



AZIENDA OSPEDALIERA PER L'EMERGENZA CANNIZZARO DI CATANIA

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2017

articolo 10, comma 1, Lettera b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i.

ADOTTATA CON DELIBERAZIONE N. 2194 DEL 22/06/2018

INDICE

<i>Premessa.....</i>	<i>3</i>
<i>Le informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni</i>	<i>5</i>
<i>Gli obiettivi del piano della performance</i>	<i>6</i>
<i>I risultati – La performance organizzativa</i>	<i>8</i>
<i>I risultati – La performance individuale.....</i>	<i>23</i>
<i>Il processo di redazione della Relazione sulla performance</i>	<i>26</i>

Premessa

Ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i., l'Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro è tenuta a redigere una “*Relazione annuale sulla performance*” che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati ed alle risorse.

Al fine di comunicare all'esterno tali risultati la relazione è pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda nella sezione “*Trasparenza, valutazione e merito*”, sottosezione “*Performance*”.

Il *Piano della performance 2017-2019* dell'Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro di Catania è stato adottato con deliberazione n. 174 del 30/01/2017 ai sensi dell'articolo 15, comma 2, Lettera b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 con l'obiettivo di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

Esso comprende:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
- gli obiettivi e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance di ciascuna struttura operante nell'Azienda.

Il Piano è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della *performance* (articolo 4 del decreto). Il Piano definisce dunque gli elementi fondamentali (obiettivi, indicatori e *target*) su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance*.

Ai fini della valutazione organizzativa, l'Azienda utilizza il processo di budgeting come momento di traduzione dei programmi definiti nel Piano in obiettivi specifici di ogni singola struttura correlati alle cosiddette “variabili controllabili” del sistema aziendale, quelle cioè che il destinatario del processo (dirigente responsabile di struttura) riesce a controllare e sulle quali, pertanto, egli può incidere.

In sede di negoziazione di budget è stato richiesto a tutti i professionisti che operano all'interno dell'Azienda di assumere un ruolo attivo e propositivo, tenendo conto anche degli aspetti gestionali, puntando sull'erogazione di prestazioni e servizi assistenziali in grado di rispondere ai

bisogni di salute, dedicando attenzione all'incremento della qualità complessiva del servizio reso agli utenti e cercando di ottimizzare l'uso delle risorse per poter realizzare più convenientemente i programmi di sviluppo proposti.

Ai sensi dell'art. 14, commi 4, lettera c), e 6, del decreto 150/2009 e s.m.i., la Relazione deve essere validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione come condizione inderogabile per l'accesso agli strumenti premiali.

Le informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni

Il già citato *Piano della performance 2017-2019* dell'Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro di Catania contiene all'interno della Sezione 2 la descrizione dell'Azienda in termini di competenze presenti, delle attività che in essa si svolgono, della tipologia di prestazioni erogate, delle modalità di sviluppo dell'azione aziendale nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione regionale e dai rapporti di collaborazione instaurati con le altre aziende sanitarie.

Lo stesso documento descrive le risorse strumentali, economiche ed umane di cui dispone l'Azienda e che ne permettono l'azione. Inoltre, un'opportuna sezione denominata "Analisi S.W.O.T." individua i punti di forza e di debolezza, le opportunità e le minacce che caratterizzano il contesto interno della Azienda nonché quello esterno nel quale la stessa si trova ad operare.

Gli obiettivi del piano della performance

Alla fine del mese di marzo dell'anno 2016, l'Assessorato della Salute della Regione Siciliana ha assegnato gli obiettivi alle Aziende sanitarie della Regione per gli anni 2016 e 2017, in coerenza con i diversi periodi di vigenza dei contratti in essere dei Direttori Generali.

Con riferimento a tali obiettivi e alle normative vigenti in termini di controllo dell'inappropriatezza dei ricoveri, di controllo e revisione della spesa, di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni, è stato costruito l'albero della performance presentato nel Piano della Performance 2017-2019 e di seguito rappresentato per ciò che concerne le aree strategiche e gli obiettivi strategici:

MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE



Area Strategica 1

Governo clinico

Area Strategica 2

Governo economico

Area Strategica 3

Governo dei processi

Obiettivo Strategico 1.1

Esiti

Obiettivo Strategico 2.1

Ottimizzazione procedure in ambito economico/finanziario

Obiettivo Strategico 3.1

Definizione obiettivi strategici aziendali

Obiettivo Strategico 1.2

Appropriatezza

Obiettivo Strategico 3.2

Individuazione attività gestionali strategiche

Obiettivo Strategico 3.3

Informazione e comunicazione

Obiettivo Strategico 3.4

Accessibilità e fruibilità dei servizi

I risultati – La performance organizzativa

La presente Relazione evidenzia, a consuntivo, per l'anno 2017, i risultati raggiunti in termini di performance organizzativa rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse.

L'analisi dei risultati è condotta con riferimento a ciascuna delle Aree Strategiche individuate.

Area Strategica 1: GOVERNO CLINICO

All'interno di tale Area sono stati individuati due obiettivi strategici per ciascuno dei quali si riportano gli obiettivi operativi e i risultati attesi individuati ed assegnati alle Strutture dell'Azienda.

Il primo obiettivo strategico è denominato “**Esiti**” all'interno del quale i quattro obiettivi operativi individuati sono:

o Obiettivo operativo 1.1.1: Tempestività interventi a seguito frattura femore

L'obiettivo, assegnato all'Unità operativa di Ortopedia in termini di esecuzione dell'atto chirurgico, mira ad assicurare, nel più breve tempo possibile, ovvero entro 0-2 giorni dal ricovero, il trattamento chirurgico in seguito a frattura del femore a pazienti al di sopra dei 65 anni. Il target posto dall'assessorato è pari al 90%. Il valore raggiunto dall'Unità Operativa è stato pari a 84,7%, in netto miglioramento rispetto all'anno precedente. Inoltre, alle UU.OO. di Cardiologia, MCAU e Medicina fisica e riabilitativa è stata chiesta l'ottemperanza alle disposizioni del Decreto assessoriale 19/11/2015 (G.U.R.S. 18/12/2015) “Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore”. Tale obiettivo è stato parzialmente raggiunto dall'U.O. di Cardiologia e pienamente raggiunto dalle altre due UU.OO..

o Obiettivo operativo 1.1.2: Riduzione incidenza parti cesarei

L'obiettivo, assegnato all'Unità operativa di Ostetricia e Ginecologia, mira a ridurre l'incidenza dei parti cesarei facendo riferimento a quelli primari. L'obiettivo posto dall'Assessorato si intendeva raggiunto se l'incidenza non superava il 20%. Il valore raggiunto dall'Unità Operativa, in termini di tasso grezzo è stato pari al 18,2%.

o **Obiettivo operativo 1.1.3: Tempestività nell'effettuazione di PTCA negli IMA STEMI**

L'obiettivo concernente la percentuale di PTCA a seguito di episodi di IMA ST-elevation prevedeva un target posto dall'Assessorato superiore al 78% e il valore raggiunto dall'Unità Operativa di Cardiologia, è stato pari all'89,96%.

o **Obiettivo operativo 1.1.4: Colectomia laparoscopica per calcolosi della colecisti nei casi non complicati**

L'obiettivo riguarda la percentuale di colectomia laparoscopica con degenza entro tre giorni rispetto al totale di colectomia laparoscopica. Il valore obiettivo posto dall'Assessorato era pari al 97% con una soglia minima di riferimento del 70%. Il valore raggiunto dall'Unità Operativa di Chirurgia generale è stato pari all'87,01%.

Il primo obiettivo strategico è denominato “**Appropriatezza**” all'interno del quale i due obiettivi operativi individuati sono:

o **Obiettivo operativo 1.2.1: Abbattimento del numero di ricoveri ad elevato rischio di inappropriatezza**

L'Azienda, nel corso degli ultimi anni, ha posto particolare attenzione, nell'attribuzione degli obiettivi operativi annuali alle UU.OO., a sottolineare la necessità del contenimento del numero di ricoveri che potessero dar luogo a DRG inappropriati. Anche per l'anno 2017, l'obiettivo assegnato alle Unità Operative ha riguardato il rispetto del decreto Assessoriale 31/12/2013 all. A. A consuntivo dell'anno 2017, l'Azienda ha mostrato un ulteriore miglioramento rispetto all'anno precedente in termini di riduzione di DRG a rischio di inappropriatezza erogati e di conseguente importo economico abbattuto. Con l'esclusione dell'U.O. di Otorino, il cui indice di appropriatezza dei ricoveri è stato pari all'85%, l'indice di appropriatezza dei ricoveri delle strutture è stato sempre superiore al 90%.

o **Obiettivo operativo 1.2.2: Rispetto dei valori per i tradizionali indicatori di utilizzo**

Il target regionale prevede, per ciò che concerne il tasso di occupazione dei posti letto relativi a ricoveri in regime ordinario, un valore al di sopra dell'80%. L'Unità Operativa di Nefrologia ha raggiunto un valore pari al 79,75%, migliorando quello dell'anno precedente.

Per ciò che concerne il contenimento dei tempi di degenza media, l'Unità Spinale Unipolare ha avuto assegnato l'obiettivo con particolare riferimento ai tempi di degenza per pazienti tetraplegici e paraplegici ed i valori riscontrati risultano allineati ai valori nazionali ovvero inferiori a 4 mesi per i paraplegici e 12 mesi per i tetraplegici.

La Chirurgia generale ha avuto assegnato l'obiettivo del contenimento del numero di ricoveri di un giorno erogati in regime ordinario, fermandosi al di sotto del 5% del totale di ricoveri. Il valore raggiunto è stato pari al 6%.

Area Strategica 2: GOVERNO ECONOMICO

All'interno di tale Area è stato individuato un obiettivo strategico per il quale si riportano gli obiettivi operativi e i risultati attesi individuati ed assegnati alle Strutture dell'Azienda.

L'obiettivo strategico è denominato **“Ottimizzazione procedure in ambito economico/finanziario”** all'interno del quale i cinque obiettivi operativi individuati sono:

o Obiettivo operativo 2.1.1: Utilizzo fondi di P.S.N.

L'obiettivo, assegnato al Settore Tecnico, prevedeva la redazione di report trimestrali (progetti assegnati, stato di attuazione, somme assegnate, somme utilizzate, somme non spese, previsioni di chiusura). Il Settore ha ottemperato alle disposizioni e in particolare è stato puntualmente inviato in Assessorato il monitoraggio dello stato di avanzamento dei lavori.

o Obiettivo operativo 2.1.2: Realizzazione dei P.A.C.

L'Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro ha formalizzato il cronoprogramma per la realizzazione delle azioni previste, provvedendo al contempo alla stesura dei regolamenti e delle procedure utili alla attestazione dell'avvenuta implementazione delle attività P.A.C. per l'anno 2017. Le Unità Operative interessate sono state il Settore Economico Finanziario e Patrimoniale, il Settore Tecnico e il settore Provveditorato.

o **Obiettivo operativo 2.1.3: Utilizzo risorse PO-FESR**

Il Settore Tecnico ha provveduto alla trasmissione delle fatture quietanzate nella data indicata propedeutica alla certificazione, così come previsto nell'obiettivo assegnato.

o **Obiettivo operativo 2.1.4: Contenimento della spesa**

Il Settore Provveditorato ha rispettato i tetti di spesa previsti per l'acquisto di beni e servizi in accordo agli specifici interventi normativi e ha rispettato il Regolamento aziendale sugli acquisti in economia.

Per quanto riguarda le attività del Settore Gestione risorse umane, nel corso dell'anno 2017 si è avuto l'avvio delle procedure di reclutamento e stabilizzazione di personale a tempo indeterminato con conseguente riduzione della spesa del personale a tempo determinato. Inoltre, il rispetto del tetto di spesa annuale determinato ai sensi della L. 135/12 si evince dalla tabella D1.2, CE IV trimestre 2017.

Il Servizio di Farmacia ha monitorato le richieste di acquisto di materiale specialistico e protesico attraverso analisi storiche degli acquisti e calcoli dei reali fabbisogni.

o **Obiettivo operativo 2.1.5: Disposizioni connesse alla libera professione intramuraria**

Il Settore Economico Finanziario e Patrimoniale ha provveduto alla predisposizione del bilancio di previsione 2017 della gestione separata ALPI. Sono state sottoscritte convenzioni annuali rinnovabili. E' stata effettuata mensilmente la conciliazione degli incassi con le fatture emesse.

Area Strategica 3: GOVERNO DEI PROCESSI

All'interno di tale Area sono stati individuati quattro obiettivi strategici per i quali si riportano gli obiettivi operativi e i risultati attesi individuati ed assegnati alle Strutture dell'Azienda.

Il primo obiettivo strategico è denominato **“Definizione obiettivi strategici aziendali”** all'interno del quale sono individuati due obiettivi operativi che sono:

o **Obiettivo operativo 3.1.1: Redazione e approvazione del Piano Attuativo Aziendale (PAA)**

o Obiettivo operativo 3.1.2: Realizzazione delle azioni previste dal PAA

Il documento, condiviso con i Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere e dell'ASP di Catania, è stato adottato dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania con delibera 3020 del 07/10/2016 e trasmesso in Assessorato.

Per quanto concerne le Reti assistenziali, l'AO Cannizzaro, sede HUB per l'Emergenza, è stata individuata capofila per le seguenti reti assistenziali tempo-dipendenti ovvero Rete Politrauma, Rete Stroke, Rete IMA.

Per quanto concerne la Rete Politrauma, gli obiettivi previsti dal Piano sono stati ampiamente raggiunti, e precisamente: è stato predisposto e condiviso il percorso diagnostico terapeutico del paziente politraumatizzato, coinvolgendo al tavolo tecnico oltre i referenti aziendali individuati, il Responsabile del 118 ed i Direttori delle UU.OO. di MCAU/Pronto Soccorso delle Aziende Ospedaliere SPOKE della Provincia di Catania. Inoltre, è stata effettuata una giornata di formazione/informazione sul percorso assistenziale a cui hanno partecipato i referenti delle aree di Emergenza delle Aziende Ospedaliere della Provincia di Catania.

Per quanto concerne la Rete Stroke, gli obiettivi puntualmente raggiunti sono stati: predisposizione del percorso assistenziale del paziente con ictus cerebrale e divulgazione dello stesso agli operatori sanitari.

Infine, anche per quanto concerne la Rete IMA sono stati raggiunti gli obiettivi, quali l'osservanza dei tempi per l'esecuzione dell'angioplastica in caso di IMA STEMI e la pubblicizzazione dei ruoli (Pronto Soccorso degli Ospedali della Provincia di Catania e 118) della Rete IMA attraverso interventi su network della RCS.

Il secondo obiettivo strategico è denominato “**Individuazione attività gestionali strategiche**” all'interno dei quali i cinque obiettivi operativi sono:

o Obiettivo operativo 3.2.1: Adempimenti connessi al miglioramento del tasso di accesso agli screening oncologici

L'Azienda Ospedaliera Cannizzaro in uno con le Aziende Ospedaliere e l'ASP di Catania ha siglato un protocollo di intesa il 23/02/2016 al fine di definire un percorso organizzativo-gestionale comune e migliorare le attività di screening oncologico. Nel corso del 2017, sono stati inviati all'ASP puntualmente i tracciati record dei flussi "A, "C" e "SDAO", al fine di incrociare i dati degli utenti che dopo avere effettuato il test di primo livello hanno proseguito il percorso diagnostico-terapeutico, in maniera autonoma, presso le Aziende Ospedaliere della provincia di Catania; ciò ha consentito all'ASP di Catania di recuperare la storia clinica delle utenti.

Inoltre, secondo quanto previsto dallo stesso protocollo d'intesa, sono state espletate le attività di seguito elencate:

- implementazione del collegamento informatico con l'ASP di Catania, completo delle credenziali di accesso al sistema di gestione delle prenotazioni di primo livello;
- incontri on-site di formazione/aggiornamento degli operatori del CUP aziendale, coordinati dal personale della Ditta che produce il software di gestione;
- partecipazione ai tavoli tecnici con i referenti aziendali delle branche specialistiche coinvolte nelle attività di screening.

o Obiettivo operativo 3.2.2: Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita

Nel corso del 2017 è stata puntualmente compilata la check list di autovalutazione della verifica degli standard dei punti nascita di II livello. Per quanto concerne il controllo analitico su un campione del 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73, dalle valutazioni effettuate dal NOC aziendale, le cartelle verificate hanno avuto attribuito il 100% di appropriatezza secondo i criteri del PACA 2017. Per quanto riguarda la percentuale di neonati dimessi direttamente dalla Terapia Intensiva Neonatale sul numero totale dei pazienti ricoverati nella TIN al 31/12/2017, la stessa risulta in linea con i criteri di accesso e dimissione della TIN

o Obiettivo operativo 3.2.3: Incremento del numero di donazioni di organi e tessuti

Nel periodo Gennaio – Dicembre 2017 si rileva quanto segue:

- il numero di accertamenti di morte con metodo neurologico sono stati 18 sui 36 di decessi per grave neurolesione registrati in Azienda (obiettivo raggiunto nelle U.O. di Anestesia I e TIPO, nessun decesso per grave neurolesione in UTIR);
- sono stati effettuati 9 prelievi multi organo sui 10 soggetti per i quali è stato completato il processo di accertamento di morte con metodo neurologico e con modulo di non opposizione firmato dagli aventi titolo (obiettivo raggiunto in Anestesia e Rianimazione e al 67% in TIPO);
- per quanto concerne il prelievo cornee, sono stati effettuati cinque prelievi.

o Obiettivo operativo 3.2.4: Prescrizioni in forma dematerializzata

Sono abilitati ed hanno effettuato almeno una prescrizione dematerializzata 173 medici dell'Azienda su un totale di circa 313, pari al 55,3 % (obiettivo previsto pari ad almeno il 40%).

Per quanto concerne il numero di prescrizioni effettuate dai medici abilitati, queste ammontano dall'inizio dell'attività di prescrizione dematerializzata a 72.052 con una media mensile di 34,7 prescrizioni per medico (obiettivo previsto pari a 10 prescrizioni per medico).

In tutte le Unità Operative, pertanto, l'obiettivo assegnato è stato pienamente raggiunto.

o Obiettivo operativo 3.2.5: Adempimenti connessi all'area della trasparenza e dell'anticorruzione

Con riferimento all'aggiornamento costante del portale della trasparenza ed alle attività legate all'anticorruzione, l'obiettivo è da intendersi pienamente raggiunto

Il terzo obiettivo strategico è denominato “**Informazione e comunicazione**” all'interno del quale l'obiettivo operativo è:

o Obiettivo operativo 3.3.1: Tempestività, completezza e adeguatezza qualitativa dei flussi informativi

L'obiettivo mira al rispetto della direttiva flussi informativi (decreto nr. 1174/08 del 30/05/2008 e s.m.i) compresi i flussi di nuova istituzione nei confronti dell'Assessorato. Tutte le Unità Operative alle quali l'obiettivo è stato assegnato (Direzione medica di presidio, Farmacia, Settore Economico Finanziario e Patrimoniale, Settore Provveditorato, Settore Risorse Umane) hanno rispettato i tempi previsti dalla normativa.

Per ciò che concerne i tempi di caricamento delle SDO, l'Azienda ha continuato anche nell'anno 2017 l'opera di responsabilizzazione delle Unità operative. Pertanto, a tutte le Unità Operative che erogano prestazioni di ricovero in regime di degenza ordinaria è stato assegnato l'obiettivo di contenere entro i 10 giorni i tempi intercorrenti tra la dimissione degli assistiti e la registrazione informatizzata della SDO, ovvero la consegna alla Direzione Sanitaria mentre a tutte le Unità Operative che erogano prestazioni di ricovero in regime diurno è stato assegnato l'obiettivo di chiusura delle SDO annue entro il 15 gennaio dell'anno successivo.

Per ciò che concerne i ricoveri in regime ordinario, le Unità Operative hanno impiegato in media un numero di giorni superiore a quanto previsto dall'obiettivo per la registrazione della SDO, pur riuscendo comunque a chiuderle tutte entro il termine ultimo imposto dall'Assessorato e comunque migliorando i tempi registrati nell'anno precedente.

Per ciò che concerne i ricoveri diurni, le Unità Operative alle quali era stato assegnato l'obiettivo hanno rispettato i tempi previsti.

Tra gli obiettivi assegnati nell'anno 2017 a tutte le Unità Operative sanitarie, vi è stato quello della registrazione dell'avvenuta erogazione delle prestazioni ambulatoriali (entro il giorno 5 del mese successivo) per le prestazioni erogate a pazienti Esterni. L'obiettivo è stato da tutti pienamente raggiunto come testimoniato dagli invii del Flusso C.

Il quarto obiettivo strategico è denominato **“Accessibilità e fruibilità dei servizi”** all'interno del quale l'obiettivo operativo è:

o Obiettivo operativo 3.4.1: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali

Il monitoraggio per i tempi di attesa inerente le prestazioni ambulatoriali per esterni prevede due modalità di analisi, ovvero ex ante ed ex post. Nella modalità ex ante si considerano i dati relativi ai tempi di attesa misurati in merito alle prenotazioni effettuate, mentre nella modalità ex post i dati inerenti i tempi di attesa sono rilevati considerando il tempo intercorso tra la data di prenotazione e quella di effettuazione della prestazione. Il sistema prevede di garantire, agli assistiti,

quattro codici di priorità per 43 prestazioni critiche, ovvero: Urgenti, Brevi, Differite, Programmate. Per quanto concerne la modalità di analisi ex ante, l'obiettivo è stato pienamente raggiunto dal 48% delle Unità Operative mentre per quanto concerne la modalità ex post, l'obiettivo è stato raggiunto dal 57% delle Unità Operative.

ALTRI OBIETTIVI DI PERFORMANCE

La Direzione Aziendale, nella fase di contrattazione degli obiettivi di budget con le Unità Operative, ha attribuito alle stesse altri obiettivi afferenti alle 3 aree strategiche (Area 1 Governo Clinico, Area 2 Governo Economico, Area 3 Governo dei processi) del Piano della Performance e che sono di seguito descritti insieme con i risultati ottenuti.

Obiettivi assegnati alla Direzione Medica di presidio:

o Monitoraggio degli Eventi Sentinella: implementazione del flusso SIMES

Nel corso dell'anno 2017, è stato effettuato il monitoraggio degli eventi sentinella, inviati al Ministero della Salute con il flusso SIMES.

o Direttiva PAA 2016 -2017 Area d'intervento 2 _ Qualità governo clinico e sicurezza dei pazienti – Progetti Formativi su rischio clinico: Programmazione ed effettuazione di 3 progetti formativi su rischio clinico

Nel corso dell'anno 2017 sono stati organizzati i seguenti progetti formativi: “Facilitatori aziendali per la gestione del rischio clinico”, “Gestione degli eventi sentinella”, “Prevenzione degli errori in terapia”, ciascuno dei quali ripetuto in più edizioni.

Obiettivi assegnati al settore Economico Finanziario e Patrimoniale:

o Pareggio di bilancio: Verifica puntuale dello stato passivo dell'Azienda e verifica dei budget

Il Settore ha effettuato verifiche sulla sussistenza di debiti; la gestione dei budget è stata costantemente monitorata.

o Liquidazione fatture nei termini di legge: Liquidazione fatture entro 60 giorni

Il Settore ha effettuato tutte le attività propedeutiche alla liquidazione.

Obiettivi assegnati al settore Provveditorato:

o Liquidazione fatture nei termini di legge: Predisposizione atti di liquidazione entro 30 giorni dalla ricezione delle fatture

Il Settore ha provveduto alla predisposizione degli atti di liquidazione entro i 30 giorni previsti

o Programma approvvigionamenti: Predisposizione dei piani degli acquisti e delle scadenze

Il Settore ha predisposto il Piano con delibera nr. 193 del 31/01/2017

Obiettivi assegnati al settore Tecnico:

o Adeguamento delle strutture: Esecuzione lavori di ristrutturazione e manutenzione plessi ospedalieri

Nel corso dell'anno 2017 sono state esperite procedure di gara ad evidenza pubblica per l'affidamento e la realizzazione di interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria di natura edilizia/impiantistica e di forniture.

o Liquidazione fatture nei termini di legge: Lista di liquidazione fatture entro 40 giorni

Il Settore ha adempiuto nei tempi previsti.

Obiettivo assegnato al Settore Risorse umane:

o Atti conseguenti l'approvazione della Dotazione organica: Reclutamento del personale. Piano annuale delle assunzioni

Il Settore ha adottato il programma triennale del fabbisogno del personale. Sono state avviate le procedure di reclutamento di personale a tempo indeterminato e di stabilizzazione. Sono state espletate procedure di incarico di direzione di struttura complessa.

Obiettivi assegnati al settore Affari Legali e contenzioso:

o Gestione unitaria di sinistri in scopertura e sinistri assicurati: Riunioni periodiche CAVS (almeno una al mese) e riscontro sinistri assicurati nei termini

Il Servizio Legale e contenzioso ha effettuato almeno una seduta al mese e compiuti gli adempimenti per ciascun sinistro.

o Liquidazione transazioni e condannatori: Smaltimento arretrato e riduzione tempi di pagamento

Il Servizio Legale e contenzioso ha valutato l'arretrato da luglio 2014 a dicembre 2016; ha provveduto a liquidare in tempo reale rispetto alle sedute del CAVS gli importi di sinistri e gli eventuali condannatori.

o Atti di costituzione in giudizio: Predisposizione delibera di conferimento

incarico di difesa entro 30 gg dalla notifica dell'atto introduttivo

La delibera di conferimento dell'incarico è stata predisposta nei tempi previsti.

Obiettivi assegnati alla Farmacia:

o Controllo del carico delle bolle relative agli acquisti effettuati: monitoraggio dello stato degli ordini legato agli acquisti

Il Servizio di Farmacia ha attivato una procedura di controllo al fine di verificare costantemente il livello degli ordini di fornitura emessi ed il rispettivo carico delle bolle di accompagnamento, valorizzando gli importi ordinati, arrivati e residui. Il personale, inoltre, è stato impegnato nel recupero delle bolle attraverso contatti con le ditte fornitrici e con il personale dei vari reparti.

o Razionalizzazione delle scorte di reparto: Verifiche tramite ispezioni di reparto

Il Servizio di Farmacia ha effettuato ispezioni di reparto al fine di verificare la corretta conservazione, le scadenze, la congruità qualitativa e quantitativa rispetto all'attività di ciascuna U.O.

Obiettivi assegnati a diverse Unità Operative Sanitarie:

o Aumento dell'appropriatezza dei ricoveri ordinari: Incremento o mantenimento, rispetto al precedente anno, del numero di ricoveri in regime ordinario con esclusione di quelli inappropriati.

A tutte le Unità Operative con attività di ricovero ordinario è stato assegnato l'obiettivo di incremento o mantenimento del peso medio dei DRG per ricoveri ordinari. L'incremento si è registrato in oltre il 54% dei casi e negli altri, comunque, il peso medio è lievemente diminuito.

o Appropriatezza cartella clinica: Corretta e completa compilazione della cartella clinica e delle relative schede per la gestione della sicurezza del paziente durante il percorso assistenziale in ottemperanza a quanto previsto dal D.A. 7/04/2014 e successive modifiche e integrazioni

Le analisi condotte hanno mostrato una appropriatezza compresa tra il 70% ed il 100%.

o Raggiungimento di standard di qualità

Con riferimento agli obiettivi del Piano nazionale Esiti, alle Unità Operative di Cardiologia, Chirurgia generale, Chirurgia Toracica, chirurgia vascolare, Ginecologia e Ostetricia, Neurologia,

Neurochirurgia, Ortopedia, Senologia, UTIR, è stato assegnato l'obiettivo del monitoraggio delle condizioni dei pazienti, trattati per la patologia oggetto del relativo esito, per non meno di 30 giorni dal momento della dimissione. Il monitoraggio è stato effettuato in tutte le Unità Operative.

o Riduzione dei tempi di attesa critici per l'espletamento delle prestazioni e la consegna dei referti alle U.O. dell'Azienda

L'obiettivo prevedeva il miglioramento della capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali di diagnostica strumentale sia in termini di tempi di attesa per l'espletamento delle stesse che in termini di tempi di refertazione.

Le Unità Operative di Diagnostica per immagini e Neuroradiologia, alle quali è stato assegnato l'obiettivo di riduzione dei tempi di attesa per l'espletamento delle prestazioni per pazienti ricoverati, hanno operato raggiungendo i rispettivi target temporali indicati. L'Unità Operativa di Anatomia patologica, ha contenuto i tempi di attesa per la consegna dei referti nei tempi posti come obiettivo. L'Unità Operativa di Radioterapia aveva come obiettivo quello di contenere a meno di 7 giorni il tempo medio intercorrente tra la visita iniziale e l'inizio del trattamento per quanto riguarda il paziente metastatico con metastasi ossee ed encefaliche ed ha raggiunto l'obiettivo.

o Miglioramento dell'utilizzo di DH e Day Service in regime di appropriatezza e Abbattimento del numero di ricoveri ad elevato rischio di inappropriatezza

L'Azienda, in continuità con quanto già iniziato nel corso degli anni precedenti, ha attuato delle azioni al fine di migliorare l'appropriatezza dei ricoveri. In particolare è stato assegnato a diverse Unità Operative l'obiettivo di incrementare l'attività in Day Service e di ridurre quella in regime diurno. I risultati ottenuti hanno evidenziato l'orientamento delle attività verso l'utilizzo dei richiesti e più appropriati setting assistenziali. I livelli di inappropriatezza, con riferimento al D.A. 31/12/2013, allegato A, hanno oramai raggiunto livelli trascurabili.

o Dimissioni facilitate per i pazienti residenti a Catania e provincia con diagnosi di dimissione di scompenso cardiaco: inoltre delle richieste di dimissione facilitate attraverso apposito software in collegamento con l'ASP

L'obiettivo è stato raggiunto da tutte le Unità Operative a cui è stato assegnato ovvero MCAU e Medicina.

Obiettivi assegnati a Anatomia patologica:

- o **Organizzazione delle attività: Attivazione non conformità (cronoprogramma e piano qualità)**

L'attività è stata espletata

- o **Miglioramento della qualità dell'attività: Attivazione certificazione del laboratorio (fino al 60%)**

La certificazione è stata conseguita

Obiettivi assegnati alla Centrale Operativa 118:

- o **Elaborazione di iniziative formative: Realizzazione di corsi di formazione BLSD**

L'Unità Operativa ha realizzato nr. 3 corsi BLSD.

- o **Elaborazione di iniziative formative: Realizzazione di corsi di formazione per le maxi emergenze**

L'Unità Operativa ha realizzato nr. 3 corsi BLSD.

- o **Attuazione del Modulo Sanitario Regionale**

Il Modulo è stato attuato.

Obiettivi assegnati a Medicina nucleare e PET:

- o **Miglioramento delle attività: Sintesi nuovo radiofarmaco: fluorocolina e fluorosirosina**

L'attività è stata espletata.

- o **Mantenimento, rispetto all'anno 2016, del nr. di prestazioni P.E.T. e di Medicina nucleare convenzionale per pazienti esterni: 8.500 prestazioni**

L'U.O. ha reso 11.366 prestazioni per pazienti esterni

- o **Mantenimento, rispetto all'anno 2016, delle prestazioni di Medicina nucleare convenzionale rese per pazienti ricoverati AOEC: 900 prestazioni**

L'U.O. ha reso 991 prestazioni per pazienti ricoverati all'interno dell'Azienda.

Obiettivi assegnati alla Medicina trasfusionale:

- o **Mantenimento del peso delle sacche conferite all'industria rispetto all'anno**

2016: 1.766 litri

L'Unità Operativa ha conferito all'industria un totale di 1.889 litri.

o Realizzazione di azioni previste dal Piano Attuativo: Rinnovo autorizzazione accreditamento della struttura trasfusionale

L'autorizzazione e l'accreditamento sono stati rinnovati (si veda a tal proposito la G.U.R.S. del 26/5/2017)

o Mantenimento nell'assegnazione/distribuzione di emazie ad altre Aziende e case di cura convenzionate rispetto all'anno 2016: nr. emazie distribuite: 1.077

Nel corso dell'anno 2017, l'Unità Operativa ha distribuito ad altre Aziende un numero di emazie pari a 1.531.

Obiettivi assegnati alla Neuroradiologia:

o Mantenimento, rispetto all'anno 2016, del numero di prestazioni di Neuroradiologia interventistica: 6.800 prestazioni

Nel corso dell'anno 2017, l'Unità Operativa ha effettuato 7.397 prestazioni di neuroradiologia interventistica.

o Mantenimento della patologia vascolare malformativa encefalica e facciale: 13 trattamenti

L'Unità Operativa ha effettuato 13 trattamenti della tipologia richiesta.

Obiettivo assegnato alla Radioterapia:

o Mantenimento del numero di prestazioni con tecniche speciali radioterapiche: 4.000 prestazioni

L'Unità Operativa ha pienamente raggiunto l'obiettivo in quanto il numero di prestazioni con tecniche speciali radioterapiche è stato pari a 12.310.

I risultati – La performance individuale

Al fine di procedere alla valutazione delle performance individuali per l'anno 2017, è stato utilizzato il modello di scheda già in uso per la valutazione relativa agli anni precedenti.

Anche per l'anno 2017 il processo di valutazione ha previsto che i Responsabili di Strutture complesse (Valutatori di prima istanza) valutassero il personale afferente alla Struttura da loro diretta attraverso una procedura da svolgere in contraddittorio con il valutato che si conclude con la firma della scheda da parte di entrambi. E' prevista la possibilità da parte del valutato di non concordare con la valutazione ricevuta e ciò può comportare, qualora il punteggio complessivo sia inferiore al 90% del punteggio massimo teorico e il valutato ne faccia esplicita richiesta, l'avvio della procedura di conciliazione .

Il processo di valutazione individuale si è concluso nei primi mesi dell'anno 2018.

I risultati di tale valutazione sono utilizzati ai fini del calcolo della corresponsione del Fondo di risultato della dirigenza e della Produttività collettiva per il comparto per l'anno 2017

Per ciò che concerne i risultati della valutazione del personale del comparto, sono state valutate 1.179 schede individuali. L'esame dei punteggi ha evidenziato che il 92,54% degli stessi appartiene alla fascia compresa tra 23 e 25, il 3,4% ha un punteggio compreso tra 16 e 22 e il restante 4,33% ha un punteggio inferiore o uguale a 13 o non è valutabile a causa di assenze a vario titolo; due dipendenti hanno chiesto l'attivazione della procedura di conciliazione.

Per quanto riguarda la dirigenza, sono state presentate 478 schede di valutazione individuale. Il 94,35% ha raggiunto un punteggio compreso tra 18 e 20, il 5,65% presenta un punteggio compreso tra 10 e 17 o non è valutabile a causa di assenze a vario titolo. In due casi è stata chiesta l'attivazione della procedura di conciliazione.

La capacità di differenziare le valutazioni dei propri collaboratori da parte dei valutatori di prima istanza in alcuni casi è stata variabile anche se generalmente appiattita verso il massimo.

Per ciò che concerne i Responsabili di Struttura Complessa, la valutazione è legata alla performance organizzativa della Struttura stessa e non sono previste ulteriori schede di valutazione individuale.

I risultati ottenuti mostrano una performance organizzativa con risultati variabili tra il 75% e il 100%, con un risultato inferiore al 90% per dieci delle 42 strutture valutate.

Le tabelle che seguono, riportano i dati sintetici connessi alla valutazione individuale:

Tabella 1: “Categorie di personale oggetto della valutazione individuale”

	Personale valutato (valore assoluto)	Periodo conclusione valutazioni		quota di personale con comunicazione della valutazione tramite colloquio con valutatore (indicare con "X" una delle tre opzioni)		
		mese e anno (mm/aaaa)	valutazione ancora in corso (SI/NO)	50% - 100%	1% - 49%	0%
Dirigenti di I fascia e assimilabili	478	02/2018	NO	X		
Dirigenti di II fascia e assimilabili						
Non dirigenti	1.179	02/2018	NO	X		

Tabella 2: “Distribuzione del personale per classi di punteggio finale”

	personale per classe di punteggio (valore assoluto)		
	100% - 90%	89% - 60%	inferiore al 60%
Dirigenti di I fascia e assimilabili	451	37	3
Dirigenti di II fascia e assimilabili			
Non dirigenti	1.091	33	35

Tabella 3: “Collegamento alla performance individuale dei criteri di distribuzione della retribuzione di risultato/premi inseriti nel contratto integrativo”

	SI (indicare con "X")	NO (indicare con "X")	se SI indicare i criteri	se NO motivazioni	data di sottoscrizione (gg/mm/aaaa)
Dirigenti e assimilabili	X		Criteri pubblicati sul sito WEB aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente" --> "Performance" --> "Ammontare complessivo dei premi" --> "Accordo dirigenza" e "Accordo comparto"		19/04/2013
Non dirigenti	X				

Tabella 4: “Obblighi dirigenziali”

I sistemi di misurazione e valutazione sono stati aggiornati, con il richiamo alle previsioni legislative degli obblighi dirigenziali contenute anche nei recenti provvedimenti legislativi e, in primo luogo, nella legge per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione?	
SI (indicare con "X")	NO (indicare con "X")
X	

Il processo di redazione della Relazione sulla performance

La presente Relazione costituisce il documento conclusivo del ciclo di gestione della performance che, per l'Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro, relativamente all'anno 2017, è stato segnato dalle fasi di seguito descritte.

- Redazione del Piano della Performance 2017-2019
- Implementazione del processo di budget con assegnazione degli obiettivi alle Strutture complesse dell'Azienda
- Valutazione delle performances organizzative ed individuali

Tali fasi sono state seguite dalle competenti strutture dell'Azienda quali la Struttura Tecnica Permanente, gli Uffici di Staff della Direzione Generale, la Direzione Sanitaria, l'Ufficio Controllo di Gestione, il Centro Elaborazione Dati. Nonostante l'Azienda sia vincolata nello svolgimento di alcune delle azioni precedentemente indicate dai tempi dettati dalla negoziazione di obiettivi e risorse regionali, il processo di valutazione si è comunque concluso nei tempi previsti con la presente Relazione così come indicato nell'apposita Sezione del piano della Performance che contiene il cronoprogramma delle attività da svolgere per il compimento del ciclo di gestione della performance.

La tabella che segue riassume le informazioni legate ai cosiddetti “*Documenti del ciclo*” di gestione della performance:

Documento	Data di approvazione	Data ultimo aggiornamento	Link documento
Sistema di misurazione e valutazione della performance	deliberazione n. 3473/CS del 11/12/2013	deliberazione n. 350 del 01/02/2018	http://www.aocannizzaro.it/amministrazione-trasparente/performance/doc-sistema-di-misurazione-e-valutazione/regolamento-performance-2018.pdf
Piano della performance 2017-2019	deliberazione n. 174 del 30/01/2017		http://www.aocannizzaro.it/amministrazione-trasparente/performance/doc-piano-della-performance/Piano%20della%20performance%202017-2019.pdf
Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2017-2019	deliberazione n. 176 del 30/01/2017		http://www.aocannizzaro.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/allegati/Piano%20Anticorruzione%202017-2019.pdf