nel presente documento, si indirizza verso alcuni obiettivi definiti sia dalla pianificazione strategica che in sede di contrattazione regionale e di budget interno; quindi tenendo conto sia degli indirizzi regionali sia delle capacità e delle risorse interne all'Azienda, ci si prefigge il raggiungimento dei parametri imposti dall'autorità regionale nell'ambito del Piano di rientro e sviluppo e nell'ambito del piano programmatico che comprende gli obiettivi regionali, il piano delle *performance* e gli obiettivi del Direttore Generale.

A tal proposito sono stati individuati i seguenti obiettivi:

1. Estensione degli adempimenti finalizzati all'accreditamento istituzionale;
2. Miglioramento degli indici di produttività;
3. Definizione di protocolli diagnostico-terapeutici e loro utilizzo;
4. Potenziamento dei rapporti con enti pubblici e privati di ricerca per attività di ricerca;
5. Estensione della politica di concentrazione delle attività al core business sanitario e l'esternalizzazione dei servizi accessori;
6. Razionalizzazione della spesa sanitaria in correlazione ai volumi di attività prodotti;
7. Riformulazione del processo di informatizzazione integrato dell'Azienda;

8. Potenziamento del nuovo sistema di prenotazione (CUP) per la riduzione delle liste d'attesa per tutta la realtà aziendale e per l'estensione a tutta l'offerta connessa all'accettazione dei ricoveri;
9. Completamento della cantieristica in corso e redazione del piano degli investimenti;
10. Miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni e dei tempi di risposta;
11. Attuazione e monitoraggio di processi diagnostico - terapeutici con eventuale coinvolgimento dell'ASP e altre aziende ospedaliere;
12. Condivisione con la ASP delle politiche del farmaco definite dalla Regione;
13. Condivisione con la ASP delle politiche di monitoraggio;
14. Definizione di progetti di formazione;
15. Effettuazione di gare di bacino.

In particolare, la Direzione Strategica ha individuato:

- presso il polo Villa Sofia, il luogo ove si struttura l'offerta connessa all'emergenza/urgenza - nell'ambito della quale l'Azienda intende porsi come punto di riferimento nel trauma system di bacino - caratterizzata anche dall'attivazione della *stroke unit* e da un complessivo potenziamento delle attività chirurgiche;
- presso il polo Cervello, il luogo ove si struttura l'offerta connessa all'elezione medica, all'oncologia e all'area materno infantile, con la previsione di creare un Polo pediatrico regionale.

Entrambi i poli contribuiscono a coniugare assistenza e ricerca (anche attraverso lo sviluppo di diagnostiche innovative) e si adopereranno - ciascuno per quanto di propria potenzialità e competenza - alla realizzazione di ogni fase operativa degli obiettivi regionali ed aziendali con particolare riferimento ai servizi in rete.

Al fine di iniziare un cambiamento teso al superamento dell'autoreferenzialità dell'Ospedale, fermo restando l'assetto dipartimentale, l'Azienda fonda il suo livello di offerta precipuamente sull'assistenza ospedaliera. Tale livello si struttura quale momento di erogazione di prestazioni multiple di natura medico-chirurgica, infermieristica, tecnica, diagnostica, terapeutica, psicologica, riabilitativa ed igienico - alberghiera, complessivamente intesa come processo unico attorno alla centralità del paziente.

I poli strutturali di erogazione di dette prestazioni sono i Presidi Ospedalieri Cervello e Villa Sofia - CTO, il primo dei quali ha assorbito anche le prestazioni di area pediatrica già garantite dal P.O. "Casa del Sole".

Il modello organizzativo assistenziale attuale è quello "classico", ma da esso trarrà origine, attraverso un non breve percorso, quello "per intensità di cure", modello che si colloca in continuità con un generale cambiamento del concetto di Ospedale.

Tale modello potrà essere realizzato quando sarà possibile organizzare le attività ospedaliere in aree fisicamente differenziate attraverso il riordino, l'implementazione e sostituzione delle strutture edilizie esistenti, poiché il modello di Ospedale per intensità di cure non può prescindere da specifiche caratteristiche dimensionali e strutturali.

In tale modello il livello di cura richiesto dal caso clinico viene affrontato attraverso un percorso basato su livelli differenziati di offerta che superano il tradizionale concetto di divisione per disciplina specialistica.

In tale modello organizzativo le prestazioni assistenziali saranno articolate in:

- degenze intensive e semi-intensive;
- degenze per acuti (aree medica – chirurgica - materno infantile);
- degenze post-acuzie;
- degenze ordinarie e riabilitative;
- lungodegenze.

A ciò si aggiunge un'area con degenze a ciclo diurno (*day surgery – day hospital*) ed attività ambulatoriale e in *day service*.

Tale ultima articolazione discende dall'esigenza di continuare il processo di ridimensionamento del ricorso al regime di ricovero ordinario a favore di forme alternative di ricovero.

L'accesso delle emergenze/urgenze è strutturato attraverso l'Unità Operativa M.C.A.U. (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza); per le rimanenti tipologie di degenza l'accesso è programmato tramite sistemi di prenotazione aziendale.

Per quanto riguarda la programmazione aziendale, questa si è strutturata e si strutturerà annualmente attraverso la metodica dei budget operativi, con i quali si sono negoziati gli obiettivi (e allocate risorse) tra la Direzione Strategica e i vari Direttori di unità operative complesse, sia di area sanitaria che amministrativa

In particolare gli obiettivi negoziati e individuati sono riconducibili alle seguenti aree strategiche (Delibera n. 1492 del 19 Agosto 2011):

- *area della efficienza*: correlazione tra costi e attività, complessità della casistica trattata, rispetto dei tempi di risposta per le prestazioni critiche, accorpamenti di unità operative;

- *area della appropriatezza*: aumento indice occupazionale posto letto, riduzione casi di inappropriata, diminuzione parti cesarei, aderenza a linee guida e protocolli, riduzione dei ricoveri ripetuti entro un mese per la stessa diagnosi e paziente;
- *area della produzione*: aumento attività ambulatoriale, nuovi segmenti di produzione in area diagnostica e assistenziale, quali *Stroke unit* , PET e Trauma Center;
- *area della qualità e ricerca*: mantenimento studi clinici, ampliamento competenze CUP, piani di formazione per il personale, attivazione metodiche sperimentali per la valutazione del personale, ampliamento della *Customer satisfaction*, piano della qualità;
- *area dell'innovazione e sviluppo*: nuove figure professionali, attivazione nuove apparecchiature, informatizzazione integrata).

2.1 DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

Con riferimento agli obiettivi della programmazione regionale sono state individuate le seguenti manovre:

- Riorganizzazione della rete ospedaliera;
- Riorganizzazione della rete laboratoristica;
- Procedure per il conseguimento di economie nell'acquisizione di beni e servizi;
- Ridefinizione dotazione organica del personale;
- Potenziamento livello di offerta Assistenza ospedaliera;
- Gestione piano degli investimenti.

Per ciascuna delle manovre di cui sopra sono stati individuati obiettivi e sono stati valutati gli impatti economici previsti. Sulla base di tali linee programmatiche l'Azienda ha posto in essere un processo di programmazione proiettato ad un orizzonte temporale triennale, individuando gli obiettivi operativi per il personale dirigente già per l'anno 2011.

Gli obiettivi operativi sono caratterizzati da uno stretto legame ai riferimenti normativi di cui sopra ma sono integrati di una serie di attività che le singole strutture, per mandato istituzionale, sono chiamate a garantire. Anche per gli indicatori individuati, nella maggior parte dei casi, è possibile far riferimento all'utilizzo di schemi consolidati; ci si riferisce agli indici abitualmente utilizzati per la valutazione dell'appropriatezza dell'attività socio sanitaria resa ma anche per l'efficacia dell'attività amministrativa.

Per tutti i casi in cui i sistemi utilizzati - tanto nella batteria di obiettivi, quanto nell'adeguatezza degli indicatori - non rispondessero alle esigenze informative aziendali o imponessero semplicemente di essere resi omogenei, si è provveduto rispettivamente alla modifica, integrazione e omogeneizzazione o all'individuazione ex novo.

L'accorpamento in corso ha reso fisiologicamente non confrontabili - in alcuni casi - i dati di attività pregressi relativi alle aziende oggetto di accorpamento. In tal senso, l'Azienda ha posto in essere tutti gli accorgimenti per utilizzare, per quanto ancora significativo, il patrimonio informativo a disposizione.

3. ANALISI DEL CONTESTO

3.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

Il contesto di riferimento è caratterizzato da una tradizione legata alle cessate aziende che ha prodotto una serie di particolarità che sono divenute, nella nuova realtà, dei veri e propri punti di forza.

La Direzione Strategica nella sua programmazione ha inteso perseguire, tra gli obiettivi a breve e medio termine, alcune strategie che hanno tenuto conto di alcune peculiarità, quali:

- il notevole indice di attrazione extrametropolitano;
- la presenza di numerosi centri di riferimento regionali;
- l'elevata complessità della casistica trattata;
- l'elevato indice occupazionale dei posti letto;
- la presenza di professionalità di eccellenza e la vocazione alla ricerca;
- l'esistenza di casistica il cui soddisfacimento rientra nel livello di offerta territoriale.

Questi punti di forza costituiscono la partenza per il riordino della rete di offerta che mira ad una maggiore soddisfazione dell'utenza con appropriatezza, equità e capacità di efficiente risposta alla crescente domanda sanitaria, rispetto alla quale in alcuni casi si pone come unico e o privilegiato interlocutore regionale.

Il documento programmatico che ha riassunto gli obiettivi di crescita, la nuova articolazione aziendale, la *mission* e la *vision*, è stato l'Atto Aziendale, già approvato con atto di giunta regionale di governo, a cui è seguita la rideterminazione organica del personale secondo logiche moderne di *governance* delle risorse umane.

Lo scenario degli interventi di politica sanitaria aziendale si è arricchito e si potenzierà con il rinnovato orientamento al territorio e, soprattutto, con la recente legge regionale di riforma che ha visto questa Azienda protagonista attraverso la fusione di tre realtà ospedaliere cittadine. In tale rinnovato contesto anche l'attività ospedaliera può svolgere un ruolo di promozione e sviluppo per l'intero territorio.

La visione dello sviluppo aziendale nei prossimi anni dovrà necessariamente tenere conto di numerose variabili che, in massima parte, sono esterne alla realtà organizzativa.

Prima fra tutte la variabilità della domanda sanitaria, tesa sia al soddisfacimento di bisogni di salute ma anche ad uno standard sempre più elevato per i servizi accessori (pulizia, comfort, accoglienza, cortesia, facilità di accesso e fruibilità), e per le problematiche legate alla componente strutturale degli edifici. Analogamente occorrerà sempre di più tenere conto delle istanze di natura economica tendenti alla

razionalizzazione della spesa e di cui il Piano di rientro è stato già una prima fase preliminare.

3.2 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Con l'insediamento della nuova direzione strategica, è prevalsa la principale preoccupazione di avviare processi di razionalizzazione nell'uso delle risorse disponibili attraverso l'unificazione delle strutture operative, di seguito divenute contenuto dell'atto aziendale. Sin da subito, già il primo dicembre 2009, sono state unificate le strutture amministrative e con esse i processi di funzionamento delle loro attività con i conseguenti e necessari atti di ricognizione dell'esistente per ricondurlo, con le appropriate modifiche e integrazioni nella nuova realtà organizzativa. Indi si è provveduto a verificare le condizioni per l'unificazione delle unità organizzative e sanitarie, tenendo conto in tali contesti, dell'impatto ambientale e sociale che da ogni scelta è scaturito, come avviene in ogni cambiamento che coinvolge anche e soprattutto l'utenza.

Sicuramente, una delle maggiori problematiche affrontate dal nuovo management è stata quella della gestione della risorsa umana. La provenienza da realtà diverse, le differenti modalità organizzative, la disomogeneità della composizione dei vari profili e la naturale "resistenza al cambiamento" hanno determinato un primo periodo di assestamento funzionale ed organizzativo per l'area amministrativa. Tali problematiche sono state ulteriormente aggravate dalla necessità della riunione "fisica" delle varie strutture organizzative e dalla esistenza di settori e servizi "duplicati".

Le diverse professionalità sanitarie, soprattutto in relazione all'area medica, hanno dovuto "riconvertirsi" verso un assetto gestionale che sin dal primo momento si è caratterizzato con una visione "unitaria" dell'azienda, ridimensionando il ricorso a visioni particolari che vedevano nella struttura originaria di appartenenza il limite soggettivo per riorientarsi nel nuovo contesto. La "vocazione medica", "la tradizione accademica", "la vocazione alla ricerca", "la vocazione all'emergenza", "la caratterizzazione chirurgica", sono stati in un primo tempo le idealizzazioni su cui si è fondata la tendenza alla differenziazione, alla specificità, alla particolarità di ogni presidio ospedaliero. Ma tali "costruzioni mentali" hanno rischiato di rallentare la "fusione culturale", propedeutica al buon esito di quella amministrativo - gestionale.

Appare necessario che tali vocazioni siano mantenute quali punti fermi su cui si è costruito un nuovo modello aziendale che ha elevato tali "differenziazioni tradizionali" da semplici riserve mentali (e operative) ad utili elementi di differenziazione che sappiano agevolare il superamento di duplicazioni e la costruzione di un assetto che garantisca, pur nella unicità aziendale, livelli di offerta diversificati ad orientamento elettivo, programmato, di emergenza/urgenza, riabilitativo, il tutto con un unico filo conduttore riassumibile nel concetto di appropriatezza.

4. ANDAMENTO DELLA GESTIONE

4.1 ELEMENTI DI CRITICITÀ.

Sulla base della situazione attualmente in essere, le principali criticità sono riconducibili a:

- promozione di un “nuovo senso di appartenenza” aziendale attraverso attività di forte e continua sensibilizzazione successiva al monitoraggio delle azioni poste in essere all’interno di strutture appartenenti a nosocomi diversi, storicamente antagonisti;
- presenza di tre aree di emergenza urgenza con caratteristiche strutturali ed organizzative assolutamente inadeguate all’esigenza del territorio, carenti sotto il profilo architettonico e strutturale ed in alcune aree rinvenute sin dall’atto di insediamento di questa Direzione Generale in uno stato di non adeguatezza alle vigenti disposizioni normative che regolano la sicurezza e l’igiene degli ambienti;
- esistenza di presidi ospedalieri, allocati in plessi autonomi e non sempre rispondenti dal punto di vista strutturale alle moderne esigenze nosocomiali;
- attività di supplenza del livello di offerta territoriale (cure di bassa intensità e bassa complessità) assorbita talora impropriamente attraverso l’emergenza urgenza;
- incidenza rilevante di “codici bianchi” e verdi all’interno delle Aree di emergenza;
- esigenza di ammodernamento di impianti e tecnologie;
- esigenza di implementare un sistema informativo aziendale.

- **ATTIVITÀ SVOLTE**

4.2 **RISULTATI RAGGIUNTI RISPETTO AGLI OBIETTIVI ASSEGNATI ALLA DIREZIONE GENERALE – ANNO 2011**

Naturalmente anche gli obiettivi assegnati al Direttore Generale dal competente Assessorato hanno fatto parte della programmazione aziendale. Questi sono stati perseguiti e monitorati, con cadenza trimestrale, e valutati periodicamente dall'AGENAS.

Tali obiettivi hanno comportato, durante il 2011, numerose attività, di diversa tipologia e contenuti, tutti comunque frutto di una sinergia tra la Direzione Strategica, i servizi, gli uffici di staff e le unità operative coinvolte.

Questa Azienda, pertanto, con la sopra citata delibera n.1492 del 19.08.11, ha approvato gli obiettivi strategici per l'anno 2011 e 2012, recependo gli obiettivi che l'Assessorato alla Salute ha definito per la Direzione Generale.

Alla scadenza dei vari trimestri del 2011 si è provveduto a relazionare sull'avanzamento, a quelle date, delle attività connesse agli obiettivi regionali e si è effettuato il rendiconto dei risultati raggiunti, anche alla luce degli incontri con i consulenti dell'AGENAS con i quali si è fatto il punto della situazione alle varie scadenze si è condivisa la metodologia valutativa.

In seguito si elencano i precitati obiettivi e, in sintesi, le azioni correlate messe in opera dall'azienda:

Istituzione delle nuove unità operative previste in sede di atto aziendale.

Sono state istituite le UU.OO. di Oncologia medica, Lungodegenza, Medicina interna semiintensiva e dotata la U.O. di Medicina fisica e riabilitativa di posti letto in regime ordinario.

Puntuale invio di tutti i flussi informativi all'Assessorato per la Sanità della Regione Siciliana compresi autovalutazione JCL e alimentazione del flusso SIMES.

Il debito informativo nei confronti dell'Assessorato risponde ad una apposita direttiva emanata con decreto 30/0/2008 e le competenze ivi connesse vengono gestite da questa Azienda attraverso il Sistema Informativo e Statistico (S.I.S.).

La fusione di due Aziende Ospedaliere e di un Presidio in questa Azienda Riunita ha comportato la presenza di sistemi informatici differenti, modalità diverse di raccolta

dati, mancata attivazione di alcuni flussi in periodi precedenti l'istituzione della nuova Azienda.

Operando costantemente con un sistema di controlli e con una azione gestionale di accentrimento e razionalizzazione dell'intero sistema informativo, si è garantita la corretta e tempestiva rendicontazione dei flussi dovuti.

Riduzione tempi di attesa, per le prestazioni critiche.

La problematica inerente le liste di attesa per le prestazioni critiche ha investito l'Azienda sin dal momento della sua istituzione.

Le azioni attivate in tal senso sono state quelle di uniformare quanto possibile i livelli di risposta, analizzando le diverse metodologie precedenti l'unificazione e prevedendo un modello unico di prenotazione. E' stato attivato il centro unico di prenotazione per l'intera azienda ed attivato un numero verde, nonché sono state potenziate in termini di risorse umane le strutture deputate alla prenotazione.

A livello di organizzazione interna tale obiettivo è stato declinato, in sede di programmazione di budget, alle unità operative interessate e , pertanto, oggetto di monitoraggio periodico. La rideterminazione della dotazione organica, gli effetti a medio termine degli accorpamenti effettuati (che dovrebbero liberare risorse), la politica di acquisizione di nuove risorse umane saranno le azioni che a breve porteranno ad un miglioramento per tale problematica.

Completamento del processo di rimodulazione dei laboratori di analisi in attuazione del D.A . del febbraio 2009.

Si è provveduto ad un censimento dettagliato delle strutture laboratoristiche presenti nei diversi Presidi dell'Azienda con la precisa identificazione di tutte le attività svolte. Ciò ha consentito l'individuazione dei laboratori di riferimento interno per l'Azienda, delle altre strutture di laboratorio e delle relative afferenze.

In coerenza al Piano regionale, di cui al D.A. 62 del 16.1.09 e successivo D.A. 1133 del 12.06.09, è stata rimodulata la rete ospedaliera dei laboratori, attraverso alcuni passaggi procedurali iniziati con il recepimento delle deliberazioni effettuate in merito dalle cessate aziende confluite in questa Azienda Riunita. Tale riordino ha trovato nell'Atto Aziendale il suo contesto di riferimento.

In particolare si è provveduto a:

- interfacciare dal punto di vista informatico i laboratori di patologia clinica con tutte le UU.OO.;
- attivare procedure informatiche per presa in carico pazienti e collegamento con l'Ufficio Ticket;
- identificare dei laboratori di patologia clinica come "core lab" con più aree specialistiche;
- fissare tempi precisi per la consegna degli esami specialistici;
- centralizzare alcune attività specialistiche (es. coagulazione, immunologia, genetica, tossicologia);
- adottare linee guida e procedure atte a organizzare i vari processi;
- attivare corsi per la promozione di tecniche di benchmarking.

Buon uso sangue. Consumo appropriato emocomponenti e prodotti plasma derivati.

L'obiettivo è stato perseguito attraverso la realizzazione dei punti qualificanti il percorso metodologico ed in particolare:

- *Istituzione di un nuovo Comitato Buon Uso sangue;*
- *Approvazione di Linee guida trasfusionali aziendali;*

Elaborazione dell'Audit aziendale (valutazione di tutte le richieste trasfusionali delle UU.OO. dei Presidi aziendali, delle Case di Cura convenzionate e del P.O. di Partinico, includendo le richieste pervenute durante i servizi di guardia notturna, dei giorni prefestivi e festivi) tramite l'utilizzo dei seguenti parametri:

- *Appropriatezza della richiesta, intesa come scelta dell'emocomponente in base alla patologia da trattare;*
- *Completezza della richiesta in base al gruppo sanguigno, diagnosi, valori ematochimici di riferimento, grado di urgenza o programmazione della trasfusione, data e ora della richiesta.*
- *Si considera importante evidenziare che sino all'approvazione delle citate linee guida aziendali, le competenti unità operative SIMT delle disciolte aziende Villa Sofia e Cervello hanno continuato a svolgere separatamente le azioni di verifica e controllo del sistema trasfusionale. Entrambe le unità operative, già dal secondo semestre 2010, hanno uniformato i parametri monitorati, le valutazioni e gli interventi di miglioramento, al fine di applicare un percorso condiviso per l'ottimizzazione degli emocomponenti e degli emoderivati, anche al fine di ridurre il rischio clinico.*

E' stata incrementata altresì la produzione di emazie che ha condotto ad un sensibile aumento rispetto al 2009, dato di raffronto scelto in sede di obiettivi regionale.

Obiettivi di efficienza dell'area ospedaliera.

Tali obiettivi indicano, come previsto nella programmazione regionale, *i valori soglia minimi*, riguardanti essenzialmente il corretto uso delle attività ospedaliere, sia in termini di efficienza che di appropriatezza.

Di seguito si riportano tali specifici obiettivi, illustrando il valore soglia minimo e la performance ottenuta.

Obiettivo	Valore soglia	Valore raggiunto
Ricoveri di 1 giorno	<5%	5,2%
Ricoveri ripetuti entro 30 gg.	<10%	3,17%
Peso medio casi chirurgici	1,25	1,81
Rilevazione qualità percepita (Customer Satisfaction) R.O.	5%	5,03%
Rilevazione qualità percepita (C.S.) Ambulatorio	1%	1,24%
Casi DRG LEA	<5%	2,74%
Prescrizione 1° ciclo di cure	>20%	28%
Parti cesarei/non precesarizzate	<20%	26%
Occupazione media posti letto R.O.	Almeno 80%	95,35%
Tempestività PTCA nei casi di IMA	50%	54%

4.3 RESOCONTO ANNUALE DELLE ATTIVITA'

RICOVERO ORDINARIO						
	Media P.L.	Giornate degenza	Degenza media	Tasso di occupazione	Numero dimessi	Fatturato
Anno 2011	625	214.960	6,90	94,70%	26.233	99.298.986
Anno 2010	638	213.541	6,55	91,66%	27.867	101.973.903
Scostamenti	- 13	1.419	0,35	3,04%	1.634	- 2.674.917

L'attività in regime ordinario ha registrato, rispetto all'anno precedente, un decremento in termini di pazienti dimessi e fatturato. Il fenomeno è in parte ascrivibile alla riduzione dei posti letto in seguito alla rimodulazione degli stessi, in parte ad una maggiore appropriatezza dell'uso del ricovero in favore di forme alternative alla degenza ordinaria. Si consideri, inoltre, l'effetto del trasferimento di due Unità Operative di area Pediatrica in altra Azienda.

DAY HOSPITAL					
	Media P.L.	Casi	Accessi	Tasso di occupazione	Fatturato
Anno 2011	118	16.235	57.754	82,07%	19.555.000
Anno 2010	134	19.845	63.797	79,68%	21.805.141
Scostamenti	- 16	- 3.610	- 6.043	2.39	-2.250.141

Il decremento dell'attività di Day Hospital è stato determinato in parte dalla diminuzione dei posti letto e dal contestuale trasferimento di casistica al Day Service, così come da direttive assessoriali. Il calo di fatturato, infatti, è stato quasi interamente recuperato con l'introito del Day Service che è stato pari a euro 1.550.015,00.

L'attività ambulatoriale per esterni nel 2011, ha fatto registrare ben 769.343 prestazioni per un importo di euro 14.783.138,00, dato a cui occorre aggiungere

l'attività ambulatoriale e diagnostica delle aree di emergenza in favore di pazienti cui non è seguito il ricovero; tale attività si è configurata con un volume di prestazione di n. 415.144 interventi per un valore di euro 6.142.518,00.

Tale dato denota il forte flusso attrattivo di questa Azienda nei confronti della domanda sanitaria territoriale.

Significativa è, altresì, la funzione assolta di distribuzione diretta dei farmaci (file F) che per il 2011, unitamente al 1° ciclo di terapia ha prodotto ben euro 18.392.631,00.

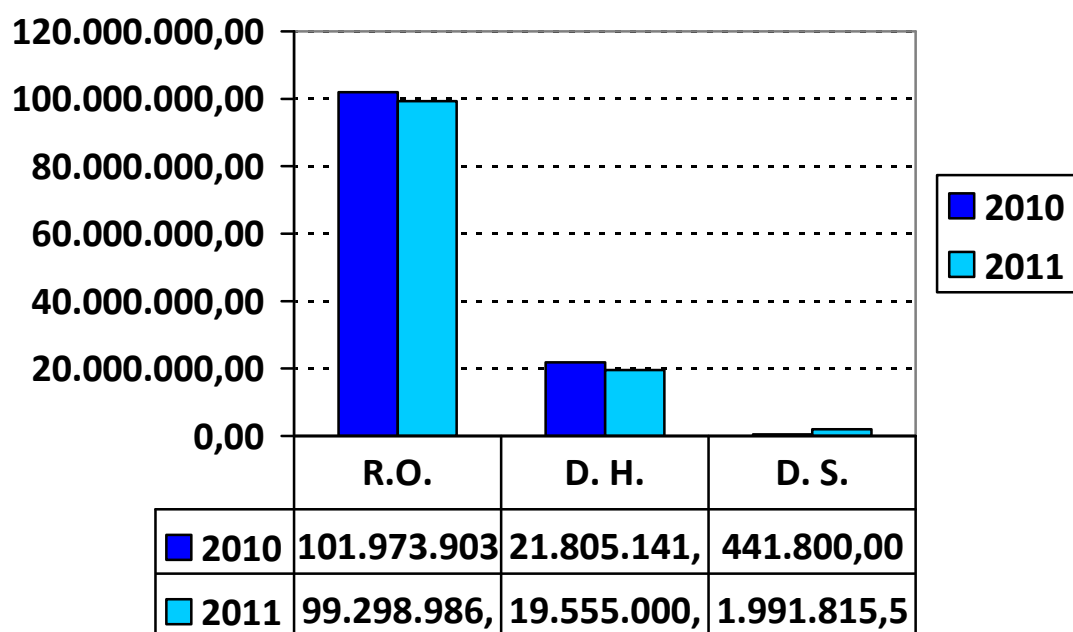
Notevole è l'indice di attrazione extra provinciale che per l'attività di ricovero (ordinario e diurno) è stato pari al 14% mentre per l'attività ambulatoriale è stato pari al 7,7%.

Meritevole di attenzione è anche il fatto che ben il 3% degli accessi in Pronto Soccorso non seguiti da ricovero proviene da aree extra provinciale.

L'indice di attrazione che, ovviamente, acquista un minor significato per quelle strutture in cui l'Azienda assume il ruolo di monopolista pubblico (es. l'area ematologica), assurge ad un dato significativo laddove nel territorio del bacino occidentale esistono strutture analoghe.

4.4 L'ASSISTENZA OSPEDALIERA. COMPOSIZIONE DEL LIVELLO DI OFFERTA.

	N. Casi		Δ	Valorizzazioni		Composizione %	Δ
	2011	2010		2011	2010		
R.O.	26.233,00	27.867,00	-1.634,00	99.298.986,23	82,17%	101.973.903,99	-2.674.917,76
Day Hospital	16.235,00	19.845,00	-3.610,00	19.555.000,25	16,18%	21.805.141,51	-2.250.141,26
Day Surgery	2.259,00	589,00	1.670,00	1.991.815,59	1,65%	441.800,00	1.550.015,59
Totale	44.727,00	48.301,00	-3.574,00	120.845.802,07	100,00%	124.220.845,50	-3.375.043,43



4.5 COSTI DELLA PRODUZIONE

	2008 *	2009	2010	2011
B.1) Acquisti di beni	54.366	54.996	57.207	61.204
B.2) Acquisti di servizi	30.896	31.213	28.332	31.345
B.3) Manutenzione e riparazione	6.822	5.418	6.785	6.065
B.4) Per godimento di beni terzi	2.114	2.112	1.636	1.756
B.5) Personale del ruolo sanitario	138.322	126.886	129.013	124.187
B.6) Personale del ruolo professionale	5.575	500	279	320
B.7) Personale del ruolo tecnico	21.046	19.458	18.414	17.808
B.8) Personale del ruolo amministrativo	11.430	11.005	11.752	11.380
B.9) Oneri diversi di gestione	3.843	2.191	1.714	2.348
B.10) Ammortamenti immob. immateriali	88	75	56	59
B.11) Ammortamento fabbricati	1.812	1.902	1.868	2.113
B.12) Ammortamenti immob. materiali	5.993	6.284	6.348	7.127
B.13) Svalutazione dei crediti	1	0	822	0
			-	

L'operazione di fusione tra i diversi presidi ospedalieri ha consentito un risparmio in termini di costi del personale, sempre mantenendo gli standard assistenziali. Al contrario si registra un incremento del costo della spesa farmaceutica, causata, in massima parte, dall'incremento della distribuzione diretta dei farmaci e dall'utilizzo dei farmaci chemioterapici in D.H., anche questi ultimi, comunque, a rimborso. Analogamente l'incremento di spesa per beni sanitari (materiale di consumo, presidi, materiale chirurgico e protesico) è motivato, in parte, dall'aumento generalizzato della complessità della casistica

trattata, dal notevole volume di prestazioni in favore dell'area trapiantologica, ed in parte dall'esistenza di forti giacenze, valore attivo che nel prossimo anno, comunque, sarà oggetto di maggiore attenzione.

Si evidenzia la crescita rilevante della voce accantonamenti tipici dell'esercizio, relativi sostanzialmente a cause civili, oneri processuali e soprattutto di quote di accantonamento per progetti su Fondo Sanitario regionale in corso di svolgimento.

4.6 COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO - FINANZIARIA E DI BILANCIO

Il piano della performance non costituisce una mera individuazione di obiettivi strategici ed operativi da realizzare ma prevede una stretta relazione con le risorse a disposizione per il raggiungimento degli stessi. A tal fine l'Azienda si sta adoperando per migliorare il legame tra Piano della performance e documenti di programmazione.

Il contesto di riferimento, tuttavia, per le criticità esposte nell'apposita sezione, sconta dei margini fisiologici di imprecisione dettati dalla necessità di completare i passaggi previsti per l'anno i quali costituiscono solo una parte degli obiettivi di riorganizzazione programmati sul triennio. In un contesto in cui le risorse umane incidono sul bilancio aziendale costituendo la voce di maggior rilievo e con un'incidenza intorno al 75% sul totale, la Direzione ritiene che la corretta allocazione costituisca la priorità assoluta in termini di razionalizzazione delle risorse.

Il sentiero individuato per una gestione efficace ed economica, tuttavia, nonostante le evidenti refluenze di tipo economico sopra citate, ha seguito un percorso volto ad individuare la migliore distribuzione possibile sulla base di indici e metodologie sanitarie, posticipando la quantificazione del valore economico ad un secondo momento. Tale strategia si basa sulla consapevolezza che l'economicità della gestione vada curata con riferimento all'Azienda nel suo complesso ed alla Direzione (tenuto conto dei vincoli di bilancio) alla quale compete l'individuazione delle risorse necessarie per l'Azienda nel suo complesso e per i singoli Centri di responsabilità.

Nonostante la rilevanza dell'incidenza delle risorse umane, alle quali per le motivazioni espresse si è riconosciuta la priorità nella relativa attribuzione, l'Azienda ha posto in essere una serie di verifiche ed ha individuato nel lavoro propedeutico alla stesura del bilancio previsionale una base per il collegamento tra programmazione economica e obiettivi.

E' stata, inoltre, approfondita la problematica della precisione del bilancio previsionale – stante l'importanza attribuita alla variabile economica – effettuando un confronto tra bilancio preventivo 2010 e relativo consuntivo, al fine di individuare le poste che, per la loro complessità, sono state oggetto di difformità rispetto a quanto concordato.

La finalità è quella di apportare delle modifiche al sistema di attribuzione e di avviare la metodologia di gestione del piano della performance basandosi su un'attribuzione di risorse che sia quanto più precisa possibile.

La sintesi degli **scostamenti** rilevati in relazione all'anno 2011 è desumibile dal prospetto seguente (dati in migliaia di euro):

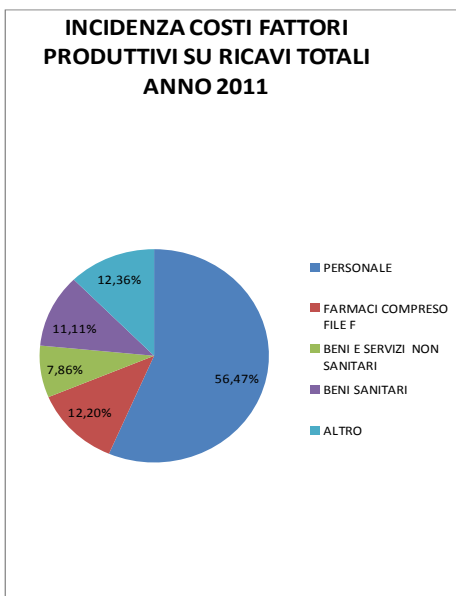
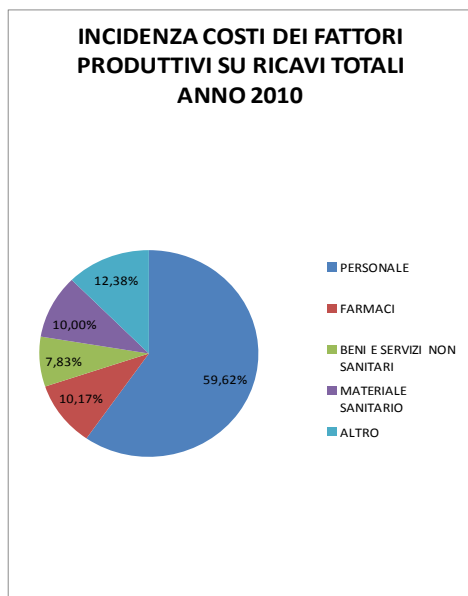
Voce	Negoziato 2011	Consuntivo 2011	Delta
(A) Totale Ricavi Netti	106.141	120.149	10.434
(B) Totale Costi Interni	263.832	263.593	- 239
(C) Totale Costi Esterni	3	0	-3
Totale Costi Operativi	263.835	263.593	-242
(E) Saldo Componenti Finanziarie e Straordinarie	11.470	13.714	2.244
(G) Saldo mobilità	162.784	156.284	- 6.500
Risultato economico	- 6.380	- 872	- 5.504

Il risultato economico negativo è determinato dagli effetti della riconciliazione contabile sui rapporti di credito/debito con le altre Azienda del Servizio Sanitario Regionale, che ha inciso in modo significativo sull'area delle componenti straordinarie di esercizio per il considerevole ammontare di oltre 2.052 €/mgl. Il risultato di esercizio depurato dall'incidenza di tale area che, ai sensi delle istruzioni assessoriali non incide sulla negoziazione delle risorse e conseguentemente sulle valutazioni gestionali del Direttore Generale, sarebbe pertanto pari ad € 1.180 a conferma dell'avvenuto riequilibrio di gestione.

Di seguito viene esposto il dettaglio dei **costi interni** (dati in migliaia di euro):

Voce	Negoziato 2011	Consuntivo 2011	Delta
Personale	159.638	155.078	- 4.560
Prodotti Farmaceutici, Emoderivati	31.019	31.067	48
Altri Beni Sanitari	28.419	28.519	100
Beni Non Sanitari	1.355	1.618	263
Servizi Sanitari	4.381	5.044	663
Servizi non sanitari	20.571	22.236	1.665
Manutenzione	6.121	6.065	- 56
Godimento Beni Di Terzi	1.784	1.755	- 29
Oneri Diversi Di Gestione	1.600	2.349	749
Ammortamenti	8.144	9.298	1.154
Accantonamenti	800	4.164	3.364
Totale Costi interni	263.832	263.593	-239

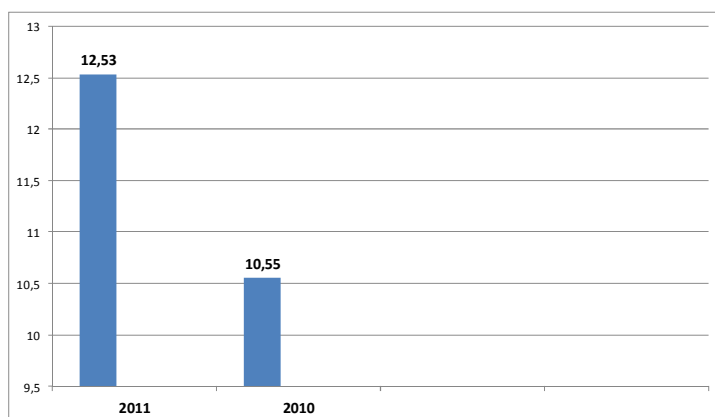
- TASSI INCIDENZA COSTI



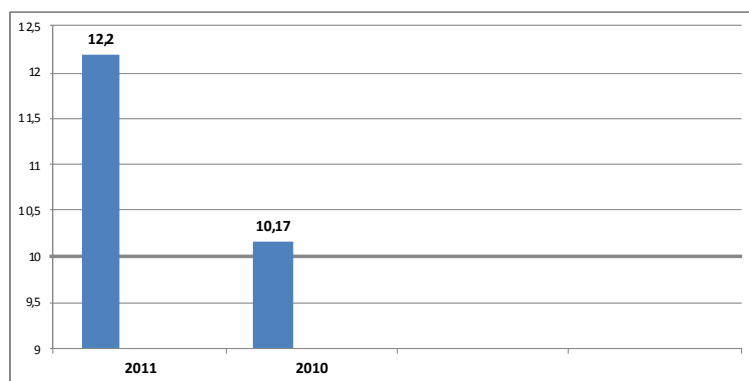
Da un'analisi comparata dei grafici di cui sopra, si evidenzia un decremento del costo del personale dovuto al trasferimento in altre aziende ospedaliere di alcune unità lavorative del ruolo dirigenziale sanitario, unitamente al blocco parziale del *turnover* così come programmato in sede di Piano di rientro e sviluppo.

Nel contempo, si registra un aumento dei farmaci di file F dovuto alla maggiore domanda di farmaci in sede di distribuzione diretta.

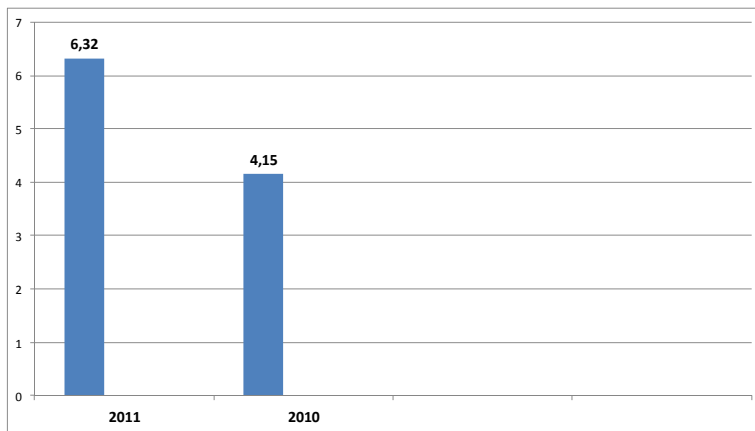
INCIDENZA COSTO FARMACI ED EMODERIVATI SU COSTI TIPICI DI PRODUZIONE



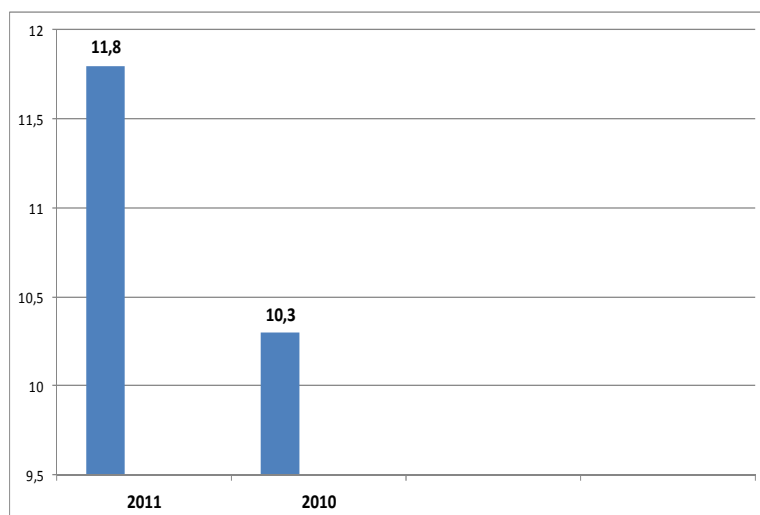
INCIDENZA COSTO FARMACI ED EMODERIVATI SU RICAVI



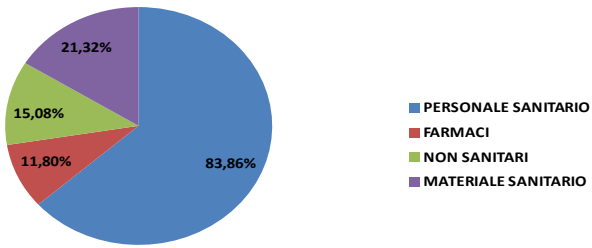
**INCIDENZA COSTO FARMACI ED EMODERIVATI (ESCLUSO FILE F) SU
COSTI TIPICI DI PRODUZIONE**



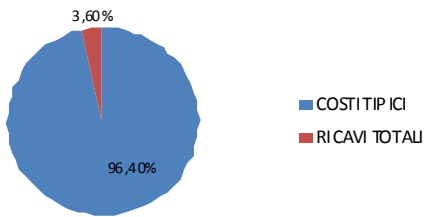
**INCIDENZA COSTO FARMACI ED EMODERIVATI (ESCLUSO FILE F)
SU FATTURATO DA DRG E AMBULATORIO**



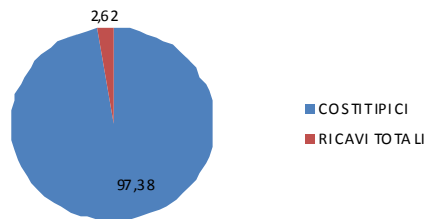
**INCIDENZA FATTORI PRODUTTIVI SU FATTURATO
Anno 2011**



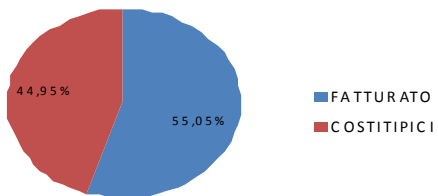
**COSTI TIPICI SU RICAVI TOTALI
ANNO 2010**



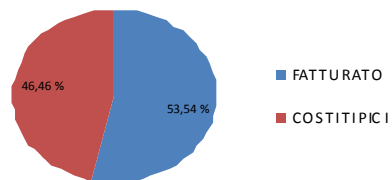
**COSTI TIPICI SU RICAVI TOTALI
ANNO 2011**



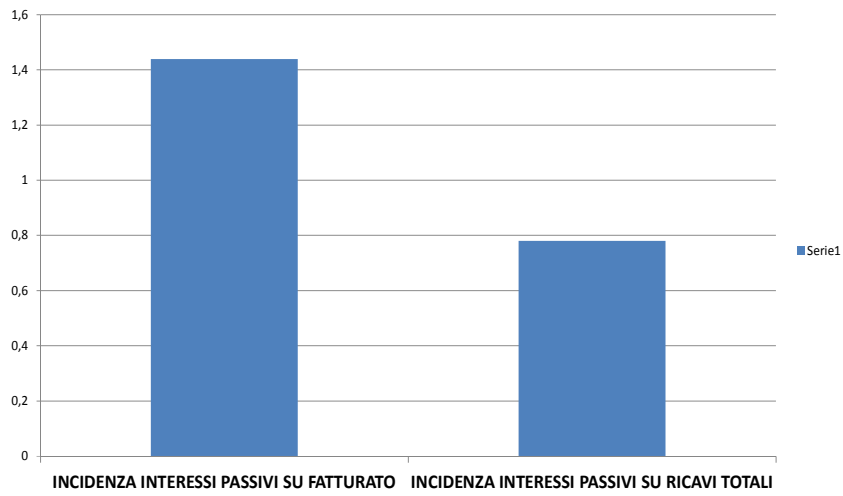
**FATTURATO SU COSTI TIPICI
ANNO 2010**



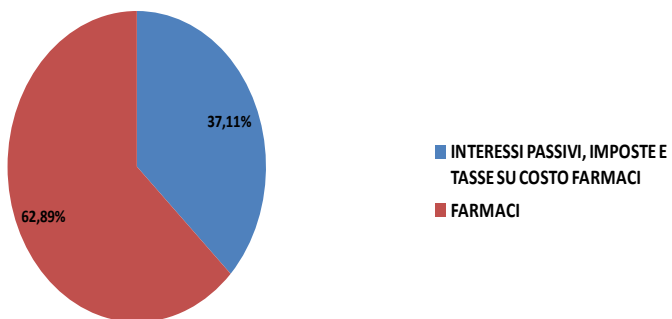
**FATTURATO SU COSTI TIPICI
ANNO 2011**

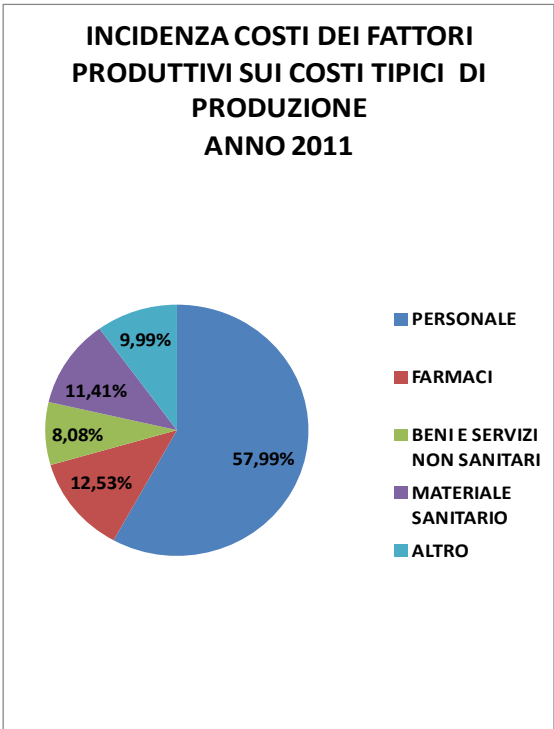
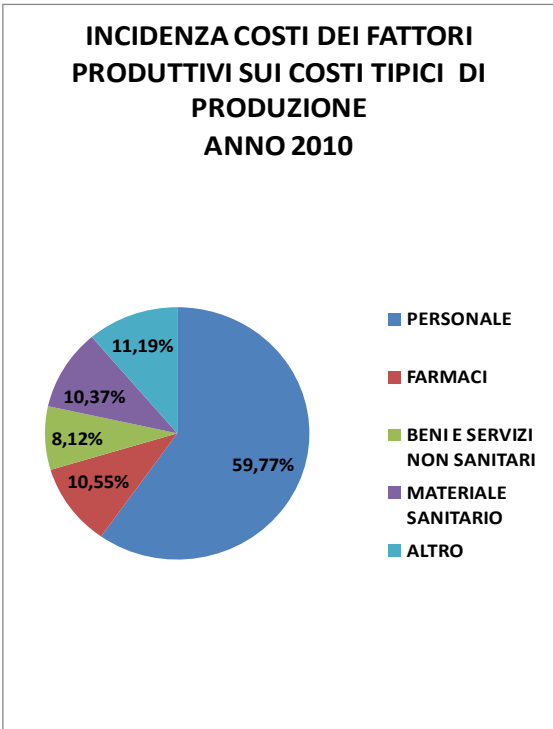
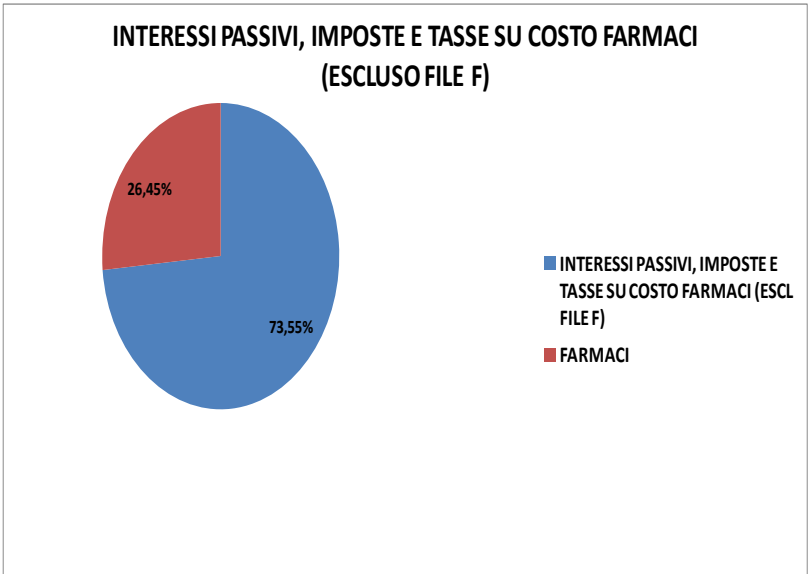


INCIDENZA INTERESSI PASSIVI SU FATTURATO E RICAVI TOTALI



INTERESSI PASSIVI, IMPOSTE E TASSE SU COSTO FARMACI





5. SITUAZIONE PATRIMONIALE E FINANZIARIA

5.1 ANDAMENTO ECONOMICO DELLA GESTIONE

L'esercizio 2011 si chiude con un risultato negativo pari a €/mgl 872 che, pur mantenendosi nell'area di perdita, registra un miglioramento del risultato rispetto all'esercizio 2010 per un importo pari a €/mgl 1.902.

Tale risultato scaturisce dalla differenza tra le componenti positive e quelle negative rilevate per competenza; nello specifico, rispetto all'anno 2010 si è registrato un notevole incremento per i contributi in conto esercizio e, nel contempo, si è registrato un decremento dei ricavi e dei proventi diversi.

I maggiori ricavi derivanti dal File F sono inoltre in parte compensati con i maggiori costi derivanti dalla medesima voce: alla luce di un'attenta analisi degli anni precedenti, tali valori tendono ad una crescita progressiva che, presumibilmente, si assurge a *trend* per i periodi futuri. Sono da evidenziarsi, altresì, gli aumenti di costi derivanti dall'acquisto di beni sanitari, di prestazioni sanitarie da pubblico e da privato e di servizi non sanitari da privato.

Passando al versante dei costi del personale, la variazione più rilevante in diminuzione si registra per il ruolo sanitario dirigenziale a causa dei trasferimenti di alcune unità lavorative ad altre aziende ospedaliere, unitamente al turn-over del personale.

Una criticità si evince nella gestione delle scorte di magazzino: il 2011 ha registrato, infatti, un aumento della variazione delle rimanenze, quest'ultimo dovuto essenzialmente ad inefficienze nell'approvvigionamento delle scorte e alla loro gestione.

Passando all'area finanziaria, per la medesima si realizza un incremento degli oneri finanziari dovuto al maggiore ricorso allo strumento della anticipazione bancaria, unitamente ai mutati tassi di interesse applicati dal settore creditizio.

Per l'anno in corso l'area straordinaria ha subito una notevole variazione alla luce del procedimento di riconciliazione che ha compensato i crediti/debiti tra le aziende ospedaliere intra - regionali, ponendosi come momento di chiusura di un periodo passato caratterizzato dal perpetuarsi di poste esposte in bilancio anno dopo anno senza trovare una contropartita nel relativo flusso di entrata/uscita monetaria.

5.2 ANDAMENTO PATRIMONIALE E FINANZIARIO DELLA GESTIONE

L'andamento finanziario della gestione risulta nel complesso migliorato a seguito del flusso di liquidità generato dall'assessorato regionale competente. Ciò ha contribuito ad un miglioramento dei tempi medi di pagamento ai fornitori. Sul versante dei crediti, si registra una flessione dei crediti verso la Regione per la spesa corrente dell'A.O.R., mentre i crediti vantati verso case di cura private per cessione di emoderivati rimangono la voce preponderante all'interno della macroclasse "altri crediti".

Alla data odierna risultano perdite a nuovo da esercizi precedenti - al netto dei contributi per ripiano perdite incassati al 31/12/2011 - ad €/mgl 42.158.

Inoltre, a fronte di fonti di investimento dalla gestione corrente, per un importo pari ad €/mgl 7.058, si registrano impieghi di liquidità per un importo pari a €/mgl 54.785 con una variazione di cassa di €/mgl 47.726. Per un'analisi più dettagliata si rinvia al rendiconto finanziario di cui alla pagina seguente.

5.2.1 RENDICONTO FINANZIARIO

A) FONTI DI INVESTIMENTO	IMPORTI
Diminuzione di crediti da Regione	0
Diminuzione di crediti Erario	0
Diminuzione d crediti ARPA	0
Diminuzione di crediti da Aziende sanitarie	165.428
Diminuzione di crediti da Comune	0
Diminuzione di crediti diversi	0
Aumento debiti verso fornitori	0
Aumento debiti verso Istituto Tesoriere	0
Aumento debiti verso Aziende Sanitarie pubbliche	1.217.629
Aumento debiti verso istituti di previdenza	754.426
Aumento debiti per imposte	1.289.654
Aumento debiti diversi	0
Aumento fondo di amm.to	3.127.594
Aumento fondo rischi	267.550
Aumento fondo di accant. Rinnovo contrattuali	0
Diminuzione rimanenze finali sanitarie e di altri beni	76.440
Totale	6.898.721
Utile d'esercizio	159.508
TOTALE A	7.058.229
B) IMPIEGHI DI LIQUIDITA'	
Acquisizioni immobilizz. materiali e immateriali	4.518.098
Aumento rimanenze finali sanitarie e di altri beni	0
Aumento crediti diversi	268.620
Aumento di crediti da Regione	20.452.501
Aumento crediti ARPA	0
Aumento crediti Erario	41.688
Aumento crediti da Comune	0
Aumento crediti da Aziende sanitarie	0
Diminuzione debiti verso fornitori	6.839.789
Diminuzione debiti verso Istituto Tesoriere	464.629
Diminuzione debiti per imposte	0
Diminuzione debiti verso Istituti di previdenza	0
Diminuzione debiti verso Aziende Sanitarie pubbliche	0
Diminuzione debiti verso regione	18.346.168
Diminuzione debiti diversi	742.366
Diminuzione fondo rischi	0
Diminuzione fondo di accant. Rinnovo contrattuali	3.110.855
Totale	54.784.714
Perdita di esercizio	0
TOTALE B	54.784.714
DIFFERENZA (A-B)	-47.726.485
C) VARIAZIONI CASSA E TESORIERE	
Cassa e Tesooriere al 1° gennaio	7.809
Cassa e Tersoriere al 31 dicembre	9.792
Variazioni	1.983
TOTALE (A-B) + C	-47.728.468

5.2.2 ANALISI PER INDICI

La riclassificazione dello stato patrimoniale rappresenta solo il primo passo nell'analisi della situazione finanziaria dell'Azienda. I valori assoluti, infatti, perdono il loro valore informativo se non sono posti a confronto con ammontari a loro connessi. L'analisi finanziaria viene attuata attraverso l'uso di indicatori che pongono a confronto dati interrelati.

Indice di solvibilità	(situazione finanziaria a breve termine) criterio di valutazione >1	
formula	liquidità + crediti a breve + rimanenze/passività a breve	
<i>attivo a breve termine</i>		161.874.148
<i>passivo a breve termine</i>		170.514.159
		0,95
	(es.) l'indice >1 dimostra la capacità dell'Az. di far fronte ai suoi debiti a breve con i crediti a breve e le rimanenze.	
indice di liquidità	(situazione finanziaria a breve termine) criterio di valutazione >1	
formula	liquidità + crediti a breve / passività a breve	
<i>attivo a breve termine</i>		154.627.909
<i>passivo a breve termine</i>		170.514.159
		0,91
	(es.) indice >1 dimostra la capacità dell'Az. di far fronte ai suoi debiti a breve senza dover diminuire le sue scorte di magazzino.	

6. PIANO DELLA FORMAZIONE

E' stato redatto il Piano della formazione annuale (Piano formativo aziendale 2011/2012) ed il Piano di aggiornamento, in collaborazione con la U.O. Urp e qualità, in favore dei dipendenti addetti al front - line.

Dal Maggio al Novembre 2011 sono stati effettuati tutti le azioni preliminari all'adozione del predetto Piano (analisi dei bisogni formativi, individuazione aree di intervento, informativa alle OO.SS., stesura del Piano e concertazione con la Direzione Strategica.

N

el corso del 2011 è stata individuata l'urgenza di programmare e gestire corsi di formazione ed aggiornamento sulla Privacy e sulla Comunicazione in favore del front - line (operatori dei centralini, operatori delle portinerie, operatori CUP-URP).

Complessivamente sono state effettuate tre edizioni del corso, che hanno coinvolto in totale 40 dipendenti.

7. PIANO DELLA QUALITÀ E RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Negli elenchi seguenti si riportano, sinteticamente, tutte le attività realizzate dalla U. O. competente in relazione all'area del miglioramento della qualità e a quella della comunicazione istituzionale.

AREA QUALITÀ

Elaborazione Piano Qualità, in collaborazione con Rischio Clinico;

Organizzazione rete aziendale Qualità, è stato elaborato il modello organizzativo della rete aziendale dei facilitatori della qualità, finalizzata a diffondere *la cultura del miglioramento della qualità* in azienda. E' stato elaborato e realizzato un percorso formativo per i circa 100 operatori. Si è registrato un elevato livello di coinvolgimento e di gradimento da parte dei discenti.

Gestione Gruppo Qualità: è stato costituito il *Gruppo Aziendale Qualità*;

Rischio Clinico, Joint Commission, con delibera n. 50 del gennaio 2011, istituiti e coordinati vari gruppi di lavoro sui temi del miglioramento della qualità e sugli standard Joint Commission (gruppo cadute, gruppo manuali, gruppo customer, gruppo trasporto, ..);

Attività di predisposizione degli indicatori e standard JC, in particolare si sono tenuti in considerazione i seguenti standard: International *Patient Safety Goals* (IPSG), Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente, quali:

- IPSG. "Identificazione paziente" (in collaborazione con Risk manager);
- IPSG. "Comunicazioni tra gli operatori";
- IPSG. "Igiene mani";
- IPSG. "Cadute";
- Standard AOP sul "Consenso Informato";
- Standard Miglioramento della Qualità e Sicurezza del Paziente (QPS) esclusi quelli che riguardano la gestione degli eventi sentinella, di specifica pertinenza del Rischio Clinico;

- Standard Qualifiche e Formazione del Personale (SQE);
- Gestione della Comunicazione e delle Informazioni (MCI);

Predisposizione atti, in collaborazione con altre UU.OO., per le seguenti procedure:

- Procedura trasporto Neonatologia e UTIN;
- Procedura delle procedure;
- Procedura BLS e addestramento;
- Sicurezza in Sala Operatoria;
- Flusso Simes;
- Procedura comunicazione operatori.

Programma di Prevenzione cadute.

Predisposizione progetto e delibera di attuazione per la sperimentazione della campagna informativa di supporto e realizzazione del programma di lavoro;

Partecipazione al Forum sul Rischio Clinico.

Realizzazione di locandine sulle attività svolte, la cui diffusione è stata organizzata con turnazione per la presenza giornaliera allo stand ospedaliero.

Rilevazione stress lavoro correlato.

E' stata realizzata la rilevazione dei dati attraverso un questionario appositamente elaborato e protetto. La rilevazione è stata effettuata nel periodo Marzo-Aprile 2011 e ha coinvolto poco meno della metà degli operatori aziendali. I dati sono stati digitati in apposito programma statistico ed elaborati. Allo stato attuale si sta completando la lettura dei risultati che verranno presentati alla direzione aziendale e anche agli operatori, insieme alle linee di indirizzo per i successivi Piani di Miglioramento, in ottemperanza al dettato normativo.

AREA COMUNICAZIONE

Elaborazione Piano Comunicazione sulla base dei bisogni aziendali rilevati. Definizione di diversi programmi di attività.

Gestione dei Punti Informazione e Ascolto (PIA) sia nel Presidio Cervello che nel Presidio Villa Sofia. I due Punti Informazione hanno registrato un flusso di utenti e cittadini in entrata pari a:

ATTIVITA'	CERVELLO	VILLA SOFIA	TOTALE
INTERVENTI PIA	38	66	104
RECLAMI	21	37	58
INFORMAZIONI	25.645	26.561	52.206
UTENTI TRANSITATI	25.700	26.662	52.362
TELEFONATE	6.346	4.254	10.600

Gestione Reclami:

Nell'anno 2011 sono stati registrati in totale n. 58 reclami, suddivisi come da tabella precedente. Per ognuno di essi è stata avviata regolare istruttoria.

Progetto Accoglienza:

E' stato avviato il progetto Accoglienza attraverso la predisposizione di alcuni depliant informativi da distribuire ai pazienti ricoverati (ad oggi i depliant sono in corso di stampa).

Attività per accoglienza in aree emergenza con AVULSS:

E' stata effettuata la formazione degli operatori volontari, predisposti *depliant* informativi e un questionario per la valutazione del giudizio degli utenti. Da settembre 2011 è stata regolarmente effettuata l'attività in collaborazione con AVULSS.

Referente Audit Civico per il Programma Assessorato e CittadinanzAttiva:

Si è proceduto alla formazione degli operatori della rete, costituito un gruppo di lavoro per la realizzazione del programma di lavoro, effettuato la rilevazione dei dati raccolti attraverso la somministrazione di appositi questionari e di Griglie di osservazione ai direttori aziendali, ai direttori di UU.OO. e ai direttori di presidio; curato la trasmissione dei dati a Cittadinanza attiva.

Referente Audit migranti per il Programma Assessorato e CittadinanzAttiva:

E' stato individuato dalla Direzione aziendale, il referente aziendale per il progetto regionale sull'Audit Civico, che nell'espletamento del relativo ruolo ha raccolto i dati sui migranti, provveduto alla compilazione dei questionari assessoriali, in collaborazione con il Servizio Sociale che cura l'attività di presa in carico dei migranti ricoverati in azienda.

Partecipazione al progetto regionale "Costruzione di una banca dati sul volontariato":

Si è ritenuto importante partecipare alle attività di rilevazione e di organizzazione dei dati e della banca dati.

Festa Natale:

E' stata realizzata, in collaborazione con la U.O. Educazione alla Salute, varie attività previste (musicali, pet-therapy, clowns, distribuzione stelle natale ai pazienti ricoverati, panettoni e regali per i bambini dell'area pediatrica, ecc..) con la predisposizione di un *depliant* informativo distribuito in azienda.

Sito web: è stato curato, con la ditta Olomedia e con la U.O. Sistema Informatico Aziendale, la stesura e l'aggiornamento del sito web aziendale.

Aggiornamento carta servizi: si è provveduto alle attività di aggiornamento e di revisione della carta dei servizi aziendale (ad oggi si sta predisponendo la bozza di stampa).

Progetto segnaletica: realizzazione progetto complessivo per l'aggiornamento della segnaletica attraverso l'analisi dei bisogni espressi dai direttori di UU.OO. e attraverso l'analisi dei percorsi/flussi utenti per la segnaletica esterna.

Predisposizione progetto camici e divise: realizzazione progetto complessivo relativo alle tipologie e fogge dei capi per ciascuna figura professionale, previa analisi delle specificità richieste dalle diverse figure professionali (sale operatorie, servizi, sportelli utenti quali informazioni, cup, ticket, ecc.).

Customer Satisfaction: raccolta e somministrazione dei questionari ai degenti ricoverati e agli utenti ambulatoriali. Tramite l'elaborazione e l'analisi dei dati emersi, sono stati predisposti appositi report semestrali e curato la diffusione dei risultati anche attraverso la pubblicazione nel sito aziendale;

Sono state realizzate le seguenti campagne informative interne:

Diritti e doveri utenti (locandina + depliant)

Customer Satisfaction (locandina + depliant)

Prestazioni alta specializzazione (depliant)

Igiene mani (locandine)

Prevenzione cadute (depliant)

8. RISCHIO CLINICO E FISICA SANITARIA

Notevole è stata l'attività di Risk Management che si è strutturata attraverso alcune direttrici sintetizzabili in due aree:

- gestione flussi informativi;
- implementazione procedure.

Nella prima area, sono riconducibili le attività legate all'alimentazione del flusso SIMES con l'inserimento delle informazioni relative agli eventi sentinella e denunce sinistri. Analogamente, rientra in tale ambito la gestione della *Incident Reporting* attraverso l'attivazione di *Alert Report* e la implementazione di azioni di miglioramento basate sulla segnalazione di criticità legate a processi diagnostico-assistenziali. Completa il quadro della gestione dei flussi informativi il rapporto con *Broker* relativamente a denunce e sinistri.

La seconda area, ha interessato ben 16 procedure, tra le quali si segnalano quelle sulla identificazione del paziente, protocollo trasporto area U.T.I.N., gestione carrello di emergenza, braccialetto identificativo, segnalazione eventi sentinella. Tutta la gestione dell'implementazione delle procedure e delle buone pratiche ha seguito le indicazioni della Joint Commission International, cui la U.O. competente ha fornito la necessaria assistenza e supporto in occasione del *on site visit*.

Per quanto concerne l'attività di controllo di qualità su apparecchiatura di diagnostica per immagini e medico nucleari, la competente U.O. di Fisica Sanitaria ha aumentato, rispetto al 2010, del 20% tali attività. Infatti, le attività di controllo sono state n. 51 rispetto a n. 41 dell'anno precedente.

L'attività ha contemplato anche i collaudi presso la sala angiografica del P.O. Villa Sofia e presso le sale Tac dei due Presidi. E' continuata l'attività di verifica dei livelli diagnostici di riferimento (Dosimetria al paziente) su impianti di radiodiagnostica convenzionale e tomografia computerizzata in tutti i Presidi. Nel 2011 è iniziata l'attività di redazione dei documenti di valutazione del rischio in materia di sorgenti di radiazioni ottiche artificiali (laser medicali) su tutti i Presidi aziendali.

9. RICERCA E SPERIMENTAZIONE

Tale area riveste notevole importanza strategica per l'azienda, sia per continuare una tradizione consolidata sia per la notevole ricaduta in termini di posizionamento ed immagine.

Numerosi sono gli enti di ricerca, le istituzioni, le università e le aziende private che intrattengono relazioni con l'Azienda. Parimenti alcune strutture aziendali sono direttamente coinvolte quali sede di ricerca dell'assessorato regionale della salute, con appositi finanziamenti di assegni di ricerca.

10. EVOLUZIONE DELLA GESTIONE

10.1 POSIZIONAMENTO STRATEGICO E SVILUPPO

L'Azienda ha continuato a perseguire finalità connesse al mantenimento e al potenziamento del suo posizionamento strategico in ambito territoriale e in particolare ha incrementato i suoi rapporti con le altre realtà quali, ad esempio, l'Università di Palermo con la quale ha stipulato convenzioni per l'utilizzo presso l'Azienda di strutture extra universitarie per il conseguimento di specializzazioni in varie branche mediche.

Particolare sensibilità è stata manifestata, inoltre, con l'adesione al protocollo d'intesa nel triennio 2011/2013, all'attivazione della rete di servizio territoriale per garantire il diritto allo studio attraverso la "Scuola in Ospedale".

Rimane l'intensa attività di collaborazione con l'ASP territoriale e il Comune di Palermo in merito ai progetti del servizio sociale in favore dei soggetti deboli e a rischio di emarginazione sociale, ivi comprese le azioni finalizzate alla tutela dei pazienti fragili e per le dimissioni protette.

Particolare attenzione è stata posta per le problematiche connesse al Risk management con l'adozione del Piano Aziendale della Gestione del Rischio Clinico e la continua attività per adeguare l'Azienda ai canoni della J.C.I..

Centrale si pone l'attenzione alla qualità percepita attraverso la continua rilevazione del monitoraggio dei giudizi soggettivi effettuata tramite la tecnica dei questionari di *Customer satisfaction* sia per l'area dei ricoveri che per quella ambulatoriale.

Non ultima l'attenzione alla prevenzione sui luoghi di lavoro attraverso la stesura degli aggiornamenti del Documento Valutazione dei Rischi e l'adozione dei Piani delle Misure di Adeguamento, e in tale direzione si inserisce l'attivazione del corso di aggiornamento per i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

Il posizionamento strategico è rafforzato anche con il notevole impulso dato al servizio di teleconsulto neurochirurgico "Teletac" che ha visto questa Azienda pienamente inserita nel sistema *HUB – Spoke* per il bacino occidentale.

In tale direzione si colloca questa Azienda in qualità di HUB nell'ambito del progetto della Terapia del dolore, unitamente alle attività di marketing sanitario attivate per il potenziamento dei livelli di offerta di prestazioni diagnostico/laboratoristiche di alta specializzazione in ambito delle malattie rare, oncoematologiche, talassemiche e di genetica molecolare.

Nell'ottica di una politica aziendale "di sistema" è stato redatto, infine, il Piano Provinciale condiviso sulla riorganizzazione della diagnostica ed investimenti, unitamente all'ASP di Palermo e alle Aziende Ospedaliere "ARNAS CIVICO" e Policlinico di Palermo.

Il Direttore Amministrativo
Dr.ssa Daniela Faraoni

Il Direttore Sanitario
Dr.ssa Maria Concetta Martorana

Il Commissario Straordinario
dr Giacomo Sampieri