

REGIONE SICILIA
Azienda Ospedaliera
di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione
"GARIBALDI"
Catania

DELIBERAZIONE N. 106 del 31 GEN. 2020

Oggetto: Adozione del Piano Triennale della Performance 2020 - 2022.

STRUTTURA PROPONENTE

L'istruttore

Il Responsabile del Procedimento
(artt. 5-6 L. 241/90)

Il Capo Settore

Registrazione Contabile

Budget Anno _____ Conto _____ Importo _____ Aut. _____

Budget Anno _____ Conto _____ Importo _____ Aut. _____

NULLA OSTA, in quanto conforme alle norme di contabilità

Il Dirigente Responsabile
Settore Economico Finanziario e Patrimoniale
(dott. Giovanni Luca Roccella)

Nei locali della sede legale dell'Azienda, Piazza S. Maria di Gesù n. 5, Catania,

il Direttore Generale, dott. Fabrizio De Nicola,

nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 196 del 04.04.2019

con l'assistenza del Segretario, dott. _____ ha adottato la seguente
deliberazione

Dott.ssa Maria Antonietta Li Calzi

Visto il D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, e s.m.i., di "Attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e di trasparenza delle pubbliche amministrazioni" il cui art. 10, come integrato e modificato dal D.Lgs 74/2017, prevede che le Amministrazioni Pubbliche, entro il 31 gennaio di ogni anno, "...redigono e pubblicano...il Piano della performance, documento programmatico triennale, che è definito dall'organo politico-amministrativo...che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di cui all'articolo 5, comma 01, lettera b)...";

Preso atto, in proposito, del contenuto delle deliberazioni Civit (oggi Anac) nn. 112/2010 e 6/2013 che dettano le linee guida per la predisposizione del Piano della Performance e tenuto conto degli indirizzi desumibili anche delle Linee guida n. 1/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica che, pur dettate per i Ministeri, possono costituire valido riferimento anche per le altre Amministrazioni Pubbliche;

Visto il Piano Triennale dell'Arnas Garibaldi, 2020-2022, redatto in coerenza con i principi dettati dalla suddetta normativa;

Considerato che il Piano della Performance individua - fra gli altri - gli elementi fondamentali su cui poggerà la successiva attività di misurazione, valutazione e rendicontazione dei risultati ottenuti a livello organizzativo ed individuale;

Rilevato che l'odierna *Governance* aziendale risulta insediata dal mese di aprile dello scorso anno e che non è ancora del tutto concluso il procedimento di approvazione del nuovo Atto Aziendale e, quindi, della dotazione organica, essendosi in attesa (una volta positivamente chiuso il contraddittorio con l'Assessorato) del provvedimento di approvazione da parte della Giunta regionale di Governo;

Che, per la corrente annualità, vengono in evidenza gli obiettivi assegnati alla Direzione Strategica in fase di insediamento, declinati verso le singole strutture aziendali, quali obiettivi operativi, al termine della specifica negoziazione;

Richiamata la deliberazione n. 92 del 31.01.2019 con cui questa Azienda ha proceduto all'approvazione del Piano della Performance per il triennio 2019-2021;

Visto il D.Lgs. 33/2013 che fa obbligo, all'art. 10, della pubblicazione del Piano della Performance in apposita sezione del sito istituzionale denominata "Amministrazione Trasparente";

Con il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo,

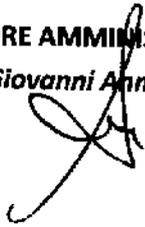
DELIBERA

Per i motivi esposti in parte motiva, che qui si intendono ripetuti e trascritti:

- a. Adottare il Piano Triennale della Performance, per il triennio 2020-2022, di cui all'art. 10, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 150/2009;

- b. Pubblicare il predetto Piano sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- c. Dichiarare la presente immediatamente esecutiva, in ragione dei termini previsti dalla normativa di riferimento.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Giovanni Annino)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Giuseppe Giannanco)

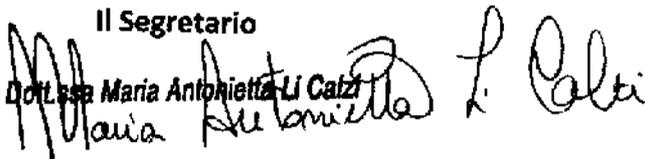


IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Fabrizio De Nicola)



Il Segretario

Dott.ssa Maria Antonietta Li Calzi



Copia della presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo dell'Azienda il
giorno _____ e ritirata il giorno _____

L'addetto alla pubblicazione

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo della Azienda dal _____
al _____ - ai sensi dell'art. 65 L.R. n. 25/93, così come sostituito dall'art. 53 L.R. n.
30/93 - e contro la stessa non è stata prodotta opposizione.

Catania _____

Il Direttore Amministrativo

Inviata all'Assessorato Regionale della Salute il _____ Prot. n. _____

Notificata al Collegio Sindacale il _____ Prot. n. _____

La presente deliberazione è esecutiva:

- immediatamente
- perché sono decorsi 10 giorni dalla data di pubblicazione
- a seguito del controllo preventivo effettuato dall'Assessorato Regionale per la Sanità:
 - a. nota di approvazione prot. n. _____ del _____
 - b. per decorrenza del termine

IL FUNZIONARIO RESPONSABILE



PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE

2020-2021

[art. 10 comma 1 lett. a) Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150]

Anno 2020

Indice:

<u>Premessa</u>	pag. 2
1. <u>Il Piano della Performance</u>	pag. 4
1.1 <i>Finalità</i>	pag. 4
1.2 <i>Contenuti</i>	pag. 5
1.3 <i>Principi Generali</i>	pag. 6
2. <u>Sintesi delle informazioni di interesse per i Cittadini e gli Stakeholder esterni</u>	pag. 7
2.1 <i>Chi Siamo</i>	pag. 7
2.2 <i>Cosa Facciamo</i>	pag. 9
2.3 <i>Come Operiamo</i>	pag. 11
2.4 <i>Gli Stakeholders</i>	pag. 14
3. <u>Identità</u>	pag. 16
3.1 <i>L'Amministrazione "In Cifre"</i>	pag. 16
3.2 <i>Mandato Istituzionale e Mission</i>	pag. 19
3.3 <i>Albero della Performance</i>	pag. 20
4. <u>Analisi del contesto</u>	pag. 22
4.1 <i>Analisi del contesto esterno</i>	pag. 22
4.1.1 <i>Il contesto sociale e demografico</i>	pag. 22
4.1.2 <i>Lo stato della sanità in Sicilia</i>	pag. 28
4.2 <i>Analisi del contesto interno</i>	pag. 30
4.2.1 <i>L'organizzazione</i>	pag. 30
4.2.2 <i>Le risorse umane</i>	pag. 33
4.2.3 <i>La situazione finanziaria</i>	pag. 34
4.3 <i>Analisi S.W.O.T.</i>	pag. 36
5. <u>Gli Obiettivi Strategici</u>	pag. 38
5.1 <i>Definizione degli obiettivi strategici</i>	pag. 39
5.2 <i>Coordinamento tra Piano della Performance e Piano della Prevenzione della Corruzione.</i>	pag. 41
6. <u>Dagli Obiettivi Strategici agli Obiettivi Operativi</u>	pag. 44
6.1 <i>Il processo di budgeting</i>	pag. 44
6.2 <i>Valutazione e verifica dei risultati</i>	pag. 50
6.3 <i>Il sistema premiante</i>	pag. 50
7. <u>Il processo di redazione e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione della Performance</u>	pag. 51
7.1 <i>Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione, aggiornamento e monitoraggio del Piano</i>	pag. 51
7.2 <i>Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio</i>	pag. 53
7.3 <i>Azioni previste per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance</i>	pag. 54

Premessa

Con questo documento l'A.R.N.A.S. "Garibaldi" illustra il proprio Piano della Performance per il triennio 2020 - 2022, con specifico riferimento all'anno 2020.

Attraverso il Piano - premesse le informazioni di carattere generale - viene descritto il quadro delle strategie, degli obiettivi e delle azioni che l'Azienda intende mettere in atto e perseguire nel periodo di riferimento dello stesso, con la finalità di garantire massima diffusione e trasparenza in favore dei dipendenti e degli *stakeholders* sui programmi e sulle attività dell'Azienda.

Durante lo scorso anno, il Servizio Sanitario regionale è stato interessato da una serie di rilevanti novità che - in parte - troveranno compiuta definizione nell'annualità corrente. La prima di esse è stata rappresentata, nell'aprile 2019, dall'insediamento - a seguito della definizione del processo di nomina - della nuova *governance* delle aziende del SSR. Ciò ha consentito al sistema di ottenere la stabilità e la continuità necessari per la coerente programmazione delle azioni e degli interventi, in qualche modo, preclusi dai precedenti, limitati, poteri commissariali.

Nello specifico, il Direttore Generale dell'A.R.N.A.S. "Garibaldi", dott. Fabrizio De Nicola, è stato nominato con D.P.R.S. n. 196 del 14.04.2019. Quest'ultimo, con i provvedimenti nn. 172 e 173 del 11.06.2019, ha quindi proceduto alla nomina, rispettivamente, del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo aziendali, così completando - per il prossimo triennio - la suddetta *Governance* aziendale.

All'atto della stipula del contratto individuale al Direttore Generale sono stati assegnati gli obiettivi strategici ed operativi per gli anni 2019 - 2020. Tali obiettivi costituiscono ora orientamento e riferimento per l'azione di governo dell'Azienda, oltreché strumento di valutazione dell'operato della direzione aziendale, ai fini dell'eventuale conferma dell'incarico nonché del riconoscimento dei previsti incentivi economici.

Sempre durante il precedente anno 2019 è stato definito il processo di rimodulazione della rete aziendale, attraverso l'adozione del nuovo Atto Aziendale, ai sensi del D.A. 22/2019 rispetto al quale, ad oggi, concluso positivamente il contraddittorio con l'Assessorato della Salute, si è in attesa del provvedimento di approvazione da parte della Giunta regionale di Governo.

In coerenza con le previsioni del nuovo atto di organizzazione e funzionamento dell'Arnas, si sta ora procedendo alla conseguente rideterminazione della dotazione organica, nel rispetto delle linee guida regionali nonché dei tetti di spesa preventivamente fissati dalla Regione e comunicati a questa Arnas in sede di negoziazione delle risorse 2019.

Una volta completamente definito il processo complessivamente descritto l'Azienda sarà in condizione di disporre degli adeguati strumenti di governo per assicurare adeguate risposte di sistema in termini di efficienza, efficacia ed appropriatezza delle cure.

In vero, l'attuazione dei provvedimenti sopra richiamati consentirà, in particolare, di superare il modello definito con il precedente Atto Aziendale del 2017 che, allo stato, risulta inadeguato rispetto alle previsioni della nuova rete, alla domanda proveniente dal bacino della popolazione di riferimento, nonché all'attuale modello organizzativo e gestionale dell'Arnas.

In ragione di quanto sin qui esposto, appare evidente come il presente Piano della Performance 2020 - 2022 risulti strettamente correlato : agli obiettivi di salute affidati al nuovo *management* aziendale; alle modifiche organizzative scaturenti dalla rimodulazione della rete ospedaliera; alla negoziazione delle risorse per gli anni che interessano lo stesso Piano odierno.

Per ciò che concerne gli obiettivi strategici ed operativi, già in questa sede può precisarsi che si farà riferimento - per l'anno 2020 - al documento Assessoriale allegato al contratto individuale del Direttore Generale, sottoscritto in data 21 maggio 2019, la cui declinazione sarà effettuata con riferimento agli adeguamenti degli stessi obiettivi ed agli *step* temporali individuati nell'ambito del processo di *budgeting* 2019 / 2020.

Nel contesto degli obiettivi aziendali 2020-2022 non può non segnalarsi, per la sua rilevanza strategica, quello del completamento del nuovo edificio ove sarà allocata tutta la struttura di emergenza del P.O. "Garibaldi - Centro", i cui lavori saranno verosimilmente ultimati nel corso della corrente annualità. La sua realizzazione consentirà di avere spazi nuovi, adeguati e funzionali ai bisogni dell'utenza il cui flusso verso l'attuale Pronto Soccorso registra un costante aumento a seguito della chiusura dell'altro Pronto Soccorso cittadino, già allocato presso il P.O. "Vittorio Emanuele", e delle emergenze sanitarie, oggi sempre più diffuse.

Sempre con riferimento alle aree di emergenza-urgenza, è opportuno segnalare come al di là della realizzazione della suddetta, nuova, struttura, l'Azienda è impegnata nell'ulteriore obiettivo, già avviato nel corso del 2019, teso a garantire in tutti i Pronto soccorso dell'Azienda (generale, adulti e pediatrico, ostetrico-gineologico), posizionati nei diversi Presidi della stessa, condizioni di accoglienza e di decoro che consentano di gestire al meglio le situazioni delle strutture, anche ordinarie, ed i carichi derivanti dal sovraffollamento.

1. Il Piano della Performance

1.1 Finalità

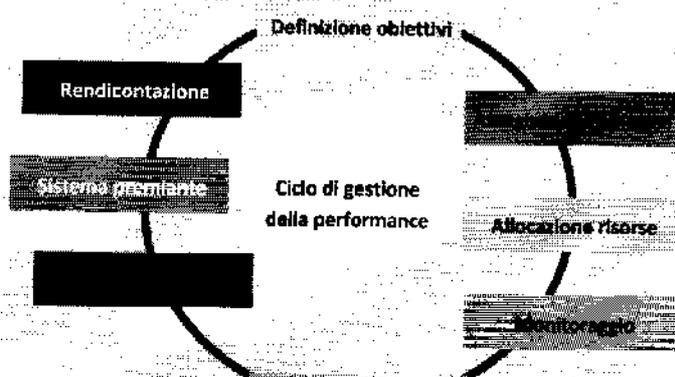
Il Piano della Performance è lo strumento previsto dal Decreto Legislativo 150/2009, e s.m.i., (d'ora in avanti anche più semplicemente "Decreto") attraverso il quale ogni Pubblica Amministrazione - in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale, nonché dei vincoli di bilancio - provvede ad esplicitare obiettivi, indicatori e target della stessa, nella sua complessità, e delle varie articolazioni organizzative che la compongono, ai fini della misurazione, valutazione e rendicontazione della performance (sia individuale che organizzativa).

Per Performance si intende il contributo che ciascun soggetto (direzione aziendale, responsabile di articolazione organizzativa, dirigente, dipendente) fornisce attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità ed alla soddisfazione dei bisogni dell'organizzazione ed, in ultima analisi, dei cittadini-utenti.

Il presente Piano è redatto ai sensi dell'art. 10, c. 1, del sopra citato Decreto a mente del quale, fra l'altro : *"Al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche, redigono e pubblicano sul sito istituzionale ogni anno: a) entro il 31 gennaio il Piano della performance, documento programmatico triennale, che è definito dall'organo di indirizzo politico-amministrativo....che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi...;"*.

Esso rappresenta, dunque, lo strumento che dà avvio al *"Ciclo di Gestione della Performance"*, così come previsto dall'art. 4 del "Decreto", come modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2017 n. 74, che si articola nelle seguenti fasi:

- 1) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- 2) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- 3) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- 4) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- 5) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- 6) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.



In quanto atto di programmazione di medio periodo, il presente Piano della Performance è modificabile con cadenza almeno annuale in relazione a:

- a) nuovi obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria regionale;
- b) modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- c) modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'ARNAS, come definite attraverso l'atto aziendale di cui all'art. 3 comma 1 bis del D. Lgs. 502/92 e s.m.i..

Il Piano della performance è reso disponibile e scaricabile sul sito dell'A.r.n.a.s.: www.aogaribaldi.ct.it, alla sezione "Amministrazione Trasparente", sotto sezione "Performance".

1.2 Contenuti

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del "Decreto" all'interno del Piano della Performance sono riportati:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Con riferimento agli obiettivi e agli indicatori, occorre dar conto delle novità **previste** dal D.Lgs 74 del 25 maggio 2017 che, a modifica della precedente formulazione dell'art. 5 del D.Lgs 150/2009, accanto agli obiettivi specifici di ogni pubblica amministrazione, ha introdotto gli "obiettivi generali" - (che individuano pur sempre le priorità strategiche) predisposti in relazione alle attività e ai servizi erogati dalle pubbliche amministrazioni, tenendo conto del comparto di contrattazione di appartenenza - "*...determinati con apposite linee guida adottate su base triennale con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri*".

Oltre ai contenuti esplicitamente richiamati dall'art. 10 del decreto, nel Piano viene data evidenza di ulteriori contenuti che sono funzionali sia alla completa realizzazione delle finalità descritte nel punto precedente sia ad una piena attuazione dell'articolo 10 del Decreto Legislativo n. 33/2013, modificato dall'articolo 10, comma 4, del Decreto Legislativo n. 97/2016, attraverso il quale viene richiesto alle amministrazioni di garantire la massima trasparenza in ogni fase del Ciclo di gestione della performance.

In particolare nel Piano sono presenti i seguenti ulteriori contenuti:

1. **la descrizione della "identità" dell'amministrazione** e, cioè, di quegli elementi che consentono di identificare "*chi è*" (mandato istituzionale e missione) e "*cosa fa*" (declinazione della missione e del mandato in aree strategiche, obiettivi strategici ed operativi) l'ARNAS

“Garibaldi”. Questi contenuti sono indispensabili per una piena attuazione delle finalità di qualità e comprensibilità della rappresentazione della performance.

2. l'evidenza delle risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno all'amministrazione.

In particolare, attraverso l'analisi del contesto esterno si ricavano informazioni importanti sull'evoluzione dei bisogni di salute della popolazione e, pertanto, sulla domanda di prestazioni sanitarie e, più in generale, sulle attese degli *stakeholder*.

3. l'evidenza del processo seguito per la realizzazione del Piano della Performance e delle azioni di miglioramento del Ciclo di gestione della Performance stessa.

In particolare i contenuti specifici evidenziati sono:

- la descrizione delle fasi, dei soggetti e dei tempi del processo di redazione del Piano. Ciò è funzionale a garantire la piena trasparenza su ogni fase del Ciclo di gestione della performance;
- le modalità con cui l'amministrazione garantisce il collegamento ed integrazione del Piano della performance con il processo e i documenti di programmazione economico-finanziaria e di bilancio (articolo 5 del “Decreto”);
- ogni eventuale criticità relativa all'attuazione del Ciclo di gestione della performance.

1.3 Principi Generali

Il Piano della performance dell'ARNAS “Garibaldi”, in coerenza alle previsioni del D. Lgs 150/2009, e s.m.i., ed alle indicazioni fornite dalle Autorità centrali, si ispira ed attiene ai seguenti principi generali:

Principio della Trasparenza

La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un'area strategica di ogni amministrazione che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi ed individuali.

In tale ottica, il D. Lgs 150/2009 e s.m.i., richiede alle amministrazioni di garantire la massima trasparenza in ogni fase del Ciclo di gestione della performance ivi compreso, quindi, il Piano della Performance. L'ARNAS, pertanto, provvede a pubblicare il citato documento nel proprio sito istituzionale in apposita sezione, di facile accesso e consultazione, e denominata «*Amministrazione Trasparente*».

L'ARNAS, infine, ai sensi dell'art. 10 comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, presenta il Piano della Performance - nelle sedi e nelle forme ritenute più opportune e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica - alle associazioni di consumatori, agli utenti, ai portatori di interessi esterni (Organizzazioni Sindacali, Tribunale del Malato etc), ai destinatari interni (Dirigenti, rappresentanti sindacali) ed all'O.I.V.

Principio della Immediata Intelligibilità

Al fine di garantire facilità di comprensione agli interlocutori interni ed agli *stakeholder* esterni (istituzioni, utenti, cittadinanza, associazioni di categoria, ecc.), il Piano della Performance viene proposto in forma schematica, secondo una struttura multi-livello, potendosi prevedere anche allegati (richiamati attraverso indicazione del collegamento informatico), contenenti approfondimenti tecnici che, richiamati nella parte principale del Piano, ne consentano una più puntuale verificabilità da parte di chi ne abbia interesse.

Principio della Veridicità e Verificabilità

Per ciascun indicatore individuato nel piano viene indicata la fonte di provenienza dei dati. Gli stessi dati, che alimentano gli indicatori, sono tutti "tracciabili". Al fine di garantire la verificabilità del processo seguito, vengono inoltre definite le fasi, i tempi e le modalità del processo per la predisposizione del Piano e per la sua eventuale revisione infra-annuale nel caso in cui intervenissero situazioni o eventi straordinari. Sono altresì sommariamente individuati, per quanto occorra, gli attori coinvolti (organi di indirizzo politico-amministrativo, dirigenti e strutture) e i loro ruoli.

Principio della Partecipazione

Il Piano viene definito attraverso la partecipazione attiva del personale dirigente nonché attraverso l'interazione con gli *stakeholder* esterni dei quali vengono individuate, raccolte e recepite aspettative ed attese eventualmente manifestate.

Principio della Coerenza Interna ed Esterna

Al fine di rendere il Piano effettivamente attuabile, i contenuti dello stesso sono coerenti con il contesto di riferimento (coerenza esterna) e con gli strumenti e le risorse - umane, strumentali, finanziarie - disponibili (coerenza interna).

2. Sintesi delle Informazioni di Interesse per i Cittadini e gli Stakeholder esterni

2.1 Chi Siamo

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione (ARNAS) "Garibaldi" è stata formalmente costituita con Legge Regionale n.5 del 14 aprile 2009 (art. 8) ed è stata attivata a decorrere dal 1° settembre 2009, giusta Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 337 del 31.08.2009.

Essa è subentrata nelle funzioni, nelle attività e nelle competenze della soppressa ARNAS "Garibaldi, San Luigi e Santi Currò, Ascoli-Tomaselli" succedendone in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi di qualunque genere nonché nel patrimonio già di titolarità della stessa.

L'ARNAS "Garibaldi" ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale e, ai sensi dell'art. 5 della L.R. 5/2009, ricade nel territorio definito "Bacino Sicilia Orientale".

La sede legale dell'Azienda è fissata in Catania, con indirizzo in Piazza S.M. del Gesù, 5. L'ARNAS ha il seguente codice fiscale/partita IVA: **04721270876**.

Il logo Aziendale è quello di seguito raffigurato:



mentre il sito internet istituzionale è il seguente: **www.ao-garibaldi.ct.it**

Il patrimonio dell'A.R.N.A.S. Garibaldi è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti ivi compresi, pertanto, quelli da trasferire o trasferiti dallo Stato o da altri enti pubblici in virtù di leggi o provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività, compresi i beni mobili ed immobili acquisiti a seguito di atti di liberalità.

L'Azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui all'art. 828 ed 830, 2° comma, del Codice Civile in base alle quali i beni mobili e immobili che l'Azienda utilizza per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile della stessa, non sottraibile alla loro destinazione.

Tutti i beni di proprietà dell'Azienda sono iscritti nel libro degli inventari nonché, ove previsto, presso i pubblici registri.

L'attuale **Direttore Generale** è il dott. Fabrizio De Nicola, nominato con Decreto del Presidente della Regione Sicilia, n. 196 del 14.04.2019, insediatosi in pari data.

Il **Direttore Sanitario**, nominato con deliberazione n. 172 del 11.06.2019, è il dr. Giuseppe Giammanco.

Il **Direttore Amministrativo**, nominato con deliberazione n. 173 del 11.06.2019 è il dott. Giovanni Annino.

2.2 Cosa Facciamo

L'ARNAS "Garibaldi" è un'azienda sanitaria pubblica, senza finalità di lucro, ad alto livello di specializzazione, deputata ad assicurare l'accoglienza, il conforto umano ed il trattamento clinico-assistenziale più appropriato a tutte le persone che ad essa si rivolgono per i trattamenti in emergenza\urgenza o in quanto portatrici di bisogni di salute in fase acuta nonché di patologie ad alta complessità o croniche o inguaribili.

Nella missione istituzionale dell'ARNAS, centralità riveste il ruolo attribuito dalla programmazione sanitaria regionale in campo oncologico, nell'area materno-infantile e nell'area dell'emergenza-urgenza.

Così come più in dettaglio previsto dal nuovo Atto Aziendale, questa Azienda:

1. partecipa all'attuazione dei processi socio-sanitari previsti dalla programmazione sanitaria regionale. In tale contesto, l'insieme delle risorse aziendali costituisce parte integrante del Servizio Sanitario Regionale e le competenze, sanitarie e non sanitarie, sono messe a disposizione dell'intero sistema.
2. concorre, nella specificità del proprio ruolo, allo sviluppo della rete del sistema sanitario regionale attraverso la programmazione interaziendale di bacino, finalizzata alla ottimale integrazione dei servizi erogati dalle aziende facenti parte del bacino della Sicilia orientale.
3. concorre inoltre, attraverso i seguenti Centri Regionali di riferimento individuati con Decreto Assessoriale 1030 del 29 maggio 2019, alla formulazione delle diagnosi ed alla cura per le seguenti patologie di alta specializzazione e di alto interesse socio-sanitario:
 - Centro di riferimento per le patologie infiammatorie e neoplastiche del colon retto, delle malattie epatobiliopancreatiche e delle malattie del peritoneo (Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico);
 - Centro di riferimento per la terapia delle disfunzioni del pavimento pelvico, delle patologie endometriotiche complesse e delle neoplasie ginecologiche (Ginecologia ed Ostetricia);
 - Centro di riferimento per la diagnosi e cura della tubercolosi e delle infezioni da HIV (Malattie Infettive)
 - Centro di riferimento per la Chirurgia Bariatrica e metabolica degli adolescenti e degli adulti (Chirurgia generale);
 - Centro di riferimento per la Chirurgia degli impianti cocleari (ORL);
 - Centro di riferimento per la diagnosi e per il trattamento chirurgico del tumore polmonare (Chirurgia Toracica);

- Centro di riferimento per la diagnosi ed il trattamento medico del tumore del colon retto e polmonare (Oncologia Medica).
4. In relazione alla rilevanza di particolari attività rispetto al quadro epidemiologico di riferimento nonché alla domanda proveniente dal bacino d'utenza, l'ARNAS estende – attraverso la richiesta di specifica autorizzazione all'Assessorato della Salute – le tipologie di servizi, di prestazioni e di assistenza erogate attraverso i Centri Regionali di riferimento.

In oltre, l'A.R.N.A.S. "Garibaldi" è:

- Centro *Hub* di riferimento regionale per la cura dell'epatite C (D.A. Reg. Sicilia n. 713/13);
- Sede di sviluppo a capofila del programma regionale per la sicurezza, appropriatezza e gestione complessiva della terapia antitumorale, approvato con Decreto 14 aprile 2014, attraverso cui viene esteso alle altre aziende sanitarie del S.S. Regionale il modello di governo clinico "U.F.A. - Onco Ema" elaborato dall'Arnas";
- Sede di Hospice e Cure palliative Adulti e Pediatrico.

L'ARNAS ha la funzione di erogare i servizi di acuzie di base, necessari al proprio bacino di utenza.

Per le attività sopra esposte, l'Azienda utilizza un approccio multidisciplinare, definendo ed applicando modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e contribuendo a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative.

Le attività dell'Azienda sono svolte sulla base delle moderne conoscenze tecnico-scientifiche e delle più avanzate tecnologie a disposizione, nel rispetto dei principi di etica, efficacia, efficienza ed economicità.

La risposta alla domanda di salute è fornita attraverso la partecipazione al raggiungimento degli obiettivi di salute e dei livelli di assistenza previsti dalla pianificazione nazionale e regionale.

Rientrano, inoltre, nell'ambito dei compiti dell'ARNAS e in accordo con l'Azienda Sanitaria provinciale, la garanzia della continuità delle cure ai pazienti al fine di contribuire al miglioramento dello stato di salute della popolazione.

Il perseguimento degli obiettivi, derivanti dalla *mission* aziendale, è assicurato mediante l'attuazione di principi, logiche e strumenti di governo clinico ed economico.

Assume, infine, rilevanza primaria, nella missione istituzionale, la formazione - di base, avanzata e continua - di eccellenza dei professionisti nell'assistenza e nella ricerca.

2.3 Come Operiamo

L'Azienda adotta quale metodo fondamentale di gestione la programmazione, definita sulla base degli indirizzi della Regione - costituenti il quadro di riferimento entro il quale deve essere elaborata la programmazione aziendale - e fondata sulle risorse negoziate annualmente con l'Assessorato della Salute.

Come anche già manifestato nel contesto dell'Atto Aziendale, gli impegni che l'Azienda assume in sede di programmazione, per il prossimo triennio, fanno riferimento alle seguenti macro-aree, che costituiscono i capisaldi della pianificazione strategica:

a) Prestazioni specialistiche appropriate e di qualità.

L'ARNAS "Garibaldi" ritiene strategico il governo dell'offerta assistenziale per garantire risposte efficaci ai bisogni degli assistiti. Tale *vision* è assicurata attraverso la definizione dei percorsi di cura e di presa in carico, la loro costante implementazione, il miglioramento dell'appropriatezza clinica ed erogativa, la promozione delle aree di eccellenza clinica rivolte anche all'utenza extra bacino. In tale ottica diventa fondamentale la implementazione di un sistema strutturato di rilevazione e di gestione dei flussi informativi (sanitari ed economici) e di rilevazione del grado di soddisfazione e della qualità percepita per il governo aziendale.

b) Gestione efficiente delle risorse.

L'ARNAS "Garibaldi" ritiene strategica la gestione efficiente delle risorse. Tale *vision* è assicurata attraverso il *benchmarking* con altre realtà regionali e con i migliori standard nazionali sia per quanto concerne il governo clinico che per quanto riguarda il governo economico finanziario con particolare riferimento, in quest'ultimo caso, alla implementazione ed alla razionalizzazione dei sistemi di acquisizione dei beni sanitari e non sanitari, dei farmaci e dei servizi, nonché al monitoraggio e contenimento della spesa.

c) Gestione e sviluppo delle risorse umane.

L'ARNAS "Garibaldi" ritiene strategica la gestione e lo sviluppo delle risorse umane al fine di accrescere il senso di appartenenza all'organizzazione e orientare il sistema al miglioramento dell'erogazione dell'attività assistenziale. Lo sviluppo e la crescita del personale è perseguito attraverso la condivisione dei valori e delle strategie aziendali, la promozione di attività formative, la valorizzazione delle capacità tecniche e umane del personale, lo sviluppo di un sistema aziendale di valutazione delle performance e di riconoscimento del merito, che abbia influenze sul sistema degli incarichi dirigenziali e di funzione.

d) Sviluppo innovazione in ambito tecnologico e dei sistemi ICT (*Information and Communications Technology*).

L'ARNAS "Garibaldi" ritiene strategico investire in innovazione sia in ambito tecnologico che nei sistemi informatici gestionali ed in particolare *nell'Information and Communications Technology*, la cui implementazione ha effetti sia sulla qualità dell'assistenza che sulla rapidità ed efficienza del sistema di risposta. Nella corrente, ampia accezione di 'tecnologia sanitaria' si ritiene fondamentale rendere disponibili per l'utenza soluzioni assistenziali innovative di comprovata efficacia, contemplando ad un tempo l'efficienza nell'impiego delle risorse disponibili, attraverso il progressivo aggiornamento del parco tecnologico aziendale

e) Potenziamento organizzazione aziendale.

L'ARNAS "Garibaldi" giudica strategico investire in innovazione in ambito organizzativo, attraverso la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi dell'assistenza: separazione dei percorsi urgenza/emergenza – elezione, degenza week e long, implementazione del sistema di pre-ospedalizzazione centralizzata e gestione dei blocchi operatori in funzione delle liste di attesa, *discharge room*, moduli di ambulatorio infermieristico, percorsi di *fast track* in pronto soccorso, gestione ALPI, gestione liste di attesa per l'accesso alle prestazioni specialistiche, etc. L'ARNAS "Garibaldi" ritiene altresì strategico investire in innovazione anche nel governo dei processi amministrativi ed economici: gestione degli appalti, percorsi di certificazione, implementazione politiche in materia di privacy, trasparenza, prevenzione della corruzione.

f) Integrazione Ospedale-territorio.

Per il conseguimento dei propri fini istituzionali, l'Azienda realizza il principio dell'inscindibilità delle funzioni di assistenza attraverso un rapporto di collaborazione con le aziende ospedaliere e con le ASP del bacino della Sicilia orientale. A tal fine l'Azienda:

- promuove un contesto favorevole allo sviluppo di un ruolo di *leadership* per l'innovazione nell'assistenza ospedaliera soprattutto con riferimento all'erogazione delle prestazioni relative alle patologie acute e nell'organizzazione dei relativi servizi, attraverso il superamento della logica della erogazione di singole prestazioni per passare ad una dimensione di erogazione di servizi integrati;
- definisce un assetto di regole e strumenti per la garanzia di trasparenza al fine consentire ai cittadini di percepire l'Azienda come un bene proprio dove viene offerta accoglienza, ospitalità, cura e riabilitazione;
- promuove la partecipazione della componente ospedaliera alle attività di assistenza sanitaria sul territorio, individuando sinergie tra i piani di sviluppo dell'Azienda e quelli degli altri "attori" del territorio (istituzioni sanitarie, volontariato, scuola, imprese) che a vario titolo promuovono la tutela della salute. Nel perseguire questo obiettivo di integrazione tra ospedale territorio, l'ARNAS concorre alla programmazione del fabbisogno di salute provinciale e regionale prioritariamente con prestazioni di diagnosi e cura di secondo livello, intervenendo

successivamente ed a completamento del percorso diagnostico assistenziale intrapreso a livello territoriale per le attività di base e di accesso al sistema sanitario regionale e nazionale.

g) L'ammodernamento delle strutture edilizie, degli impianti e delle tecnologie.

Il piano di ammodernamento della struttura edilizia e degli impianti persegue l'obiettivo generale di concentrare gli spazi per l'attività sanitaria in poli edilizi in cui allocare mix di discipline coerenti con la *mission* aziendale nonché con le aggregazioni funzionali dei presidi ospedalieri e dei dipartimenti. In particolare:

- il piano di ammodernamento strutturale – che deve essere in grado di prefigurare lo sviluppo nel medio-lungo termine - deve consentire all'ARNAS di subire trasformazioni in modo controllato, avendo cura che sia mantenuta la necessaria flessibilità, sia per adattarsi ai cambiamenti che interverranno nelle scienze mediche e nelle tecnologie correlate, sia per creare condizioni di una migliore integrazione dell'area ospedaliera nel tessuto urbano della città. In tal senso assume centralità nella visione aziendale il completamento del progetto edilizio finalizzato alla realizzazione della nuova struttura dell'emergenza – unica del centro cittadino - presso il P.O. "Garibaldi-Centro", che consentirà di gestire con maggior efficacia gli accessi ed il sovraffollamento presso il pronto Soccorso, superare la logica, dispersiva ed antieconomica, delle strutture a padiglioni, razionalizzare il sistema interno dei trasporti sanitari, ammodernare ed umanizzare l'accoglienza al Pronto Soccorso.
- il piano di ammodernamento delle tecnologie persegue le seguenti priorità: **a)** acquisizione delle attrezzature in relazione della messa in funzione di nuove aree\ambiti di attività coerenti con il primario ruolo istituzionale dell'ARNAS e con la sua *mission* aziendale; **b)** individuazione delle priorità di sviluppo della dotazione di tecnologie, tenendo conto della necessità di aggiornamento, dell'integrazione delle attrezzature nel sistema informativo ospedaliero e di un utilizzo diffuso delle alte tecnologie da parte dei delle diverse aree specialistiche; **c)** applicazione sistematica, attraverso l'HTA aziendale, delle procedure di valutazione delle tecnologie e delle loro ricadute organizzativo-gestionali, garantendo il pieno utilizzo integrato, interdisciplinare e intensivo del parco tecnologico esistente. I processi di introduzione e gestione delle nuove tecnologie ed il conseguente coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori, sono garantiti attraverso il coordinamento del governo clinico.

h) L'equilibrio di bilancio.

L'Azienda definisce azioni di intervento orientate a creare le condizioni strutturali per un equilibrio economico-finanziario anche di lungo termine. A tal fine vengono previsti da un lato interventi orientati ad una ottimizzazione funzionale dei servizi dal punto di vista strutturale e organizzativo, e, dall'altro, azioni finalizzate alla ricerca di maggior appropriatezza d'uso delle

prestazioni ed efficacia delle cure nell'ambito dei programmi di governo clinico. Le risorse rese disponibili dall'incremento dell'efficienza e della produttività verranno pertanto utilizzate per uno sviluppo dei servizi che sia sostenibile e che consenta il mantenimento del ruolo di eccellenza dell'ARNAS, così come richiesto dalla programmazione sanitaria regionale e locale.

L'ARNAS elabora i propri bilanci in ottemperanza alle disposizioni regionali in materia di contabilità. La valutazione delle voci di bilancio viene inoltre effettuata ispirandosi ai principi civilistici ed ai criteri generali di prudenza e competenza. Il Bilancio è redatto con chiarezza e rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria dell'azienda ed il risultato economico dell'esercizio.

Il bilancio consuntivo dell'Azienda è strutturato in tre parti: Conto Economico, Stato Patrimoniale e Nota Integrativa. Accanto ai Bilanci Consuntivi, l'Azienda Ospedaliera predispone anche un Bilancio previsionale ed i vari monitoraggi periodici relativamente all'andamento dei costi e ricavi che trasmette al controllo regionale.

L'ARNAS, infine, informa la propria gestione, sulla base della pianificazione strategica, ai principi della programmazione e del controllo, individuando nel sistema di budget lo strumento fondamentale, anche con riferimento al complesso delle responsabilità direzionali ed operative ai vari livelli.

2.4 Gli Stakeholders. Relazioni con la Società Civile.

➤ L'individuazione dei soggetti portatori di interessi nei confronti di questa Azienda Ospedaliera rappresenta un passaggio necessario soprattutto in riferimento alle specifiche caratteristiche dell'ARNAS Garibaldi in ordine alla vocazione dell'ente in cui sinergicamente insistono sia l'attività assistenziale che quella di didattica e di ricerca.

In ragione di quanto precede, e nel rispetto delle disposizioni normative in materia di trasparenza ed accessibilità i processi, le decisioni assunte ed i conseguenti atti adottati dall'ARNAS "Garibaldi" sono resi accessibili agli interlocutori interni ed esterni, agli stakeholder ed ai portatori di interesse, attraverso sistemi che - al di là degli specifici vincoli di legge - consentano l'accesso nelle forme più idonee in relazione ai livelli socio-culturali dell'utenza.

Nel rispetto dei principi di trasparenza, integrità ed etica, volti ad assicurare l'attuazione dei principi costituzionali dell'imparzialità e del buon andamento delle Pubbliche Amministrazioni, l'ARNAS assicura una costante e completa circolazione delle informazioni sia all'interno del sistema amministrativo, che tra quest'ultimo e l'esterno, rendendo, come detto, accessibili il maggior numero di elementi relativamente agli aspetti della propria organizzazione e delle

proprie attività, al fine di permettere ai cittadini un controllo concreto sull'esercizio delle attività amministrative tramite forme di rendicontazione sociale.

Per l'attuazione dei principi detti, l'Azienda è impegnata:

- ad adottare tutti i provvedimenti per garantire il diritto di accesso da parte dei cittadini ed altri soggetti aventi diritto;
- a rispettare e concretizzare l'accesso civico dei cittadini a tutti gli atti ed i documenti per i quali la legge ne stabilisce l'accessibilità;
- ad aggiornare periodicamente le categorie dei documenti sottratti all'accesso, comunicando i criteri di scelta;
- a pubblicare sul sito internet istituzionale tutte le informazioni atte a divulgare notizie sulle attività, le modalità di accesso, l'organizzazione e gli obiettivi;
- a pubblicare i dati relativi ai servizi forniti per consentirne la valutazione, secondo principi di responsabilità e rendicontazione collettiva;
- a rendere trasparenti i rapporti con terzi fornitori.

L'ARNAS sostiene la partecipazione degli *stakeholders* alle attività ed ai processi amministrativi, con l'intento di implementare forme di monitoraggio sulla gestione della performance, utili a promuovere l'integrità ed a prevenire fenomeni di corruzione.

A tale ultimo proposito, l'ARNAS individua, secondo i criteri ed i principi indicati dalle vigenti disposizioni normative, il Responsabile della trasparenza e della prevenzione della corruzione, al fine di adempiere ed assolvere ai compiti stabiliti dalla legislazione in vigore.

➤ L'ARNAS pone in primo piano, nella definizione delle prestazioni e dei relativi percorsi di fruizione, il principio della centralità del cittadino quale titolare del progetto di salute sia come singolo che come membro di contesti sociali e comunitari specifici.

L'importanza della partecipazione dei cittadini nei processi di attività, e non solo, delle Aziende sanitarie, risulta oggi normativamente affermata dal Legislatore attraverso l'introduzione (operata con d. lgs 74/2017) dell'art. 19 bis nel contesto del D.Lgs 15/2009. Detta norma ha espressamente disciplinato la partecipazione dei cittadini e degli altri utenti finali *"...al processo di misurazione delle performance organizzative, anche comunicando direttamente all'organismo indipendente di valutazione il proprio grado di soddisfazione per le attività e per i servizi erogati, secondo le modalità stabilite dallo stesso Organismo"*.

Fermo restando la necessità (obbligo) di assicurare la partecipazione dei cittadini nella misurazione e valutazione delle performance aziendali, la disposizione sopra riportata rende particolarmente stringente, quale naturale corollario, l'ulteriore necessità di una adeguata implementazione di tutti i percorsi di coinvolgimento dei cittadini, beneficiari dei servizi all'interno dell'Azienda.

Costituiscono elementi centrali del percorso: *l'ascolto*, sia attraverso forme istituzionalizzate dirette che attraverso la voce dei rappresentanti locali; *l'informazione* tempestiva e corretta degli eventi e delle scelte; *la formalizzazione* di livelli di qualità dei servizi e la definizione dei criteri e delle modalità di verifica e valutazione.

Per il raggiungimento dei fini sopra esposti, l'Azienda intende sviluppare le potenzialità di alcuni strumenti di partecipazione già adottati e/o da adottare, quali:

- *la carta dei servizi*, intesa come espressione formale del patto sulla qualità dei servizi offerti. La Carta dei Servizi è l'espressione di un contratto condiviso, definito nel tempo, contenente impegni e forme concrete di verifica e valutazione con un ruolo centrale dei cittadini;
- *l'Ufficio Relazioni con il Pubblico* (URP) rappresenta per l'Azienda il punto di incontro preliminare con i cittadini. E' pensato come garanzia di informazione semplice, tempestiva, esaustiva e corretta nonché come strumento di ascolto attraverso i reclami e i suggerimenti. Ad esso è già assegnato il compito della rilevazione della "Qualità Percepita" dei servizi erogati nell'ambito di uno specifico progetto regionale;
- la *comunicazione permanente*, garantita da una apposita funzione collocata nello Staff della Direzione Aziendale, all'interno della quale assume importanza fondamentale il sito internet aziendale;
- la *formazione della cultura della salute*, garantita attraverso programmi generali e specifici di informazione, formazione, educazione e promozione.

Allo stato, l'Azienda valorizza il ruolo degli organismi di partecipazione e delle associazioni di volontariato tramite il Comitato Consultivo, nominato con deliberazione n. 73/2019, composto da utenti ed operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari nell'ambito territoriale di riferimento, che ha il compito - fra gli altri - di esprimere pareri non vincolanti e di formulare proposte al direttore generale in ordine agli atti di programmazione dell'Azienda, alla verifica della funzionalità dei servizi sanitari nonché alla loro rispondenza con le finalità del servizio sanitario regionale ed agli obiettivi previsti dai Piani sanitari nazionale e regionale.

3. Identità

Il presente capitolo descrive i principali dati numerici dell'Azienda nonché il proprio mandato istituzionale ed articola la struttura dell'albero della performance.

3.1 L'Amministrazione "In Cifre"

L'ARNAS "Garibaldi" svolge in atto la sua attività istituzionale su due Presidi ospedalieri.

➤ **P. O. "Garibaldi - Nesima"** (Via Palermo, 636 - 95122 Catania):

Il suddetto Presidio è sede di Dipartimento Oncologico di Terzo livello. Le prestazioni sanitarie oncologiche erogate dalle strutture afferenti al Dipartimento si caratterizzano per multidisciplinarietà, complessità e peculiarità oncologica, con collaborazioni nel campo della ricerca e della formazione.

Il Presidio è inoltre sede del Dipartimento Materno - Infantile con la presenza dei pronti soccorsi ostetrico e pediatrico.

Trovano infine collocazione, all'interno del presidio, ulteriori discipline chirurgiche e mediche di media ed elevata specialità; il dipartimento per Immagini con Servizio di radiologia Interventistica; strutture e i servizi sanitari di supporto ed una struttura dedicata all'attività libero- professionale in regime di ricovero.

➤ **P. O. "Garibaldi - Centro"** (Piazza S.M. del Gesù, 5 - 95126 Catania):

Il suddetto Presidio accoglie il Dipartimento di Emergenza ed Accettazione (DEA di II° livello) con le relative strutture a specialità mediche e chirurgiche ed i servizi di supporto.

All'interno del P.O. "Garibaldi Centro" sono altresì collocate la sede legale dell'Ente e la Direzione Generale della stessa con gli Uffici Amministrativi e Tecnici.

Sulla base delle previsioni della nuova rete ospedaliera, di cui al D.A. 22/2019, i due PP.OO. contano complessivamente n. 607 posti letto totali - come rimodulati con la deliberazione n..... del 30 settembre 2019 - distribuiti così come descritto nella seguente tabella:

Presidio Ospedaliero	Posti Letto Regime Ordinario (compresi p.l. per Intramoenia)	Posti Letto Regime Day Hospital	Posti Letto Totali
Garibaldi - Centro	176	16	192
Garibaldi - Nesima	382	33	415
Totale	558	49	607

Figura 1: Posti Letto

La presenza, all'interno dei Presidi dell'ARNAS, di tutte le principali specialità mediche e chirurgiche e di un Dipartimento di Emergenza se, da un canto, consente una notevole capacità di risposta a tutti i fabbisogni dei cittadini che fanno ricorso alle cure ospedaliere, dall'altro, determinano nel contempo complesse problematiche organizzative che, inevitabilmente, rischiano di innalzare il livello di potenziali rischi per i pazienti e per gli operatori sanitari, cui occorre far fronte con una intensa ed incisiva attività finalizzata alla riduzione del rischio clinico.

A tal fine, la nuova Direzione ha ulteriormente sviluppato, sin dal proprio insediamento, le iniziative, comunque già in essere, dirette alla formazione e sensibilizzazione degli operatori, nel campo del *riskmanagement*, finalizzati alla riduzione del rischio clinico.

Il bacino della popolazione di riferimento dell'ARNAS è quello della Sicilia Orientale (Province di Catania, Messina, Ragusa, Siracusa ed Enna) ed è pertanto pari a 2.619.483 abitanti (fonte ISTAT 2018, popolazione residente al 31/12/2018), distribuiti su 13.065 kmq di territorio, esclusa l'incidenza della mobilità sanitaria extra regionale e della popolazione temporaneamente residente presso la Regione.

Il numero dei dipendenti in servizio al 31 dicembre 2019 è di n. 2006 unità, di cui 1.874 a tempo indeterminato e 132 a tempo determinato. Per una analisi quantitativa e qualitativa dettagliata delle risorse umane si rimanda allo specifico paragrafo.

I dati economici, relativi al bilancio di esercizio 2018, riportano un valore della produzione, comprensivo delle risorse di parte corrente e degli altri ricavi della gestione caratteristica, di € 267.124.218.

I costi della produzione, articolati in costi per beni di consumo, servizi (sanitari e non), manutenzioni, personale, oneri di gestione, variazione delle rimanenze, ammortamenti ed accantonamenti, sono stati pari ad € 259.696.186

La differenza tra valore e costi della produzione è stata pertanto pari ad € 7.428.031

Il risultato prima delle imposte si è assestato al valore di 8.418.789 euro, pervenendo, al netto delle imposte e tasse, ad un risultato positivo di esercizio pari a 16.836 euro.

A seguire il confronto fra gli elementi di dettaglio del Bilancio di Esercizio:

	ANNO 2016 (unità di euro)	ANNO 2017 (unità di euro)	ANNO 2018 (unità di euro)
(a) valore della produzione	257.289.811	263.810.894	267.124.218
(b) costi della produzione	249.033.126	255.973.790	259.696.187
(c) proventi ed oneri finanziari	- 306.236	- 125.734	- 109.279
(d) proventi ed oneri straordinari	459.316	610.380	1.100.037
(e) risultato prima delle imposte	8.409.765	8.322.750	8.418.789
(f) imposte	- 8.045.217	- 8.241.634	- 8.401.953
(G) RISULTATO DI ESERCIZIO	364.548	80.116	16.836

[Figura 2: Bilancio di esercizio]

Nel prospetto sottostante sono esposti i dati sull'attività sanitaria, maggiormente significativi, registrati nell'anno 2019 nel confronto con gli anni precedenti.

ACCESSI E PRESTAZIONI DI PRONTO SOCCORSO

Accessi	Pronto Soccorso Generale				Pronto Soccorso Ostetrico				Pronto Soccorso Pediatrico			
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Codice bianco	3.840	3.366	2.207	1.712	370	417	464	514	1.108	1.558	1.227	1.113
	38.885	39.507	31.243	33.867	11.471	12.399	11.507	11.342	30.495	29.792	28.501	30.430
Codice giallo	14.388	14.341	23.782	28.611	1.226	1.106	870	1.002	2.086	2.331	2.297	2.629
	1.088	1.325	2.213	2.260	59	15	11	3	9	20	14	12
Totale 12 mesi	58.243	58.539	59.445	66.450	13.126	13.937	12.852	12.861	33.698	33.701	32.039	34.184

(Figura 3: Accessi P. S.)

Prestazioni	Pronto Soccorso Generale				Pronto Soccorso Ostetrico				Pronto Soccorso Pediatrico			
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Totale 12 mesi	703.698	710.917	848.611	905.417	39.275	47.213	53.892	56.862	86.583	89.999	95.499	93.987

(Figura 4: Prestazioni P. S.)

INDICATORI DI ATTIVITA' DEI DATI RELATIVI AGLI INDICI OSPEDALIERI

Ricoveri	Dimessi	Giornate degenza	Indice occup.	Degenza media	Interventi chir.	Ricoveri	Accessi	Indice occup.	Interventi chir.	Ricoveri	Accessi	Interventi chir.
6.293	6.166	62.705	99,87%	8,08	4.232	1.138	7.511	53,49%	578	2.103	5.791	561
17.075	17.240	131.796	96,61%	6,73	10.525	4.814	13.152	41,28%	3.924	9.563	25.253	9.210

(Figura 5: Indicatori di ricovero)

3.2. Mandato Istituzionale e Mission

Il contenuto di questa sezione è stato in precedenza approfondito in relazione all'organizzazione dell'Azienda ed alla descrizione della metodologia di gestione delle diverse procedure.

3.3. Albero della Performance

L'albero della *Performance* è una rappresentazione grafica che evidenzia il legame tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse). In altri termini, tale rappresentazione dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale e alla missione.

Le indicazioni regionali discendenti dalla L. R. 5/2009, dal Piano Sanitario Regionale e dagli obiettivi annuali assegnati alla Direzione Generale, unitamente ai vincoli ed ai limiti imposti dalle disposizioni nazionali e regionali di natura finanziaria, costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'albero della *performance*. Le stesse vengono integrate con le esigenze strategiche aziendali, correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotte in obiettivi strategici, a loro volta declinati in piani ed obiettivi operativi assegnati ai dirigenti, cui viene correlato il sistema premiante di tutto il personale.

A ciascun obiettivo operativo vengono associati indicatori, target, orizzonte ed articolazione temporale, responsabilità ed eventuali risorse assegnate.

L'albero della *performance* si articola dunque su tre livelli:

- 1° Livello: Aree Strategiche
- 2° Livello: Obiettivi Strategici
- 3° Livello: Obiettivi Operativi

In questo paragrafo, si preferisce rendere una immediata rappresentazione complessiva dell'albero in questione.

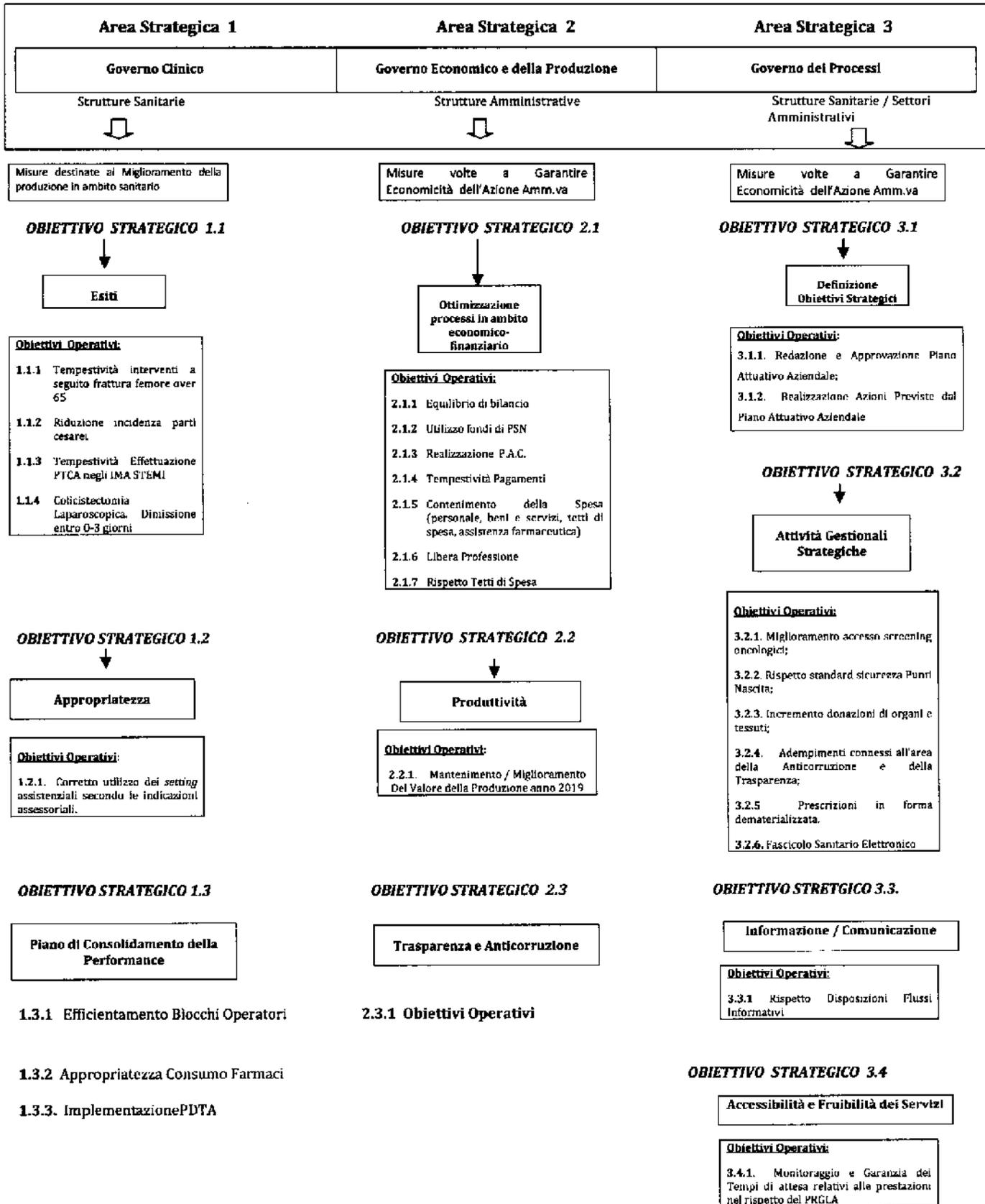
Le aree strategiche individuate nell'albero della *performance* sono:

1. Area del Governo Clinico;
2. Area del Governo Economico e della Produzione;
3. Area del Governo dei Processi.

Esse richiamano le dimensioni tipiche della *balancedscorecard* e sono riferibili a differenti *stakeholder*. Le quattro aree strategiche individuate sono correlate da rapporti causa-effetto e da rapporti di reciproco rafforzamento e completamento, così come sono tra loro correlati i differenti obiettivi all'interno di ciascuna area strategica.

Il sistema diventa, quindi, "a cascata", integrando pianificazione, programmazione e controllo aziendale con gestione delle risorse e sistema premiante.

MANDATO ISTITUZIONALE E MISSION



4. Analisi del Contesto

Il presente capitolo evidenzia il contesto esterno ed interno in cui opera l'ARNAS Garibaldi, concludendo l'analisi con la sintesi rappresentata dall'analisi S.W.O.T.

4.1 Contesto Esterno

4.1.1 Il contesto sociale e demografico

Ai sensi dell'art. 5, comma 9, della L.R. n. 5/2009, questa Azienda Ospedaliera ricade nel territorio definito "Bacino Sicilia Orientale". Catania e la sua città metropolitana sono le aree geografiche, poste nella parte orientale della Sicilia, interessate dall'attività di assistenza sanitaria di base e di alta specializzazione svolta dall'ARNAS Garibaldi.

Su detta area geografica operano, tra l'altro, altre tre Aziende Sanitarie: l'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP), l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico-Vittorio Emanuele" e l'Azienda Ospedaliera per l'Emergenza "Cannizzaro".

Di seguito verranno analizzate alcune dinamiche sociali e demografiche che contraddistinguono il territorio della città di Catania. Per procedere a tale disamina, sono state utilizzate le informazioni attualmente disponibili presso la banca dati Istat e quelle fornite dal Servizio Statistica della Regione Sicilia.

Situazione Demografica

Al 01/01/2019, le caratteristiche demografiche della provincia di Catania sono quelle rappresentate in questa tabella.

Provincia	Numero Comuni	Popolazione residente	Superficie in Km²	Densità abitanti per Km²
Catania	58	1.107.702	3.574	312,5

(Figura 6: Popolazione residente Provincia di Catania)

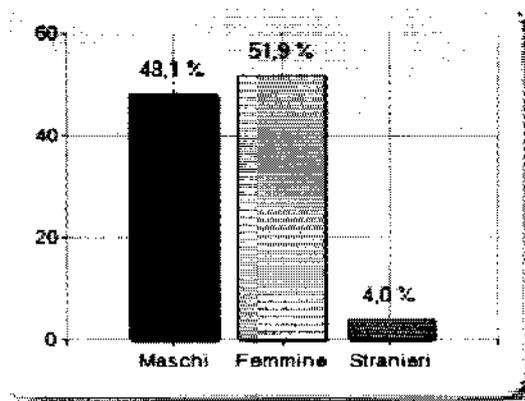
Il contesto urbano della sola città di Catania conta su una estensione territoriale di 180,88 km², una densità abitativa di 1.739,00 ab./km² e una popolazione residente di 311.584 abitanti al 31/12/2018.

L'attuale struttura demografica, correlata al declino generalizzato della fecondità, è caratterizzata da un leggero, anche se costante, decremento della popolazione residente.

Popolazione totale al 01/01/2017	Popolazione totale al 01/01/2018	Popolazione totale al 01/01/2019	Variazione 2017-2019	Variazione % 2017-2019	Numero famiglie	Media componenti per famiglia
313.396	311.620	311.584	- 1.812	- 0,60 %	115.065	2,70

(Figura 7: Andamento demografico della popolazione residente)

E' inoltre caratterizzata da una prevalenza (costante da diversi anni) della componente femminile rispetto a quella maschile.



(Figura 8: Composizione per sesso della popolazione)

I principali indicatori demografici riguardanti la città di Catania sono riportati nella tabella seguente:

Città	% popolaz. 0-14 anni	% popolaz. 15-64 anni	% popolaz. 65 anni e più	Indice di vecchiaia	Tasso di natalità	Età media
Catania	14,2	64,7	21,4	148,6	8,9	43,3

(Figura 9: Indicatori strutturali della popolazione residente)

Dalla superiore tabella si evince come la più ampia incidenza demografica è ravvisabile nella fascia di età che va tra i 15 anni e i 65 anni, corrispondente al 66,2% della popolazione residente. Si ravvisa, tuttavia, negli anni recenti un incremento costante della % di popolazione appartenente alla fascia 65 anni e più (+1,5% tra il 2015 e il 2018), con un conseguente incremento del relativo indice di vecchiaia (22,5 anni in più rispetto al 2010), evidenziando pertanto un progressivo invecchiamento della popolazione residente.

Quest'ultimo aspetto ha determinato una età media della popolazione residente anch'essa crescente, pari a 43,3 anni (3,9 anni in più rispetto al 2002). Questa rappresenta una delle cause del maggior ricorso ai servizi sanitari, come testimonia l'affluenza sempre più costante di pazienti over 65 al pronto soccorso.

Allo stesso tempo si registra una riduzione del numero delle nascite. In particolare nel 2018 il tasso di natalità è stato pari a 8,9 per mille abitanti contro la media nazionale di 7,6 nati ogni mille abitanti.

Dati Economici

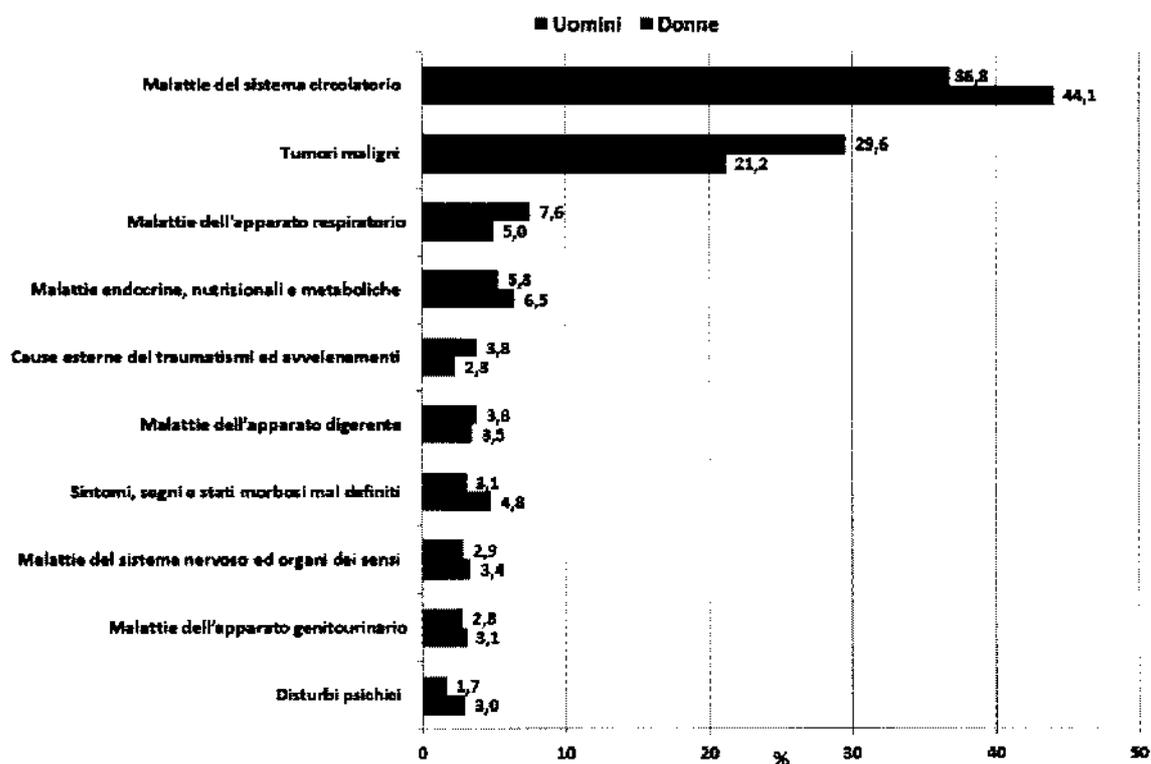
Quanto agli aspetti socio economici, che come noto hanno un consistente effetto sugli esiti di salute e sulla qualità dell'assistenza, al 01/01/2019 il tasso di disoccupazione della Provincia di Catania si è attestato al 18,9%, inferiore alla media regionale pari al 21,4% ma ancora superiore al valore di riferimento nazionale, pari al 11,9%. L'incidenza maggiore riguarda la fascia di età 15-29 anni (giovani che non lavorano e non sono impegnati con gli studi o con programmi formativi) dove, nella Provincia di Catania, si è registrato un tasso di disoccupazione pari al 40%, notevolmente superiore rispetto al dato nazionale pari al 26%.

Guardando, invece, ai dati diffusi dal Ministero dell'Economia sull'imponibile medio pro capite dichiarato nelle denunce del 2018 e, quindi, relativo ai redditi prodotti nel 2017, la Sicilia è la terzultima regione per reddito imponibile medio più basso. Al suo interno, la provincia di Catania può essere considerata il territorio delle contraddizioni, in quanto le prime quattro posizioni della classifica regionale sono rappresentate dalle città di San Gregorio (con un reddito imponibile pro capite pari a 23.654 euro), Sant'Agata Li Battiati (23.563), Aci Castello (21.484) e Tremestieri etneo (20.621); ma nello stesso nel territorio catanese troviamo anche il paese più povero, rappresentato da Mazzarrone (con un reddito imponibile pro capite pari a 8.154 euro).

La città di Catania presenta un reddito imponibile pro capite pari a 18.123 euro, inferiore rispetto alla media nazionale pari a 21.804 euro pro capite.

Dati epidemiologici

Dal punto di vista sanitario si riportano alcuni dati epidemiologici significati frutto dell'elaborazione 2018 (ultimo dato disponibile) dell'Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento per le attività sanitarie ed osservatorio epidemiologico.



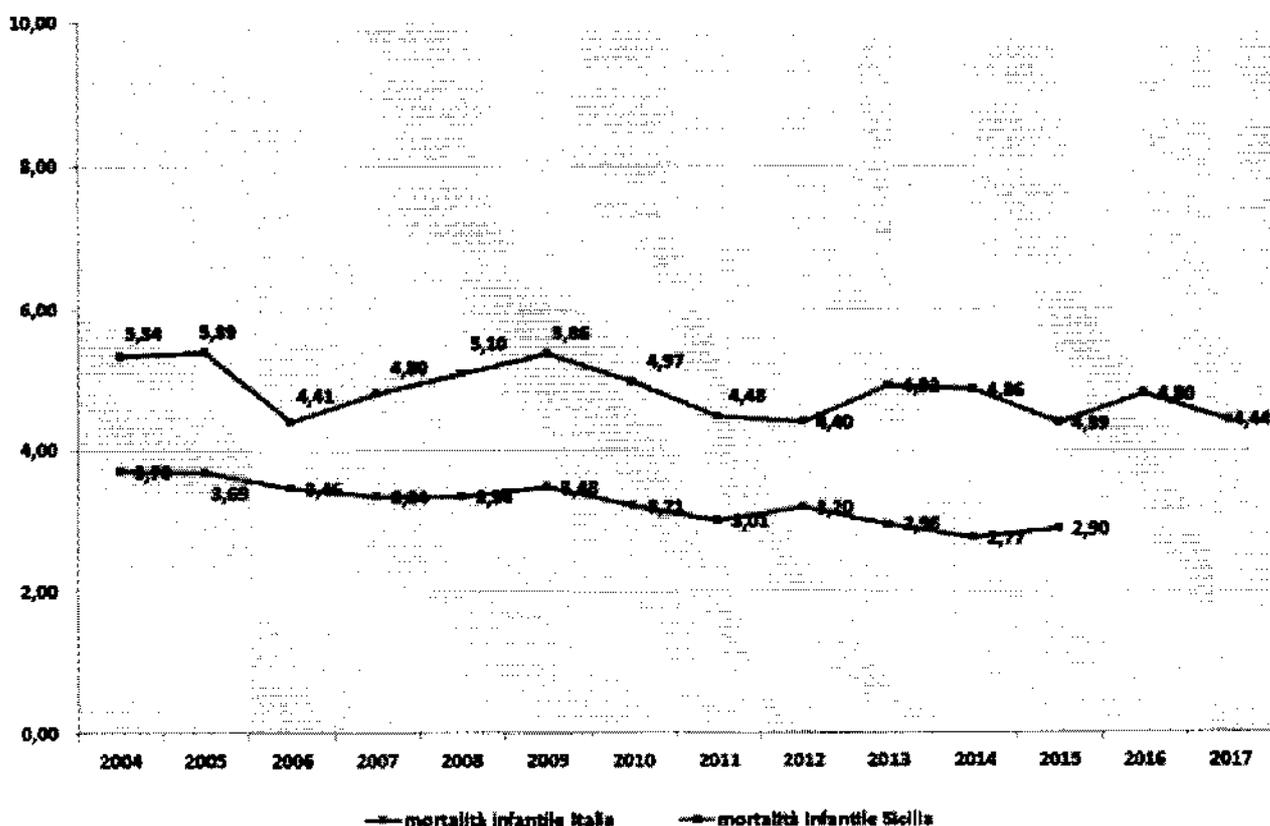
MORTALITA' PER GRANDI GRUPPO DI CAUSE

	Grandi Categorie - Uomini	Num. medio annuale di decessi	Mortalità %	Grandi Categorie - Donne	Num. medio annuale di decessi	Mortalità %
1	Malattie dell'apparato circolatorio	1806	38,8	Malattie dell'apparato circolatorio	2149	46,6
2	Tumori maligni	1373	29,5	Tumori maligni	1036	22,5
3	Malattie dell'apparato respiratorio	305	6,6	Malattie endocrine, metaboliche, immunitarie	287	6,2
4	Malattie endocrine, metaboliche, immunitarie	226	4,9	Stati morbosi maldefiniti	216	4,7
5	Cause accidentali	223	4,8	Malattie dell'apparato respiratorio	199	4,3
6	Malattie dell'apparato digerente	207	4,5	Malattie dell'apparato digerente	180	3,9
7	Stati morbosi maldefiniti	153	3,3	Cause accidentali	132	2,9

8	Malattie del sistema nervoso	110	2,4	Malattie del sistema nervoso	132	2,9
9	Malattie dell'apparato genito-urinario	108	2,3	Malattie dell'apparato genito-urinario	116	2,5
10	Malformazioni congenite e cause perinatali	40	0,9	Disturbi psichici	54	1,2
11	Tumori benigni	34	0,7	Malformazioni congenite e cause perinatali	30	0,7
12	Disturbi psichici	32	0,7	Tumori benigni	28	0,6
13	Malattie del sangue	15	0,3	Malattie del sangue	21	0,5
14	Malattie infettive	13	0,3	Malattie osteomuscolari e del connettivo	14	0,3
15	Malattie osteomuscolari e del connettivo	4	0,1	Malattie infettive	14	0,3
16	Malattie della pelle e del sottocutaneo	2	0,0	Malattie della pelle e del sottocutaneo	3	0,1
17	Complicanze della gravidanza / parto	0	0,0	Complicanze della gravidanza / parto	1	0,0
	Tutte le cause	4651	100	Tutte le cause	4613	100

L'analisi della distribuzione della mortalità per grandi categorie diagnostiche evidenzia come:

- ✓ **la prima causa di morte in Sicilia**, così come nella provincia di Catania, sia costituita dalle malattie del sistema circolatorio, che sostengono da sole quasi la metà dei decessi nelle donne e insieme alla **seconda causa**, i tumori, più dei 2/3 dei decessi avvenuti negli uomini.
 - ✓ **La terza causa** di decesso negli uomini è rappresentata dalle malattie respiratorie mentre nelle donne dalle malattie metaboliche ed endocrine (per la quasi totalità rappresentate dal diabete). Riguardo alle singole cause, valori superiori rispetto al contesto nazionale si riscontrano in entrambi i sessi per il tumore del colon retto, per il diabete, per le malattie del sistema circolatorio con particolare riferimento ai disturbi circolatori dell'encefalo e alle malattie ischemiche del cuore.
- Per il solo genere maschile** valori superiori si osservano per le malattie dell'apparato respiratorio, mentre
- per il solo genere femminile** si segnala il tumore della mammella, i traumatismi e gli avvelenamenti.



(Figura 9: Mortalità Infantile in Sicilia e in Italia)

Nel periodo analizzato l'andamento della mortalità infantile in Sicilia mostra complessivamente una riduzione nel tempo con tassi che variano dal 5,3‰ del 2004 al 4,4‰ del 2017: malgrado sia rilevabile in ambito regionale un sensibile miglioramento, tuttavia si riscontrano livelli del tasso più elevati rispetto alla media nazionale.

Guardando alla provincia di Catania, nel 2017 (dato disponibile a momento della verifica) si è registrato un tasso di mortalità infantile pari a 4,6 morti per 1.000 nati vivi, in linea con i dati regionali ma anch'esso più alto rispetto al tasso di mortalità infantile italiano.

SPERANZA DI VITA						
Speranza di vita	2001		2010		2017	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Catania	76,1	80,8	78,5	83,2	79,4	83,5
Sicilia	76,8	81,4	78,7	83,1	79,5	83,7
Italia	76,9	82,8	79,2	84,3	80,1	84,6

(Figura 10: Speranza di vita)

Nel 2017 l'aspettativa di vita alla nascita in Sicilia è pari a 79,5 anni tra gli uomini e di 83,7 anni per le donne, in linea con i dati della provincia di Catania in cui si registra una speranza di vita pari a 79,4 anni per gli uomini e a 83,5 anni per le donne.

Rispetto a 15 anni prima tale valore risulta aumentato prevalentemente tra gli uomini, con un + 3,5% in Sicilia e un + 4,3% nella provincia di Catania, piuttosto che tra le donne, in cui si registra un incremento del 2,9% in Sicilia e del 3,3% nella provincia di Catania.

4.1.2 Lo Stato della Sanità in Sicilia

Le previsioni dell'art. 15 comma 13 lett. c) del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni nella Legge 135/2012 e dell'art. 1 comma 8 della Legge 8 novembre 2012, n. 189, di conversione, con modifiche, del Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158 (c.d. "Decreto Balduzzi") hanno disposto, rispettivamente:

1. riduzione dello standard di posti letto accreditati a carico del sistema sanitario regionale ad un livello non superiore a 3,7 pl x mille abitanti, comprensivi di 0,7 pl x mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie;
2. la riduzione del numero delle strutture complesse e semplici ed il conseguente adeguamento, in riduzione, degli organici dei presidi ospedalieri pubblici;
3. il divieto di procedere alla copertura di posti di dotazione organica, disponibili o vacanti, sino al processo di ridefinizione delle reti ospedaliere ed alla conseguente rideterminazione delle dotazioni organiche.

Sulla base di tali disposizioni si sono resi necessari interventi dispositivi regionali che si sono concretizzati, da ultimo, nel D.A. n. 22 del 11.01.2019, con cui si è proceduto alla rimodulazione della nuova rete ospedaliera della Regione Sicilia, pervenendosi ad una rete costituita da strutture che rispondono alle necessità d'intervento secondo livelli di capacità assistenziale crescenti, che si relazionano secondo il modello Hub & Spoke.

Il modello Hub & Spoke parte dal presupposto che per determinate situazioni e complessità di malattia siano necessarie competenze specifiche che non possono essere assicurate in modo diffuso ma devono invece essere concentrate in Centri regionali di alta specializzazione a cui vengono inviati gli ammalati dai servizi ospedalieri periferici.

Il modello prevede, dunque, il trattamento di patologie caratterizzate da elevata complessità in strutture ospedaliere altamente specializzate (Hub) individuate come punto di riferimento regionale, lasciando ai centri ospedalieri periferici (Spoke) un ruolo di assistenza dei casi meno gravi.

Con la nuova rete ospedaliera della Regione Sicilia sono stati identificati 7 DEA di II livello, concentrati nelle aree metropolitane di Palermo (ARNAS Civico e AOUP P. Giaccone), Catania (AO Cannizzaro, ARNAS Garibaldi, AOUP Policlinico) e Messina (AOUP Policlinico) e nella città di Caltanissetta (P.O. S. Elia di Caltanissetta).

Inoltre, negli ultimi anni, l'azione di governo della sanità regionale è orientata verso un processo di riqualificazione dell'assistenza basato sul lavoro in rete.

Attraverso le Reti possono essere offerte risposte alle esigenze di superamento della compartimentazione da cui scaturisce uno degli aspetti più critici dell'assistenza sanitaria, e cioè la frammentarietà dell'assistenza, fornendo:

- al cittadino maggiori garanzie di efficacia e di continuità per la gestione del suo problema di salute;
- al sistema garanzie ponderate di efficienza che evitino inutili sperperi di risorse.
- ai professionisti garanzie di sviluppo di competenze distintive appropriate e coerenti con le funzioni svolte.

L'idea del lavoro in rete, unitamente alla integrazione ospedale\territorio, costituisce il principio ispiratore dei Piani Aziendali, attuativi del Piano della Salute.

Le linee direttrici del PAA per la parte relativa all'assistenza ospedaliera prevedendo, in buona sostanza, due macroaree d'intervento:

- ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA
- PARTECIPAZIONE ALLE RETI

Per quanto riguarda la organizzazione dell'assistenza ospedaliera, il Piano Attuativo prevede gli interventi - concordati e coordinati - finalizzati:

- alla rifunionalizzazione, revisione e definizione della rete ospedaliera, secondo le indicazioni del Piano Sanitario regionale;
- al potenziamento delle funzioni proprie delle strutture di ricovero per acuti;
- alla riqualificazione dell'offerta e riduzione dell'inappropriatezza, nonché all'innalzamento della qualità offerta per consentire la riduzione della mobilità passiva.

Con riferimento, invece, alla partecipazione alle reti, il PAA attenziona le seguenti aree prioritarie di intervento:

- area della salute della donna, del bambino e dell'età giovanile - **Rete materno-infantile** (percorso nascita, percorso IVG, messa in sicurezza dei punti nascita e miglioramento della qualità dell'assistenza al parto ed al neonato, integrazione ospedale-territorio e definizione di percorsi diagnostico-terapeutici in ortopedia finalizzati alla riduzione dell'ospedalizzazione);

- area oncologica – **Rete oncologica e Radioterapica** (Dipartimento Interaziendale, Oncoematologia pediatrica, Riabilitazione in oncologia, cure palliative ed hospice);
- ▣ area cardiologica **Rete cardiologica e rete regionale dell'emergenza\urgenza** (Emergenza cardiologica – Infarto e Gestione Aritmie, Malattie croniche – Scompenso cardiaco, Cardiologia Riabilitativa);
- area neuroscienze – **Rete dell'emergenza neurologica e delle malattie neurologiche croniche** (Diagnosi precoce dell'ictus, malattie croniche, riabilitazione neurologica);
- **gestione del politraumatizzato** (costruzione di un sistema integrato ospedale \ territorio, definizione di percorsi diagnostico\terapeutici per il paziente politraumatizzato);
- **area dei trapianti e piano sangue** (Incremento attività donazione, prelievo e trapianti, percorsi diagnostico\terapeutici per pazienti pre e post-trapianto, riqualificazione della rete trasfusionale ed accreditamento delle strutture e delle associazioni, partecipazione alla rete della talassemia).

Sin ora, malgrado le previsioni del Piano della Salute e dei Piani Attuativi Aziendali e gli innegabili risultati positivi già ottenuti, il sistema delle reti secondo il modello *hub&spoke* e l'integrazione ospedale-territorio, hanno stentato decollare a motivo della cultura "ospedalocentrica" che ha caratterizzato il sistema di governo della domanda sanitaria e dell'offerta da parte delle strutture.

Con la recente approvazione della nuova rete ospedaliera, tale modello (*hub&spoke*) si ritiene possa trovare compiuto avvio.

4.2 Analisi del Contesto Interno

4.2.1. L'organizzazione

La nuova struttura organizzativa dell'Arnas Garibaldi è definita nell'atto Aziendale di cui all'art. 3 *bis* del D.Lgs. 502/92 e s.m.i adottato con deliberazione n. 546 del 30.09.2019, quindi modificato ed integrato con successivo provvedimento n. 16 del 09 gennaio 2020, nel rispetto del documento di riordino della rete ospedaliera approvato dalla Regione Sicilia con il D.A. n. 22 del 11 marzo 2019.

Sulla base del sopra citato Atto Aziendale, l'ARNAS Garibaldi garantisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso un'articolazione in strutture organizzative, caratterizzate da: autonomia, definita nell'ambito delle competenze stabilite dall'atto aziendale; responsabilità funzionale e/o gestionale; assegnazione di risorse umane, tecniche e finanziarie dedicate e amministrare in spazi fisici definiti e omogenei.

A tal fine, l'ARNAS adotta l'organizzazione dipartimentale come modello ordinario di gestione operativa di tutte le sue strutture, allo scopo di assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali e di ricerca nonché una gestione unitaria delle risorse economiche, umane e strumentali.

In relazione al modello organizzativo adottato, la struttura dell'Azienda si articola in:

- dipartimenti;
- strutture complesse;
- strutture semplici a valenza dipartimentale;
- strutture semplici articolazioni interne di strutture complesse.

Nello specifico, l'organizzazione prevista è la seguente:

STRUTTURE	PREVISTE DA RETE (D.A. 22/2019)	PREVISTE IN ATTO AZIENDALE
Dipartimenti Sanitari	7	7
Dipartimenti Amministrativi	1	1
Strutture Complesse Sanitarie con posti letto	28	28
Strutture Complesse Sanitarie senza posti letto	9	9
Strutture semplici sanitarie a valenza dipartimentale	12	11
Strutture semplici sanitarie articolazioni interne di strutture complesse sanitarie	26	27
Strutture Complesse Amministrative		5
Strutture Complesse Staff		2
Strutture semplici articolazioni interne di strutture complesse amministrative		1
Strutture semplici Staff		10

(Figura 11: Organizzazione Aziendale)

La composizione e l'articolazione di ciascun dipartimento, nel momento di redazione del presente documento, trovano puntuale descrizione nell'allegato 1, punto 1.1 dell'Atto Aziendale.

L'organizzazione dell'ARNAS "Garibaldi" si propone le seguenti finalità:

- mettere in primo piano il fine “salute” cui intende contribuire, la specificità del bisogno assistenziale di cui è portatrice la persona cui sono diretti i servizi, l’appropriatezza, l’efficacia, l’efficienza allocativa ed operativa delle risorse mobilitate e il loro rendimento;
- garantire una relazione personale e di fiducia fra medico e paziente;
- garantire la libertà clinica e l’autonomia professionale che si estrinsecano nella predisposizione di percorsi clinico-assistenziali integrati, efficaci, efficienti, appropriati, in una logica di governo clinico;
- curare il proprio patrimonio professionale per fornire opportunità di crescita e di carriera alle competenze interne che sappiano distinguersi per professionalità ed impegno, anche attraverso l’impegno per la formazione professionale e specialistica del personale infermieristico, *intra* e post-universitaria;
- rendere consapevole ogni componente della valenza etica e del contributo che il lavoro prodotto può apportare per la piena soddisfazione dei bisogni delle persone assistite, a tal fine stimolando e riconoscendo attivamente questo tipo di contributo;
- sviluppare il principio della cooperazione, della collaborazione fra i soggetti interni ed esterni che possono contribuire agli obiettivi di miglioramento della salute e del benessere della popolazione nonché di miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi resi alle persone che li utilizzano;
- essere comprensibile e valutabile nelle sue decisioni, nella sua dinamica di funzionamento e nei suoi risultati rispetto e ad ogni soggetto od organismo esterno che ne abbia riconosciuto diritto.

L’organizzazione dell’ARNAS “Garibaldi”, inoltre, risponde ai seguenti principi tecnici:

- autonomia e responsabilità,
- efficienza,
- diversificazione dei servizi e differenziazione delle linee di produzione,
- decentramento del potere decisionale.

L’Azienda persegue il principio di separazione tra funzioni di programmazione - indirizzo - controllo e funzioni 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 a diversi livelli dirigenziali.

Attraverso la delega, l’Azienda, 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 dell'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 delle deleghe conferite dal Direttore generale e dei limiti previsti dalla negoziazione di budget, i dirigenti 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.

Inizialmente, con deliberazione n. 172 del 27.08.2014, la direzione aziendale del tempo ha adottato e reso operativo il Regolamento Aziendale disciplinante le modalità di esercizio e di delega dell'attività amministrativa.

Tale Regolamento è stato confermato con successivi provvedimenti, per ultimo con deliberazione n. 202 del 25 giugno 2019, a seguito dell'avvicendamento dei legali rappresentati succeduti al governo dell'ARNAS.

4.2.2. Le Risorse Umane

In termini di risorse umane, alla data del 31/12/2019 i lavoratori con contratti a tempo determinato ed indeterminato dell'ARNAS Garibaldi ammontano complessivamente a 2.040 unità così distribuite:

	Tempo indeterminato	1.908
	Tempo determinato	132
	Totale dipendenti	2.040

{Figura 13: Distinzione Tempo Indeterminato e Determinato}

	Dirigente Medico	512
	Dirigente Sanitario non Medico	30
	Dirigente Tecnico-Professionale-Amministrativo	16
	Comparto Ruolo Sanitario Personale Infermieristico	891

Comparto Ruolo Sanitario Personale Tecnico	105
Comparto Ruolo Sanitario Personale della Riabilitazione	25
Comparto Ruolo Amministrativo	123
Comparto Ruolo Tecnico	338
Totale dipendenti	2.040

(Figura 12: Riepilogo generale personale)

Con riferimento alle caratteristiche quali - quantitative del personale dell'ARNAS Garibaldi, si riporta la tabella seguente:

INDICATORI	VALORE
% di dirigenti donne	57,71 %
% di donne rispetto al totale del personale	69 %
Stipendio medio lordo percepito dal personale donna	Comparto: 2.555,00 mensili Dirigenza: 6.850,00 mensili
Eta' media del personale femminile	Comparto: 45,01 anni Dirigenza: 50,94 anni
% di personale donna laureato rispetto al totale di personale femminile	26%

(Figura 13: Analisi di genere)

4.2.3. La Situazione Finanziaria

L'ARNAS Garibaldi elabora i propri bilanci in osservanza delle disposizioni contenute nel Codice Civile, titolo V, capo V, sezione IX, in quanto compatibili con la normativa specifica nazionale e regionale emanata per il settore sanitario pubblico, e facendo riferimento ai Principi Contabili emanati dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e dei Ragionieri.

In particolare, trovano applicazione gli articoli 2423 (redazione del bilancio), 2424-bis (principi di redazione del bilancio), 2423-ter, comma (comparazione con importi esercizio precedente), 2424-bis (disposizioni relative a singole voci dello stato patrimoniale), 2425-bis (iscrizione dei ricavi, proventi, costi ed oneri) e 2426 (criteri di valutazione) del Codice Civile.

L'assegnazione delle risorse di parte corrente viene effettuata dall'Assessorato Regionale della Salute, basandosi su una preventiva negoziazione delle risorse, e procedendo alla valorizzazione dei flussi delle attività erogate dall'Azienda a consuntivo ed alla valorizzazione delle funzioni non

tariffate.

Il sistema comporta, pertanto, la piena valorizzazione di tutte le attività effettuate dall'Azienda, nel rispetto del principio della competenza economica previsto dal Codice Civile.

L'ultimo bilancio adottato, quello dell'esercizio 2018, mostra un utile di 16.836,00 euro.

Tale risultato è sostanzialmente in linea al dato del bilancio di previsione e rispetto ai tendenziali emersi in corso d'anno.

	ANNO 2018 (unità di euro)	ANNO 2017 (unità di euro)	VARIAZIONI 2018/2017
A) VALORE DELLA PRODUZIONE	267.124.218	263.810.894	3.313.324
B) COSTI DELLA PRODUZIONE	259.696.187	255.973.790	3.722.397
C) PROVENTI ED ONERI FINANZIARI	- 109.279	- 125.734	16.455
D) RETTIFICHE DI VALORI DI ATTIVITA'	0	0	0
E) PROVENTI ED ONERI STRAORDINARI	1.100.037	610.380	489.657
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE	8.418.789	8.321.750	97.039
IMPOSTE	8.401.853	8.241.634	160.319
UTILE DELL'ESERCIZIO	16.836	80.116	-63.280

(Figura 14: Risultati di bilancio)

Per quanto attiene il valore della produzione, il peso principale è imputabile alla voce "ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie" rispetto alla quale, dalla tabella sotto riportata, possiamo notare che dal confronto dei due anni l'incidenza di tale valore è leggermente aumentata (+1,78%).

VALORE DELLA PRODUZIONE	ANNO 2018 (unità di euro)	ANNO 2017 (unità di euro)	Variazione 2018/2017
Contributi in c/esercizio	79.176.973	76.724.522	2.452.451
Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 6.321.326	- 8.725.639	2.404.313
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	3.857.061	6.491.700	- 2.634.639
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	178.168.083	176.793.768	1.374.315

Concorsi, recuperi e rimborsi	1.116.684	2.344.606	- 1.227.922
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.361.151	2.333.457	27.694
Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	8.117.855	7.379.472	738.383
Altri ricavi e proventi	647.737	469.008	178.729

(Figura 15: Valore della Produzione)

Per quanto attiene il costo della produzione, il peso principale è imputabile alla voce "costi del personale", la quale risulta in aumento del 1.36% rispetto all'anno precedente.

COSTI DELLA PRODUZIONE	ANNO 2018 (unità di euro)	ANNO 2017 (unità di euro)	Variazione 2018/2017
Costi della gestione corrente riferiti al costo del personale	120.313.324	118.695.849	1.617.475
Costi della gestione correnti riferiti all'acquisto di beni (sanitari e non sanitari)	76.529.349	71.429.430	5.099.919
Costi della gestione correnti riferiti all'acquisto di servizi sanitari	20.208.504	22.560.153	- 2.351.649
Costi della gestione correnti riferiti all'acquisto di servizi non sanitari	19.335.197	18.377.395	1.057.802
Costi della gestione corrente riferiti alla manutenzione e riparazione	7.176.909	7.259.178	- 82.269
Ammortamenti e accantonamenti	14.455.686	15.962.640	- 1.506.954
Oneri diversi di gestione e godimento beni di terzi	1.927.021	2.039.397	- 112.376

(Figura 16: Costi della Produzione)

4.3 Analisi SWOT

La presente sezione sintetizza le informazioni emerse dall'analisi del contesto interno indagato in termini di punti di forza (*Strenght*) e punti di debolezza (*Weaknesses*) e del contesto esterno indagato in termini di opportunità (*Opportunities*) e minacce (*Treaths*).

I punti di forza sono quei fattori che favoriscono lo sviluppo, le cosiddette aree di eccellenza.

I **punti di forza** che caratterizzano l'ARNAS Garibaldi sono i seguenti:

- Presenza, in relazione alla natura ed alla *mission* istituzionale, delle alte specializzazioni;
- Alta competenza tecnico professionale;
- Dotazione di tecnologie diagnostiche e terapeutiche avanzate ed innovative;

- Articolazione organizzativa in Dipartimenti Funzionali che accorpano orizzontalmente le strutture complesse e hanno come obiettivo principale e diretto l'ottimizzazione delle politiche assistenziali destinate a specifiche categorie di pazienti/quadri clinici e volte a migliorare l'efficienza;

- Approccio multispecialistico nell'area oncologica, materno infantile e dell'emergenza.

I punti di debolezza, per contro, sono quegli elementi/problematiche che ostacolano lo sviluppo e che bisogna cercare di superare; sono le aree ad alto margine di miglioramento.

I **punti di debolezza** che caratterizzano l'ARNAS Garibaldi sono i seguenti:

- articolazione in padiglioni separati che, specie per il presidio Garibaldi "Centro", condiziona negativamente l'iter diagnostico-terapeutico aumentando al contempo i costi di gestione (trasporti interni, impossibilità di ottimizzare i turni di guardia, duplicazione di attrezzature medicali onde evitare pericolosi spostamenti a pazienti critici);

- la necessità nel tempo di procedere allo "svecchiamento" di molti padiglioni e di adeguarsi alle normative di riferimento determina, periodicamente, la necessità di avviare interventi manutentivi e di ristrutturazione, fonte di disagio, per pazienti ed operatori sanitari, oltre che di inevitabile limitazione della capacità produttiva delle strutture.

Tale condizione, sussistendone ancora le criticità soprattutto nell'area dell'emergenza, persisterà anche nei prossimi anni e sino alla prevista realizzazione del nuovo pronto soccorso all'interno del Presidio Ospedaliero "Garibaldi-Centro".

L'attuale presenza dell'imponente "cantiere" relativo alla realizzazione della suddetta, nuova, struttura, ha determinato significativi problemi logistici che, grazie a tempestive misure organizzative, è stato possibile ridurre al minimo.

- non sempre l'azienda opera come struttura deputata al solo trattamento dell'acuzie ma è costretta a prestare assistenza sanitaria non appropriata a causa delle difficoltà di trasferire nel territorio la continuità delle cure ospedaliere;

- non adeguata omogeneizzazione e standardizzazione dei processi di *core business* e di supporto (non sufficiente implementazione di percorsi assistenziali condivisi).

Le **opportunità** sono i possibili vantaggi futuri che occorre saper sfruttare a proprio favore.

Si individuano:

- forte interesse ed attenzione da parte degli *stakeholder* alla qualità dei servizi erogati;
- centralità e coerenza della Programmazione Sanitaria Regionale e di bacino espressa attraverso il Patto della Salute ed i Piani Attuativi Aziendali.

Le **minacce** sono quegli eventi o possibili mutamenti futuri che potrebbero avere un impatto sulle finalità e strategie perseguite, fino a comprometterne l'esito nei casi estremi, quali:

- mancanza di un sistema di governo della domanda coerente con la programmazione sanitaria regionale;
- distribuzione delle risorse funzionale ad un modello di valorizzazione del ruolo dell'assistenza territoriale, non aderente alla realtà del sistema sanitario regionale;
- Sovraccarico di obblighi burocratici;
- Basso livello di integrazione ospedale \ territorio ed inadeguato coordinamento dell'assistenza con sprechi conseguenti al "rimbalzo" del paziente tra *setting* assistenziali diversi, in particolare tra ospedale e territorio. Il coordinamento dell'assistenza è particolarmente critico nei pazienti con malattie croniche, nei quali l'assistenza a livello di cure primarie deve essere integrata con interventi specialistici e ricoveri ospedalieri, utilizzando tutte le strategie della *transitional care*;
- Progressiva riduzione del livello di finanziamento del sistema sanitario regionale.

5. Obiettivi Strategici

Ai sensi dell'articolo 5 del D.Lgs. 150/2009, nella formulazione seguente la modifica portata dal D.Lgs 74/2017, gli obiettivi delle Pubbliche Amministrazioni, si articolano in:

a) obiettivi generali *"...che identificano, in coerenza con le priorità delle politiche pubbliche nazionali nel quadro del programma di Governo e con gli eventuali indirizzi adottati dal Presidente del Consiglio dei ministri...le priorità strategiche delle pubbliche amministrazioni in relazione alle attività ed ai servizi erogati, anche tenendo conto del comparto di contrattazione di appartenenza e in relazione anche al livello e alla qualità dei servizi da garantire ai cittadini";*

b) obiettivi specifici *"...di ogni pubblica amministrazione, individuati, in coerenza con la direttiva annuale...nel Piano della performance..."*

Gli obiettivi di cui alla precedente **lettera a)** *"...sono determinati con apposite linee guida adottate su base triennale con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri..."*

Gli obiettivi di cui alla **lettera b)** *"...sono programmati...su base triennale e definiti...dagli organi di indirizzo politico-amministrativo, sentiti i vertici dell'amministrazione..."*

Come precisato nel medesimo articolo 5, citato, *"Nelle more dell'adozione delle linee guida di determinazione degli obiettivi generali, ogni pubblica amministrazione programma e definisce i propri obiettivi..."*

Riconducendo l'accezione e la terminologia di carattere generale, contenuta nella norma sopra richiamata, alle caratteristiche istituzionali ed organizzative delle aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale, l'organo di indirizzo politico amministrativo è rappresentato

dall'Assessorato Regionale della Salute mentre il vertice dell'Amministrazione è il Direttore Generale, coadiuvato nell'esercizio delle sue funzioni dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

Ora, nelle more della concreta applicazione della suddetta, nuova, disposizione, l'Assessorato della Salute ha provveduto ad assegnare a questa Azienda gli obiettivi di salute e di funzionamento per il periodo interessato dall'odierno Piano della Performance.

Detti obiettivi sono articolati in strategici ed operativi.

Tale articolazione non dipende esclusivamente dai livelli organizzativi a cui tali obiettivi fanno capo, ma anche dal livello di rilevanza rispetto ai bisogni della collettività (*outcome*) e dall'orizzonte temporale di riferimento.

In tal senso, gli **obiettivi strategici** fanno riferimento ad orizzonti temporali pluriennali e sono di particolare rilevanza rispetto non solo alle priorità politiche dell'amministrazione ma, più in generale, rispetto ai bisogni ed alle attese degli *stakeholder* ed alla missione istituzionale.

Gli **obiettivi operativi**, invece, declinano l'orizzonte strategico nei singoli esercizi (breve periodo), rientrando negli strumenti di natura programmatica delle attività delle amministrazioni.

Per ogni obiettivo, sia esso strategico od operativo, vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi *target* ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della *performance*.

5.1 Definizione degli Obiettivi Strategici

Gli obiettivi strategici sono definiti sulla base delle indicazioni e della programmazione regionale sanitaria, attraverso i documenti che individuano le linee politiche, organizzative ed amministrative per lo sviluppo e l'adeguamento del sistema sanitario regionale e la promozione della salute dei cittadini siciliani.

In sede di sottoscrizione del contratto individuale di lavoro del Direttore Generale dell'azienda (maggio 2019) l'Assessorato Regionale della Salute ha assegnato allo stesso gli obiettivi strategici, distinti tra "*Obiettivi Contrattuali Generali*" e "*Obiettivi Contrattuali di Salute e di Funzionamento dei Servizi*", a valere per gli anni 2019 - 2020.

Lo schema degli obiettivi è complessivamente declinato attraverso l'albero delle performance, descritto nel contesto di questo documento, cui si rinvia.

Nello specifico, gli obiettivi assegnati a questa Arnas:

Obiettivi Contrattuali Generali.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Raggiungimento annuale equilibrio di bilancio in relazione alle risorse negoziate;2. Osservanza adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo Liste di Attesa (PRGLA); |
|--|

3. Contenimento della spesa relativa a: 3.1 Personale e 3.2. Acquisto beni e servizi;
4. Osservanza Obblighi in Materia di "Flussi informativi: tempi trasmissione; qualità del dato; completezza;
5. Osservanza Obblighi Anticorruzione
6. Tempestività dei Pagamenti

Obiettivi Contrattuali di Salute e di Funzionamento dei Servizi

Obiettivo	Sub-Obiettivo e/o Indicatore
1. Screening Oncologici: 1.1. Tumore cervice uterina; 1.2. Tumore Mammella; 1.3. Tumore colon retto.	L'obiettivo interessa sia le AA.SS.PP. che AA.OO. (Ha un peso maggiore per le aziende territoriali) Si propone di raggiungere la popolazione target, da sottoporre a screening. Indicatore: "n. di test eseguiti / popolazione target" Valore Obiettivo: Livello minimo posto al 50% per Tumore Cervice e Colon Retto, al 60% per Tumore alla Mammella
2. Esiti : 2.1. Frattura del femore; 2.2. Parti Cesarei: Riduzione; 2.3. Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA Stemi; 2.4 Colicistectomia Laparoscopica	Indicatore per ob. 2.1: Interventi effettuati entro 0-2 giorni da ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65. Valore Obiettivo: 94,3%. Indicatore per ob. 2.2.: Parti Cesarei di donne non precesarizzate / totale parti donne con nessun pregresso cesareo. Valore Obiettivo: proporzione di tagli cesarei primari in materina di II livello (come l'Arnas Garibaldi) o comunque con > 1000 parti anno = massimo 25% Indicatore per Ob. 2.3.: PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMi / numero totale di IMA STEMi diagnosticati. Valore Obiettivo: 91,8% Indicatore per Ob. 2.4: Numero di ricoveri con intervento di colicistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colicistectomia laparoscopica. Valore Obiettivo: 95,3%
3. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita	3.1. Sub Obiettivo.: Punti Nascita: Garantire requisiti di sicurezza e qualità previsti da specifica Checklist. Indicatore: Numero requisiti / Totale requisiti previsti dalla checklist; 3.2. Sub Obiettivo: Migliorare appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali.
5. Pronto Soccorso - Gestione Sovraffollamento	Indicatore A): miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa (<i>outcome</i>) - D.A. 1584/2018. Valore di accettabilità < 0,05 - come da direttiva assessoriale n. 9348 / 2019; Indicatore B): Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive (<i>processo</i>)
6. Donazione Organi: Migliorare il procurement degli organi solidi e dei tessuti	Indicatore 1: Istituzione comitato ospedaliero <i>Procurement</i> Organi e tessuti; Indicatore 2: Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico non inferiore al 19%, rispetto all'anno precedente; Indicatore 3: Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38%; Indicatore 4: Incremento del <i>procurement</i> di cornee in toto non inferiore al 30%;

	Indicatore 5: Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e /o sensibilizzazione.
7. Prescrizione in Modalità dematerializzata	<p>Indicatore 1: % di Medici abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno 1 prescrizione sul numero totale dei medici. Valore Obiettivo: > 40% anno nel 2019; > 45% nell'anno 2020.</p> <p>Indicatore 2: numero medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette DEM prescritte / medici abilitati). Valore obiettivo: > 100 nel 2009 e > 120 nel 2020.</p>
8. Fascicolo Sanitario Elettronico	<p>Indicatore 1: % dei consensi informati acquisiti rispetto al numero dei pazienti ricoverati. Valore obiettivo: > 5% per il 2019.</p> <p>Indicatore 2: % di referti di laboratorio in formato CDA2 - HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C. Valore Obiettivo: > 10% per il 2019.</p>
9. Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)	<p>Indicatore: Implementazione, funzionalità e affidabilità delle azioni PAC. Valori Obiettivo: al 31.12.2019_svolgimento attività di audit previste nel piano annuale; Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit. Al 31.12.2020 _ conseguimento della certificazione dei Bilanci Aziendali con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento.</p>
10. Piano Consolidamento della Performance: 1. Efficientamento Blocchi Operatori; 2. Appropriatelyzza Consumo Farmaci; 3. Implementazione PDTA_	<p>Indicatore:</p> <p>1) Implementazione e presentazione Piano contenente azioni previste negli ambiti indicati e approvazione dello stesso da parte dell'Assessorato (anno 2019).</p> <p>2) Rispetto e completa realizzazione delle azioni previste dal Piano, come da cronoprogramma (anno 2020)</p>
10. Piani Attuativi Aziendali (P.A.A.)	<p>Indicatore: Implementazione e completa realizzazione di tutte le attività previste dal PAA per gli anni 2019 e 2020.</p>

I sopra descritti obiettivi aziendali, declinati verso le singole strutture organizzative, in ragione delle singole specialità, contribuiranno a determinare gli obiettivi operativi delle stesse all'esito della relativa procedura di budget, per la cui descrizione si rinvia al punto

5.2 Coordinamento tra Piano della Performance e Piano della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

Il processo di redazione del Piano della Performance si inserisce nell'ambito del più complessivo processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell'Azienda.

In tale ottica, l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha precisato come occorra prestare particolare attenzione alla coerenza tra Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e Piano della Performance sotto due profili:

- le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisca la prevenzione della corruzione;

- le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi e individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

Per tanto, tutte le Pubbliche Amministrazioni devono procedere a tradurre le misure di prevenzione della corruzione emerse dall'analisi e mappatura dei processi aziendali in specifici obiettivi da descrivere nel Piano della Performance ed assegnarli alle strutture ed ai loro dirigenti durante lo svolgimento della procedura di budget.

Per l'individuazione dei suddetti, specifici, obiettivi da assegnare, come detto, alle diverse strutture (in relazione all'attuazione del Piano), il Responsabile per la Prevenzione della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza ha provveduto a presentare, con nota prot. n. 5663/RU del 23 maggio 2018, apposita proposta alla Direzione Aziendale nonché alla Struttura Tecnica Permanente, degli obiettivi aziendali da assegnare ai direttori/responsabili di struttura correlati alle misure contenute nel P.T.P.C.T.

Per quel che riguarda l'anno 2018 (con valutazione nel 2019), la Direzione Generale, in raccordo con il R.P.C.T. ha assegnato i seguenti obiettivi in materia di trasparenza e anticorruzione:

Adempimenti relativi alla TRASPARENZA		
Obiettivo operativo	Peso	Indicatore
Inserimento e pubblicazione dei dati, informazioni e documenti nella sezione "Amministrazione Trasparenza" nei termini previsti dalla legge	10	Valutazione % pubblicazione dati

Con tale obiettivo si ha avuto riguardo all'art. 10, comma 3, del D. lgs n. 33/13 il quale stabilisce che *«la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali»*, oltre che alla circolare FOIA n. 1/2019 del Ministero della Pubblica Amministrazione che raccomanda alle PP.AA. l'introduzione di appositi obiettivi legati alla attuazione del decreto trasparenza, ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla *performance* individuale dei responsabili.

Adempimenti relativi alla prevenzione della CORRUZIONE		
Obiettivo operativo	Peso	Indicatore
Formazione specifica in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	10	Partecipazione di n. 2 unità di personale (n.1 Dirigente Medico e n. 1 Collaboratore Professionale) al corso predisposto dall'ARNAS Garibaldi
Presentazione al RPCT di un "progetto formativo" che assicuri il coinvolgimento di tutto il personale afferente alla U.O. di appartenenza	10	Presentazione entro il 31/12/2018 del progetto formativo

Con riferimento all'anno 2019 (con valutazione nel 2020), in osservanza delle nuove disposizioni relative alla mappatura delle aree di rischio in sanità contenute nel PNA 2019, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza individua i seguenti ulteriori obiettivi da assegnare ai direttori/responsabili di struttura:

Descrizione Obiettivo	Valore Atteso	Indicatore
Mappatura della U.O. di appartenenza	Conoscenza dei contenuti del P.T.P.C.T. e delle ipotesi di rischio corruttivo	Presentazione entro il 31/06/2020 dello schema di mappatura dei processi

Adempimenti relativi alla TRASPARENZA		
Obiettivo operativo	Competenze	Indicatore
Inserimento e pubblicazione dei dati, informazioni e documenti nella sezione "Amministrazione Trasparenza" nei termini previsti dalla legge	I responsabili indicati nell'allegato n. 5 del P.T.P.C.T.	Valutazione % pubblicazione dati, attraverso predisposizione relazione semestrale da presentare al RPCT

Adempimenti relativi alla prevenzione della CORRUZIONE		
Obiettivo operativo	Competenze	Indicatore
Assolvimento delle misure previste nel P.T.P.C.T.	Dirigenza Area Amministrativa e Dirigenza Medica	Valutazione % realizzazione misure, attraverso predisposizione relazione annuale da presentare al RPCT

Considerato che il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza rappresenta integrazione al presente Piano della Performance, per una verifica dettagliata, si rimanda ai documenti pubblicati sul sito web aziendale, alla sezione "Amministrazione Trasparente", sotto sezione "Altri Contenuti – Prevenzione della Corruzione", ovvero al seguente indirizzo:

<http://www.ao-garibaldi.ct.it/servizi-e-attivita/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-corruzione/>

6. Dagli Obiettivi Strategici agli Obiettivi Operativi

6.1 Il Processo di Budgeting

Attraverso il sistema di budget (*budgeting*), gli obiettivi strategici (come quelli descritti al precedente punto 5) vengono declinati in obiettivi operativi, associati ad uno o più indicatori, rispetto ai quali viene individuato un valore atteso (*target*).

Il processo di *budgeting*, quindi, rappresenta per l'azienda il momento di traduzione dei programmi generali, come definiti negli atti di programmazione nazionale e regionale e nei piani attuativi aziendali, ivi compreso il Piano della performance, in obiettivi specifici di ogni singola struttura (Centro di responsabilità) correlati alle cosiddette "variabili controllabili" del sistema aziendale, quelle cioè che il destinatario del processo (in questo caso il dirigente) riesce a controllare e sulle quali, pertanto, egli può incidere.

Attraverso la produzione di reportistica, viene monitorato l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi.

Il predetto processo di *budgeting* dell'ARNAS "Garibaldi" finalizzato, come detto, alla attribuzione degli obiettivi alle varie unità operative aziendali, si articola, in dettaglio, nelle seguenti fasi:

A. predisposizione dell'architettura base di supporto al processo di budget (si tratta di una

fase tecnica di competenza del Controllo di Gestione);

B. predisposizione delle linee guida. Atteso che il Piano della Performance, per sua natura, finalità e contenuti, rappresenta già esso stesso una linea guida per il processo di *budgeting*, la redazione delle stesse - può anche essere eventuale - ha il fine di definire la cornice d'insieme del processo nonché i binari entro i quali lo stesso si svolge;

C. precompilazione della scheda di budget. Attraverso tale strumento, indispensabile ai fini del processo, vengono presentate al Centro di responsabilità (CdR) le informazioni relative alla struttura - con particolare riferimento ai dati di attività rilevati nell'ultimo biennio e definiti sia in termini sintetici che analitici (ai fini approfondite analisi da parte del CdR) - ed ai dati di costo con ogni altra indicazione specifica riferita al CdR.

La scheda di budget contiene inoltre gli obiettivi riconducibili alla specificità della struttura nonché una griglia di indicatori finalizzati alla misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi medesimi;

D. analisi dei dati e formulazione delle proposte da parte del CdR. Durante questa fase viene avviato il processo negoziale attraverso il quale il responsabile del CdR:

- o acquisisce la scheda di budget ricevendo, attraverso quest'ultima, oltre alle informazioni "storiche" ed alle risorse a disposizione anche gli indirizzi in termini di obiettivi specifici e relativi "misuratori";
- o analizza i dati di attività individuando punti di forza, punti di debolezza e potenzialità della propria struttura;
- o formula le proprie relative proposte che, ovviamente, dovranno sempre riflettere ed integrare gli obiettivi contenuti nella linea guida e nella scheda di budget.

In questa fase - su iniziativa della direzione - possono aver luogo appositi incontri fra responsabile di CDR e Direzione aziendale per un esame congiunto e confronto su dati, obiettivi e proposte;

E. valutazione delle proposte da parte della direzione aziendale ed accreditamento degli obiettivi, dei risultati attesi e dei relativi indicatori per la misurazione del grado di raggiungimento degli stessi.

Il processo di *budgeting* all'interno dell'azienda è un processo negoziale che, per scelta direzionale, risulta fortemente guidato dalla Direzione Aziendale. Gli obiettivi di struttura, definiti attraverso il processo in questione, vanno tuttavia sempre - stante la natura negoziale dello stesso - condivisi e concordati, rappresentando, ai sensi dei vigenti contratti collettivi di lavoro, gli elementi per la valutazione annuale, da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all'art. 14 del D.Lgs. 150/2009, dei risultati di

gestione conseguiti dai dirigenti coinvolti nel processo negoziale.

E' necessario, in particolare, che il processo di *budget* si caratterizzi per:

- tempi di svolgimento che rispettino la tempistica concordata, anche per consentire una eventuale rinegoziazione nel corso anno;
- coerenza con gli obiettivi regionali, oltre che con gli obiettivi strategici aziendali;
- attenzione ai vincoli economici.

E' utile, in oltre, precisare che la finalità del *budget* non è quella di ricomprendere, all'interno della scheda, tutte le attività del CdR attuali e future, bensì quella di definire il contributo (ambito e contenuti) che ogni CdR potrà dare nello svolgimento di quelle azioni e attività che consentano il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

FLESSIBILITA' DEL BUDGET

La Direzione Aziendale ritiene che il *budget* vada gestito secondo logiche di flessibilità. Non vi è infatti alcuna utilità aziendale nel mantenere un obiettivo non più raggiungibile perdendo così l'opportunità di riconvertire gli sforzi di un CdR verso il perseguimento di nuovi obiettivi.

In tal senso, per altro, la nuova formulazione dell'art. 6 del d. lgs. 150/2009, ha specificamente attribuito all'Organismo Indipendente di Valutazione il compito di verificare *"...l'andamento delle performance rispetto agli obiettivi programmati durante il periodo di riferimento e segnalano la necessità o l'opportunità di interventi correttivi in corso di esercizio all'organo di indirizzo politico-amministrativo..."*

Con ciò trova piena conferma la possibilità di modificare in corso d'anno gli obiettivi concordati attraverso il processo di *budget* ove si accerti il verificarsi *"...di eventi...tali da alterare l'assetto dell'organizzazione e delle risorse a disposizione..."*

Tuttavia, se gli obiettivi possono o devono essere modificati durante la gestione, è necessario, per garantire certezza e stabilità, che ciò avvenga nell'ambito di regole preventivamente codificate.

Modificare un obiettivo significa, nella sostanza, modificare un accordo che ha natura contrattuale, stante i rinvii al *budget* operati dai contratti individuali di lavoro dei dirigenti responsabili di struttura per la parte specifica relativi agli obiettivi.

Pertanto la revisione *infra* annuale del *budget*, nel rispetto delle richiamate previsioni normative, potrà essere limitata al verificarsi dei seguenti eventi:

- risultati effettivi di attività che comportano la necessità di una riallocazione interna delle risorse strutturali;

- modificazioni significative nelle risorse strutturali assegnate (personale, tecnologia e spazi);
- sopravvenuta impossibilità di avviare e/o portare a compimento specifici progetti.

In via di principio, non sarà possibile, se non su iniziativa della Direzione Aziendale, modificare gli obiettivi di *budget* per fenomeni gestionali relativi all'ultimo trimestre dell'esercizio di riferimento nonché nella ipotesi in cui la modifica comporterebbe una corrispondente variazione di *budget* per tutte le altre strutture e quindi la necessità di ridefinire i *budget* di tutti i CdR.

SCHEDA DI BUDGET

La scheda di *budget* rappresenta lo strumento operativo e di sintesi attraverso il quale il Centro di Responsabilità concorda/negozia i propri obiettivi per l'anno di *budget*.

Essa costituisce, dunque, lo strumento chiave dell'intero processo di *budgeting* in quanto prevede, tramite la sua compilazione, la formalizzazione in numeri e dati delle *performance* di ogni singolo Centro di Responsabilità.

In particolare la scheda di *budget*:

- costituisce lo schema di riferimento per la formulazione delle proposte da parte dei CdR e favorisce il successivo utilizzo delle proposte approvate a fini di controllo;
- responsabilizza i CdR sugli impegni negoziati costituendo uno strumento di confronto e di dibattito.

Ogni singola scheda di *budget* ha una struttura predefinita a seconda dell'area di riferimento (area dei servizi assistenziali, area amministrativa).

La scheda, con le proposte, viene consegnata a ciascun attore (Responsabile di CdR) coinvolto nel processo di negoziazione del *budget* e contiene, all'interno delle varie tipologie finanziarie e di attività, suddivise per categorie, anche un gruppo di obiettivi vincolati a negoziazione fortemente limitata; è opportuno che, insieme alle ulteriori proposte del CdR, la scheda negoziata contenga di norma non più di cinque obiettivi complessivi, compresi quelli vincolati, fra loro coerenti e, se del caso, sinergici. E' pur vero che il limite numerico degli obiettivi rimane fortemente condizionato dal numero di obiettivi assegnati all'Azienda da parte del competente Assessorato che dovranno essere "trasferiti" con le opportune declinazioni nei confronti delle varie articolazioni.

I TEMPI (CRONOPROGRAMMA) DEL PROCESSO DI BUDGET

La Direzione Generale conclude di norma le negoziazioni del budget entro il 30 Aprile di

ciascun anno. Tale scadenza può essere rispettata solo con la partecipazione attiva di tutti i soggetti coinvolti.

Il rispetto dei tempi rappresenta, pertanto, una condizione essenziale per dare valore al processo di Programmazione e Controllo e costituisce un elemento di valutazione dell'efficienza per tutta la dirigenza aziendale.

A tale scopo il processo di *budget* viene avviato appena disponibili i dati di consuntivo dell'anno precedente, opportunamente elaborati dall'Ufficio Controllo di Gestione e - attraverso la scheda di *budget* - messi a disposizione dei soggetti interessati (responsabili di CdR) e di tutti i dirigenti responsabili di struttura coinvolti nel processo di *budget*.

Nel corso dell'anno è in ogni caso possibile rivedere gli obiettivi ed i programmi di attività concordati in sede di negoziazione del *budget*, qualora lo richiedano importanti ed oggettive modificazioni di contesto registrate nel primo semestre.

Il cronoprogramma del processo di *budget* è, pertanto, quello riportato nello schema sottostante, anche se non può non rilevarsi come lo stesso risulti condizionato dalla tempistica relativa alla concreta attribuzione degli obiettivi da parte della Regione.

Una volta definiti, gli obiettivi operativi possono essere rivisitati ed eventualmente modificati e \ o rettificati: **a)** all'esito di una verifica intermedia in ordine ai risultati conseguiti rispetto agli obiettivi assegnati; **b)** nel caso di intervenute modifiche nelle strategie aziendali nel periodo ricompreso fra l'assegnazione dell'obiettivo e l'adozione del presente piano; **c)** per effetto di ulteriori obiettivi \ programmi e/o azioni conseguenti alla negoziazione delle risorse fra Assessorato della Salute e Azienda.

Cronoprogramma processo di budget

Entro il 28 febbraio	Adozione - da parte della Direzione Generale - del documento aziendale concernente le "Linee Guida al processo di budget anno"
Entro il 10 marzo	Predisposizione - da parte dell'Ufficio Controllo di Gestione - delle schede di <i>budget</i> e di tutta la documentazione a supporto del processo di <i>budget</i>
Entro il 20 marzo	Ultimazione consegna delle schede della Direzione Aziendale ai responsabili di CdR individuati quali destinatari del processo di <i>budget</i>
Entro 10 gg dalla consegna	Tempo a disposizione dei Responsabili di CdR per. - Valutazione e condivisione degli obiettivi con gli operatori della struttura; - Restituzione all'ufficio Controllo di Gestione delle schede con proposte sul risultato atteso e su eventuali obiettivi integrativi.

Dal 1 Aprile al 30 Aprile	Negoziazione, anche attraverso appositi momenti di verifica e confronto con la Direzione aziendale (verbale di negoziazione)
Entro il 30 Aprile	Consolidamento ed accreditamento degli obiettivi negoziati

REPORTING

Una volta concluso il processo di *budget* e consolidati gli obiettivi, l'Ufficio Controllo di Gestione attiverà un sistema di monitoraggio periodico e di verifica delle attività e dei costi al fine di valutarne la conformità o il grado di scostamento rispetto agli obiettivi programmati (**analisi degli scostamenti**), sia per dare modo all'Organismo Indipendente di Valutazione di svolgere la verifica di competenza prevista dal citato art. 6 del Decreto, sia per consentire alla Direzione strategica l'adozione di misure che si rendessero necessarie.

Le procedure di *reporting*, periodiche e ricorrenti, devono essere intese, oltre che come momenti di valutazione e verifica, come occasioni per sviluppare capacità di *problem solving*, formulare giudizi e valutazioni, assumere provvedimenti migliorativi, per far comprendere - in tempo utile - se l'attività programmate risultano in linea con quelle attese e se gli obiettivi prefissati vengono raggiunti.

Tale operazione richiede, ovviamente, l'acquisizione periodica e tempestiva delle informazioni necessarie ai fini delle verifiche e delle valutazioni. Poter intervenire sui fenomeni prima che questi diventino imm modificabili, è sicuramente un risultato da perseguire. Per tale motivo le attività di *feedback* dei *report* devono essere più rapide possibile. Un ottimo rapporto fornito alla fine di un'attività e che non permette interventi correttivi, infatti, perde la sua utilità e la sua principale ragione di essere.

Per rendere, dunque, efficace l'attività di monitoraggio e verifica l'Azienda, attraverso il Regolamento aziendale di valutazione della Performance, ha stabilito l'**obbligo** - costituente presupposto per l'accesso al sistema premiante - del rispetto dei termini (e comunque della tempestività) per l'inoltro, ai competenti uffici, delle informazioni necessarie alla funzione di Programmazione e Controllo aziendale, sulla base della periodicità e delle scadenze stabilite dal Responsabile del Sistema Informativo Aziendale.

6.2 Valutazione e Verifica dei Risultati

Sulla scorta delle informazioni acquisite, il Controllo di Gestione elaborerà, con cadenza

periodica (mensile e trimestrale) e con il supporto della Struttura Tecnica Permanente, dei rapporti (*report*) sull'andamento gestionale attraverso i quali realizzare concretamente il confronto fra obiettivi e risultati. Il sistema di *reporting* sarà rivolto a quanti, all'interno dell'organizzazione, hanno responsabilità gestionali ai fini del processo di *budget*.

I contenuti informativi dei rapporti di gestione differiranno, per quanto attiene il livello di aggregazione, in relazione ai diversi destinatari. I dati contenuti in ciascun rapporto di gestione saranno relativi al periodo che va dall'inizio dell'anno al periodo di riferimento, e ciò al fine di consentire il progressivo consolidamento del dato consuntivo.

La procedura di verifica e valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi assegnati, ai fini della determinazione della valutazione della performance (grado) è svolta dall'Organismo di Valutazione Indipendente con il supporto della Struttura Tecnica Permanente. Gli esiti della valutazione della performance dirigenziale verranno utilizzate per le finalità di cui al successivo punto 6.3.

6.3 Il Sistema Premiante

PERSONALE DIRIGENTE

La valutazione del dirigente si articola nella verifica dell'esercizio dell'incarico dirigenziale attribuito e nella valutazione del risultato annuale (performance).

Nel primo caso la verifica è effettuata, alle diverse scadenze previste dai contratti collettivi di lavoro, dal Dirigente sovraordinato e, in seconda istanza, dal Collegio tecnico e costituisce prerequisito, in relazione all'esito, dell'attribuzione dell'incarico relativo al periodo successivo e/o degli altri benefici economici contrattualmente previsti, nel rispetto dei vincoli e dei limiti imposti dalla finanza pubblica.

Nel secondo caso la valutazione è determinata sia dal risultato certificato dall'Organismo Indipendente per la Valutazione (OIV), relativamente al raggiungimento degli obiettivi di *budget* della struttura attribuiti nella loro totalità alla dirigenza ad essa assegnata, sia dalla valutazione espressa dal dirigente responsabile relativamente al contributo individuale espresso dal singolo dirigente.

La valutazione annuale della performance è correlata, oltre che alla corresponsione dei premi di produttività e di risultato, alle altre specifiche finalità previste dal più volte richiamato D.Lgs. 150/2009.

PERSONALE NON DIRIGENTE

Tutto il personale del comparto è inserito nel sistema aziendale di valutazione individuale permanente, caratterizzato dai seguenti elementi:

- A. valorizzazione della Performance Individuale;
- B. valorizzazione della performance Organizzativa.

I citati ambiti valutativi sono articolati nelle schede di valutazione del personale.

Con riferimento a tutto il personale, dirigente e del comparto, il Direttore della struttura ha facoltà di integrare la scheda obiettivi con altri di risultato specifici, non presenti sulla scheda di *budget* della struttura, purché individuati in coerenza con le politiche aziendali.

Le componenti della scheda individuale concorrono a formularne il risultato finale che:

- costituisce la base per il calcolo della quota individuale di produttività;
- concorre a determinare la progressione economica orizzontale;
- se negativo, costituisce la base su cui elaborare la proposta di revoca dell'incarico di coordinamento e dell'incarico di posizione organizzativa.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance, come sin qui descritto nelle sue linee generali, è definito nello specifico Regolamento Aziendale, pubblicato sul sito internet dell'Azienda al seguente indirizzo:

<http://www.ac-garibaldi.catania.it/servizi-e-attivita/amministrazione-trasparente/performance/sistema-di-misurazione-e-valutazione-della-performance.aspx>

7. Il Processo di Redazione e le Azioni di Miglioramento del Ciclo di Gestione della Performance

In questo capitolo viene descritto il processo seguito per la predisposizione del presente Piano della Performance nonché le azioni da adottare in un'ottica di miglioramento del ciclo di gestione della performance.

7.1 Fasi, Soggetti e Tempi del Processo di Redazione, Aggiornamento e Monitoraggio del Piano.

Il processo di redazione del Piano della Performance si inserisce nell'ambito del più complessivo processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell'Azienda.

Il punto di partenza è rappresentato dalle riforme dell'assetto organizzativo e di governo del sistema sanitario regionale, definite con la Legge Regionale 5/2009 nonché dagli obiettivi contenuti nel Piano Sanitario Regionale (Piano della Salute), che definisce le linee politiche, organizzative ed amministrative di tutela e di promozione della salute della collettività regionale. In coerenza con tale piano vengono individuati dalla Regione Sicilia, ed assegnati alla Direzione Generale d'Azienda, gli obiettivi annuali.

La Direzione Generale, in armonia con gli atti di programmazione sanitaria regionale ed in relazione alle proprie strategie, definisce il Piano della Performance, integrato, ed aggiornato

annualmente.

Il Piano della Performance, deliberato dalla Direzione Generale, viene di norma pubblicato e pubblicizzato entro il 31 gennaio e, comunque, a seguito di definizione del quadro complessivo delle strategie aziendali per l'anno di riferimento, che non può prescindere dall'assegnazione, da parte della Regione, degli obiettivi aziendali.

L'approvazione formale del Piano è la conclusione di un percorso che, a regime ed in un'ottica di miglioramento continuo, si descrive come segue:

- a) nel mese di ottobre dell'anno precedente, la Direzione Generale, supportata dallo staff, avvia il processo di elaborazione del Piano della Performance. Sulla base delle indicazioni strategiche, è da prevedere una riunione preliminare di coinvolgimento degli *stakeholder*, per raccogliere le loro istanze in merito alle priorità strategiche dell'Azienda;
- b) anche sulla base di tali istanze, viene approntata la sezione relativa alle linee di indirizzo strategico del Piano, sottoposta a validazione della Direzione Generale ed all'esame tecnico dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- c) tali passaggi permettono l'approvazione, entro la scadenza di dicembre, della relazione previsionale e programmatica e del bilancio di previsione, in coerenza con gli indirizzi strategici del piano;
- d) una volta elaborato il quadro strategico per l'esercizio successivo, il management avvia il processo di elaborazione delle schede di programmazione;
- d) nell'ambito di tale processo vengono definiti gli obiettivi operativi e la ripartizione di risorse che consentono, nei termini previsti, l'elaborazione e l'approvazione del bilancio di previsione e del budget direzionale, in coerenza con gli obiettivi operativi del Piano;

Quindi, entro la data del 31 gennaio, si procede all'adozione del Piano della Performance, da parte della Direzione Strategica.

Le diverse fasi in cui si articola la redazione del Piano della Performance, i soggetti coinvolti e i tempi di realizzazione (espressi con riferimento al mese di attuazione) sono articolati nel seguente prospetto di sintesi.

Attività	Attori coinvolti	Anno corrente								Anno succ. Gen.
		Giu.	Lug.	Ago.	Sett.	Ott.	Nov.	Dic.		
Avvio del processo di elaborazione del Piano della Performance sulla base degli eventuali indirizzi.	Staff Direzione Generale con eventuale supporto GdL									
Riunione di coinvolgimento degli stakeholder	Direttore Generale									
Predisposizione delle linee di indirizzo strategico del Piano	Staff Direzione Generale									

non solo) alle varie strutture aziendali.

In particolare, oltre al sistema autorizzativo per l'acquisto di beni e servizi posto in essere nei confronti degli uffici ordinatori sulla base delle risorse effettivamente disponibili che costituisce un limite alla spesa, vanno considerati anche gli obiettivi di carattere economico-finanziario che ogni anno costituiscono un'ampia parte degli obiettivi di mandato assegnati dalla Regione alla Direzione Aziendale.

Fermo restando il principio della contestualità dei due processi (pianificazione della performance e programmazione economico-finanziaria e di bilancio), ogni qualvolta in cui l'ARNAS – avrà completato il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio prima della predisposizione del Piano medesimo - utilizzerà la facoltà prevista dalla deliberazione della CIVIT 112/2010 attuando, ove necessario e pertinente, un processo semplificato attraverso il quale, a partire dagli obiettivi ed indicatori inseriti nei documenti di bilancio (Note preliminari, budget, ecc.), verrà operata una riclassificazione (ed eventualmente un accorpamento) degli stessi secondo le logiche descritte nel Piano della performance.

7.3 Azioni Previste per il Miglioramento del Ciclo di Gestione delle Performance

Il Piano della Performance relativo al triennio 2020 - 2022, verrà aggiornato e verranno individuati, in ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, i correttivi che si rendessero necessari.

Il piano verrà anche eventualmente rimodulato in funzione della negoziazione delle risorse con l'Assessorato Regionale della Salute, e dei correlati obiettivi di bilancio, oltre che di disposizioni scaturenti dall'emanazione di eventuali, ulteriori, e diversi, provvedimenti concernenti la rete ospedaliera aziendale e del confronto con gli stakeholder.

E' a dirsi che durante la corrente annualità vedrà applicazione la nuova rete ospedaliera regionale sulla base della quale le aziende hanno provveduto a rimodulare la propria organizzazione.

Sulla base del nuovo assetto, andranno dunque calibrate le azioni di miglioramento del Ciclo della Performance che non potranno prescindere:

- dalla verifica di tutti i regolamenti aziendali;
- dalla ridefinizione della contrattazione integrativa, anche al fine di rendere il sistema di allocazione delle risorse, di valutazione dei risultati e di riconoscimento del merito, sempre più aderente ai principi previsti dal D.Lgs. 150/2009 (soprattutto a seguito delle modifiche introdotte dal d.lsg 74/2017) e dal presente Piano;
- dal potenziamento delle strutture interne preposte al supporto degli organismi di valutazione e verifica, nonché degli strumenti informatici utilizzati, affinché venga garantito il reale collegamento tra ciclo di gestione della performance e processo di budget.