



AZIENDA OSPEDALIERA PER L'EMERGENZA CANNIZZARO DI CATANIA

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2016

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

ADOTTATA CON DELIBERAZIONE N. 1816 DEL 15/06/2017

INDICE

<i>Premessa.....</i>	<i>3</i>
<i>Le informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni</i>	<i>5</i>
<i>Gli obiettivi del piano della performance</i>	<i>6</i>
<i>I risultati – La performance organizzativa</i>	<i>7</i>
<i>I risultati – La performance individuale.....</i>	<i>20</i>
<i>Il processo di redazione della Relazione sulla performance</i>	<i>23</i>

Premessa

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

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

Il *Piano della performance 2016-2018* dell'Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro di Catania è stato adottato con deliberazione n. 145 del 28/01/2016 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. Lo stesso è stato integrato con deliberazione n. 588 del 11/03/2016.

Esso comprende:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi contenuti, ai sensi dell'articolo 10, comma 4, del già citato decreto;
- 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, 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

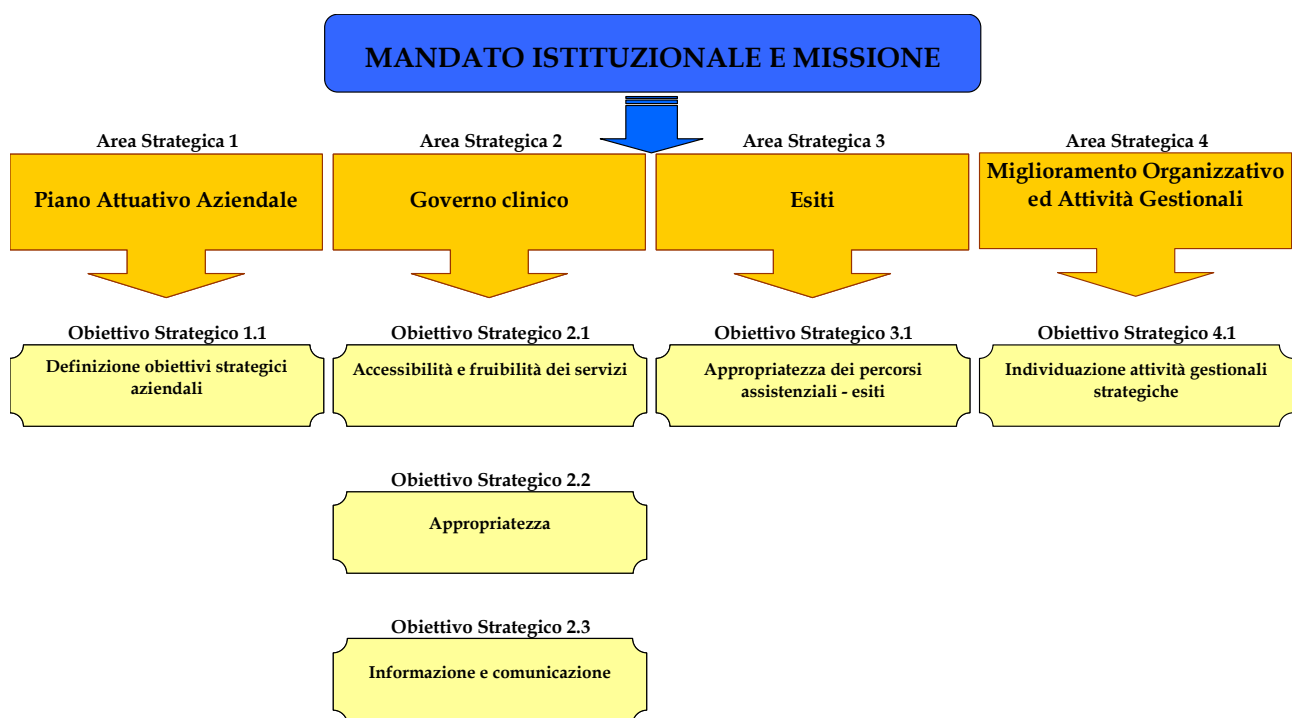
Il già citato *Piano della performance 2016-2018* dell'Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro di Catania contiene all'interno della Sezione 2 la descrizione dell'Azienda in termini di competenze presenti, delle attività che in essa si svolgono, della tipologia di prestazioni erogate, delle modalità di sviluppo dell'azione aziendale nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione regionale e dai rapporti di collaborazione instaurati con le altre aziende sanitarie.

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

Gli obiettivi del piano della performance

Nel mese di luglio dell'anno 2014, l'Assessorato della Salute della Regione Siciliana ha assegnato gli obiettivi alle Aziende sanitarie della stessa con un orizzonte temporale valido sino al 31/12/2015. Nel corso dell'anno 2015, e più precisamente nel mese di marzo, si è assistito al passaggio, all'interno dell'Azienda, dalla precedente gestione commissariale all'attuale gestione che ha visto l'insediamento del nuovo Direttore Generale. Ciò ha comportato l'attribuzione di nuovi obiettivi con un orizzonte temporale valido sino al 30/09/2016.

Con riferimento a tali obiettivi e alle normative vigenti in termini di controllo dell'inappropriatezza dei ricoveri, di controllo e revisione della spesa, di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni, è stato costruito l'albero della performance presentato nel Piano della Performance 2016-2018 e di seguito rappresentato per ciò che concerne le aree strategiche e gli obiettivi strategici:



I risultati – La performance organizzativa

La presente Relazione evidenzia, a consuntivo, per l'anno 2016, 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: PIANO ATTUATIVO AZIENDALE

All'interno di tale Area è stato individuato l'obiettivo strategico **“Definizione obiettivi strategici aziendali”** e gli obiettivi operativi di seguito descritti.

o Obiettivo operativo 1.1.1: Redazione e approvazione del Piano Attuativo Aziendale

Il documento, condiviso con i Direttori generali delle aziende Ospedaliere e dell'ASP di Catania, è stato adottato dall'ASP di Catania con delibera n. 3020 del 7/10/2016 e successivamente trasmesso in Assessorato.

o Obiettivo operativo 1.1.2: Realizzazione delle azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale

Per quanto concerne le Reti assistenziali, l'AO Cannizzaro sede HUB per l'Emergenza e da diversi anni capofila per il percorso del politrauma, ha promosso ogni iniziativa utile al raggiungimento degli obiettivi fissati e precisamente:

- condivisione con i referenti per il politrauma delle Aziende SPOKE, di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il paziente politraumatizzato. A tal fine, sono state effettuate delle riunioni anche extra bacino della provincia di Catania; in particolare, va menzionata la riunione del 26/09/16 con i referenti per il politrauma delle Aziende Ospedaliere di Catania, Siracusa e Ragusa;
- evento formativo sul “percorso del politrauma”, condotto in data 21/12/2016 dal Prof Osvaldo Chiara, Responsabile SSD Trauma Team, Ospedale Niguarda Milano e rivolto ai dirigenti medici

affendenti ai Dipartimenti di Emergenza delle Aziende ospedaliere delle province di Catania, Siracusa e Ragusa.

Area Strategica 2: GOVERNO CLINICO

All'interno di tale Area sono stati individuati tre 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 “**Accessibilità e fruibilità dei servizi**” all'interno del quale l'obiettivo operativo individuato è:

o Obiettivo operativo 2.1.1: Riduzione dei tempi di attesa critici per l'espletamento delle prestazioni e la consegna dei referti alle U.O. dell'Azienda

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

Le Unità Operative di Diagnostica per immagini e Neuroradiologia, alle quali è stato assegnato l'obiettivo di riduzione dei tempi di attesa per l'espletamento delle prestazioni per pazienti ricoverati, hanno operato raggiungendo i rispettivi target temporali indicati. L'Unità Operativa di Anatomia patologica, ha contenuto i tempi di attesa per la consegna dei referti nei tempi posti come obiettivo. L'Unità Operativa di Audiologia e foniatria, per ciò che concerne i tempi di attesa per l'espletamento delle prestazioni (<30 giorni), ha pienamente raggiunto l'obiettivo assegnato (9 giorni). 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.

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

o Obiettivo operativo 2.2.1: 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 Strutture della stessa, a sottolineare la necessità del

contenimento del numero di ricoveri che potessero dar luogo a DRG inappropriati. Anche per l'anno 2016, l'obiettivo assegnato alle Unità Operative ha riguardato il rispetto del decreto Assessoriale 31/12/2013 allegato A. A consuntivo dell'anno 2016 l'Azienda ha mostrato un ulteriore miglioramento rispetto all'anno precedente in termini di riduzione di DRG a rischio di inappropriata erogati e di conseguente importo economico abbattuto. Con l'esclusione dell'U.O. di Otorino, il cui indice di appropriatezza dei ricoveri è stato pari all'86%, l'indice di appropriatezza dei ricoveri delle strutture è stato sempre superiore al 90%.

o **Obiettivo operativo 2.2.2: Contenimento del numero di ricoveri di un giorno erogati in regime ordinario**

Questo obiettivo è stato assegnato con l'intento di ridurre l'eventuale inappropriata di un ricovero in regime ordinario di un solo giorno che potrebbe essere meglio erogato in un diverso regime di ricovero. L'obiettivo del contenimento di tali ricoveri al di sotto del 5% del totale è stato assegnato alla Chirurgia generale (ex urgenza) che lo ha raggiunto.

o **Obiettivo operativo 2.2.3: Rispetto dei valori per i tradizionali indicatori di utilizzo**

Il target regionale prevede, per ciò che concerne il tasso di occupazione dei posti letto relativi a ricoveri in regime ordinario, un valore al di sopra dell'80%. L'Unità Operativa di Nefrologia si è fermata ad un valore pari al 76%.

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.

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

o **Obiettivo operativo 2.3.1: Tempestività, completezza e adeguatezza qualitativa dei flussi informativi**

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

Per ciò che concerne i tempi di caricamento delle SDO, l'Azienda ha continuato anche nell'anno 2016 l'opera di responsabilizzazione delle Unità operative. Pertanto, a tutte le Unità Operative che erogano prestazioni di ricovero in regime di degenza ordinaria è stato assegnato l'obiettivo di contenere entro i 10 giorni i tempi intercorrenti tra la dimissione degli assistiti e la registrazione informatizzata della SDO, ovvero la consegna alla Direzione Sanitaria mentre a tutte le Unità Operative che erogano prestazioni di ricovero in regime diurno è stato assegnato l'obiettivo di chiusura delle SDO annue entro il 15 gennaio dell'anno successivo.

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

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

Tra gli obiettivi assegnati nell'anno 2016 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.

o Obiettivo operativo 2.3.2: Valutazione e monitoraggio del sistema di ristorazione ospedaliera

L'Unità Operativa di Scienza dell'alimentazione e dietetica, sulla base degli obiettivi assegnati, ha provveduto alla predisposizione e somministrazione di questionari (22 UU.OO. e 138 pazienti) e verifica dei risultati in merito al sistema di ristorazione ospedaliera e ha svolto l'attività

di sorveglianza nutrizionale relativamente al monitoraggio degli "scarti" e alla eventuale prevalenza dei "digiuni" in degenti dell'area critica.

Area Strategica 3: ESITI

All'interno dell'area è stato individuato l'obiettivo strategico **“Appropriatezza dei percorsi assistenziali – esiti”** ed i seguenti obiettivi operativi:

o **Obiettivo strategico 3.1.1: 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 100%. Il valore raggiunto dall'Unità Operativa è stato pari al 70%, in netto miglioramento rispetto all'anno precedente. Inoltre, alle UU.OO. di Cardiologia, MCAU e Medicina fisica e riabilitativa è stata chiesta l'ottemperanza alle disposizioni del Decreto assessoriale 19/11/2015 (G.U.R.S. 18/12/2015) “Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore”. Tale obiettivo è stato parzialmente raggiunto dall'MCAU e pienamente raggiunto dalle altre due UU.OO..

o **Obiettivo strategico 3.1.2: Riduzione incidenza parti cesarei**

L'obiettivo, assegnato all'Unità operativa di Ostetricia e Ginecologia, mira a ridurre l'incidenza dei parti cesarei facendo riferimento a quelli primari. L'obiettivo posto dall'Assessorato si intendeva raggiunto se l'incidenza non superava il 20%. Il valore raggiunto dall'Unità Operativa, in termini di tasso grezzo è stato pari al 34,7%.

o **Obiettivo strategico 3.1.3: 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 all'80% e il valore raggiunto dall'Unità Operativa di Cardiologia, è stato pari all'86,96%.

o **Obiettivo strategico 3.1.4: Colecistectomia laparoscopica per calcolosi della colecisti nei casi non complicati**

L'obiettivo riguarda la percentuale di colecistectomia laparoscopica con degenza entro tre giorni rispetto al totale di colecistectomia laparoscopica. Il valore obiettivo posto dall'Assessorato era pari al 100% ed il valore raggiunto dall'Unità Operativa di Chirurgia generale (ex urgenza) è stato pari all'81,01%.

Area Strategica 4: MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO ED ATTIVITA' GESTIONALI

All'interno dell'area strategica è individuato l'obiettivo strategico “**Individuazione attività gestionali strategiche**” ed i seguenti obiettivi operativi:

o **Obiettivo operativo 4.1.1: Gestione autonoma dei nuovi flussi**

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 79 del D.L. n. 112/2008 e s.m.i., concernente i nuovi flussi regionali, l'Azienda ha consolidato tutte le procedure utili per la piena autosufficienza gestionale dei pilastri Personale e Beni e Servizi nonché del Flusso CRIL.

o **Obiettivo operativo 4.1.2: Miglioramento dell'utilizzo di DH e Day Service in regime di appropriatezza**

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

o **Obiettivo operativo 4.1.3: Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita**

Nel corso del 2016, in linea con quanto previsto dall'autovalutazione della check list su i punti nascita, sono stati aggiornati i protocolli operativi su i criteri di ricovero in T.I.N. e Patologia Neonatale e i relativi indicatori di monitoraggio. Per quanto riguarda la percentuale di neonati dimessi direttamente dalla Terapia Intensiva Neonatale sul numero totale dei pazienti ricoverati nella TIN al 31/12/2016, essa è stata pari al 5,23%, in linea con l'obiettivo regionale.

o **Obiettivo operativo 4.1.4: Redazione conforme e omogenea dei modelli LA**

L'Azienda ha predisposto il modello LA secondo le indicazioni fornite nell'ambito del “Progetto di miglioramento nella predisposizione dei modelli LA da parte delle aziende del SSR”. Il

modello è stato valutato completo in ogni sua parte, sia in relazione ai diversi livelli di assistenza che ai diversi costi sostenuti e coerente con i flussi informativi trasmessi.

o Obiettivo operativo 4.1.5: Utilizzo risorse PO-FESR

L'obiettivo, assegnato ai settori Tecnico e Provveditorato, prevedeva la trasmissione delle fatture quietanzate nella data indicata propedeutica alla certificazione. Tali Settori hanno trasmesso al Servizio 3 del Dipartimento della Pianificazione Strategica dell'assessorato della Salute tutte le fatture entro i termini stabiliti dai target di spesa assegnati.

o Obiettivo operativo 4.1.6: Contenimento della spesa

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

Per quanto riguarda le attività del Settore Gestione risorse umane, permanendo il divieto di effettuare assunzioni a tempo indeterminato, al fine di fronteggiare le carenze di organico e di garantire il mantenimento dei livelli assistenziali, sono state avviate e portate a compimento diverse selezioni pubbliche per il reclutamento di personale a tempo determinato, per la copertura di posti resisi vacanti o per la sostituzione di personale assente di diversi profili professionali. Il ricorso a tali assunzioni è sempre avvenuto nel rispetto dei posti vacanti nella dotazione organica e del tetto di spesa, la cui inderogabilità è stata sempre salvaguardata. Sono state attuate procedure per il reclutamento di Direttori di UU.OO. complesse.

Il Servizio di Farmacia si è adoperato in modo particolare per ciò che concerne il controllo della spesa di Materiale a scorta e materiale specialistico attraverso periodiche ispezioni presso le UU.OO. e la rilevazione delle rimanenze nei magazzini di reparto. Inoltre ha monitorato le richieste di acquisto di materiale specialistico e protesico attraverso analisi storiche degli acquisti e calcoli dei reali fabbisogni.

o Obiettivo operativo 4.1.7: Libera professione intramuraria

Il Settore Economico Finanziario ha provveduto alla predisposizione del bilancio di previsione 2016/2017 della gestione separata ALPI.

Inoltre è stato avviato l'inserimento nel sistema informatico aziendale delle agende delle prestazioni ambulatoriali istituzionali, con la previsione dell'attività individuale di ciascun sanitario, ivi compresi coloro che svolgono attività libero professionale. In particolare, lo stesso criterio d'inserimento nel sistema informatico aziendale è stato adottato anche per l'ALPI "cosiddetta" allargata (Alpi Esterna), garantendo la tracciabilità del percorso: 1) Prenotazione → 2) Erogazione → 3) Pagamento e fatturazione

ALTRI OBIETTIVI NON INCLUSI NEL PIANO DELLA PERFORMANCE

La Direzione Aziendale, nella fase di contrattazione degli obiettivi di budget con le Unità Operative, ha attribuito alle stesse altri obiettivi che non erano stati previsti nel Piano della Performance e che sono di seguito descritti insieme con i risultati ottenuti.

Obiettivi assegnati alla Direzione Medica di presidio:

o Monitoraggio degli Eventi Sentinella: implementazione del flusso SIMES

Nel corso dell'anno 2016, è stato effettuato il monitoraggio degli eventi sentinella, inviati al Ministero della Salute con il flusso SIMES. Inoltre, sono stati condotti gli audit previsti ed i relativi dati sono stati inseriti nell'apposito software NSIS..

o Monitoraggio della corretta compilazione delle schede del dolore, della check list di sala operatoria, rischio caduta, TEV e antibiotico profilassi all'interno delle cartelle cliniche delle UU.OO.

Il Nucleo Operativo di Controllo (NOC) aziendale ha effettuato appositi controlli sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria ed in particolare è stata verificata la corretta compilazione delle schede del dolore, della check list di sala operatoria, del rischio caduta, TEV ed antibiotico profilassi, previste dal D.A. n. 431 del 16/03/2016, concernente il P.A.C.A. (Piano Annuale dei Controlli Analitici).

o Monitoraggio degli atti relativi agli obiettivi del direttore Generale

In ottemperanza alle disposizioni del Dipartimento regionale per la Pianificazione strategica e del Dipartimento per le Attività sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico, nel corso dell'anno 2016 sono state monitorate le attività previste dagli obiettivi di salute e funzionamento e, periodicamente, predisposte relazioni di verifica.

Obiettivo assegnato al settore Provveditorato:

o Liquidazione fatture pregresse per contenzioso Farmafactoring: Riduzione dell'esposizione debitoria dell'azienda

Il settore ha provveduto alla riduzione dell'esposizione debitoria dell'Azienda.

Obiettivi assegnati al settore Tecnico:

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

Nel corso dell'anno 2016 sono state esperite procedure di gara ad evidenza pubblica per l'affidamento e la realizzazione di interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria.

o Aggiornamento costante del portale della trasparenza a attività legate all'anticorruzione

In ottemperanza alla normativa vigente e alle disposizioni contenute nel D.L.vo 25/5/2016 e nel Piano Nazionale Anticorruzione 2016, è stato effettuato un costante aggiornamento del portale della trasparenza, è stato redatto il Piano triennale di prevenzione della corruzione, è stato approvato il Piano formativo aziendale in materia di controlli di legalità e trasparenza, sono stati organizzati eventi formativi in materia.

Obiettivi assegnati al settore Gestione risorse umane, sviluppo organizzativo e relazioni sindacali:

o Atti conseguenti l'approvazione della Dotazione organica: Reclutamento del personale

In seguito all'approvazione della dotazione organica dell'Azienda, permanendo il divieto di procedere alla copertura di posti vacanti fino alla riorganizzazione della rete ospedaliera, sono state attuate procedure per il reclutamento di personale a tempo determinato e, su espressa autorizzazione in deroga da parte dell'Assessorato Regionale della Salute, per la direzione di strutture complesse

Obiettivi assegnati al settore Affari Legali e contenzioso:

o Attività propedeutica al reclutamento delle figure di loss adjuster e/o medico legale ai fini della nuova composizione del CAVS di cui alla Delibera Giunta Regionale del 04.03.15: Acquisire il supporto tecnico-qualitativo per la gestione dei sinistri sia in seno al CAVS che in fase giudiziale, onde consentire la sistematica tenuta delle sedute con cadenza almeno settimanale

Il Servizio Legale e contenzioso ha ottenuto dai tribunali del distretto della Sicilia orientale l'elenco dei loss aduste e dei medici legali (in quanto le prime figure non erano esaustive per le

attività da svolgere) e successivamente ha predisposto tutti gli atti per il conferimento degli incarichi.

o **Avvio delle procedure stragiudiziali per la riscossione dei crediti dell'Azienda: Tentativo di recupero bonario delle somme dovute da terzi all'Azienda**

Il Servizio Legale e contenzioso ha avviato le procedure per la riscossione e gran parte del debito indicato dal Settore Economico finanziario è stato recuperato.

o **Miglioramento del funzionamento del CUP: Riduzione delle lamentele da parte degli utenti inerenti la celerità nelle risposte telefoniche ed accesso alle prenotazioni**

Nel corso dell'anno 2016 sono stati introdotti due nuovi canali per le prenotazioni ambulatoriali, attraverso la messa a disposizione degli utenti di un numero di fax e di un indirizzo mail dedicato. Ciò ha comportato una notevole riduzione delle lamentele da parte degli utenti. In merito alla scarsa celerità delle risposte telefoniche ed alla difficoltà di accesso alle prenotazioni.

Obiettivi assegnati a diversi Settori:

o **Adeguamento alla normativa vigente delle procedure di gara: Attuazione nuovo codice degli appalti**

In conseguenza all'entrata in vigore del nuovo codice dei contratti pubblici, il Settore Provveditorato ed il settore Tecnico hanno adeguato le procedure di competenza alle nuove disposizioni.

o **Adozione dei P.A.C.: Azioni previste nel cronoprogramma del PAC approvato dalla Regione**

Il Settore Provveditorato ed il Settore Economico finanziario e patrimoniale hanno rispettato tutti gli adempimenti previsti dal crono programma per la realizzazione delle azioni previste nell'anno 2016.

Obiettivi assegnati alla Farmacia:

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

Il Servizio di Farmacia ha attivato una procedura di controllo al fine di verificare costantemente il livello degli ordini di fornitura emessi ed il rispettivo carico delle bolle di

accompagnamento, valorizzando gli importi ordinati, arrivati e residui. Il personale, inoltre, è stato impegnato nel recupero delle bolle attraverso contatti con le ditte fornitrici e con il personale dei vari reparti.

Obiettivo assegnato a diverse Unità Operative 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 hanno mostrato una appropriatezza compresa tra il 70% ed il 100%.

Obiettivo assegnato alla Anestesia e rianimazione:

- o **Incremento del numero di osservazioni di morte cerebrale rispetto all'anno 2015**

L'Unità Operativa ha effettuato 19 osservazioni di morte cerebrale a fronte delle 7 dell'anno precedente.

Obiettivi assegnati alla Medicina trasfusionale:

- o **Mantenimento del numero/peso di sacche conferite all'industria rispetto all'anno 2015: 6.210 sacche / 1.766 litri**

L'Unità Operativa ha conferito all'industria 6.479 sacche per un totale di 1.934 litri.

- o **Mantenimento, rispetto all'anno 2015, delle procedure da aferesi e dei prodotti: 627 procedure e 970 prodotti**

L'Unità Operativa ha effettuato 586 procedure e 893 prodotti.

- o **Cessione di piastrine ad altre Aziende: Mantenimento del valore registrato nell'anno 2015 (=145)**

Nel corso dell'anno 2016, l'Unità Operativa ha ceduto ad altre Aziende un numero di piastrine pari a 115.

Obiettivi assegnati alla Neuroradiologia:

- o **Mantenimento, rispetto all'anno 2015, del numero di prestazioni di Neuroradiologia interventistica e Interventistica spinale mininvasiva: 6.800 prestazioni**

Nel corso dell'anno 2016, l'Unità Operativa ha effettuato 7.433 prestazioni di neuroradiologia interventistica ed Interventistica spinale minivasiva

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

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

Obiettivo assegnato alla Radioterapia:

o Mantenimento del numero di prestazioni con tecniche speciali radioterapiche: 3.500 prestazioni

L'Unità Operativa ha pienamente raggiunto l'obiettivo in quanto il numero di tecniche speciali radioterapiche è aumentato, nell'anno 2016 del 55% rispetto al target assegnato.

Obiettivo assegnato a Cardiologia, MCAU, Medicina:

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

L'obiettivo è stato raggiunto da tutte le Unità Operative.

I risultati – La performance individuale

Al fine di procedere alla valutazione delle performance individuali per l'anno 2016, è stato utilizzato il modello di scheda già in uso per la valutazione relativa agli anni precedenti.

Anche per l'anno 2016 il processo di valutazione ha previsto che i Responsabili di Strutture complesse (Valutatori di prima istanza) valutassero il personale afferente alla Struttura da loro diretta attraverso una procedura da svolgere in contraddittorio con il valutato che si conclude con la firma della scheda da parte di entrambi. E' prevista la possibilità da parte del valutato di non concordare con la valutazione ricevuta e ciò può comportare, qualora il punteggio complessivo sia inferiore al 90% del punteggio massimo teorico e il valutato ne faccia esplicita richiesta, l'avvio della procedura di conciliazione .

Il processo di valutazione individuale si è concluso nei primi mesi dell'anno 2017.

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 2016.

Sulla base di accordi intercorsi con le Organizzazioni Sindacali, la Direzione Aziendale ha individuato una “fascia alta” di merito che riguarda i dipendenti che raggiungono una valutazione superiore al 90% del massimo punteggio teorico ottenibile, che nel caso della dirigenza corrisponde ad un punteggio pari a 18/20 e nel caso del comparto ad un punteggio pari a 23/25.

Per ciò che concerne i risultati della valutazione del personale del comparto, sono state valutate 1.157 schede individuali. L'esame dei punteggi ha evidenziato che il 94,1% appartiene alla fascia alta di merito –tra 90% e 100%-, il 2% ha un punteggio compreso tra il 60% e l'89% e il restante 4,4% ha un punteggio inferiore al 60% o non è valutabile a causa di assenze a vario titolo; quattro dipendenti hanno chiesto l'attivazione della procedura di conciliazione.

Per quanto riguarda la dirigenza, sono state presentate 471 schede di valutazione individuale. Il 95,3% ha raggiunto un punteggio appartenente alla fascia alta ovvero tra il 90% e il

100%, il 4,7% presenta un punteggio compreso tra il 60% e l'89%. In nessun caso è stata chiesta l'attivazione della procedura di conciliazione.

La capacità di differenziare le valutazioni dei propri collaboratori da parte dei valutatori di prima istanza in alcuni casi è stata variabile anche se generalmente appiattita nella fascia alta di valutazione.

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 68% e il 100%, con un risultato inferiore al 90% per quattordici delle 45 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	471	02/2017	NO	X		
Dirigenti di II fascia e assimilabili						
Non dirigenti	1.157	02/2017	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	449	22	
Dirigenti di II fascia e assimilabili			
Non dirigenti	1089	33	35

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

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

Tabella 4: “Obblighi dirigenziali”

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

Il processo di redazione della Relazione sulla performance

La presente Relazione costituisce il documento conclusivo del ciclo di gestione della performance che, per l'Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro, relativamente all'anno 2016, è stato segnato dalle fasi di seguito descritte.

- Redazione del Piano della Performance 2016-2018
- Implementazione del processo di budget con assegnazione degli obiettivi alle Strutture complesse dell'Azienda
- Valutazione delle performances organizzative ed individuali

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

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

Documento	Data di approvazione	Data ultimo aggiornamento	Link documento
Sistema di misurazione e valutazione della performance	deliberazione n. 3473/CS del 11/12/2013	deliberazione n. 556/CS del 06/02/2015	http://www.aocannizzaro.it/amministrazione-trasparente/performance/doc-performance/regolamento-sistema-misurazione-performance.pdf
Piano della performance 2016-2018	deliberazione n. 145 del 28/01/2016	11/03/2016	http://www.aocannizzaro.it/amministrazione-trasparente/performance/piano/piano-della-performance-2016-2018.pdf
Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2016-2018	deliberazione n. 143 del 28/01/2016		http://www.aocannizzaro.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/allegati/pianoanticorruzione2016-2018aoc.pdf