



**AZIENDA OSPEDALIERA PER L'EMERGENZA
CANNIZZARO DI CATANIA**

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2018

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

ADOTTATA CON DELIBERAZIONE N.1571 DEL 12/06/2019

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>9</i>
<i>I risultati – La performance organizzativa</i>	<i>11</i>
<i>I risultati – La performance individuale.....</i>	<i>25</i>
<i>Risorse, efficienza ed economicità.....</i>	<i>28</i>
<i>Pari opportunità e bilancio di genere.....</i>	<i>29</i>
<i>Il processo di redazione della Relazione sulla performance</i>	<i>31</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 redige la presente “*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, nel rispetto delle “Linee guida per la Relazione annuale sulla *performance*” - n. 3 del novembre 2018 - del Dipartimento della Funzione Pubblica.

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 2018-2020* dell'Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro di Catania è stato adottato con deliberazione n. 304 del 31/01/2018 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.

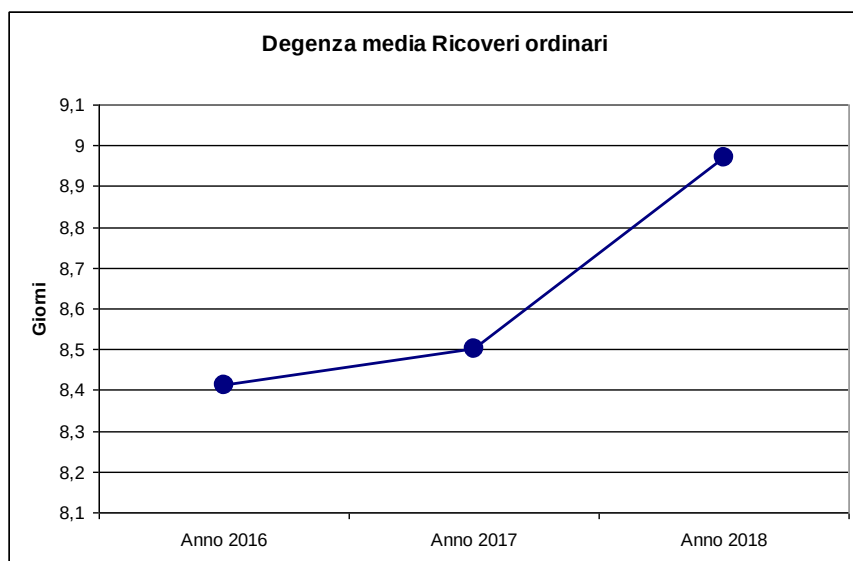
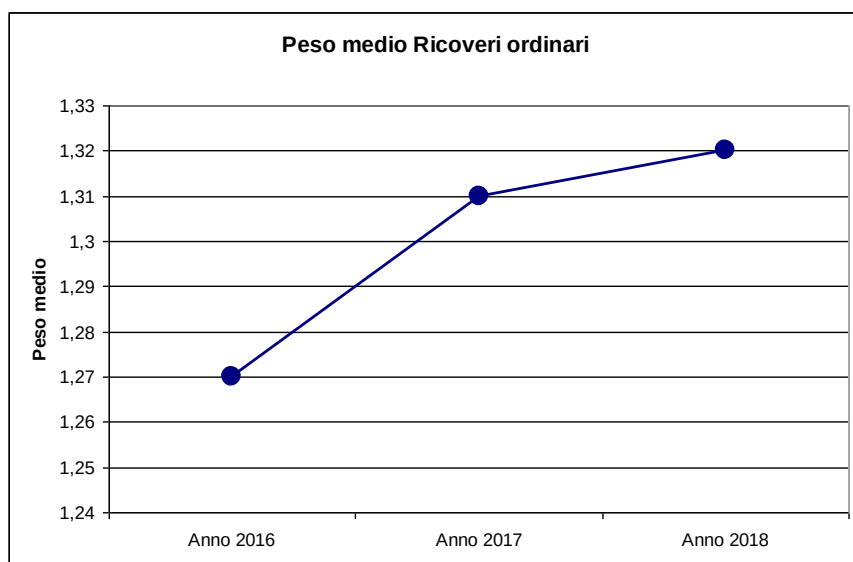
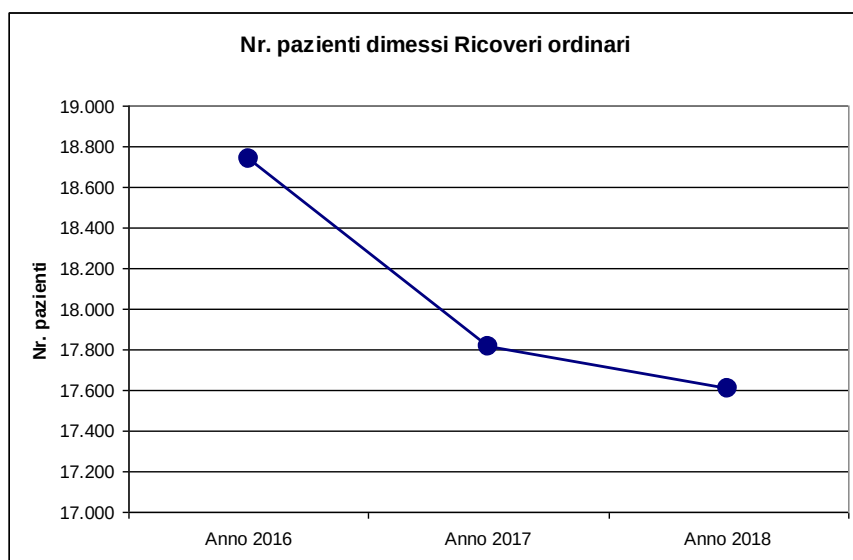
Le informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni

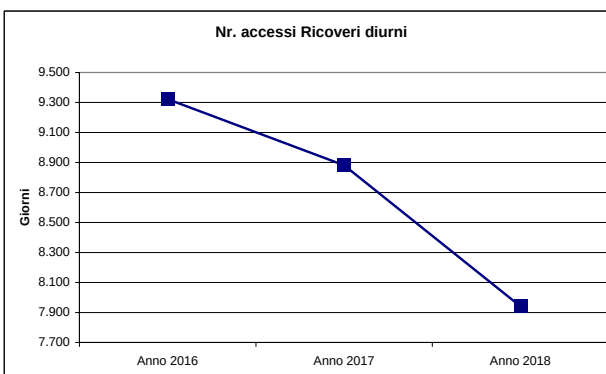
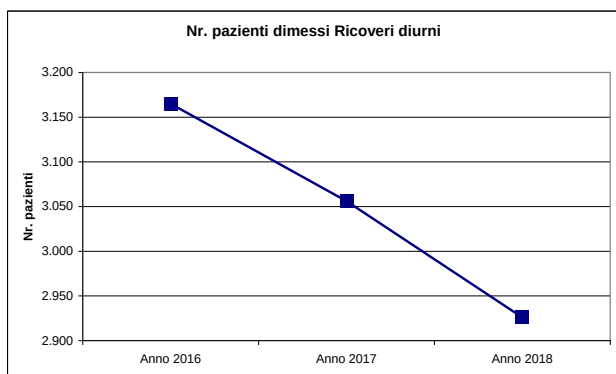
Il già citato *Piano della performance 2018-2020* dell'Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro di Catania contiene all'interno della Sezione 2 la descrizione dell'Azienda in termini di competenze presenti, delle attività che in essa si svolgono, della tipologia di prestazioni erogate, delle modalità di sviluppo dell'azione aziendale nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione regionale e dai rapporti di collaborazione instaurati con le altre aziende sanitarie.

La Sezione 3 dello stesso Piano presenta, inoltre, i principali dati numerici dell'Azienda, indicando le principali "cifre" dell'Amministrazione e descrivendo il mandato istituzionale e la mission dell'Azienda.

Lo stesso documento, all'interno della Sezione 4, analizza il contesto esterno e quello interno in cui opera l'Azienda; descrive le risorse strumentali, economiche ed umane di cui dispone l'Azienda e che ne permettono l'azione. Inoltre, all'interno della sezione denominata "Analisi S.W.O.T.", sono individuati 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.

Con riferimento alla natura delle attività erogate dall'Azienda, si rappresentano di seguito i principali risultati raggiunti nel corso dell'ultimo triennio.



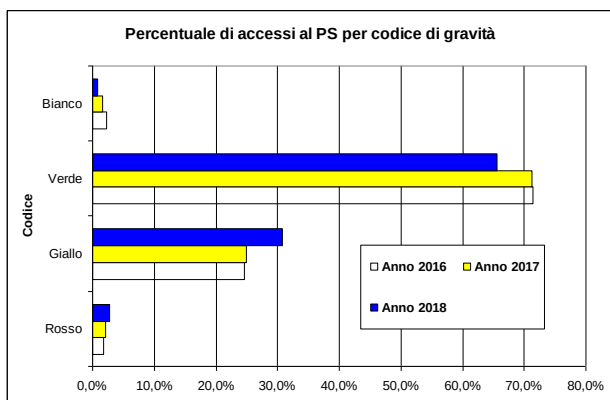
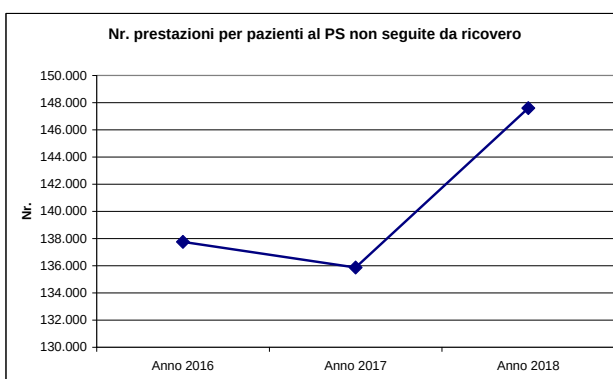
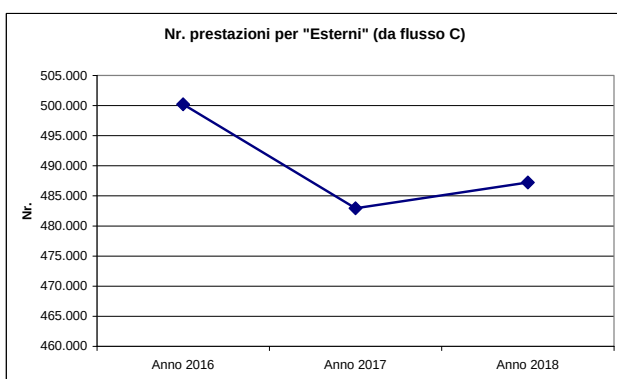
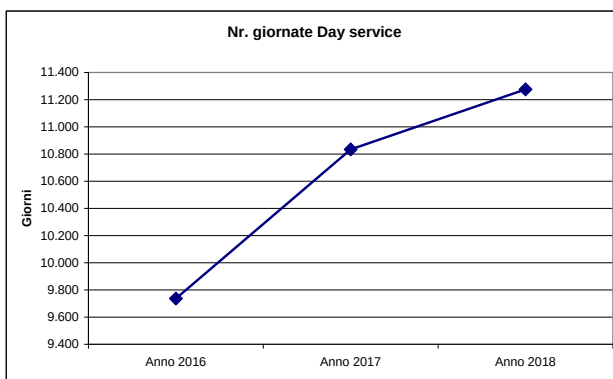
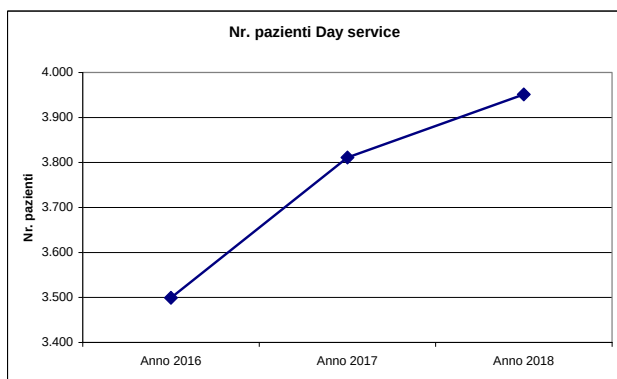


Di seguito si riporta la distribuzione dei ricoveri, ordinari e diurni, secondo la residenza dei pazienti:

Ricoveri ordinari		Anno		
		2016	2017	2018
Sicilia	Catania	78,27%	77,63%	77,22%
	di cui città	25,91%	25,00%	24,43%
	di cui provincia	52,36%	52,63%	52,79%
	Agrigento	1,19%	1,03%	1,35%
	Caltanissetta	2,58%	2,52%	2,87%
	Enna	3,33%	3,23%	3,34%
	Messina	2,74%	2,70%	2,47%
	Palermo	0,32%	0,30%	0,33%
	Ragusa	2,87%	2,99%	3,04%
	Siracusa	6,42%	6,16%	6,48%
	Trapani	0,10%	0,13%	0,15%
	Totale Sicilia	97,82%	96,69%	97,25%
	Altre provincie italiane	1,00%	1,26%	1,25%
	Esteri	1,17%	1,01%	0,62%
	Totale	100,00%	100,00%	100,00%

Ricoveri diurni		Anno		
		2016	2017	2018
Sicilia	Catania	73,72%	75,14%	73,92%
	di cui città	23,61%	24,96%	25,70%
	di cui provincia	50,11%	50,18%	48,22%
	Agrigento	1,63%	1,66%	1,71%
	Caltanissetta	3,99%	4,34%	4,61%
	Enna	4,14%	3,95%	3,86%
	Messina	3,04%	2,23%	3,69%
	Palermo	0,37%	0,29%	0,58%
	Ragusa	2,64%	3,86%	3,08%
	Siracusa	8,87%	7,33%	7,55%
	Trapani	0,03%	0,00%	0,03%
	Totale Sicilia	98,43%	98,79%	99,04%
	Altre provincie italiane	0,89%	0,64%	0,75%
	Esteri	0,68%	0,57%	0,21%
	Totale	100,00%	100,00%	100,00%

Il bacino di utenza che si rivolge alle cure dell'Azienda risiede prevalentemente a Catania e nella sua provincia. Ciononostante, la distribuzione dei ricoveri per residenza all'interno delle diverse Unità operative mostra l'attrattività di alcune di esse. Con particolare riferimento all'anno 2018 e all'attività di ricovero ordinario, le Unità Operative con indice di attrazione extraprovinciale più elevato sono state la Chirurgia toracica (48% dei pazienti dimessi, soprattutto dalla provincia di Siracusa), l'Unità Spinale Unipolare (41% dei pazienti dimessi, soprattutto dalla provincia di Ragusa), la Neurochirurgia (38% dei pazienti dimessi, soprattutto dalla provincia di Ragusa), il Centro Grandi Ustionati (33% dei pazienti dimessi, soprattutto dalla provincia di Siracusa), e l'Otorino (32% dei pazienti dimessi, soprattutto dalla provincia di Caltanissetta)



Le tabelle e i grafici esposti mostrano un andamento che si adegua a quanto richiesto dalle normative vigenti in merito all'erogazione di prestazioni in regimi meno "impegnativi" rispetto ai ricoveri ordinari e diurni ovvero il ricorso al day service e alle prestazioni ambulatoriali. Anche il ricorso alle cure del Pronto soccorso mostra, seppur lentamente, una propensione a servirsene sempre di più solo nei casi effettivamente necessari.

Gli obiettivi del piano della performance

Il già citato *Piano della Performance 2018-2020*, nelle sue diverse sezioni, mostra la costruzione dell'albero della performance ovvero della struttura degli obiettivi aziendali.

In particolare, con riferimento alle direttive assessoriali 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 2018-2020 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 2018, 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:

- **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 93,71%, in netto miglioramento rispetto all'anno precedente. Inoltre, alla U.O. M.C.A.U., 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 pienamente raggiunto.

- **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%. Con riferimento all'anno 2018, l'obiettivo è stato stralciato in quanto l'Azienda non è in grado di calcolarlo con gli stessi criteri con cui viene calcolato da AGENAS.

- **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% al di sotto del quale l'obiettivo era da ritenersi non raggiunto ed un valore pari al 91% al di sopra del quale l'obiettivo è pienamente raggiunto. Il valore riscontrato all'interno dall'Unità Operativa di Cardiologia è stato pari a 91,06%.

- **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'82,35%.

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

- **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 2018, l'obiettivo assegnato alle Unità Operative ha riguardato il rispetto del decreto Assessoriale 31/12/2013 all. A. A consuntivo dell'anno 2018, 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. L'indice di appropriatezza dei ricoveri delle strutture è stato sempre superiore al 90%.

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

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 all'8%.

A 15 Unità Operative è stato assegnato l'obiettivo di incremento o mantenimento, rispetto al precedente anno, del peso medio dei DRG relativi ai ricoveri ordinari e tale obiettivo è stato pienamente raggiunto da 11 di esse. Nei restanti casi lo stesso è risultato lievemente più basso.

A 5 Unità Operative è stato assegnato l'obiettivo di incremento, rispetto all'anno 2017, del numero di pazienti dimessi in regime ordinario ed è stato pienamente raggiunto solo dalla Chirurgia Toracica e dalla Neurochirurgia.

A 12 Unità Operative è stato assegnato l'obiettivo di Mantenimento dell'attività in Day service rispetto all'anno 2017 e solo in due casi tale valore è diminuito (Nefrologia e Pediatria).

- **Obiettivo operativo 1.2.3: 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.

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 quattro obiettivi operativi individuati sono:

- **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). Gli interventi in capo al Settore sono stati tutti avviati e rendicontati.

- **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 2018. Le Unità Operative interessate sono state il Settore Economico Finanziario e Patrimoniale, il Settore Tecnico e il Settore Provveditorato.

- **Obiettivo operativo 2.1.3: 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, alle disposizioni assessoriali e aziendali. Ha inoltre utilizzato il regolamento aziendale per gli acquisti in economia.

Per quanto riguarda le attività del Settore Gestione risorse umane, nel corso dell'anno 2018, il reclutamento e la stabilizzazione di personale a tempo indeterminato hanno comportato una riduzione della spesa del personale a tempo determinato. Inoltre, con riferimento al rispetto del tetto di spesa annuale determinato ai sensi della L. 135/12, il costo del personale è stato sempre inferiore ai limiti imposti.

- **Obiettivo operativo 2.1.4: Disposizioni connesse alla libera professione intramuraria**

Il Settore Economico Finanziario e Patrimoniale ha provveduto alla predisposizione del bilancio di previsione 2018 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:

- **Obiettivo operativo 3.1.1: Redazione e approvazione del Piano Attuativo Aziendale (PAA)**
- **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 tutte e tre le reti sopra menzionate, gli obiettivi sono stati ampiamente raggiunti già nel corso dell'anno 2017 e nel corso dell'anno 2018 tali reti hanno consentito di migliorare la relativa risposta sanitaria, rendendola più adeguata alle esigenze dell'utenza.

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

- **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, è stato implementato il collegamento informatico con l’ASP di Catania, completo delle credenziali di accesso al sistema di gestione delle prenotazioni di primo livello, sono stati effettuati incontri on-site di formazione/aggiornamento degli operatori del CUP aziendale, coordinati dal personale della Ditta che produce il software di gestione, vi è stata una partecipazione ai tavoli tecnici con i referenti aziendali delle branche specialistiche coinvolte nelle attività di screening.

L’Azienda Cannizzaro ha dato ampia disponibilità per l’effettuazione degli esami di approfondimento richiesti dai Centri di primo livello dell’Asp di Catania e tutte le prestazioni richieste dall’ASP alla nostra Azienda Ospedaliera sono state puntualmente effettuate.

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

Per quanto riguarda la percentuale di neonati dimessi direttamente dalla Terapia Intensiva Neonatale sul numero totale dei pazienti ricoverati nella TIN al 31/12/2018 al netto dei deceduti, la stessa risulta in linea con quanto prescritto da Agenas.

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

Nel periodo Gennaio – Dicembre 2018 si rileva quanto segue:

- il numero di accertamenti di morte con metodo neurologico sono stati 8 sui 22 di decessi per grave neurolesione registrati in Azienda e quindi con una percentuale inferiore a quella richiesta dall’assessorato (obiettivo assegnato alla Terapia intensiva con trauma center);
- per nessun soggetto deceduto è stato completato il processo di accertamento di morte con metodo neurologico e con modulo di non opposizione firmato dagli aventi titolo.

- **Obiettivo operativo 3.2.4: Prescrizioni in forma dematerializzata**

L’obiettivo di mantenimento o incremento delle prescrizioni tramite ricetta de materializzata è stato assegnato a tutte le Unità Operative ed è stato raggiunto nel 44% dei casi

- **Obiettivo operativo 3.2.5: Adempimenti connessi all’area della trasparenza e**

dell'anticorruzione

Con riferimento all'aggiornamento costante del portale della trasparenza, ovvero alla trasmissione al Responsabile Anticorruzione e Trasparenza, della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi da parte del Direttore di Struttura Complessa e del Responsabile di Struttura Semplice (ove presente) e alla Trasmissione al Responsabile Anticorruzione e Trasparenza, dei curricula aggiornati, in formato europeo, del personale dirigente e dei coordinatori infermieristici l'obiettivo è stato da tutti pienamente raggiunto.

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

- **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 (Farmacia, 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 2018 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.

Tale obiettivo è stato stralciato dalle schede di budget in quanto non è stato possibile desumere il dato dal nuovo software di caricamento SDO utilizzato in Azienda.

Tra gli obiettivi assegnati nell'anno 2018 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, tranne che nel caso della Neuroradiologia.

La Direzione Medica di Presidio ha trasmesso nei tempi previsti i flussi A e SDAO.

Il Settore Economico finanziario e Patrimoniale ha trasmesso i modelli CE ed SP ed i flussi relativi al Bilancio nel rispetto delle scadenze previste.

Il Settore Provveditorato ha trasmesso il flusso Beni e Servizi nel rispetto delle scadenze previste.

Il Settore Risorse umane ha trasmesso il flusso Personale nel rispetto delle scadenze previste.

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

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

Sono stati assegnati alle UU.OO. i due obiettivi di seguito descritti: 1) Percentuale di prestazioni effettuate entro i tempi previsti dai relativi codici di priorità almeno nel 95 % delle prestazioni effettuate in merito ai codici U, B e D e 2) Tempo medio dei tempi di attesa per i codici con priorità U inferiore alle 24 ore.

Con riferimento al primo obiettivo, il risultato è stato raggiunto da 18 Unità Operative su 21 e comunque nelle 3 Unità Operative che non lo hanno raggiunto la percentuale di prestazioni effettuate nei tempi previsti secondo i codici di priorità è stata tra l'81% e il 93%.

Con riferimento al secondo obiettivo, il risultato è stato pienamente raggiunto da 15 Unità Operative su 21 e, a parte il caso di una Unità Operativa che ha effettuato le prestazioni nei tempi richiesti solo nel 33% dei casi, negli altri casi la percentuale è stata superiore al 90%.

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.

Direzione Medica di presidio:

- **Monitoraggio degli Eventi Sentinella: trasmissione mediante flusso SIMES**

Nel corso dell'anno 2018, è stato effettuato il monitoraggio degli eventi sentinella, inviati al Ministero della Salute con il flusso SIMES.

Settore Economico Finanziario e Patrimoniale:

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

Il Settore ha effettuato verifiche tra i crediti vantati dalle ditte e i partitari contabili. In relazione ai budget, ha definito le assegnazioni trimestralmente per conto e macro aggregati.

- **Liquidazione fatture nei termini di legge: Liquidazione fatture entro 60 giorni**

Il Settore ha effettuato tutte le attività propedeutiche alla liquidazione.

- **Riduzione contenzioso pagamento fatture pregresse: Contrattazione con ditte fornitrici per transazioni a saldo e stralcio ai fini della riduzione del contenzioso per pagamenti riferibili ad anni pregressi**

Il Settore ha effettuato attività che hanno consentito la rinuncia/riduzione degli interessi di mora già fatturati o da fatturare dalle ditte fornitrici.

Settore Provveditorato:

- **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 nel rispetto dei termini di legge.

- **Programma approvvigionamenti: Predisposizione dei piani degli acquisti e delle scadenze**

Il Settore ha predisposto il piano degli approvvigionamenti aziendali suddiviso per categorie

Settore Tecnico:

- **Verifica costante della manutenzione strutturale di edifici ed impianti: Relazione stato degli interventi effettuati su strutture ed impianti**

Nel corso dell'anno sono stati prodotti report trimestrali di riepilogo delle manutenzioni effettuate per la manutenzione e conduzione degli impianti tecnologici. Le manutenzioni edili sono state effettuate secondo le richieste delle UU.OO..

- **Liquidazione fatture nei termini di legge: Redazione atti entro 40 giorni a completamento dei correlati atti propedeutici**

Il Settore ha adempiuto nei tempi previsti.

Settore Risorse umane:

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

Il Settore ha provveduto ad effettuare le procedure di reclutamento di personale a tempo indeterminato, di stabilizzazione e di mobilità. E' stata inoltre espletata una procedura di incarico di direzione di struttura complessa.

Affari Legali:

- **Modifiche ed integrazioni al regolamento gestione sinistri e CAVS: Adeguamento alla legge Gelli limitatamente alle attuali disposizioni attuative.**

Il Servizio legale ha provveduto all'adeguamento con un nuovo regolamento che è stato approvato con delibera 3740 del 24/10/2018.

- **Attività propedeutiche alle modifiche ed integrazioni del regolamento albo interno avvocati e per l'affidamento incarichi legali esterni: Adeguamento all'art. 15 d.lgs. n. 33/2013 e direttive ANAC per la pubblicazione dei dati relativi agli incarichi**

sul sito istituzionale alla sezione "Attività trasparente"

Il Servizio Legale ha espletato tutte le attività propedeutiche.

- **Attività di supporto alla Società PWC limitatamente agli aspetti legali sottoposti in relazione ad alcuni profili sulla privacy: Adeguamento alla normativa europea sulla tutela del trattamento dei dati personali (Regolamento UE 216/679 Parlamento Europeo 27,4,16 e Linee Guida Garante Privacy 28,4,16)**

Il Servizio legale ha fornito attività di assistenza e collaborazione ai fini dell'adeguamento al Regolamento UE.

Unità Operativa Complessa Farmacia:

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

L'Unità Operativa complessa di Farmacia ha costantemente effettuato una attività di controllo del livello degli ordini, del caricamento delle bolle e di valorizzazione degli importi.

- **Razionalizzazione delle scorte di reparto: Verifiche tramite ispezioni di reparto**

L'Unità Operativa complessa 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 Unità Operativa.

Unità Operative Complesse Sanitarie:

- **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% (un solo caso) ed il 100%.

- **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 mentre per quanto riguarda i tempi di refertazione dell'Unità Operativa di Diagnostica per immagini, gli stessi hanno subito un incremento rispetto all'anno precedente. 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.

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

L'obiettivo è stato raggiunto sia dall'Unità Operativa di Medicina generale che da quella di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza alle quali l'obiettivo è stato assegnato.

Unità Operativa Complessa Anatomia patologica:

- **Innovazione delle attività: Attivazione della gestione automatizzata del magazzino farmaceutico di reparto interfacciato in "real time" con l'attività di reparto e con il Servizio di Farmacia**

La gestione automatizzata del magazzino farmaceutico di reparto è stata attivata in collaborazione con l'Unità Operativa complessa di Farmacia.

Unità Operativa Complessa Centrale Operativa 118:

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

L'Unità Operativa ha realizzato nr. 5 edizioni di corsi BLSD aziendali e nr. 15 edizioni di corsi BLSD-PBLSD e Re-Training.

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

L'Unità Operativa ha realizzato nr. 2 edizioni di corsi Maxiemergenza aziendale e nr. 15 edizioni di corsi Maxiemergenza da altri enti ed istituzioni.

- **Mantenimento del Modulo Sanitario Regionale**

Il Modulo è operativo (come da turnazione medica fornita).

Unità Operativa Complessa Medicina nucleare e PET:

- **Mantenimento, rispetto all'anno 2017, del nr. di prestazioni P.E.T. e di Medicina nucleare convenzionale per pazienti esterni: 8.500 prestazioni**

L'U.O. ha reso 12.469 prestazioni per pazienti esterni al netto delle prestazioni MOC

- **Mantenimento, rispetto all'anno 2017, delle prestazioni di Medicina nucleare convenzionale rese per pazienti ricoverati AOEC: 900 prestazioni**

L'U.O. ha reso 1.071 prestazioni per pazienti ricoverati all'interno dell'Azienda.

- **Miglioramento dell'offerta di prestazioni: Avvio attività clinica densitometria ossea**

L'attività è stata avviata nel mese di Giugno 2018.

Unità Operativa Complessa Medicina trasfusionale:

- **Mantenimento del peso delle sacche conferite all'industria rispetto all'anno 2017: 1.889 litri**

L'Unità Operativa ha conferito all'industria un totale di 1.945 litri.

- **Garantire i flussi di scambio intraregionale delle emazie concentrate e dei concentrati piastrinici per l'anno 2018 verso l'A.O. Papardo ME (D.A. 22/01/18 pubblicato sulla GURS il 16/02/18): Nr. Emazie: 400 e Nr. Piastrine: 40**

L'Unità operativa ha garantito il flusso di scambio intraregionale verso l'A.O. Papardo di Messina con nr. 526 di emazie e nr. 74 di piastrine.

Unità Operativa Complessa Neuroradiologia:

- **Mantenimento, rispetto all'anno 2017, del numero di prestazioni di Neuroradiologia interventistica: 6.900 prestazioni**

Nel corso dell'anno 2018, l'Unità Operativa ha effettuato 6.235 prestazioni di Neuroradiologia interventistica.

- **Mantenimento della patologia vascolare malformativa encefalica e facciale: 13 trattamenti**

L'Unità Operativa ha effettuato 15 trattamenti della tipologia richiesta.

Unità Operativa Complessa Radioterapia:

- **Mantenimento del numero di prestazioni con tecniche speciali radioterapiche: 5.000 prestazioni**

L'Unità Operativa ha pienamente raggiunto l'obiettivo in quanto il numero di prestazioni con tecniche speciali radioterapiche è stato pari a 5.384.

Unità Operativa Complessa Terapia intensiva con trauma center:

- **Mantenimento dell'attività ambulatoriale preoperatoria**

L'attività ambulatoriale preoperatoria è diminuita, nell'anno 2018 rispetto all'anno 2017, del 3%, passando da 12.272 prestazioni a 11.831

- **Mantenimento dell'attività ambulatoriale OTI**

L'attività ambulatoriale di ossigenoterapia iperbarica è passata da 2.247 prestazioni dell'anno 2017 a 1.823 prestazioni dell'anno 2018.

I risultati – La performance individuale

Al fine di procedere alla valutazione delle performance individuali per l'anno 2018, è stato utilizzato il modello di scheda già in uso per la valutazione relativa agli anni precedenti.

Anche per l'anno 2018 il processo di valutazione ha previsto che i Responsabili di Unità Operative Complesse o di Unità operative Semplici a valenza dipartimentale (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. Qualora il valutato non concordasse con la valutazione ricevuta, il punteggio complessivo fosse inferiore al 90% del punteggio massimo teorico e il valutato ne facesse esplicita richiesta, è previsto l'avvio della procedura di conciliazione.

Il processo di valutazione individuale si è concluso nei primi mesi dell'anno 2019.

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 2018.

La Struttura Tecnica Permanente (STP) si occupa delle attività di distribuzione, raccolta e caricamento dei punteggi riportati sulle schede individuali. La stessa svolge un'attività di controllo nei casi di valutazione riportata come NV e predispone le tabelle riepilogative esaminate dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

Per ciò che concerne i risultati della valutazione del personale del comparto, sono state trasmesse alla STP 1.128 schede individuali. L'esame dei punteggi ha evidenziato che il 94,06% degli stessi appartiene alla fascia compresa tra 23 e 25, il 2,04% ha un punteggio compreso tra 16 e 22 e il restante 3,9% 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 e solo una delle due si è conclusa positivamente per il valutato.

Per quanto riguarda la dirigenza, le schede di valutazione individuale trasmesse alla STP sono state 445. Il 96,85% ha raggiunto un punteggio compreso tra 18 e 20, il 3,15% 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 ed entrambe le procedure si sono concluse positivamente per il valutato.

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 la valutazione è stata omogenea al livello 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 l'81% e il 100%, con un risultato inferiore al 90% per quattro delle 41 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	445	02/2019	NO	X		
Dirigenti di II fascia e assimilabili						
Non dirigenti	1.128	02/2019	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	431	8	-
Dirigenti di II fascia e assimilabili			
Non dirigenti	1.061	25	1

Nota: relativamente al personale Dirigente, 6 casi sono stati di schede con punteggio NV mentre relativamente al personale non Dirigente, i casi di schede NV sono stati 41.

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	

Risorse, efficienza ed economicità

Ad integrazione dei dati riportati sul Piano della Performance 2018-2020 alla sezione 4 in merito alla “salute finanziaria” dell’Azienda nonché a quanto rappresentato alla Sezione 3 in merito ai valori economici al quarto trimestre dell’anno 2017, si rappresenta quanto segue per il triennio 2016-2018 così come desunto dai consuntivi dei rispettivi anni:

	Consuntivo		
	Anno 2018	Anno 2017	Anno 2016
Valore della produzione (AZ9999)	199.958	199.501	200.661
Costi della produzione (BZ9999)	196.163	193.094	195.396
Differenza	3.795	6.407	5.265
Proventi e oneri finanziari (CZ9999)	-555	-669	-881
Proventi e oneri straordinari (EZ9999)	2.933	333	1.715
Imposte e tasse (YZ9999)	6.172	6.044	5.887
Risultato di esercizio (ZZ9999)	1	27	212

Il prospetto che segue mostra, sempre per il triennio 2018-2020, la valorizzazione economica dei flussi di attività (A, SDAO, C) nonché di erogazione farmaci (F, T). I valori esposti sono desunti dalla Tabella “A” trasmessi annualmente dall’Assessorato e riportante i valori da utilizzare per popolare i modelli consuntivi:

Flussi (valori in migliaia di euro)	Anno 2018	Anno 2017	Anno 2016
A	83.998	85.408	86.421
SDAO	2.540	2.799	2.593
C	17.389	16.414	16.118
F	15.518	16.384	14.196
T	4.731	4.327	3.031

Pari opportunità e bilancio di genere

L'allegato 2 del *Piano della Performance 2018-2020* presenta una tabella relativa all'analisi quali-quantitativa delle risorse umane, anche con riferimento al benessere organizzativo e ad una analisi di genere, che è di seguito riportata:

Analisi caratteri quali-quantitativi	
Indicatori	Valore
Età media del personale (anni)	51,17
Età media dei dirigenti (anni)	52,76
% di dipendenti in possesso di laurea	37,05%
% di dirigenti in possesso di laurea	100,00%

Benessere organizzativo	
Indicatori	Valore
Numero medio di giorni di ferie	33,32
Numero medio di giorni di assenza per malattia retribuita	11,72
Numero medio di giorni di formazione del personale dirigente	0,57

Analisi di genere	
Indicatori	Valore
% di dirigenti donne	35,09%
% di donne rispetto al totale del personale	49,84%
Età media del personale femminile dirigente	51,02
Età media del personale femminile non dirigente	50,44
% di personale donna laureato rispetto al totale personale femminile	28,44%

Il personale in totale è equamente diviso tra i due sessi mentre a livello dirigenziale permane ancora una maggiore presenza di personale maschile che diventa nettamente prevalente a livello apicale (solo il 23% delle posizioni apicali ovvero di incarichi di struttura semplice e/o complessa è occupato da donne).

Le donne con titolo di studio superiore (laurea, specializzazione post laurea/dottorato di ricerca) rispetto al totale delle donne (28,44%) sono altresì in misura inferiore rispetto all'analogo valore calcolato tra gli uomini che risulta essere pari al 45,4%.

Con riferimento alle giornate di assenza per la formazione, per il sesso maschile se ne rilevano 0,49 pro capite a fronte di un valore pari a 0,44 pro capite per il sesso femminile. Rispetto al totale dei giorni di assenza, quelle del personale maschile dedicato alla formazione rappresentano lo 0,74% del totale mentre quelle del personale femminile lo 0,59%.

La distribuzione per età del personale mostra una presenza maggiore nelle fasce più elevate con possibili ricadute sia intermini di insufficienza di personale qualora lo stesso non venga prontamente sostituito sia anche in relazione ad eventuali inidoneità a svolgere incarichi o mansioni. Le politiche assessoriali più recenti, in tale ambito, stanno cercando di arginare il fenomeno dell'insufficienza di personale attuando azioni di "rimpiazzo" attraverso forme diverse (concorsi, mobilità).

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 2018, è stato segnato dalle fasi di seguito descritte.

- Redazione del Piano della Performance 2018-2020
- Implementazione del processo di budget con assegnazione degli obiettivi alle Unità Operative complesse dell'Azienda
- Valutazione delle performances organizzative ed individuali

Tali fasi sono state seguite dalle competenti strutture dell'Azienda quali la Struttura Tecnica Permanente, 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 2018-2020	deliberazione n. 304 del 31/01/2018		http://www.aocannizzaro.it/amministrazione-trasparente/performance/piano2018/PianoPerformance2018-2020.pdf
Piano Triennale Prevenzione Corruzione 2018-2020	deliberazione n. 305 del 31/01/2018		http://www.aocannizzaro.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/anticorruzione/ptpc2018-2020.pdf

Complessivamente, il sistema di misurazione della performance in uso presso l'Azienda, pur ancora da implementare per ciò che concerne l'assegnazione di obiettivi individuali, può consentire

un buon utilizzo delle informazioni generate a supporto della programmazione e del processo decisionale.

In quest'ottica, può essere migliorata la fase di definizione della pianificazione e programmazione annuale e pluriennale, individuando priorità non legate soltanto alle direttive provenienti dall'Assessorato regionale ma anche ad aree di intervento sulle quali il sistema implementato fornisce già elementi di analisi ed individua aree di criticità.