



AZIENDA OSPEDALIERA PER L'EMERGENZA CANNIZZARO DI CATANIA

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2020

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

ADOTTATA CON DELIBERAZIONE N. 1078 DEL 16/06/2021

INDICE

<i>Premessa.....</i>	<i>3</i>
<i>Le informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni</i>	<i>6</i>
<i>Gli obiettivi del piano della performance</i>	<i>13</i>
<i>I risultati – La performance organizzativa</i>	<i>15</i>
<i>I risultati – La performance individuale.....</i>	<i>27</i>
<i>Risorse, efficienza ed economicità.....</i>	<i>30</i>
<i>Il processo di redazione della Relazione sulla performance</i>	<i>33</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 2020-2022* dell'Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro di Catania è stato adottato con deliberazione n. 358 del 30/01/2020 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.

L'anno 2020, come è noto, è stato caratterizzato in maniera pregnante dalla pandemia da Sars Cov-2 che ha avuto inevitabili ricadute in termini di organizzazione della struttura, delle attività, di costi e di fatturato. L'Azienda è stata impegnata nell'attuazione di tutte le misure di contrasto alla pandemia imposte dai governi nazionali e regionali; ha proceduto all'attivazione di reparti dedicati alla cura di pazienti affetti da COVID 19, tutt'ora in attività, con conseguenti oneri in termini di risorse umane, strutturali e tecnologiche; ha adeguato alle direttive l'organizzazione delle attività erogate in favore di pazienti non affetti da patologia COVID, rimodulando l'attività sanitaria in regime di elezione sia di ricovero che ambulatoriale in ottemperanza alle disposizioni assessoriali.

La negoziazione, tra la Direzione e i Responsabili delle Unità Operative Complesse e delle Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale, come conseguenza di quanto precedentemente descritto, è avvenuta tra la fine di settembre e l'inizio di ottobre 2020.

In sede di rendicontazione degli obiettivi, la Direzione Aziendale ha ritenuto di stralciare dalla valutazione di alcune UU.OO. obiettivi il cui esito non è strettamente collegato alle attività delle strutture stesse in relazione al protrarsi della pandemia COVID e, nel trasmettere all'OIV le schede di budget con i risultati ottenuti dalle singole strutture, ha specificato gli obiettivi stralciati, le unità operative coinvolte e le ragioni dello stralcio (nota prot. nr. 8698 del 19/05/2021).

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 2020-2022* 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.

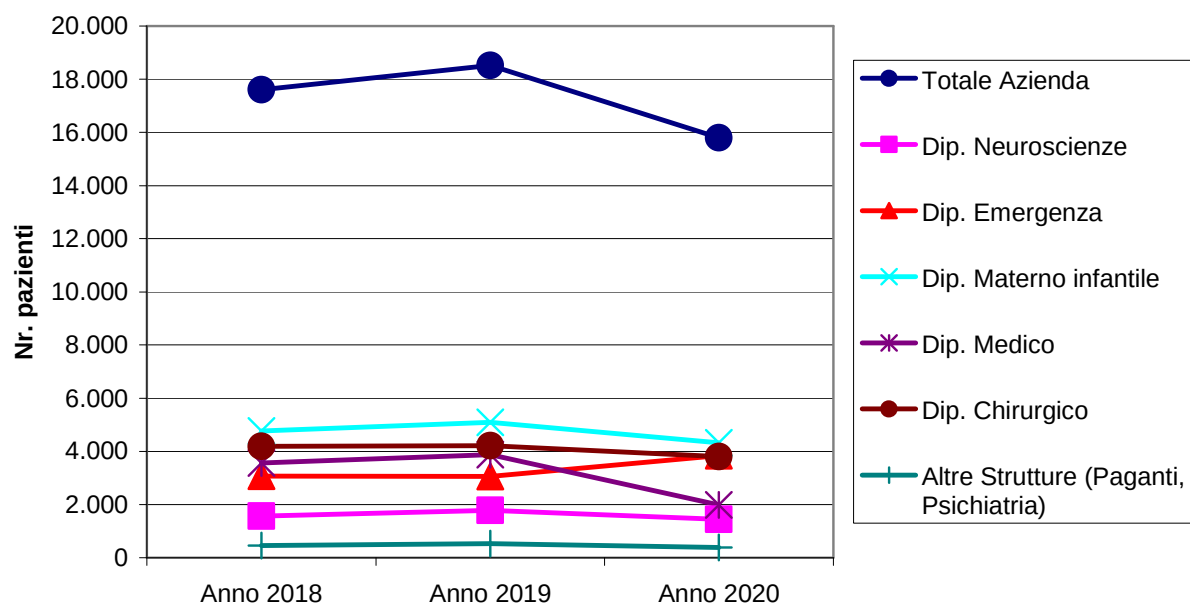
La Sezione 3 dello stesso Piano presenta, inoltre, i principali dati numerici dell'Azienda, indicando le principali "cifre" dell'Amministrazione e descrivendo il mandato istituzionale e la mission dell'Azienda.

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.

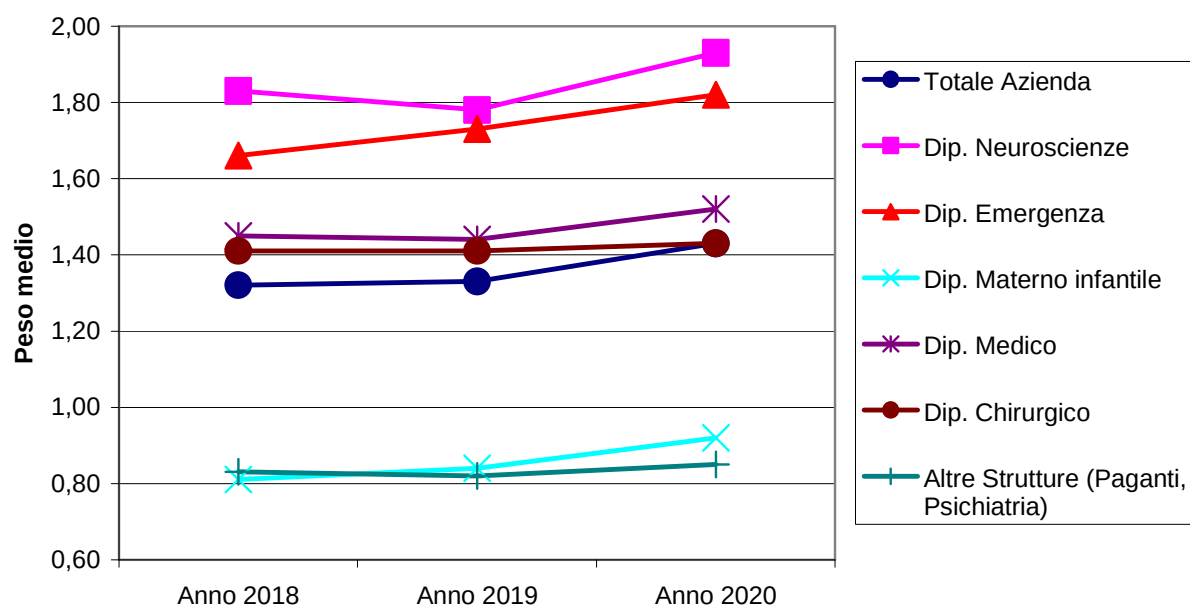
Con riferimento alla natura delle attività erogate dall'Azienda, si rappresentano di seguito i principali risultati raggiunti nel corso dell'ultimo triennio.

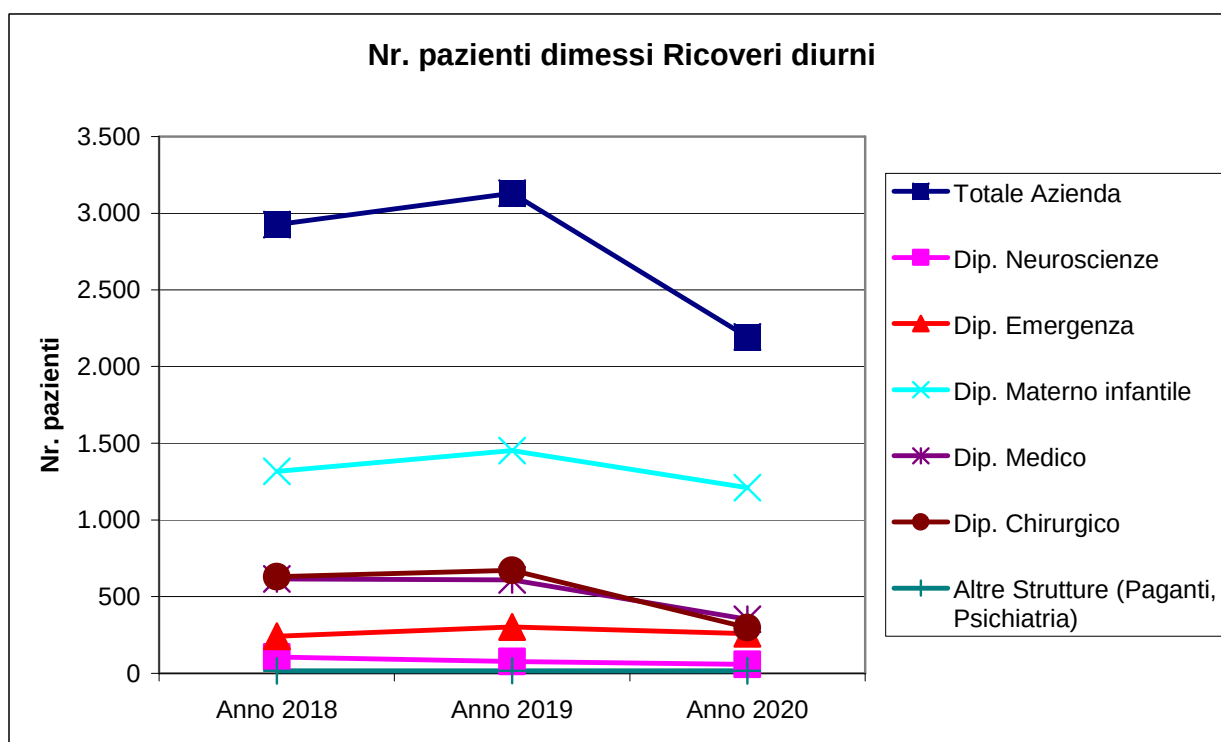
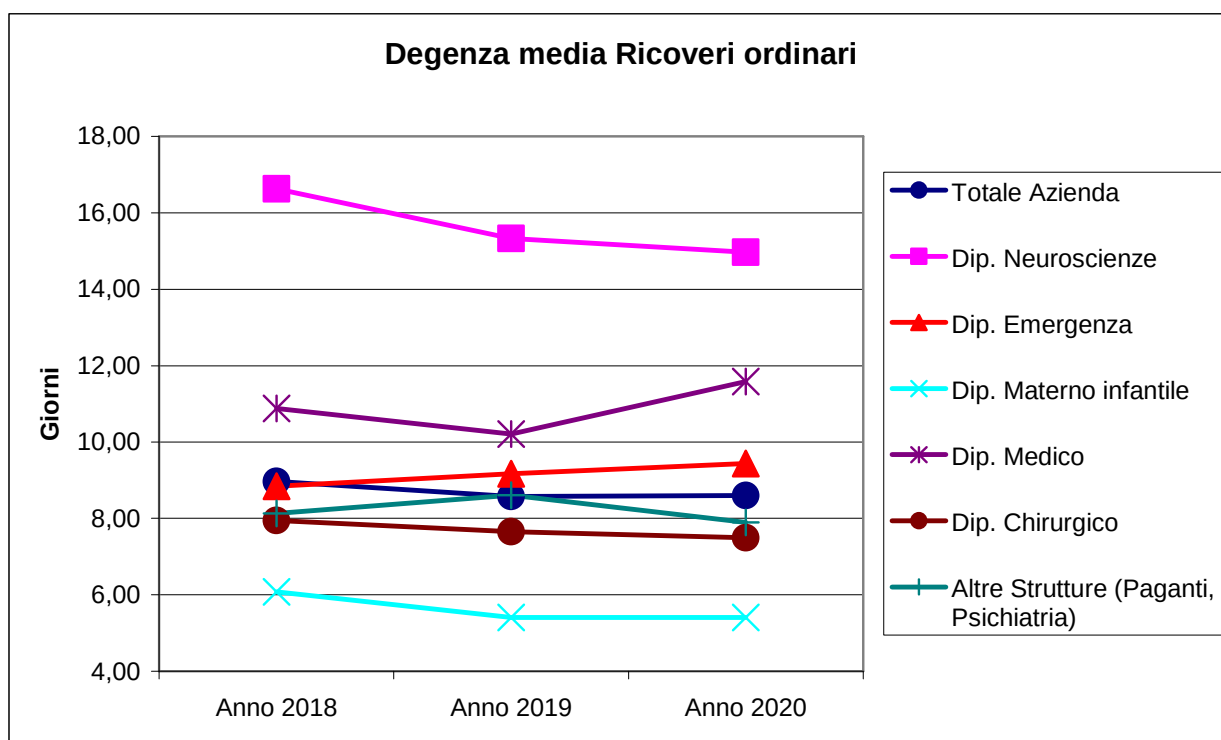
I grafici espongono l'andamento dei valori a livello di totale Azienda e di singolo Dipartimento.

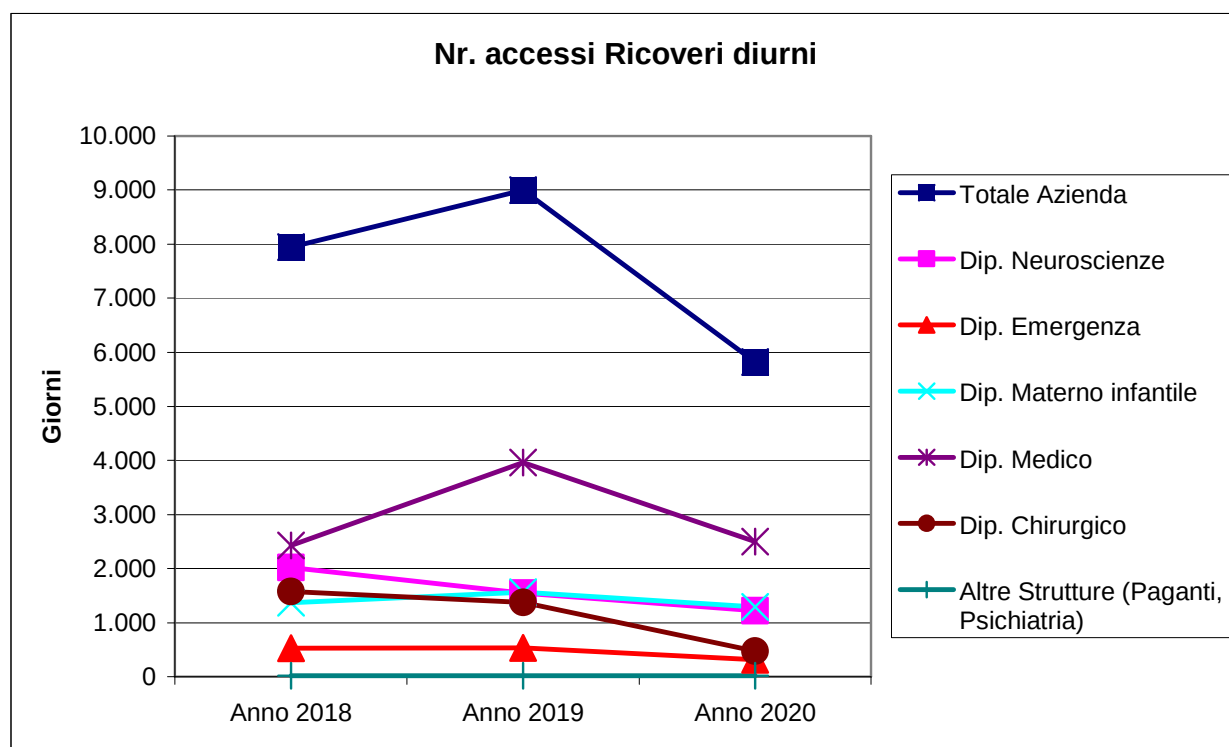
Nr. pazienti dimessi Ricoveri ordinari



Peso medio Ricoveri ordinari







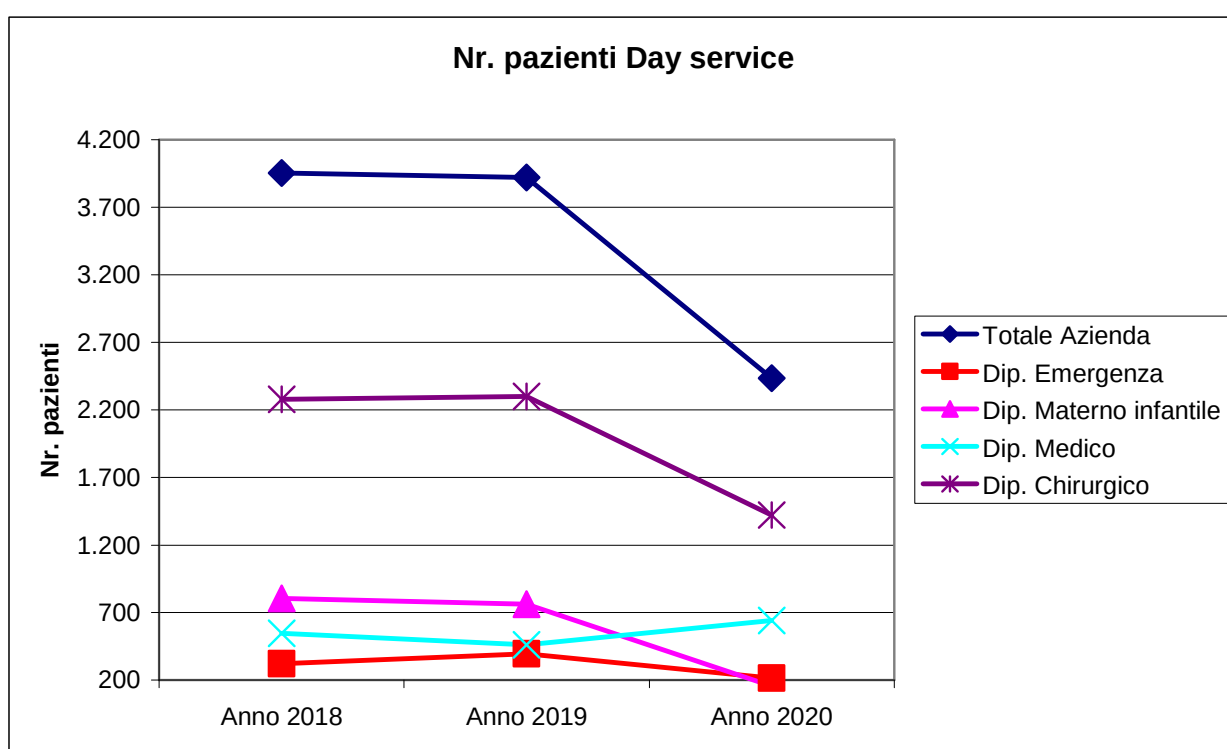
Di seguito si riporta la distribuzione dei ricoveri, ordinari e diurni, secondo la residenza dei pazienti:

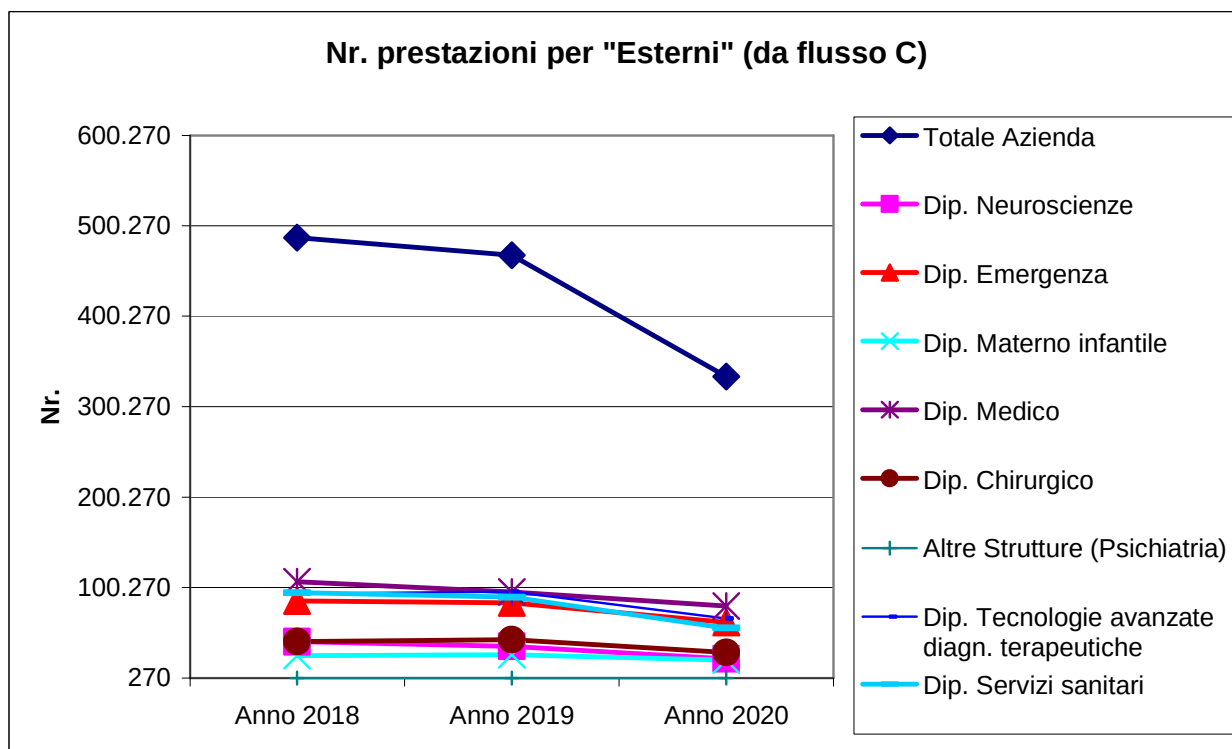
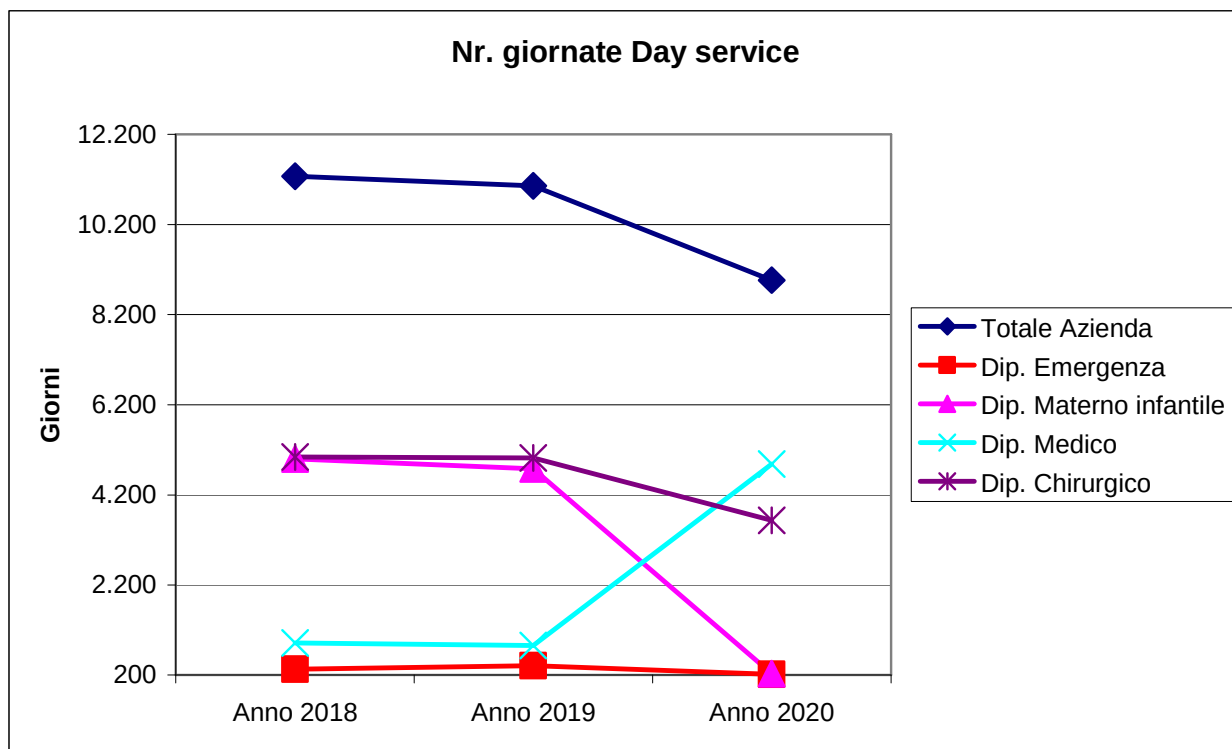
Ricoveri Ordinari		Anno		
Ricoveri ordinari		2018	2019	2020
Sicilia	Catania	77,22%	76,48%	75,91%
	di cui città	24,43%	24,71%	24,76%
	di cui provincia	52,79%	51,77%	51,16%
	Agrigento	1,35%	1,30%	1,82%
	Caltanissetta	2,87%	2,84%	3,46%
	Enna	3,34%	3,60%	3,58%
	Messina	2,47%	2,51%	2,66%
	Palermo	0,33%	0,30%	0,43%
	Ragusa	3,04%	3,30%	3,51%
	Siracusa	6,48%	6,75%	7,11%
	Trapani	0,15%	0,18%	0,14%
	Totale Sicilia	97,25%	97,26%	98,62%
	Altre provincie italiane	1,25%	1,25%	1,22%
	Esteri	0,62%	0,32%	0,16%
	Totale	100,00%	100,00%	100,00%

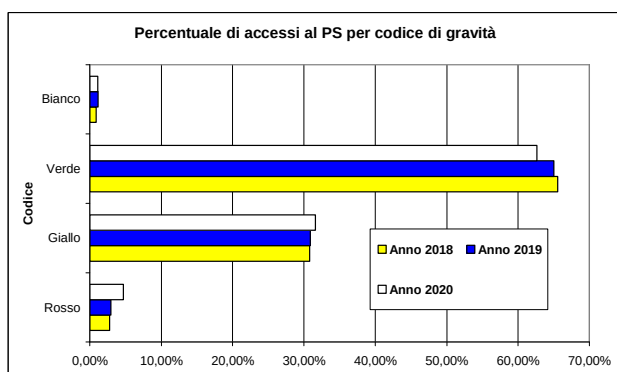
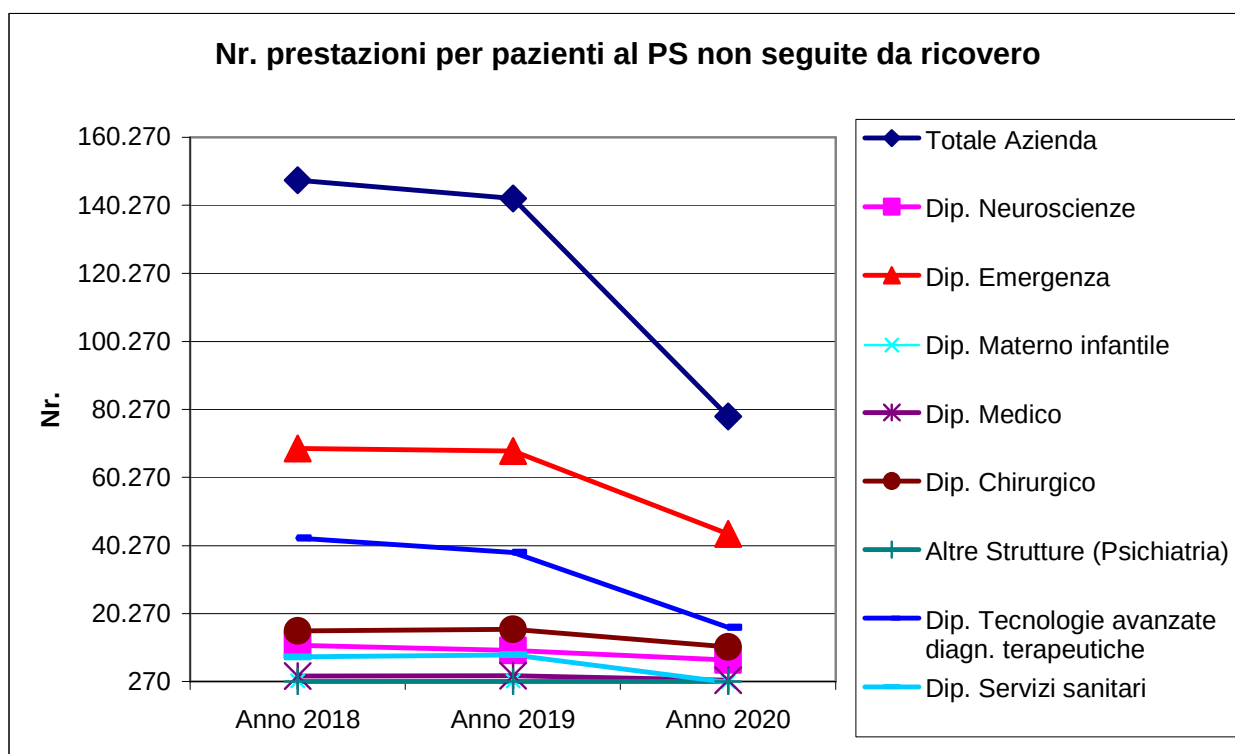
Ricoveri Diurni		Anno		
Ricoveri diurni		2018	2019	2020
Sicilia	Catania	73,92%	73,22%	74,95%
	di cui città	25,70%	24,77%	24,91%
	di cui provincia	48,22%	48,45%	50,05%
	Agrigento	1,71%	2,30%	1,78%
	Caltanissetta	4,61%	5,41%	4,33%
	Enna	3,86%	4,29%	3,70%
	Messina	3,69%	2,50%	2,37%
	Palermo	0,58%	0,32%	0,27%
	Ragusa	3,08%	3,01%	3,38%
	Siracusa	7,55%	8,16%	7,85%
	Trapani	0,03%	0,13%	0,09%
	Totale Sicilia	99,04%	99,33%	98,72%
	Altre provincie italiane	0,75%	0,51%	1,19%
	Esteri	0,21%	0,16%	0,09%
	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 2020 e all'attività di ricovero ordinario, le Unità Operative con indice di attrazione extraprovinciale più elevato sono state il Centro Grandi Ustionati (62,5% dei pazienti dimessi, soprattutto dalla

provincia di Siracusa), le Malattie toraco polmonari ed endoscopia (48% dei pazienti dimessi, soprattutto dalla provincia di Siracusa), la Chirurgia plastica ad indirizzo oncologico (46% dei pazienti dimessi, soprattutto dalla provincia di Enna), l'Unità spinale unipolare (45% dei pazienti dimessi, soprattutto dalla provincia di Siracusa), l'Otorinolaringoiatria (43% dei pazienti dimessi, soprattutto dalla provincia di Caltanissetta), la Neurochirurgia (40% dei pazienti dimessi, soprattutto dalla provincia di Ragusa) e la Chirurgia toracica (40% dei pazienti dimessi, soprattutto dalla provincia di Siracusa).







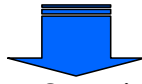
I grafici esposti mostrano che nell'anno 2020, come evidente effetto della pandemia, è diminuito l'accesso alle cure ospedaliere -al PS e nelle forme di ricovero ordinario e diurno nonché alle prestazioni ambulatoriali e in Day Service. Sempre nell'ultimo anno, è aumentato il peso medio dei ricoveri ordinari, segno che l'accesso in ospedale è stato riservato per le patologie più gravi. L'ultimo grafico mostra, peraltro, 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 2020-2022*, 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 2020-2022 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 2020, 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.

I risultati riportati sulle schede di budget sono stati condivisi con i responsabili delle Unità Operative con nota prot. nr. 7852 del 5/5/2021 prima della trasmissione all'OIV per i conseguenti adempimenti legati alla corresponsione del Fondo di risultato per la dirigenza e della Produttività collettiva per il comparto.

Area Strategica 1: GOVERNO CLINICO

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

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

o Obiettivo operativo 1.1.1: Tempestività interventi a seguito frattura femore

L'obiettivo, assegnato all'Unità operativa di Ortopedia in termini di esecuzione dell'atto chirurgico, mira ad assicurare, nel più breve tempo possibile, ovvero entro 0-2 giorni dal ricovero, il trattamento chirurgico in seguito a frattura del femore a pazienti al di sopra dei 65 anni. Il target posto dall'assessorato è pari al 94,3%. Il valore raggiunto dall'Unità Operativa è stato pari a

89,14%, nella fascia alta del range di raggiungimento dell'obiettivo posto dall'Assessorato (60%-94,3%).

o **Obiettivo operativo 1.1.2: Riduzione incidenza parti cesarei**

L'obiettivo, assegnato all'Unità operativa di Ostetricia e Ginecologia, mira a ridurre l'incidenza dei parti cesarei facendo riferimento a quelli primari. L'obiettivo posto dall'Assessorato si intendeva raggiunto se l'incidenza non superava il 25%. Il risultato aziendale, in termini di tasso grezzo, è stato pari al 28,04%. La direzione aziendale ha inteso considerare raggiunto al 95% l'obiettivo in ragione del fatto che l'aggiustamento da parte dell'Assessorato comporterà una significativa riduzione dello stesso.

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

L'obiettivo concernente la percentuale di PTCA a seguito di episodi di IMA ST-elevation prevedeva un target posto dall'Assessorato superiore al 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'U.O.C. di UTIC e dell'U.O.S.D. di Emodinamica è stato pari a 87,38%.

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

L'obiettivo riguarda la percentuale di colectomia laparoscopica con degenza entro tre giorni rispetto al totale di colectomia laparoscopica. Il valore obiettivo posto dall'Assessorato era pari al 95,3% con una soglia minima di riferimento del 70%. Il valore raggiunto dall'U.O.C. di Chirurgia generale e dell'U.O.S.D. di Chirurgia epatobiliare mininvasiva è stato pari a 87,50%.

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

o **Obiettivo operativo 1.2.1: 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.

o Obiettivo operativo 1.2.2: Raggiungimento di standard di qualità

Con riferimento agli obiettivi del Piano nazionale Esiti, alle Unità Operative di Chirurgia generale, Chirurgia generale ad indirizzo senologico multidisciplinare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare, Ginecologia e Ostetricia, Medicina, Neurochirurgia, Neurologia, Ortopedia, UTIC 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 21 Unità Operative è stato assegnato l'obiettivo di incremento del numero di pazienti ricoverati nel periodo Ottobre-Dicembre dell'anno 2020 rispetto all'analogo periodo dell'anno 2019. L'obiettivo, in ragione del decremento dell'attività e/o alla riduzione dei posti letto dovuto all'emergenza COVID 19 è stato stralciato per 7 Unità operative, in due casi il risultato è stato raggiunto al 67% e negli altri casi con percentuali superiori al 90%.

All'U.O.C. di Oncologia è stato assegnato l'obiettivo di Incremento dell'attività in Day service rispetto all'anno 2019 e l'obiettivo è stato pienamente raggiunto.

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

L'Unità operativa di Anestesia, rianimazione, terapia intensiva con trauma center ha effettuato prestazioni presso l'ambulatorio di Terapia del dolore mentre l'obiettivo di mantenimento dell'attività ambulatoriale OTI nel periodo Ottobre-Dicembre 2020 rispetto allo stesso periodo del 2019 è stato stralciato in ragione del decremento dell'attività legato all'emergenza COVID 19. Per la stessa Unità Operativa è stato stralciato anche l'obiettivo di mantenimento dell'attività

ambulatoriale preoperatoria in ragione del decremento dell'attività operatoria dovuto all'emergenza COVID 19.

Le Unità operative di Diagnostica per immagini, di Geriatria, di Medicina nucleare e PET, di Oncologia, di Radioterapia, di Trattamenti ambulatoriali in traumatologia, 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. L'unità operative di Medicina trasfusionale ha raggiunto al 94% l'obiettivo di raccolta di emocomponenti in aferesi.

L'Unità Operativa di Neuroradiologia ha incrementato il numero di prestazioni di Neuroradiologia interventistica, così come il trattamento della patologia vascolare malformativa encefalica e facciale.

L'Unità operativa di Anatomia Patologica ha eseguito 205 esami BRCA per pazienti affetti da carcinoma della mammella o carcinoma sieroso di alto grado dell'ovario.

L'Unità operativa Centrale Operativa 118 ha monitorato le eccedenze delle chiamate delle ambulanze esterne e ha effettuato il coordinamento regionale per i posti letto di rianimazione a disposizione nazionale.

L'U.O.S.D di Emodinamica ha regolarmente svolto l'attività di tenuta e verifica delle giacenze secondo la metodologia FIFO.

L'Unità operativa di Medicina nucleare e PET ha provveduto alla stesura della procedura per la gestione delle attività durante la pandemia da COVID 19 e ha sintetizzato il nuovo radio farmaco F-MISO nell'ambito della convenzione CNR-Policlinico.

L'Unità operativa di Nefrologia e dialisi ha incrementato il numero di biopsie renali in regime di ricovero rispetto all'anno 2019.

L'Unità operativa di Patologia clinica, come richiesto, ha inoltrato i controlli di qualità in Assessorato attraverso il CRQ Sicilia e ha effettuato 33.771 prestazioni per diagnosi di COVID 19 con tampone e con test sierologici.

L'Unità Operativa di Pediatria ha predisposto la procedura "Percorso COVID per il paziente pediatrico" e ha attivato l'ambulatorio di ecografia per pazienti esterni.

L'Unità Operativa di Pneumologia ha trattato il numero di pazienti richiesti per la riabilitazione post-COVID e ha completato il programma riabilitativo per i pazienti già in carico prima del lockdown.

L'Unità Operativa di Radioterapia ha superato il target indicato per ciò che concerne la percentuale di pazienti con tumore della prostata che si sottopongono a trattamento radioterapico con finalità radicale in modalità ipofrazionata.

L'U.O.S.D. di Risk management in pediatria nell'area materno infantile ha predisposto il PDTA "Gestione del paziente pediatrico con bronchiolite".

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 cinque obiettivi operativi individuati sono:

o Obiettivo operativo 2.1.1: Realizzazione dei P.A.C.

Nel corso dell'anno 2020 l'Azienda ha redatto e trasmesso, entro i termini previsti, all'Assessorato alla salute, i seguenti documenti: il Piano delle attività di audit 2020, il Piano triennale di audit 2020-2022, la Relazione in materia di Risk assessment anno 2019 e il Report risk assessment anno 2019. In ossequio alle direttive assessoriali, l'internal audit aziendale ha adottato una metodologia di lavoro basata sull'analisi dei processi e delle procedure aziendali relativi alle aree P.A.C. già definite alla data del 30 novembre 2016, individuando le aree aziendali maggiormente esposte al rischio ed ha trasmesso all'assessorato stesso la Griglia di rilevazione sullo stato di attuazione delle verifiche dell'internal audit e la Relazione esplicativa delle attività svolte dalla funzione Internal audit.

o Obiettivo operativo 2.1.2: Contenimento della spesa

I Settori Provveditorato e Tecnico hanno fatto ricorso, ove previsto, a gare gestite con sistemi telematici quali CONSIP, MEPA.

Per quanto riguarda le attività del Settore Risorse umane, nel corso dell'anno 2020, 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.

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

Il Settore Economico Finanziario e Patrimoniale ha regolarmente predisposto la contabilità analitica ALPI e la ripartizione dei compensi nel rispetto del Regolamento aziendale.

o **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.

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

Il Settore Provveditorato ha rendicontato al competente Assessorato regionale della salute l'utilizzo delle somme stanziare per "Acquisizione attrezzature per area emergenza" per il quale non sono presenti somme residue.

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:

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

o **Obiettivo operativo 3.1.2: Realizzazione delle azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale**

Nell'ambito delle azioni previste dal Piano, l'Unità Operativa Staff della Direzione Aziendale, per ciò che concerne l'area della Sicurezza dei pazienti, ha monitorato gli eventi sentinella implementando il flusso SIMES.

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 Vittorio Emanuele di Catania.

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

L'Unità Operativa Staff della Direzione Aziendale ha puntualmente rilevato ed analizzato gli indicatori per il monitoraggio degli Esiti.

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

o **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 sub obiettivi loro assegnati sono stati tutti pienamente raggiunti.

o **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.

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

Gli obiettivi assegnati all' Unità Operativa di Anestesia, rianimazione, terapia intensiva con trauma center sono stati stralciati a causa della pandemia COVID e delle difficoltà oggettive delle attività di procurement.

La stessa Unità Operativa ha organizzato un solo corso di formazione a fronte dei due richiesti.

o Obiettivo operativo 3.2.4: Prescrizioni in forma dematerializzata

L'obiettivo stabilito dall'Assessorato prevedeva che almeno il 45% dei medici abilitati prescrivessero ricette in forma de materializzata e che ci fossero mediamente almeno 120 prescrizioni per medico abilitato. Nel corso dell'anno 2020 il 50,3% dei medici abilitati ha prescritto ricette in forma de materializzata con una media di 156 prescrizioni per ognuno di essi.

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

Con riferimento all'aggiornamento delle informazioni pubblicate sulla pagina di ogni Unità Operativa sul sito web istituzionale, tutte le U.O. hanno regolarmente provveduto.

o Obiettivo operativo 3.2.6: Gestione del sovraffollamento del P.S.

Secondo quanto previsto dal Sistema Obiettivi di Salute e Funzionamento, la gestione del sovraffollamento nel PS è stata regolarmente monitorata.

o Obiettivo operativo 3.2.7: Fascicolo Sanitario Elettronico

Per ciò che concerne le Unità Operative Cardiologia, Gastroenterologia, Diagnostica per immagini, Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione, Medicina nucleare e PET, Nefrologia, Neuroradiologia, Unità spinale unipolare, l'obiettivo stato ritenuto raggiunto al 50% in quanto hanno trasmesso in ritardo i consensi richiesti. Per quanto riguarda l'UTIR, l'obiettivo è stato stralciato atteso che nel periodo di osservazione è stata attivata la Pneumologia COVID diretta dal responsabile dell'UTIR e, causa pandemia COVID, l'UTIR non ha trattato pazienti per i quali era possibile acquisire il consenso al FSE (polisonnografia). In tutti gli altri casi l'obiettivo di acquisizione dei consensi nel periodo Ottobre-Dicembre è stato pienamente raggiunto.

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

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

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

L’Unità operativa Neuroradiologia non ha raggiunto l’obiettivo legato al caricamento delle prestazioni sul flusso C.

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

L’Unità operativa Centrale operativa 118 ha realizzato corsi di formazione BLSD e corsi di formazione per le maxiemergenze.

L’Unità Operativa di Malattie infettive ha organizzato 4 corsi di formazione su procedure per la prevenzione di SARS COV 2.

L’U.O.S.D. di Risk management in pediatria nell’area materno infantile, come richiesto, ha predisposto atti e proposte per progetti formativi ACLS e PALS.

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

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

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, D e P per il periodo Ottobre-Dicembre e 2) Tempo medio dei tempi di attesa per i codici con priorità U inferiore alle 72 ore per il periodo Ottobre-Dicembre.

Con riferimento al primo obiettivo che è stato assegnato a 20 Unità Operative, il risultato è stato raggiunto da 15 Unità Operative, in 3 Unità operative il risultato è stato superiore al 91% e per due Unità Operative il risultato è stato Non Applicabile.

Con riferimento al secondo obiettivo che è stato assegnato a 20 Unità Operative, il risultato è stato pienamente raggiunto da 13 di esse, in 3 casi la valutazione è superiore al 91% e in 4 casi la valutazione è Non Applicabile

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:

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

Le analisi condotte in relazione ai risultati derivanti dal controllo delle cartelle riferite al primo semestre dell'anno 2020, hanno mostrato una appropriatezza che per 11 delle Unità operative esaminate è stata superiore al 90%, per 6 è compresa fra il 70% e l'80%, in un caso è pari al 50% e in un caso non sono state richieste cartelle da esaminare.

- o **Monitoraggio degli eventi avversi a farmaci nell'ambito della farmacovigilanza**

L'Unità operativa di Oncologia ha segnalato all'Unità Operativa di Farmacia 7 eventi avversi.

- o **Monitoraggio dei near misses**

L'Unità operativa di Medicina trasfusionale ha trasmesso 3 near misses all'U.O. Rischio clinico e alle UU.OO. interessate.

L'Unità operativa di Medicina generale ha effettuato il monitoraggio dei near misses, degli errori e degli eventi sentinella e ha partecipato ad audit in collaborazione con il Rischio clinico aziendale.

o Screening per la ricerca di SARS COV 2

L'Unità operativa di Malattie infettive ha provveduto a screenare tutto il personale dell'Azienda ospedaliera Cannizzaro.

Unità Operativa Complessa Farmacia:

o 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 di Farmacia ha effettuato un controllo costante del livello degli ordini di fornitura emessi ed il carico delle bolle di accompagnamento con valorizzazione dell'importo ordinato, di quello arrivato e di quello residuo.

o Modalità di dispensazione dei DPI nell'attuale scenario emergenziale SARS_COVID 19

L'Unità Operativa di Farmacia ha attivato uno sportello front-office per la distribuzione di DPI, distribuzione quotidiana degli stessi e monitoraggio di richieste e consumi.

Unità Operative Complesse Amministrative:

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

Il Settore Provveditorato ha espletato procedure di gara attraverso l'utilizzo del MEPA o di NET4Market.

Per ciò che concerne il Settore Tecnico, l'obiettivo è stato stralciato dalla Direzione aziendale per circostanze non ascrivibili al settore stesso.

Settore Economico Finanziario e Patrimoniale:

o Monitoraggio economico: Verifica puntuale dello stato passivo dell'Azienda e verifica dei budget

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

o Monitoraggio economico in relazione alla pandemia SARS COV2: Puntuale rendicontazione dei costi sostenuti in relazione all'emergenza da SARS COV2 inclusa

la rendicontazione del CE COVID

Il Settore ha creato appositi “codici progetto” e ha redatto i CE COVID trimestrali.

o 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 e ha predisposto report trimestrali per il calcolo dell’Indice di tempestività dei pagamenti (ITP).

Settore Tecnico:

o Verifica costante della manutenzione strutturale di edifici ed impianti:

Il Settore ha redatto, come richiesto, una relazione con riferimento allo stato degli interventi effettuati su strutture ed impianti nonché sulla verifica delle corrette modalità di esecuzione del contratto.

Settore Risorse umane:

o Gestione procedura di reclutamento dirigente medico di varie discipline (Malattie infettive, MCAU, Anestesia e Rianimazione)

Il Settore ha espletato e completato le procedure di reclutamento ed ha proceduto alla nomina ed assunzione in ruolo dei vincitori.

I risultati – La performance individuale

Al fine di procedere alla valutazione delle performance individuali per l'anno 2020, è stato utilizzato il modello di scheda già in uso per la valutazione relativa agli anni precedenti.

Anche per l'anno 2020 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 2021.

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 2020.

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 1.203 schede individuali. L'esame dei punteggi ha evidenziato che il 95,51% degli stessi appartiene alla fascia compresa tra 23 e 25, il 2,58% ha un punteggio compreso tra 16 e 22 e il restante 1,91% ha un punteggio inferiore o uguale a 15 o non è valutabile a causa di assenze a vario titolo; sei dipendenti contestano o comunque non concordano con la valutazione ricevuta; ma in un solo caso la richiesta di conciliazione è stata accettata secondo il regolamento ed è stata espletata con il passaggio del punteggio da 22 a 23.

Per quanto riguarda la dirigenza, le schede di valutazione individuale trasmesse alla STP sono state 414. Il 96,86% ha raggiunto un punteggio compreso tra 18 e 20, il 3,14% presenta un punteggio compreso tra 15 e 17 o non è valutabile a causa di assenze a vario titolo. In due casi, all'interno della stessa Unità Operativa, 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 60% e il 100%, con un risultato inferiore al 90% per sei delle 44 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	414	02/2021	NO	X		
Dirigenti di II fascia e assimilabili						
Non dirigenti	1.203	02/2021	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	401	9	-
Dirigenti di II fascia e assimilabili			
Non dirigenti	1.149	31	8

Nota: relativamente al personale Dirigente, 15 casi sono stati di schede con punteggio NV mentre relativamente al personale non Dirigente, i casi di schede NV sono stati 4.

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 2020 non è stato ancora redatto e quindi i dati sono tratti dal modello CE relativo al IV trimestre 2020:

	Consuntivo		
	Anno 2020 (CE IV trimestre)	Anno 2019	Anno 2018
Valore della produzione (AZ9999)	184.190	205.472	199.958
Costi della produzione (BZ9999)	202.733	199.451	196.163
Differenza	-18.543	6.021	3.795
Proventi e oneri finanziari (CZ9999)	-144	-372	-555
Proventi e oneri straordinari (EZ9999)	-164	627	2.933
Imposte e tasse (YZ9999)	6.396	6.275	6.172
Risultato di esercizio (ZZ9999)	-25.248	0	1

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, per gli anni 2018 e 2019, dalla Tabella “A” trasmessi annualmente dall’Assessorato e riportante i valori da utilizzare per popolare i modelli consuntivi mentre per l’anno 2020 sono desunti dalla contabilità analitica non essendo ancora stata fornita la tabella stessa:

Flussi (valori in migliaia di euro)	Anno 2020	Anno 2019	Anno 2018
A	81.967	89.711	83.998
SDAO	2.081	3.157	2.540
C	16.317	17.446	17.389
F	12.350	14.580	15.518
T	4.121	3.660	4.731

Pari opportunità e bilancio di genere

L'allegato 2 del *Piano della Performance 2020-2022* 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)	50,68
Età media dei dirigenti (anni)	51,57
% di dipendenti in possesso di laurea	43,96%
% di dirigenti in possesso di laurea	100,00%

Benessere organizzativo	
Indicatori	Valore
Numero medio di giorni di ferie	36,01
Numero medio di giorni di assenza per malattia retribuita	12,03
Numero medio di giorni di formazione del personale dirigente	0,56

Analisi di genere	
Indicatori	Valore
% di dirigenti donne	39,75%
% di donne rispetto al totale del personale	47,12%
Età media del personale femminile dirigente	48,85
Età media del personale femminile non dirigente	49,88
% di personale donna laureato rispetto al totale personale femminile	38,64%

Il personale in totale è equamente diviso tra i due sessi (46 % uomini, 54% donne) mentre a livello dirigenziale permane ancora una maggiore presenza di personale maschile (59% uomini, 41% donne) che diventa nettamente prevalente a livello apicale (solo il 22% 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 (39,97%) sono altresì in misura inferiore rispetto all'analogo valore calcolato tra gli uomini che risulta essere pari al 50,96%.

Con riferimento alle giornate di assenza per la formazione, per il sesso maschile se ne rilevano 0,14 pro capite a fronte di un valore pari a 0,23 pro capite per il sesso femminile. Rispetto al totale dei giorni di assenza, quelle del personale maschile dedicato alla formazione rappresentano lo 0,22% del totale mentre quelle del personale femminile lo 0,30%.

La distribuzione per età del personale mostra una presenza maggiore nelle fasce più elevate (per entrambi i sessi la classe modale 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 2020, è stato segnato dalle fasi di seguito descritte.

- Redazione del Piano della Performance 2020-2022
- 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	https://www.ospedale-cannizzaro.it/amministrazione-trasparente/performance/doc-sistema-di-misurazione-e-valutazione/regolamento-performance-2018.pdf
Piano della performance 2020-2022	deliberazione n. 358 del 30/01/2020	deliberazione n. 2347 del 2/9/2019	https://www.ospedale-cannizzaro.it/amministrazione-trasparente/performance/piano/piano2020/Piano-performance-2020-2022.pdf
Piano Triennale Prevenzione Corruzione 2020-2022	deliberazione n. 375 del 30/01/2020		https://www.aocannizzaro.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/anticorruzione/ptpc-aoc-2020-22.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.