



Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia - Cervello

## **RELAZIONE SULLA PERFORMANCE**

**anno 2012**

## 1. PRESENTAZIONE E INDICE

### **Presentazione**

La "Relazione sulla Performance" prevista dall'art. 10 comma 1 lettera b) del decreto legislativo 150/2009 illustra, con riferimento all'anno precedente di gestione, ai cittadini e ai portatori di interesse interni ed esterni all'Azienda Ospedaliera Ospedali riuniti Villa Sofia - Cervello di Palermo, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.

Il documento chiude il ciclo di gestione della performance dell'anno 2012.

Ai sensi dell'art. 11 comma 6 e 8 del decreto, la relazione ha anche lo scopo di divulgare all'esterno le attività svolte a favore dei diversi utenti, i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi che ci si era dati, le criticità esistenti, il clima aziendale.

# Indice

1. PRESENTAZIONE E INDICE .....	2
Presentazione .....	2
Indice.....	3
2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI .....	4
2.1 Contesto esterno di riferimento.....	12
2.2 L'amministrazione .....	13
2.3. I risultati raggiunti.....	22
2.4. Le criticità e le opportunità .....	27
3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI.....	32
3.1. Albero della performance.....	32
3.2. Obiettivi strategici.....	32
3.3. Obiettivi e piani operativi .....	37
3.4. Obiettivi individuali .....	38
4. Risorse , efficienza e economicità .....	38
5. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE.....	44
6.1. Fasi, soggetti e responsabilità .....	44
6.2. Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance.....	46

## **2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI**

### **L'orientamento al cittadino e la comunicazione**

La comunicazione tra Azienda e cittadino costituisce uno dei presupposti essenziali per garantire una buona sanità: comunicare vuol dire infatti, per l'Azienda Ospedaliera, informare il cittadino sui servizi erogati, sulle modalità e i tempi di erogazione ponendo la massima attenzione alla centralità del paziente. Una buona informazione è il presupposto per garantire trasparenza e partecipazione quali concetti che emergono con forza dalla recente normativa. Trasparenza e partecipazione che nella nostra Azienda sono garantiti attraverso:

#### **1) Punti Informazione e Ascolto**

Costituiscono il front line dell'Ufficio Pubbliche Relazioni e hanno lo scopo di informare, accogliere, ascoltare, accompagnare il cittadino ed il paziente nell'esperienza all'interno dell'ospedale.

Al Punto Informazione e Ascolto il cittadino o il paziente possono avere informazioni sui servizi erogati e sui tempi di attesa, possono segnalare eventuali disservizi, possono chiedere, se sono da soli, di essere accompagnati, magari con sedia comoda, presso un ambulatorio o servizio dell'ospedale: in altri termini, gli operatori del Punto Informazione orientano ed accolgono l'utente o il cittadino nella complessa vita dell'ospedale.

Nella tabella seguente si evidenzia che, nell'anno 2012, poco più di 46.000 pazienti o cittadini si sono recati agli sportelli informativi URP per chiedere informazioni e circa 11.000 hanno telefonato per avere informazioni.



## 2) Customer Satisfaction

L'analisi della customer satisfaction (o soddisfazione del cliente) è un altro degli strumenti che garantisce la partecipazione del cittadino alla gestione dei servizi sanitari. Attraverso la segnalazione delle proprie opinioni in merito ai servizi offerti, infatti, il cittadino contribuisce ad aiutare la direzione aziendale nella definizione delle politiche sanitarie e delle strategie di sviluppo ed intervento per migliorare i servizi.

Il progetto di rilevazione strutturata della soddisfazione dei propri utenti, attuato negli anni precedenti, è stato riformulato in seguito all'implementazione del programma regionale avviato nell'anno, che ha previsto un nuovo questionario e nuove modalità di registrazione dei dati raccolti.

Nell'anno 2012, nel periodo gennaio-settembre 2012 sono stati raccolti circa 900 questionari pari al 5,8% del totale dei ricoveri dello stesso periodo. L'ultimo trimestre 2012 è stato invece analizzato con il nuovo questionario regionale e la nuova procedura di analisi.

In linea generale si può però dire che il grado di soddisfazione degli utenti è abbastanza elevato, come si evince dal grafico seguente:

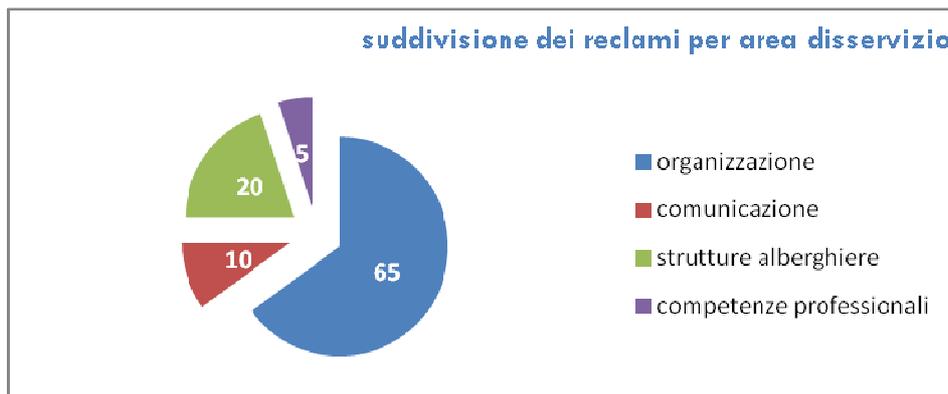


La rilevazione della soddisfazione degli utenti ricoverati è stata particolarmente utile perché l'azienda ha potuto introdurre i bisogni del cittadino nella determinazione delle scelte degli organi decisionali potenziandone i canali di ascolto.

### **3) Gestione reclami**

Il reclamo rappresenta per il paziente un modo per dichiarare un eventuale disagio subito a seguito di comportamenti che abbiano negato o limitato la dignità della persona. Per l'Azienda il reclamo è un utile strumento per migliorare aspetti che potrebbero altrimenti non essere presi in considerazione in quanto non ritenuti critici. Da qui l'importanza delle segnalazioni, che devono essere effettuate all'Urp (Ufficio Relazioni con il Pubblico), che svolge le funzioni in materia di pubblica tutela.

Nell'anno 2012 i reclami sono stati in totale 57 e le aree tematiche più critiche sono state quelle dell'organizzazione dei servizi (principalmente in relazione ai tempi di attesa per le prestazioni richieste) e quelle (cfr. tabella seguente)



#### **4) Carta dei Servizi e aggiornamento sito**

La Carta dei Servizi costituisce lo strumento principale per garantire un'adeguata informazione ai cittadini, insieme alla creazione del sito aziendale e al suo continuo aggiornamento.

La nostra Azienda, anche nel 2012, ha provveduto ad aggiornare in tempo reale i dati inseriti nel sito aziendale e, principalmente, quelli relativi alla Carta dei Servizi che del sito costituisce la parte principale.

#### **5) Campagne informative**

Sempre per garantire adeguata informazione ai cittadini ed agli utenti sui servizi offerti, sui loro diritti e doveri, su informazioni sanitarie per un'adeguata prevenzione all'interno dell'ospedale, nell'anno 2012 l'URP aziendale ha realizzato diverse campagne informative sia interne che esterne, come qui di seguito specificato:

- a. Diritti e doveri utenti:** è stata realizzata una locandina e un depliant in cui vengono illustrati i diritti dei pazienti in ospedale e anche i loro doveri, come previsto dalla normativa nazionale e internazionale. Le locandine sono state affisse in tutte le UU.OO. dei tre presidi ospedalieri e i depliant distribuiti sia ai pazienti ricoverati che a quelli ambulatoriali.

- b. Customer Satisfaction:** è stata realizzata un'apposita locandina affissa nei luoghi di maggiore afflusso di utenti (ambulatori e sale d'attesa) e uno specifico depliant per sensibilizzare l'utenza alla compilazione dei questionari di qualità percepita illustrando loro cosa è e a cosa serve la customer satisfaction.
  
- c. Prestazioni alta specializzazione:** al fine di diffondere tra tutti gli interessati l'informazione sulle prestazioni ad alta specializzazione erogate da questa Azienda, il nostro URP ha realizzato un apposito depliant informativo e lo ha distribuito a tutti i medici di medicina generale di Palermo e provincia, nonché a molte farmacie della città di Palermo.
  
- d. Igiene mani:** al fine di contribuire alla prevenzione delle infezioni ospedaliere è stata realizzata la campagna "**Mani Pulite**" rivolta agli operatori sanitari per sensibilizzarli sul tema e ricordare loro la procedura specificatamente elaborata per il lavaggio delle mani. Sono state predisposte perciò apposite locandine con la rappresentazione delle diverse fasi del lavaggio e sono state appese in tutti i luoghi sensibili (davanti ai rubinetti dei bagni degli operatori e dei pazienti, nelle sale operatorie, ecc...)
  
- e. Prevenzione cadute:** per prevenire i danni causati dalle cadute accidentali dei pazienti ricoverati in ospedale è stata realizzata la campagna informativa "**Stop alle Cadute**". A tal fine è stato realizzato apposito depliant e distribuito ad operatori e pazienti ricoverati.

L'Azienda ha inoltre partecipato alla campagna regionale "**Costruire Salute**" realizzata dall'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia collaborando alla organizzazione del sito regionale [www.costruiredalute.it](http://www.costruiredalute.it) e alla realizzazione di seminari informativi con operatori sanitari e medici di famiglia per la diffusione delle informazioni relative al sito.

## 6) Comitato Consultivo Aziendale

L'URP ha supportato le attività del Comitato Consultivo Aziendale, organismo istituzionale che, formato da tutte le Associazioni di Volontariato presenti nell'Azienda e sul territorio, rappresenta la voce del cittadino e costituisce, insieme alla Carta dei Servizi, al Sistema di Gestione dei Reclami e alla rilevazione della Customer Satisfaction, uno degli strumenti che garantiscono la partecipazione dei cittadini al Sistema Sanitario.

## Il Miglioramento Continuo della Qualità

### 1) Elaborazione Procedure per migliorare la qualità dell'assistenza

Sono state elaborate, in collaborazione con i servizi interessati, diverse procedure volte a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e dell'organizzazione ospedaliera; in particolare le procedure più importanti sono le seguenti:

- a. Monitoraggio del dolore:** ciascun paziente ricoverato ha il diritto di richiedere apposito trattamento per ridurre il dolore, sia esso acuto che cronico. La procedura descrive le modalità per la misurazione del dolore tramite apposite scale di misurazione, scientificamente validate, sia per i pazienti coscienti che per quelli non comunicanti, sia per gli adulti che per l'area pediatrica e neonatologica.
- b. Prevenzione cadute:** le cadute in ospedale costituiscono uno dei rischi più diffusi che possono avere conseguenze anche gravi per i pazienti. L'Azienda Ospedaliera ha avviato un programma di prevenzione delle cadute attraverso la predisposizione di un'apposita procedura che definisce cosa è necessario fare in ospedale per prevenire il rischio cadute sia da parte degli operatori che da parte degli stessi pazienti.

- c. Accoglienza pazienti:** il momento di ingresso nell'Unità Operativa di degenza è sempre un momento particolarmente difficile per il paziente: entra in un contesto che non conosce, è particolarmente vulnerabile e ha bisogno di conoscere chi si prenderà cura di lui e come se ne prenderà cura. La procedura di accoglienza del paziente definisce quali sono i compiti dei medici e degli infermieri in questo particolare e importante momento della vita del paziente in ospedale.
- d. Comunicazione interna:** la comunicazione interna, tra operatori e UU.OO., costituisce uno dei momenti di maggiore criticità quando essa non è fluida e scorrevole. La richiesta di consulenze specialistiche tra UU.OO., la comunicazione di esami di laboratori magari urgenti per la definizione delle patologie dei pazienti tra Aree di Emergenza e laboratori costituiscono momenti di particolare sensibilità che possono causare errori. Proprio per evitare ciò è stata elaborata una specifica procedura che stabilisce come e con quali modalità deve avvenire la comunicazione scritta ed orale tra le UU.OO.
- e. Comunicazione eventi avversi:** un evento avverso è un evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente non intenzionale e indesiderabile. Per quanto accurata, di elevata professionalità e competenza possa essere una prestazione sanitaria, un evento avverso può comunque verificarsi e, in tali casi, la gestione della relazione tra strutture sanitarie e pazienti richiede un approccio consistente, chiaro e definito sulla base di una procedura condivisa da parte di tutte le UU.OO. aziendali, basata sia sulla gestione dell'evento avverso che sulla comunicazione aperta e trasparente con i pazienti ed i loro familiari rispetto a quanto avvenuto, sulla base di ciò che la letteratura evidenzia come "Sorry, it works". Questo approccio richiede un'analisi accurata ed approfondita dell'evento avverso, l'identificazione dei fattori contribuenti e delle cause radice e la definizione di un piano di azione per ridurre la probabilità di accadimento dell'evento avverso. La procedura elaborata definisce sia le modalità per la gestione dell'evento avverso, competenza specifica del Rischio Clinico,

sia le modalità di comunicazione con i familiari del paziente coinvolto e/o con lo stesso paziente interessato.

**f. Procedura delle procedure:** è stata elaborata un'apposita procedura per definire le modalità di elaborazione e costruzione di tutte le altre procedure e far sì che la metodologia fosse omogenea per tutte, a garanzia della massima trasparenza e correttezza operativa.

**g. Gestione fascicoli del personale:** è stata elaborata un'apposita procedura per la gestione, organizzazione, predisposizione dei fascicoli del personale che rappresentano la storia professionale di ciascun dipendente. Questo al fine di verificare la correttezza ed appropriatezza anche dei titoli culturali e scientifici previsti per ciascuna figura e ruolo professionale.

## **2) Predisposizione Manuali Qualità**

Le attività di Miglioramento Continuo della Qualità nell'anno 2012 hanno riguardato la riflessione sui processi organizzativi con la compilazione, per ciascuna Unità Operativa, di un apposito Manuale della Qualità che ha riletto i processi organizzativi interni, individuato le aree di criticità e fissato gli obiettivi e i percorsi di miglioramento

## **3) Programma aziendale Audit Clinici**

L'ufficio Qualità ha ideato e programmato uno specifico percorso per sviluppare l'attività di auditing clinico nelle UU.OO. ospedaliere. A tal fine è stato organizzato e realizzato un apposito corso di formazione che ha coinvolto alcuni operatori, medici e infermieri, per ciascuna U.O. Il corso, della durata di una giornata, è stato replicato in 4 edizioni per permettere a più operatori di partecipare. Specifico obiettivo formativo del corso è stato quello di contribuire ad identificare alcune aree di particolare criticità e avviare perciò i necessari audit clinici.

#### **4) Piano Attuativo Provinciale – Anno 2012**

L'Ufficio Qualità ha inoltre partecipato attivamente alla realizzazione degli obiettivi di integrazione delle Aziende dell'area metropolitana di Palermo supportando i vari gruppi di lavoro, monitorando gli indicatori di risultato e realizzando le specifiche attività previste per l'area qualità. Tutto questo al fine di migliorare l'integrazione dei servizi sanitari a livello territoriale e poter dare in questo modo risposte più mirate ai bisogni dei cittadini semplificando l'iter per il loro utilizzo e la loro erogazione.

### **2.1 Contesto esterno di riferimento**

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 ha dovuto 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 e di cui la *spending review* è la seconda fase.

## **2.2 L'Amministrazione**

### **A. 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.

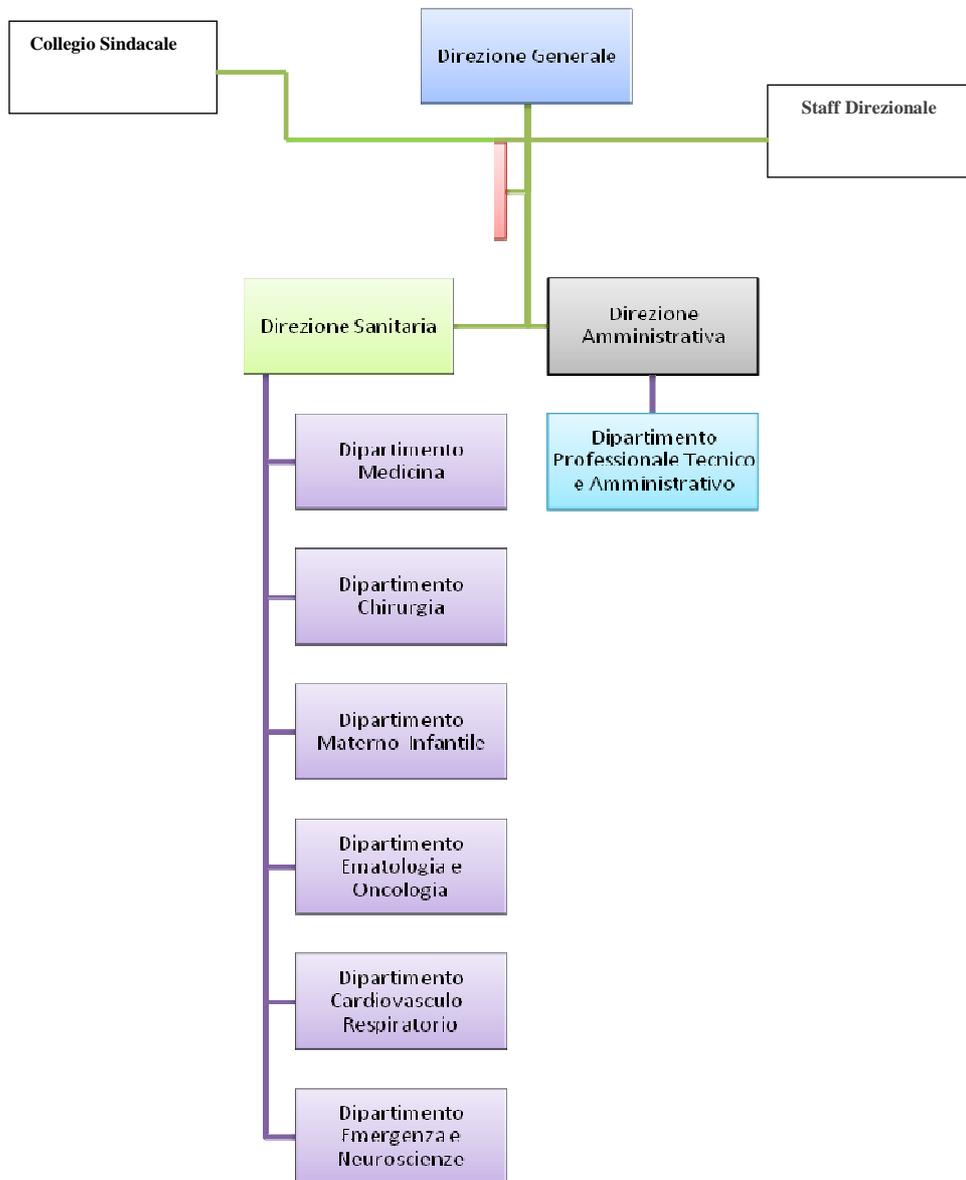
I dirigenti, secondo quanto previsto dall'atto aziendale, esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione annuale delle attività e dei contratti, nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget 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.

**B. L'ORGANIGRAMMA AZIENDALE:**



## C. 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.

**D. 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	Geriatria			
		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	Parto analgesia	Coordinamento anestesio logico sale operatorie	Coordinamento anestesio logico sale operatorie
		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	Genetica Medica
		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	<b>EMATOLOGIA E ONCOLOGIA</b>	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
		UOS	Patologia neoplastica della tiroide		
		UOS	Trapianti di Midollo Osseo		
		UOS	Terapia Radio metabolica		
		UOS D	Laboratorio Diagnostica Integrata Oncoematologica e Manipolazione Cellulare		

5	<b>CARDIOVASCOLO-RESPIRATORIO</b>	UOC	Malattie Apparato Respiratorio 1		
		UOC	Malattie Apparato Respiratorio 2		
		UOC	Cardiologia *		
		UOC	Chirurgia Toracica		
		UOC	Chirurgia Vascolare		
		UOS	Emodinamica		
		UOS	Aritmologia e Cardiolazione		
		UOS	Fisiopatologia Respiratoria		
		UOS D	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
		UOS D	Sclerosi Multipla e Malattie Autoimmunitarie del Sistema Nervoso		
		UOS	Trauma Center		
		UOS D	Angiografia diagnostica ed interventistica		
		UOS	Diagnostica per l'emergenza		
		UOS D	Endoscopia Digestiva per l'emergenza		
		UOS D	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	

## **E. 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) e Comunicazione Istituzionale;*
- *Risk Management e Qualità*

### **2.3. I risultati raggiunti**

Alla scadenza dei vari trimestri del 2012 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: In seguito si elencano i precitati obiettivi e, in sintesi, le azioni correlate messe in opera dall'azienda:

- predisposizione del Piano attuativo Aziendale entro il 30.4.2012
- predisposizione del Piano Attuativo Provinciale (Documento di sintesi) e contestuale nomina dei referenti delle aree in cui l'azienda è capofila (*cure palliative, rete politrauma e teletac, piano miglioramento della qualità e risk management*)
- 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 30/05/2008 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, ivi compresi quelli di nuova istituzione.

#### 4) *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, data dalla fusione di tre realtà nosocomiali preesistenti, di cui due aziende ospedaliere.

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. Ulteriori obiettivi raggiunti sono stati:

- Dimissioni protette per diabete e scompenso cardiaco.
- Piano per fonti di energia alternativa (piano predisposto)
- Riduzione del 10% dei DH diagnostici
- Controllo campionario cartelle cliniche anni 2010 e 2011.

#### Obiettivi di efficienza dell'area ospedaliera:

Tali obiettivi indicanti, nella programmazione regionale, i valori soglia minimi, riguardano essenzialmente il corretto uso delle attività ospedaliere, sia in termini di efficienza che di appropriatezza.

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

	Valore soglia	valore anno 2012
Ricoveri 0/1 giorno	5%	2,79%
Ricoveri ripetuti 30gg	10%	3,75%
Peso medio chirurgico	1,25	1,81

Peso medio medico	1,10	0,90
Qualità percepita Customer satisfaction		5%
Ricoveri	5%	
Ambulatorio	1%	
Prescrizione 1°ciclo di cura	20%	22,50%
Occupazione posti letto ordinari	Almeno 80%	92,38%
Tempestività PTCA nei casi di IMA	50%	69%
Tempestività intervento per frattura femore over 65.		61%

#### Attività finalizzate all'efficienza organizzativa, qualità ed appropriatezza

- Applicazione della metodologia di budget in sede di programmazione annuale (*appropriatezza dei ricoveri, indice occupazionale, casistica operatoria, razionalizzazione consumi, monitoraggio costi, indice operatorio, riduzione parti cesarei*).
- Piano aziendale per il rischio clinico.
- Azioni per l'omogeneità e la razionalizzazione dei sistemi informativi e informatici (flussi statistici, contabilità, gestionali).
- Razionalizzazione livello di offerta (accorpamenti unità operative).
- Piano della formazione ed aggiornamento.
- Qualità e *Customer satisfaction*.
- Sistema delle valutazioni del personale dirigente

- Sistema di verifica e valutazione performance del personale dirigenziale e del comparto ai fini della retribuzione di risultato.

Dal punto di vista generale i citati provvedimenti hanno razionalizzato l'intero livello di offerta, attivando meccanismi gestionali quali:

1. Rinnovo Direttori di Dipartimento
  - Unificazione delle responsabilità direzionali
  - Economie negli approvvigionamenti sanitari ed economici (ad eccezione di alcune aree in cui non si è potuto ottenere un contenimento di costi e le cui motivazioni sono state ampiamente monitorate dalla Direzione Strategica)
  - Miglior utilizzo del personale
  - Ottimali utilizzazioni degli spazi
  - Economie nel settore dei trasporti interni

#### Attività finalizzate alla *mission* e *vision* aziendali

- piano triennale per le opere pubbliche
- piano organizzativo aziendale ( piano pluriennale di rientro e di sviluppo).
- attività preliminari all'apertura del cantiere del nuovo Polo pediatrico.
- rifunzionalizzazione dei due presidi con finalità di identificare presso il polo Villa Sofia il luogo ove si struttura l'offerta connessa alla emergenza /urgenza (attraverso strutture quali il trauma system di bacino, dall'attivazione della *Stroke Unit* e da un complessivo potenziamento delle attività chirurgiche) oltre che riabilitative e di Lungodegenza.
- presso il polo Cervello, il luogo ove si struttura l'offerta connessa alla elezione medica, all'oncologia e all'area materno infantile, con la previsione di creazione di un polo pediatrico regionale.

- potenziamento del nuovo sistema di prenotazione (CUP) per la riduzione delle liste d'attesa per tutta la realtà aziendale e attivazione numero verde aziendale per le prenotazioni.
- Messa a regime delle seguenti attività:
  - PET.
  - Stroke Unit
  - Trauma Center
  - Telemedicina
  - diagnosi e terapia della ROP (retinopatia bambini prematuri)
  - Potenziamento Nefrologia e dialisi
  - Robotica chirurgica

Il forte indice di attrazione extraprovinciale, la riconosciuta "visibilità" in ambito metropolitano, la scelta dell'azienda quale sede di sperimentazioni e ricerche da parte di soggetti terzi, l'individuazione dell'azienda quale sede di didattica universitaria e post universitaria, pur essendo indicatori di buon posizionamento all'interno del sistema sanitario, non comportano effetti nella logica dell'equilibrio economico.

Un fattore condizionante, per l'apparato sanitario, nel corso del 2012 è stato sicuramente il nuovo corso impresso dalla programmazione regionale, che, sottoforma di obiettivi del Direttore Generale e di programmazione annuale di budget, ha privilegiato alcuni aspetti che hanno marcatamente messo in primo piano il fattore "esiti", il fattore "controllo" ed il fattore "qualità".

## 2.4. Le criticità e le opportunità

L'attività di ricovero ordinario è stata caratterizzata dalla riduzione del numero dei dimessi rispetto all'anno precedente, in linea con le direttive assessoriali tendenti ad un miglior uso dell'ospedale attraverso forme alternative di ricovero e nuovi *setting* assistenziali.

Pur in presenza di diminuzione di ricoveri è aumentato il fatturato ordinario in virtù della maggiore complessità della casistica trattata.

Al contrario si registra un forte calo dell'attività in day hospital, sia per l'obbligo della riduzione dei D.H. diagnostici imposta dall'Assessorato sia per lo spostamento di quota parte di utenza verso le attività ambulatoriale e di day service.

È da registrare, altresì, che il fatturato accertato è già abbattuto dalle quote di inappropriatazza, giusta Patto della salute, per complessivi €. 1.218.622,00.

In relazione al disavanzo concordato e alle ulteriori assegnazioni per € 2.400.000,00 che hanno sostanzialmente riequilibrato il bilancio, si esplicitano di seguito le motivazioni e le criticità emerse che hanno influito sull'andamento della gestione.

Tali criticità e problematiche, affrontate e gestite da questa Azienda, hanno sostanzialmente influito, come sopra ricordato, nel riconoscimento di maggiori somme rispetto a quanto inizialmente negoziato.

Preliminarmente l'attività direzionale ha dovuto confrontarsi con una nuova logica "di rete", fortemente voluta dall'autorità regionale che, se da una parte ha orientato il management verso una visione di " sistema", dall'altra, talvolta, ha subordinato l'azione strettamente aziendalistica derivante dalla *mission* ad esigenze di carattere generale (ridimensionamento del livello di offerta, forme alternative al ricovero, parametri di adeguamento delle strutture).

Ciò ha comportato, ad esempio, che un nuovo *setting* assistenziale in ambito della Terapia del Dolore ha ridotto notevolmente il fatturato già scaturente dall'attività ordinaria e, a parità di costi, ha determinato una contrazione di fatturato di ricovero ordinario di circa 1 milione di euro rispetto all'anno precedente.

Appare sottostimato il riconoscimento delle prestazioni di ricovero che sembrerebbe non riconoscere il day service pari a €/mgl 2.004 comporta una sottostima della reale produzione del 2012 e che si ritiene debba essere riconsiderata da parte della Regione.

Non è da sottovalutare, inoltre, la crescente domanda sanitaria ambulatoriale "esterna", cui l'Azienda sopperisce con una imponente rete di offerta specialistica di primo e secondo livello, associata ad una notevole attività diagnostico strumentale, ai cui costi si relazionano tariffe di rimborso molte volte inferiori agli investimenti prodotti.

Nello specifico si registra un sensibile incremento di fatturato ambulatoriale pari a €. 299.464,00 per il flusso C e di ulteriori €. 890.794,00 per il flusso C da pronto soccorso rispetto al 2011, per un totale complessivo di ricavo ambulatoriale di €. 20.345.882,00 di fatturato al netto del ticket.

Altra variabile che aumenta le difficoltà nel governo della spesa è la situazione (peculiare della *mission* aziendale) dell'esistenza di un sistema di offerta per l'emergenza / urgenza che si compone di ben tre strutture di pronto soccorso, quattro strutture con attività di pronto soccorso (otorino, ostetrico, oculistico ed odontoiatrico), di un Trauma Center, e di una Stroke Unit.

Il forte indice di attrazione extraprovinciale, la riconosciuta "visibilità" in ambito metropolitano, la scelta dell'azienda quale sede di sperimentazioni e ricerche da parte di soggetti terzi, l'individuazione dell'azienda quale sede di didattica universitaria e post universitaria, pur essendo indicatori di buon posizionamento all'interno del sistema sanitario, non comportano effetti nella logica dell'equilibrio economico.

Un fattore condizionante, per l'apparato sanitario, nel corso del 2012 è stato sicuramente il nuovo corso impresso dalla programmazione regionale, che, sottoforma di obiettivi del Direttore Generale e di programmazione annuale di budget, ha privilegiato alcuni aspetti che hanno marcatamente messo in primo piano il fattore "esiti", il fattore "controllo" ed il fattore "qualità".

Orbene, da tale programmazione, stringente dal punto della verifica e valutazione con l'intervento dell'AGENAS, è derivata una riconversione di alcuni

settori produttivi strategici che hanno dovuto "rimodulare" il livello di offerta (e di risposta) in ambiti già compromessi da riduzione di posti letto e da alte concentrazioni di inappropriatazza (il *Day Hospital* e il *Day Surgery*), hanno dovuto convertirsi a nuove forme assistenziali (il *Day Service*), hanno dovuto focalizzarsi su specifici aspetti (interventi cardiologici ed ortopedici entro termini perentori, dimissioni protette, riduzione mobilità passiva), hanno dovuto ridurre i DH diagnostici, hanno dovuto fare i conti con una verifica sulla appropriatezza e sul merito di scelte cliniche effettuata da un soggetto sanitario terzo (l'Azienda Provinciale), sicuramente inedito in tale veste.

Il tutto all'interno di una forte capacità di lavoro, certificata dall'aumento dell'attività ambulatoriale, dall'attività di Pronto soccorso non seguita da ricoveri, dalla distribuzione diretta dei farmaci, dalla preparazione dei chemioterapici, dall'attività diagnostica strumentale per interni ricoverati e per utenti esterni.

E ciò con la capacità di aver usufruito della opportunità di collocare l'azienda nel mercato della salute per strutturare un modello di rete di cui l'azienda stessa si è posta in posizione di *HUB (cure palliative e terapia del dolore, teletac, politrauma, scompenso cardiaco)* o di capofila (*gare consorziate di bacino*).

Occorre ricordare, inoltre, gli investimenti in manutenzioni e lavori scaturiti dal passaggio di un intero presidio territoriale alla Azienda (la struttura "Casa del Sole) il cui trasferimento al Presidio Cervello ha comportato significativi investimenti e costi per servizi non sanitari di ristrutturazione ed adeguamento per permettere l'avvio del polo materno infantile (es. il nuovo Pronto soccorso pediatrico), unitamente ai cantieri avviati e conclusi per le unità operative di Pediatria, Nefrologia e sala operatoria ostetrica e ginecologica. Gli investimenti strutturali sono stati tutti a carico del bilancio aziendale con un'incidenza pari a 1 milione di euro.

Durante tali attività di trasferimento si sono, anche se parzialmente, dovute contrarre le attività delle unità operative coinvolte.

Da non sottovalutare il trasferimento di due Unità operative dell'area materno - infantile (cardiologia e chirurgia pediatrica) ad altra Azienda che ha

comportato una perdita di fatturato complessivo di circa €. 2.000.000,00, largamente superiore ai costi sostenuti per il funzionamento, con un margine negativo di poco più di 1 milione di euro.

Altra considerazione è legata all'uso di farmaci ad alto costo in area ematologica, nefrologica e della medicina, il cui uso è strettamente correlato alla presenza di numerosi centri di riferimento regionali e di assistenza per le malattie rare.

E' da rilevare, inoltre, che alcuni *setting* assistenziali hanno provocato il minor ricorso alla somministrazione di farmaci chemioterapici in file "T" con conseguente aggravio per costi di farmaci in regime ordinario in ambito ematologico quantificabile in circa 1 milione di euro.

Sul versante della produzione del plasma, al fine di controbilanciare i relativi costi sostenuti, si rende necessario il riconoscimento di alcune attività che contribuirebbero a ricondurre il deficit economico verso gli obiettivi negoziati e segnatamente:

- Il finanziamento per la cessione di plasma in conto lavorazione all'industria Kedrion (ai sensi del D.A. n. 3012/10 art. 3) che, in relazione all'attività prodotta dai centri trasfusionali, è pari a 800 €/mgl.

Occorre ricordare le spese intervenute per le azioni legate alla prevenzione antincendio, nonché l'adeguamento degli impianti di climatizzazione nel P.O. Cervello che, unitamente ai costi per il rilascio delle autorizzazioni edilizie dei locali da adibire a bar nello stesso Presidio, hanno contribuito ad un aggravio di costi quantificabile in € 300.000.

Non è da sottacere lo sforzo compiuto dall'Azienda nel garantire anche la tutela dei livelli occupazionali attraverso il mantenimento di un gruppo di operatori risultati eccedenti dopo la definizione delle nuove dotazioni organiche, a fronte dei quali sono state attivate procedure di riqualificazione con costi a carico dell'Azienda.

E' con lo stesso spirito l'Azienda non si è sottratta ai doveri derivanti dal suo ruolo di partecipazione alla S.A.S., unitamente all'assunzione di oneri per prestazioni derivanti dalla SUES 118.

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 (CRT) e Centri di Medicina Trasfusionale, ed in parte dall'esistenza di forti giacenze, valore attivo che nel 2012 è stato oggetto di verifiche mirate anche con l'assistenza di soggetto terzo.

### **1.1. Albero della performance**

### **1.2. 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 inappropriatezza, 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).

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 2012, 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.

### **1.3. Obiettivi e piani 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.

#### **1.4. Obiettivi individuali**

Gli obiettivi individuali sono trascritti, per il personale dirigenziale, in apposite schede, approvate in sede regolamentare e concertate con le OO.SS di categoria.

Per ogni scheda viene proposto, per singolo obiettivo, una valutazione da un minimo punteggio di 1. ad un massimo di 5. Il direttore di struttura, gerarchicamente sovraordinato, valuta le performance ed attribuisce il punteggio. Da tale punteggio scaturisce una valutazione in termini percentuali utilizzata per il pagamento delle spettanze dovute.

Gli obiettivi attribuiti ai singoli dirigenti sono desunti dagli obiettivi di budget assegnati alla struttura e negoziati dal responsabile.

Si allega il modulo - tipo utilizzato.

## **2. Risorse, efficienza e economicità**

E' 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

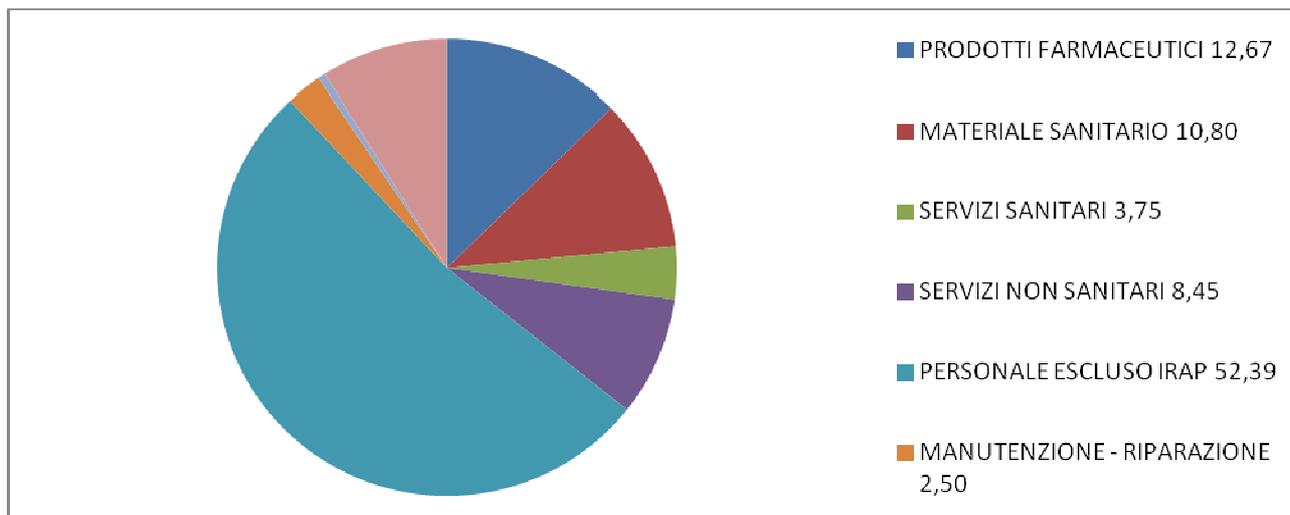
da ogni scelta è scaturito, come avviene in ogni cambiamento che coinvolge anche e soprattutto l'utenza.

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".

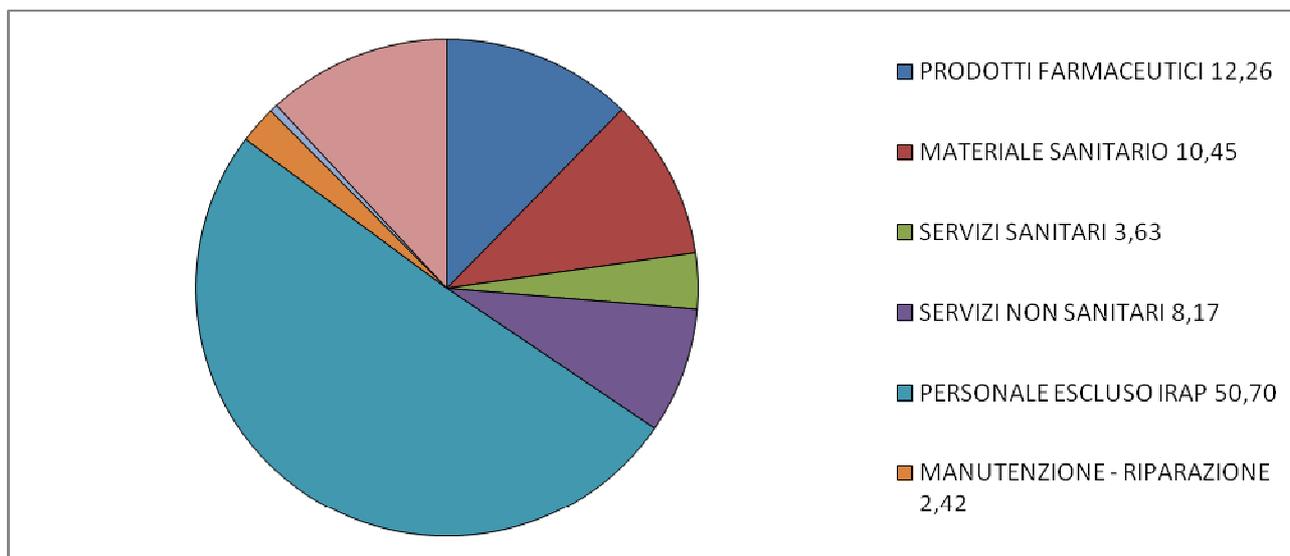
Le diverse professionalità sanitarie, soprattutto in relazione all'area medica, hanno dovuto "riconvertirsi" verso un assetto gestionale che sin dal primo momento si è caratterizzato con una visione "unitaria" dell'azienda, ridimensionando il ricorso a visioni particolari che vedevano nella struttura 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.

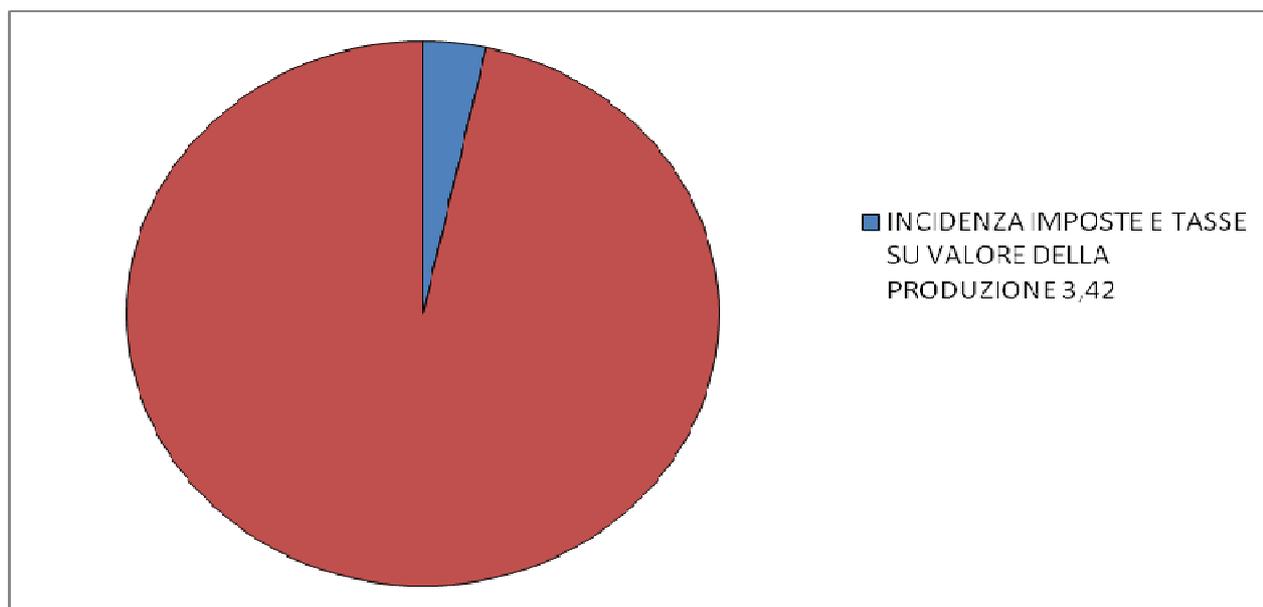
## INCIDENZA DEI PRINCIPALI FATTORI PRODUTTIVI SUI COSTI TIPICI DI PRODUZIONE



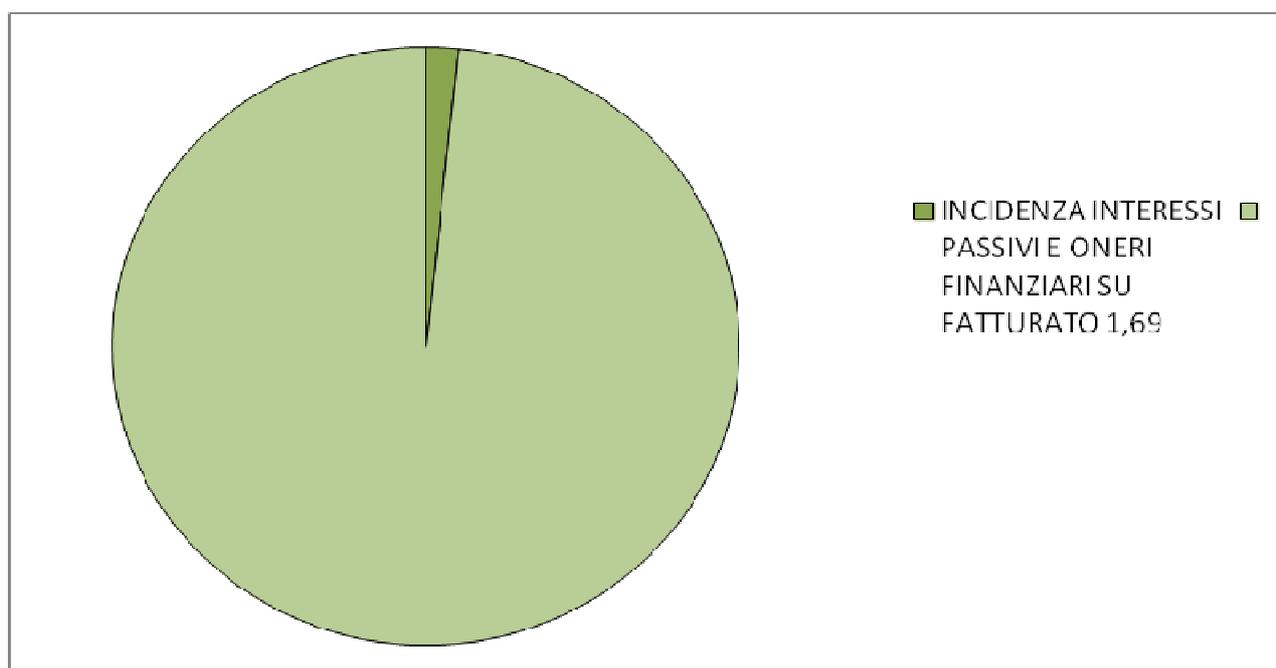
## INCIDENZA PRINCIPALI FATTORI PRODUTTIVI SU VALORE DELLA PRODUZIONE



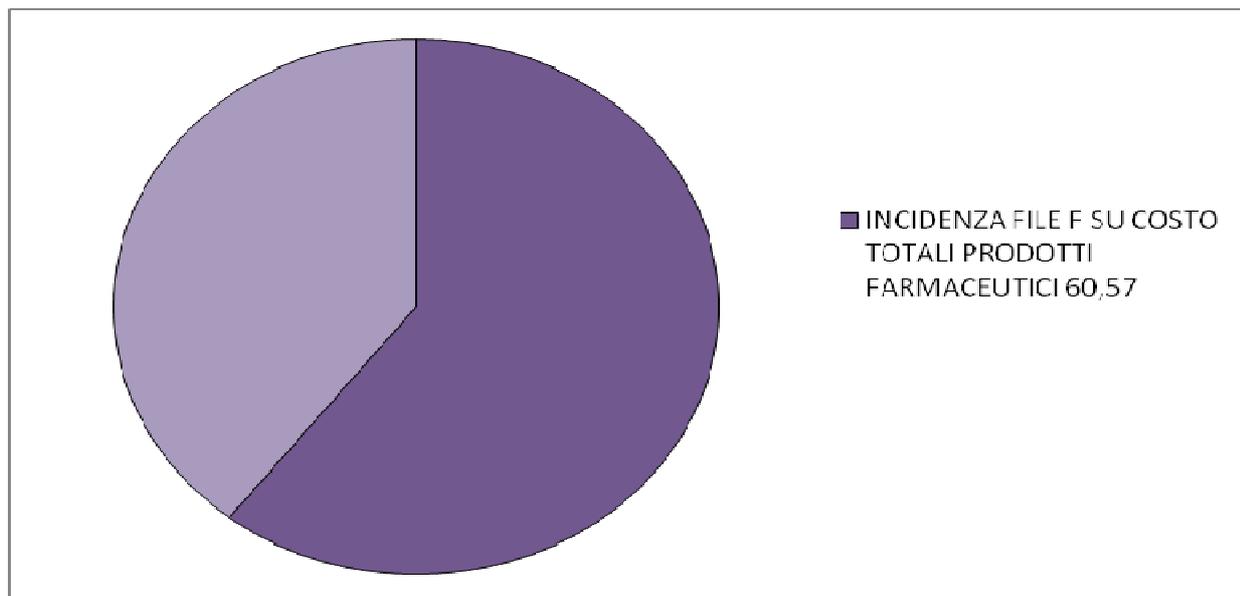
### INCIDENZA IMPOSTE E TASSE SU VALORE DELLA PRODUZIONE



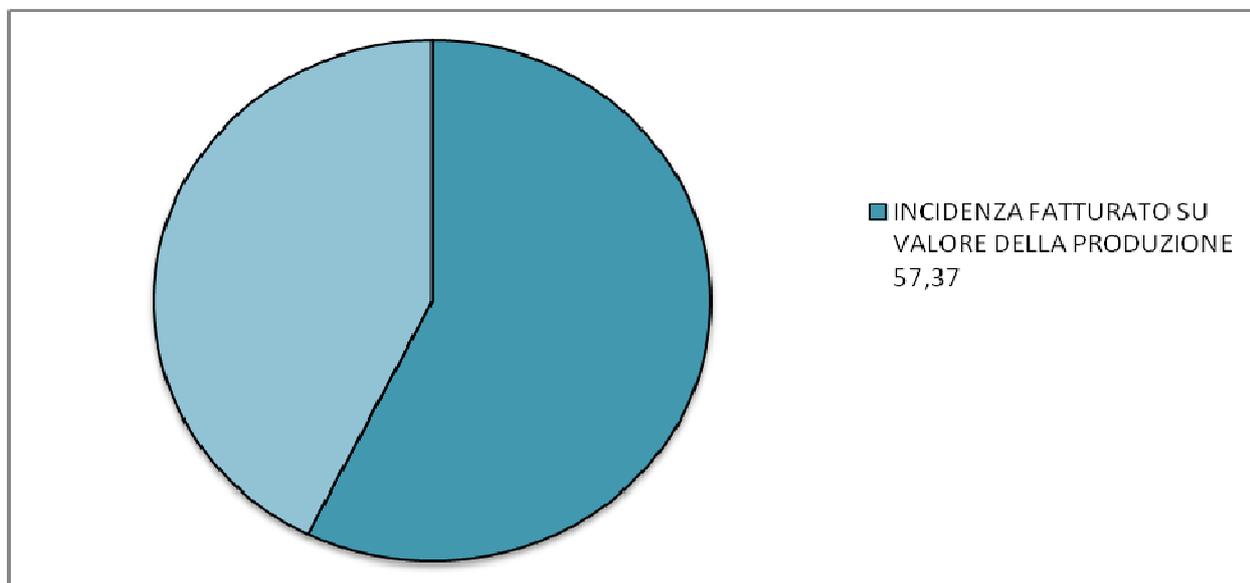
### INCIDENZA INTERESSI PASSIVI E ONERI FINANZIARI SU FATTURATO



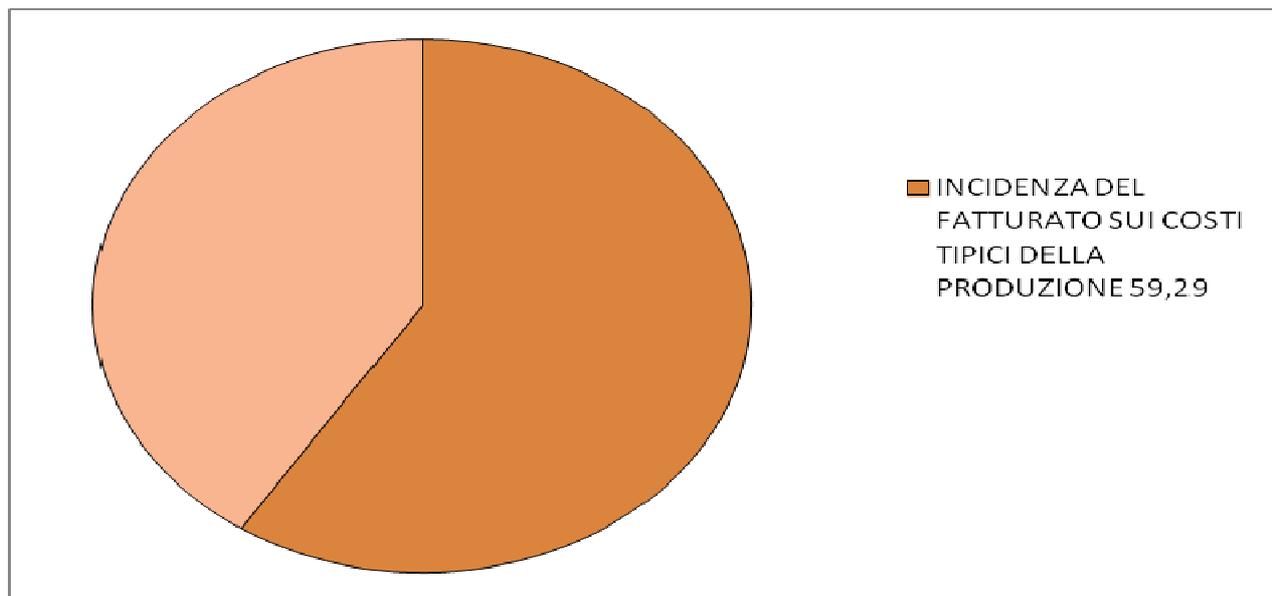
### INCIDENZA FILE F SU COSTO TOTALE PRODOTTI FARMACEUTICI



### INCIDENZA FATTURATO SU VALORE DELLA PRODUZIONE



## INCIDENZA DEL FATTURATO SUI COSTI TIPICI DELLA PRODUZIONE



### **3. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE**

La composizione di genere in Azienda rispecchia un equilibrio sostanziale. Il Top management nel 2012, composto dai tre componenti della Direzione Strategica, comprende una figura femminile.

L'alta direzione ( composta da n.4 Direttori di struttura complessa e n.4 dirigenti ) annovera il 50% di presenza femminile.

Le direzioni mediche di presidio ( in totale n.3) annoverano 2/3 di presenza femminile.

In generale la composizione del personale è così articolata:

- dirigenti dei vari ruoli a tempo indeterminato n. 586  
di cui n. 370 di sesso maschile e n. 216 di sesso femminile
- personale del comparto dei vari ruoli n.1811  
di cui n. 919 di sesso maschile e n. 892 di sesso femminile

in totale tutti i dipendenti sono così suddivisi:

maschi 53%

femmine 47%

#### **6.1. Fasi, soggetti e responsabilità**

L'intero processo della performance è strutturato secondo una metodologia che individua le fasi, i soggetti e le responsabilità.

Le fasi hanno una strutturazione logico-temporale che di seguito si riassume:

##### **-a. Programmazione**

- presa atto obiettivi del direttore Generale assegnati dall'Assessorato della salute
- presa atto obiettivi desunti dalla programmazione regionale o da normative statali
- adozione piano delle performance
- adozione del piano attuativo aziendale
- adozione del piano attuativo provinciale
- verifiche intermedie a cura del controllo di gestione
- monitoraggio continuo a cura dello staff gestionale sugli obiettivi del Direttore generale e dei piani attuativi.

##### **b. soggetti**

i soggetti coinvolti nelle varie fasi sono:

- la Direzione Strategica
- Lo staff gestionale
- programmazione e controllo di gestione

- i direttori delle UU.OO. nella qualità di soggetti sovraordinati sia in fase di attribuzione di obiettivi sia in fase valutativa.
- gli organismi deputati ( O.I.V. e Collegi tecnici)

#### c. metodologia operativa e responsabilità

Il sistema di valutazione vigente in questa azienda si basa esclusivamente su indicatori oggettivi e di natura quantitativa, alimentati dai dati desunti dalle rendicontazioni ufficiali elaborati dal Sistema Statistico informativo aziendale ( S.I.S.) e come tali già trasmessi come flussi di rendicontazione al Ministero della Salute, al Ministero dell'Economia e Finanze e all'Assessorato regionale della salute.

Gli obiettivi annuali di budget, si cui si basano le successive verifiche e valutazioni, infatti, sono di natura quantitativa e rientrano nell'area della efficienza e dell'appropriatezza, così come desunti dalla pianificazione regionale, da cui traggono la loro *ratio* e monitorati trimestralmente dall'AGENAS , per conto dello stesso Assessorato Regionale della salute

Inoltre, in virtù della emanazione della legge regionale n.5 del 2009 ( riordino del sistema sanitario regionale), tutto l'impianto della programmazione di budget, e il conseguente sistema valutativo, è inserito nei Piani Attuativi Aziendali e dal piano Attuativo provinciale, predisposti , d'intesa con le singole aziende sanitarie ed ospedaliere, dallo stesso Assessorato regionale, che ne cura le successive verifiche periodiche e finali attraverso la stessa AGENAS.

La metodica della valutazione, pertanto, è inserita in tale contesto fortemente strutturato ed articolato e si basa su strumenti operativi con modulistica dedicata che riporta i risultati raggiunti in rapporto a obiettivi attesi già indicati in termini quantitativi ( *indicatori, indici, tassi, valori assoluti*) e precedentemente esplicitati come valori attesi.

Il sistema della valutazione è ovviamente riportato in sede del Piano della performance ( *ove sono indicati gli obiettivi strategici*), nella programmazione regionale e nazionale ( *acquisita dall'azienda con provvedimenti formali adottati e pubblicati nel sito web oltre che notificati a tutti i responsabili di struttura*), nei citati *Piano attuativo aziendale e Piano Attuativo provinciale ( ove sono indicati gli indicatori da utilizzare per le verifiche)* ed, infine, nelle schede annuali di budget operativo predisposte per singola struttura di produzione.

Per quanto attiene la valutazione individuale dei singoli dirigenti, essa riporta gli stessi obiettivi della struttura , ovviamente distribuiti su base personale e, pertanto, la misurabilità è analoga , essendo anch'essa di natura strettamente quantitativa.

Il sistema della valutazione ( regolamenti e modulistica ) è stato oggetto di concertazione con le Organizzazioni sindacali di categoria e le ultime versioni regolamentari sono state adeguate alle novità introdotte dal d.lgs. n.150/299 , nonché alla normativa regionale di cui al D.A. 1821/2011.che ha disciplinato la materia in ambito regionale.

L'istituzione della struttura permanente di valutazione e il corso di formazione per gli operatori ivi in servizio, di durata annuale, predisposto dall'Assessorato

regionale alla salute, d'intesa con il CEFPAS ( centro regionale per la formazione degli operatori della sanità) e con l'AGENAS, completano l'impianto valutativo in questa azienda.

Da quanto premesso il ruolo dei componenti dell'OIV , si svolge attraverso un percorso normativo e procedurale ben definito, con ambiti minimi di soggettività , con totale assenza di criticità legate a rischi di parzialità ed arbitrarietà, e con una metodologia operativa di sola attenta visione ed analisi di dati quantitativi ed oggettivi, facilmente misurabili e riscontrabili.

## **6.2. Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance**

E' 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.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Daniela Faraoni

IL DIRETTORE SANITARIO

dott.ssa Maria Concetta Martorana

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dr Giacomo Sampieri

