



AZIENDA OSPEDALIERA PER L'EMERGENZA CANNIZZARO DI CATANIA

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2019

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

ADOTTATA CON DELIBERAZIONE N. 1658 DEL 15/06/2020

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>12</i>
<i>I risultati – La performance organizzativa</i>	<i>14</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>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 2019-2021* dell'Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro di Catania è stato adottato con deliberazione n. 176/CS del 30/01/2019 e integrato con deliberazione n. 2347 del 2/9/2019 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*.

Il Piano era stato adottato, come previsto dalla normativa vigente entro il 31/1/2019, con riserva di eventuali integrazioni e modifiche in seguito all'assegnazione alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie, da parte dell'Assessorato della Salute, degli obiettivi di salute e di funzionamento; ciò è avvenuto in data 21/05/2019 in uno con la stipula del contratto del Direttore

Generale. Il Piano è stato quindi integrato dopo l'avvenuta nomina, da parte del Direttore Generale, del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario.

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.

La negoziazione, tra la Direzione e i Responsabili delle Unità Operative Complesse e delle Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale, stante la peculiarità legata all'assegnazione temporale degli obiettivi da parte dell'Assessorato, è avvenuta tra la fine di settembre e l'inizio di ottobre 2019.

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

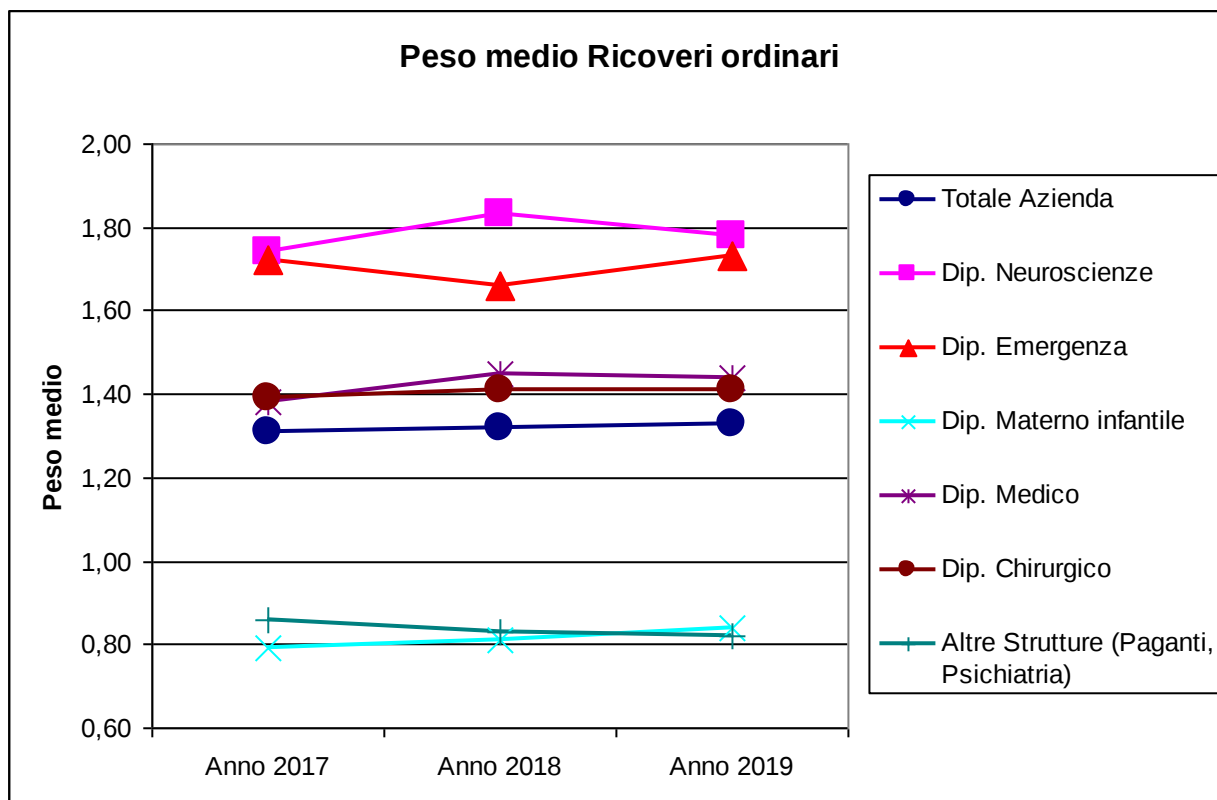
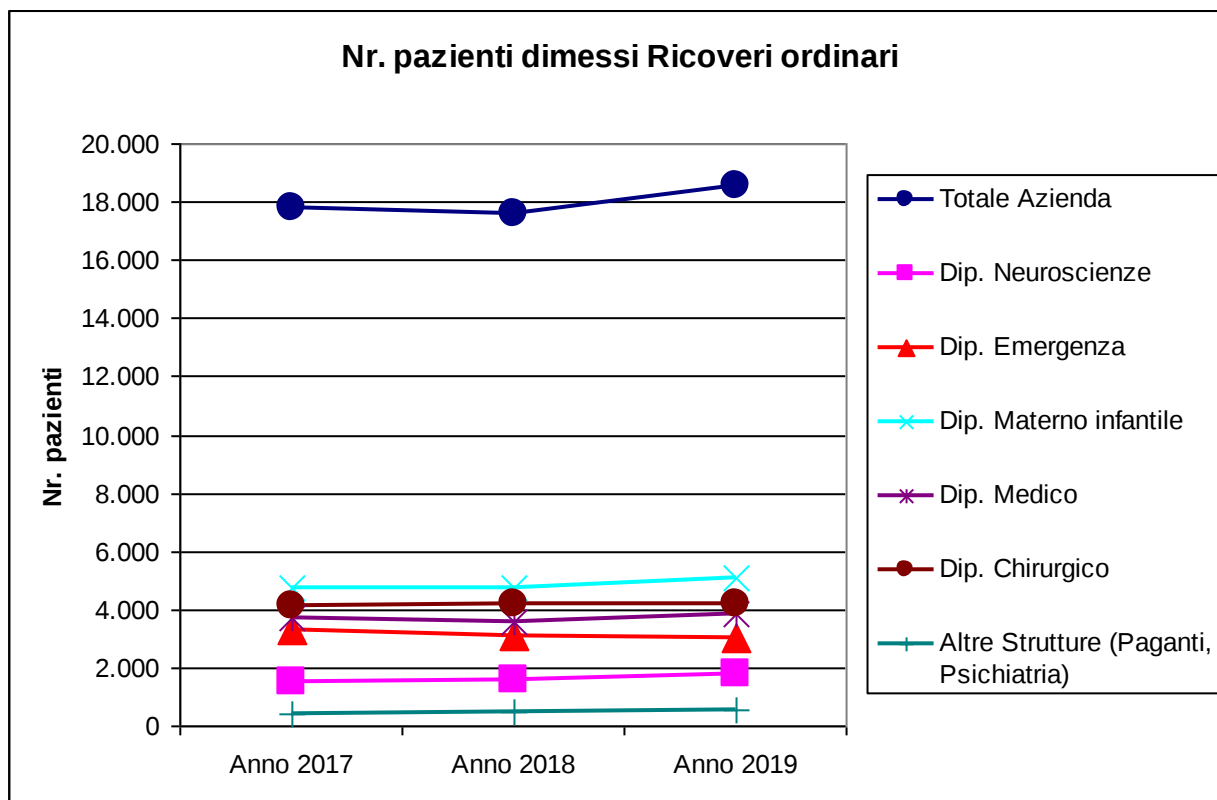
Il già citato *Piano della performance 2019-2021* dell'Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro di Catania contiene all'interno della Sezione 2 la descrizione dell'Azienda in termini di competenze presenti, delle attività che in essa si svolgono, della tipologia di prestazioni erogate, delle modalità di sviluppo dell'azione aziendale nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione regionale e dai rapporti di collaborazione instaurati con le altre aziende sanitarie.

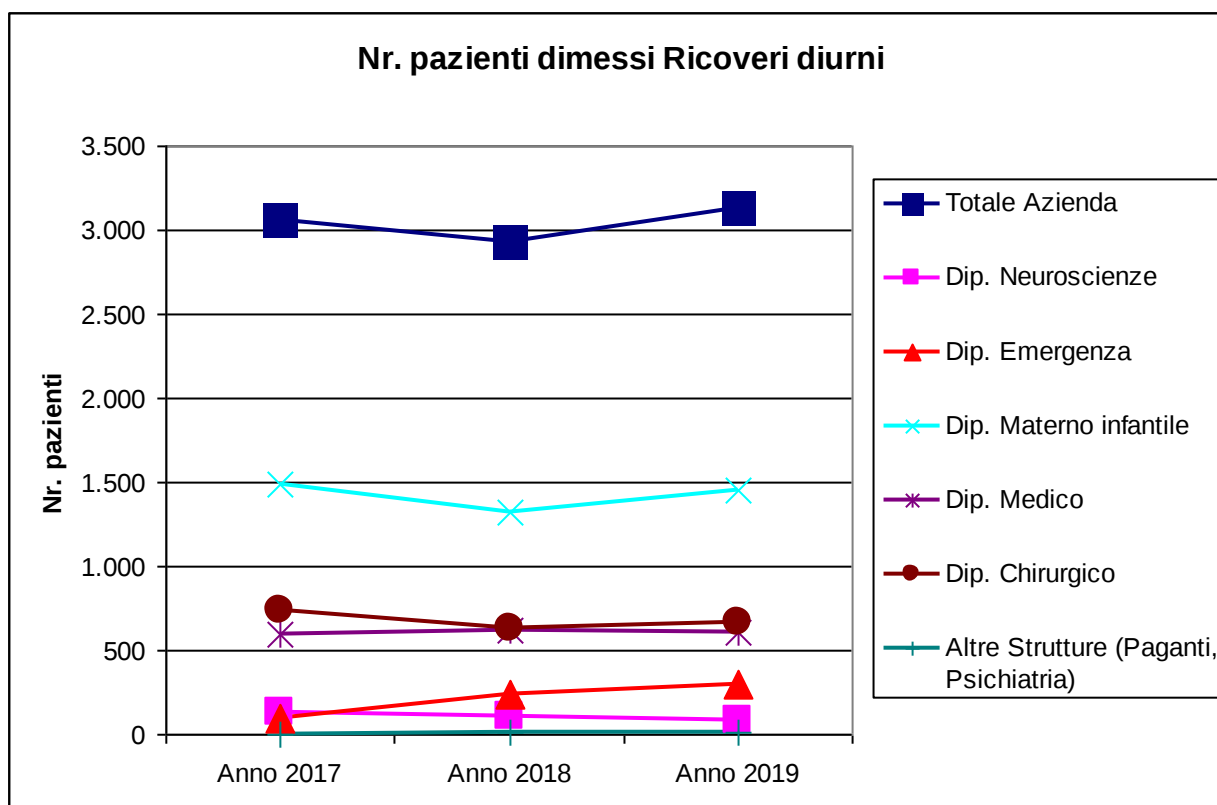
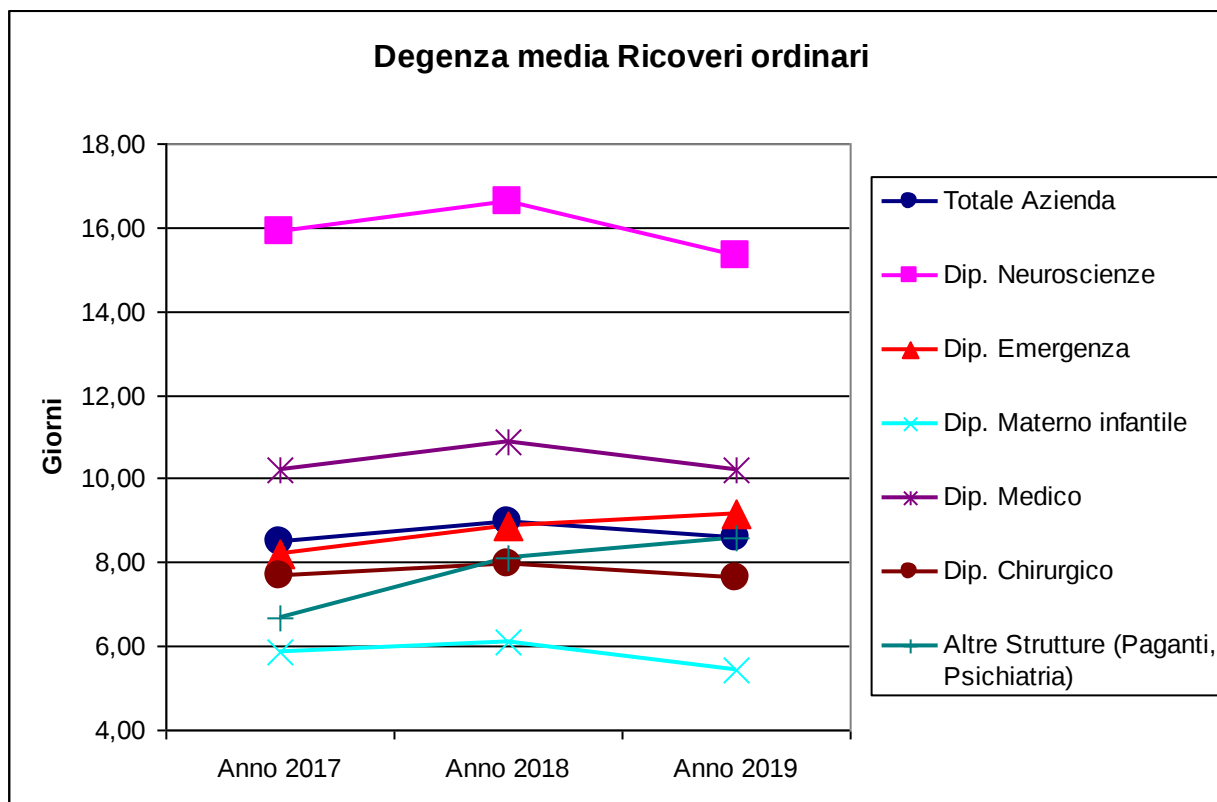
La Sezione 3 dello stesso Piano presenta, inoltre, i principali dati numerici dell'Azienda, indicando le principali “cifre” dell'Amministrazione e descrivendo il mandato istituzionale e la mission dell'Azienda.

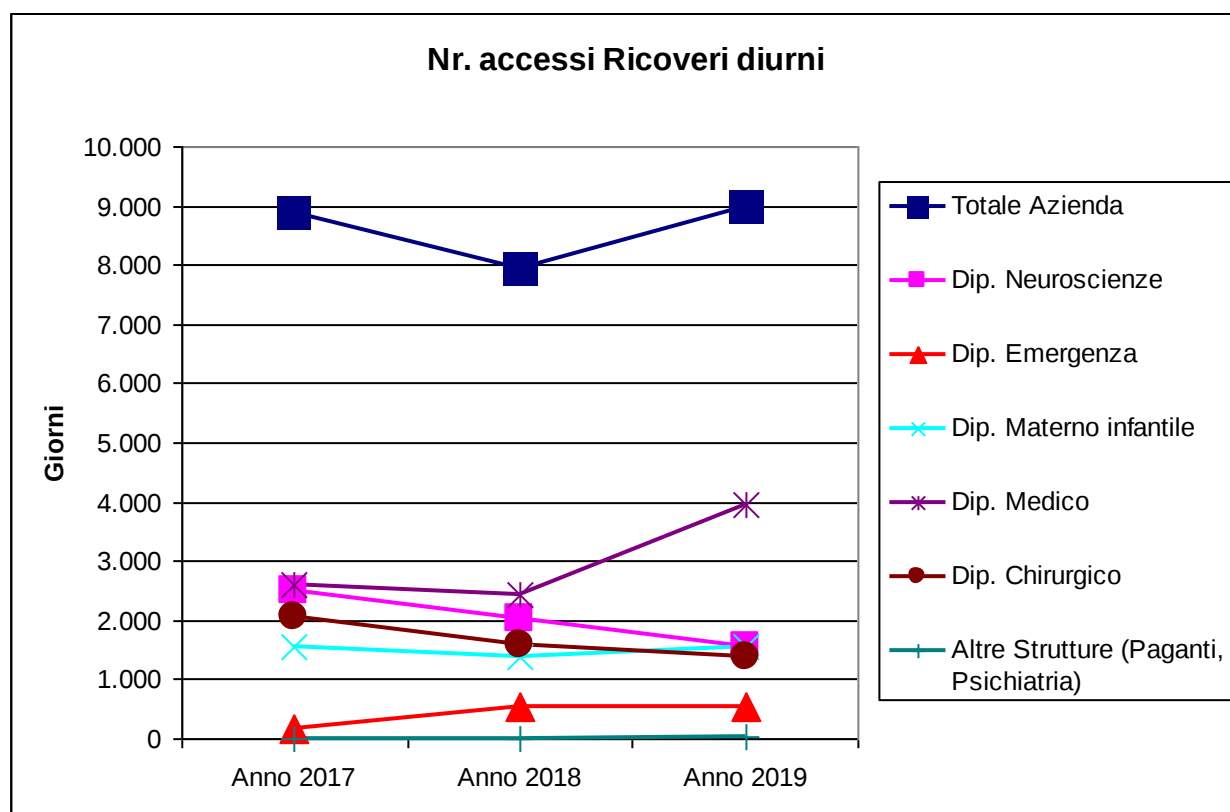
Lo stesso documento, all'interno della Sezione 4, analizza il contesto esterno e quello interno in cui opera l'Azienda; descrive le risorse strumentali, economiche ed umane di cui dispone l'Azienda e che ne permettono l'azione. Inoltre, all'interno della sezione denominata “Analisi S.W.O.T.”, sono individuati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

I grafici espongono l'andamento dei valori a livello di totale Azienda e di singolo Dipartimento.







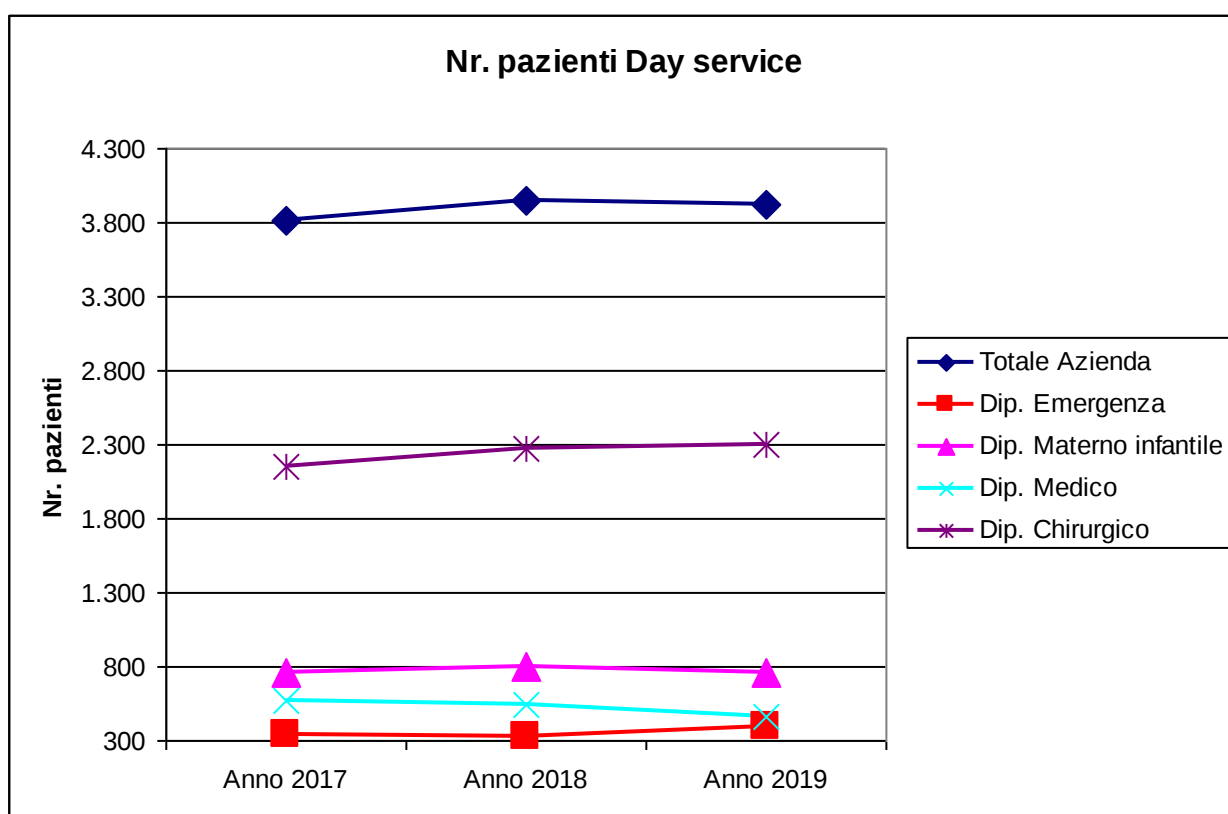
Di seguito si riporta la distribuzione dei ricoveri, ordinari e diurni, secondo la residenza dei pazienti:

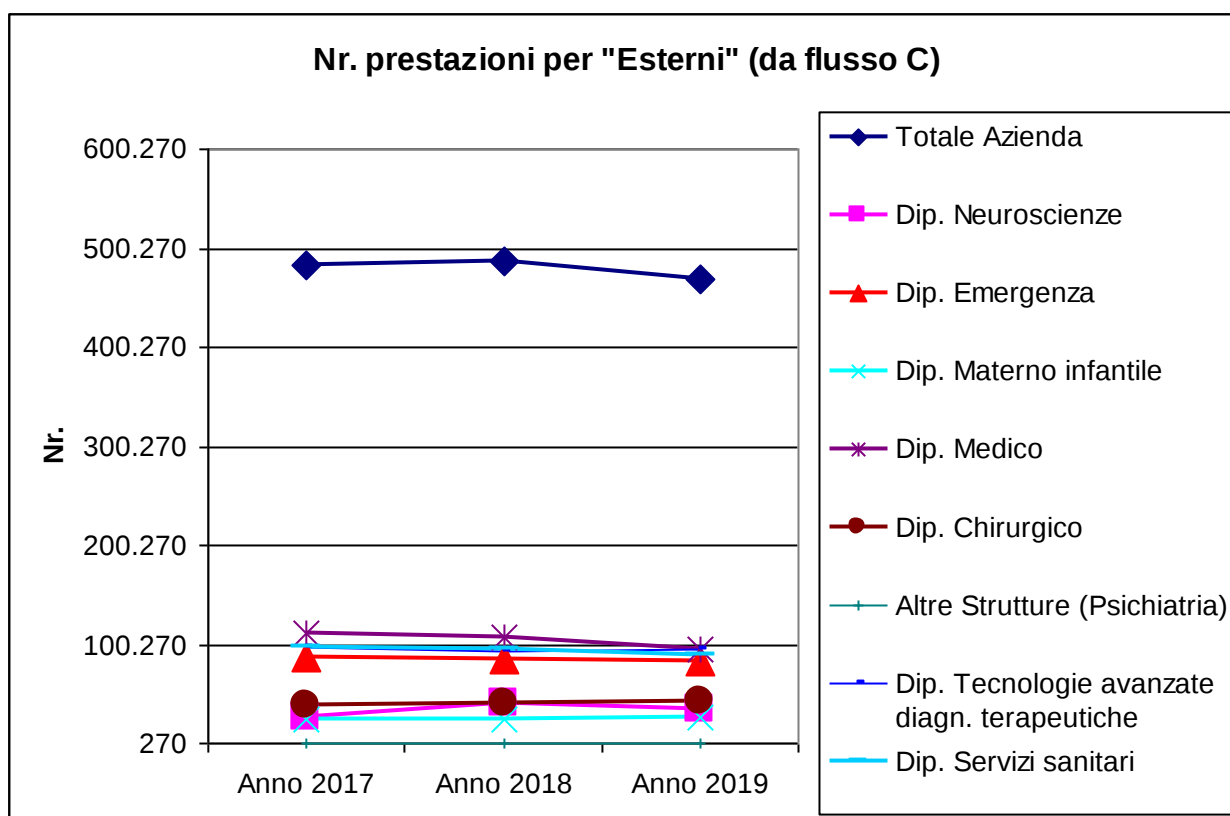
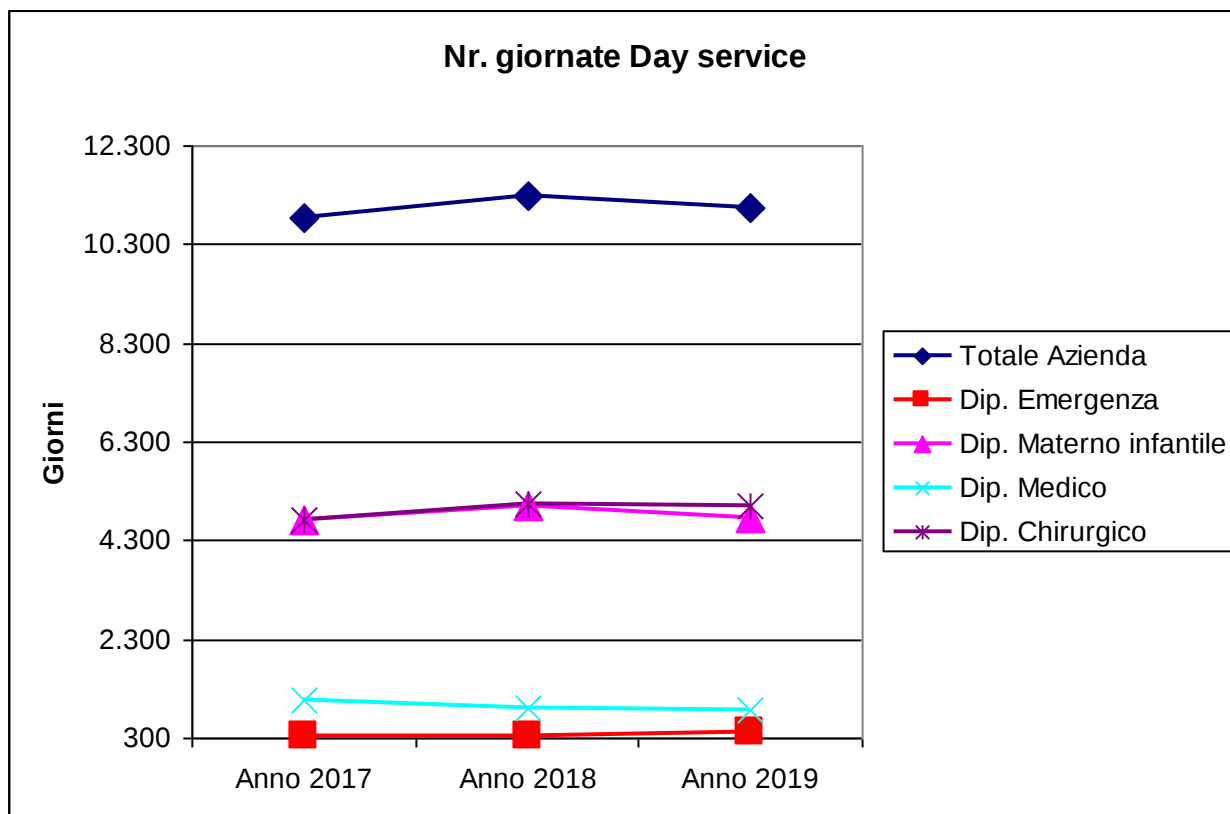
Ricoveri Ordinari		Anno		
Ricoveri ordinari		2017	2018	2019
Sicilia	Catania	77,63%	77,22%	76,48%
	di cui città	25,00%	24,43%	24,71%
	di cui provincia	52,63%	52,79%	51,77%
	Agrigento	1,03%	1,35%	1,30%
	Caltanissetta	2,52%	2,87%	2,84%
	Enna	3,23%	3,34%	3,60%
	Messina	2,70%	2,47%	2,51%
	Palermo	0,30%	0,33%	0,30%
	Ragusa	2,99%	3,04%	3,30%
	Siracusa	6,16%	6,48%	6,75%
	Trapani	0,13%	0,15%	0,18%
	Totale Sicilia	96,69%	97,25%	97,26%
	Altre provincie italiane	1,26%	1,25%	1,25%
	Estero	1,01%	0,62%	0,32%
	Totale	100,00%	100,00%	100,00%

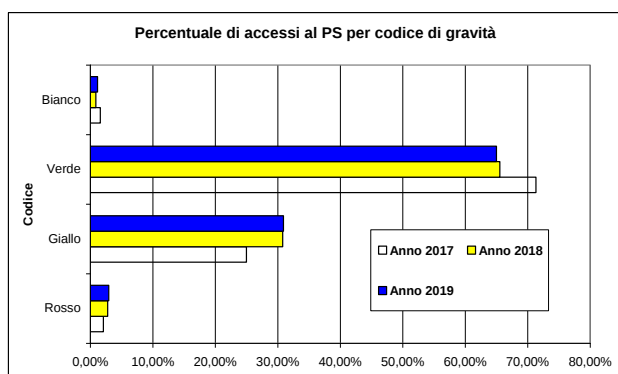
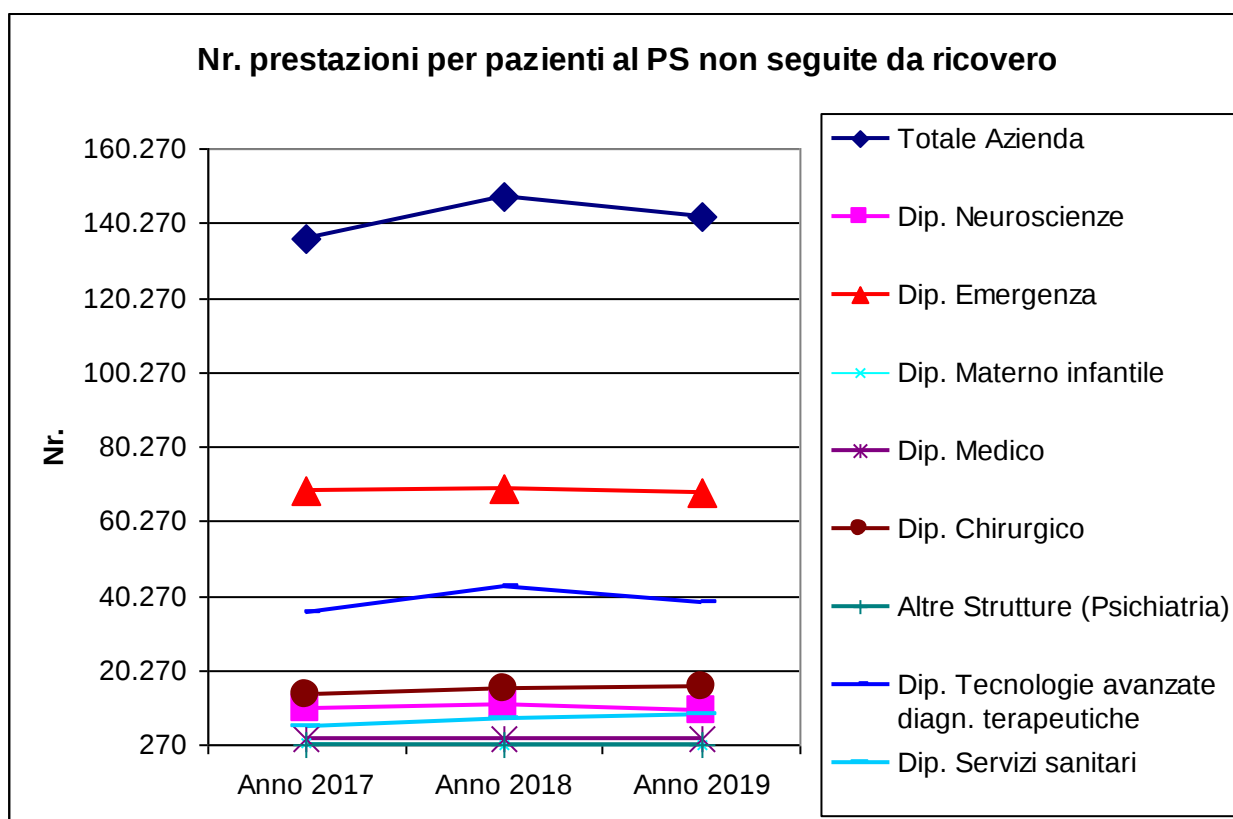
Ricoveri Diurni		Anno		
Ricoveri diurni		2017	2018	2019
Sicilia	Catania	75,14%	73,92%	73,22%
	di cui città	24,96%	25,70%	24,77%
	di cui provincia	50,18%	48,22%	48,45%
	Agrigento	1,66%	1,71%	2,30%
	Caltanissetta	4,34%	4,61%	5,41%
	Enna	3,95%	3,86%	4,29%
	Messina	2,23%	3,69%	2,50%
	Palermo	0,29%	0,58%	0,32%
	Ragusa	3,86%	3,08%	3,01%
	Siracusa	7,33%	7,55%	8,16%
	Trapani	0,00%	0,03%	0,13%
	Totale Sicilia	98,79%	99,04%	99,33%
	Altre provincie italiane	0,64%	0,75%	0,51%
	Estero	0,57%	0,21%	0,16%
	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 2019 e all'attività di ricovero ordinario, le Unità Operative con indice di attrazione extraprovinciale

più elevato sono state le Malattie toraco polmonari ed endoscopia (46% dei pazienti dimessi, soprattutto dalla provincia di Siracusa), la Chirurgia generale a indirizzo senologico multidisciplinare (39% dei pazienti dimessi, soprattutto dalla provincia di Ragusa), la Chirurgia toracica (39% dei pazienti dimessi, soprattutto dalla provincia di Siracusa), la Neurochirurgia (38% dei pazienti dimessi, soprattutto dalla provincia di Ragusa) e il Centro Grandi Ustionati (36% dei pazienti dimessi, soprattutto dalla provincia di Siracusa).







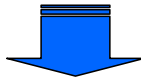
I grafici esposti mostrano che nell'anno 2019 è aumentato il ricorso al regime di ricovero ordinario e diurno mentre si è sostanzialmente mantenuto sui livelli dell'anno precedente il ricorso all'attività ambulatoriale in Day Service ed è diminuita la richiesta di attività ambulatoriale, sia quella per "esterni" che quella relativa ai pazienti che accedono al PS e poi non vengono ricoverati. In relazione a ciò, l'ultimo grafico mostra, comunque, un accesso al PS che sempre di più è per i casi con codice di triage più grave (Giallo e Rosso) e che quindi possono necessitare più probabilmente di successivo ricovero.

Gli obiettivi del piano della performance

Il già citato *Piano della Performance 2019-2021*, 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 2019-2021 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/legale

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 2019, i risultati raggiunti in termini di performance organizzativa rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse. In relazione al fatto che gli obiettivi sono stati assegnati all'inizio dell'ultimo trimestre di attività, la reportistica trimestrale regolarmente prodotta dagli Uffici non ha permesso di monitorare lo stato di avanzamento degli obiettivi.

L'analisi dei risultati è condotta con riferimento a ciascuna delle Aree Strategiche individuate. I risultati esposti nelle schede di budget di ciascuna Unità Operativa, che determinano la performance organizzativa delle stesse, ed esposti nella presente relazione, sono elaborati sulla base dei dati presenti nei flussi informativi aziendali e, in alcuni casi, sono stati asseverati dalla Direzione con riferimento alle relazioni prodotte dai responsabili delle Unità Operative.

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 94,3%. Il valore raggiunto dall'Unità Operativa è stato pari a 86,07%, nella fascia alta del range di raggiungimento dell'obiettivo posto dall'Assessorato (60%-94,3%).

- **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 25%. Il risultato aziendale è stato pari al 16,56%.

- **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 60% al di sotto del quale l'obiettivo era da ritenersi non raggiunto ed un valore pari al 91,8% al di sopra del quale l'obiettivo è pienamente raggiunto. Il valore riscontrato all'interno dall'Unità Operativa di Cardiologia è stato pari a 90,95%.

- **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 95,3% con una soglia minima di riferimento del 70%. Il valore raggiunto dall'Unità Operativa di Chirurgia generale è stato pari al 77,89%.

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

- **Obiettivo operativo 1.2.1: Contenimento del numero di ricoveri ad elevato rischio di inappropriatezza**

L'Azienda, nel corso degli ultimi anni, ha posto particolare attenzione al contenimento del numero di ricoveri che potessero dar luogo a DRG inappropriati. A consuntivo dell'anno 2019, 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.

A 16 Unità Operative è stato assegnato l'obiettivo di incremento e/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.

○ **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 generale ad indirizzo senologico multidisciplinare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare, Ginecologia e Ostetricia, Medicina, Neurochirurgia, Neurologia, Ortopedia, 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.

A 6 Unità Operative è stato assegnato l'obiettivo di incremento, rispetto all'anno 2018, del numero di pazienti dimessi in regime ordinario ed è stato pienamente raggiunto da tutte le Unità Operative e da una di esse al 94%, Le Unità operative di Geriatria e di Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione non hanno pienamente raggiunto l'obiettivo legato all'attività in day hospital.

A 3 Unità Operative è stato assegnato l'obiettivo di Mantenimento dell'attività in Day service rispetto all'anno 2018 e in tutti casi il numero di pazienti è aumentato.

Con riferimento all'incremento dell'attività chirurgica rispetto all'anno precedente secondo il D.A. 12/4/2019, l'incremento è stato registrato in tutte le Unità Operative a cui l'obiettivo è stato assegnato.

Le Unità operative di Anatomia Patologica, Diagnostica per immagini, Neuroradiologia, Radioterapia ha rispettato i tempi di attesa per l'espletamento delle prestazioni e la consegna dei referti.

L'Unità operativa di Terapia intensiva con trauma center ha mantenuto i livelli di attività ambulatoriale preoperatoria, di terapia ipercarica ed ha attivato l'ambulatorio di terapia del dolore.

Le Unità operative di Diagnostica per immagini, Gastroenterologia, di Medicina nucleare e PET, di Neuroradiologia, di Patologia clinica, di Pneumologia, di Radioterapia, hanno incrementato il numero di prestazioni ambulatoriali per pazienti esterni e/o per ricoverati, anche con riferimento a particolari patologie e/o condizioni dei pazienti. Le Unità operative di Geriatria e di Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione non hanno mantenuto i livelli richiesti di prestazioni per esterni.

L'Unità operativa centrale Operativa 118 ha mantenuto l'operatività del Modulo Sanitario Regionale così come richiesto.

L'Unità operativa di Medicina Trasfusionale ha ottenuto l'accreditamento.

L'Unità operativa di Nefrologia e dialisi ha incrementato il numero di accessi vascolari per fistole arterovenose e la Neurologia il numero di EEG effettuati per la Terapia intensiva.

L'Oculistica ha incrementato il prelievo di cornee.

L'Unità dipartimentale di Trattamenti ambulatoriali in traumatologia ha attivato il fast track pediatrico e quello adulti.

La Patologia clinica ha avviato il percorso di informatizzazione del settore di microbiologia.

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/legale”** all'interno del quale i quattro obiettivi operativi individuati sono:

- **Obiettivo operativo 2.1.1: Realizzazione dei P.A.C.**

Nel corso dell'anno 2019 sono state svolte le attività di audit previste nel piano annuale, è stata prodotta la "Relazione sullo stato di attuazione delle verifiche Internal Audit al 31 dicembre 2019". Sono state implementate azioni per il superamento delle criticità emerse.

- **Obiettivo operativo 2.1.2: Contenimento della spesa**

Per ciò che concerne il contenimento della spesa farmaceutica e l'appropriatezza nell'utilizzo di farmaci biosimiliari, la Farmacia ha ridotto la spesa per i farmaci come evidenziato nei flussi F e T.

I Settori Provveditorato e Tecnico hanno fatto ricorso, ove previsto, a gare gestite con sistemi telematici quali CONSIP, MEPA e piattaforma informatica E-procurement Net4Market.

Per quanto riguarda le attività del Settore Risorse umane, nel corso dell'anno 2019, il costo per il personale dipendente e assimilato è stato contenuto nei limiti di spesa previsti così come la spesa sostenuta per il personale a tempo determinato.

- **Obiettivo operativo 2.1.3: Disposizioni connesse alla libera professione intramuraria**

Il Settore Economico Finanziario e Patrimoniale ha svolto tutte le azioni in linea con le disposizioni regionali in materia ALPI.

- **Obiettivo operativo 2.1.4: Ottimizzazione delle attività**

Il Settore Provveditorato ha predisposto ed attuato tutte le attività per la predisposizione di atti di liquidazione entro 30 gg. dalla data di ricezione delle fatture così come il settore Tecnico ha predisposto gli atti di liquidazione entro 30 gg. in assenza di elementi impeditivi.

- **Obiettivo operativo 2.1.5: Completo utilizzo delle somme assegnate per area di emergenza e P.S.**

Il Settore Provveditorato ha utilizzato le somme attribuite secondo quanto riportato nei prospetti trasmessi al competente Assessorato regionale della salute.

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 tre obiettivi operativi che sono:

- **Obiettivo operativo 3.1.1: Redazione e approvazione del Piano Attuativo Aziendale**
- **Obiettivo operativo 3.1.2: Realizzazione delle azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale**

Nell'ambito delle azioni previste dal Piano, la Direzione Medica di presidio, per ciò che concerne l'area della Sicurezza dei pazienti, ha monitorato gli eventi sentinella implementando il flusso SIMES, ha monitorato la corretta compilazione della checklist di sala operatoria e l'aderenza agli obiettivi e alle direttive regionali in materia di contrasto all'antibiotico resistenza.

L'Unità operativa di Medicina trasfusionale, nell'ambito del Consolidamento della raccolta delle emazie concentrate e del plasma da destinare alla produzione di medicinali plasmaderivati, ha adempiuto all'obiettivo di fornitura al Policlinico G. Martino di Messina e ha rispettato la previsione di raccolta delle emazie concentrate mentre l'incremento della quantità di plasma da destinare all'emoderivazione è stato inferiore a quanto previsto.

- **Obiettivo operativo 3.1.3: Piani di efficientamento e riqualificazione**

L'Azienda Ospedaliera Cannizzaro ha predisposto il Piano e lo ha inoltrato ad AGENAS e al competente Assessorato della Salute. L'Unità operativa di Medicina ha attuato tutti gli adempimenti di sua pertinenza previsti dal Piano.

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

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

L'Azienda Cannizzaro, al fine di raggiungere l'obiettivo assegnato dall'Assessorato, ha coinvolto, per il tumore del colon retto l'Unità operativa di Gastroenterologia, per il tumore della

cervice uterina l'Unità operativa di Ostetricia e ginecologia e per il tumore della mammella l'Unità operativa di Chirurgia generale ad indirizzo senologico multidisciplinare. I quattro sub obiettivi proposti sono stati tutti pienamente raggiunti in ognuna delle Unità operative.

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

Le Unità operative di Ginecologia e Ostetricia e di Neonatologia con UTIN hanno provveduto alla puntuale compilazione e trasmissione della checklist. La percentuale di neonati dimessi dall'UTIN con codice di dimissione 2 rispetto al totale dei neonati accettati dalla stessa al netto dei deceduti, è rimasta, come richiesto, molto al di sotto del limite massimo previsto dall'Assessorato.

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

Nell'ambito delle attività previste dall'Assessorato, si segnala che il numero di accertamenti di morte con metodo neurologico dell'anno 2019 è più che raddoppiato rispetto all'anno precedente, così come l'incremento del procurement di cornee in toto. Il tasso di opposizione alla donazione non si è mantenuto ai livelli previsti dall'assessorato ma è stato notevolmente più alto. Sono stati, inoltre, organizzati due corsi di formazione.

- **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 26 Unità Operative ed è stato pienamente raggiunto da 14 di esse.

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

Con riferimento all'aggiornamento delle informazioni pubblicate sulla pagina dell'U.O. del sito web istituzionale nel rispetto della specifica procedura aziendale, tutte le Unità Operative hanno individuato e comunicato al Responsabile della comunicazione il nome di un referente che ha monitorato lo stato delle informazioni pubblicate provvedendo a trasmettere gli eventuali aggiornamenti.

- **Obiettivo operativo 3.2.6: Gestione del sovraffollamento del P.S.**

Al fine di limitare la permanenza in P.S., è stato chiesto all'Unità operativa di M.C.A.U. di limitare la permanenza in OBI affinché lo stesso non superi le 48 ore nell'80% dei casi. Tale risultato è stato raggiunto per il 63% dei casi trattati.

- **Obiettivo operativo 3.2.7: Fascicolo Sanitario Elettronico**

L'Unità Operativa di Patologia clinica ha posto in essere le attività affinché sia possibile la validazione con firma digitale dei referti e la trasmissione a SOGEL..

Il terzo obiettivo strategico è denominato “**Informazione e comunicazione**” all'interno del quale i due obiettivi operativi sono:

- **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 Economico Finanziario, Settore Provveditorato, Settore Risorse Umane) hanno rispettato i tempi previsti dalla normativa.

Le Unità operative di Anatomia Patologica e Neuroradiologia hanno provveduto alla tempestiva registrazione dell'avvenuta erogazione delle prestazioni ambulatoriali (entro il giorno 5 del mese successivo) per le prestazioni erogate a pazienti Esterni alimentando il flusso C.

- **Obiettivo operativo 3.3.2: Formazione del personale**

L'Unità operativa Centrale operativa 118 ha realizzato 3 edizioni di un corso di formazione BLSD e 2 edizioni di un corso di formazione per le maxiemergenze. La Diagnostica per immagini in emergenza ha attuato percorsi di formazione per le ecografie in emergenza.

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 19 e nell'unica Unità Operativa che non lo ha raggiunto la percentuale di prestazioni effettuate nei tempi previsti secondo i codici di priorità è stata pari all'82%.

Con riferimento al secondo obiettivo, il risultato è stato pienamente raggiunto da 15 Unità Operative su 19 e nelle altre Unità Operative la percentuale di prestazioni con codici U effettuate entro le 24 ore è compresa tra l'83% e il 97%.

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.

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 che per 12 delle Unità operative esaminate è stata superiore al 90% e per le restanti 7 compresa fra il 60% e l'80%.

- **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 Farmacia:

- **Controllo del carico delle bolle relative agli acquisti effettuati anche al fine di evitare le criticità riscontrabili tra i carichi del Pilastro beni e gli acquisti da CE**

L'Unità Operativa complessa di Farmacia ha costantemente effettuato una attività di monitoraggio dello stato degli ordini legato agli acquisti.

Unità Operative Complesse Amministrative:

- **Esperimento delle attività propedeutiche all'attivazione del Nodo Smistamento Ordini (N.S.O.)**

I Settori Economico finanziario e patrimoniale, Provveditorato e Tecnico hanno effettuato le attività propedeutiche e si sono dotate del sistema al fine di essere in linea rispetto all'attivazione dello snodo.

- **Applicazione art. 58 del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i.**

Il Settore Provveditorato ha definito la procedura per l'attivazione della piattaforma aziendale di e-procurement, effettuato la formazione e avviato diverse procedure. Il Settore Tecnico ha espletato la gara telematica per l'affidamento dei lavori di adeguamento antincendio dell'edificio F.

Settore Economico Finanziario e Patrimoniale:

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

Il Settore ha effettuato un costante monitoraggio ed ha attuato procedure di verifica.

- **Partecipazione al ciclo passivo**

Il Settore ha regolarmente eseguito l'attività di completamento del ciclo di liquidazione delle fatture mediante l'emissione del mandato di pagamento.

Settore Tecnico:

- **Verifica costante della manutenzione strutturale di edifici ed impianti: Relazione stato degli interventi effettuati su strutture ed impianti nonché sulla verifica delle corrette modalità di esecuzione del contratto**

Il Settore ha redatto una relazione con riferimento ai lavori di manutenzione strutturale degli edifici e alla manutenzione e conduzione degli impianti tecnologici.

- **Rimodulazione aree del P.S. Generale e del P.S. Pediatrico**

Con riferimento alla progettazione esecutiva per ciò che concerne l'area di emergenza e urgenza e per il pronto soccorso per l'adeguamento delle strutture ai requisiti previsti dal D.A. 890/2002, il Settore ha ultimato e collaudato i lavori giusta Certificato di Regolare Esecuzione del 27/9/2019.

Settore Risorse umane:

- **Gestione procedura di reclutamento dirigente medico di Anestesia e Rianimazione per il Bacino Sicilia Orientale**

Il Settore ha espletato e completato le procedure di reclutamento ed è stata approvata la graduatoria.

I risultati – La performance individuale

Al fine di procedere alla valutazione delle performance individuali per l'anno 2019, è stato utilizzato il modello di scheda già in uso per la valutazione relativa agli anni precedenti.

Anche per l'anno 2019 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 2020.

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 2019.

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 1.147 schede individuali. L'esame dei punteggi ha evidenziato che il 95,29% degli stessi appartiene alla fascia compresa tra 23 e 25, il 2,70% ha un punteggio compreso tra 16 e 22 e il restante 2,01% ha un punteggio inferiore o uguale a 15 o non è valutabile a causa di assenze a vario titolo; un solo dipendente non concorda con la valutazione ma non ha chiesto l'attivazione della procedura di conciliazione anche perché il punteggio è pari a 23 (92% del massimo).

Per quanto riguarda la dirigenza, le schede di valutazione individuale trasmesse alla STP sono state 433. Il 93,76% ha raggiunto un punteggio compreso tra 18 e 20, il 6,24% presenta un punteggio compreso tra 12 e 17 o non è valutabile a causa di assenze a vario titolo. In due casi è la valutazione non è stata condivisa ma non 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 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 il 79% e il 100%, con un risultato inferiore al 90% per tre delle 47 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	433	02/2020	NO	X		
Dirigenti di II fascia e assimilabili						
Non dirigenti	1.147	02/2020	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	406	14	-
Dirigenti di II fascia e assimilabili			
Non dirigenti	1.093	32	2

Nota: relativamente al personale Dirigente, 13 casi sono stati di schede con punteggio NV mentre relativamente al personale non Dirigente, i casi di schede NV sono stati 20.

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

Con riferimento alla “salute finanziaria” dell’Azienda, si rappresenta quanto segue per il triennio 2017-2019 così come desunto dai consuntivi dei rispettivi anni, rilevando che alla data di redazione della presente Relazione, il bilancio dell’anno 2019 non è stato ancora “chiuso” e quindi i dati sono tratti dal modello CE relativo al IV trimestre 2019:

	Consuntivo		
	Anno 2019 (CE IV trimestre)	Anno 2018	Anno 2017
Valore della produzione (AZ9999)	201.050	199.958	199.501
Costi della produzione (BZ9999)	197.164	196.163	193.094
Differenza	3.886	3.795	6.407
Proventi e oneri finanziari (CZ9999)	-358	-555	-669
Proventi e oneri straordinari (EZ9999)	300	2.933	333
Imposte e tasse (YZ9999)	6.141	6.172	6.044
Risultato di esercizio (ZZ9999)	-2.314	1	27

Il prospetto che segue mostra, sempre per il triennio 2017-2019, 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 2019	Anno 2018	Anno 2017
A	89.711	83.998	85.408
SDAO	3.157	2.540	2.799
C	17.446	17.389	16.414
F	14.580	15.518	16.384
T	3.660	4.731	4.327

Pari opportunità e bilancio di genere

L'allegato 2 del *Piano della Performance 2019-2021* 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)	51,70
Età media dei dirigenti (anni)	52,76
% di dipendenti in possesso di laurea	38,69%
% di dirigenti in possesso di laurea	100,00%

Benessere organizzativo	
Indicatori	Valore
Numero medio di giorni di ferie	35,69
Numero medio di giorni di assenza per malattia retribuita	12,63
Numero medio di giorni di formazione del personale dirigente	0,86

Analisi di genere	
Indicatori	Valore
% di dirigenti donne	37,01%
% di donne rispetto al totale del personale	50,43%
Età media del personale femminile dirigente	50,40
Età media del personale femminile non dirigente	51,28
% di personale donna laureato rispetto al totale personale femminile	30,51%

Il personale in totale è equamente diviso tra i due sessi (47 % uomini, 53% donne) mentre a livello dirigenziale permane ancora una maggiore presenza di personale maschile (60% uomini, 40% donne) che diventa nettamente prevalente a livello apicale (solo il 19% delle posizioni apicali

ovvero di incarichi di struttura complessa e/o semplice a valenza dipartimentale è occupato da donne).

Le donne con titolo di studio superiore (laurea, specializzazione post laurea/dottorato di ricerca) rispetto al totale delle donne (36,73%) sono altresì in misura inferiore rispetto all'analogo valore calcolato tra gli uomini che risulta essere pari al 48,55%.

Con riferimento alle giornate di assenza per la formazione, per il sesso maschile se ne rilevano 0,48 pro capite a fronte di un valore pari a 0,38 pro capite per il sesso femminile. Rispetto al totale dei giorni di assenza, quelle del personale maschile dedicato alla formazione rappresentano lo 0,70% del totale mentre quelle del personale femminile lo 0,54%.

La distribuzione per età del personale mostra una presenza maggiore nelle fasce più elevate (per le donne la classe modale è la 45-49 anni mentre per gli uomini è la 50-54), 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.

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 2019, è stato segnato dalle fasi di seguito descritte.

- Redazione del Piano della Performance 2019-2021
- Implementazione del processo di budget con assegnazione degli obiettivi alle Unità Operative complesse e Semplici a valenza dipartimentale dell'Azienda
- Valutazione delle performances organizzative ed individuali

Tali fasi sono state seguite dalle competenti strutture dell'Azienda quali l'Ufficio Controllo di Gestione, la Direzione Sanitaria, la Struttura Tecnica Permanente. 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 2019-2021	deliberazione n. 176/CS del 30/01/2019	deliberazione n. 2347 del 2/9/2019	http://www.aocannizzaro.it/amministrazione-trasparente/performance/piano/piano2019/PianoPerformance2019-2021.pdf
Piano Triennale Prevenzione Corruzione 2019-2021	deliberazione n. 177/CS del 30/01/2019		http://www.aocannizzaro.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-generali/anticorruzione/pianoanticorruzione2019-2021.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.