

REGIONE SICILIANA
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
POLICLINICO – VITTORIO EMANUELE
CATANIA



RELAZIONE SULLA **PERFORMANCE**
ANNO 2011

INDICE

PRESENTAZIONE

1. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI

- 1.1 Il contesto esterno di riferimento
- 1.2 Il contesto sociale e demografico
- 1.3 Il rapporto con le altre strutture sanitarie
- 1.4 Punti di forza e di debolezza dell'organizzazione
- 1.5 L'amministrazione

2. OBIETTIVI

- 2.1 L'Albero della performance
- 2.2 Obiettivi regionali
- 2.3 Obiettivi Aziendali: grado di raggiungimento (in corso di verifica regionale)
- 2.4 Le criticità e le opportunità
- 2.5 Obiettivi strategici
- 2.6 Obiettivi e Piani operativi
- 2.7 Obiettivi individuali

3. RISORSE EFFICIENZA ED ECONOMICITA'

4. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE

5. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

- 5.1 Fasi, soggetti, tempi, responsabilità
- 5.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance

PRESENTAZIONE

La relazione sulla performance 2011 conclude la prima applicazione del *ciclo della performance* nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Vittorio Emanuele di Catania.

L'attività dell'Azienda è stata improntata, in linea con le modifiche intervenute nell'ambito del Sistema sanitario regionale, a seguito della legge regionale di riforma n. 5 del 14 aprile 2009, e nel rispetto della propria mission, all'ottimizzazione delle risorse ed alla razionalizzazione dell'organizzazione, realizzata anche con una serie di interventi e con la predisposizione di una serie di azioni che attraverso la verifica di processi e risultati, muovessero nella direzione della valorizzazione del merito e delle capacità.

La limitatezza delle risorse e l'esigenza di garantire l'efficienza e l'efficacia del servizio salute, in uno alla necessità di consentire che i diversi apporti dei singoli e delle strutture coinvolte nei processi sanitari venissero riconosciuti e incentivati, ha fatto da principio fondamentale nell'approccio aziendale con il sistema di valutazione.

La codificazione legislativa del ciclo della performance, ha fornito il quadro di riferimento per realizzare un percorso motivante di condivisione con tutti gli operatori degli obiettivi assegnati, ma anche una occasione di coinvolgimento forte degli *stakeholder*, individuando altresì nell'Organismo Indipendente di Valutazione l'organo garante della correttezza del *Sistema di Misurazione e valutazione della performance* e del *Piano delle performance*.

L'azienda si è avviata verso un nuovo percorso culturale che allo stato appare irreversibile e che troverà la sua compiuta attuazione con il processo applicato nel corso del 2012. La scelta strategica di adottare le fasce di merito, in linea con quanto disposto, oltre che dalla normativa, anche dall'Assessore alla salute, escludendo qualsiasi riferimento ad una diffusione complessiva e indiscriminata della retribuzione di risultato, ha realizzato una decisa propensione al riconoscimento del merito e della professionalità come volano di sviluppo aziendale.

La presente relazione è predisposta ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e secondo le linee guida di cui alla delibera n. 5/2012 della Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche e costituisce lo strumento tramite il quale l'Azienda, compie un bilancio dei risultati attesi e programmati concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance.

Relazione sulla Performance 2011

La relazione è resa disponibile e scaricabile on line sul sito web istituzionale dell'Azienda, come previsto dalla normativa, in apposita sezione di facile accesso e consultazione, denominata "Trasparenza, valutazione e merito".

1. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI

1.1 Il contesto esterno di riferimento

L'Azienda è collocata nel contesto urbano della città di Catania con tre presidi, Vittorio Emanuele, Ferrarotto e Santo Bambino localizzati nel centro storico ed il presidio Gaspare Rodolico situato nella periferia est della città proteso verso i comuni della cintura etnea. Tale collocazione nel centro storico dei Presidi Ospedalieri Vittorio Emanuele, Ferrarotto, Santo Bambino comporta talora delle difficoltà di accesso agli stessi in ragione delle difficoltà collegate alla viabilità e al traffico cittadino particolarmente intenso e caotico nell'area interessata e ha rappresentato fra l'altro, unitamente alle più importanti criticità collegate alla vetustà strutturale e impiantistica dei Presidi sopra citati, uno degli elementi a supporto della decisione intrapresa dalla Regione Siciliana per la edificazione del nuovo ospedale San Marco nell'area di Librino alla periferia sud della città.

Più facilmente raggiungibile in ragione della prossimità a grandi assi viari appare il Presidio Ospedaliero "G. Rodolico", peraltro ancora in fase di completamento da un punto di vista strutturale, organizzativo e della dotazione di reparti.

1.2 Il contesto sociale e demografico

L'azienda, che unitamente alle altre aziende ospedaliere cittadine completa la rete sanitaria pubblica della città di Catania peraltro, dal punto di vista dell'offerta sanitaria fra le più importanti e complete dell'intera regione, opera in un area fortemente urbanizzata, con una popolazione cittadina di 295.591 abitanti (fonte ISTAT al 01.01.2010) ed una popolazione provinciale pari a 1.087.682 abitanti.

E' da rilevarsi come l'andamento demografico dal 01 gennaio 2002 al 01. gennaio 2010 rilevi un incremento della popolazione residente nell'intera provincia di Catania pari a 34.088 abitanti (+ 3%) ed una diminuzione nello stesso periodo della popolazione residente nell'area urbana pari a 16.614 abitanti (- 5%) con un progressivo flusso della popolazione dalla città verso i comuni dell'hinterland.

Inoltre pare opportuno evidenziare come la popolazione presenti una piramide dell'età che nel periodo considerato (01.01.2002 vs 01.01.2010) si è spostata verso fasce di età più avanzate, con un progressivo invecchiamento della popolazione stessa, rilevabile in particolare in ambito provinciale.

Proprio in relazione all'andamento demografico si può altresì rilevare come la

popolazione della cerchia urbana presenti, nel periodo considerato, un calo nella fasce da 0 a 40 anni d'età, un incremento nelle fasce fra i 50 ed i 70 anni per calare nuovamente fra i 71 ed i 90 anni d'età.

Tale dati dimostrano il progressivo invecchiamento della popolazione che rappresenta una delle cause del maggiore ricorso ai servizi sanitari, in particolare a quelli offerti dagli ospedali della città e della provincia di Catania, come testimonia l'affluenza sempre più costante di pazienti over 65 al pronto soccorso e come peraltro in generale risulta dal tasso di ospedalizzazione provinciale superiore al 200/1000, lontano dal 180/1000 previsto dagli accordi fra la Regione Siciliana e il Ministero della Salute.

Un simile contesto peraltro non può che generare una domanda per le malattie cronico degenerative (Tumori e malattie cardiovascolari) che già rappresentano la stragrande maggioranza delle cause di morte, che, se non adeguatamente governata a livello territoriale, rischia di determinare difficoltà a carico dei presidi ospedalieri.

1.3 Il rapporto con le altre strutture sanitarie

Fondamentale appare a tal proposito il rapporto avviato fra l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico - Vittorio Emanuele, l'A.R.N.A.S. Garibaldi, l'Azienda Ospedaliera Cannizzaro e l'ASP di Catania attraverso la negoziazione dei volumi di attività e la stessa attivazione del Centro Unificato di Prenotazione per la gestione delle attività ambulatoriali che, come testimoniato dalle liste di attesa, in taluni settori appare inadeguata rispetto alle esigenze espresse dalla cittadinanza.

Peraltro tale particolare condizione ad una prima analisi appare quanto mai paradossale poiché la città e la provincia di Catania presentano un offerta sanitaria varia e completa in ragione della presenza delle aziende sopra citate ma anche di elevato numero di strutture accreditate per attività di ricovero, oltre alle numerose strutture accreditate per le prestazioni ambulatoriali. La definizione dei rapporti istituzionali con le altre Aziende e le stesse strutture accreditate è un obiettivo da conseguire per un migliore utilizzo della rete ospedaliera, peraltro l'azienda ha già definito convenzioni con l'ospedale Cannizzaro per le urgenze di Neurochirurgia, oltre ad accordi con strutture private accreditate per il ricovero di pazienti da pronto soccorso per i quali non è stato possibile reperire il posto letto presso strutture pubbliche. Di particolare interesse è il rapporto stabilito con la ASP di Catania sia per la negoziazione dei volumi di attività che per la prossima realizzazione, sul principio organizzativo dell'HUB and SPOKE", della rete

cardiologica per il trattamento dell'infarto del miocardio.

1.4 Punti di forza e di debolezza dell'organizzazione

Punti di forza

- lo stato di avanzata edificazione del nuovo Presidio Ospedaliero San Marco, garantita nel termine di 15 mesi, che, in relazione alle tecniche costruttive utilizzate, costituirà il gold standard fra gli ospedali della regione;
- presenza nell'ambito del presidio ospedaliero aziendali di tutte le specialità, alcune delle quali svolte in esclusiva per un bacino di utenza sovra provinciale (Cardiochirurgia, Oncoematologia pediatrica, attività trapianto logica ecc);
- elevata competenza tecnico professionale, da porre in relazione alla mission stessa dell'azienda collegata strettamente alle attività formative della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Catania;
- la capacità di gestire le emergenze attraverso le strutture di Pronto Soccorso Generale, Pronto Soccorso Pediatrico, Pronto soccorso Ostetrico e l'ambulatorio per le urgenze oculistiche;
- la gestione delle emergenze cardiologiche che vede nella Cardiologia del P.O. Ferrarotto il centro di riferimento per la Sicilia Orientale per il trattamento di casi di particolare complessità;
- le dotazioni tecnologiche complete e di avanguardia sia nell'ambito diagnostico che terapeutico, operanti continuativamente nell'arco delle 24 ore;
- garanzia dell'espletamento di prestazioni di particolare complessità sia in ambito chirurgico che medico grazie alla possibilità di un approccio multi specialistico determinato dalla presenza in azienda di tutte le specialità;
- il governo del processo di produzione delle prestazioni mediante la consolidata prassi del controllo di gestione e la definizione di obiettivi;
- il consolidato rapporto instauratosi con le associazioni degli utenti;
- l'attività di gestione della qualità e del rischio clinico.

Punti di debolezza

- l'Azienda, al momento, sconta un forte handicap di gestione unitaria, a causa dell' articolazione della stessa in Presidi separati, distanti fra loro, che in taluni casi comporta spostamento di pazienti, anche critici, da un ospedale all'altro con i rischi collegati al trasporto extraospedaliero e che determina condizionamenti negativi nel percorso diagnostico terapeutico e incremento dei

- costi di gestione;
- la vetustà strutturale dei padiglioni del Presidio Ospedaliero Vittorio Emanuele e di alcuni padiglioni del P.O. Ferrarotto, che, nonostante i lavori interni di ristrutturazione eseguiti negli ultimi anni, presentano oggettive difficoltà a rispondere ai requisiti e agli standard previsti dall'accreditamento istituzionale e più in particolare ai requisiti riguardanti la sicurezza;
 - l'insufficienza, in termini di spazi disponibili per le attività sanitarie e l'accoglienza dell'utenza, delle aree destinate all'emergenza urgenza e più in particolare dei pronto soccorsi generale e pediatrico del P.O. Vittorio Emanuele;
 - la strutturazione a padiglione dei Presidi ospedalieri dell'Azienda, che se da un lato offre flessibilità strutturale e disponibilità di spazi, dall'altro amplifica le problematiche collegate ai trasporti interni dei pazienti e dei beni, alla gestione delle guardie, alla gestione delle emergenze interne;
 - il completamento del processo di unificazione dell'azienda ospedaliera che, realizzato solo sotto l'aspetto amministrativo e gestionale, dovrà essere completato sotto l'aspetto della condivisione di procedure, percorsi diagnostico terapeutici e modalità di gestione dell'assistenza rivolta al paziente;
 - l'eccessivo numero di prestazioni ancora oggi erogate in setting assistenziali non appropriati, condizione spesso determinata da oggettive difficoltà del territorio di farsi carico dei casi di bassa o media complessità;
 - la difficoltà a garantire la continuità assistenziale fra ospedale e territorio per la ancora carente definizione di programmi condivisi fra Aziende Ospedaliere, ASP, e servizi sociali comunali e provinciali;
 - la insufficiente integrazione e la conflittualità fra personale ospedaliero e personale universitario.

1.5 L'Amministrazione

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico - Vittorio Emanuele svolge la propria attività attraverso le seguenti strutture operative:

- Presidio Ospedaliero Gaspare Rodolico, Via Santa Sofia 78 - Catania
- Presidio Ospedaliero Vittorio Emanuele, Via Plebiscito 628 - Catania
- Presidio Ospedaliero Ferrarotto, Via S. Citelli 31 - Catania
- Presidio Ospedaliero Santo Bambino, Via Tindaro 2 - Catania

Degli ospedali che costituiscono l'Azienda:

Il Presidio Ospedaliero G. Rodolico, struttura a padiglioni separati, costituisce il

Presidio ospedaliero di riferimento della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Catania, deputato alla formazione degli studenti e degli specialisti, in esso insistono numerose cliniche universitarie e vi convivono specialità di base con alte specialità quali la Neurochirurgia, la Chirurgia dei Trapianti.

Il Presidio Ospedaliero Vittorio Emanuele, struttura a padiglione separata, sede storica di numerose cliniche universitarie, è attualmente sede dell'attività di emergenza-urgenza dell'azienda infatti in esso insistono il Pronto Soccorso Generale e Pediatrico, l'Ortopedia, l'UTIC, oltre alla Chirurgia Toracica e a reparti di Chirurgia Generale

Il Presidio Ospedaliero Ferrarotto è sede di numerosi reparti di alta specializzazione che costituiscono punto di riferimento per l'intera Sicilia Orientale, quali la Cardiocirurgia, la Cardiologia Interventistica, l'Ematologia con Trapianto di Midollo Osseo e l'Odontoiatria speciale per pazienti disabili, fra i pochi centri attivi nell'Italia Meridionale nel trattamento di patologie del cavo orale in pazienti con gravi disabilità mentali e fisiche.

Il Presidio Ospedaliero S. Bambino è un presidio specializzato di Maternità, costituisce il più importante punto nascita della provincia di Catania ed è composto da diversi reparti della specialità di Ostetricia e Ginecologica che svolgono una intensa attività di ricovero ordinari e OH oltre che ambulatoriale. Il Presidio è sede di pronto soccorso ostetrico.

L'azienda è altresì sede di uno dei più importanti poli oculistici della città di Catania, con ambulatorio di urgenza oculistica.

Più in generale l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Vittorio Emanuele di Catania eroga prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di ricovero in area medica ed in area chirurgica, in elezione e da pronto soccorso, in regime di day surgery e day hospital, day service e prestazioni ambulatoriali.

Nell'ambito della programmazione sanitaria della Regione Sicilia e del Protocollo d'intesa fra la Regione Siciliana e l'Università degli Studi di Catania ed anche a seguito del riordino della rete ospedaliera l'Azienda offre all'utenza una importante serie di servizi e specializzazione attive nei diversi settori della medicina.

Relazione sulla Performance 2011

La tabella successiva sintetizza per ogni dipartimento la produzione ottenuta nell'anno 2011.

DIPARTIMENTO	Unità operative	Posti letto ORD	Posti letto DH	casi ORD	CASI DH	Casi DSAO
Cardioracico - vascolare e trapianti	Chirurgia Vascolare	12	2	480	331	
	Trapianti Rene	10	6	300	559	
	Cardiologia + UTIC II	8	2	360	400	
	Chirurgia Toracica	5	1	256	34	
	Cardiochirurgia	29	2	544	103	
	Cardiologia + UTIC I	38	3	2830	527	
	Angiologia	10	8	555	361	
	Cardiologia Pediatrica		1		136	
Chirurgia Generale e specialistiche I	Clinica Chirurgica I	21	6	1336	2351	231
	Otorinolaringoiatria II			33	34	
	Clinica Odontoiatrica I	2	4	238	1958	
	Clinica Urologica I	14	3	706	738	142
	Chirurgia Generale	8	2	304	305	17
	Chirurgia Maxillo facciale	3	1	302	218	
	Clinica Oculistica II	2	2	261	615	706
	Odontoiatria speciale e riabilitativa	1	3	63	1348	
Chirurgia Generale e specialistiche II	Chirurgia Apparato Digerente	6	2	142	311	6
	Chirurgia Generale Week Hospital	2	2	65	119	106
	Chirurgia ad indirizzo oncologico	8	1	268	156	21
	Clinica Odontoiatrica II				11	
	Clinica Otorinolaringoiatrica	6	4	343	1081	
	Clinica Oculistica	2	3	258	1906	966
	Chirurgia Generale e Senologica	5	1	184	221	11
	Clinica Urologica II	10	2	428	428	
	Clinica Chirurgica II	6	1	208	211	43
	Endocrinochirurgia	5		219	69	13
	Gastroenterologia		2		623	
	Clinica Ortopedica	28	3	968	724	1
	Chirurgia Digerente Coloretale	6	1	284	184	67
	Paradontologia					
	Oncologia Chirurgica	6	1	163	167	23
	Chirurgia Laparoscopica	3	1	73	69	30
Diagnostica per Immagini e Radioterapia	Radioterapia Oncologica	12	6	770	62	165
	Radiodiagnostica IV				59	
Emergenza - Urgenza	I Chirurgia	18	2	758	587	
	Chirurgia d'Urgenza	6		387	19	2
	Medicina Fisica e Riabilit.		3		85	
	MCAU	8		327		
	Rianimazione II	8	2	90	408	
	Medicina d'Urgenza	10	3	252	508	
	Rianimazione	4		43		
	Chirurgia Vascolare	14	2	929	528	
	Anestesia e Rianimazione I	4		57		
Igienico - Organizzativo	Direzione Medica di Presidio		2		532	
Materno - Infantile	Clinica Pediatrica	16	9	780	1746	
	Neonatologia UTIN I	14		1290		
	Broncopneumologia Pediatrica	9	1	425	19	
	Neuropsichiatria Infantile	8		385		
	Clinica Ostetrica e Ginecologia	24	3	1725	1359	

Relazione sulla Performance 2011

	Chirurgia Pediatrica	8	2	416	742	
	Pediatria	20	3	1424	857	
	Ostetricia e Ginecologia I	18	1	1424	332	
	Ostetricia e Ginecologia II	17	1	1286	268	
	Istituto di Patologia Ostetrica	12	1	946	192	
	Neonatologia con UTIN II	18		2346		
Medicina I	Medicina Interna	17	7	477	672	
	Clinica Dermatologica		12		1284	584
	Andrologia ed Endocrinologia		2		400	
	Pneumologia	23	1	700	276	
	Nefrologia	8	3	352	225	
Medicina II	I Medicina	20	2	649	121	
	Clinica Medica	20	10	307	552	
	Dermatologia	2	2	106	261	452
	Gastroenterologia		2		429	
	Malattie Infettive	14	10	347	1006	
Neuroscienze	Clinica Neurologica	28	15	783	1864	
	Psichiatria	14	1	369	65	
	Neurochirurgia	18		430	18	1
Oncologia ed Ematologia - Medicina Trasfusionale - Emostasi	Ematologia Pediatrica	12	6	473	442	
	Oncologia Medica		3		79	637
	Ematologia con Trapianto di Midollo Osseo	22	47	321	2555	129
		702	234	33545	34850	4353

La tabella successiva sintetizza per ogni Unità operativa la consistenza delle risorse umane al 31.12.2011.

DIREZIOE / DIPARTIMENTO	STRUTTURA	Personale Medico	Personale Infermieristico	Altro Personale
Direzione generale		1	1	6
	URP		3	4
	Servizio Controllo Interno			1
	Controllo di Gestione			4
	SPPR			7
	Ufficio Formazione			2
	CED			16
Direzione Amministrativa				2
	Sett. Affari Generali e Legali			39
	Settore Economico Finanziario	2		43
	Settore Risorse Umane		1	36
	Settore Provveditorato			74
	Settore Tecnico		2	67
Cardioracico - vascolare e trapianti	Chirurgia Vascolare	7	16	1
	Trapianti Rene	2	15	1
	Cardiologia + UTIC II	16	30	4
	Chirurgia Toracica	7	18	3
	Cardiochirurgia	17	65	30
	Cardiologia + UTIC I	37	72	83
	Angiologia	6	15	2
	Cardiologia Pediatrica	3	4	3

Relazione sulla Performance 2011

Chirurgia Generale e specialistiche I	Clinica Chirurgica I	24	46	12
	Otorinolaringoiatria II	5	6	2
	Clinica Odontoiatrica I	7	14	6
	Clinica Urologica I	7	19	8
	Chirurgia Generale	8	13	3
	Chirurgia Maxillo facciale	2	9	2
	Clinica Oculistica II	7	28	9
	Odontoiatria speciale e riabilitativa	3	5	3
	Dietologia	3	3	2
Chirurgia Generale e specialistiche II	Modello Dip Chirurgico	2	39	3
	Chirurgia Apparato Digerente	6		
	Chirurgia Generale Week Hospital	7		
	Chirurgia ad indirizzo oncologico	4	5	
	Clinica Odontoiatria II	4	4	2
	Clinica Otorinolaringoiatrica	11	10	3
	Clinica Oculistica	11	10	2
	Chirurgia Generale e Senologica	5		
	Clinica Urologica II	3	12	3
	Clinica Chirurgica II	4		4
	Endocrinochirurgia	4		
	Gastroenterologia	3	6	
	Clinica Ortopedica	13	33	7
	Chirurgia Digerente Coloretale	5		
	Paradontologia	1		
	Oncologia Chirurgica	4		
	Chirurgia Laparoscopica			
Ortognatodonzia	3	2	2	
Diagnostica per Immagini e Radioterapia	Radiodiagnostica e Radioterapia	14	21	22
	Radiologia Pediatrica	2	2	4
	Radiodiagnostica IV	6	6	6
	Radiologia FE	1		10
	Radiologia II	21	15	48
Emergenza - Urgenza	I Chirurgia	10	26	8
	Chirurgia d'Urgenza	17	11	6
	MCAU	25	44	5
	Pronto Soccorso		37	35
	Rianimazione II	62	44	17
	Medicina Interna e d'Urgenza	11	16	1
	Rianimazione	15	21	11
	Chirurgia Vascolare	8	30	7
	Anestesia e Rianimazione I	31	47	3
	Medicina Fisica e Riabilitazione	5	3	15
Igienico - Organizzativo	Direzione Medica di Presidio I	7	34	17
	Direzione Medica di Presidio II	14	77	94
	Medicina del Lavoro	3	3	2
	Farmacia I		1	10
	Farmacia II		4	25
	Igiene Ospedaliera	4		1
	Medicina Legale	3		
Medicina Diagnostica di Laboratorio	Anatomia Patologica I	6	1	9
	Anatomia Patologica II	6	1	8
	Anatomia Patologica III	1	1	8
	Laboratorio Analisi I	12	7	19
	Laboratorio Analisi II	10	4	21
	Laboratorio Analisi III	1	11	
	Laboratorio Analisi IV	1	2	10

Relazione sulla Performance 2011

Materno - Infantile	Clinica Pediatrica	11	21	4
	Neonatologia UTIN I	13	34	4
	Broncopneumologia Pediatrica	5	17	
	Neuropsichiatria Infantile	4	3	2
	Clinica Ostetrica e Ginecologia	19	35	29
	Chirurgia Pediatrica	8	12	6
	Pediatria	16	29	7
	Ostetricia e Ginecologia I	12	18	5
	Ostetricia e Ginecologia II	11	20	4
	Istituto di Patologia Ostetrica	14	20	6
	Neonatologia con UTIN II	14	26	16
	Diagnosi Prenatale e Genetica Medica	5	7	10
	PS Ostetrico	9	27	44
	Medicina I	Medicina Interna	9	15
Clinica Dermatologica		7	7	
Andrologia ed Endocrinologia		5	2	3
Pneumologia		3	13	3
Pneumologia Riabilitativa		5	4	6
Nefrologia		10	29	1
Medicina II	I Medicina	13	22	7
	Clinica Medica	11	22	10
	Dermatologia	4	12	4
	Gastroenterologia	4	12	4
	Malattie Infetti	8	21	6
	Reumatologia	1	8	2
	Audiologia e Foniatria		1	6
Neuroscienze	Clinica Neurologica	14	29	7
	Psichiatria	7	14	1
	Neurochirurgia	6	15	
	Neurofisiopatologia	1	1	2
Oncologia ed Ematologia - Medicina TrASFusionale - Emostasi	Emat oncologia Pediatrica	8	30	5
	Oncologia Medica	4	9	1
	Medicina TrASFusionale	8	9	22
	Ematologia con Trapianto di Midollo Osseo	22	45	31
	TOTALE	838	1557	883

2. OBIETTIVI

2.1 Albero della performance

Ai fini della realizzazione delle azioni necessarie a realizzare gli interventi previsti dal Piano, sono state individuate tre aree strategiche con i relativi obiettivi, riportati nella tabella seguente, che concorrono al raggiungimento degli indirizzi di programmazione regionale e nazionale.

Macro Criterio 1 EFFICACIA		Macro Criterio 3 EFFICIENZA			Macro Criterio 3 EMPOWERMENT	
Area Strategica 1	Area Strategica 2	Area Strategica 1	Area Strategica 2	Area Strategica 3	Area Strategica 1	Area Strategica 2 Informazione e comunicazione verso tutti i portatori di interessi
Accessibilità e fruibilità dei servizi	Appropriatezza dei percorsi assistenziali	Appropriatezza utilizzo risorse	Equilibrio economico	Innovazione tecnologica	Coinvolgimento e soddisfazione dei cittadini	
OBIETTIVI	OBIETTIVI	OBIETTIVI	OBIETTIVI	OBIETTIVI	OBIETTIVI	OBIETTIVI
1. Redazione di un piano provinciale condiviso sulla riorganizzazione e della diagnostica e sugli investimenti	3a. Tempestività interventi a seguito di frattura femore	5. Rimodulazione e della rete	7. Produzione totale emazie	8a. Erogazione consulti tramite sistema teletac alle strutture riceventi nelle asp	9. Implementazione di un sistema di rilevazione della qualità percepita come da linee guida regionali	12. tempestività, completezza e adeguatezza qualitativa dei flussi informativi verso l'assessorato
2. Gestione specialistica integrata ospedale – territorio sulla cronicità	3b. Riduzione incidenza parti cesarei	6a. Incremento dei drg critici per la mobilità extraregionale		8b. Tempi di restituzione second opinion	10a. Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni critiche	13. Applicazione del d.lgs. 81/2008 e della circolare assessoriale 1273 del 26/7/2010
	3c. Tempestività nell'effettuazione ptca nei casi di infarto miocardico acuto che lo richiedono	6b. Riduzione tasso di ospedalizzazione percentuale interventi in day service			10b. Integrazione compilativa della sdo per monitoraggio tempi di attesa	
	4. Piano aziendale per la gestione del rischio clinico e l'adozione delle buone pratiche				11. Applicazione degli standard jci – attivazione percorsi di miglioramento	

Per i risultati si veda paragrafo 2.3.

2.2 Obiettivi Regionali

Gli obiettivi che la Regione ha assegnato all'Azienda per l'anno 2011 afferiscono a tre macro aree:

Efficacia, che esprime la capacità di dare risposta adeguata e tempestiva al bisogno di salute, per quanto di competenza dell'azienda in funzione della propria mission. In tale ambito gli obiettivi assegnati hanno avuto quale riferimento l'accessibilità e fruibilità dei servizi, l'appropriatezza dei percorsi assistenziali;

Efficienza, che attiene al corretto utilizzo delle risorse disponibili in funzione della migliore efficacia realizzabile. In tale ambito gli obiettivi assegnati hanno avuto a riguardo l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, l'equilibrio economico e l'innovazione tecnologica;

Empowerment, che riguarda la partecipazione dei cittadini in termini di espressione dei propri bisogni e di coinvolgimento attivo nei percorsi di tutela della salute propria e dei propri familiari. In tale ambito gli obiettivi sono stati finalizzati al coinvolgimento e soddisfazione dei cittadini e all'informazione e comunicazione verso i tutti i portatori di interessi.

I risultati raggiunti sul piano assistenziale sono desumibili dal miglioramento di indicatori relativi al buon uso dell'ospedale. Infatti la percentuale di "ricoveri ad elevato rischio di non appropriatezza in regime ordinario" secondo i LEA 2011 è contenuta nel limite di tolleranza previsto del 5%; l'occupazione dei posti letto è superiore all'80% e con miglioramento degli indici di rotazione e di turnover rispetto ai parametri dell'anno precedente; è aumentato l'indice chirurgico delle chirurgie che, come voluto dall'Assessorato, è tendenziale al 75% nella maggior parte delle UO chirurgiche. Numerose prestazioni prima erogate in regime ordinario o diurno sono state trasferite virtuosamente a regimi assistenziali meno onerosi, quali il day service ambulatoriale ospedaliero secondo i D. A. 2687/2010 e 1529/2011.

2.3 Obiettivi Aziendali: grado di raggiungimento

OBIETTIVI DG 2011 - RISULTATI					
	OBIETTIVO	PUNTEGGIO	PUNTEGGIO OTTENUTO	DIFFERENZA	% raggiungimento
1	RIQUALIFICAZIONE E RIORGANIZZAZIONE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO - REDAZIONE PIANO PROVINCIALE	8	0	-8	0
2*	RIQUALIFICAZIONE E RIORGANIZZAZIONE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO - GESTIONE CRONICITA'	15	0	-15	0
3a	TEMPESTIVITA' INTERVENTI A SEGUITO DI FRATTURE DI FEMORE	5	0,5	-4,5	10
3b	RIDUZIONE INCIDENZA PARTI CESAREI	5	0	-5	0
3c	TEMPESTIVITA' NELL'EFFETTUAZIONE PTCA NEI CASI DI IMA CHE LO RICHIEDONO	5	1,5	-3,5	30
4	ADOZIONE PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E L'IMPLEMENTAZIONE DI BUONE PRATICHE	8	8	0	100
5*	RIMODULAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA	6	0	-6	0
6a	INCREMENTO DEI DRG CRITICI PER LA MOBILITA' EXTRAREGIONALE	7	3,5	-3,5	50
6b	RIDUZIONE RASSO DI OSPEDALIZZAZIONE				
6c	PERCENTUALE INTERVENTI IN DAY SERVICE				
7	AUTOSUFFICIENZA PRODUZIONE EMAZIE	3	3	0	100
8	PROGETTO SETT-TELERADIOLOGIA	4	4	0	100
9	QUALITA' PERCEPITA	8	8	0	100
10	MIGLIORAMENTO TEMPI DI ATTESA PER I pdt IN AREA ONCOLOGICA	8	8	0	100
11	STANDARD JCI - PATIENT SAFETY	8	8	0	100
12	TEMPESTIVITA' E COMPLETEZZA DEI FLUSSI INFORMATIVI	5	2,5	-2,5	50
13	PREVENZIONE SUI LUOGHI DI LAVORO UN AMBITO AZIENDALE	5	5	0	100
		100	52	-48	52

2* Per l'obiettivo n° 2 in atto si è instaurato un contraddittorio con Age.Na.S e gli Uffici dell'Assessorato Regionale

5* Per l'obiettivo n° 5 in atto si è instaurato un contraddittorio con Age.Na.S e gli Uffici dell'Assessorato Regionale

2.4 Le criticità e le opportunità

Il prosieguo del processo di unificazione aziendale ha rappresentato la principale criticità nell'anno 2011 affrontata con numerosi interventi di carattere organizzativo anche a seguito di opportune analisi di economia sanitaria.

Ha rappresentato opportunità di rilievo l'assestamento da parte della Direzione Generale del processo di assegnazione degli obiettivi sull'azienda unificata, corredati con parametri oggettivi e misurabili, ai direttori dei dipartimenti e delle unità operative assistenziali ai fini della remunerazione della quota stipendiale legata al risultato. Purtroppo, presso le unità operative, il processo non è continuato con l'assegnazione degli obiettivi a cascata al personale della Dirigenza e del Comparto da parte del dirigente sovraordinato con un *cascading* alquanto limitato. Risulta tuttavia che in quasi tutte le unità operative mediche i responsabili di struttura hanno routinariamente condotto riunioni per la condivisione degli obiettivi e la ripartizione dei compiti e delle attività, funzionalmente alle finalità gestionali. Conseguentemente mentre la valutazione dei vertici delle strutture si è basata su parametri oggettivi e misurabili oltre che comportamentali, la valutazione dei dirigenti medici si è basata formalmente su valutazioni di natura comportamentale che comunque, si ritiene **non hanno potuto prescindere da una valutazione del reale contributo dato da ciascun singolo dirigente al raggiungimento dei risultati della struttura.** Perché si sono rilevate anche nel processo sulla valutazione e, specialmente sulle modalità dei colloqui, su cui l'Azienda intende investire in termini formativi. Nota positiva è invece data dal fatto che i responsabili di struttura nella valutazione hanno alquanto differenziato, a riprova di un processo di valutazione reale e sicuramente ancorato al contributo sul risultato di struttura. Si sono anche registrate istanze di riesame. Questo comporterà che nell'anno 2011 l'erogazione della quota stipendiale legata al risultato potrà avvenire in maniera differenziata. Molto ampi comunque sono i margini di miglioramento in questo ambito.

La procedura di consegna degli obiettivi strategici aziendali, anche se con modalità top down, ha rappresentato senza dubbio un'opportunità rivelatasi utile per catturare consenso e partecipazione dei professionisti alla realizzazione degli obiettivi aziendali.

Rappresentano una opportunità per questa Azienda, forse non adeguatamente colta, i numerosi studenti dei corsi di laurea e delle scuole di specializzazione che rappresentano straordinario veicolo sul territorio della comunicazione dei livelli di assistenza erogati.

Tra i principali atti regolamentari adottati in corso d'anno si segnala quanto segue. Con deliberazione n. 38 del 14/01/2011 è stato approvato il regolamento attività libero professionale intramoenia. Con deliberazione n. 178 del 14/02/2011 è stato approvato il regolamento aziendale di contabilità generale. Con deliberazione n. 189 del 17/02/2011 è stato approvato il regolamento per la frequenza volontaria presso le strutture dell'azienda. Con deliberazione n. 227 del 21/02/2011 è stato approvato il regolamento dell'attività di riscossione delle casse aziendali. Con deliberazione n. 534 del 04/05/2011 è stato approvato il regolamento "cartella clinica".

Con riferimento poi ai confronti rispetto agli obiettivi di Piano delle Performance 2011-2013 (sezione 4 dello stesso) si segnala, in termini procedurali, il ritardo nell'adozione dello stesso (Marzo 2012).

2.5 Obiettivi strategici

L'Azienda, oltre a quelli assegnatigli dagli Enti sovraordinati ha inserito, anche in riferimento a quanto previsto dal D.L. 150/2009, fra i propri obiettivi strategici per 2011 – 2013 cinque grandi gruppi di obiettivi.

1. Il perseguimento degli obiettivi contenuti nel Piano Qualità e Rischio Clinico, al fine di minimizzare i rischi per i paziente e garantire la qualità nei percorsi di cura ed assistenza ed in particolare:
 - assicurare la corretta ed univoca identificazione del paziente e definire i criteri per l'identificazione dei pazienti (International PatientSafety Goal)
 - assicurare la sicurezza dei pazienti nell'attività di trasporto secondario;
 - assicurare la continuità assistenziale ed il trasferimento appropriato dei pazienti ad altra struttura;
 - definire i criteri per l'ammissione dei pazienti in terapia intensiva;
 - identificare con chiarezza l'autore di eventuali annotazioni in cartella clinica, la data e l'ora di eventuali annotazioni;
 - assicurare l'informazione ai pazienti ed ottenerne il consenso informato prima di interventi chirurgici o procedure ad alto rischio;
 - assicurare l'identificazione del sito chirurgico, del paziente da sottoporre ad intervento e la corretta procedura chirurgica (International PatientSafety Goal);
 - esecuzione del time out nelle sale operatorie aziendali;

- definire i criteri per la pianificazione dell'anestesia nei pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico;
- assicurare l'adeguato monitoraggio del paziente nella fase di risveglio;
- ridurre il rischio di danno al paziente a seguito di caduta;
- ridurre il rischio di danno al paziente a seguito di allergia;
- identificare le indagini diagnostiche e strumentali appropriate per la valutazione preoperatoria dei pazienti da sottoporre a interventi di chirurgia elettiva di tipo 2;
- estendere l'utilizzo della scheda unica di terapia a tutte le Unità operative Aziendali;
- prevenire il rischio di smarrimento dei pezzi anatomici destinati all'anatomia patologica dopo intervento chirurgico;
- garantire i criteri di appropriatezza nel parto cesareo nelle primipare e nelle pluripare non cesarizzate;
- garantire il trattamento di angioplastica primaria entro 90 minuti (door to balloon) per i pazienti con IMA st sopra.

Fra l'altro l'Azienda si impegna a sviluppare ulteriormente gli indicatori di performance già adottati quali quelli dell'AHRQ per la valutazione, anche sotto l'aspetto degli esiti, delle prestazioni erogate.

2. Il coinvolgimento e la crescita del personale attraverso:
 - lo sviluppo delle attività di formazione per il personale sanitario, medico e non medico, anche attraverso l'uso di innovativi strumenti quali le moderne tecniche di simulazione;
 - l'uso di strumenti concordati per la valutazione delle performance del personale e Azienda Ospedaliero Universitaria "Policlinico – Vittorio Emanuele" di Catania Piano della Performance – Triennio 2011 - 2013 50 delle strutture al fine di valorizzare l'efficienza ed il merito;
 - la promozione delle pari opportunità.
3. Lo sviluppo strutturale tecnologico attraverso:
 - l'attivazione del nuovo Presidio Ospedaliero San Marco presso il quale verranno trasferite parte delle attività in atto svolte presso i Presidi ospedalieri, Vittorio Emanuele; Ferrarotto, Santo Bambino;
 - l'adeguamento di strutture, impianti e tecnologie ai requisiti previsti dalle norme relative all'accreditamento istituzionale;

- la costante valutazione dell'utilizzo delle tecnologie per valutarne efficienza ed obsolescenza
 - l'implementazione delle tecniche di HTA per valutare, anche in sede di acquisizione, l'efficacia delle tecnologie e dei dispositivi impiegati e da impiegare;
4. La valutazione della soddisfazione dell'utenza mediante:
- l'erogazione all'utenza di informazioni chiare e trasparenti circa i servizi offerti;
 - periodiche indagini di customer satisfaction;
 - l'analisi costante delle segnalazioni e dei reclami provenienti dall'utenza ed il loro utilizzo quali strumento di miglioramento;
 - il pieno sviluppo dei rapporti con le associazioni dell'utenza attraverso il Comitato Consultivo Aziendale
5. L'efficienza organizzativa attraverso:
- l'impiego ottimale delle risorse assegnate dalla Regione rispetto alle risorse impegnate per l'erogazione delle prestazioni;
 - lo sviluppo di modelli che favoriscano, anche in una logica dipartimentale, l'integrazione intraaziendale dei servizi offerti, evitando inefficienti sovrapposizioni e duplicazioni.

La numerosità degli obiettivi non ha consentito di raccogliere tutte le informazioni richieste dalla Delibera CIVIT 2012 ai fini del monitoraggio.

Per gruppo di obiettivi si relaziona comunque come di seguito.

In ordine al primo gruppo di obiettivi, sono state date diretti e disposte attività di vigilanza che hanno consentito il perseguimento degli stessi così come descritti nel Piano Qualità e Rischio Clinico. Sono stati minimizzati i rischi per i pazienti e garantita la qualità nei percorsi di cura e di assistenza.

In ordine al secondo gruppo di obiettivi strategici, nel corso del 2011, l'Azienda ha garantito la crescita ed il coinvolgimento del personale nel perseguimento degli obiettivi aziendali, sia attraverso attività di formazione per il personale sanitario, medico e non medico, sia attraverso l'utilizzo di sistemi di valutazione finalizzati a valorizzare la partecipazione ed il merito.

In ordine al terzo gruppo di obiettivi, l'Azienda ha monitorato, per quanto di competenza, i lavori pubblici finalizzati all'attivazione del nuovo Presidio Ospedaliero San Marco. Grande attenzione è stata dedicata nel corso dell'anno 2011 all'adeguamento di strutture, impianti e tecnologie ai requisiti previsti dalle norme relative all'accreditamento istituzionale.

In ordine al quarto gruppo di obiettivi, le strutture preposte dell'Azienda hanno attivato diverse iniziative finalizzate alla verifica del grado di soddisfazione dell'utenza.

In ordine al quinto gruppo di obiettivi, l'Azienda nel corso del 2011 ha costantemente favorito nelle scelte organizzative la minimizzazione degli input a fronte degli output attesi.

Non si sono registrati significativi scostamenti sui risultati attesi.

Il serrato confronto con il Comitato Consultivo Aziendale sugli obiettivi su citati ha garantito il coinvolgimento dei principali stakeholder garantendo un elevato livello di condivisione delle azioni.

Nell'anno 2011 l'Azienda non aveva ancora impostato il monitoraggio di tali obiettivi secondo l'allegato 2 di cui alla carta di lavoro per la verifica della relazione, diversamente da come poi fatto per l'anno 2012.

2.6 Obiettivi e Piani operativi

Attraverso il processo annuale di budgeting, ciascuna unità operativa viene coinvolta nel conseguimento degli obiettivi strategico - direzionali, traducendo gli stessi in obiettivi di Unità operativa/Servizio a carattere operativo. In particolare gli obiettivi negoziati e i relativi indicatori riguardano sia l'introduzione di fattori di qualità, oltre a misure per la valutazione dell'efficienza nel consumo delle risorse da parte delle Unità operative e a misure per la valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni.

Gli obiettivi aziendali vengono definiti dalla Direzione Generale con cadenza di norma annuale e/o triennale, sulla base degli obiettivi stabiliti dalla Regione; inoltre nella contrattazione di budget sono presenti obiettivi collegati al Sistema Qualità Aziendale, per l'implementazione e lo sviluppo delle buone pratiche.

Gli obiettivi vengono assegnati a livello di unità attraverso una fase di contrattazione con tutti i Direttori / Responsabili delle Unità operative, alla presenza della Direzione Strategica, dei Direttori Medici di Presidio, del Responsabile del Controllo di Gestione, del Responsabile dell'Unità operativa per la Qualità e Rischio; nel corso della contrattazione di budget vengono fra l'altro definite le risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi, gli indicatori, il crono programma con la definizione della tempistica delle verifiche.

Gli obiettivi assegnati alle Unità operative e ai Servizi intendono garantire:

- l'equilibrio economico finanziario che, anche alla luce del Piano di Contenimento della Spesa Sanitaria della Regione Siciliana, persegue obiettivi che garantiscano condizioni di compatibilità economico finanziaria con il budget assegnato all'Azienda;
- la qualità tecnico-professionale, che individua obiettivi relativi al miglioramento dei processi assistenziali e all'erogazione di prestazioni appropriate, efficaci, sicure erogate in setting assistenziali efficienti;
- l'Umanizzazione/Qualità percepita, che comprende obiettivi finalizzati al miglioramento delle condizioni di accesso, di fruizione dei servizi da parte degli utenti e il miglioramento delle condizioni di lavoro degli operatori.

Mediante l'alimentazione di opportuni flussi informativi e la generazione periodica di una mirata reportistica, viene monitorato l'andamento della gestione, confrontandolo con gli obiettivi prefissati, al fine di valutare tempestivamente eventuali criticità e Azienda Ospedaliero Universitaria "Policlinico – Vittorio Emanuele" di Catania scostamenti dai programmi e dagli obiettivi prefissati e, do necessario, attuare specifici correttivi.

Trimestralmente, vengono effettuate da parte del Controllo di Gestione le verifiche sull'andamento degli obiettivi concordati, sulle eventuali criticità insorte, anche al fine di valutare l'eventualità di riprogrammare e ricalibrare gli obiettivi.

La reportistica è finalizzata a verificare da parte della Direzione attraverso gli uffici competenti:

1. gli standard sulla qualità del servizio
2. lo stato di attuazione del Programma Triennale
3. il coinvolgimento degli stakeholder
4. il grado di copertura dei servizi
5. le variazioni sull'anno precedente
6. il livello di soddisfazione dell'utenza e la presenza di reclami.

2.7 Obiettivi individuali

- Nel 2011 sono stati formalmente assegnati alla dirigenza apicale medica obiettivi individuali di carattere oggettivo, misurabili, dotati di indicatore. Non altrettanto si è verificato per la restante dirigenza apicale.
- I dirigenti sotto ordinati dell'area medica non stati oggetto di obiettivi formali e sono risultati valutati dai superiori unicamente con scheda comportamentale. Su tale aspetto si ritiene opportuno precisare quanto segue:
 1. Gli obiettivi formali assegnati alla struttura e al primario attraverso le schede di budget non possono non avere un impatto sull'orientamento dei comportamenti dei dirigenti appartenenti alla struttura e quindi divenire obiettivi anche per essi, anche se non formalizzati nei loro confronti, ma solo verso la struttura.
 2. La valutazione dell'unità operativa, attraverso la valutazione del primario, si ritiene comunque sia innegabile indicatore "obiettivo" anche per la valutazione del dirigente sotto ordinato sul quale la stessa non può non incidere.
 3. Le valutazioni di tali dirigenti da parte del primario non hanno potuto poi naturalmente prescindere da una valutazione del reale contributo dato da ciascun singolo al raggiungimento dei risultati della struttura e per i quali sulla opportuna differenziazione effettuata si è già detto.

3. RISORSE, EFFICIENZA, ECONOMICITÀ

L'Azienda ha dunque chiuso il bilancio 2011 anche con un utile di gestione (+ € 9.432.941 prima delle imposte), dimostrando di aver speso meno di quanto assegnato, pur avendo partecipato attivamente agli obiettivi strategici regionali di riduzione della spesa.

	ANNO 2010	ANNO 2011
(A) VALORE DELLA PRODUZIONE	350.860.871	352.222.539
(B) COSTI DELLA PRODUZIONE	339.257.187	341.929.669
(C) PRONTI ED ONERI FINANZIARI	-1.511.374	- 1.790.341
(D) PRONTI ED ONERI STRAORDINARI	2.442.823	-930.412
(E) RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (=A+j-B+j-C+j-D)	7.649.487	9.432.941

La produzione complessiva in termini tariffari è stata di

- ✓ € mgl 167.148 per le attività di ricovero (€ mgl 170.585 nel 2010)
- ✓ € mgl 18.579 per la specialistica ambulatoriale (€ mgl 17.636 nel 2010)
- ✓ € mgl 34.950 per altre prestazioni (file F e T) (€ mgl 30.631 nel 2010)
- ✓ € mgl 464 per soggetti extra Regione (comprensivi dei ricoveri e delle attività amb.) (€ mgl 854 nel 2010)
- ✓ € mgl 8.358 per ricavi da prestazioni sanitarie erogate in regime intramoenia (€ mgl 8.461 nel 2010)

In termini di efficienza ed economicità dividendo l'entità dei rimborsi di cui sopra pari a € mgl 229.499 (esclusi i contributi indistinti pari a € mgl 111.684) per i costi diretti che ammontano a € mgl 270.946, il rapporto è di 0,85 (che ascende fino a 1,25 se si aggiunge la quota del contributo indistinto) cioè per un euro investito in questa Azienda in acquisto di beni e affidato al personale sanitario e parasanitario, si ha un risultato assistenziale in termini di rimborso di € 0,85 ovvero di € 1,25 considerando la quota di remunerazione derivante dal contributo indistinto (€ 0,84 ovvero di € 1,24 nel 2010).

Circa la quantificazione e le informazioni utili a documentare il calcolo degli eventuali risparmi sui costi di funzionamento derivanti da processi di ristrutturazione, riorganizzazione ed innovazione, la costituzione dell'Azienda a fine 2009 sta comportando una estrema complessità in ordine a tali calcoli che presuppongono uno specifico studio separato sui sistemi contabili originari e che ci

si riserva, o possibile, di effettuare in uno alla relazione 2012. Comunque l'Azienda non procederà all'erogazione del premio di efficienza che, come noto, utilizza risorse eventuali derivanti dai risparmi sui costi di funzionamento dei processi di ristrutturazione, riorganizzazione e innovazione all'interno delle pubbliche amministrazioni .

4. PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE

La legge n. 183 del 4 novembre 2010, in conformità della Direttiva del 4 marzo 2011, emanata di concerto, dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dal Dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ante ad oggetto: "Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità", prede l'istituzione del Comitato Unico di Garanzia al fine di dare attuazione ad apposite valutazioni sul livello di sensibilità dei bisogni rilevati rispetto a possibili discriminazioni (di genere, disabilità, razza, etnia, gruppi sociali ed altro ancora). Ciò allo scopo di integrare il tema delle pari opportunità nel piano delle performance e di definire obiettivi strategici e gestionali orientati al tema delle pari opportunità.

In termini di pari opportunità è stato istituito in Azienda, ai sensi dell'art. 21 della legge n. 183/2010, solamente con deliberazione n. 821 del 26 giugno 2012, il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni".

L'impegno attuale dell'Azienda è quello di programmare e realizzare ogni iniziativa utile al fine di valorizzare l'ambito in questione attraverso l'individuazione dei relativi obiettivi strategici e operativi.

Il ritardo con cui è stato istituito il CUG (metà 2012) ha impedito che nel corso del 2011 venissero attuate le opportune azioni di coordinamento, nonché un sistema di obiettivi, target ed indicatori e di analisi per risorse che in pratica impedisce, per l'anno 2011, la compilazione dell' allegato 1.

Comunque, come noto, i cittadini extracomunitari temporaneamente presenti in Italia (STP) non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, e quindi non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, hanno diritto a ricevere le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuati, per malattia ed infortunio e i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva (art. 35, comma 3, decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286).

Ai cittadini STP (Stranieri Temporaneamente Presenti) l'Azienda, in osservanza alle vigenti disposizioni legislative, assicura un centro Accoglienza per il rilascio del codice STP, se non già rilasciato da altra struttura sanitaria, da utilizzare per ricevere le prestazioni sanitarie previste dalla legge.

L'Azienda dispone inoltre di un ambulatorio dedicato all'assistenza dei cittadini extracomunitari che si trova presso l'U.O. di Malattie Tropicali del Presidio Vittorio Emanuele.

Le prestazioni assicurate agli stranieri STP sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani. Il rilascio del codice STP è pertanto subordinato ad una dichiarazione d'indigenza da parte del cittadino straniero.

5. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

5.1 Fasi, soggetti e tempi e responsabilità

Il Piano della performance aziendale ha presentato lo sviluppo riportato nel cronoprogramma di seguito rappresentato ed in particolare:

- nel corso del mese di dicembre 2010 e nel gennaio 2011 si è proceduto ad una analisi dell'organizzazione dei dati di attività dei Presidi Ospedalieri aziendali;
- nei mesi di gennaio, febbraio e marzo la Direzione Aziendale, sulla base delle Diretti dell'Assessorato Regionale della Salute e del processo di negoziazione con lo stesso, ha definito gli obiettivi strategici;
- nel corso dei mesi di marzo e aprile si è proceduto alla negoziazione del budget e degli obiettivi operativi con le UU.OO.;
- nel corso del mese di marzo con Deliberazione del Direttore Generale è stato costituito l'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (OIVP);
- nei mesi di aprile e maggio 2011 ha avuto luogo il processo di elaborazione redazione del Piano Aziendale della Performance che in data 18 maggio è stato sottoposta ad una valutazione preliminare da parte dell'OIVP che ha proposto una serie di osservazioni e suggerimenti;
- nel corso del mese di giugno 2011 nuova presentazione del Piano all'OIVP;
- valutazione del piano da parte di un ente esterno all'Azienda - novembre 2011;
- formazione degli operatori
- deliberazione ricognitiva del Piano della Performance 2011- 2013 n. 420/2012
- costituzione della struttura tecnica permanente a supporto dell'OIVP con ordine di servizio del Direttore Generale n. 1 del 18 gennaio 2012 e successiva deliberazione n. 61 del 18/01/2013.

La redazione del presente documento ha coinvolto le seguenti aree aziendali ciascuna per le rispettive competenze e responsabilità *pro-tempore*: Direzione Sanitaria, Direzione Amministrativa, Politiche del Personale, Controllo di Gestione, Economico-Finanziaria, Qualità, Risorse Umane, Sistemi Informativi. Il coordinamento di queste attività è stato assunto dal Responsabile dell'UO per il Controllo di Gestione. La stesura ha previsto un momento di raccolta di dati e quindi l'elaborazione degli stessi. E' stata effettuata un attività integrativa su una prima stesura del 7 Dicembre 2012, a seguito delle attività di verifiche compiute dall'OIV.

5.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo delle performance

L'Azienda, già da tempo, ha elaborato un sistema di valutazione che rispecchi quanto previsto dalle normative nazionali e regionali e fermo restando il rispetto delle vigenti disposizioni contrattuali.

Punti di forza del sistema:

- a) **Procedimentalizzazione** del sistema: il Sistema di misurazione e valutazione della performance prede procedure codificate con azioni e termini predeterminati che garantiscono la trasparenza e l'attendibilità del sistema;
- b) **Trasparenza**: il processo di valutazione assicura una maggiore trasparenza dei processi decisionali, in quanto attraverso l'esplicitazione degli obiettivi, delle finalità ed il raffronto tra i risultati conseguiti e quelli attesi viene garantita una più coordinata ed efficace attività aziendale;
- c) **Miglioramento e crescita professionale**: l'attività di valutazione è volta al miglioramento continuo della performance: il suo scopo non è la definizione di un giudizio, ma l'attribuzione di valore per una crescita professionale;

I punti di debolezza:

- a) **Necessità di integrazione dei sistemi a supporto dell'intero processo**: il sistema di misurazione e valutazione della performance non risultava totalmente integrato con i sistemi a supporto dell'intero processo;
- b) **Sistema di cascading degli obiettivi**: il sistema di misurazione e valutazione della performance, nella sua applicazione pratica, ha rilevato alcuni punti di criticità in relazione al ribaltamento degli obiettivi sui singoli dirigenti;
- c) **Mancata pianificazione di obiettivi per le pari opportunità**: non è stato possibile sviluppare nel 2011 obiettivi tendenti alle pari opportunità, stante che la nomina del CUG è intervenuta con deliberazione n. 821 del 26 giugno 2012.

Con riferimento a tale sezione si dà atto dunque che alcune criticità, già rilevate nella citata relazione del 7 Dicembre 2012, sono state riscontrate anche nella Relazione sul funzionamento complessivo del Sistema per gli anni 2011 e 2012 elaborata dall'OIV. Per il resto in ordine ai punti di debolezza del Sistema si fa

propria la citata relazione dell'OIV in ordine alle criticità rappresentate, per le quali sono state già date, da subito, le opportune diretti volte al superamento delle stesse, come la recente nomina del responsabile della trasparenza.