



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

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2015

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

ADOTTATA CON DELIBERAZIONE N. 1308 DEL 07/06/2016

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>23</i>
<i>Il processo di redazione della Relazione sulla performance</i>	<i>26</i>

Premessa

Ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, 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 2015-2017* dell'Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro di Catania è stato adottato con deliberazione n. 414/CS del 30/01/2015 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 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.

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

Il già citato *Piano della performance 2015-2017* 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, una 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

Con riferimento agli obiettivi assegnati alle Aziende sanitarie del SSR per il periodo 2014-2015 dall'Assessorato regionale della Salute nel mese di Luglio 2014 e con riferimento 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 2015-2017 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 2015, 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

Prevede la redazione del documento di sintesi del Piano Attuativo Aziendale per l'anno 2015 e l'anno 2016 in linea con le indicazioni relative alle priorità evidenziate dal Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo (POCS) e dai LEA integrate dalle azioni non concluse nel 2014.

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 di sintesi del PAI 2015 dell'Area metropolitana di Catania è stato predisposto, condiviso dai Commissari Straordinari ed inviato in Assessorato dall'ASP di Catania entro i termini previsti dall'Assessorato (9/2/2015). L'Assessorato alla Salute con nota prot. n. 49729 del 16/06/2015 ha inviato alle Aziende Sanitarie i PAA 2015 modificati ed aggiornati. Successivamente l'ASP di Catania ha adottato il PAI con delibera n. 1898 del 13/08/2015 e lo ha notificato all'Assessorato e alla Conferenza dei Sindaci c/o Comune di Catania per l'acquisizione del previsto parere obbligatorio.

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

Relativamente ai capitoli del Piano per i quali l'Azienda è pienamente coinvolta, gli obiettivi indicati nel capitolo 9 “Neuroscienze” sono stati pienamente raggiunti. Per ciò che concerne il capitolo 10 “Gestione del politraumatizzato” l'Azienda ha svolto una decisa attività nei confronti

del personale con l'organizzazione di corsi per la defibrillazione precoce. Per quanto concerne l'attuazione dei corsi ATLS si è in attesa di disposizioni da parte dell'Assessorato.

Area Strategica 2: GOVERNO CLINICO

Prevede l'adozione di misure volte al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

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 e, in quest'ottica, ha anche provveduto alla digitalizzazione dei vetrini della routine diagnostica anatomo-patologica. 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 (21 giorni). L'Unità Operativa di Radioterapia aveva come obiettivo quello di contenere a meno di 60 giorni il tempo medio intercorrente tra la visita iniziale e l'inizio del trattamento per quanto riguarda la Radioterapia adiuvante postoperatoria e a meno di 30 giorni per quanto riguarda la Radioterapia curativa, palliativa/sintomatica, adiuvante preoperatoria. Nel primo caso il trattamento è iniziato dopo un tempo medio di attesa di 29 giorni e nel secondo caso dopo un

tempo medio di attesa di 14 giorni. L'Unità Operativa di Patologia clinica ha provveduto alla refertazione degli esami HBsAg ed HIV nelle 12 ore, così come richiesto.

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 2015, l'obiettivo assegnato alle Unità Operative ha riguardato il rispetto del decreto Assessoriale 31/12/2013 allegato A. A consuntivo dell'anno 2015 l'Azienda ha mostrato un evidente miglioramento rispetto all'anno precedente in termini di riduzione di DRG a rischio di inappropriatezza erogati e di conseguente importo economico abbattuto. Con l'esclusione di pochi casi (Medicina, Otorino), l'indice di appropriatezza dei ricoveri delle strutture è stato superiore all'85%.

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 inappropriatezza 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 ha raggiunto il valore del 4%.

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%. Le Unità Operative di Chirurgia toracica, Nefrologia e Senologia hanno pienamente raggiunto l'obiettivo loro assegnato.

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 2015 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 notevolmente 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.

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 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

Prevede l'adozione di misure volte ad ottenere appropriatezza e tempestività degli interventi con riferimento all'intervento chirurgico in seguito a frattura del collo del femore per pazienti over 65, all'incidenza dei parti cesarei primari, alla PTCA, ove necessita, in caso di infarto miocardico acuto e alla colecistectomia laparoscopica.

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 le 24 ore dall'ingresso in ospedale, 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 in termini di tasso “aggiustato” ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente è stato pari al 61,3%, in netto miglioramento rispetto all'anno precedente. Il risultato è stato raggiunto anche grazie al lavoro di ausilio svolto dal personale delle UU.OO. di Anestesia e rianimazione e di Cardiologia alle quali è stato assegnato lo stesso obiettivo in termini di attività degli anestesisti e di esecuzione di esami cardiologici pre-operatori.

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 "aggiustato" è stato pari al 25,17%.

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 pari al 100% mentre il valore raggiunto dall'Unità Operativa di Cardiologia, in termini di tasso "aggiustato" è stato pari al 78.4%.

o **Obiettivo strategico 3.1.4: 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 100% ed il valore raggiunto dall'Unità Operativa di Chirurgia generale (ex urgenza), in termini di tasso "aggiustato", è stato pari a 67,47%.

Area Strategica 4: PROGETTI DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO ED ATTIVITA' GESTIONALI

Prevede varie attività che richiedono una volontà di cambiamento organizzativo e gestionale specifico.

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 avviato 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: La valutazione della qualità delle strutture**

ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino

In ottemperanza a quanto previsto dal documento elaborato dal DASOE, concernente “la valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: criteri per la predisposizione dei piani di miglioramento”, la Direzione ha individuato il referente aziendale della Qualità per la gestione complessiva del processo, d’intesa con il Presidente del Comitato Consultivo.

Nel corso del primo semestre dell’anno 2015 è stato inoltre costituito apposito gruppo di lavoro coordinato dal Direttore Sanitario Aziendale e costituito da: Referente aziendale qualità, Responsabile Ufficio Tecnico, Referente Rischio Clinico, Collaboratore Sanitario Esperto della Direzione Medica di Presidio e componente del Comitato Consultivo.

Il suddetto gruppo di lavoro ha predisposto il piano di miglioramento dei punti critici riscontrati con la Check List nel corso del 2014. Tale Piano è stato presentato nel mese di Giugno 2015 al Comitato Consultivo, approvato da quest’ultimo ed adottato con delibera della Direzione Strategica in data 21/12/2015.

o Obiettivo operativo 4.1.3: Miglioramento dell’utilizzo di DH e Day Service in regime di appropriatezza

L’Azienda, in continuità con quanto già iniziato nel corso dell’anno 2014, 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 4.1.4: Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita

L’Assessorato ha richiesto che la percentuale di neonati dimessi direttamente dalla Terapia Intensiva Neonatale rispetto al totale dei dimessi dalla stessa e dalla Neonatologia risultasse inferiore al 10%. Il valore raggiunto dall’U.O. di neonatologia e UTIN è stato pari all’1,14%.

o Obiettivo operativo 4.1.5: 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 4.1.6: Utilizzo risorse PO-FESR

Per quanto riguarda il Settore Tecnico, l'obiettivo ad esso assegnato prevedeva la trasmissione delle fatture quietanzate nella data indicata propedeutica alla certificazione. Tale Settore ha 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 4.1.7: Contenimento della spesa

Il Settore Provveditorato ha rispettato i tetti di spesa previsti per l'acquisto di beni e servizi e contenuto le spese per beni economici.

Il Settore Gestione risorse umane, sviluppo organizzativo e relazioni sindacali, in linea con le disposizioni assessoriali, ha ottemperato alle disposizioni impartite per il rispetto dei limiti di spesa fissati dal D.L. 78/2010. 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.

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 4.1.8: Libera professione intramuraria

Il Settore Economico Finanziario ha provveduto alla predisposizione del bilancio di previsione 2016 della gestione separata ALPI. Inoltre ha reso attività di supporto ai funzionari dell'ASP di Catania nell'effettuazione dei controlli ispettivi presso gli studi esterni dei medici autorizzati al progetto "medico in rete" in attuazione al D.A. 603/2015.

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:

✓ Monitoraggio del processo di implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli Eventi Sentinella

In ottemperanza a quanto previsto dalle raccomandazioni assessoriali e dal capitolo 14 del Piano attuativo Aziendale, è stata adottata la Procedura per la gestione degli eventi sentinella; è stato effettuato il monitoraggio del processo di implementazione delle raccomandazioni ministeriali; sono stati effettuati corsi di formazione sulla gestione del rischio clinico e prevenzione degli eventi sentinella.

✓ Verifica standard di igiene nelle UU.OO. e negli spazi adiacenti: produzione di report mensili di controllo

Nel corso dell'attività ispettiva effettuata mensilmente dal personale medico della Direzione medica di presidio e da collaboratori professionali esperti, sono state compilate delle schede che hanno permesso di rilevare ambienti con grado di igiene e pulizia scarso e/o mediocre per i quali sono stati predisposti interventi di pulizia ordinaria e straordinaria.

✓ 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.

Ai sensi del D.A. del 6/5/2015, il Nucleo Operativo di Controllo (NOC) interno delle cartelle cliniche ha effettuato appositi controlli sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria.

Obiettivo assegnato al settore Provveditorato:

- ✓ **Attivazione delle procedure di gara per contratti in proroga non sovrapponibili a gare di bacino**

Nell'ambito della fornitura di Servizi ospedalieri, sono state recepite, concluse o avviate le procedure di rinnovo di diversi servizi quali Servizio Bar e distributori automatici, Derattizzazione, Vigilanza armata, Lavanolo, Smaltimento rifiuti, Gestione PET e Ciclotrone, Servizi ausiliari, Concessione gestione parcheggi.

Obiettivi assegnati al settore Tecnico:

- ✓ **Adeguamento normativa antincendio: atti propedeutici ed esecuzione dei lavori presso gli edifici F, E ed L**

Le attività di progettazione di adeguamento antincendio degli edifici F, E ed L sono state espletate con i professionisti incaricati ed il Comando provinciale dei vigili del fuoco al fine di acquisire il parere favorevole del Comando. Nel mese di Dicembre 2015, inoltre, è stata accolta la richiesta di rinnovo del certificato di prevenzione incendi del parcheggio multipiano.

- ✓ **Manutenzione di natura edilizia ed apparecchiature elettromedicali: predisposizione ed attuazione di interventi di natura ordinaria e straordinaria programmati**

Nel corso del 2015 sono state esperite gare per affidamento e realizzazione di interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria di natura edilizia e di servizi. Inoltre, per ciò che concerne le apparecchiature elettromedicali, in esito alle risultanze della gara consorziata avente per capofila l'AOU Policlinico-Vittorio Emanuele, ha avuto inizio il servizio triennale di manutenzione global service full risk.

- ✓ **Adempimenti legati alla prevenzione e sicurezza sul lavoro: puntuale osservanza della tempistica e delle competenze specifiche dettate da norme sulla prevenzione e sicurezza sul lavoro**

Nel corso del 2015 sono state poste in essere attività riguardanti le disposizioni dettate dal D.L.vo 81/2008 e s.m.i..

✓ **Adeguamento Centro P.M.A.: collaudo lavori ed attivazione nuovo Centro P.M.A.**

I lavori di realizzazione del nuovo centro di Procreazione Medicalmente Assistita sono stati ultimati e collaudati nel giugno del 2015 ed è stata acquisita la certificazione dell'accreditamento da parte dell'ASP.

Obiettivo assegnato al settore Economico finanziario e patrimoniale:

✓ **Puntuale osservanza termini adempimenti fiscali e contabili**

L'assolvimento degli obblighi fiscali (dichiarazione Unico ENC, dichiarazione IRAP, versamento acconti IRES, comunicazione dati IVA, versamenti IMU, certificazione unica per i lavoratori autonomi, dipendenti ed assimilati, modello 770/2015 semplificato) è avvenuto nel rispetto dei termini previsti dalla normativa di settore. Anche per ciò che concerne gli adempimenti contabili, ovvero l'approvazione del bilancio, la trasmissione dei modelli CE trimestrali, nonché il riscontro delle richieste pervenute dall'Assessorato, si è provveduto nel rispetto dei termini previsti.

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

✓ **Messa a regime del sistema di rilevazione presenze**

È stata attivata la nuova procedura di rilevazione delle presenze del personale dell'Azienda. Il programma acquistato dalla Zuccheti è stato messo a regime, sostituendo quello precedentemente in uso non più rispondente alle attuali prescrizioni normative. Si è provveduto ad interfacciare i movimenti relativi allo stato matricolare dei dipendenti con quelli corrispondente della procedura utilizzata per il trattamento economico.

✓ **Monitoraggio fondi aziendali. Atti consequenziali**

Il monitoraggio dei fondi aziendali è avvenuto in concomitanza con il pagamento mensile delle competenze stipendiali, posta la sussistenza della copertura economica delle indennità corrisposte.

Obiettivi assegnati al settore Affari Legali e contenzioso:

✓ **Procedura di definizione in via transattiva del contenzioso con la Società Farmafactoring e riduzione dell'esposizione debitoria dell'Azienda**

Il Servizio Legale e contenzioso ha proposto una negoziazione ai rappresentanti della Banca ma non si è ancora avuto esito. Al contempo, il contenzioso instaurato ha prodotto economie per l'Azienda ed il gruppo di lavoro aziendale è continuamente coinvolto nell'aggiornamento della posizione debitoria al fine di formulare ipotesi transattive ove si ritenesse ancora percorribile ed opportuna tale definizione.

✓ **Procedura di definizione in via transattiva del contenzioso con la Società Turisthotels e riduzione delle partite creditorie aperte con recupero delle spettanze dell'Azienda**

Il Servizio Legale e contenzioso è pervenuto all'integrale recupero delle spettanze dell'azienda per quanto riguarda gli importi dovuti dalla società sulla scorta del contratto annuale. E' in via di completamento la revisione delle partite aperte per gli anni precedenti. La Turisthotels non ha ancora formalmente accettato la proposta transattiva ampiamente discussa.

✓ **Istruttoria richieste risarcitorie derivanti da malpractice sanitaria con contenimento della spesa legata ai sinistri**

L'Ufficio competente ha effettuato, per ogni pratica aperta, sia una istruttoria interna per acquisire dagli uffici e dalle UU.OO. aziendali tutte le informazioni ed i documenti necessari sia una istruttoria esterna per richiedere al legale di controparte eventuale altra documentazione disponibile. Successivamente la pratica viene trasmessa al CAVS e, all'esito dei lavori, l'Ufficio predispone le eventuali integrazioni istruttorie e/o informativa alle parti interessate.

✓ **Riduzione della tempistica per la definizione delle richieste risarcitorie, propedeutiche alla valutazione del CAVS**

Per ciò che concerne i sinistri scoperti, nel corso dell'anno 2015 sono state prese in carico nr. 67 richieste di risarcimento, ne sono state istruite nr. 44 e nr. 11 sono state esaminate dal CAVS. Per quanto riguarda i sinistri coperti da polizze assicurative ancora vigenti, sono state istruite e trasmesse al CAVS nr. 27 proposte transattive.

✓ **Funzionamento ufficio ticket e puntuale caricamento delle ricette**

Già alla fine dell'anno 2014 si è provveduto ad una riorganizzazione dell'ufficio ticket e prenotazioni al fine di migliorare l'erogazione dei servizi all'utenza. Inoltre, in seguito all'avvento della ricetta dematerializzata, si è provveduto ad adeguare le procedure di prenotazione, accettazione ed erogazione delle prestazioni ambulatoriali fornendo, nel contempo, un supporto a tutti gli ambulatori dell'Azienda che devono provvedere alla registrazione in tempo reale dell'avvenuta erogazione della prestazione stessa.

✓ **Aggiornamento costante del portale della trasparenza e attività legate all'anticorruzione**

Per ciò che concerne le attività legate all'anticorruzione, nel corso dell'anno 2015 è stato effettuato il monitoraggio come previsto nel Piano triennale di prevenzione della corruzione 2015/2017 mappando i processi dei settori Provveditorato, Economico finanziario, Tecnico, del servizio legale e del servizio di Farmacia. E' stato organizzato un corso di formazione rivolto a dirigenti e funzionari dell'Azienda denominato "Linee guida generali sull'aggiornamento del PNA" ed è stato emanato il Regolamento per la tutela del dipendente pubblico che effettua segnalazioni di illecito.

Per ciò che concerne la trasparenza, nel corso dell'anno 2015 è stato rinnovato il sito web aziendale ponendo particolare riguardo alla realizzazione della sezione "Amministrazione trasparente". E' stata, inoltre, messa a punto la procedura per una più agevole pubblicazione delle

informazioni. Infine, all'interno della "Bussola della trasparenza dei siti web", l'Azienda risulta aver soddisfatto pienamente al numero di indicatori richiesti.

Obiettivi assegnati alla Farmacia:

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

Il Servizio di Farmacia ha avviato 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 all'Anatomia Patologica:

- ✓ **Innovazione dell'attività: tracciabilità del percorso del pezzo anatomico**

L'Unità operativa ha sviluppato il sistema gestionale in uso presso il servizio stesso al fine di individuare diversi momenti del percorso del pezzo istologico, dal suo arrivo sino all'esito della diagnosi ovvero l'accettazione del campione, la macroscopia e lavorazione tecnica, la chiusura della lavorazione, la validazione del caso e la chiusura dello stesso mediante l'utilizzo della firma digitale.

- ✓ **Innovazione dell'attività: Diagnostica molecolare (GURS 30/01/2015)**

L'Unità operativa ha effettuato test di diagnostica molecolare di vario tipo quali genotipizzazione di HPV, diagnostica molecolare microbiologica, determinazioni molecolari a scopo farmaco diagnostico. Da segnalare, inoltre, anche l'attività legata alla determinazione molecolare dello stato di amplificazione del gene HER2 per il carcinoma della mammella o ALK.

Obiettivi assegnati alla Medicina trasfusionale:

- ✓ **Mantenimento del numero/peso di sacche conferite all'industria rispetto all'anno 2014: 5.991 sacche / 1.675 litri**

L'Unità Operativa ha conferito all'industria 6.210 sacche per un totale di 1.766 litri.

- ✓ **Incremento, rispetto all'anno 2014, delle procedure da aferesi e dei prodotti: più di 577 procedure e 888 prodotti**

L'Unità Operativa ha raggiunto l'obiettivo in quanto ha effettuato 627 procedure e 970 prodotti.

- ✓ **Realizzazione delle azioni previste dal Piano Attuativo al capitolo 11.6**

Tutte le azioni previste dal Piano ovvero la correzione ulteriore delle non conformità osservate dal team di valutazione in corso di verifica ispettiva e l'acquisizione del Decreto di Autorizzazione e Accreditamento senza prescrizioni sono state pienamente realizzate nel rispetto dei tempi indicati (D.A. 17 giugno 2015).

Obiettivo assegnato alla Radioterapia:

- ✓ **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 2015, del 60% rispetto al target assegnato. In particolare si è registrato un incremento del 33% per ciò che concerne la teleterapia con acceleratore lineare (prestazione con codice del nomenclatore tariffario regionale 92246) che, in termini assoluti, rappresenta la prestazione maggiormente eseguita.

Obiettivo assegnato a Cardiologia, MCAU, Medicina:

- ✓ **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 non è stato raggiunto per cause tecniche inerenti la trasmissione dati e pertanto indipendenti dalla volontà delle singole UU.OO.

I risultati – La performance individuale

Al fine di procedere alla valutazione delle performance individuali per l'anno 2015, è stato utilizzato il modello di scheda già in uso per la valutazione relativa all'anno 2014.

Anche per l'anno 2015 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 2016.

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 2015.

Sulla base di accordi intercorsi con le Organizzazioni Sindacali, la Direzione Aziendale individua 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 1.074 schede individuali. L'esame dei punteggi ha evidenziato che il 92% appartiene alla fascia alta di merito –tra 90% e 100%-, il 4% ha un punteggio compreso tra il 60% e l'89% e il restante 4% ha un punteggio inferiore al 60% o non è valutabile a causa di assenze a vario titolo; sei dipendenti hanno chiesto l'attivazione della procedura di conciliazione ed altri 6 dipendenti hanno apposto delle note di contestazione sulla scheda. Di questi ultimi solo due hanno ottenuto un punteggio inferiore al 90% del massimo teorico.

Per quanto riguarda la dirigenza, sono state presentate 429 schede di valutazione individuale. Il 93,1% ha raggiunto un punteggio appartenente alla fascia alta ovvero tra il 90% e il 100%, il 6,6% presenta un punteggio compreso tra il 60% e l'89% ed il restante 0,3% un punteggio inferiore; in un solo caso (valutazione 18/20) la dipendente non concorda con la valutazione e in due casi è stata chiesta l'attivazione della procedura di conciliazione.

La capacità di differenziare le valutazioni dei propri collaboratori da parte dei valutatori di prima istanza in alcuni casi è stata variabile anche se generalmente appiattita verso la 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 72% e il 100%, con un risultato inferiore al 90% per tredici delle 44 strutture complesse 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	429	02/2016	NO	X		
Dirigenti di II fascia e assimilabili						
Non dirigenti	1.074	02/2016	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	394	29	10
Dirigenti di II fascia e assimilabili			
Non dirigenti	985	43	46

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 2015, è stato segnato dalle fasi di seguito descritte.

- Redazione del Piano della Performance 2015-2017
- 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 2015-2017	deliberazione n. 414/CS del 30/01/2015	30/01/2015	http://www.aocannizzaro.it/amministrazione-trasparente/performance/piano-della-performance.aspx
Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2015-2017	deliberazione n. 807/CS del 25/02/2015		http://www.aocannizzaro.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/allegati/nuovo-piano-trasparenza-2015-2017.pdf