

REGIONE SICILIANA
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
POLICLINICO – VITTORIO EMANUELE
CATANIA



RELAZIONE SULLA **PERFORMANCE**
ANNO 2012

INDICE

1. PRESENTAZIONE

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

- 2.1 Il contesto esterno di riferimento
- 2.2 L'amministrazione
- 2.3 I risultati raggiunti
- 2.4 Le criticità e le opportunità

3. OBIETTIVI

- 3.1 L'Albero della performance
- 3.2 Obiettivi Strategici
- 3.3 Obiettivi e piani operativi
- 3.4 Obiettivi individuali

4. RISORSE EFFICIENZA ED ECONOMICITA'

5. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE

6. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

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

ALLEGATO 1: Relazione attività CUG e PAP

ALLEGATO 2: Tabella OBIETTIVI STRATEGICI

ALLEGATO 3: Tabella documenti del Ciclo di gestione della *Performance*

ALLEGATO 4: Tabelle Valutazione

ALLEGATO 5.a: Report questionari qualità percepita Ambulatori 2012

ALLEGATO 5.b: Report questionari qualità percepita Degenza 2012

ALLEGATO 6: Tabella Progetto CESIPE

ALLEGATO 7: Riepilogo performance area Amministrativa e Tecnica

1. PRESENTAZIONE

Ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Vittorio Emanuele di Catania 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.

Il Piano della performance 2012-2014 dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Vittorio Emanuele di Catania è stato redatto 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 ha compreso:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi contenuti, ai sensi dell'articolo 10, comma 4, del già citato decreto;
- gli obiettivi generali e specifici assegnati all'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 su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Ai fini della valutazione organizzativa, l'Azienda ha utilizzato 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.

L'attività dell'Azienda è stata improntata, nel rispetto della propria mission e degli obiettivi generali e specifici assegnati, 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 2014. 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 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".

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

2.1 Il contesto esterno di riferimento

La provincia di Catania ha una conformazione orografica specifica, con una distribuzione della popolazione sul territorio di riferimento fortemente disomogenea e caratterizzata da un'alta concentrazione nel capoluogo.

L'Azienda A.O.U. Policlinico 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.

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 293.902 abitanti (fonte ISTAT censimento 2011) con una superficie di 182,90 Km² ed una popolazione provinciale pari a 1.078.766 abitanti. La densità della popolazione provinciale è di 303,7 per Km²

Di seguito si specificano alcuni dati:

Provincia di Catania	maschi	femmine	totale
Popolazione	520.659	558.107	1078.766

Stranieri residenti in provincia

Valore assoluto	X 100 stranieri	X 1000 residenti in totale
20.908	16,7	19,4

Classi di età

0-14	15-39	40-64	65-79	80 e oltre	totale
168.268	355.080	367.201	135.342	52.875	1078.766

Variazioni assolute

-21.722	-31.895	54.094	3.910	19.601	23.988
---------	---------	--------	-------	--------	--------

Variazioni percentuali

-11,4	-8,2	17,3	3,0	58,9	2,3
-------	------	------	-----	------	-----

Indici di vecchiaia

Provincia	2011	2001
Catania	111,9	86,7

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.

Non si sono registrati in corso d' anno fenomeni di significativa rilevanza ai fini della della rideterminazione della attività di programmazione, ad eccezione della introduzione della normativa di cui al D.L n. 95/12 intitolato *“Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini ((nonche' misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario))*.

Tali disposizioni infatti, sotto il profilo economico- finanziario, hanno determinato una serie di provvedimenti regionali in materia di contenimento della spesa sia con

riferimento ai beni che con riferimento ai servizi appaltati, imponendo una razionalizzazione delle risorse impiegate, ovvero un contingentamento delle stesse a fronte del mantenimento dei medesimi livelli di prestazioni.

Si è registrata conseguentemente un'attività da parte dei responsabili dei Settori amministrativi più direttamente, anche di rimodulazione dei contratti in essere, volta a dare attuazione a quanto normativamente previsto.

2.2 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.

La tabella successiva sintetizza per ogni dipartimento la produzione ottenuta nell'anno 2012.

DIP.	U.O.C.	Posti letto ORD	Posti letto DH	casi ORD	CASI DH	Casi DSAO
Medicina I	Medicina Interna Rod	19	2	556	575	
	Andrologia ed Endocrinologia Rod		2		316	
	Clinica Dermatologica Rod		6		653	830
	Nefrologia V.Emanuele	8	2	313	189	
	Pneumologia Rod	22	1	688	223	
Medicina II	I Medicina VE	20	0,5	602	52	
	Clinica Medica VE	15	7	259	407	
	Dermatologia VE	2	1	129	309	467
	Gastroenterologia VE		2		354	
	Malattie Infettive Ferr	12	4	325	421	
Igienico - Organizzativo	Direzione Medica di Presidio (Rodolico)		1		248	
Chirurgia Generale e Specialistiche I	Clinica Chirurgica I VE	21	6	1366	2165	77
	Chirurgia Generale VE	7	2	371	300	
	Clinica Oculistica II S.Marta	2	2	161	420	756
	Clinica Odontoiatrica I VE	2	4	191	2193	
	Clinica Urologica I VE	12	3	615	551	147
	Odontoiatria speciale e riabilitativa Ferr	1	3	129	1356	
	Chirurgia Maxillo facciale VE	3	1	271	101	

Relazione sulla Performance 2012

	Otorinolaringoiatria II VE		1		65	
Chirurgia Generale e Specialistiche II	Clinica Ortopedica VE	27	3	1024	621	
	Chirurgia Apparato Digerente Rod	11	2	153	410	12
				179	231	30
	Chirurgia Digerente Coloretale Rod	7	2	304	177	83
	Chirurgia Generale Week Hospital Rod			40	122	84
	Chirurgia ad indirizzo oncologico Rod			261	114	17
	Oncologia Chirurgica Rod	15	1	125	151	25
	Chirurgia Laparoscopica Rod			85	73	14
	Clinica Chirurgica II Rod	6	1	264	255	39
	Clinica Oculistica Rod	2	3	223	1307	864
	Clinica Odontoiatria II Rod			3	220	
	Clinica Otorinolaringoiatrica Rod	6	4	236	890	
	Clinica Urologica II Rod	9	2	466	414	83
	Endocrinochirurgia Rod	6		241	54	12
	Gastroenterologia Rod				541	
Cardioracico - vascolare e trapianti	Cardiologia + UTIC I Ferr	38	3	2552	536	
	Cardiologia + UTIC II VE	8	1	391	179	
	Cardiochirurgia Ferr	27	2	520	91	
	Chirurgia Vascolare Rod	12	1	773	292	
	Trapianti Rene Rod	10	3	358	189	
	Chirurgia Toracica VE	5	0,5	218	23	
	Angiologia Ferr	9	8	611	374	
Materno - Infantile	Cardiologia Pediatrica		1		93	
	Chirurgia Pediatrica Rod	8	2	429	651	
	Clinica Ostetrica e Ginecologia Rod	24	3	1744	888	
	Endocrinologia Pediatrica Rod		2		513	
	Broncopneumologia Pediatrica Rod	9		417	50	
	Neonatologia UTIN Rod	14		319		
	Neonatologia NIDO Rod			1025		
	Clinica Pediatrica Rod	16	2	801	99	
	Neuropsichiatria Infantile Rod		3		307	
	Pediatria VE	20	2	1374	851	
	Ostetricia e Ginecologia I SB	17	1	1254	272	
	Ostetricia e Ginecologia II SB	16	1	1146	187	
	Istituto di Patologia Ostetrica SB	12	1	829	210	
Neonatologia con UTIN SB	18		2154			
Neuroscienze	Clinica Neurologica Rod	28	7	787	1178	
	Neurochirurgia Rod	18		372	14	
	Psichiatria Rod	13	1	353	59	
Emergenza - Urgenza	I Chirurgia VE	18	2	874	443	
	Chirurgia d'Urgenza VE	3		117		
	Anestesia e Rianimazione I Rod	4		76		
	Rianimazione II VE	7	2	102	563	
	Rianimazione SB	4		48		
	Medicina d'Urgenza Rod	9	3	268	344	
	Chirurgia Vascolare Ferr	14	1	901	170	
MCAU VE	8		284			

Relazione sulla Performance 2012

	Medicina Fisica e Riabilit. VE		3		65	
Oncologia ed Ematologia - Medicina Trasfusionale - Emostasi	Ematologia Pediatrica Rod	12	6	381	157	30
	Ematologia con Trapianto di Midollo Osseo Ferr	22	41	328	2452	348
	Oncologia Medica Rod		3		127	740
Diagnostica per immagini e Radioterapia	Radioterapia Oncologica Rod	7	6	178	117	87
	Radiodiagnostica IV SB				40	
		664	180	31564	28012	4745

La tabella successiva sintetizza per ogni Unità operativa la consistenza delle risorse umane al 31.12.2012.

DIREZIONE / DIPARTIMENTO	Unità Organizzativa	Personale Medico	Personale Infermieristico	Altro
Direzione Generale	Servizi Legali			5
	Staff Direzione Generale	3	4	39
Direzione Sanitaria			2	4
Direzione Amministrativa				2
	Settore Facility Management			30
	Settore Economico Finanziario			33
	Settore Risorse Umane			41
	Settore Provveditorato			54
	Settore Tecnico			50
Cardioracico - vascolare e trapianti	Chirurgia Vascolare Rod	7	15	2
	Trapianti Rene Rod	2	16	2
	Cardiologia + UTIC II VE	16	30	4
	Chirurgia Toracica VE	7	18	4
	Cardiochirurgia Ferr	17	60	21
	Cardiologia + UTIC I Ferr	37	61	23
	Angiologia Ferr	6	14	5
	Cardiologia Pediatrica	3	3	3
Chirurgia Generale e specialistiche I	Clinica Chirurgica I VE	22	39	10
	Otorinolaringoiatria II VE	5	7	2
	Clinica Odontoiatria I VE	7	14	5
	Clinica Urologica I VE	7	19	7
	Chirurgia Generale VE	8	13	4
	Chirurgia Maxillo facciale VE	2	9	3
	Clinica Oculistica II S.Marta	9	22	7
	Odontoiatria speciale e riabilitativa Ferr	3	5	3
	Dietologia	3	2	4
Chirurgia Generale e specialistiche II	Modello Dip Chirurgico		35	
	Chirurgia Apparato Digerente Rod	6		
	Chirurgia Generale Week Hospital Rod	4	3	
	Chirurgia ad indirizzo oncologico Rod	11	5	
	Clinica Odontoiatria II Rod	4	3	1
	Clinica Otorinolaringoiatria Rod	10	9	2
	Clinica Oculistica Rod	8	9	3
	Chirurgia Generale e Senologica Rod	5		
	Clinica Urologica II Rod	4	13	
	Clinica Chirurgica II Rod	5	2	1
	Endocrinocirurgia Rod	5		
	Gastroenterologia Rod		6	

Relazione sulla Performance 2012

	Clinica Ortopedica VE	13	31	4
	Chirurgia Digerente Coloretale Rod	2		
	Parodontologia Rod	1		
	Oncologia Chirurgica Rod	1		
	Chirurgia Laparoscopica Rod			
	Ortognatodonzia	4	3	1
Diagnostica per Immagini e Radioterapia	Radiodiagnostica e Radioterapia	14	13	18
	Radiologia Pediatrica	1		4
	Radiodiagnostica IV SB	6	6	9
	Radiologia FE	1		11
	Radiologia II VE	24	21	41
Emergenza - Urgenza	I Chirurgia VE	22	32	8
	Chirurgia d'Urgenza VE	1		
	MCAU VE	22	44	5
	Pronto Soccorso		39	35
	Rianimazione II VE	59	41	21
	Medicina Interna e d'Urgenza Rod	11	16	1
	Rianimazione SB	14	21	9
	Chirurgia Vascolare Ferr	9	30	8
	Anestesia e Rianimazione I Rod	32	45	6
Medicina Fisica e Riabilitazione	5	3	14	
Igienico - Organizzativo	Direzione Medica di Presidio I	7	31	16
	Direzione Medica di Presidio II	14	66	86
	Medicina del Lavoro	2	2	2
	Farmacia I		1	10
	Farmacia II		4	25
	Igiene Ospedaliera	3		1
Medicina Legale	2		1	
Medicina Diagnostica di Laboratorio	Anatomia Patologica I	5	1	9
	Anatomia Patologica II VE	6	1	8
	Anatomia Patologica III			
	Laboratorio Analisi I	10	5	22
	Laboratorio Analisi II	12	7	19
	Laboratorio Analisi FE		10	1
Laboratorio Analisi IV	1	2	10	
Materno - Infantile	Clinica Pediatrica Rod	8	12	5
	Neonatologia UTIN Rod	13	30	2
	Broncopneumologia Pediatrica Rod	6	17	
	Neuropsichiatria Infantile Rod	4	3	2
	Clinica Ostetrica e Ginecologia Rod	19	26	18
	Chirurgia Pediatrica Rod	8	12	5
	Pediatria VE	16	24	7
	Ostetricia e Ginecologia I SB	12	16	4
	Ostetricia e Ginecologia II SB			
	Istituto di Patologia Ostetrica SB	13	20	7
	Neonatologia con UTIN SB	13	25	15
Diagnosi Prenatale e Genetica Medica	5	6	10	
PS Ostetrico	9	29	42	
Medicina I	Medicina Interna Rod	8	18	1
	Clinica Dermatologica Rod	7	7	1
	Andrologia ed Endocrinologia Rod	5	2	3
	Pneumologia Rod	3	14	2
	Pneumologia Riabilitativa	5	4	6
Nefrologia V.Emanuele	8	19	4	
Medicina II	I Medicina VE	13	20	3
	Clinica Medica VE	12	19	9
	Dermatologia VE	4	10	3

Relazione sulla Performance 2012

	Gastroenterologia VE	4	12	2
	Malattie Infettive Ferr	8	21	6
	Reumatologia	1	8	2
	Audiologia e Foniatria		1	6
Neuroscienze	Clinica Neurologica Rod	13	27	6
	Psichiatria Rod	7	15	1
	Neurochirurgia Rod	6	15	
	Neurofisiopatologia	1	1	2
Oncologia ed Ematologia - Medicina TrASFusionale - Emostasi	Emat oncologia Pediatrica Rod	8	29	5
	Oncologia Medica Rod	4	9	1
	Medicina TrASFusionale	8	9	22
	Ematologia con Trapianto di Midollo Osseo Ferr	22	29	15
		803	1422	996

La tabella successiva sintetizza le risorse finanziarie assegnate e il loro utilizzo nel corso dell'anno 2012.

ANALISI delle Risorse finanziarie e loro utilizzo ANNO 2012

Fonte: CONTO ECONOMICO (D.M. 11/02/2002- importi espressi in unità di euro)

A) VALORE DELLA PRODUZIONE	
A. 1) Contributi in e/ esercizio	337.007.015
A. 2) Proventi e ricavi diversi	12.188.820
A. 3) Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche	7.916.284
A. 4) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	4.524.711
A. 5) Costi capitalizzati	7.699.191
Totale valore della produzione (A)	369.336.021
B) COSTI DELLA PRODUZIONE	
B. 1) Acquisti di beni	108.229.991
B.2) Acquisti di servizi	33.260.815
B.3) Manutenzione e riparazione	10.288.902
B.4) Godimento di beni di terzi	2.096.263
B.5) Personale del ruolo sanitario	151.870.034
B.6) Personale del ruolo professionale	913.185
B.7) Personale del ruolo tecnico	14.903.261
B.8) Personale del ruolo amministrativo	8.347.432
B.9) Oneri diversi di gestione	9.117.844
B. 10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	170.960
B. 1 1) Ammortamento dei fabbricati	4.041.714
B.12) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	7.474.084
B.13) Svalutazione dei crediti *	3.732
B.14) Variazioni delle rimanenze	1.904.097
B. 15) Accantonamenti tipici dell'esercizio	5.757.086
Totali costi della produzione (B)	358.379.400

DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	10.956.621
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	
Totale proventi e oneri finanziari (C)	- 560.426
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITÀ FINANZIARIE	
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	
Totale proventi e oneri straordinari (E)	1.335.343
Risultato prima delle imposte (A-B+/-C+/-D+/-E)	11.731.538
IMPOSTE E TASSE (Irap - Ires)	11.684.390
UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO	47.148

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.

2.3 I risultati raggiunti

Questo paragrafo ha l'obiettivo di sintetizzare i risultati ottenuti dall'amministrazione mettendo in luce in particolare gli output realizzati e i risultati finali conseguiti (outcome).

Nella tabella di seguito riportata si sintetizzano i dati sanitari maggiormente significativi dell'attività svolta e dei risultati raggiunti nell'anno oggetto della relazione

Analisi dati sanitari		
INDICATORI	2011	2012
N° Ricoveri ordinari	33.824	31.836
Numero di GG di degenza ordinaria	227.951	218.859
Degenza Media	6,739	6,875
Peso Medio complessivo	1,12	1,19
Peso Medio casi chirurgici	1,62	1,73
Peso Medio casi medici	0,77	0,79
N° Ricoveri DH	34.852	28.008
N° accessi in DH	112.406	89.975
N° Ricoveri DS	4.352	4.753
N° accessi DS	12.968	20.015
Mobilità sanitaria attiva extraregionale (n° casi)	1.186	1.349
Mobilità sanitaria attiva extraregionale (%)	1,73%	2,25%
Mobilità sanitaria attiva extra provinciale (n° casi)	15.552	13.109
Mobilità sanitaria attiva extra provinciale (%)	22,65%	21,91%

Questa Azienda, da diversi anni procede alla rilevazione sistematica della qualità percepita ed anche nell'anno 2012 ha dato continuità alla raccolta sistematica della valutazione della qualità percepita dal mese di gennaio al mese di dicembre 2012 nei diversi Presidi Ospedalieri che la compongono. In particolare il processo di rilevazione ha interessato:

- gli ambulatori
- la degenza.

I dati di sintesi sono riportati negli allegati 5.a e 5.b.

Infine, in relazione alla rilevanza data ai cittadini ed agli altri stakeholder esterni, questa azienda con il supporto del Comitato Consultivo Aziendale (CCA), che rappresenta già una realtà consolidata all'interno dell'Azienda, ha avviato nel corso del 2012 il Progetto CESIPE: Comunicazione E Servizi Integrati alla PErsona. Il progetto ha visto il CCA lavorare sinergicamente con l' AOU "Policlinico - Vittorio Emanuele" per avviare un percorso di cambiamento dei processi di interazione con il cittadino-utente, in cui azioni d'informazione e di ascolto dell'utente rendano possibile la sua integrazione nel sistema assistenziale, nel ruolo di co-protagonista

nel sistema stesso, consentendo che il miglioramento assistenziale sia un obiettivo da raggiungere attraverso una governance condivisa. Obiettivo primario è l'integrazione del paziente all'interno dei processi assistenziali quale esito di uno sviluppo comunicativo tra azienda sanitaria ed utente, attraverso l'informazione e l'ascolto reciproci.

I quattro fattori presi in considerazione e mutuati da quelli individuati a livello nazionale dall'Agenas (rilevanti nella definizione della umanizzazione delle strutture di ricovero) sono: a) l'accessibilità fisica, vivibilità e comfort della struttura. b) l'accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza. c) la cura della relazione e della comunicazione tra i professionisti e l'utente-paziente. d) I processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto ed alla specificità della persona.

Al fine di rendicontare i risultati del Progetto si allega alla presente la scheda riepilogativa estratta dalla relazione annuale dell'attività del CCA (allegato 6)

2.4 Le criticità e le opportunità

Il prosieguo del processo di unificazione aziendale ha rappresentato la principale criticità anche nell'anno 2012 affrontata con numerosi interventi di carattere organizzativo anche a seguito di opportune analisi di economia sanitaria.

Un'ulteriore criticità è rappresentata dalla mancata realizzazione del processo di negoziazione e assegnazione degli obiettivi operativi ed individuali per l'area medica e sanitaria a differenza dell'Area Professionale, Tecnica ed Amministrativa.

Pecche si sono rilevate anche nel processo di 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. Continuano a rimanere molto ampi i margini di miglioramento in questo ambito.

L'assegnazione degli obiettivi strategici aziendali da parte della Regione, anche se con modalità top down, avrebbe potuto rappresentare senza dubbio un'opportunità 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.

Infine, rappresenta ancora una notevole criticità la mancata adozione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

Nello specifico, facendo riferimento agli obiettivi strategici assegnati dalla Regione nel corso dell'anno 2012 sono state riscontrate le seguenti **criticità** che hanno comportato in taluni casi un raggiungimento parziale o il mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati all'Azienda dall'Assessorato Regionale della Salute:

OBIETTIVO 2: ATTUAZIONE PROGRAMMA OPERATIVO 2010-2012 ED EROGAZIONE L.E.A

Tale obiettivo era composto da una serie di sub-obiettivi, ragione per la quale il livello di raggiungimento dell'obiettivo veniva riconosciuto solo se tutti i sub-obiettivi fossero stati tutti raggiunti.

In particolare i sub-obiettivi cui riferirsi erano i seguenti:

- 2.1 C.U.P. (provinciali)
- 2.2 Gestione del paziente cronico (dimissioni facilitate)
- 2.3 Tempi di attesa
- 2.4 Controllo delle cartelle cliniche
- 2.5 Flussi informativi (tempestività, completezza adeguatezza qualitativa)
- 2.6 Riduzione % DH medici a 1 gg

L'Age.Na.S. e l'assessorato regionale della Salute non hanno riconosciuto raggiunto l'obiettivo in particolare per le criticità riscontrate nella :

- Gestione del paziente cronico ed in particolare nell'attivazione del percorso per le dimissioni facilitate dei pazienti con scompenso cardiaco per i quali non è stato raggiunto l'obiettivo del 60% dei dimessi da avviare per continuità assistenziale verso le strutture dl territorio. In ogni caso è da evidenziare che la rete dei PTA territoriali di riferimento collegati attraverso apposita rete telematica era ancora incompleta nel corso dell'anno 2012.

Osservazioni sono state effettuate anche sulla:

- Realizzazione del CUP provinciale, non attivo in provincia di Catania per la mancata adesione di tutte le Aziende. E' in ogni caso da sottolineare che la scrivente Azienda, unitamente ed in condivisione con l'ASP di Catania, ha attivato un proprio Centro Unificato di Prenotazione provinciale (Deliberazione DG n° 516 del 27 aprile 2011) presso il quale nel corso dell'anno 2012 sono state registrate 133.184 prenotazioni relative a prestazioni richieste in primo accesso alle Unità Operative della scrivente Azienda.

- Gestione dei tempi attesa per la sofferenza registrata nel settore della Gastroenterologia per colonscopia e EGDS, pur in presenza della quasi totalità delle prestazioni critiche complessivamente valutate nei limiti considerati dall'indicatore proposto dall'Age.Na.S e dalla Regione. Peraltro è da rilevarsi come nel settore della Gastroenterologia le strutture dell'azienda costituiscono punto di riferimento per l'interventistica oltre che per le UU.OO. dell'Azienda anche per strutture sanitarie provinciali ed extraprovinciali (349 prestazioni per utenti provenienti da altri ospedali)

OBIETTIVO 3: *ESITI*

Nell'ambito degli obiettivi relativi agli esiti solo per il SUB-OBIETTIVO 3.2: Riduzione incidenza parti cesarei sono state riscontrate criticità; l'obiettivo prevedeva un valore del 20% per i parti cesarei su donne non precesarizzate (cesarei primari) / totale parti di donne ricoverate nei Presidi Aziendali.

Il valore del ricorso al parto cesareo presso le strutture aziendali per parti in donne non precedentemente cesarizzate si è attestato per l'anno 2012 intorno al 30%, lontano dall'obiettivo regionale del 20% ma con un trend in diminuzione rispetto al dato del 2010 che era pari al 42,2% e del 2011 che era pari al 38,3%.

A tal proposito pare opportuno sottolineare come, in relazione al miglioramento registrato rispetto agli anni precedenti, l'Age.Na.S. abbia riconosciuto un raggiungimento parziale degli obiettivi assegnando un punteggio di 5/10.

OBIETTIVO 4: *GESTIONALI*

A fronte di quattro sub-obiettivi ed in particolare

- Contenimento spesa dispositivi medici
- Certificazione fondi UE
- Miglioramento della qualità per il cittadino
- Piano di efficientamento energetico

criticità sono state riscontrate negli obiettivi relativi al contenimento della spesa per dispositivi medici e per la certificazioni fondi UE che l'Age.Na.S e l'Assessorato Regionale della Salute non hanno considerato raggiunti

Sempre con riferimento agli obiettivi strategici, pur in presenza delle criticità sopra rappresentate che non hanno consentito il totale raggiungimento dei risultati concordati con l'Assessorato Regionale della Salute, il sistema degli obiettivi si è rivelato una **opportunità** per il miglioramento delle performance dell'azienda ed in particolare:

- 1) La predisposizione e realizzazione del Piano Attuativo Interaziendale ha rappresentato una opportunità di confronto con le altre Aziende Ospedaliere e Sanitaria della provincia di Catania che ha permesso di disegnare importanti reti assistenziali (oncologica, cardiologica, materno-infantile, neurologica e del politrauma), allo scopo di condividere le risorse tecnologiche e professionali e razionalizzare il percorso degli utenti. La costituzione di stabili tavoli di lavoro ha favorito il contatto fra professionisti delle diverse aziende e fra professionisti operanti in ospedale e nel territorio intensificando lo scambio di informazioni. La progettazione attuata nel corso dell'anno 2012 ha posto le basi per rendere operative le reti assistenziali nel biennio 2013/2014;
- 2) La messa a regime del controllo delle cartelle cliniche attraverso l'attività di Nuclei Operativi di Controllo interni e attraverso l'attività di audit finalizzati alla valutazione di qualità realizzati da auditor interni coordinati dalla U.O. Qualità e Rischio Clinico;
- 3) Il consolidamento e la trasmissione tempestiva dei flussi verso l'Assessorato, con un livello qualitativo accettabile.
- 4) Il contenimento dei DH diagnostici (i DH complessivi presso le strutture aziendali sono passati dai 28.008 del 2012 ai 22808 del 2013 – fonte dati PROD, Regione Siciliana, Assessorato della Salute, DPS, Area Interdipartimentale 4) che, unitamente all'incremento del Day Service (dai 4.174 dell'anno 2012 ai 6.212 dell'anno 2013 – fonte dati PROD, Regione Siciliana, Assessorato della Salute, DPS, Area Interdipartimentale 4) , ha contribuito a ridurre l'inappropriatezza dei ricoveri e contenere il tasso di ospedalizzazione a livello provinciale, passato per i ricoveri di residenti in provincia di Catania presso strutture della Regione Sicilia da circa il 172/1000 a circa 150/1000 (il dato è da integrare con la mobilità sanitaria extraregionale).
- 5) Il miglioramento degli esiti relativamente al trattamento della frattura del femore entro 48 h per i pazienti over 65 passata dal 6% del 2011 al 57% del 2012 e al trattamento dell'IMA con PTCA effettuate entro il giorno (data) successivo a quello del ricovero attestatisi al 54% oltre l'obiettivo del 50% fissato in ambito regionale.
- 6) Il miglioramento della qualità nei confronti del cittadino attraverso la definizione di obiettivi per la sicurezza e il contenimento del rischio clinico (identificazione del sito chirurgico, riduzione del rischio di danno al paziente a seguito di caduta, riduzione del rischio di danno al paziente a seguito di allergia, estensione dell'utilizzo della scheda unica di terapia a tutte le Unità operative Aziendali, prevenzione della presenza di farmaci scaduti nelle Unità Operative identificazione i farmaci ad alto livello di attenzione), l'analisi dei reclami e

dei questionari relativi alla valutazione della qualità percepita e la programmazione di attività di audit interni.

Attività finalizzate al superamento delle criticità riscontrate

Appare necessario sottolineare come alcune delle criticità sopra riscontrate sono state riprogrammate nell'ambito delle azioni di Piano Attuativo 2013 e costituiscono parte integrante degli obiettivi assegnati alle Aziende dall'Assessorato Regionale della Salute e sono oggetto di specifiche azioni da parte dell'Azienda, in particolare:

- Gestione del paziente cronico: anche nel corso dell'anno 2013 l'attività finalizzata a garantire continuità assistenziale attraverso le dimissioni facilitate dei pazienti con diabete mellito di tipo 2 e scompenso cardiaco costituisce azione del Piano Attuativo. A seguito dei monitoraggi effettuati, constatata la difficoltà a raggiungere l'obiettivo, l'azienda ha posto in essere una serie di azioni individuando dei referenti di Presidio e implementando, in collaborazione con l'ASP di Catania, presso le UU.OO. interessate un programma per la trasmissione telematica alla rete territoriale dei pazienti in dimissione facilitata per diabete mellito di tipo 2 e scompenso cardiaco (anno 2014).
- Gestione dei tempi attesa : relativamente alle U.O. di Gastroenterologia l'azienda ha implementato un'azione finalizzata a migliorare l'appropriatezza degli esami strumentali di Coloscopia e EGDS attraverso la valutazione preliminare delle richieste da parte dello specialista in Gastroenterologia;
- Riduzione incidenza parti cesarei: in tale ambito dopo il costante miglioramento registrato dal 2010 al 2012 si è registrato un modesto peggioramento del dato nel 2013 (30,7%). L'U.O. per la Qualità ha proceduto ad un'analisi dell'attività di sala parto analizzando i parti stessi mediante l'indice di Robson, trasmettendo i relativi report alle UU.OO. interessate.
- Il contenimento della spesa per dispositivi medici ha rappresentato obiettivo anche per l'anno 2013. La spesa è stata oggetto di costante monitoraggio, ed in relazione a quanto comunicato all'Assessorato regionale della Salute dal DG ff in sede di valutazione degli obiettivi 2013, la stessa, al 4° trimestre 2013 rispetto allo speso a C.E. 2012, mostrava una riduzione pari al 8,4% rispetto all'anno 2012 e quindi superiore al minimo previsto del 5% per il 2013.

3. OBIETTIVI

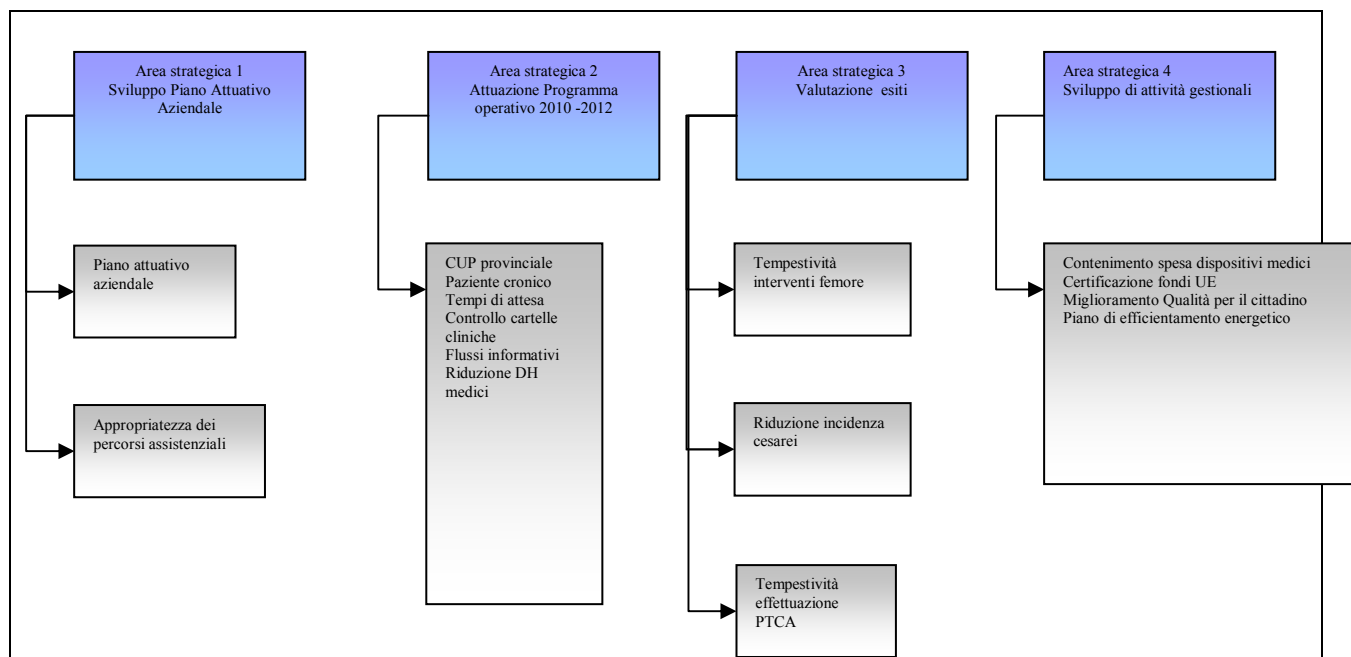
3.1 Albero della performance

L'albero della performance è uno schema riassuntivo che rappresenta, graficamente, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree d'intervento, obiettivi strategici ed obiettivi operativi.

Ai fini della realizzazione delle azioni necessarie a conseguire gli obiettivi previsti dal Piano per l'anno 2012, sono state individuate quattro aree strategiche con i relativi obiettivi, riportati nella tabella seguente, che concorrono al raggiungimento degli indirizzi di programmazione regionale e nazionale.

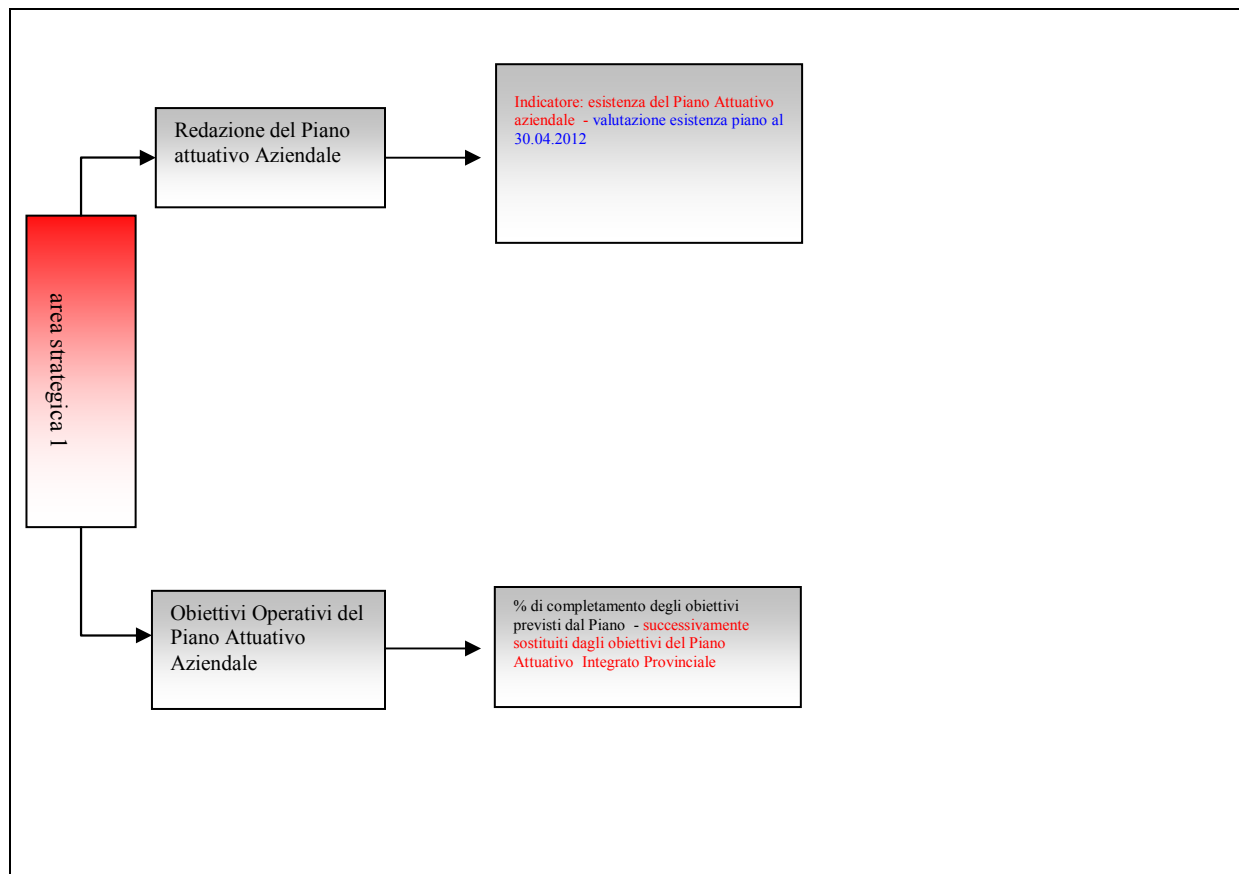
In altri termini, la mappa sottostante dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale ed alla missione. Essa fornisce una rappresentazione completa e sintetica della performance dell'azienda. Nella logica dell'albero della performance, o ciclo della programmazione, il mandato istituzionale e la missione sono articolate in Aree strategiche d'intervento, a loro volta declinate in uno o più obiettivi strategici.

ALBERO DELLA PERFORMANCE

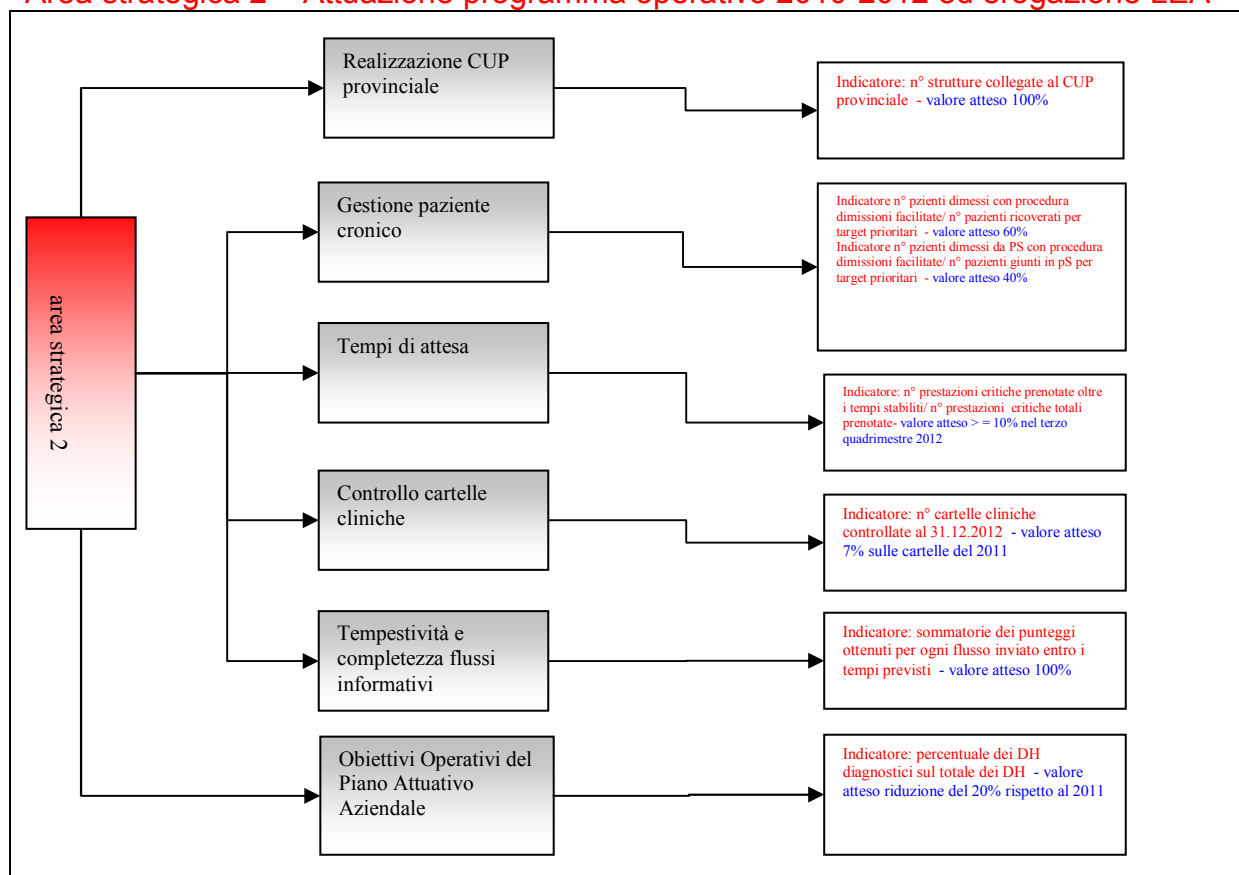


Nelle seguenti tabelle le aree strategiche vengono declinate negli obiettivi operativi che costituiscono elementi qualificanti per la valutazione da parte dell'Assessorato Regionale per la Salute delle performance aziendali e rappresentano la base del processo di negoziazione di budget con le Unità Operative e di negoziazione dei volumi di attività con la ASP di Catania.

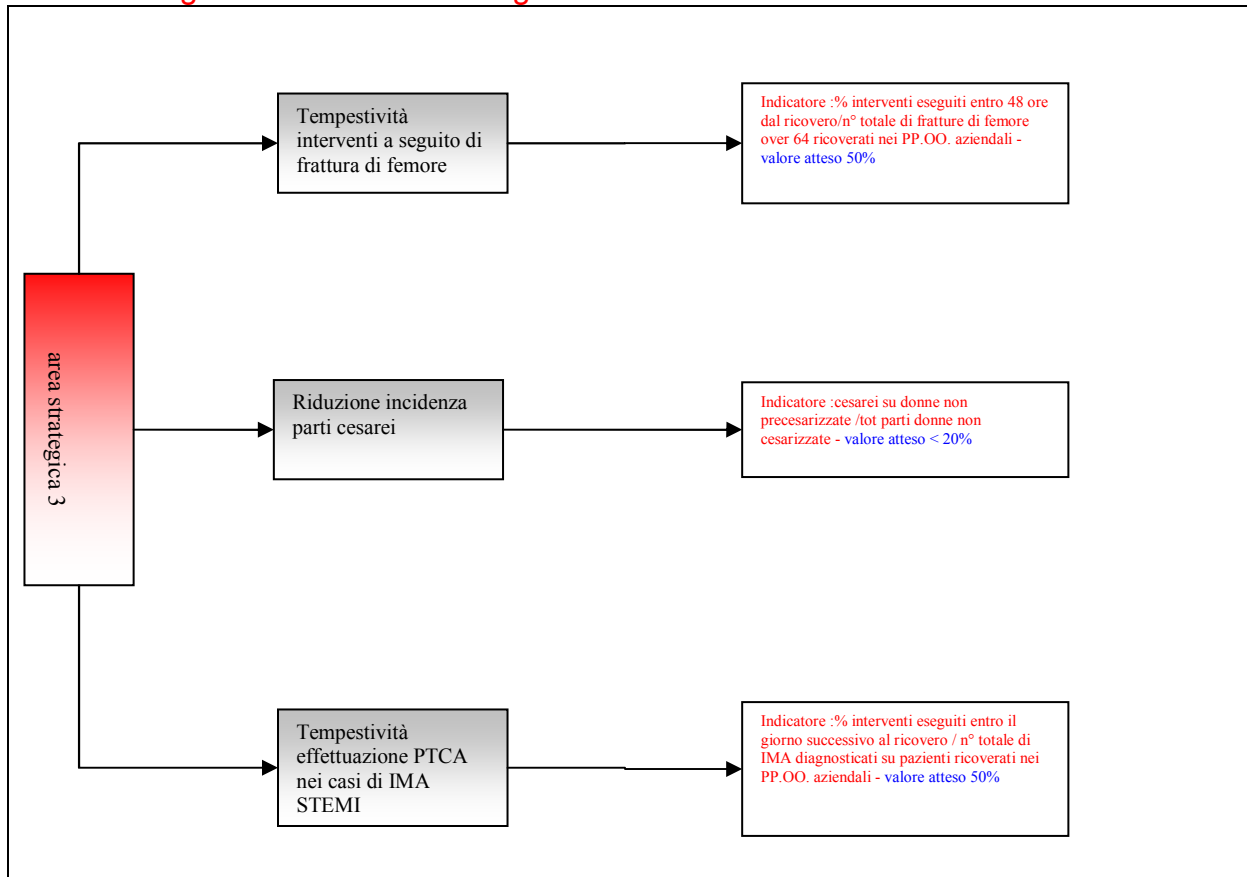
Area strategica 1 – Sviluppo Piano Attuativo Aziendale



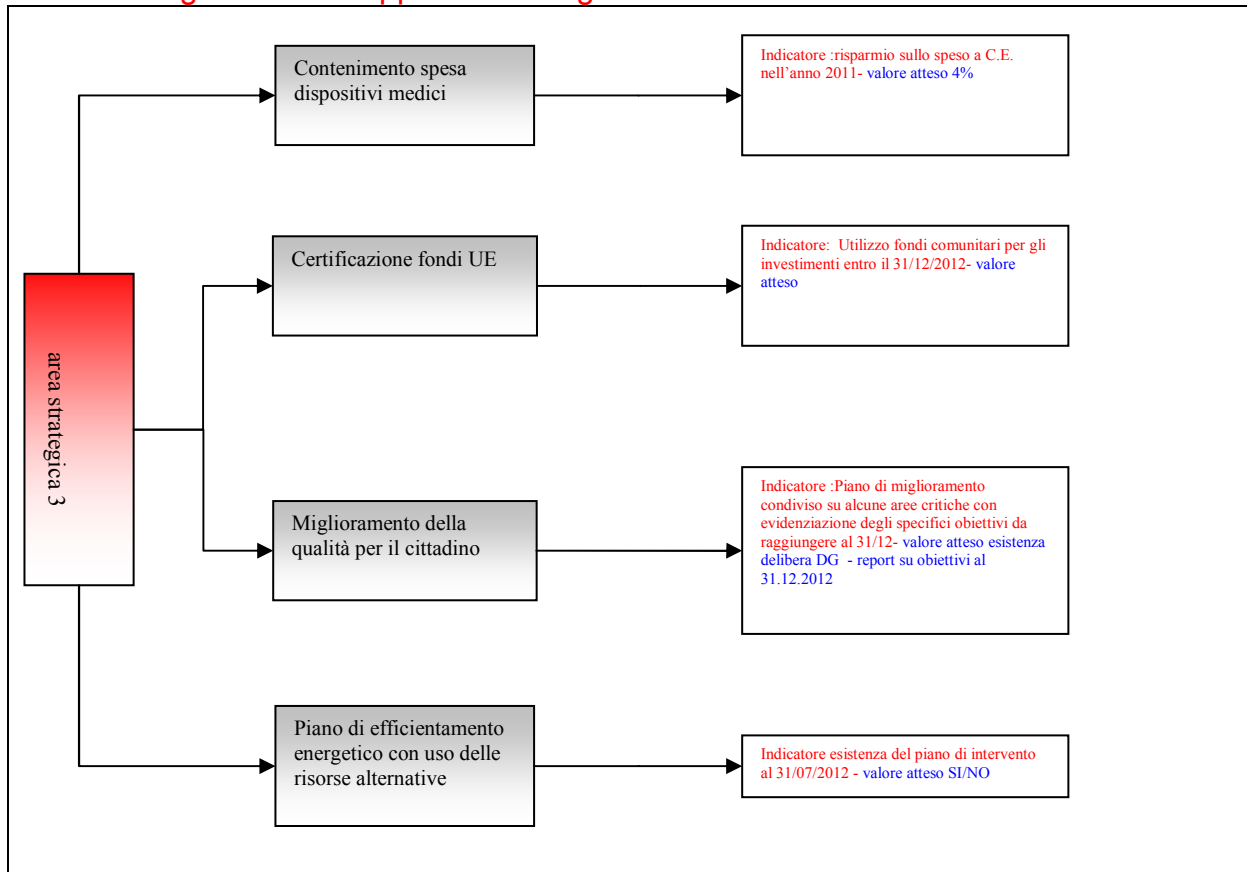
Area strategica 2 – Attuazione programma operativo 2010-2012 ed erogazione LEA



Area strategica 3 – Valutazione degli esiti



Area strategica 4 – Sviluppo di attività gestionali



Nel successivo paragrafo sono indicati i singoli obiettivi e sub obiettivi che costituiscono l'albero della Performance nonché il target programmato per ogni singolo obiettivo. Per quanto concerne i risultati raggiunti per ciascun obiettivo e quindi il grado di conseguimento dell'obiettivo si richiama l'allegato 2 alla presente relazione.

3.2 Obiettivi Strategici

Gli obiettivi strategici, assegnati dalla Regione al Direttore Generale, vengono di seguito elencati e si rinvia all'allegato 2 per la rendicontazione dei risultati e degli scostamenti.

OBIETTIVO 1: PIANO ATTUATIVO AZIENDALE DEL P.S.R.	
DESCRIZIONE	Predisposizione e relativa redazione del Piano Attuativo Aziendale in coerenza al Piano Sanitario Regionale, entro il 30 aprile 2012. Ogni Azienda dovrà stendere il proprio Piano Attuativo: nel caso delle Aziende Ospedaliere che operano nelle aree metropolitane della provincia di Catania, Messina e Palermo, le stesse dovranno necessariamente raccordarsi tra loro e con l'ASP di riferimento in modo da evitare sovrapposizioni e non corrette coperture tra offerta e domanda. Ad approvazione ottenuta, i diversi capitoli in cui è costituito il P.A.A. diventeranno anno per anno gli obiettivi da raggiungere in coerenza alle scadenze previste dagli specifici crono-programmi.
PESO	25
NOTA	Per la stesura del P.A.A. è prevista, se richiesta dalle Aziende, l'assistenza da parte dei servizi di riferimento dell'Assessorato, in modo da aumentare il più possibile la probabilità di approvazione dello stesso nei tempi previsti.

SUB-OBIETTIVO 1.1: Redazione del Piano Attuativo Aziendale	
Predisposizione e condivisione con l'Assessorato	
INDICATORE	esistenza del Piano Attuativo Aziendale al 30/04/2012; SI/NO
VALORE OBIETTIVO	Piano Attuativo approvato
SCALA	0-1
TRACKING: 30/04 - approvazione Piano Attuativo	
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	5/25

Relazione sulla Performance 2012

SUB-OBIETTIVO 1.2: Obiettivi operativi del Piano Attuativo Aziendale	
Implementazione e completa realizzazione di tutte le attività previste dal P.A.A. per l'anno 2012 (Programma annuale di attività)	
INDICATORE	% di completamento delle azioni previste dal Piano Attuativo
VALORE OBIETTIVO	Una volta approvato il Piano Attuativo Aziendale per ogni attività verranno assegnati: valore, scala e punteggio dell'indicatore che andranno a comporre i 20 punti del sub-obiettivo
SCALA	Da assegnare al 30/04/2012
TRACKING: Secondo crono programma P.A.A.	
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	20/25

OBIETTIVO 2: ATTUAZIONE PROGRAMMA OPERATIVO 2010-2012 ED EROGAZIONE L.E.A	
DESCRIZIONE	Attuazione del Programma Operativo 2010-2012 ed erogazione dei L.E.A., con la completa realizzazione entro il 31/12/2012, per ogni singola Azienda, delle azioni previste su: 2.1 C.U.P. (provinciali) 2.2 Gestione del paziente cronico (dimissioni facilitate) 2.3 Tempi di attesa 2.4 Controllo del 10% delle cartelle cliniche 2.5 Flussi informativi (tempestività, completezza e adeguatezza qualitativa) 2.6 Riduzione % DH medici di 1 gg
PESO	30
VALORE OBIETTIVO	Il livello di raggiungimento dell'obiettivo è riconosciuto solo se tutti i sub-obiettivi sono stati tutti raggiunti così come indicato nella specifica scheda.

SUB-OBIETTIVO 2.1: Realizzazione dei C.U.P. provinciali	
Piena realizzazione del sistema C.U.P. provinciale integrato tra Ospedali e territorio: il C.U.P. deve mettere in rete tutte le strutture sanitarie della provincia, incluse, prospetticamente, le strutture private convenzionate	
INDICATORE	numero di strutture (pubbliche/private) collegate al C.U.P. provinciale/ numero di strutture (pubbliche/private) operanti nel territorio provinciale X 100
VALORE OBIETTIVO	100%.
SCALA	0-1
TRACKING: 30/4 - I verifica ; 31/7 - II verifica	
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	Il livello di raggiungimento dell'obiettivo (30 punti) è riconosciuto solo se tutti i sub-obiettivi sono stati tutti raggiunti al 100%

Relazione sulla Performance 2012

SUB-OBIETTIVO 2.2: Gestione del paziente cronico	
Al fine di rafforzare la continuità assistenziale nella gestione dei pazienti con patologie croniche prioritarie si chiede di dare pieno sviluppo alla “dimissione facilitata” per i target prioritari (Scompenso cardiaco e Diabete Mellito di tipo 2) con monitoraggio dei relativi dati sia nel caso dei ricoveri sia nel caso degli accessi al Pronto Soccorso e ai PPI-Punti di Primo Intervento/Ambulatori codici bianchi.	
INDICATORE	<ul style="list-style-type: none"> • numero di pazienti ricoverati per i target prioritari dimessi con procedura di “dimissioni facilitate” nel territorio, diviso numero di Numero di pazienti ricoverati per i target prioritari • numero di pazienti appartenenti ai target prioritari con accesso al PS/PPI senza ricovero “agganciati”attivamente alla rete ambulatoriale e al MMG, diviso il numero di pazienti appartenenti ai target prioritari con accesso al PS/PPI senza ricovero.
VALORE OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> • 60%. Per i ricoveri • 40%. Per Pronto Soccorso
SCALA	0-1
TRACKING: 30/4 – I verifica; 31/7 – II verifica	
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	Il livello di raggiungimento dell'obiettivo (30 punti) è riconosciuto solo se tutti i sub-obiettivi sono stati tutti raggiunti al 100%

SUB-OBIETTIVO 2.3: Tempi di attesa	
<p>Miglioramento dei tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali di diagnostica strumentale. Miglioramento della capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali di diagnostica strumentale, garantendo i tempi massimi d'attesa secondo i codici di priorità indicati nella prescrizione medica su ricettario del SSN.</p> <p>Il raggiungimento dell'obiettivo presuppone una serie di azioni, coerenti con il Piano Attuativo Aziendale previsto dal Piano Regionale di Governo dei Tempi d'Attesa 2011-2013, relativamente al miglioramento dell'appropriatezza della domanda, al miglioramento dell'offerta con riorganizzazione ed adattamento della stessa in relazione all'implementazione dei codici di priorità clinica, con riorganizzazione delle agende di prenotazione e con una attività di monitoraggio aziendale finalizzata alla valutazione dell'efficacia e dell'efficienza del sistema .</p>	
INDICATORE	numero di prestazioni critiche (dal n°15 al n°43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) prenotate oltre i tempi stabiliti secondo i codici di priorità / numero di prestazioni critiche totali prenotate
VALORE OBIETTIVO	≤ 10 % nel terzo quadrimestre 2012.
NOTA	<p>Si tratta quindi di un monitoraggio ex ante. Per valutare la congruità dei tempi d'attesa assegnati rispetto al codice di priorità, va considerato il tempo (calcolato in giorni) che va dalla data di richiesta della prenotazione alla data di prenotazione assegnata in cui la prestazione potrà essere erogata .</p> <p>Ricordiamo che secondo il PRGTA i tempi massimi per codice di priorità sono: U (urgente) entro 3 giorni ; B (breve) entro 10 giorni; D (differibile) entro 60 giorni e P (programmato) entro 180 giorni.</p> <p>La valutazione del raggiungimento dell'obiettivo sarà basata sulla produzione da parte delle Aziende di un report su file Excel</p>
SCALA	0-1
<p>TRACKING:</p> <p>30/4 – trasmissione del file di sintesi –preliminare- dati relativi al 1° quadrimestre</p> <p>31/8 – trasmissione del file di sintesi- aggiornato –dati relativi al 2°quadrimestre</p> <p>31/12- trasmissione del file di sintesi - finale</p>	
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	Il livello di raggiungimento dell'obiettivo (30 punti) è riconosciuto solo se tutti i sub-obiettivi sono stati tutti raggiunti al 100%

Relazione sulla Performance 2012

SUB-OBIETTIVO 2.4: Controllo cartelle cliniche	
<p>L'art. 88 comma 2 della legge 23 dicembre 2000 n. 388 e successive modifiche, dispone che le Regioni assicurino, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti SDO, in conformità a specifici protocolli di valutazione. Il Decreto 10 dicembre 2009 del Ministero della salute, pubblicato sulla GURI n. 122 del 27/5/2010, definisce i parametri mediante i quali le regioni individuano le prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza sulle quali effettuare i controlli.</p> <p>Per l'anno 2012 il 10% sarà composto dal controllo analitico del 3% delle cartelle cliniche del 2010 e dal 7% delle cartelle cliniche del 2011.</p> <p>Fonte dei dati Banca dati collegata all'applicativo web per l'immissione dei dati inerenti i controlli</p>	
INDICATORE	numero di cartelle controllate al 31/12/2012
VALORE OBIETTIVO	3% sui ricoveri 2010 7% sui ricoveri 2011
SCALA	0-1
TRACKING: L'indicatore sarà calcolato il 31/12/2012	
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	Il livello di raggiungimento dell'obiettivo (30 punti) è riconosciuto solo se tutti i sub-obiettivi sono stati tutti raggiunti al 100%
NOTA	Il Servizio 5 DASOE, nell'ambito di tale programma, ha organizzato corsi di aggiornamento/formazione sia sul protocollo di appropriatezza "RS-PVA" sia sulla valutazione della qualità della codifica nella (SDO) a cui hanno partecipato unità di personale precedentemente segnalate da tutte le aziende sanitarie pubbliche della Regione. Il DASOE ha, inoltre, raccomandato a tutte le aziende di inserire tale personale formato nei Nuclei Operativi di Controllo aziendali (NOC), istituiti con decreto assessoriale n. 1150 del 15 giugno 2009. I NOC costituiscono, pertanto, l'organismo che effettua i controlli di cui alla presente nota con il coordinamento di questo Dipartimento.
SUB-OBIETTIVO 2.5: Tempestività, completezza e adeguatezza qualitativa dei flussi informativi	
<p>L'invio tempestivo dei flussi verso l'Assessorato, con un livello qualitativo accettabile, rappresenta il presupposto per il monitoraggio della spesa e delle attività sanitarie, oltre che per rendicontare la mobilità sanitaria.</p>	
INDICATORE	sommatoria dei punteggi ottenuti per ogni flusso a regime entro i tempi previsti indicati nella tabella A
VALORE OBIETTIVO	Si considera raggiunto l'obiettivo anche se le Aziende non rispettano un solo flusso Regionale (5 punti).
SCALA	0-1
TRACKING: 30/4 – I verifica; 31/7 – II verifica	
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	Il livello di raggiungimento dell'obiettivo (30 punti) è riconosciuto solo se tutti i sub-obiettivi sono stati tutti raggiunti al 100%
SUB-OBIETTIVO 2.6: Riduzione percentuale DH diagnostici	
<p>Per le aziende Ospedaliere è prevista la loro partecipazione alla deospedalizzazione attraverso la riduzione dei DH diagnostici. Fermo restando che ogni azienda deve ridurre il numero dei DH rispetto all'anno precedente, per il 2012 ogni azienda dovrà contenere, ai valori indicati nell'allegato, la percentuale dei DH diagnostici.</p>	
INDICATORE	Percentuale di DH diagnostici sul totale dei DH
VALORE OBIETTIVO	cfr. allegato 1
SCALA	0-1

Relazione sulla Performance 2012

TRACKING: La verifica formale del valore effettivamente raggiunto sarà possibile solo alla fine dell'anno. Negli incontri del 30/4 e del 30/7 verranno stimati gli andamenti.	
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	Il livello di raggiungimento dell'obiettivo (30 punti) è riconosciuto solo se tutti i sub-obiettivi sono stati tutti raggiunti al 100%

OBIETTIVO 3: ESITI	
DESCRIZIONE	Appropriatezza e tempestività degli interventi con riferimento all'intervento chirurgico in seguito a frattura del collo del femore per pazienti over 64, all'incidenza dei parti cesarei primari e alla PTCA, ove necessità, in caso di infarto miocardico acuto.
PESO	30

SUB-OBIETTIVO 3.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore	
<p>Le Linee Guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore è di tipo chirurgico; la strategia chirurgica dipende dal tipo di frattura e dall'età del paziente; gli interventi indicati sono la riduzione della frattura e la sostituzione protesica.</p> <p>Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24 ore dall'ingresso in ospedale.</p> <p>Poiché le SDO, a oggi, non riportano l'ora del ricovero, quale parametro proxy si adotta il numero di interventi chirurgici eseguiti entro il giorno successivo a quello del ricovero, facendo riferimento alla data del ricovero e alla data dell'intervento (quindi entro il termine massimo di 48 ore).</p>	
INDICATORE	interventi effettuati entro 48h dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 64 ricoverati nei Presidi Aziendali (comprese quelle sulle quali non c'è stato intervento chirurgico). L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente.
VALORE OBIETTIVO	50%
SCALA	0-1 L'obiettivo si intende raggiunto se si è intervenuti almeno sul 50% dei casi di frattura femore su pazienti over 64 ricoverati nei Presidi Aziendali
TRACKING: 30/4 – I verifica; 31/7 – II verifica	
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	10/30
SUB-OBIETTIVO 3.2: Riduzione incidenza parti cesarei	
INDICATORE	parti cesarei su donne non precesarizzate (cesarei primari) / totale parti di donne ricoverate nei Presidi Aziendali. L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni della paziente.
VALORE OBIETTIVO	20%
SCALA	0-1 L'obiettivo si intende raggiunto se l'incidenza non supera la soglia del 20%
TRACKING: 30/4 – I verifica; 31/7 – II verifica	
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	10/30

Relazione sulla Performance 2012

SUB-OBIETTIVO 3.3: Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. stemi	
<p>La tempestività nell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di I.M.A. STEMI è cruciale per la sopravvivenza del paziente stesso e pertanto deve essere fatta oggetto di monitoraggio.</p> <p>Allo stato attuale dei sistemi informativi, non vengono distinti, al momento della codifica, gli infarti STEMI da quelli NON STEMI, per i quali l'angioplastica comporta invece rischio di inappropriatazza.</p> <p>Per introdurre il monitoraggio si è scelto di adottare un indicatore proxy, affinando, nel corso del 2012, le modalità di rilevazione. Quale indicatore proxy è stato individuato, in coerenza con i programmi nazionali di monitoraggio, la percentuale di P.T.C.A. effettuate nel giorno successivo (data) a quello del ricovero con diagnosi certa di I.M.A. Quale target di riferimento, non potendo distinguere gli I.M.A. STEMI e NON STEMI, si assume, per il 2012, il 50%.</p>	
INDICATORE	PTCA effettuate entro il giorno (data) successivo a quello del ricovero / numero totale di I.M.A. diagnosticati su pazienti ricoverati nei Presidi Aziendali L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente.
VALORE OBIETTIVO	50%
SCALA	0-1 L'obiettivo si intende raggiunto quando si è intervenuti al massimo il giorno successivo al ricovero per il 50% dei casi di I.M.A. dei ricoverati nei Presidi Aziendali
TRACKING: 30/4 - I verifica 31/7 - II verifica	
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	10/30

OBIETTIVO 4: GESTIONALI	
DESCRIZIONE	Il quarto macro obiettivo è composto da quattro attività gestionali di primaria importanza che non vedono collocazione nelle aree di competenza dei precedenti obiettivi. Le attività sono: <ul style="list-style-type: none"> • tetto massimo della spesa farmaceutica convenzionata • utilizzo dei fondi comunitari per gli investimenti • miglioramento della qualità per il cittadino • piano di efficientamento energetico
PESO	15

SUB-OBIETTIVO 4.1: Contenimento spesa dispositivi medici	
Riduzione del 4% dei costi inerenti le voci di costo, BO1030, BO1035, BO1040, BO1045, BO1050, BO1060, per i dispositivi medici e protesica, attraverso la conclusione delle forme consorziate di acquisto a livello di Bacino e relativa ottimizzazione della logistica, il tutto a parità delle rimanenze a magazzino (anno 2011 - anno 2012).	
INDICATORE	4% del risparmio sullo speso a C.E. nell'anno 2011
VALORE OBIETTIVO	cfr. allegato 1
SCALA	0-1
TRACKING: 30/4 - I verifica 31/7 - II verifica	
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	4/15

Relazione sulla Performance 2012

SUB-OBIETTIVO 4.2: Certificazione Fondi UE	
Utilizzo dei fondi comunitari per gli investimenti entro il 31/12/2012. Il target di spesa da assegnare a ogni singola Azienda Sanitaria e' stato calcolato tenuto conto della spesa effettivamente sostenibile dalle aziende, sia in relazione alle gare centralizzate definite per l'acquisizione di attrezzature e sia in funzione della spesa non certificata nel 2011 che viene riassegnata nel 2012.	
INDICATORE	Utilizzo dei fondi comunitari per gli investimenti entro il 31/12/2012
VALORE OBIETTIVO	cfr. allegato 1
SCALA	0-1
TRACKING: 30/4 – I verifica 31/7 – II verifica	
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	4/15

SUB-OBIETTIVO 4.3: Miglioramento della qualità per il cittadino	
Elaborazione di obiettivi relativi all'Area di umanizzazione dei processi assistenziali da inserire nel Piano Qualità Aziendale. Gli obiettivi dovranno essere redatti a partire dall'integrazione dell'analisi dei seguenti elementi: <ul style="list-style-type: none"> • autovalutazione relativa al modello di qualità progettata di cui al D.A. 3185 del 28-12-2010 "Il sistema regionale di valutazione della qualità percepita. Linee di indirizzo per il sistema di gestione della qualità percepita: politica, metodologie e strumenti" , Inoltre l'analisi dovrà tenere conto di: <ul style="list-style-type: none"> • l'analisi dei risultati dei questionari di valutazione della qualità percepita nell'anno di riferimento; • l'analisi delle segnalazioni/reclami pervenute dai cittadini/utenti nell'anno di riferimento; • le proposte pervenute dai Comitati Consultivi aziendali; • gli standard dichiarati nella Carta dei Servizi aziendale; • le proposte derivanti dall'attività di autovalutazione relativa all'audit civico . L'analisi dovrà produrre i seguenti risultati: <ul style="list-style-type: none"> • l'individuazione delle criticità sugli aspetti di umanizzazione dei processi assistenziali; • la redazione dei piani di miglioramento per superare le criticità individuate. Tali piani di miglioramento devono essere redatti secondo lo schema indicato nell'allegato 2 "Elementi da considerare per la predisposizione delle azioni di miglioramento" del D.A. 1373 del 22-7-2011 "Guida all'implementazione per l'avvio del sistema regionale di qualità percepita- Protocollo operativo"; • individuazione di alcune aree critiche su cui ottenere risultati di miglioramento già nel secondo semestre 2012 (definizione obiettivi); • le strategie per il raggiungimento ed il mantenimento degli standard dichiarati nella Carta dei Servizi aziendale. Il piano di miglioramento dovrà essere discusso e condiviso dal Collegio di Direzione e dal Comitato Consultivo Aziendale.	
INDICATORE	<ul style="list-style-type: none"> • piano di miglioramento condiviso su alcune aree critiche con evidenziazione degli specifici obiettivi da raggiungere al 31/12 • raggiungimento obiettivi sulle aree critiche oggetto di miglioramento SI/NO
VALORE OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Esistenza della deliberazione del Direttore Generale di adozione del piano con evidenza dell'avvenuta discussione e condivisione da parte del Collegio di Direzione e del Comitato Consultivo Aziendale. • Report relativo all'implementazione degli obiettivi relativi all'Area di umanizzazione dei processi assistenziali previsti nel Piano Qualità Aziendale.
SCALA	0-1
TRACKING: 31/3 - La Regione fornirà gli strumenti per l'autovalutazione: check-list e attività formativa 30/4/2012 - Conclusione dell'attività di autovalutazione da parte delle Aziende relativa al modello di qualità progettata 30/6/2012 - Definizione e approvazione Piano Aziendale Qualità per la parte relativa all'area di umanizzazione discusso e condiviso dal Collegio di Direzione in seduta congiunta con il Comitato Consultivo Aziendale; il Piano deve essere adottato con delibera del Direttore Generale. 31/7/2012 - Prima verifica da parte dell'Assessorato dell'avvio dell'implementazione degli obiettivi prefissati nel Piano 31/1/2013- Report sullo stato di attuazione dei piani di miglioramento previsti dal Piano aziendale Qualità sull'area di umanizzazione dei processi assistenziali	

PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	4/15
------------------------------	------

SUB-OBIETTIVO 4.4: Piano di efficientamento energetico con uso delle risorse alternative

Il contesto Ospedaliero occupa una posizione preminente dal punto di vista energetico sia per l'entità dei fabbisogni (necessità di garantire il funzionamento H24 per 365 gg/anno) sia per la diversificazione degli usi energetici, generando elevati consumi, costi ed emissioni. Diventa quindi importante "misurare" (in questa prima fase) le performance energetiche delle singole Aziende Ospedaliere e i presidi Ospedalieri delle ASP e dare corpo a un Piano di Attività/Intervento di riassetto energetico nel quale vengono promossi la riqualificazione delle strutture ospedaliere, la valorizzazione delle fonti rinnovabili, la riduzione dei consumi e delle emissioni.

Predisposizione e relativa redazione di un Piano di Intervento sul proprio Sistema energetico, individuando :

- a) i punti di forza e di debolezza delle singole strutture, attraverso una analisi di tutte le caratteristiche aventi influenza dal punto di vista energetico
- b) le azioni correttive distinguendole tra quelle utili per ridurre i costi e quelle utili per migliorare la qualità delle prestazioni energetiche, con relativa analisi costi-benefici

Si allega alla scheda del sub-obiettivo 4 , a titolo di esempio, uno stralcio di una pubblicazione prodotta dall' ARESS (Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte aress@aress.piemonte.it) "Linee Guida per l'Efficienza Energetica del Sistema Sanitario Regionale del Piemonte.

INDICATORE	Esistenza del Piano di Intervento al 31/07/2012 ; SI/NO
VALORE OBIETTIVO	Piano Intervento Approvato
SCALA	0-1
TRACKING: 30/4 - I verifica 31/7 - II verifica	
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	3/15

Per quanto attiene le attività di monitoraggio si precisa che l'Agenas nel corso del 2012 ha svolto l'attività di monitoraggio in relazione all'obiettivo 1: piano attuativo aziendale del P.S.R. ed in particolare ha rendicontato i risultati periodici durante le riunioni con l'Azienda come risulta dai verbali in possesso dell'Azienda.

In riferimento ai risultati raggiunti e alla motivazione degli scostamenti per gli altri obiettivi elencati nel presente paragrafo, si rinvia all'allegato 2, parte integrante della presente relazione.

3.3 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, 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.

In particolare, per l'anno 2012, si è concluso il processo di negoziazione degli obiettivi operativi per la dirigenza apicale della area amministrativa, tecnica e professionale e se ne riporta una sintesi nell'allegato 7.

Purtroppo non altrettanto si è verificato per la restante dirigenza apicale dell'area medica e sanitaria, per le quali il processo di negoziazione del budget e degli obiettivi operativi con le UU.OO. non è stato concluso.

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.

3.4 Obiettivi individuali

Nel 2012 sono stati formalmente assegnati alla dirigenza amministrativa, tecnica e professionale obiettivi oggettivi, misurabili, dotati di indicatore.

Inoltre, tutti i dirigenti, compresi coloro che appartengono all'area medica e sanitaria, sono stati valutati dai superiori unicamente con scheda individuale, idonea a valutare comportamenti e competenze.

4. RISORSE, EFFICIENZA ed ECONOMICITÀ

L'Azienda ha dunque chiuso il bilancio 2012 anche con un utile di gestione (+ € 11.731.538 prima delle imposte), dimostrando di avere speso meno di quanto assegnato, pur avendo partecipato attivamente agli obiettivi strategici regionali di riduzione della spesa.

	ANNO 2011	ANNO 2012
(A) VALORE DELLA PRODUZIONE	352.222.537	369.336.021
(B) COSTI DELLA PRODUZIONE	341.929.668	358.379.401
(C) PROVENTI ED ONERI FINANZIARI	1.790.341	560.426
(D) PROVENTI ED ONERI STRAORDINARI	-930.412	-1.335.344
(E) RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (=A+j-B+j-C+j-D)	9.432.941	11.731.538

La produzione complessiva in termini tariffari è stata di

€ mgl 162.793 per le attività di ricovero (€ mgl 167.148 nel 2011)

€ mgl 16.380 per la specialistica ambulatoriale (€ mgl 18.579 nel 2011)

€ mgl 35.448 per altre prestazioni (file F e T) (€ mgl 34.950 nel 2011)

€ mgl 463 per soggetti extra Regione (comprehensive dei ricoveri e delle attività amb.) (€ mgl 464 nel 2011)

€ mgl 7.916 per ricavi da prestazioni sanitarie erogate in regime intramoenia (€ mgl 8.358 nel 2011)

In termini di efficienza ed economicità dividendo l'entità dei rimborsi di cui sopra pari a € mgl 223.000 (esclusi i contributi indistinti pari a € mgl 110.390) per i costi diretti che ammontano a € mgl 283.896, il rapporto è 0,78 (che ascende fino a 1,17 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 € 0,78 ovvero di € 1,17 considerando la quota di remunerazione derivante dal contributo indistinto (€ 0,84 ovvero € 1,25 nel 2011).

5. PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE

Il “Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere dei lavoratori e contro le discriminazioni” è un organismo previsto dalla legge 183/2010 e sostituisce, unificandoli, i comitati per le pari opportunità e per il fenomeno del mobbing.

Ha composizione paritetica ed è formato da componenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali rappresentative e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione, nonché da altrettanti componenti supplenti. E' tenuto ad esplicitare le proprie attività nei confronti di tutto il personale appartenente all'amministrazione ed esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica in precedenza demandati ai Comitati per le Pari Opportunità e ai Comitati paritetici sul Mobbing.

Promuove, altresì, iniziative che accrescano la cultura del rispetto della dignità della persona nel contesto lavorativo. L'unificazione in unico comitato esprime, già nella normativa, la ridefinizione dei confini del concetto di “benessere”, che integra al suo interno contenuti relativi all'assenza di discriminazioni a criteri di adeguatezza organizzativa, strutturale e di clima relazionale presenti sul luogo di lavoro.

Nella nostra Azienda il CUG è stato istituito con delibera n 821 del 26/06/12, che specifica i n. 32 componenti di nomina aziendale, i n. 27 di nomina sindacale.

Al fine di rendere esecutivo il mandato del Comitato, in data 08/11/2012, ne è stato approvato il Regolamento che ne determina la validità giuridica

Gli obiettivi perseguiti dal CUG ed individuati prioritari nel Piano delle Azioni Positive (allegato 1) sono:

- a) la conoscenza e la valorizzazione del ruolo e dei compiti del CUG
- b) la diffusione di tematiche riguardanti le pari opportunità, la valorizzazione della diversità e la lotta alle discriminazioni
- c) la rilevazione del benessere organizzativo nell'ambiente di lavoro.
- d) la programmazione di azioni migliorative, focalizzate sulle necessità dei dipendenti.

Nel corso delle riunioni effettuate a partire dall'istituzione del CUG, sono state portate a compimento le azioni preliminari necessarie per garantire il funzionamento del Comitato su linee guida condivise, che si riassumono:

1. Richiesta individuazione ed allestimento locale per sede CUG

2. Redazione ed adozione del Regolamento
3. Organizzazione segreteria ed archiviazione documenti attività
4. Istituzione della casella di posta elettronica poliovecugct@gmail.com
5. Realizzazione dell'area dedicata al CUG sul sito aziendale
6. Richiesta di dati statistici attinenti il personale dell'Azienda e loro elaborazione differenziata per genere, qualifica e presidio di appartenenza.
7. Richiesta di dati statistici attinenti i percorsi formativi effettuati dal personale dell'Azienda (ultimo triennio).

Nel corso del 2012 si sono sviluppate le seguenti attività:

1. POSTER INFORMATIVI SU COMPITI DEL CUG

Contengono sintetiche informazioni sulla normativa nazionale relativa ai CUG e sulla istituzione e composizione locale.

2. BROCHURE INFORMATIVA SULLA "CARTA EUROPEA PER LA PARITÀ DELLE DONNE E DEGLI UOMINI NELLA VITA LOCALE"

Ha lo scopo di reiterare e diffondere informazione e conoscenza sui principi fondanti il concetto di parità, nello sforzo "culturale" di accompagnare la trasformazione di dettati normativi già da tempo presenti in stili comportamentali quotidiani.

3. PIANO DI STUDIO QUANTITATIVO DELLE RISORSE UMANE AZIENDALI DISTINTE PER GENERE, QUALIFICA E PRESIDIO

Realizzato per conoscere e monitorare il patrimonio di personale dell'Azienda, è aggiornato al 31-12-2012.

4. INIZIATIVA SCAMBIO LIBRI "IPAZIA"

Pensata nell'ottica della sollecitazione alla sussidiarietà, l'iniziativa mira alla costituzione di una biblioteca aziendale a cui ogni operatore possa accedere prestando un proprio libro e ricevendone in cambio un altro. Nonostante la mancanza di una sede CUG che ospiti la biblioteca abbia rallentato la realizzazione dell'iniziativa, l'adesione del personale informato ha già prodotto l'offerta di libri da mettere a disposizione di colleghi.

5. POSTER ACCOGLIENZA DIVERSITA'

È finalizzato alla promozione della cultura del rispetto della "diversità", da intendere non come ostacolo ma come risorsa e altra chiave di lettura della complessità della realtà.

6. POSTER CONTRO IL FEMMINICIDIO

7. RICERCA SUL CONCETTO DI BENESSERE

La ricerca si pone come obiettivo iniziale quello di individuare, a partire dall'ascolto

dell'opinione dei lavoratori, la definizione di Benessere Lavorativo. Tale concetto è infatti contenitore di percezioni ed interpretazioni diverse e fortemente ancorate alla situazione di contesto in cui opera il dipendente. Uscire dalle generalizzazioni teoriche e contestualizzare i significati preminenti nella nostra Azienda consentirà di strutturare interventi migliorativi più mirati ed efficaci.

8. POSTER BENESSERE LAVORATIVO

Non è utile nascondere le difficoltà a cui il CUG va incontro nel contesto aziendale per il diffuso pregiudizio che relega tale genere di organismi ad una esclusiva, o quasi, presenza formale.

Con la consapevolezza che questo è il punto di partenza, i componenti del CUG hanno dato rilevanza alla costruzione di una relazione di contatto e di confronto con i dipendenti che, consentendo di superare dubbi e resistenze, ha dato spazio alle opinioni ed i bisogni dei lavoratori stessi. La valorizzazione del personale, l'ascolto diretto della sua percezione sul proprio benessere lavorativo ed il superamento di ostacoli comunicativi tra i vari livelli di funzioni, sono fattori ormai unanimemente riconosciuti necessari perché un sistema sanitario si possa definire di qualità e, tuttavia, molto ancora deve essere fatto in questo ambito.

Le prime fasi dell'attività hanno visto realizzate, quindi, azioni che consentissero di aggregare intorno al CUG la partecipazione attiva del personale, collegato alla soddisfazione del principio di sussidiarietà allo scopo di implementare risorse e di avviare un processo culturale in cui il lavoratore possa avvertirsi protagonista del cambiamento.

A tale scopo rilevante l'importanza della Direzione Generale nel sostenere fattivamente i valori delle funzioni di garanzia che, attraverso le buone prassi delle azioni selezionate dal comitato, tendono a mettere in movimento i concetti di tutela affrancandoli dall'accento conservatore e liberando le istanze propositive.

In riferimento ai 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, si ribadisce il loro 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).

A tali soggetti - 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 ha, inoltre, dedicato un ambulatorio 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 state 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 stato pertanto subordinato ad una dichiarazione d'indigenza da parte del cittadino straniero.

6. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

6.1 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 primo trimestre del 2012 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 Direttive 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 avviato il processo di negoziazione del budget e degli obiettivi operativi con le UU.OO. non concluso;
- nel mese di gennaio 2012 ha avuto luogo il processo di elaborazione redazione del Piano Aziendale della Performance 2012 - 2014;
- costituzione della struttura tecnica permanente a supporto dell'OIVP con ordine di servizio del Direttore Generale n. 1 del 18 gennaio 2012.

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. La stesura ha previsto un momento di raccolta di dati e quindi l'elaborazione degli stessi.

6.2 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) **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;
- b) **Avvio pianificazione di obiettivi per le pari opportunità:** la nomina del CUG, intervenuta con deliberazione n. 821 del 26 giugno 2012, ha dato avvio alle azioni volte alla tutela e garanzia delle pari opportunità.

I punti di debolezza:

- a) **Difficoltà di carattere organizzativo nell'implementazione del Sistema di valutazione della Performance** per come segnalato dall' OIV nella "Relazione sul funzionamento complessivo del sistema per gli anni 2011 e 2012" , redatta ai sensi dell'art 14, comma 4, lettera a) del d.lgs. n. 150/2009;
- b) **Sistema di cascading degli obiettivi:** il ciclo della Performance nella sua applicazione, ha rilevato notevoli punti di criticità in relazione al ribaltamento degli obiettivi sui singoli dirigenti soprattutto nell'area medica e sanitaria.

Con riferimento a tale sezione si dà atto dunque che alcune criticità sono state riscontrate anche nella Relazione sul funzionamento complessivo del Sistema per gli anni 2011 e 2012 elaborata dall'OIV.