

REGIONE SICILIANA

**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
"POLICLINICO – VITTORIO EMANUELE"
CATANIA**



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

Anno 2014

(art 10 comma 1 lettera b) decreto legislativo n. 150/2009)

Gruppo di lavoro

- *Angela D'Arrigo*
- *Ignazio Del Campo*
- *Simona Di Virgilio*
- *Vincenzo Guardabasso*
- *Vincenzo Parrinello*
- *Giuseppe Saglimbeni*
- *Maddalena Samperi*
- *Pieremilio Vasta*
- *Gaetana Silvana Verdura*

Coordinatore: Monica Castro

INDICE

1	PRESENTAZIONE	7
2	SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI.....	9
2.1	IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO.....	11
2.2	L' AMMINISTRAZIONE.....	13
2.3	I RISULTATI RAGGIUNTI	23
2.4	LE CRITICITÀ ED OPPORTUNITÀ.....	28
3	OBIETTIVI : RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI	36
3.1	ALBERO DELLA PERFORMANCE.....	36
3.2	OBIETTIVI STRATEGICI	39
3.2.1	Obiettivi contrattuali generali.....	39
3.2.2	Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento dei servizi	40
3.3	OBIETTIVI E PIANI OPERATIVI	47
3.4	OBIETTIVI INDIVIDUALI	48
4	RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ.....	51
5	PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE.....	53
6	IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE.....	58
6.1	FASI, SOGGETTI, TEMPI E RESPONSABILITÀ.....	58
6.2	PUNTI DI FORZA E PUNTI DI DEBOLEZZA DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE.....	60

ALLEGATO 1: Tabella obiettivi strategici

ALLEGATO 2: Tabelle obiettivi operativi

ALLEGATO 3: Tabella documenti del Ciclo di gestione della Performance

ALLEGATO 4: Tabelle Valutazione

1 PRESENTAZIONE

La relazione sulla performance, prevista dall' art 10 comma 1 lettera b) del decreto legislativo 150/09 e redatta secondo le linee guida di cui alla delibera n. 5/2012 della Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche, 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.

La relazione è disponibile e scaricabile sul sito web istituzionale dell'Azienda, come previsto dalla normativa, al Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, in apposita sezione di facile accesso e consultazione, denominata al primo livello "Amministrazione Trasparente" e al secondo livello "Performance".

Essa, con riferimento all'anno di gestione 2014, illustra a consuntivo ai cittadini ed agli utenti interni ed esterni all'A.O.U. Policlinico Vittorio Emanuele di Catania, i principali risultati organizzativi ed individuali raggiunti con riferimento agli obiettivi programmati ed alle risorse disponibili ed impiegate, rilevando altresì eventuali scostamenti tra quanto previsto ed effettivamente realizzato.

L'Azienda ha scelto di rappresentare anche in maniera descrittiva, ma sintetica, i risultati più significativi riferiti agli obiettivi assegnati dalla Regione Sicilia e agli obiettivi stabiliti nel Piano della Performance Aziendale 2014-2016 e trasferiti negli obiettivi gestionali negoziati nel processo di budget operativo 2014.

La definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano Aziendale della Performance 2014 - 2016 è avvenuta in modo integrato con il processo di programmazione regionale e aziendale e di bilancio di previsione ed è stata realizzata attraverso:

- un'attività legata alla programmazione ed alla pianificazione delle performance;
- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nella stesura del Piano delle Performance: dal Collegio di Direzione alle Tecnostrutture di Staff, alle strutture appartenenti ai dipartimenti assistenziali nonché alle strutture tecniche ed amministrative.

In questo modo è stato creato un valido strumento che costituisce la base per la valutazione delle scelte strategiche aziendali ed il ribaltamento degli obiettivi di performance alle varie strutture aziendali, e da queste ai singoli professionisti.

La presente relazione rappresenta per l'anno 2014 l'atto conclusivo del *ciclo della performance*.

L'attività dell'Azienda nell'anno 2014 è stata improntata, in linea con le modifiche intervenute nell'ambito del Sistema sanitario regionale, a seguito della legge regionale 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, esaltando così i valori ed i principi propri della normativa nazionale e regionale.

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, pur nella ferma consapevolezza della limitatezza attuale di risorse che deve governare scelte e valutazioni.

In questo quadro si è riconosciuta la necessità di coinvolgere gli operatori nel processo di realizzazione degli obiettivi, in funzione motivante per i risultati, ma anche dirimente nella individuazione di quelli considerati più significativi anche dagli *stakeholder*.

Un ruolo fondamentale quale garante della correttezza dell'intero *Sistema di Misurazione e valutazione della performance* e del *Piano delle performance* è stato svolto dall'Organismo Indipendente di Valutazione, la cui azione di supporto e di verifica è ormai consolidata.

L'Azienda dal 2011 ha avviato un nuovo percorso culturale volto alla definizione del Ciclo della Performance ed alla sua poliedrica valutazione, percorso perseguito anche nel 2014, pur con tutte le difficoltà dovute all'avvicendamento dei vertici aziendali. Nel 2014, grazie al processo di condivisione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance con i principali stakeholder del processo di valutazione (Organizzazioni sindacali, Valutatori di I istanza, componenti del Comitato Unico di Garanzia), l'Azienda ha potuto vedere realizzato il cambiamento culturale che le ha permesso, sulla base della valutazione delle performance precedenti e dell'analisi del contesto, di individuare le priorità su cui concentrare le attività di programmazione strategica e pianificazione operativa.

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

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico – Vittorio Emanuele è un Ospedale ad alto contenuto tecnologico ed assistenziale al servizio della didattica, della ricerca e dell'assistenza.

L'Azienda, oltre ad essere hub per la provincia di Catania ed in molti casi per il bacino orientale della Sicilia con la presenza di alte specialità (cardiologia e cardiocirurgia, neurochirurgia, ematologia ed ematologia pediatrica, neurologia) è anche centro di riferimento regionale per alcune funzioni determinate dalla programmazione regionale (es. emergenza neonatale e trapianti) ed essendo l'azienda di riferimento dell'Università degli Studi di Catania è anche centro di eccellenza e punto di riferimento a livello nazionale in diverse discipline. Ed è proprio per questa sua vocazione alla ricerca che l'azienda è sede di numerosi Centri di riferimento regionale di seguito elencati:

Centri di riferimento regionale per patologie di alta specializzazione o di alto interesse sociale e sanitario (D.A. n.2006 del 24/10/2013)			
Centro di riferimento regionale per le malattie rare - D.A. n. 2185/2012 e D.A. n. 617/2013			
	Centri di riferimento regionale	Sede	Note
1	Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare della coagulazione e delle anemie rare nel bambino e nell'adulto	U.O.C. Ematologia – P.O. Ferrarotto	Centro prescrittore dei fattori di coagulazione plasmatici e ricombinanti (D.A. 1766/2011)
2	Trattamento dei melanomi della coroide	U.O.C. Clinica Oculistica – P.O. Gaspare Rodolico	Centro prescrittore dei farmaci per la cura delle maculopatie. (Decreto 8 agosto 2013, GURS n. 41 del 06/09/2013)
3	Prevenzione, diagnosi e trattamento dei disturbi dell'apprendimento nell'età evolutiva	U.O.C. Neuropsichiatria – P.O. Gaspare Rodolico	La Neuropsichiatria infantile risulta centro regionale di riferimento per il registro nazionale ADHD (sindrome da iperattività con deficit di attenzione) Allegato 14 del DDG 3176 del 2008.
4	Diagnosi e la cura delle malattie genetiche	Dipartimento Medicina diagnostica di laboratorio – P.O. Gaspare Rodolico	Centro di riferimento regionale per le malattie rare - D.A. n. 2185/2012 e D.A. n.617 del 28/03/2013
5	Ematologia ed Oncologia Pediatrica con trapianto	U.O.C. Oncoematologia pediatrica con T.M.O. – P.O. Gaspare Rodolico	

6	Controllo e cura delle malattie metaboliche congenite dell'infanzia	U.O.C. Clinica Pediatrica – P.O. Gaspare Rodolico	Centro di riferimento regionale per le malattie rare - D.A. n. 2185/2012 e D.A. 28/03/2013
7	Disturbi dell'alimentazione	U.O.C. Psichiatria - P.O. Gaspare Rodolico	
8	Diagnosi e il trattamento delle uropatie congenite	U.O.C. Chirurgia Pediatrica – P.O. Gaspare Rodolico	
9	Cardiologia interventistica e strutturale	U.O.C. di Cardiologia – P.O. Vittorio Emauele, Ferrarotto e S.Bambino	
10	Prevenzione, diagnosi e cura dell'osteoporosi e delle altre patologie del metabolismo osseo	U.O.C. Clinica Medica – P.O. Vittorio Emanuele	
11	Diagnosi e terapia della psicopatologia dei post-partum	U.O.C. Psichiatria – P.O. Gaspare Rodolico	
12	Odontoiatria speciale riabilitativa del paziente disabile	U.O.C di Odontoiatria – P.O. Vittorio Emauele, Ferrarotto e S.Bambino	
13	Chirurgia maxillofacciale e microchirurgia ricostruttiva	U.O.C. Chirurgia maxillofacciale e microchirurgia ricostruttiva	
14	Inquadramento clinico e trattamento ortopedico del piede torto congenito	U.O.C. Clinica Ortopedica - P.O. Vittorio Emanuele	
15	Prevenzione, diagnosi e cura dei tumori rari e dei tumori solidi eredo-familiari del bambino	U.O.C. Oncoematologia pediatrica con T.M.O. – P.O. Gaspare Rodolico	
16	Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie delle ghiandole endocrine e disturbi immunitari (Angioedema ereditario)	U.O.C. Medicina Interna - P.O. Gaspare Rodolico	
17	Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare degli organi di senso di interesse oculistico (cheratocono)	U.O.C. Clinica Oculistica - P.O. Gaspare Rodolico	
18	Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare di interesse dermatologico	U.O.C. Clinica Dermatologica - P.O. Gaspare Rodolico	

19	Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare del polmone	Programma infradipartimentale	
20	Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare reumatologiche dell'adulto	U.O.S. Reumatologia – P.O. Vittorio Emanuele	
21	Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare reumatologiche del bambino	U.O.C. Broncopneumologia pediatrica – P.O. Gaspare Rodolico	

2.1 IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria "Policlinico-Vittorio Emanuele" 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. . La collocazione nel centro storico di tre presidi ospedalieri comporta delle difficoltà di accesso dovute alla viabilità e al traffico cittadino particolarmente intenso e caotico nelle aree interessate e ha rappresentato, unitamente alla vetustà strutturale e impiantistica dei Presidi sopra citati, uno degli elementi a supporto della decisione presa diverse decenni fa dalla Regione Siciliana di edificare il nuovo ospedale San Marco nell'area di Librino alla periferia sud-ovest della città. Più facilmente raggiungibile, grazie alla 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 "Policlinico-Vittorio Emanuele" fa parte della rete sanitaria pubblica, che serve la città di Catania, l'area metropolitana con i comuni limitrofi, e l'intera provincia di Catania. Rispetto alle altre aziende ospedaliere cittadine fornisce un'offerta di servizi fra le più importanti e complete dell'intera regione, attirando anche bisogni sanitari di altre province.

L'area catanese è un'area fortemente urbanizzata, con una popolazione cittadina, nel 2014, di 315.576 abitanti, un'area metropolitana di 788.238 abitanti ed una popolazione provinciale pari a 1.115.704 abitanti (tutti i dati di popolazioni sono dati ISTAT prelevati nel gennaio 2015 e riferiti al 1 Gennaio dell'anno indicato), con una superficie di 182,90 Km².

Popolazione residente per sesso

	maschi	femmine	Totale
--	--------	---------	--------

Provincia di Catania	540.909	574.795	1.115.704
----------------------	---------	---------	-----------

Popolazione straniera residente

	Numero di stranieri	per 1000 residenti
Provincia di Catania	29.921	26,8

Popolazione per classi di età

0-14	15-39	40-64	65-79	80 e oltre	Totale
171.142	358.836	382.406	144.654	58.666	1.115.704

Indici di vecchiaia

Anno	2004	2014
Provincia di Catania	92,2	118,8

Il progressivo invecchiamento della popolazione rappresenta una delle cause di maggiore ricorso ai servizi sanitari, in particolare a quelli offerti dagli ospedali. Il tasso di ospedalizzazione provinciale è progressivamente diminuito passando da 203/1000 del 2009 al 168/100 del 2012 , tendendo sempre più al 160/1000 previsto dalle ultime indicazioni nazionali (DL 6/7/2012, n. 95 e legge di conversione 135/2012, GURI N. 189/2012).

Questo contesto genera una maggiore domanda di servizi sanitari per le malattie cronico degenerative, che rappresentano la grande maggioranza delle cause di morte; tale domanda, se non adeguatamente governata a livello territoriale, rischia di mantenere le difficoltà a carico dei presidi ospedalieri.

IL RAPPORTO CON LE ALTRE STRUTTURE SANITARIE

Nel corso dell'anno 2014 si è ulteriormente rafforzato il rapporto con le altre Aziende Sanitarie della provincia di Catania attraverso la condivisione degli obiettivi del Piano Attuativo Interaziendale Provinciale, la cui piena attuazione costituisce obiettivo per le Direzioni generali delle Aziende.

In tale ambito sono state definiti programmi per l'attivazione delle reti cardiologica, neurologica e del politrauma, per lo sviluppo del Dipartimento Provinciale Oncologico, per la gestione delle liste di

attesa e delle dimissioni facilitate con l'avvio di regolari scambi di informazioni fra le strutture delle diverse aziende.

In accordo con l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania si è proceduto ad ulteriormente condividere le agende delle prestazioni ambulatoriali nell'ambito del Centro Unificato di Prenotazione e a diffondere presso le Unità operative maggiormente interessate uno specifico software per le dimissioni facilitate dei pazienti affetti da diabete mellito e scompenso cardiaco.

In ogni caso il consolidamento dei rapporti con le strutture sanitarie della rete provinciale e regionale e la stessa condivisione di taluni servizi con l'Azienda Sanitaria Territoriale costituisce specifico impegno per l'azienda.

Tale rafforzamento dei rapporti non potrà che trovare naturale sbocco nell'avvio e nella messa a regime dei meccanismi di negoziazione dei volumi di attività fra l'azienda sanitaria provinciale e le Aziende ospedaliere, al fine di favorire, nell'intero ambito provinciale, la razionalizzazione dell'offerta sanitaria ed un efficiente utilizzo delle risorse umane, tecnologiche e strutturali.

2.2 L' AMMINISTRAZIONE

L'organizzazione aziendale è articolata nelle funzioni ospedaliera e amministrativa – tecnica - logistica anche a supporto dell'attività di didattica e ricerca.

Gli organi aziendali sono:

- Direttore Generale
- Collegio Sindacale
- Organo di Indirizzo
- Collegio di Direzione.

La Direzione Strategica si avvale del supporto della Tecnostruttura di Staff (Aree di staff: Programmazione e Controllo di Gestione; Pianificazione, politiche del personale e relazioni sindacali; Formazione; Comunicazione; Sicurezza, Prevenzione e protezione rischi; Sistema Informativo Aziendale; Qualità e Rischio clinico).

L'articolazione di base dell'Azienda rispetta l'assetto organizzativo voluto dalla Regione Sicilia, finalizzato a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari della collettività.

La funzione ospedaliera è assicurata dai due Presidi Ospedalieri e dai Dipartimenti Strutturali.

Le funzioni tecnico-amministrative sono assicurate dal Dipartimento Amministrativo articolato nelle

seguenti Strutture Complesse:

- Settore Gestione Risorse Umane,
- Settore Provveditorato ed Economato,
- Settore Tecnico,
- Settore Gestione Risorse Economico - finanziarie,
- Settore Facility Management.

Lo svolgimento delle funzioni direzionali è supportato dai Servizi Legali, dalla Tecnostruttura di Staff e dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance.

L'Atto Aziendale prevede il Dipartimento quale modello organizzativo ordinario, così come previsto dal D. Lgs. 229/99 e dal D.L.vo 517/99.

Sono previsti 13 dipartimenti (12 sanitari e 1 amministrativo) all'interno dei quali operano 87 strutture complesse (di cui 6 amministrative).

Le strutture organizzative complesse, con o senza dotazione di posti letto, sono specifiche articolazioni organizzativo - strutturali con autonomia gestionale completa ed afferenti ad un dipartimento per garantire la condivisione di risorse e di modelli organizzativi.

Le strutture organizzative complesse, con o senza dotazione di posti letto, sono specifiche articolazioni organizzativo - strutturali con autonomia gestionale completa ed afferenti ad un dipartimento per garantire la condivisione di risorse e di modelli organizzativi.

La struttura organizzativa dell'Azienda si articola in:

- dipartimenti funzionali;
- dipartimenti strutturali;
- strutture complesse;
- strutture semplici;
- strutture semplici dipartimentali;
- programmi infradipartimentali ed interdipartimentali.

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività sanitarie dell'Azienda.

Nell'Azienda sono presenti i seguenti dipartimenti:

- Dipartimenti ad Attività Integrata, di cui all'art. 3 comma 5 del D.L.vo 517/99 e art. 8 comma 3 del Protocollo d'Intesa tra Regione Siciliana e Università di Catania;
- Dipartimenti Assistenziali, di cui all'art. 17 bis D.L.vo 502/92;
- Dipartimento amministrativo.

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.

Nel contesto organizzativo appena rappresentato l'Azienda ha erogato servizi e prestazioni assistenziali ad un bacino di utenza ben più ampio dell'ambito provinciale.

I dati relativi alla produzione sono di seguito sintetizzati:

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO V.EMANUELE	ATTIVITA' ANNO 2014				
	Posti letto ORD	Posti letto DH	casi ORD	CASI DH	Casi DSAO
Medicina Interna Rod	18	2	446	152	488
Andrologia ed Endocrinologia Rod		2		271	103
Clinica Dermatologica Rod		6		467	983
Nefrologia V.Emanuele	5,3	1,8	190	60	15
Pneumologia Rod	21,9	1	724	121	61
I Medicina VE	20		527		21
Clinica Medica VE	15	7	257	214	221
Dermatologia VE	1,7	2	134	403	503
Gastroenterologia VE		1		218	55
Gastroenterologia Rod		2			120
Nutrizione Clinica Rod		1			
Malattie Infettive Ferr	11,8	4	335	117	30
Clinica Chirurgica I VE	16,8	5,2	1192	1796	501
Chirurgia Generale VE	6,7	1,8	250	112	51
Clinica Oculistica II S.Marta					1175
Clinica Odontoiatrica I VE		3,6		1329	341
Clinica Urologica I VE	8,8	2,7	654	361	179
Odontoiatria speciale e riabilitativa Ferr	0,9	2,7	138	1557	9
Chirurgia Maxillo facciale VE	2,5	0,8	193	36	1
Clinica Ortopedica VE	27,1	3	867	496	
Chirurgia Digerente Coloretale Rod			272	170	86
Chirurgia Addominale d'Urgenza	7,2	1,8	26	15	23
Chirurgia Generale Week Hospital Rod			25	76	79
Chirurgia ad indirizzo oncologico Rod			310	124	32
Oncologia Chirurgica Rod	13,9	0,9	37	85	58
Chirurgia Laparoscopica Rod			91	45	44
Clinica Chirurgica II Rod			255	200	79
Chirurgia Toracica Rod	11,3	0,90	67	8	
Chirurgia Generale e Senologica Rod			180	187	58
Clinica Oculistica Rod	2	3	306	282	1213
Clinica Odontoiatria II Rod				1	2
Clinica Otorinolaringoiatrica Rod	6	4	363	374	133
Clinica Urologica II Rod	9,7	1,9	526	88	403
Endocrinochirurgia Rod	5,4		207	24	2
Cardiologia + UTIC I Ferr	33	2	2451	286	67
Cardiologia + UTIC II VE	6,8	1	197	73	2
Cardiochirurgia Ferr	27		551	5	
Chirurgia Vascolare Rod	11,7	1	680	218	7
Trapianti Rene Rod	9,7	2,8	283	72	2

Chirurgia Toracica VE	4,8	0,9	272	11	
Angiologia Ferr	9,6	8	524	317	
Cardiologia Pediatrica					3
Chirurgia Pediatrica Rod	7,8	1,9	485	394	113
Clinica Ostetrica e Ginecologia Rod	24	3	1969	485	26
Broncopneumologia Pediatrica Rod	8,6	1	415	73	43
Neonatologia UTIN Rod	14		297		
Neonatologia NIDO Rod			1294		
Clinica Pediatrica Rod	15,3	1	726	113	561
Neuropsichiatria Infantile Rod		3		839	95
Pediatria VE	20	2	1144	484	82
Ostetricia e Ginecologia PS SB	30,2	2	2267	562	83
Istituto di Patologia Ostetrica SB	11,8	1	748	224	12
Neonatologia con UTIN SB	15,2		341		
Nido S.Bambino			1707		
Clinica Neurologica Rod	25,3	7	774	1108	349
Neuroriabilitazione	2		13		
Neurochirurgia Rod	14		385	3	
Psichiatria Rod	13,5	1	290	49	14
I Chirurgia VE	18	2	889	300	64
Anestesia e Rianimazione I Rod	4		52		
Rianimazione II VE	7		101		
Terapia Antalgica		2	2	536	
Rianimazione SB			1		
Medicina d'Urgenza Rod	6	3	207	183	83
Chirurgia Vascolare Ferr	14	1	761	107	
MCAU VE	8		300		
Medicina Fisica e Riabilit. VE		3		42	
Ematoncologia Pediatrica Rod	12	6	396	175	14
Ematologia Ferr	19	24	211	1740	357
Talassemia SB		10		167	16
Talassemia Rod					
Oncologia Medica Rod		4		306	433
Radioterapia Oncologica Rod		6	9	125	
Radiodiagnostica IV SB		1		13	45
totale complessivo	604	163	29314	18399	9540
Tutela salute mentale VE	15		223		

La produzione di cui si dà evidenza nella superiore tabella è stata erogata per merito delle risorse umane impiegate dall'azienda e sintetizzate di seguito nella loro consistenza al 31.12.2014.

Comparto/Dirigenza	Ruolo	Profilo	Totale	
Dirigenza Sanitaria	Sanitario (non medici)	Biologo II Livello Dirigenziale	1	
		Biologo I Livello Dirigenziale	28	
		Biologo I Livello Dirigenziale Univ.	3	
		Chimico I Livello Dirigenziale	1	
		Chimico I Livello Dirigenziale Univ.	1	
		Farmacista II Livello Dirigenziale	1	
		Farmacista I Livello Dirigenziale	13	
		Fisico I Livello Dirigenziale	4	
		Psicologo I Livello Dirigenziale	4	
		Psicologo I Livello Dirigenziale Univ.	1	
		Pedagoga	1	
Dirigenza Sanitaria Totale			58	
Dirigenza PTA	Professionale	Dirigente Ingegnere	2	
	Amministrativo	Dirigente Amministrativo	9	
	Tecnico	Dirigente Analista	2	
Dirigenza PTA Totale			13	
Dirigenza Medica	Sanitario	Dirigente Medico II Livello	21	
		Dirigente Medico II Liv. Univ.	33	
		Dirigente Medico	552	
		Dirigente Medico Univ.	145	
		Dirigente Medico Univ. (Progr.)	14	
Dirigenza Medica Totale			765	
Comparto	Professionale	Ass. Religioso	5	
		Amministrativo	Ass. Amm.vo	87
			Coad. Amm.vo	42
			Coad. Amm.vo Esperto	8
			Coll. Amm.vo Prof.le Esperto	27
			Coll. Amm.vo Prof.le	41
			Commesso	7
			Amministrativo Totale	
		Sanitario	Ass. Sanitario	1
	Coll. Prof. San. Ortottista		4	
	Coll. Prof. San. Ortottista Esperto		1	
	Coll. Prof.le San. Dietista		1	
	Coll. Prof.le San. Dietista Esperto		2	
	Coll. Prof.le San. Esperto		72	
	Coll. Prof.le San. Fisioterapista		16	
	Coll. Prof.le San. Fisioterapista Esperto		4	
	Coll. Prof.le San. Infermiere		1220	
	Coll. Prof.le San. Infermiere pediatrico		1	

	Coll. Prof.le San. Logopedista	3
	Coll. Prof.le San. Massofisioterapista	1
	Coll. Prof.le San. Ostetrica	40
	Coll. Prof.le San. Tecn. Circ. Extracor.	9
	Coll. Prof.le San. Tecn. Circ. Extracor. Es.	1
	Coll. Prof.le San. Tecn. Lab. Biom.	75
	Coll. Prof.le San. Tecn. Neurofisiopat.	4
	Coll. Prof.le San. Tecn. di Radiologia	65
	Coll. Prof.le San. Tecn. di Rad. Esperto	4
	Coll. Prof.le San. Tecn. Audiometrista	2
	Coll. Prof.le San. Tecn. Audiomet. Esp.	1
	Infermiere generico esperto	53
	Infermiere psichiatrico esperto	1
	Op. Prof.le di 2^ catg. Infer. Generico	1
	Puericultrice Esperta	15
Sanitario Totale		1597
Tecnico	Ass. Tecnico	24
	Aus. Specializzato	250
	Coll. Prof.le Ass. Sociale	8
	Coll. Prof.le Ass. Sociale Esperto	1
	Coll. Tecnico Prof.le	14
	Coll. Tecnico Prof.le Esperto	10
	Op. Socio Sanitario	26
	Op. Tecn. Assistenza	20
	Op. Tecnico	46
	Op. Tecnico Specializzato	16
	Op. Tecnico Specializzato Esperto	14
	Programmatore	2
Tecnico Totale		431
Comparto Totale		2245
Totale complessivo		3081

È utile rappresentare come la consistenza media del personale si sia ridotta negli ultimi anni e a tale scopo la successiva tabella evidenzia la riduzione del personale per area contrattuale nell'ultimo quadriennio:

Raffronto personale in servizio anno 2014 rispetto all'anno 2010 (Circolare Ragioneria Generale dello Stato n. 12 del 15 aprile 2011)								
Area contrattuale \ Ruolo	Personale in servizio 31 dicembre 2013	Personale in servizio 31 dicembre 2014	Consistenza media 2014	Personale in servizio 1° gennaio 2010	Personale in servizio 31 dicembre 2010	Consistenza media 2010	Diff.za	% abbattimento
Dirigenti medici tempo indeterminato	736	726		852	780			
Dirigenti medici tempo determinato	35	39		31	75			
Dirigenti Veterinari	0	0		0	0			
Totale dirigenza medica e veterinaria	771	765	768	883	855	869	101	11,62%
Dirigenti Sanitari tempo indeterminato	53	56		55	54			
Dirigenti Sanitari tempo determinato	2	2		5	5			
Totale dirigenti sanitari	55	58	56,5	60	59	59,5	3	5,04%
Dirigenti PTA tempo indeterminato	7	7		16	11			
Dirigenti PTA tempo determinato	11	6		3	3			
Totale dirigenti PTA	18	13	15,5	19	14	16,5	1	6,06%
Personale comparto a tempo indeterminato	2222	2180		2507	2437			
Personale comparto a tempo determinato	69	65		52	67			
Totale comparto	2291	2245	2268	2559	2504	2531,5	263,5	10,41%
TOTALE GENERALE	3135	3081	3108	3521	3432	3476,5	368,5	

Si rappresenta inoltre che il personale aziendale è maggiormente rappresentato nelle fasce di età avanzate, al passo con un generale invecchiamento della popolazione regionale. Pur non riproducendo un principio sempre vero, l'avanzamento dell'età diminuisce la tolleranza allo sforzo psico/fisico (turnover, livello di impegno richiesto, nuovi apprendimenti, flessibilità, ecc...), che nel tempo può diventare una criticità organizzativa per le sue ricadute sulla salute del personale e sulla qualità assistenziale.

L'Azienda, nel 2014, è essenzialmente composta dal 45% di personale infermieristico, 25% di personale medico, 16% di personale tecnico, 7% di tecnico sanitario e 7% personale amministrativo.

L'ambito della dirigenza medica resta per due terzi connotato da personale maschile, mentre quello, del personale infermieristico è rappresentato da donne nel 65%, riproducendo la “sacca culturale” della assegnazione di compiti assistenziali di “base” alle donne. A contorno, anche se molto più limitati nel loro numero complessivo, il personale femminile è prevalente nella dirigenza sanitaria non medica e nell’area amministrativa dove risulta molto rappresentata.

Infine, la tabella successiva sintetizza le risorse finanziarie assegnate e il loro utilizzo nel corso dell’anno 2014.

ANALISI delle Risorse finanziarie e loro utilizzo ANNO 2014
 Fonte: CONTO ECONOMICO (D.M. 11/02/2002- importi espressi in unità di euro)

A) VALORE DELLA PRODUZIONE	
1)Contributi in c/esercizio	146.121.515
2)Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	0
3)Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	- 6.419.915
4)Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	215.395.879
5)Concorsi, recuperi e rimborsi	9.340.755
6)Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	3.979.286
7)Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	20.477.793
8)Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0
9)Altri ricavi e proventi	1.159.854
Totale A)	391.491.855
B) COSTI DELLA PRODUZIONE	
1)Acquisti di beni	116.388.243
2)Acquisti di servizi sanitari	24.454.330
3)Acquisti di servizi non sanitari	28.315.326
4)Manutenzione e riparazione	9.811.007
5)Godimento di beni di terzi	837.039
6)Costi del personale	151.990.101

a) Personale dirigente medico	57.650.378
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	3.929.835
c) Personale comparto ruolo sanitario	67.216.850
d) Personale dirigente altri ruoli	1.769.059
e) Personale comparto altri ruoli	21.423.979
7)Oneri diversi di gestione	2.199.882
8)Ammortamenti	22.317.381
9)Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	4.341.559
10)Variazione delle rimanenze	2.063.647
11)Accantonamenti	12.850.788
Totale B)	375.569.303
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	15.922.552
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	
Totale C)	- 1.416.036
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE	
Totale D)	---
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	
Totale E)	-2.446.158
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	12.060.358
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO	
Totale Y)	11.176.870
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	788.396

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).

Di seguito si riporta tabella di sintesi sui risultati raggiunti nell'anno 2014, anche con riferimento all'ultimo triennio.

INDICATORI	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014
N° ricoveri ordinari	31.836	30.835	29.438
N° di giornate di degenza regime ordinario	218.859	210.312	202.100
Degenza Media	6,87	6,82	6,87
Peso medio complessivo	1,19	1,16	1,17
Peso medio casi chirurgici	1,73	1,72	1,73
Peso medio casi medici	0,79	0,77	0,77
N° ricoveri in DH	28.008	22.808	18.215
N° accessi in DH	89.976	81.312	67.056
N° ricoveri in DSAO	4.714	6.212	8.896
N° accessi in DSAO	19.494	18.230	23.893
Mobilità sanitaria attiva extraregionale compreso pz. stranieri (casi)	1.352	1.326	1.260
Mobilità sanitaria attiva extraregionale compreso pz. stranieri (%)	2,25%	2,47%	2,64%
Mobilità sanitaria attiva extraprovinciale (casi)	13.107	11.881	10.217
Mobilità sanitaria attiva extraprovinciale (%)	21,9%	22,1%	21,4%

Questa Azienda, da diversi anni procede alla rilevazione sistematica della qualità percepita ed anche nell'anno 2014 ha dato continuità alla raccolta di tali dati sistematica della valutazione della qualità percepita dal mese di gennaio al mese di dicembre 2014 nei diversi Presidi Ospedalieri che la compongono.

Il processo di rilevazione nel 2013 ha interessato l'Area della "degenza" e dal 1 Gennaio al 31 Dicembre 2014 sono stati raccolti 982 questionari di valutazione della qualità percepita nelle unità

operative di degenza.

Tabella 1
Questionari riconsegnati per unità operative
n.982 questionari
(1 Gennaio-31 Dicembre 2013)

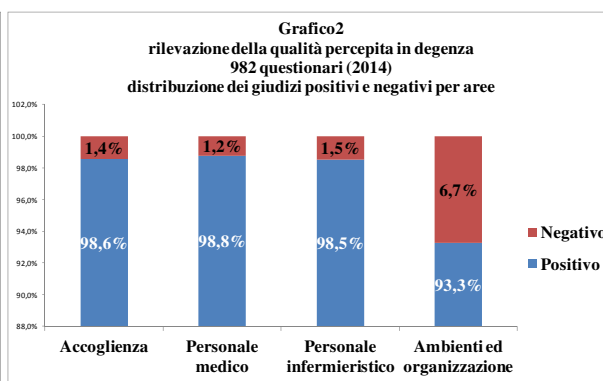
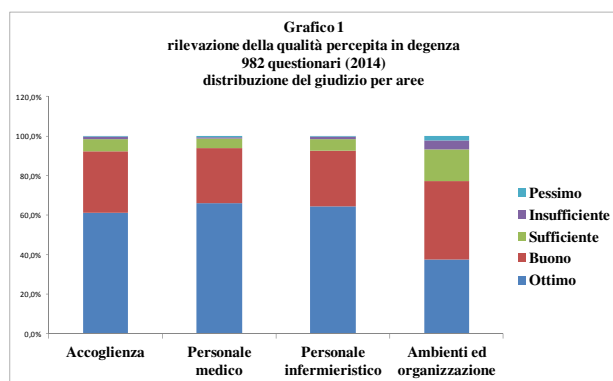
	N. questionari	%
Dermatologia (G.R.)	1	0,1%
Neurochirurgia (G.R.)	50	5,1%
Medicina Generale (G.R.)	1	0,1%
Week Hospital (G.R.)	1	0,1%
Apparato Digerente (G.R.)	1	0,1%
Chirurgia Pediatrica (G.R.)	3	0,3%
Neonatologia (G.R.)	109	11,1%
Pediatria Endocrinologia (G.R.)	75	7,6%
Otorinolaringoiatria (G.R.)	91	9,3%
Terapia Intensiva Neonatale (G.R.)	1	0,1%
Intramoenia (S.B.)	91	9,3%
Neonatologia (S.B.)	69	7,0%
Patologia ostetricia e ginecologica (S.B.)	165	16,8%
UOC ostetricia e ginecologica (S.B.)	4	0,4%
Cardiologia (F.)	3	0,3%
Chirurgia vascolare (F.)	57	5,8%
Odontoiatria speciale riabilitativa (F.)	108	11,0%
I Chirurgia (V)	26	2,6%
Patologia Chirurgica (V)	11	1,1%
Odontoiatria e stomatologia (V)	33	3,4%
I Medicina (V)	80	8,1%
Clinica Medica (V)	2	0,2%
Totale	982	100%

Rispetto alle 4 aree in cui è articolato il questionario, l'area "ambiente ed organizzazione" è quella valutata meno positivamente. (tabella 4 - grafico1).

Nelle domande dell'area "ambiente ed organizzazione" i giudizi insufficiente e pessimo rappresentano il 6,7%.

Tabella 2
Rilevazione della qualità percepita in degenza
Distribuzione dei giudizi per area
n. 982 questionari (1 Gennaio-31 Dicembre 2014)

	ACCOGLIENZA	PERSONALE MEDICO	PERSONALE INFERMIERISTICO	AMBIENTI ED ORGANIZZAZIONE
Ottimo	61,4%	66,2%	64,4%	37,6%
Buono	31,0%	27,7%	28,4%	39,9%
Sufficiente	6,1%	4,9%	5,7%	15,8%
Insufficiente	1,1%	0,8%	1,2%	4,6%



Di seguito si rappresentano i fattori di valutazione.

- La gentilezza e la cortesia del personale che ha accolto il paziente ed i suoi familiari, la disponibilità a dare informazioni sull'organizzazione del reparto, il tempo intercorso tra l'ingresso in reparto e l'assegnazione del posto letto. Tra queste, il "tempo trascorso tra l'ingresso in reparto e l'assegnazione del posto letto" raccoglie il 2,5% di giudizi insufficiente o pessimo.

Tabella 3
Rilevazione della qualità percepita in degenza
Area accoglienza
Distribuzione dei giudizi per area
n. 982 questionari (1 Gennaio-31 Dicembre 2014)

	GENTILEZZA E CORTESIA	INFORMAZIONI RICEVUTE	ASSEGNAZIONE POSTO LETTO
Ottimo	63,8%	56,4%	63,9%
Buono	31,1%	34,8%	27,0%
Sufficiente	4,7%	7,1%	6,7%
Insufficiente e Pessimo	0,3% 0,1%	1,3% 0,3%	1,8% 0,6%

- La gentilezza e la cortesia nei rapporti, la disponibilità ad ascoltare le richieste, le informazioni ricevute sulla diagnosi e le condizioni di salute, le informazioni ricevute sui rischi legati alle cure e alla terapie, le informazioni ricevute al momento della dimissione (prescrizioni, appuntamenti per controlli successivi). Tra queste, la domanda "le informazioni ricevute sui rischi legati alle cure e alla terapie" raccoglie 1,6% di giudizi insufficiente o pessimo.

Tabella 4
Rilevazione della qualità percepita in degenza
Area personale medico
Distribuzione dei giudizi per area
n.982 questionari (1 Gennaio-31 Dicembre 2014)

	GENTILEZZA E CORTESIA	DISPONIBILITÀ AD ASCOLTARE	INFORMAZIONI DIAGNOSI	INFORMAZIONI RISCHI	INFORMAZIONI DIMISSIONE
Ottimo	69,4%	65,0%	67,7%	63,1%	65,2%
Buono	25,6%	29,4%	25,2%	29,3%	29,6%
Sufficiente	4,0%	4,5%	6,1%	6,0%	3,8%
Insufficiente	0,3%	1,0%	0,6%	1,3%	0,8%
Pessimo	0,8%	0,1%	0,4%	0,3%	0,5%

- La gentilezza e la cortesia nei rapporti, la disponibilità ad ascoltare le richieste, il sostegno, la capacità di tranquillizzare e di mettere a proprio agio, la disponibilità a dare informazioni. Tra queste, la domanda “sostegno, capacità di tranquillizzare e di mettere a proprio agio ” raccoglie il 2% di giudizi insufficiente o pessimo.

Tabella 5
Rilevazione della qualità percepita in degenza
Area personale infermieristico
Distribuzione dei giudizi per area
n. 982 questionari (1 Gennaio-31 Dicembre 2014)

	GENTILEZZA E CORTESIA NEI RAPPORTI	DISPONIBILITÀ AD ASCOLTARE LE SUE RICHIESTE	SOSTEGNO, CAPACITÀ DI TRANQUILLIZZARE E DI METTERE A PROPRIO AGIO	DISPONIBILITÀ A DARE INFORMAZIONI
Ottimo	68,0%	63,8%	63,9%	61,4%
Buono	26,8%	29,1%	28,6%	29,4%
Sufficiente	3,9%	6,3%	5,4%	7,6%
Insufficiente	0,9%	0,9%	1,8%	1,2%
Pessimo	0,4%	0,0%	0,3%	0,4%

- La cura, decoro e la pulizia degli ambienti, la funzionalità dei servizi igienici, la temperatura e l'illuminazione nelle stanze, la tranquillità, silenzio nel reparto, la qualità e l'orario dei pasti, la possibilità di scelta del menù, gli orari di visita dei familiari, il rispetto della privacy e le condizioni di trasporto (carrozzella, barella, ...). Tra queste, la domanda "qualità dei pasti" raccoglie il 12,4% di giudizi insufficiente o pessimo.

Tabella 6
Rilevazione della qualità percepita in degenza
Area ambiente ed organizzazione
Distribuzione dei giudizi per area
n. 982 questionari (1 Gennaio-31 Dicembre 2014)

	Cura e decoro ambienti	Pulizia ambienti	Funzionalità servizi igienici	Temperatura stanze	Illuminazione stanze	Tranquillità, silenzio reparto	Qualità pasti	Orari dei pasti	Possibilità di scelta menù	Orari visita familiari	Rispetto privacy	Condizioni trasporto (carrozzella, barella, ...)
Ottimo	36,0%	36,1%	35,8%	37,1%	100,0%	46,4%	27,6%	29,8%	32,0%	36,2%	51,4%	44,6%
Buono	42,6%	40,4%	40,1%	48,3%	0,0%	36,8%	36,5%	42,9%	39,4%	34,5%	37,5%	39,7%
Sufficiente	15,5%	16,1%	16,9%	10,9%	0,0%	12,6%	23,5%	20,4%	20,4%	17,3%	8,6%	11,9%
Insufficiente	3,4%	4,9%	5,4%	2,9%	0,0%	3,1%	7,4%	5,5%	6,6%	7,5%	1,5%	2,5%
Pessimo	2,5%	2,5%	1,8%	0,8%	0,0%	1,1%	5,0%	1,4%	1,7%	4,4%	1,0%	1,3%

Infine, in relazione alla rilevanza data ai cittadini ed agli altri stakeholder esterni, il principale interlocutore dell'azienda è il Comitato Consultivo Aziendale (CCA) costituito già nel 2012. Nel corso del 2014 l'Azienda ha avviato il procedimento per il rinnovo del Comitato che ha proseguito comunque nella sua mission svolgendo le funzioni di monitoraggio, proposta e valutazione della funzionalità e della qualità dei servizi aziendali e della comunicazione.

Di seguito si sintetizzano gli interventi più significativi per il miglioramento dei servizi aziendali:

- **Monitoraggio dell'implementazione dei Piani e Programmi aziendali per valutare efficacia ed efficienza delle azioni realizzate:** il CCA ha partecipato con l'Azienda alle riunioni di accompagnamento e monitoraggio dei Piani Attuativi Interaziendali, condotti dall'Assessorato regionale alla Salute e da Agenas;
- **Espressione di pareri e formulazione di proposte sui Piani Attuativi aziendali:** il CCA ha fornito proposte riguardanti: Rete Formativa, Comunicazione e Rete Civica Riqualficazione URP.
- **Attività svolta e risultati raggiunti con riferimento alle Direttive emesse nell'anno 2014 dall'Assessorato Regionale alla Salute e poste all'attenzione ed attivazione del CCA:**
 - Direttiva n. 77752 del 10/10/2014: PAA 2014 Cap. 14 Sviluppo della Rete Civica della Salute

Il CCA ha svolto

 - le attività e le azioni assegnate nel Capitolo 14 dei PAA 2014;
 - gli incontri formativi per informare dell'esistenza della Rete Civica della Salute in Sicilia;
 - le interlocuzioni finalizzate all'individuazione dei possibili soggetti attraverso i quali sviluppare nei territori la RCS;

- le riunioni in Videoconferenza con i Responsabili dei CCA delle Aziende Sanitarie della RCS.

Inoltre, ha dato attuazione alla direttiva assessoriale e avviato accordi di collaborazione partner procedendo anche alla costituzione del “TEAM WORK per la RCS” tra tutte le aziende della Sicilia.

➤ “ CADI” , Cabina di Dialogo

Nello spirito di alleanza azienda-cittadino è stato costituito un innovativo organismo aziendale a carattere permanente e di natura intersettoriale, a composizione paritetica con il Comitato Consultivo, denominato Cabina di Dialogo per la gestione ordinaria delle criticità, quale Conferenza permanente dei Servizi Aziendali. Alla CADI è attribuito il compito di verificare, monitorare e proporre soluzioni alle criticità nei servizi erogati, al fine di pervenire alla loro gestione condivisa e finalizzata al miglioramento delle prestazioni in capo all'utenza, rapportandosi funzionalmente anche con il Collegio di Direzione Aziendale.

La sperimentazione di buone pratiche di empowerment innovativo nell’AOU “Policlinico – Vittorio Emanuele” (con le iniziative ed attività progettuali sopra relazionate, compreso quella della “Rete Civica della Salute”, proposte dal CCA ed accolte progressivamente dalla direzione generale e quindi offerte in benchmarking regionale e nazionale attraverso la Conferenza dei CCA) sta producendo aggregazione di energie intellettuali civiche fondamentali per l’attuazione degli obiettivi di qualificazione della sanità, posti dalla l.r. 5/2009 che coinvolgendo i “Cittadini come risorsa per il Servizio Sanitario Regionale” ha attivato una leva strategica per salvaguardare universalità ed equità nella sostenibilità dello stesso sistema.

2.4 LE CRITICITÀ ED OPPORTUNITÀ

Le attività svolte dalle Strutture dell’Azienda hanno risentito, anche per l’anno 2014, delle numerose difficoltà operative e delle connesse criticità scaturenti dal turnover del personale sanitario. Tale circostanza ha comportato, per le diverse UU.OO., un incremento del rischio clinico strettamente correlato alle inevitabili difficoltà in fase di programmazione delle relative attività, pertanto, la dotazione organica, ancorché dimensionata in coerenza alle direttive regionali, è risultata decisamente carente rispetto alla domanda di assistenza ed alle relative attività erogate presso i presidi.

In tale contesto operativo ed organizzativo è possibile evidenziare diversi punti di forza e di debolezza.

I punti di FORZA sono punti di primaria solidità e di imprescindibile importanza, anche se a volte con caratteristiche meno appariscenti e non di primario impatto, fattori che favoriscono lo sviluppo

come ad esempio le aree di eccellenza (vedi Centri di Riferimento regionale).

I **punti di forza** che caratterizzano l'Azienda sono i seguenti:

- ✓ La vastità e completezza dell'offerta sanitaria, dalle specialità di base alle alte specialità, con alcune attività svolte in esclusiva per un bacino di utenza sovra provinciale;
- ✓ La presenza di professionalità di elevata competenza;
- ✓ La sinergia di azione con la Facoltà di Medicina di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Catania, nei settori dell'assistenza, della formazione e della ricerca;
- ✓ La completezza e modernità della dotazione tecnologica che consente alle strutture aziendali di effettuare una diagnostica di secondo livello ;
- ✓ La complessità della casistica trattata;
- ✓ La diffusa cultura della qualità e della minimizzazione del rischio clinico;
- ✓ Il consolidato rapporto instauratosi con le associazioni degli utenti;

Per contro, i punti di DEBOLEZZA sono quegli elementi che ostacolano lo sviluppo e che bisogna cercare di superare come ad esempio le aree ad alto margine di miglioramento. L'analisi dei punti di debolezza tende ad individuare le problematiche che possono destare preoccupazione e verso cui è necessario indirizzare le azioni programmatiche al fine di non compromettere l'esito finale delle scelte strategiche.

I **punti di debolezza** che caratterizzano l'Azienda sono i seguenti:

- ✓ Le incertezze decisionali collegate, nel recente passato, ai ritardi nella nomina di vertici aziendali stabili;
- ✓ I problemi logistici dovuti al numero di presidi e al collegamento fra gli stessi;
- ✓ I costi collegati alla gestione di 4 presidi;
- ✓ La struttura a padiglioni dei presidi che rende meno agevoli e più onerosi i collegamenti interni;
- ✓ La scarsità di aree progettate specificatamente per gli ambulatori;
- ✓ L'ancora elevato livello di inappropriata nella erogazione delle prestazioni sanitarie;
- ✓ La necessità di ammodernamento dei locali di alcune unità operative;
- ✓ La carenza di personale, con particolare riferimento a quello infermieristico;
- ✓ La insufficiente attuazione del modello dipartimentale;
- ✓ Il difficile processo di unificazione dell'azienda nelle sue componenti universitarie ed ospedaliere;
- ✓ L'insufficiente sviluppo delle reti assistenziali a livello provinciale e interprovinciale

Dopo aver analizzato i due parametri precedenti, punti di forza e di debolezza, si individuano le loro possibili combinazioni sinergiche capaci di trasformarsi in opportunità se si considerano i vantaggi che derivano dalla combinazione tra punti di debolezza e punti di forza, in criticità, se si stima “se” e “in che misura” i punti di forza colmano quelli di debolezza.

Si individuano così gli elenchi delle opportunità e delle minacce.

Le OPPORTUNITÀ sono i possibili vantaggi futuri che occorre saper sfruttare a proprio favore allocando in modo flessibile le risorse così da ottimizzare le performance della strategia, e sono così individuate:

- ❖ Ulteriore miglioramento dell’integrazione fra Azienda e Università degli Studi di Catania, in particolare con il campus biomedico dell’Università per lo sviluppo della ricerca traslazionale ;
- ❖ Utilizzo delle competenze sviluppate dall’Università degli Studi di Catania per migliorare la capacità dell’Azienda di accedere ai fondi per la ricerca biomedica;
- ❖ Completamento del padiglione destinato alle attività cardio - chirurgiche d’eccellenza presso il P.O. Gaspare Rodolico;
- ❖ Attivazione del nuovo ospedale San Marco;
- ❖ Concentrazione delle attività in due grandi plessi ospedalieri (Policlinico e San Marco) con miglioramento dell’efficienza gestionale;
- ❖ Attivazione del MCAU presso il P.O. Gaspare Rodolico;
- ❖ Sviluppo, ai fini della ricerca medica, delle collaborazioni con Enti privati.

Le MINACCE sono quegli eventi o possibili mutamenti futuri che potrebbero avere un impatto sui risultati della strategia, fino a comprometterne l’esito, nei casi estremi:

- La rigidità dei vincoli economico finanziari collegati ai piani di contenimento della spesa sanitaria e ai rapporti Stato-Regione;
- Le non superate resistenze interne all’unificazione e all’integrazione fra componente universitaria e componente ospedaliera;
- Resistenza al cambiamento;
- Limitatezza delle risorse destinate alle innovazioni terapeutiche;
- Ritardo nel completamento del nuovo ospedale San Marco.

L’Azienda, nel delineare i propri indirizzi strategici, ha prestato particolare attenzione a fissare i

traguardi e le opportunità suggeriti dai punti di forza, e con essi congruenti, evitando di perseguire fissare traguardi sovradimensionati per i quali le risorse sono insufficienti a contrastare gli ostacoli.

Nello specifico, Relativamente agli obiettivi assegnati all'Azienda per l'anno 2014, estesi anche all'anno 2015 considerato che è stato individuato un arco temporale di diciotto mesi per la valutazione dei direttori generali insediatisi nel corso del 2014, nel sottolineare come si è in attesa delle valutazioni dell'Assessorato Regionale della Salute e dell'Age.Na.S circa il perseguimento degli obiettivi stessi, si rappresentano le criticità emerse e le opportunità evidenziate nel corso dei confronti avvenuti fra le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della provincia di Catania Relativamente agli obiettivi assegnati all'Azienda dalla Regione nel corso dell'anno 2014, ove particolare importanza in termine di valutazione dell'attuazione degli obiettivi è stata data alla realizzazione delle azioni previste dal Piano attuativo interaziendale, sono state riscontrate le seguenti **criticità** che potrebbero comportare un raggiungimento parziale o il mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati all'Azienda dall'Assessorato Regionale della Salute:

OBIETTIVO 1: PAA

Il Piano Attuativo Provinciale è stato regolarmente trasmesso, per conto delle aziende sanitarie della provincia, dall'ASP di Catania all'Assessorato Regionale della Salute. Si sottolinea come alcune delle criticità sotto evidenziate coinvolgono nel loro complesso le aziende sanitarie ed ospedaliere della provincia.

Capitolo 2 Assistenza territoriale e continuità assistenziale: Fra le principali criticità riscontrate che coinvolgono le strutture della nostra azienda è stata evidenziata la difficoltà, constatata già nel 2013, ad avviare le modalità di dimissione facilitata dall'ospedale verso il territorio, per i pazienti con diabete mellito di tipo 2 e scompenso cardiaco, fanno eccezione la MCAU, il Pronto soccorso Generale, le malattie metaboliche e la nefrologia che hanno trasmesso il flusso verso le strutture territoriali.

Particolari criticità sono state riscontrate dai referenti di Presidio nelle Medicine e nelle Cardiologie. In ogni caso nel corso dell'anno 2014 sono stati inseriti nel programma messo a disposizione dalla ASP di Catania 166 casi.

Capitolo 3 Assistenza ospedaliera: Il non completo dispiegamento della rete ospedaliera provinciale per il ritardo nell'approvazione della stessa da parte dell'assessorato Regionale della Salute ha comportato difficoltà nel completo dispiegamento della rete provinciale, come peraltro sottolineato dai Commissari delle aziende della provincia di Catania nel corso di una riunione tenutasi

con Age.Na.S in data 03 dicembre 2013 ed in successive riunioni tenutesi nel corso dell'anno 2014..

Capitolo 5 Salute della donna e del bambino e dell'età giovanile: pur essendo stata avviata la rete provinciale venivano registrate criticità, anche di natura culturale, relativamente all'incompleto dispiegamento della rete consultoriale e dei rapporti fra questa e l'ospedale, evidenziata fra l'altro dalle difficoltà riscontrate nella capillare diffusione dei quaderni della gravidanza, il cui utilizzo appare ancora insufficiente a livello provinciale.

Capitolo 6 Oncologia: criticità potrebbero essere registrate nella formulazione di Linee Guida Interaziendali per la manipolazione dei farmaci antitumorali, anche se nel corso dell'anno 2014 in azienda è da registrarsi l'avvio dell'attività dell'UFA.

Capitolo 8 Cardiologia : si registra la ancora non completa diffusione alle UU.OO. provinciali dei protocolli sviluppati dai gruppi di lavoro interaziendali, per cui ancora appariva ancora incompleta l'attivazione della rete provinciale.

In tale ambito in Azienda pare importante evidenziare la scarsa adesione alle procedure di dimissioni facilitate da parte delle UU. OO. di Cardiologia.

Capitolo 9 e 10 Neuroscienze e Politrauma : non appare completamente dispiegata la rete provinciale per le neuroscienze e, per il politrauma, interprovinciale delle reti provinciali.

In ambito sovra provinciale sono da ulteriormente migliorare i rapporti con il servizio 118, in particolare per la rete di bacino deputata alla gestione dei pazienti politraumatizzati .

Capitolo 11 Trapianti e Piano sangue : relativamente ai trapianti nel corso dell'anno 2014 è da evidenziarsi una preoccupante contrazione delle donazioni che peraltro continua anche nel corso del 2015 con un'elevata opposizione alle proposte di donazione.

Nel corso del 2014 sono state effettuate le visite di accreditamento, nel corso delle quali i team di verifica hanno evidenziato non conformità che hanno trovato parziale soluzione nel corso del 2015.

Per la nostra Azienda non conformità erano state registrate fra l'altro in ordine alla carenza di personale e a requisiti strutturali del SIMT del P.O. Vittorio Emanuele.

Capitolo 13 Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti : criticità sono state segnalate da parte del referente di capitolo in ordine al numero elevato di obiettivi assegnati ed anche alla pertinenza degli stessi che ne rendono difficoltosa la realizzazione . Infatti in alcuni casi gli obiettivi assegnati (liste di attesa, ALPI, Nuclei Operativi di Controllo ..) non ricadono sotto la diretta gestione delle Unità Operative per la Qualità e il rischio clinico delle aziende ma sono di competenza di altri uffici e/o settori.

Capitolo 14 Formazione : criticità sono state riscontrate nell'avvio di corsi interaziendali e nella condivisione interaziendale di programmi di formazione.

OBIETTIVO 2: ESITI

Relativamente al SUB-OBIETTIVO 2.1

Nell'ambito degli obiettivi relativi agli esiti sono state riscontrate criticità per :

- il SUB-OBIETTIVO 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei che prevedeva un valore obiettivo del 20% per i parti cesarei su donne non precesarizzate (cesarei primari) / totale parti di donne ricoverate nei Presidi Aziendali; infatti il valore del ricorso al parto cesareo in donne non precesarizzate (cesarei primari) si attestava intorno al 31% lontano dall'obiettivo regionale sopra evidenziato.
- il SUB-OBIETTIVO 2.4 : proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni; il risultato aziendale nel corso del 2014 si è attestato intorno al 50% ma con valori difformi fra i presidi dell'Azienda (P.O. Vittorio Emanuele 60,19% e P.O. G. Rodolico 29,75%) che nel secondo caso costituiscono evidente criticità.

Inoltre fra le criticità pare importante sottolineare il ritardo nella definizione della rete STEN e STAM e la non completa operatività della rete regionale dei punti nascita.

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 prosecuzione di un confronto stabile con le altre Aziende Ospedaliere e Sanitaria della provincia di Catania ha permesso di predisporre nei termini stabiliti dall'Assessorato il **Piano Attuativo Interaziendale**. In tale ambito sono state ulteriormente definite le modalità di funzionamento delle reti assistenziali (oncologica, cardiologica, materno- infantile, neurologica e del politrauma), attraverso la definizione di specifici protocolli, la cui completa attuazione ed operatività dovrebbe realizzarsi nel corso del 2015. Nell'ambito dei Piani Attuativi Interaziendali peraltro sono stati condivisi programmi per la valutazione degli esiti in ambito provinciale e sono stati definiti tavoli di confronto comuni per lo scambio di informazioni ed esperienze.
- 2) E' proseguita l'attività di controllo delle cartelle cliniche attraverso l'attività di Nuclei Operativi di Controllo interni, che hanno raggiunto gli obiettivi concordati con l'Assessorato, e attraverso l'attività di audit finalizzati alla valutazione di qualità realizzati da auditor interni coordinati dalla U.O. Qualità e Rischio Clinico;
- 3) Relativamente ai parametri di assistenza ospedaliera previsti nel PAI nel corso dell'anno 2014 si

può evidenziare il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Percentuale ricoveri ordinari di 0-1 giorno 5% (esclusi deceduti e dimissioni volontarie 3%);
- Percentuale ricoveri ordinari medici 0-2 giorni 20%;
- Percentuale DH medici diagnostici / totale DH medici 19%;
- Ricoveri ripetuti entro 30 giorni nella stessa MDC 1%;
- Neonati dimessi direttamente da UTIN 3% (obiettivo regionale $\leq 15\%$);

4) Si è assistito ad un ulteriore consolidamento della trasmissione dei flussi, fra i quali quelli collegati al flusso SIMES, verso l'Assessorato e il Ministero della Salute.

5) Un sostanziale mantenimento dei risultati ottenuti in tema di esiti relativamente al trattamento della frattura del femore entro 48 h per i pazienti over 65 (56,58%) e alla proporzione di IMA STEMI trattati tempestivamente (86, 64%).

6) Relativamente al miglioramento per la qualità :

- a. Sono stati effettuati corsi di formazione a piccoli gruppi rivolti al personale sulle procedure aziendali;
- b. È stato diffuso il questionario regionale sulla qualità percepita a tutte le UU.OO. dell'Azienda;
- c. Sono stati programmati ed eseguiti audit interni , su argomenti quali il corretto utilizzo della scheda Unica di terapia, modalità di registrazione della prescrizione farmacologica e dell'avvenuta somministrazione, gestione del carrello di emergenza, la conservazione nei farmaci e nei frigoriferi.;
- d. In accordo con gli Uffici relazioni con il pubblico è proseguita l'attività di analisi dei reclami e dei questionari per la qualità percepita;

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 2014/2015 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 2014 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. La ditta incaricata dall'ASP di Catania ha diffuso il programma informatizzato per la gestione delle per le dimissioni facilitate per diabete mellito di tipo 2 e scompenso cardiaco presso tutte le Unità Operative dei Presidi

Ospedalieri aziendali interessate a tale pratica.

- Nell'ambito del Piano Attuativo Interaziendale anche nel corso del 2014 è proseguita l'esperienza dei tavoli tecnici interaziendali per il completamento della operatività delle reti assistenziali (oncologia, cardiologia, politrauma, neuroscienze)
- Punti Nascita: vi sono stati una serie di incontri, anche con l'Assessorato Regionale della Salute, per la definizione della rete dei punti nascita che coinvolgono direttamente i Presidi Aziendali Santo Bambino e Rodolico nel corso dei quali sono state evidenziate le criticità di ordine strutturale, tecnologico e di personale per il conseguimento della piena operatività dei punti nascita e delle reti ad essi collegate.
- Anche alla luce delle verifiche di accreditamento e del riscontro di non conformità, in particolare di carattere strutturale, è stato programmato il trasferimento del SIMT presso il P.O. Rodolico che dovrebbe trovare compimento nel corso dell'anno 2015.
- Relativamente alla gestione dei farmaci antiblastici, in ottemperanza del relativo Decreto assessoriale, è stata attivata l'attivazione dell'Unità di Preparazione dei Farmaci Antiblastici centralizzata.
- È stata riprogrammata l'attività formativa a piccoli gruppi per illustrare le procedure aziendali e le modalità di diffusione delle stesse attraverso il sito aziendale nella sezione qualità e rischio clinico.

3 OBIETTIVI : RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

3.1 ALBERO DELLA PERFORMANCE

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

L'albero della performance risulta, quindi, articolato su tre livelli: 1° Livello: Aree Strategiche
2° Livello: Obiettivi Strategici 3° Livello: Obiettivi Operativi.

Le aree strategiche costituiscono le prospettive in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale e la missione dell'Azienda: ad esse sono associati gli *outcome* attesi, in modo da rendere immediatamente intellegibile agli *stakeholder* la finalizzazione delle attività dell'amministrazione rispetto ai loro bisogni ed alle loro aspettative.

La definizione delle aree strategiche scaturisce da un'analisi congiunta dei fattori interni e dei fattori di contesto esterno ed assume, come riferimenti essenziali di base, la Legge Regionale 5/2009, il Piano Sanitario Regionale e gli obiettivi assegnati annualmente alla Direzione Generale.

L'articolazione delle aree strategiche segue generalmente una logica trasversale a più strutture organizzative. Le aree strategiche individuate nell'albero della performance sono:

1. Area dell'efficienza organizzativa;
2. Area dell'appropriatezza;
3. Area della produzione e della gestione;
4. Area dell'innovazione e dello sviluppo.

Il primo livello di costruzione dell'albero della performance comprende le aree strategiche ed il relativo *outcome*, ed è rappresentato nella seguente figura.

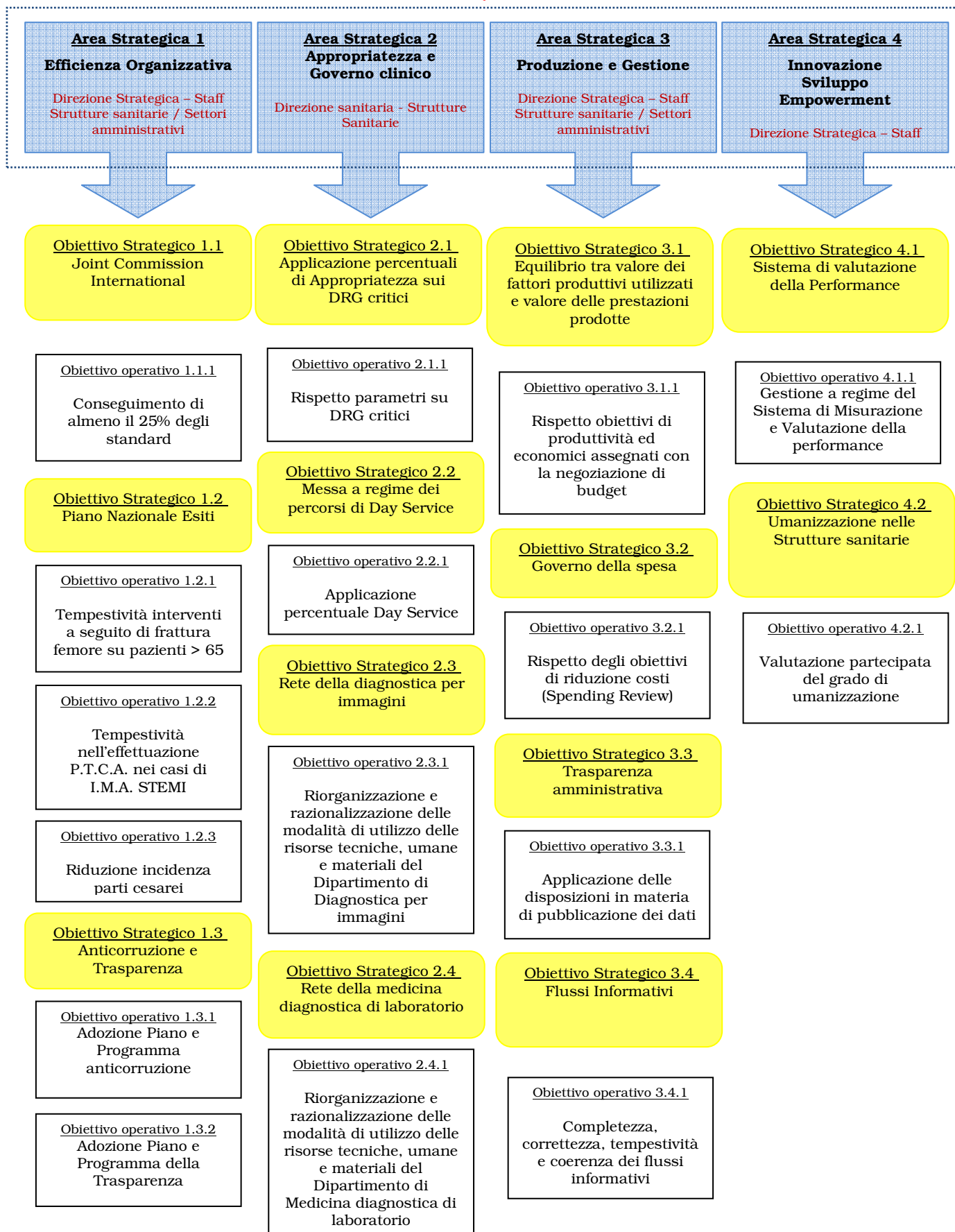


Le quattro aree strategiche richiamano le dimensioni tipiche della *balanced scorecard* e sono riferibili a differenti stakeholder. Le quattro aree strategiche individuate sono correlate da rapporti causa effetto e da rapporti di reciproco rafforzamento e completamento, così come sono tra loro correlati i differenti obiettivi all'interno di ciascuna area strategica.

Il sistema diventa quindi “a cascata”, integrando pianificazione, programmazione e controllo aziendali con gestione delle risorse e sistema premiante.

Il secondo livello di costruzione dell'albero della performance comprende gli Obiettivi Strategici e generali ed è rappresentato nella figura della pagina seguente.

MANDATO ISTITUZIONALE E MISSION



3.2 OBIETTIVI STRATEGICI

Nel corso dell'anno 2014 l'Assessorato Regionale della Salute ha definito il sistema degli obiettivi da assegnare ai Direttori Generali ampliando tuttavia il perimetro di validità degli stessi fino al 31/12/2015 e ciò in considerazione dell'insediamento dei nuovi Direttori Generali nel corso del mese di Luglio 2014. E' stata di conseguenza prevista una valutazione finale degli obiettivi al 31 dicembre 2015 con periodiche attività di auditing da parte dei servizi competenti dell'Assessorato e di Agenas. Si sottolinea come a tutt'oggi si è in attesa delle valutazioni dell'Assessorato Regionale della Salute e dell'Age.Na.S circa il perseguimento degli stessi.

Il sistema degli obiettivi 2014-2015 predisposto dall'Assessorato Regionale della Salute risulta articolato su tre categorie di obiettivi:

- obiettivi contrattuali generali;
- obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento dei servizi.

Accanto a tali due categorie, per ogni Azienda sono stati inoltre assegnati dall'Assessore specifici obiettivi contestualizzati alla realtà aziendale di competenza.

Facendo pertanto riferimento all'architettura degli obiettivi 2014-2015, si espongono le attività svolte e i risultati raggiunti dalla scrivente Azienda relativamente all'anno 2014, così come peraltro già evidenziato nel corso dei periodici auditing cui l'Azienda ha attivamente partecipato nel corso dei quali si è relazionato sullo stato di avanzamento degli stessi e sulle criticità riscontrate.

Gli obiettivi strategici dell'Azienda sono riportati nell'allegato 1 alla presente relazione.

3.2.1 Obiettivi contrattuali generali

Come noto nel corso del 2014 non si è proceduto alla nomina ed insediamento del Direttore Generale di questa Azienda, con sottoscrizione del relativo contratto di lavoro comprensivo degli obiettivi contrattuali. Nel corso dell'anno 2014 si sono alternati alla Direzione dell'Azienda in qualità di direttore Generale facente funzione sia il Direttore Sanitario che il Direttore Amministrativo è stata diretta dal direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, pertanto, di conseguenza, non risultavano assegnati gli obiettivi contrattuali attribuiti dall'Assessore della Salute ai Direttori Generali, e più in particolare l'ultimazione dei lavori de P.O. San Marco entro un anno dalla firma del contratto e Pronto Soccorso Policlinico.

In ogni caso l'azienda si è impegnata, in relazione alle risorse negoziate con l'Assessorato Regionale

della Salute, al rispetto di quanto previsto dalla legge regionale 5/2009 ed al perseguimento degli indirizzi di programmazione regionale e nazionale (P.O.C.S. 2013-2015, Piano Sanitario Regionale 2011-2013, adempimenti LEA, Patto per la Salute 2014-2016) ed ha proceduto sia nei lavori di edificazione del P.O. San Marco che nelle procedure per l'attivazione del Pronto soccorso del P.O. Rodolico.

3.2.2 Obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento dei servizi

Relativamente agli obiettivi contrattuali di salute e funzionamento dei servizi collegati si evidenzia come l'azienda abbia attivamente partecipato, unitamente alle altre aziende sanitarie insistenti nell'area metropolitana di Catania, agli incontri di programmazione effettuati con l'Age.Na.S e con i dirigenti dei servizi dell'Assessorato Regionale alla Salute.

Più in particolare si rappresentano le attività svolte e i risultati raggiunti al 31 dicembre 2014:

1) Obiettivo 1 - Piano Attuativo Interaziendale

Sub-obiettivo 1.1. : Redazione e approvazione del Piano Attuativo Interaziendale

Relativamente al sub – obiettivo 1.1. si è proceduto, come indicato da codesto Assessorato e dall'Age.Na.S. per le aree metropolitane di Palermo, Messina e Catania, a predisporre ed approvare un unico Piano Attuativo Interaziendale Provinciale, trasmesso a codesto Assessorato secondo i tempi e le modalità previste.

Sub-obiettivo 1.2. : Realizzazione delle azioni previste dal Piano Attuativo Interaziendale

Relativamente all'analisi dei singoli capitoli del Piano Attuativo Interaziendale e al raggiungimento degli obiettivi operativi del Piano stesso, si rimanda al documento con le valutazioni circa lo stato di avanzamento sviluppato, in collaborazione con le altre Aziende, dall'ASP di Catania, ente coordinatore del Piano Attuativo Interaziendale, cui i referenti dei singoli capitoli hanno trasmesso i risultati ottenuti nei singoli sub-obiettivi.

I coordinatori dei capitoli del Piano Attuativo Interaziendale Provinciale afferenti alla scrivente azienda (Assistenza Ospedaliera, Trapianti e piano sangue, Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti, Rete formativa, comunicazione e rete civica) hanno trasmesso le loro relazioni agli uffici dell'ASP incaricati del coordinamento e della composizione del Piano.

Permangono per il completo dispiegamento del Piano Attuativo interaziendale alcune criticità, fra le quali in particolare si segnalano:

- L'insufficiente adesione da parte di talune Unità Operative alla modalità di dimissione facilitata per i pazienti dimessi con diagnosi principale di diabete mellito di tipo 2 e scompenso cardiaco;
- La non completa definizione ed attuazione delle reti provinciali ed interprovinciali nei settori della cardiologia, neurologia e del politrauma, cui partecipano anche UU.OO. e servizi della nostra Azienda;
- La necessità di migliorare i rapporti ospedale-territorio;
- La scarsità delle donazioni per i trapianti.

2) **Obiettivo 2 - Esiti**

Relativamente agli obiettivi collegati agli esiti si rappresenta quanto segue:

Sub Obiettivo 2.1 : “Tempestività interventi a seguito di frattura di femore in pazienti over 65”

Il valore dell'indicatore al 31 dicembre 2014 presentava un tasso grezzo pari al 49,38* ed un tasso aggiustato pari al 56,58*, pertanto superiore al 40% del dato regionale di partenza ma in ogni caso lontano dall'obiettivo del 100% (Fonte dati: Assessorato Regionale della Salute – “indicatori per la valutazione della performance del sistema sanitario in Sicilia – 1° report 2015).

Su tale dato influisce la carenza di organico registrata presso l'U.O. di Clinica Ortopedica con una dotazione insufficiente a coprire il fabbisogno legato all'attività di emergenza traumatologica e Pronto Soccorso, attività di guardia e sala operatoria, ricoveri programmati e, in quanto clinica universitarie, le attività collegate alla didattica e alla formazione.

Sub Obiettivo 2.2 : “Riduzione incidenza parti cesare primari”

Il valore dell'indicatore al 31 dicembre 2014 si attesta intorno al 30% che rimane leggermente al di sopra della media regionale (28,9%) ma distante dall'obiettivo regionale pari al $\leq 20\%$.

In particolare, in relazione ai Presidi ove viene effettuata attività di ostetricia si è registrato il seguente dato:

- P.O. Rodolico : un tasso grezzo pari al 30,95* ed un tasso aggiustato pari al 30,76*
- P.O. Santo Bambino: un tasso grezzo pari al 30,67* ed un tasso aggiustato pari al 29,07*

Il dato si mantiene sostanzialmente stabile rispetto al 2013.

(Fonte dati: Assessorato Regionale della Salute – “indicatori per la valutazione della performance del sistema sanitario in Sicilia – 1° report 2015)

Sub Obiettivo 2.3 : “Tempestività nell’effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI”

L’indicatore al 31 dicembre 2014 ha registrato un tasso grezzo pari al 88,40* ed un tasso aggiustato pari al 86,64*, pertanto superiore alla media regionale 2013 che è stata pari al 74,2%.

(Fonte dati: Assessorato Regionale della Salute – “indicatori per la valutazione della performance del sistema sanitario in Sicilia – 1° report 2015)

Sub Obiettivo 2.4 : “Proporzioni di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 0-3 giorni”

Il valore dell’indicatore al 31 dicembre 2014 si attesta intorno al 50 % corrispondente pertanto alla media regionale, ma in ogni caso con forti variabilità per presidio ospedaliero ed in particolare:

- P.O. Rodolico : tasso grezzo pari al 31,46*, tasso aggiustato pari al 29,75*
- P.O. Vittorio Emanuele: tasso grezzo pari al 60,26*, un tasso aggiustato pari al 60,19*

(Fonte dati: Assessorato Regionale della Salute – “indicatori per la valutazione della performance del sistema sanitario in Sicilia – 1° report 2015).

3) Obiettivo 3 - Progetti di miglioramento organizzativo

Sub Obiettivo 3.1 : “Gestione autonoma dei nuovi flussi”

In attuazione delle disposizioni di cui ai DD.AA. n°835/2014 e 914/2014 sono state avviate le attività propedeutiche per la produzione dei flussi regionali afferenti l'area "beni" e l'area "servizi".

L'Azienda ha nominato i propri referenti e ha prodotto i tracciati record previsti dal decreto rispettando le modalità di trasmissione e le tempistiche di cui alla "Fase 1".

Stante l'esperienza maturata in questa specifica area e la disponibilità di risorse tecnologiche ha affrontato anche la "Fase 2" garantendo gli standard già raggiunti con i primi invii.

Usufruendo dei residui dei finanziamenti previsti per gli interventi di aggiornamento/adequamento del sistema informativo si è provveduto ad acquisire apposito *tool* di estrazione del flusso beni che seppur in forma non completa ha permesso una migliore gestione del processo di produzione del flusso beni.

Il piano di progressiva autonomia nella produzione dei flussi prevede un ulteriore intervento da realizzare in sede di produzione flusso I° trimestre 2015 che verifichi gli aggiornamenti richiesti e le operazioni di correzione dei database aziendali al fine di rendere completamente automatizza la compilazione dei tracciati “Referenze”, “Contratti”, “Prezzi” e “Movimentazioni” con le specifiche di fase 2.

Il piano di autonomia prevede anche la completa presa in carico degli strumenti di controllo e quadratura dei dati così come ad oggi predisposti di concerto e con il supporto della RTI.

Si conferma in questa sede la quadratura tra i flussi prodotti e i valori esposti nel modello CE del 4° trimestre.

Per quanto riguarda la produzione dei report di cui al modello di controllo di gestione regionale si comunica che è stato predisposto capitolato speciale per l'acquisizione di specifico datawarehouse da integrarsi con il sistema informativo aziendale esistente e che risponda ai fabbisogni informativi di cui al DDG 835/2014

Per entrambi gli interventi richiamati (flusso beni e sistema di controllo di gestione) si è proceduto a richiedere la reiscrizione dei fondi residui dei progetti di innovazione del sistema informativo.

Le criticità della produzione dei report/flussi di controllo di gestione sono sicuramente superiori rispetto a quelle evidenziate nelle altre aree, ma si ritiene di potere raggiungere gli obiettivi entro il termine del 31 marzo 2015.

In ordine alla previsione di raggiungere l'autonomia rispetto al supporto fornito dalla RTI individuata dalla Regione è stato presentato un cronoprogramma delle attività che partendo dall'analisi dello stato dell'arte per singolo flusso permetta all'Azienda il conseguimento dell'obiettivo assegnato.

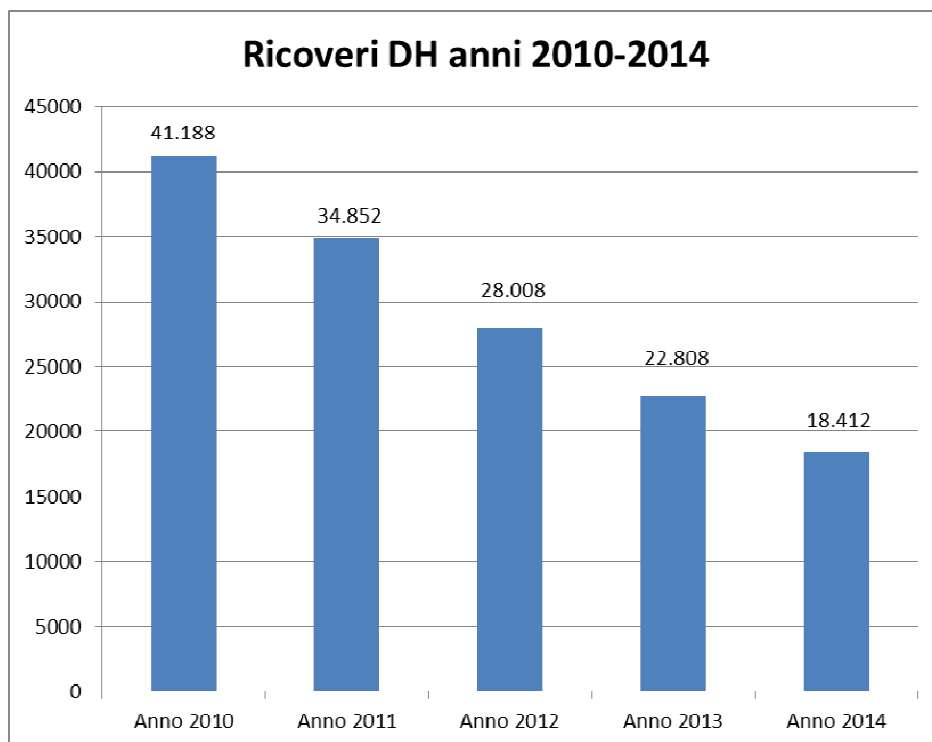
Sub Obiettivo 3.2 : “La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino”

Come previsto dal piano operativo della Convenzione stipulata con Agenas, è stata eseguita la rilevazione del grado di umanizzazione delle strutture ospedaliere da parte delle equipe locali composte da operatori sanitari dell'Azienda e rappresentanti del Comitato Consultivo Aziendale.

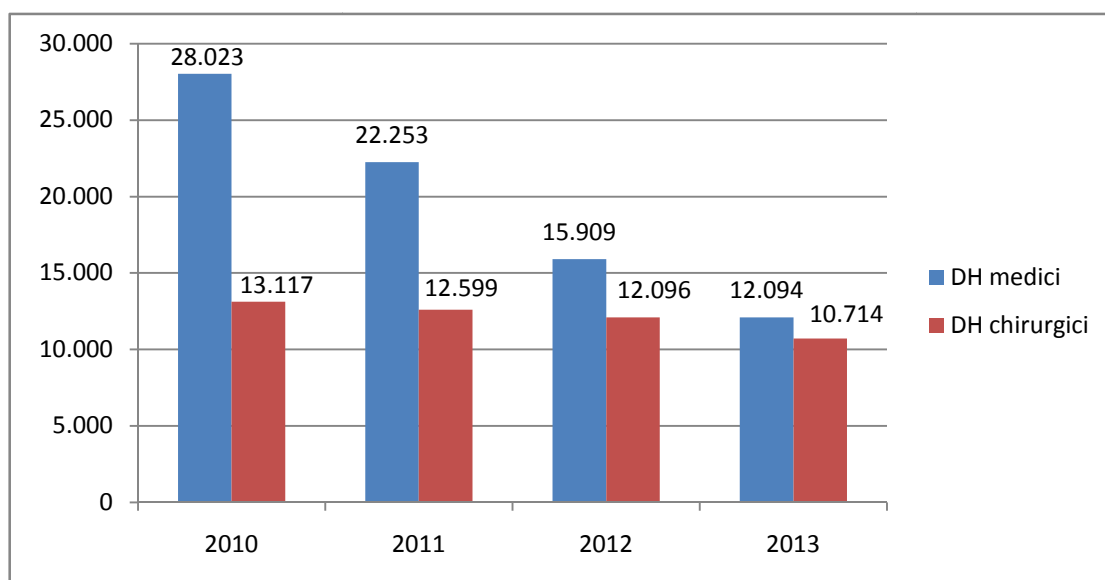
I dati raccolti sono stati consegnati al Coordinamento del Comitato Consultivo Aziendale per l'invio all'Agenas.

Sub Obiettivo 3.3 : “Miglioramento dell'utilizzo di DH e Day Service in regime di appropriatezza”

Come già evidenziato nel corso degli anni 2010 e 2014 continua a registrarsi un progressivo contenimento dei ricoveri in DH, unitamente all'incremento del ricorso al Day Service Ambulatoriale Ospedaliero, attraverso il quale sono state garantite all'utenza prestazioni un tempo assicurate esclusivamente tramite attività di ricovero, con un miglioramento del setting di erogazione delle prestazioni.



La riduzione ha riguardato l'insieme dei ricoveri DH, passati da 41.188 episodi nel 2010 a 18.412 nel 2014, con maggiore impatto sui ricoveri diurni di tipo medico, a maggiore rischio di inappropriatazza, mentre sono rimasti relativamente mantenuti i ricoveri DH di tipo chirurgico.



L'indicatore di calcolo del numero complessivo dei DH da erogare secondo la formulazione degli obiettivi definiti dall'AGENAS per il biennio 2014-2015, comporta l'obbligo per l'Azienda di conseguire un'effettiva riduzione del numero di DH che supera il valore considerato obiettivo (30%) attestandosi su un valore pari a circa il 50% del numero dei ricoveri in DH effettivamente erogati e

pertanto di difficile attuazione, pertanto l'azienda nel corso dell'anno 2014 è rimasta distante dall'obiettivo attribuito dalla Regione.

E' da rilevarsi che, con nota prot. 46687 del 24 novembre 2014, l'Azienda ha comunicato all'Assessorato Regionale della Salute come il perseguimento dell'obiettivo indicato avrebbe comportato una drastica riduzione dell'attività assistenziale erogata oltre che una considerevole riduzione del valore della produzione, con pregiudizio per il raggiungimento dell'equilibrio economico di bilancio.

Infatti, se l'Indicatore è il totale DH/(Totale Ricoveri Ordinari + DH), ed il Valore obiettivo è 30%, applicando quanto previsto nell'allegato al sub obiettivo 3.3 dove il 30% è la percentuale di riduzione della colonna percentuale DH 2013, si ottiene che la riduzione del 30% deve applicarsi al valore del 44,84% (quota DH su ricoveri totali 2013), che determina una percentuale del 31,38% per l'anno 2014, corrispondente in termini numerici alla diminuzione del numero dei DH da erogare dal valore di 22.808 dell'anno 2013 (44.84% della percentuale dei ricoveri totali) al valore di 12.831 (percentuale del 31.38% del valore dei ricoveri totali senza modifica del numero delle degenze ordinarie) con una effettiva riduzione del valore assoluto del numero dei ricoveri in DH pari al 43,74%.

Si aggiunga altresì, che il percorso di riconversione dell'assistenza verso un setting maggiormente appropriato è già stato attuato in maniera importante nel corso del triennio 2012-2014 nel corso del quale il numero complessivo dei DH erogati si è attestato rispettivamente nell'anno 2012 ad un totale di 28.075, nell'anno 2013 ad un totale di 22.808 e nell'anno 2014 ad un totale di 18.215.

Facendo riferimento all'attività di ricovero diurno complessivamente erogata da tutte le strutture sanitarie insistenti nella provincia di Catania, si evidenzia infatti che nel corso degli anni è diminuita l'incidenza dei ricoveri erogati dall'Azienda rispetto alle altre strutture, con valori da 44% nel 2010 a 41% nel 2014.

	Ricoveri DH AOU CT	Ricoveri DH altre strutture prov. CT	Totale DH provincia di Catania	Incidenza DH AOU su totale prov.	Incidenza DH altre strutture su totale prov.
Anno 2010	41.188	52.386	93.574	44,02%	55,98%
Anno 2011	34.852	44.977	79.829	43,66%	56,34%
Anno 2012	28.008	42.830	70.738	39,60%	60,40%
Anno 2013	22.808	34.407	57.215	39,86%	60,14%
Anno 2014	18.215	25.921	44.136	41,27%	58,73%

Fonte dati : Regione Sicilia – www.rssalute.it

In ogni caso pare importante rilevare come nel corso dell'anno 2014 si è registrato un ulteriore calo dei DH di pari a 4.593 ricoveri, corrispondenti ad una percentuale secca di riduzione pari a al 20,13% Di contro nel corso dell'anno 2014 si è registrato un incremento dei casi trattati in Day Service passati dai 6.212 dell'anno 2013 ai 8896 dell'anno 2014 (+ 2.684), corrispondenti ad una percentuale secca di incremento pari a al 43,2% .

Sub Obiettivo 3.4 : “Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita”

A seguito della trasmissione da parte del Servizio 5 del DASOE del documento con i criteri di ricovero in TIN (cod. 73) e Patologia Neonatale (62), l'Azienda con nota del 14/11/2014 ha provveduto all'invio del documento alle Unità Operative interessate per eventuali osservazioni e la definitiva approvazione.

Relativamente alla percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (codice 730), al 31 dicembre 2014 il dato aziendale risulta pari al 3%.

Sub Obiettivo 3.5 : “Redazione conforme ed omogenea dei modelli LA 2014 e 2015 ”

Il graduale processo di trasformazione del sistema di rilevazione dei costi per destinazione con l'integrazione della logica di rilevazione regionale (CRIL) ha permesso già per l'anno 2013 di adempiere agli obblighi informativi in materia di modelli LA.

L'attuale sistema di contabilità analitica a supporto del costruendo modello di controllo di gestione aziendale attraverso la previsione di una visione integrata e nativa del sistema dei CRIL permetterà il raggiungimento di quanto previsto dal sub obiettivo 3.5

3.3 OBIETTIVI E PIANI OPERATIVI

Questa Azienda ha già consolidato nel corso dell'ultimo triennio l'applicazione della normativa di cui al D.l.gs n. 150/09 e ss.mm.ii. relativa al sistema di misurazione e valutazione della performance.

Secondo quanto previsto nel Piano della Performance 2014-2016, accanto agli obiettivi strategici regionali, sono stati definiti ed assegnati ai responsabili delle strutture complesse, obiettivi aziendali.

Il processo di negoziazione si è articolato in diverse fasi:

- prima fase, quella di formulazione delle proposte di attività, trasfuse nelle schede di budget redatte con obiettivi ritenuti significativi, a ciascuno dei quali è stato associato un indicatore ed un risultato atteso, fisico e/o economico con l'individuazione di tre aree, quella della produttività, quella economica e quella della strategica/della qualità, alle quali è stata attribuita una corrispondente pesatura;
- seconda fase, di negoziazione, nella quale tali obiettivi sono stati discussi dalla Direzione aziendale con i Direttori delle UU.OO.CC. che li hanno sottoscritti coadiuvati dai Direttori dei Dipartimenti di afferenza;
- terza fase, quella del monitoraggio e analisi degli scostamenti, in cui sono stati trimestralmente verificati i livelli di raggiungimento degli obiettivi assegnati e nella quale sono state indicati eventuali scostamenti e la necessità di azioni correttive che hanno determinato in alcuni casi la necessità di modificare alcuni degli obiettivi nelle relative schede.

Gli obiettivi operativi, oggetto delle schede di budget e riportati sinteticamente nell'allegato 2, sono stati assegnati alle UU.OO.CC. sulla base del loro grado di partecipazione agli obiettivi strategici aziendali e in sede di negoziazione di budget sono stati condivisi tenendo conto delle proposte integrative dei Direttori delle UU.OO.CC.

Le schede di budget contenenti obiettivi ed indicatori di ogni Struttura Complessa, in uno a quelle della tecnostruttura di Staff, e che hanno costituito oggetto della negoziazione (seconda fase), sono state tempestivamente trasmesse all'OIVP aziendale nel corso del 2014, così come le eventuali rinegoziazioni conseguenti al periodico monitoraggio.

A chiusura dell'anno di competenza è stato elaborato il relativo report di sintesi sui risultati ottenuti e relativi scostamenti per ciascuna delle Strutture Complesse che ha sottoscritto gli obiettivi relativi all'area della produttività, economica e strategica e della qualità.

Nell'allegato 2 vengono indicati, distinti per Struttura Complessa, i diversi obiettivi di produttività ed economici con l'indicazione del valore attribuito e del risultato raggiunto.

La U.O. Qualità sta effettuando una verifica finale sul complessivo raggiungimento degli obiettivi della relativa area, attraverso l'audit con le singole strutture interessate.

3.4 OBIETTIVI INDIVIDUALI

Muovendo dal rispetto della vigente normativa, la metodologia di valutazione della performance individuale è disciplinata dal Regolamento aziendale entrato in vigore con delibera n. 659/14 e modificato con delibera n. 394/15.

La performance individuale si misura in maniera differenziata a seconda che si tratti di dirigenti o non dirigenti, mediante uno strumento di valutazione che raccoglie elementi di valorizzazione al fine di stabilire il contributo del singolo alla performance generale dell'azienda.

La valutazione della performance individuale si esprime concretamente con la premialità e con il trattamento economico definito in sede di contrattazione integrativa, corrispondente alla retribuzione correlata al risultato per quanto riguarda i dirigenti, ed a quella connessa alla produttività per quanto concerne i non dirigenti.

Il sistema di valutazione del personale è stato adottato sia per il personale ospedaliero che universitario in convenzione per l'attività connessa all'assistenza, in accordo con la componente universitaria e con i rappresentanti sindacali di categoria.

In particolare, il sistema di misurazione della performance individuale si sviluppa secondo gli ambiti individuati e schematizzati nella successiva tabella e con la pesatura assegnata:

RUOLO	AMBITI DI VALUTAZIONE				
	Performance Organizzativa della struttura di diretta responsabilità	Capacità di valutazione dei collaboratori	Qualità del contributo alla performance generale e della struttura di appartenenza		
			Competenze manageriali	Competenze - Comportamenti professionali	Obiettivi individuali e/o di gruppo
Dirigenti responsabili di UOC	40	10	25	25	Coincide con la performance organizzativa
Dirigenti responsabili di UOS o con incarichi di elevata professionalità			15	30	55
Dirigenti senza incarico o con incarico di base				40	60
Personale di comparto con posizione organizzativa/coordinamento			5	80	15
Personale di comparto				90	10

Gli obiettivi vengono assegnati annualmente a cascading ai dirigenti e possono essere individuali o di equipe.

La valutazione della performance individuale annuale viene documentata con la compilazione delle schede di valutazione individuale differenziate per il personale della Dirigenza e per il personale del Comparto. Per il personale dirigente la scheda di valutazione è individuale e stata integrata con gli obiettivi annuali assegnati ad ognuno.

La scheda di valutazione rappresenta lo strumento operativo attraverso il quale si articola la procedura di verifica di prima istanza ed è composta dai diversi ambiti di valutazione, in relazione alle diverse categorie di appartenenza del soggetto valutato, suddivise in vari fattori che aggregano più ambiti.

Nella scheda di valutazione possono essere indicati da un minimo di uno a un massimo di tre obiettivi individuali e/o di gruppo. Fanno eccezione i direttori di U.O.C. assegnatari di budget per i quali l'assegnazione degli obiettivi individuali coincide con la scheda budget nella quale possono essere presenti un numero maggiore di obiettivi in relazione alle esigenze aziendali.

Il principio del merito è perseguito mediante l'applicazione diretta dei seguenti fattori concorrenti:

- a. Il punteggio individuale determinato dalla valutazione della performance individuale;
- b. Il punteggio dell'U.O. di appartenenza determinato dal grado di raggiungimento degli obiettivi certificato dall'O.I.V. (Performance organizzativa).

Il sistema premiante è collegato, ai sensi dell'art. 57 del Decreto Brunetta, alla performance organizzativa, con riferimento alle UU.OO. o aree di responsabilità in cui si articola l'Azienda. La valutazione della performance organizzativa annuale si conclude con la verifica, da parte dell'OIV, dei risultati raggiunti dalle UU.OO. assegnatarie di obiettivi e con la conseguente attribuzione alle stesse di un punteggio di performance organizzativa, espresso in percentuale. Il punteggio percentuale attribuito dall'OIV indica la quota di fondo premiante effettivamente maturata dai dipendenti dell'U.O. assegnataria di budget.

Nell'allegato 4 alla presente relazione sono stati riportati sinteticamente i risultati del processo di valutazione per l'anno 2014.

L'applicazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance nel corso del 2014 ha permesso all'azienda di superare le criticità più volte rilevate dall'OIV aziendale e contestualmente il sistema ha rappresentato il volano necessario alla piena realizzazione del Ciclo della Performance.

Infatti, il sistema da piena funzionalità sia alla valutazione di I istanza sia alla valutazione di II istanza effettuata dall'OIV aziendale che, a differenza dei precedenti anni, valuterà i valutatori di I istanza anche sulla capacità di valutare e di rispettare il ciclo della performance.

Infine, il sistema include anche una sezione riservata alle procedure di conciliazione; i dipendenti che rilevassero divergenze sulla valutazione espressa da parte dei valutatori potranno presentare ricorso entro i termini previsti dal sistema avviando una procedura di conciliazione e le eventuali modifiche alla valutazione, derivanti dall'accoglimento parziale o totale del ricorso, comporteranno il relativo adeguamento economico.

4 RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ

Con riferimento a quanto desumibile dal ciclo di Bilancio ed ad integrazione dei risultati esplicitati nei precedenti paragrafi si rappresenta quanto segue:

	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014
(A) VALORE DELLA PRODUZIONE	369.365.934	382.815.060	391.491.854
(B) COSTI DELLA PRODUZIONE	-358.381.510	-369.971.135	-375.569.303
(C) PROVENTI ED ONERI FINANZIARI	560.426	495.715	-1.416.035
(D) PROVENTI ED ONERI STRAORDINARI	-1.307.541	-639.606	-2.446.158
(E) RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE	+11.731.538	+12.987.616	+12.060.357
(F) IMPOSTE	-11.684.390	-11.447.321	-11.271.421
(G) RISULTATO DI ESERCIZIO	+47.148	+261.283	+788.935

(Fonte: Bilanci aziendali)

La produzione complessiva in termini tariffari è stata di:

- ✓ € mgl 145.380 per le attività di ricovero (€ mgl 155.228 nel 2013)
- ✓ € mgl 16.546 per la specialistica ambulatoriale (€ mgl 17.169 nel 2013)
- ✓ € mgl 50.238 per altre prestazioni (file F e T) (€ mgl 43.055 nel 2013)
- ✓ € mgl 7.572 per ricavi da prestazioni sanitarie erogate in regime intramoenia (€ mgl 7.351 nel 2012)

In termini di efficienza ed economicità dividendo l'entità dei rimborsi di cui sopra pari a € mgl 219.736 per i costi diretti che ammontano a € mgl 279.629, il rapporto è 0,78.

Se al valore della produzione della gestione caratteristica si aggiunge il valore del contributo indistinto, pari ad € mgl 146.121, il rapporto ascende fino a 1,31; 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 € 1,31 considerando la quota di remunerazione derivante dal contributo indistinto (€ 0,76 ovvero € 1,23 nel 2013).

Nei due grafici che seguono viene rappresentato il trend “*valore della produzione – costi della produzione*” ed il trend del “*risultato di esercizio*”.

Grafico Trend "valore della produzione – costi della produzione"

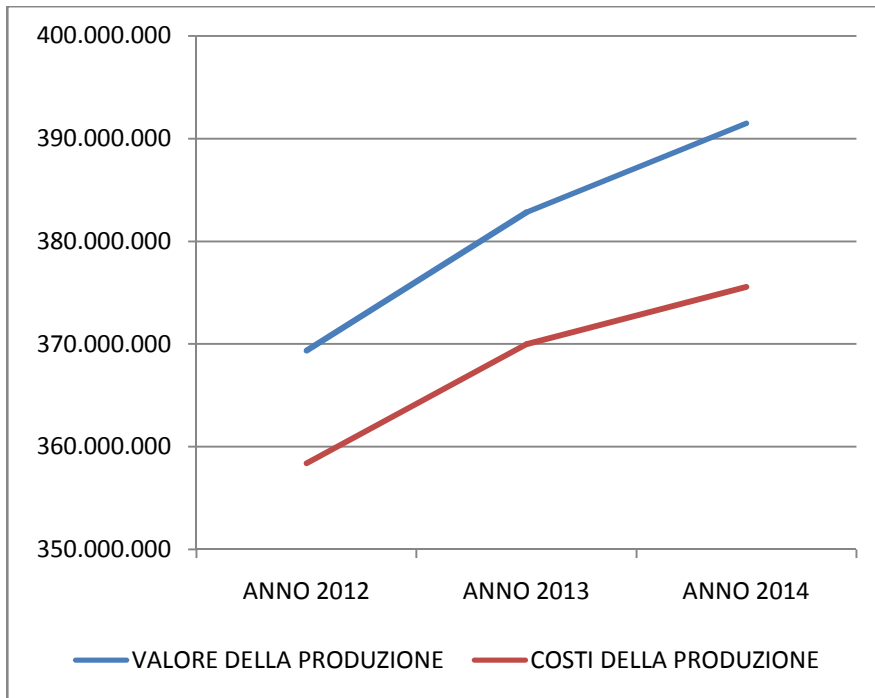


Grafico Trend "risultato di esercizio"



5 PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE

La Commissione Europea ha più volte sottolineato l’urgenza di integrare la dimensione di genere nella lettura dei contesti sociali e lavorativi che consenta di concretizzare un approccio equo e inclusivo delle donne che, valorizzandone una migliore allocazione, aumenti competitività e promuova il superamento di una cultura discriminatoria ancora radicata in Italia e, ancor più, nelle regioni meridionali.

Nell’ottica dello sviluppo delle risorse umane destinato all’incremento della qualità delle performance, il tema delle pari opportunità costituisce un elemento che, per il suo carattere di trasversalità, è in grado di fungere da indicatore della diffusione e del grado di attenzione che l’intero contesto lavorativo assegna alle politiche di tutela e uguaglianza di chi lavora.

La nostra Azienda con delibera n 821 del 26/06/12, ha istituito il “Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere dei lavoratori e contro le discriminazioni”, organismo previsto dalla legge 183/2010 e che sostituisce e unifica i comitati per le pari opportunità e per il fenomeno del mobbing. Il CUG è tenuto ad esplicare 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 e a promuovere iniziative che accrescano la cultura del rispetto della dignità della persona nel contesto lavorativo, strettamente connessa e integrata alla globale dimensione del benessere organizzativo.

I componenti nominati, designati in pari numero da ciascuna delle organizzazioni sindacali rappresentative e dall’amministrazione quali suoi rappresentanti, nell’anno 2014 si sono riuniti presso i locali della sede assegnata al Comitato in n. 5 assemblee aperte anche ai/alle dipendenti, come contemplato dal regolamento e come deciso dai componenti del comitato, da sempre orientati alla massima accoglienza del personale aziendale. Oltre alle riunioni, e per facilitare la realizzazione delle attività programmate, sono stati mantenuti i gruppi di lavoro.

Nel corso del 2014, il Comitato in continuità con gli anni precedenti ha mantenuto il notevole impegno di assicurare **l’apertura settimanale dello sportello ascolto per il personale** e il costante **aggiornamento della pagina CUG presente nel sito aziendale.**

Entrambe le azioni costituiscono spazi di interscambio con i dipendenti che permettono di tracciare alcune caratteristiche significative del contesto locale, prima fra tutte la difficoltà a esprimere in forma diretta le criticità sofferte, per le quali, invece, si continua a preferire modalità e contesti “confidenziali”. Le segnalazioni ricevute attraverso lo **sportello ascolto** risultano parimenti distribuite

tra disagi direttamente derivanti da disfunzioni organizzative e disagi personali che non trovano contenimento e aiuto nel contesto lavorativo, anche, ma non solo, a causa della generale carenza di risorse umane.

Nella quasi totalità le segnalazioni sono pervenute al comitato in seguito alla difficoltà incontrata dal personale a rapportarsi direttamente e con spirito costruttivo con il/la dirigente della U.O. interessata. Risulta chiaro che la progressiva acquisizione di stili dirigenziali maggiormente improntati allo scambio comunicativo e alla condivisione di obiettivi di servizio costituisce obiettivo di rilievo nel miglioramento del benessere di chi lavora.

La pagina CUG sul sito aziendale si caratterizza per l'intento comunicativo che gli si è voluto attribuire, andando oltre la sua presenza come atto formale a cui le amministrazioni pubbliche sono invitate ad aderire. Oltre a perseguire obiettivi di trasparenza nel rappresentare l'operato del comitato, il sito è diventato strumento di diffusione informativa di notizie e aggiornamenti sui temi di competenza, pari opportunità e benessere organizzativo, che, accrescendo la conoscenza di altre realtà, possano fungere da sollecitazione per cambiamenti migliorativi. Vengono, inoltre, pubblicati in elenco gli atti deliberativi aziendali forniti dall'amministrazione.

La biblioteca/scambio libri, iniziativa intitolata Ipazia, continua ad essere attiva nonostante lo scarso successo ottenuto che ricalca la tendenza nazionale ad una sempre minore disponibilità alla lettura, correlata a stili di vita orientati alla prioritaria soddisfazione di bisogni materiali e ad un modello prestazionale definito dall'azione molto più che dalla riflessione.

Nel mese di maggio è stato realizzato il **convegno “ Dal C.P.O. al C.U.G. “** su temi inerenti le pari opportunità ed il benessere organizzativo. L'evento, aperto a tutte le professioni e con accreditamento ECM, ha avuto grande rispondenza per la qualità degli interventi comunicati dalle relatrici, Prof.ssa Palidda, Prof.ssa Priulla, Dott.ssa Consoli, Prof.ssa Monastra, che hanno affrontato temi impegnativi, dalla conciliazione di equità e merito, agli aspetti simbolici delle discriminazioni fino alle funzioni e attività dei Cug, fornendo un panorama generale dell'attuale mondo lavorativo femminile. L'evento è stato, inoltre, occasione per esporre il materiale della **mostra fotografica “Ti racconto con una foto”** in cui il personale della Azienda ha rappresentato punti di forza e criticità del proprio ambiente lavorativo attraverso la fotografia. Le fotografie ricevute sono state poi pubblicate sul sito del Cug.

Ulteriore amplificazione del processo di diffusione di una cultura di genere è stata data dalla prosecuzione dell'impegno alla formulazione di un **BILANCIO DI GENERE** aziendale e dall'**INDAGINE SUGLI STEREOTIPI DI GENERE CONNESSI AI RUOLI PROFESSIONALI**.

A livello nazionale, la Direttiva 23 maggio 2007 (G.U. n. 173 del 27.7.2007), *Misure per attuare*

parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche, emanate dal Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione e dal Ministro per i diritti e le pari opportunità, nelle azioni da seguire per attuare pari opportunità nelle amministrazioni pubbliche, auspica che i bilanci di genere diventino pratica consolidata nelle attività di rendicontazione delle amministrazioni.

La tabella di sintesi riportata evidenzia i dati relativi all'identità dell'Azienda secondo una lettura di genere.

BILANCIO DI GENERE

(fonte: Piano della Performance Aziendale 2015/17)

% di donne rispetto al totale del personale aziendale	54%
% di donne dirigenti	38%
Età media del totale del personale aziendale	52 anni
Età media dei/lle dirigenti	54 anni
Età media delle donne dirigenti	52 anni
Stipendio medio percepito dal personale aziendale	41.279
Stipendio medio percepito dalle dirigenti donne	77.866
Stipendio medio percepito dalle dipendenti donne non dirigenti	37.561
Ore di formazione media per il personale aziendale	7
Ore di formazione media per il personale femminile	4
% di personale assunto a tempo indeterminato	96%
% di personale femminile assunto a tempo indeterminato	93%

E' possibile verificare che:

- il nostro personale è maggiormente rappresentato nelle fasce di età avanzate, condizione al passo con un generale invecchiamento della popolazione regionale ma che, associandosi frequentemente a prescrizioni/limitazioni all'attività lavorativa (ad esempio rispetto a movimentazione e carichi dei pazienti, a vincoli sull'effettuazione dei turni di servizio in fascia notturna, etc) o comunque a condizioni di inidoneità ad alcune mansioni , può diventare una criticità organizzativa per le sue ricadute sulla salute del personale e sulla qualità assistenziale;
- che i dati sull'attività formativa media segnalano per lo scorso anno minori opportunità formative a favore delle dipendenti donne;
- che la quasi totalità delle nuove assunzioni per lavoro a tempo indeterminato riguarda personale femminile;

- che la dirigenza femminile è adeguatamente rappresentata (38%) se si considera che la maggior parte del personale femminile afferisce alla categoria infermieristica che non contempla progressione dirigenziale. E', tuttavia, da rilevare che la distribuzione non riguarda in modo omogeneo ogni livello di apicalità per cui i ruoli “maggiormente apicali” sono quasi esclusivo appannaggio maschile (soffitto di cristallo).

Ad ulteriore approfondimento di questo ultimo dato, il CUG ha condotto **un’indagine a campione** sul personale aziendale (uomini e donne) volta a registrare la percezione di parità (o la presenza di stereotipi) nella competenza ad espletare i diversi ruoli professionali. I risultati hanno evidenziato il sostanziale superamento degli stereotipi di genere nelle professioni infermieristica e medica, che vengono percepite entrambe “aperte” alla capacità e competenza sia di uomini che di donne, mentre i livelli di alta apicalità vengono assegnati ad una percepita maggiore competenza maschile. La forte condivisione di questo stereotipo da parte delle donne intervistate, invita a non sottovalutare i meccanismi di autoesclusione che le stesse donne attivano e che rendono necessario operare per un empowerment che sia, oltreché destrutturazione degli stereotipi e degli elementi segreganti, anche valorizzazione della consapevolezza e dell’autorappresentazione femminile.

L’ambito del **BENESSERE ORGANIZZATIVO**, considerata la trasformazione dei modelli di governance in sanità, trova nel sistema di valutazione delle performance del personale dipendente un ambito da ritenere privilegiato per l’interesse che su di esso converge. La percezione di scarsa equità, testimoniata anche dalle elaborazioni risultate dalla somministrazione del questionario ex-Civit sulla valutazione del personale dirigente, sostiene il percorso già iniziato dalla nostra Azienda verso procedure che orientino ad una meglio definita e condivisa modalità di stima e misurazione delle performance individuali e di sistema.

Il Cug ha trovato nelle articolazioni interne che si occupano di questo ambito supporto e condivisione d’intenti che hanno consentito una partecipazione diretta alle varie fasi del percorso, dalla formulazione di proposte, alla diffusione del questionario ex- Civit/Anac, all’intervento nel Collegio di Conciliazione.

- Promozione questionario: la seconda somministrazione del questionario ha trovato maggiori resistenze ed espliciti rifiuti della prima a causa della mancata percezione delle azioni migliorative attese. Anche l’impegno dei componenti Cug ha, per lo stesso motivo, subito una flessione ed il numero dei questionari compilati oltre ad essere oltremodo insoddisfacente, segnala la sfiducia che la manifestazione di una opinione o di un bisogno sia accompagnata da un coerente ascolto e intervento.
- Collegio di Conciliazione: il Cug ha partecipato alle sedute convocate per la trattazione delle

contestazioni delle valutazioni formulate sulla performance lavorativa. Nel corso degli incontri si è potuto verificare che la quasi totalità delle rimostranze, ufficialmente motivate da parziali o totali non conformità alla corretta procedura, vengono, di fatto, utilizzate per agire un pregresso conflitto relazionale tra gli attori per cui, generalmente, il giudizio individuale sulla persona sostituisce la valutazione oggettiva del suo operato (da entrambe le parti in conflitto).

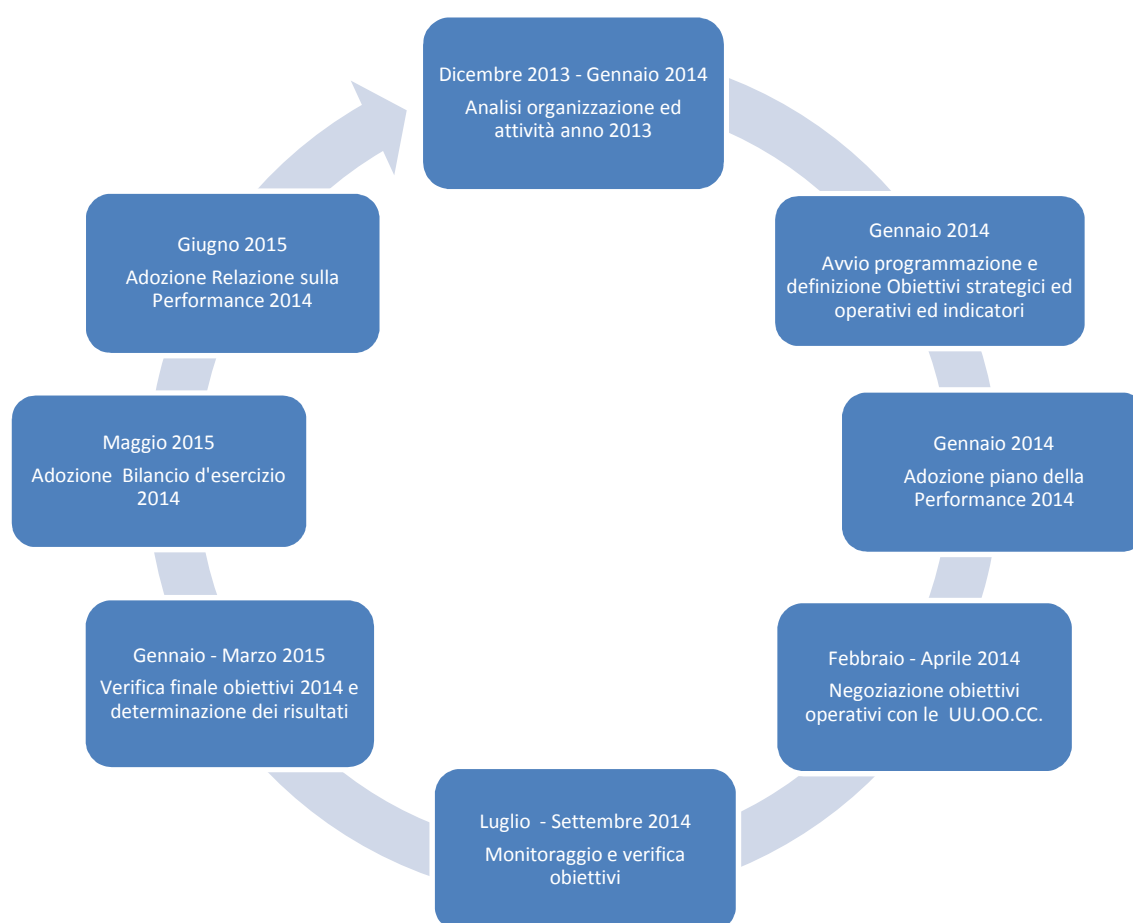
Uscire dall'autoreferenzialità privilegiando una dimensione collettiva, è una condizione che nasce dall'emergere di lavoro d'equipe, dalla partecipazione consapevole di tutti ad un obiettivo di “servizio” e dalla conseguente distribuzione di responsabilità, ma tale modifica è ancora sentita come perdita di potere dalle fasce direzionali e come sovraccarico lavorativo (e maturativo) da chi non ha finora gestito la responsabilità dell'autonomia (senza sconfinare nel solipsismo). Tali conflittualità non autorizzano, tuttavia, a rimpiangere un passato di “valutazioni a pioggia” e si ritengono dinamiche fisiologiche di un cambiamento già avviato.

6 IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

6.1 FASI, SOGGETTI, TEMPI E RESPONSABILITÀ

L'attività di pianificazione strategica, avviata nel rispetto del Decreto legislativo n. 150/2009 si attua con le regole del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance adottato dall'Azienda nel corso dell'anno 2014. La Direzione Strategica Aziendale definisce gli obiettivi strategici aziendali che rappresentano il riferimento per i Direttori di Dipartimento e per i Responsabili delle Unità Operative Complesse, la strategia e gli obiettivi operativi che li concretizzano nel sistema di programmazione annuale.

In corrispondenza con il Piano della Performance 2014 – 2016 adottato con deliberazione n. 109 del 31/01/2014 di seguito si riporta l'articolazione del Ciclo della Performance aziendale anno 2014.



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

- nel corso del mese di dicembre 2013 e di gennaio 2014 si è proceduto ad effettuare una analisi dell'organizzazione dei dati di attività dei Presidi Ospedalieri aziendali;

- nel corso del primo trimestre la Direzione Aziendale, sulla base delle Direttive dell’Assessorato Regionale della Salute, ha definito gli obiettivi strategici;
- nell’ arco del primo trimestre si è proceduto alla negoziazione del budget e degli obiettivi operativi con le UU.OO.CC.;
- nel mese di gennaio con deliberazione n. 124/14 si è proceduto all’approvazione del Piano della performance 2014-2016;
- nei mesi di settembre, ottobre e novembre si è proceduto, stante la nuova nomina del Direttore Generale F.F. ad una integrazione dell’ attività di negoziazione;
- nei primi mesi dell’anno 2015, una volta assestati i dati di riferimento, sono stati elaborati i report di sintesi che sono stati trasmessi ai responsabili delle UU.OO.CC., per confluire nella presente Relazione.

L’Azienda ha avviato un sistema di programmazione e controllo aziendale che consente di realizzare, all’inizio di ogni esercizio, i seguenti obiettivi di fondo:

- ◆ Il coinvolgimento ed il coordinamento di tutte le articolazioni aziendali interessate per assicurare una visione sistemica dell’Azienda superando modalità d’approccio di tipo settoriale
- ◆ Garantire la corresponsabilizzazione e la motivazione degli erogatori nel raggiungimento degli obiettivi generali e specifici orientati al migliore utilizzo delle risorse disponibili
- ◆ Il controllo della dinamica dei costi finalizzato alla corretta allocazione delle risorse per garantire i livelli essenziali d’assistenza
- ◆ La valutazione delle unità operative e degli operatori.

Il processo prevede verifiche trimestrali ed eventuale revisione semestrale degli obiettivi riferiti sia alle risorse assegnate che alle attività previste.

Per quanto attiene la valutazione individuale si rileva che al 31/05/2015 è stata conclusa la valutazione di I istanza sia dei dirigenti che del personale non dirigente ed è stata trasmessa a tutti i responsabili di Struttura Complessa la reportistica sui risultati relativi agli obiettivi 2014.

A seguito delle dimissioni di due componenti dell’OIV aziendale il processo di valutazione si è bloccato e riprenderà non appena verrà reintegrato l’OIV.

Nell’allegato 3 si da evidenza dei documenti del Ciclo della Performance.

6.2 PUNTI DI FORZA E PUNTI DI DEBOLEZZA DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Nel 2014 l’Azienda è riuscita, anche se con qualche lieve ritardo, a completare il Ciclo della Performance e a superare diversi punti di debolezza quali l’assenza di un sistema di cascading degli obiettivi e la difficoltà di rispettare pienamente la tempistica prevista dal cronoprogramma per l’assegnazione degli obiettivi alle strutture.

Permangono i punti di forza già rilevati negli altri anni:

- a) **Trasparenza:** consolidamento della cultura della Trasparenza delle attività e dei risultati, conformemente al debito informativo che scaturisce dal D.L.gs n. 33/13. Infatti la sistematizzazione del sistema valutativo 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.
- b) **Miglioramento e crescita professionale:** l’attività di valutazione formalmente organizzata è volta al miglioramento continuo della performance, al coinvolgimento sempre più pieno degli operatori, allo sviluppo della motivazione individuale e del riconoscimento degli apporti forniti dai singoli, che sono stati specificamente individualizzati.
- c) **Strutturazione formale del sistema:** adozione del Regolamento sul Sistema di misurazione e valutazione della performance il quale prevede procedure codificate con azioni e termini predeterminati che garantiscono la trasparenza e l’attendibilità del processo.

E’ grazie al Sistema di misurazione e valutazione della performance l’azienda si avvia verso un percorso virtuoso che si auspica possa condurre alla determinazione oggettiva della premialità individuale.

I punti di debolezza che si rilevano sono:

- a) necessità di potenziare l’integrazione dei sistemi a supporto dell’intero processo: soprattutto sotto il profilo del raccordo con il ciclo finanziario e di bilancio;
- b) Difficoltà dei valutatori ad individuare obiettivi individuali per i dirigenti e a maggior ragione per il personale non dirigente.

F.to Il Direttore Generale
Dott. Salvatore Cantaro