



Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico "G.Rodolico – San Marco"
Catania

Piano della **Performance** 2021-2023



Piano della **Performance** 2021-2023

Sommario

PREMESSA	7
1. PRESENTAZIONE	13
1.1 Finalità	13
1.2 Contenuti	14
1.3 Principi generali	15
2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI	17
2.1 Chi siamo.....	17
2.2 Cosa facciamo	19
2.3 Come operiamo	22
2.4 Gli stakeholders	24
3. IDENTITA'	32
3.1 L'azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico-Catania “in cifre”	32
3.2 Mandato istituzionale e missione.....	35
3.3 Funzione di assistenza	36
3.4 Funzione di ricerca.....	36
3.5 Funzione di didattica e formazione	37
3.6 Albero della performance.....	37
4. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO	43
4.1 Aspetti sociali e demografici.....	43
4.2 Il rapporto con le altre strutture sanitarie.....	50
4.3 L'Organizzazione	54
4.4 Organigrammi	57
4.5 L'Analisi quali-quantitativa delle risorse umane.....	69
4.6 L'Analisi S.W.O.T.	70
5. OBIETTIVI SPECIFICI	73
6. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI	75
6.1 Il processo di budgeting si articola nelle seguenti fasi:	75
6.2 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale	78
7. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE	80

7.1	Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	80
7.2	Coerenza con la programmazione economica e finanziaria e di bilancio	84
7.3	Raccordo con il Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2021 – 2023	87
7.4	Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione della performance	91
8.	ALLEGATI TECNICI	92

PREMESSA

Il Piano della Performance è adottato ai sensi del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n°150, “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”, modificato dal Decreto Legislativo 25 maggio 2017 n°74, con lo scopo di divulgare a tutti gli stakeholders:

- gli obiettivi che si intendono raggiungere, i valori di risultato attesi ed i rispettivi indicatori;
- il collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- il monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- la misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- l'utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- la rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Il Piano della Performance è il documento con cui l'Azienda esplicita gli scenari di partenza, le scelte di programmazione triennale entrando nel dettaglio delle aree di intervento, gli obiettivi da raggiungere nel triennio e, infine, gli strumenti di verifica e valutazione che saranno utilizzati.

Il Piano costituisce, pertanto, il documento strategico programmatico che dà avvio al ciclo di gestione della performance, definendo, in relazione con le risorse assegnate, quali sono gli obiettivi, gli indicatori e gli standard sui quali si baserà la misurazione, valutazione e rendicontazione della performance stessa.

La pianificazione è stata definita sulla base degli obiettivi assegnati dalle Istituzioni Regionali, integrati dagli obiettivi strategici definiti dalla Direzione Aziendale, ed attuata mediante piani ed obiettivi operativi negoziati nel processo di budget. L'Azienda è tenuta a misurare e a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti o gruppi di dipendenti. Oltre agli obiettivi specifici aziendali, vengono definiti dalla Regione e assegnati all'Azienda gli “obiettivi generali”, che identificano le priorità strategiche del Sistema Sanitario Regionale coerentemente con le politiche nazionali.



Nel presente Piano viene in particolar modo fatto riferimento:

- alla sostenibilità economica, rispetto dell'equilibrio economico finanziario e azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa in quanto condizione necessaria per il perseguimento degli obiettivi definiti nella programmazione aziendale da realizzarsi anche attraverso il governo dei processi di acquisto di beni e servizi con la piena adesione alle azioni di centralizzazione avviate;
- al riordino dell'assistenza Ospedaliera con la prosecuzione delle azioni relative al completamento del riordino della rete dando continuità all'applicazione a livello locale delle indicazioni regionali sviluppate secondo le previsioni del DM 02/04/15 n.70 "Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi alla assistenza ospedaliera";
- alla facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero, con un impegno mirato alla gestione delle liste di attesa al fine di garantire tempi di attesa che rispettino gli standard definiti, sviluppando ulteriormente azioni di governo clinico per promuovere il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di riorganizzazione del modello erogativo;
- al governo della domanda e appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e di ricovero;
- al governo della domanda di appropriatezza degli interventi in ambito farmaceutico attraverso il coinvolgimento strutturale dei prescrittori in ambito ospedaliero al fine di perseguire l'uso appropriato dei farmaci e dispositivi medici, secondo le indicazioni contenute nei documenti regionali;
- alla qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico, per l'Azienda è di primaria importanza garantire agli utenti le cure migliori e più appropriate. La qualità, la sicurezza e la gestione del rischio clinico rappresentano obiettivi inderogabili per l'Azienda in primis al fine dell'adempimento degli obblighi di accreditamento istituzionale. Sono, inoltre, sempre tali criteri ad orientare le attività in tutte le articolazioni e le scelte programmatiche. Per questi motivi

persiste l'impegno al consolidamento di un sistema aziendale per la sicurezza delle cure dei pazienti in ospedale e in integrazione con il territorio, con particolare attenzione alla gestione degli eventi avversi, alla diffusione di pratiche clinico-assistenziali più efficaci per il contenimento del rischio, allo sviluppo di metodologie per la valutazione del rischio, al monitoraggio e alla valutazione dei risultati;

- all'integrazione dei servizi generali, amministrativi, tecnici e sanitari, si dovrà proseguire nel consolidare il nuovo assetto strutturale unitario delle funzioni amministrative, tecnico professionali delle Aziende Sanitarie provinciali, e nell'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari articolandone le modalità nei diversi contesti;
- allo sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi, al fine di creare le condizioni affinché a livello aziendale possano essere perseguiti efficacemente gli obiettivi per lo sviluppo dell'ICT a supporto della semplificazione e al miglioramento dell'accessibilità;
- alla razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti. Obiettivi primari sono quelli di realizzare interventi indirizzati alla riqualificazione della struttura ospedaliera, con particolare attenzione agli adeguamenti strutturali e normativi rispetto agli standard di sicurezza antincendio antisismica, all'efficientamento energetico e all'ammodernamento del parco tecnologico in continua evoluzione, oltre che di concentrare i finanziamenti in un numero contenuto di interventi strategici, coerenti con una logica di rete. Tali investimenti strutturali, impiantistici e tecnologici sono, inoltre, un tassello fondamentale nell'ambito del riordino della rete ospedaliera (modello hub e spoke);
- alla promozione e al consolidamento dell'attività di ricerca e della didattica, dove si continuerà a perseguire la valorizzazione delle relazioni con l'Università e dove l'Azienda intende ispirarsi alla massima collaborazione con l'Università, nel rispetto dei doveri delle Risorse umane dell'Università, dell'impegno del personale ospedaliero nell'ambito sanitario, condividendo spazi, attrezzature scientifiche, risorse informatiche e bibliotecarie al fine di incentivare la qualità e la trasparenza della ricerca;
- al governo delle risorse umane e valorizzazione del capitale umano dove diventa prioritario agire sullo sviluppo delle competenze del personale per ottimizzare i processi produttivi ed effettuare la programmazione aziendale tenendo conto degli obiettivi e degli standard, di tipo economico-finanziario e gestionale, contenuti nella deliberazione regionale di programmazione annuale e degli obiettivi di integrazione dei servizi di supporto;
- agli adempimenti nei flussi informativi, ponendo particolare attenzione alla raccolta dei dati, al consolidamento dei sistemi informativi, ai registri ed alle sorveglianze, provvedendo con tempestività e completezza alla trasmissione dei flussi informativi e dei dati, verso il livello nazionale – trattandosi di adempimenti per la verifica della corretta erogazione dei LEA, e verso le banche dati attivate a livello regionale.

Dal punto di vista normativo i riferimenti al Piano della Performance sono presenti all'interno del Decreto 150/09 e s.m.i. (più avanti chiamato anche solamente decreto) e ne indicano modalità di redazione e finalità operative.

Vanno considerati in particolare:

- l'art. 10 al comma 1.a - stabilisce che le Amministrazioni redigano annualmente “entro il 31 gennaio, un documento programmatico triennale, denominato Piano della Performance da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori”;
- l'art. 15, alle lettere a e b del comma 2 - definisce la responsabilità dell'organo di indirizzo politico amministrativo nella emanazione di “direttive generali contenenti gli indirizzi strategici” e nella definizione, in collaborazione con i vertici dell'amministrazione, del Piano;
- l'art. 5, al comma 1 come modificato dal D.Lgs. 74/17, - definisce:
 - o a) obiettivi generali, che identificano, in coerenza con le priorità delle politiche pubbliche nazionali nel quadro del programma di Governo e con gli eventuali indirizzi adottati dal Presidente del Consiglio dei ministri ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286, le priorità strategiche delle pubbliche amministrazioni in relazione alle attività e ai servizi erogati, anche tenendo conto del comparto di contrattazione di appartenenza e in relazione anche al livello e alla qualità dei servizi da garantire ai cittadini;
 - o b) obiettivi specifici di ogni pubblica amministrazione, individuati, in coerenza con la direttiva annuale adottata ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n.286, nel Piano della performance di cui all'articolo 10.

Gli obiettivi sono definiti in coerenza con quelli di bilancio indicati nei documenti programmatici di cui alla legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni, e da quanto disciplinato dal D.Lgs. 150/09, e il loro conseguimento costituisce condizione per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrativa.

Gli indicatori impiegati nella valutazione delle performance, sono contenuti all'interno delle schede di budget che annualmente vengono redatte, e quelli relativi alla quantizzazione del salario di risultato sono esplicitati all'interno del Sistema di misurazione e valutazione delle performance (SMVP) sia in riferimento alla performance organizzativa sia in riferimento alla performance individuale, secondo gli ambiti individuati dagli articoli 8 e 9 del decreto ed s.m.i. e che devono dare contezza in riferimento a:

Performance organizzativa

- attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi, anche attraverso modalità interattive;
- modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati.

Performance individuale del personale dirigente

- indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità;
- raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
- qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate;
- capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi.

Performance individuale del personale non dirigente

- raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali;
- qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi.

Quanto sopra va integrato con la valutazione della performance intesa come raggiungimento degli obiettivi legati alla contrattazione di budget, per cui alla misurazione della percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati in riferimento ai target contrattati.

Gli indirizzi, gli obiettivi e gli indicatori sono stati elaborati in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione economica patrimoniale, al fine di instaurare il necessario collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse.

Gli interventi correttivi, riferiti agli obiettivi della propria sfera di competenza, sono definiti dalla Direzione Strategica e possono eventualmente emergere a seguito della verifica dell'andamento della performance effettuata con il supporto dei dirigenti (articolo 6, comma 1, del decreto) o delle eventuali verifiche effettuate dall'Organismo indipendente di Valutazione.

In caso di mancata adozione o di mancato aggiornamento annuale del Piano, l'articolo 10, comma 5 ed s.m.i., del decreto prevede il divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti che

risultano aver concorso alla mancata adozione, per omissione o inerzia nell’adempimento dei propri compiti, ed il divieto per l’Azienda di procedere all’assunzione di personale o al conferimento di incarichi di consulenza o di collaborazione comunque denominati.

Strettamente correlato all’ambito della misurazione e valutazione della performance è il tema del *lavoro agile* e della sua implementazione, anche al fine di monitorare in modo più puntuale gli effetti dello svolgimento della prestazione lavorativa in tale modalità sulle performance dei singoli dipendenti.

E’ indubbio che l’attuale stato di emergenza sanitaria ha posto alle Amministrazioni Pubbliche problematiche di gestione ed organizzazione dei rapporti di lavoro, inducendo altresì il Legislatore ad intervenire al fine di favorire la diffusione di un nuovo modello culturale della prestazione lavorativa, improntato a flessibilità organizzativa nell’ottica dei risultati e di una maggiore produttività.

Secondo le *“Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di Performance”* fornite dalla Presidenza del consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, ai sensi dell’art.14 c.1 L. 7 agosto 2015 n.124 e s.m.i., le amministrazioni pubbliche sono tenute a redigere il POLA inserendolo quale specifica sezione del Piano della Performance.

L’Azienda, considerata la particolare articolazione del documento e rilevato l’elevato numero di soggetti da coinvolgere per la redazione del Piano, ha costituito un gruppo di lavoro per lo studio del predetto documento e la definizione del POLA, in corso di elaborazione.

Nelle more dell’adozione del POLA aziendale, si sottolinea che ad oggi oltre il 30% dei dipendenti effettua lavoro in modalità agile.

L’Azienda, dovendo applicare il POLA a contesti sanitari in cui la presenza dell’operatore sanitario sul posto di lavoro è imprescindibile, al fine di adottare nuovi modelli organizzativi sta progettando un innovativo modello di *“Telemedicina”* che possa permettere al personale medico e sanitario di seguire a distanza i pazienti cronici al loro domicilio, evitando così l’affollamento degli ambulatori aziendali e i superflui spostamenti degli stessi pazienti.

Il Piano della Performance è pubblicato al percorso *“Amministrazione Trasparente/Performance/Piano della Performance”* del sito istituzionale www.policlinicovittorioemanuele.it di cui al D.Lgs. 33/2013 art. 10 c. 8 lettera b).

1. PRESENTAZIONE

1.1 Finalità

Il presente documento costituisce il piano della performance (Piano) dell’Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico “G.Rodolico – San Marco” di Catania (AOU) ed è adottato ai sensi degli artt. 10 comma 1 lett. a) e 15 comma 2 lett. b) del d.lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009, modificato dal d.lgs. n.74 del 15 maggio 2017 (decreto), al fine di assicurare la qualità, comprensibilità

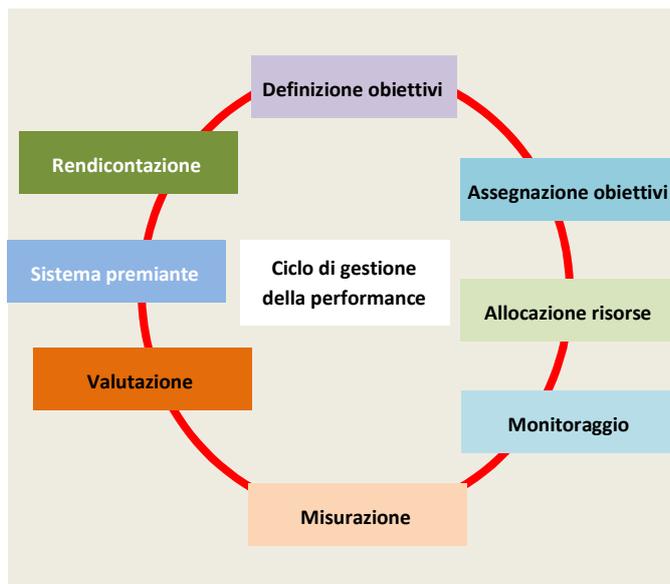
ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance organizzativa ed individuale dell’azienda.

Il Piano è il documento programmatico triennale attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale nonché dei vincoli di bilancio, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target delle varie articolazioni organizzative dell’AOU.

Il Piano definisce, inoltre, gli elementi fondamentali su cui si basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance, intesa come il contributo che ciascun soggetto (direzione aziendale, responsabile di articolazione organizzativa, dirigente, dipendente) fornisce attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità ed alla soddisfazione dei bisogni dell’organizzazione.

Il Piano viene elaborato con riferimento alle indicazioni ed agli indirizzi forniti dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l’Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) con la delibera n° 112/2010 del 28 ottobre 2010. Esso rappresenta lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance, così come previsto dall’art. 4 del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n° 150, e dalle modifiche ad esso apportate dal D.Lgs. 25 maggio 2017 n° 74 e che si articola nelle seguenti fasi:

- 1) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell’anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance;
- 2) collegamento tra gli obiettivi e l’allocazione delle risorse;
- 3) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- 4) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- 5) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;



- 6) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi di controllo interni ed esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

In quanto atto di programmazione di medio periodo, il Piano della performance è modificabile con cadenza annuale in relazione a:

- a) nuovi obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria regionale;
- b) modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- c) modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'AOU, come definite attraverso l'atto aziendale di cui all'art. 3 comma 1 bis del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.

1.2 Contenuti

Il Piano, quale strumento del ciclo di gestione della performance (articolo 4 del decreto), contiene gli elementi fondamentali (obiettivi, indicatori e relativi target) e le modalità di gestione degli stessi, ai fini della misurazione, valutazione e rendicontazione dei risultati delle strutture aziendali (performance organizzativa) e di quelli individuali (performance individuale), oltre che dei comportamenti professionali e delle capacità manageriali ai fini della conferma dell'incarico, ai sensi della vigente normativa contrattuale di riferimento.

In coerenza con quanto previsto dall'articolo 5 del decreto gli obiettivi sono:

- a) rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- b) specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- c) tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- d) riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
- e) commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- f) confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- g) correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Oltre ai contenuti esplicitamente richiamati dall'articolo 10 del decreto (obiettivi ed indicatori dell'amministrazione e del personale dirigenziale), nel Piano viene data inoltre evidenza di ulteriori contenuti che sono funzionali sia alla completa realizzazione delle finalità descritte nel punto precedente sia ad una piena attuazione dell'articolo 10 del decreto legislativo n. 33 del 2013 modificato dall'articolo 10, comma 4 del Decreto Legislativo 26 maggio 2016 n 97, attraverso il quale viene richiesto alle amministrazioni di garantire la massima trasparenza in ogni fase del Ciclo di gestione della performance.

In particolare nel Piano sono presenti i seguenti ulteriori contenuti:

- a. la descrizione della “identità” dell’amministrazione e, cioè, di quegli elementi che consentono di identificare “chi è” (mandato istituzionale e missione) e “cosa fa” (declinazione della missione e del mandato in aree strategiche, obiettivi strategici ed operativi) l’AOU. Questi contenuti sono indispensabili per una piena attuazione delle finalità di qualità e comprensibilità della rappresentazione della performance;
- b. l’evidenza delle risultanze dell’analisi del contesto interno ed esterno all’amministrazione.
In particolare, attraverso l’analisi del contesto esterno si ricavano informazioni importanti sull’evoluzione dei bisogni di salute della popolazione e, pertanto, sulla domanda di prestazioni sanitarie e, più in generale, sulle attese degli stakeholder. E’ evidente come questi ultimi elementi siano essenziali per la qualità della rappresentazione della performance (in particolare per la verifica del criterio della rilevanza degli obiettivi di cui all’articolo 5, comma 2, lett. a), del D.Lgs. 150/2009e s.m.i.);
- c. l’evidenza del processo seguito per la realizzazione del Piano della performance e delle azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance. In particolare i contenuti specifici evidenziati sono:
 - la descrizione delle fasi, dei soggetti e dei tempi del processo di redazione del Piano. Ciò è funzionale a garantire la piena trasparenza ad ogni fase del Ciclo di gestione della performance;
 - le modalità con cui l’amministrazione garantisce il collegamento ed integrazione del Piano della performance con il processo e i documenti di programmazione economico finanziaria e di bilancio;
 - ogni eventuale criticità relativa all’attuazione del Ciclo di gestione della performance. Ciò è funzionale a garantire la piena attuazione delle finalità di qualità, comprensibilità ed attendibilità della rappresentazione della performance.

1.3 Principi generali

Il Piano dell’AOU, in coerenza alle previsioni del D.Lgs. 150/2009 e s.m.i., si ispira ed attiene ai seguenti principi generali:

Principio della Trasparenza

Tra le aree strategiche di maggiore impatto, la promozione di maggiori livelli di trasparenza, costituisce obiettivo primario sia a livello organizzativo che individuale.

La trasparenza infatti è funzionale a tre scopi:

- 1 **Assicurare la conoscenza**, da parte dei cittadini, dei servizi resi dall’amministrazione, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative nonché delle loro modalità di erogazione;
- 2 Sottoporre a **controllo diffuso** ogni fase del ciclo di gestione della performance per consentirne il miglioramento;
- 3 Prevenire fenomeni corruttivi e **promuovere l’integrità**.

Essa fa riferimento a tutte quelle iniziative intraprese o da intraprendere per garantire i suddetti obiettivi e un livello massimo di trasparenza applicato anche alle fasi cruciali e strategiche del ciclo di gestione della performance.

La trasparenza è intesa, quindi secondo l’accezione normativa, come accessibilità totale, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon

andamento ed imparzialità dell’azione amministrativa. In particolare, lo spirito è quello di consentire ai cittadini di formulare domande ed osservazioni sul rendimento dell’Azienda e dei propri dipendenti, sulle decisioni che vengono assunte e sui provvedimenti che vengono adottati, evidenziando il rispetto delle normative vigenti e l’applicazione delle procedure previste.

Principio dell’anticorruzione

La normativa di cui alla Legge n. 190/12, contiene le disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione.

Il contrasto efficace dei fenomeni corruttivi e l’attuazione delle strategie prioritarie e mirate per la prevenzione, si configurano non come un’attività compiuta e statica bensì come un insieme di strategie finalizzate che vengono successivamente precisate, modificate, integrate o sostituite in relazione ai risultati ottenuti, alle esigenze emerse e agli input ricevuti.

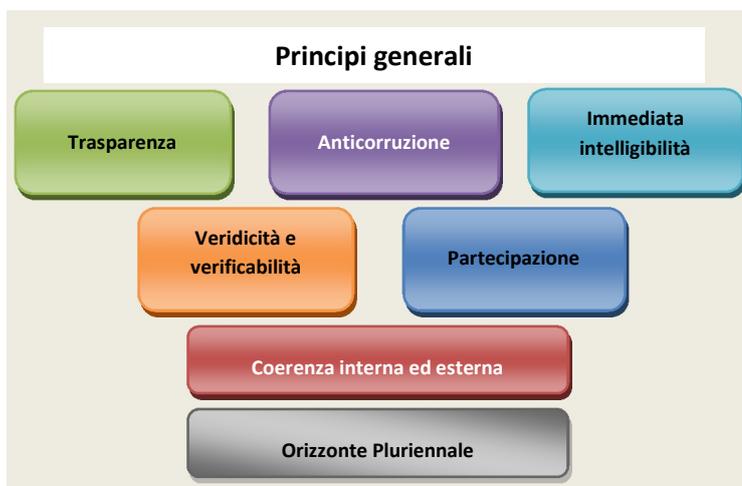
In questo quadro si evidenzia l’esigenza di perseguire i tre seguenti obiettivi principali nell’ambito dei sistemi di prevenzione:

- a. **ridurre le opportunità** che si manifestino casi di corruzione;
- b. **aumentare la capacità di individuare** casi di corruzione;
- c. **creare un contesto sfavorevole** alla corruzione.
- d. Realizzare **l’integrazione** ciclo della performance con il piano aziendale di prevenzione della corruzione

Perché tutto ciò trovi compiuta realizzazione, occorre individuare in sede di pianificazione sia a livello aziendale che di performance individuale specifici strumenti di attuazione.

Principio della immediata intelligibilità

Al fine di garantire facilità di comprensione agli interlocutori interni ed agli stakeholder esterni (istituzioni, utenti, cittadinanza, associazioni di categoria, ecc.), il Piano della performance viene proposto in forma schematica, secondo una struttura multi-livello prevedendosi, pertanto, una parte principale del Piano e relativi allegati, nei quali ultimi sono collocati tutti i contenuti e gli



approfondimenti tecnici che, opportunamente richiamati nella parte principale del Piano, ne consentano una più puntuale verificabilità da parte di soggetti interni e di soggetti esterni qualificati.

Principio della Veridicità e verificabilità

Per ciascun indicatore di misurazione e valutazione della performance, individuato nel piano, viene indicata la fonte di provenienza dei dati. I dati che alimentano gli indicatori sono tutti “tracciabili”. Ai fini di garantire la verificabilità del processo seguito, vengono inoltre definite le fasi, i tempi e le modalità del processo per la predisposizione del Piano e per la sua eventuale revisione infra-annuale nel caso in cui intervenissero situazioni o eventi straordinari. Vengono altresì individuati gli attori coinvolti (organi di indirizzo politico-amministrativo, dirigenti e strutture) e i loro ruoli.

Principio della Partecipazione

Il Piano viene definito attraverso la partecipazione attiva del personale dirigente nonché attraverso l’interazione con gli stakeholder esterni, fra i quali in particolare le rappresentanze dei cittadini, dei quali vengono individuate, raccolte e recepite aspettative ed attese.

Principio della Coerenza interna ed esterna

Al fine di rendere il Piano effettivamente attuabile, i contenuti dello stesso sono coerenti con il contesto di riferimento (coerenza esterna) e con gli strumenti e le risorse - umane, strumentali, finanziarie - disponibili (coerenza interna).

Principio dell’Orizzonte pluriennale

L’arco temporale di riferimento del Piano della performance è il triennio, con scomposizione in obiettivi annuali. La struttura del documento consente il confronto negli anni del Piano con la Relazione sulla performance di cui all’art. 10 comma 1 lett. b) del D.lgs. 150/2009 che, evidenzia annualmente, a consuntivo e con riferimento all’anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali conseguiti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse disponibili, con la rilevazione degli eventuali scostamenti, ed il bilancio di genere realizzato.

Con riferimento al presente Piano, la Relazione sulla performance andrà prodotta con cadenza annuale, così come il Piano della Performance.

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

2.1 Chi siamo

L’AOU Policlinico “G. Rodolico – San Marco” Catania, nata dall’integrazione fra l’Azienda Ospedaliera Universitaria “Vittorio Emanuele, Ferrarotto, Santo Bambino” e l’Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico “G. Rodolico”, in seguito alla stipula del Protocollo d’intesa fra la Regione Siciliana e l’Università degli Studi di Catania, sottoscritto in data 12 agosto 2009 e approvato con Decreto

dell'Assessore della Sanità n. 1759/09 del 31 agosto 2009, è oggi riorganizzata a seguito del nuovo Atto aziendale adottato dal Direttore Generale d'intesa con il Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Catania, ai sensi dell'art. 3, commi 2 e 3 del D. lgs 517/99 e secondo la struttura approvata dalla Regione con il Decreto Assessoriale n. 482 del 04/06/2020; conseguentemente alla sottoscrizione del protocollo d'intesa approvato con decreto assessoriale n°206 del 10/03/2020, pubblicato in G.U.R.S n° 19 del 3 aprile 2020.

L'AOU ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale e, ai sensi dell'art. 5 della L.R. 5/2009 l'Azienda ricade nel territorio definito “Bacino Sicilia Orientale”.

La sede legale dell'Azienda è fissata in Catania, con indirizzo in Via Santa Sofia, 78.

La partita IVA dell'Azienda è 04721290874.

Il sito internet istituzionale è il seguente: www.policlinicovittorioemanuele.it

Il logo dell'azienda è composto dai loghi delle ex Aziende Ospedaliero Universitarie “Policlinico Gaspare Rodolico” e “Vittorio Emanuele, Ferrarotto, S. Bambino” iscritti in tondo che riporta la denominazione della nuova Azienda – Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico - Catania - nei colori rosso e blu della città di Catania.



Il logo conserva al suo interno i loghi delle due aziende da cui ha avuto origine l'Azienda che oggi si sviluppa su due Presidi. Dei due loghi, il primo è uno stemma sormontato da una corona nel cui interno è riprodotto il Leone di San Marco, rappresentato montante a sinistra con la testa posta di fronte e con la zampa anteriore tenuta su un libro aperto, che si ispira al nome dell'antico Spedale di San Marco fondato dal Senato Catanese intorno al 1336.

Il secondo raffigura il “bastone di Esculapio e il logo dell'Università degli Studi di Catania. Il logo dell'Università è posto alla base, costituendo la base disciplinare su cui si fonda la formazione medica, riconoscimento della lunga tradizione degli studi. Il 'bastone', infatti, è segno di equilibrio e di discernimento in omaggio alla tradizione e punta con sicurezza sul 1434.

La 'P' di policlinico diventa, dunque, il bastone stesso, a porre ordine tra la malattia e la salute, come nel simbolo tradizionale, e la sigla 'AP' sostituisce le ali, pur ricordandone la forma, simbolo di conoscenza. I serpenti che si fronteggiano hanno lasciato il posto alla sfida della medicina nei prossimi anni: l'interpretazione e l'intervento sul 'genoma umano'. Le ricerche sul DNA che individuano la proiezione nel futuro dell'impegno della medicina sono, dunque, rappresentate dalla sequenza di DNA inserita attorno al bastone. Infine, non è stata dimenticata la funzione didattica che l'Azienda ha svolto e svolgerà. Quindi, lo stelo della 'P' è anche lo stilo di una penna.

Al sostegno economico-finanziario delle attività svolte dall'Azienda concorrono risorse messe a disposizione dall'Università, dalla Regione, da specifici finanziamenti pubblici e privati.

L'Università concorre alle attività correnti dell'Azienda con l'apporto di personale docente e non docente secondo quanto previsto dal Protocollo d'Intesa Regione/Università nonché con l'apporto di beni mobili ed immobili.

L'Azienda utilizza i beni mobili ed immobili concessi gratuitamente dall'Università, sostenendone gli oneri di manutenzione ordinaria e straordinaria con vincolo di destinazione ad attività assistenziale. Alla cessazione della destinazione all'attività assistenziale i beni rientreranno nella piena disponibilità dell'Università.

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili a qualunque titolo posseduti o utilizzati ivi compresi, pertanto, quelli da trasferire o trasferiti dallo Stato a da altri enti pubblici in virtù di leggi o provvedimenti amministrativi e da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità fatto salvo quanto disposto dall'art. 8 comma 3 della Legge Regionale n. 5/2009.

Le modalità di gestione, di inventario, di classificazione dei beni aziendali sono disciplinati nel “Regolamento per la gestione dell'inventario delle immobilizzazioni materiali ed immateriali” e nel “Regolamento di amministrazione e contabilità”.

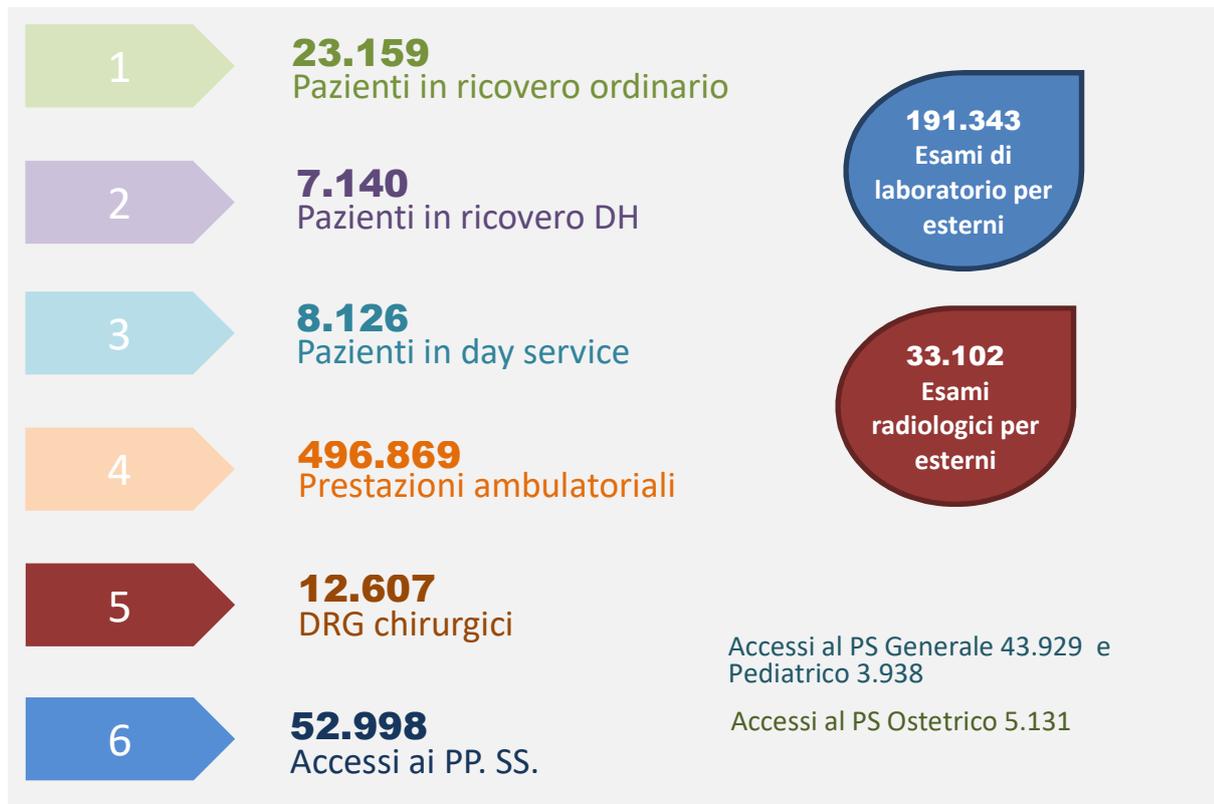
L'Azienda riconosce la valenza strategica del patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizi.

L'Azienda, nell'ottemperare ai compiti istituzionalmente assegnati (prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione), ha rinnovato il proprio modello organizzativo istituendo 8 Dipartimenti ad Attività Integrata, strutturali, che, integrando l'attività delle diverse Unità Operative e della didattica e ricerca universitarie, permettono di assicurare un approccio multispecialistico e pluridisciplinare alle varie esigenze ed ai bisogni di salute dell'utenza. Particolare è stata rivolta notevole attenzione all'organizzazione dei servizi di supporto e tecnico-amministrativi al fine di assicurare l'ottimale svolgimento delle attività assistenziali. Inoltre, è stato istituito un Dipartimento funzionale Amministrativo – Tecnico.

2.2 Cosa facciamo

L'Azienda è un ente pubblico, senza scopo di lucro, che risponde ai bisogni di salute della popolazione attraverso l'offerta di prestazioni sanitarie finalizzate a garantire la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie che si caratterizzano anche per la loro connotazione in termini di alta specialità.

ANNO 2020



L’Azienda riconosce nella propria *mission* l’attività di didattica e ricerca proprie delle Aziende Ospedaliere Universitarie.

Le scelte sanitarie sono effettuate in coerenza con le politiche regionali e gli atti di programmazione nazionale e regionale.

L’Azienda eroga prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di ricovero ordinario, in Day hospital, prestazioni ambulatoriali e di Day Service, oltre all’attività di didattica e ricerca proprie delle Aziende Ospedaliere Universitarie, integrate con la Scuola “Facoltà di Medicina e Chirurgia”.

L’Azienda pertanto:

- Fornisce assistenza per le patologie in fase acuta che richiedono prestazioni di diagnosi e cura caratterizzate da un impegno assistenziale medio alto e da un elevato profilo qualitativo, in ragione della presenza e dell’utilizzo di tecnologie avanzate e di metodologie diagnostiche e terapie innovative.
- Impronta la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità.
- Assicura l’erogazione delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, lo sviluppo del sistema qualità, la migliore accessibilità dei servizi all’utente, il raccordo con gli enti locali, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie del territorio e con il volontariato.

- Garantisce la dovuta attenzione ai pazienti attraverso il monitoraggio periodico del livello di soddisfazione e si impegna a fornire costantemente informazioni chiare, corrette e documentate sui servizi offerti.
- Contribuisce allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e ricerca svolte dalla Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Catania promuovendo l'integrazione dell'assistenza con l'attività formativa e di ricerca.
- Sostiene e valorizza, in collaborazione con l'Università degli Studi di Catania l'attività di ricerca, promuovendo un contesto organizzativo favorevole alla conduzione delle sperimentazioni cliniche.
- Prosegue nello sviluppo di un sistema di gestione della qualità e del rischio clinico finalizzato a garantire la sicurezza nell'erogazione delle prestazioni.
- Garantisce l'integrazione con il territorio, in particolare nei seguenti ambiti: gestione del paziente con diabete mellito di tipo 2, gestione del paziente con scompenso cardiaco, percorso nascita, attivazione delle dimissioni facilitate e protette.

L'AOU, al fine di raggiungere gli obiettivi sopra esposti, favorisce un approccio multidisciplinare nei confronti delle problematiche assistenziali e l'applicazione di modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico – terapeutico.

Le attività dell'AOU sono svolte sulla base delle moderne conoscenze tecnico-scientifiche e delle più avanzate tecnologie a disposizione, nel rispetto dei principi di etica, efficacia, efficienza ed economicità.

Nell'ambito dell'emergenza l'Azienda si avvale di una struttura di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza (M.C.A.U.), di un Pronto Soccorso Pediatrico, di un Pronto Soccorso Ostetrico e Ginecologico, dell'ambulatorio delle urgenze oculistiche e di diverse strutture di terapia intensiva, quali la Rianimazione, la Terapia Intensiva Post Operatoria (T.I.P.O.), l'Unità Terapia Intensiva Coronarica (U.T.I.C.) e l'Unità Terapia Intensiva Neonatale (U.T.I.N.).

Nell'ambito della programmazione sanitaria della Regione Siciliana, l'Azienda ha competenze di alta specializzazione nei seguenti ambiti:

- Cardiologia interventistica;
- Cardiochirurgia;
- Chirurgia Toracica;
- Diagnostica per immagini;
- Ematologia e trapianto del midollo osseo;
- Oncoematologia pediatrica e trapianto del midollo osseo;
- Malattie vascolari;
- Neurochirurgia;
- Oculistica;
- Radioterapia;

- Urologia;
- Chirurgia Maxillo Facciale.

Presso l’Azienda insistono i seguenti centri di riferimento regionale:

- Diagnosi e cura delle Malattie Genetiche;
- Disturbi dell’alimentazione;
- Controllo e cura delle malattie metaboliche congenite dell’infanzia;
- Ematologia ed Oncologia Pediatrica con trapianto;
- Trattamento dei Melanomi della Coroide;
- Prevenzione, diagnosi e trattamento dei disturbi dell’apprendimento nell’età evolutiva;
- Diagnosi e Trattamento delle Uropatie congenite;
- Cardiologia Interventistica e Strutturale;
- Prevenzione, Diagnosi e Cura dell’Osteoporosi e delle altre patologie del metabolismo osseo;
- Diagnosi e Terapia della Psicopatologia dei Post-partum;
- Chirurgia Maxillo-facciale e Microchirurgia ricostruttiva;
- Inquadramento clinico e trattamento ortopedico del Piede Torto congenito;
- Diabetologia pediatrica;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie reumatologiche del bambino;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie reumatologiche dell’adulto;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare del polmone;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare di interesse dermatologico;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare organi di senso di interesse oculistico (cheratocono);
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare della coagulazione e delle anemie rare nel bambino e nell’adulto;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie delle ghiandole endocrine e disturbi immunitari (Angioedema ereditario);
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare del metabolismo dell’infanzia;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie genetiche rare.

2.3 Come operiamo

L’azione aziendale, sulla base delle risorse a disposizione, nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione regionale e dai rapporti di collaborazione instaurati con le altre aziende sanitarie, è orientata verso:

- Lo sviluppo delle attività di alta specialità e dell’Emergenza-Urgenza, ponendosi nel contesto della rete dei servizi sanitari come nodo primario e centro di riferimento per i presidi territoriali di minore complessità.

- Il consolidamento del ruolo di ospedale di alta complessità tecnologica e assistenziale capace di fornire risposte tempestive, efficaci ed innovative alla domanda di salute espressa dall'utenza.
- L'ulteriore sviluppo delle attività di didattica e ricerca mediante una più stretta integrazione con la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Catania e più in generale con le strutture dell'Università degli studi di Catania impegnate nell'attività di ricerca.

A tali fini, l'innovazione tecnologica, organizzativa e gestionale viene perseguita attraverso l'adeguamento strutturale, tecnologico ed organizzativo, l'ammodernamento del parco tecnologico l'efficienza gestionale.

L'erogazione delle prestazioni avviene secondo le modalità e i criteri definiti dal DPCM 29/11/01 e successive modificazioni di approvazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), mediante l'utilizzo di setting assistenziali appropriati alla complessità e alle caratteristiche dei casi trattati.

Particolare interesse viene riservato dalla organizzazione aziendale alla esigenza di coniugare l'evoluzione scientifica con l'assistenza; nella piena consapevolezza che l'eccellenza, collegata all'efficacia, all'efficienza all'appropriatezza ed alla qualità delle prestazioni erogate, si raggiunge solo mantenendo in stretta relazione le attività di assistenza, di didattica e di ricerca.

L'impegno dell'Azienda non si limita peraltro al solo ambito dell'assistenza ospedaliero, ma si proietta nel territorio integrandosi con la rete comunale, regionale e nazionale della Protezione Civile per la gestione di focolai di crisi.

A tal proposito, grazie all'istituzione di una specifica Unità di Crisi e forte dell'esperienza maturata nell'ambito dell'emergenza, l'Azienda è in grado di garantire percorsi assistenziali nelle maxi-emergenze sia all'interno delle proprie strutture che sul territorio.

L'Azienda mantiene un sistema per la gestione della qualità che comprende i principali aspetti di qualità percepita e di qualità relazionale e tecnico professionale: accoglienza, comfort alberghiero, relazione con l'utenza, miglioramento dell'efficienza gestionale ed organizzativa, gestione del disservizio, riduzione del rischio clinico, sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere, accreditamento istituzionale e di eccellenza, certificazione ISO, linee guida, comunicazione istituzionale.

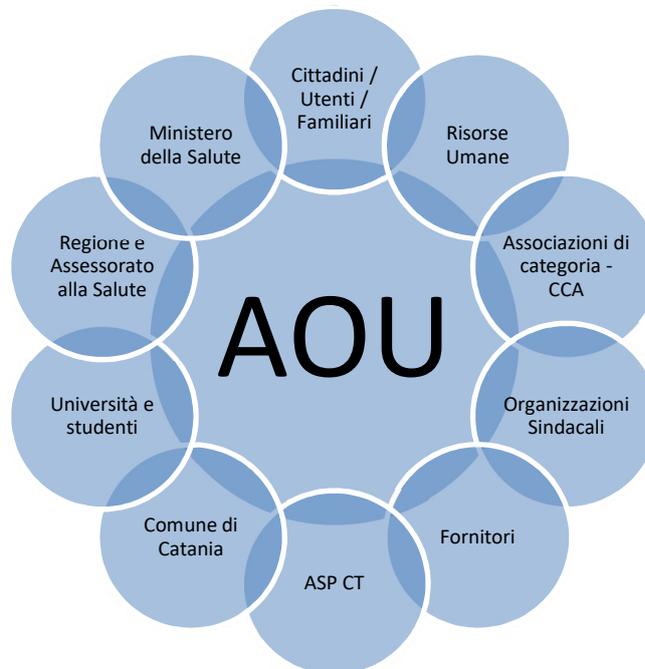
L'Azienda riconosce l'importanza del ruolo dell'utente quale elemento centrale del processo di erogazione dei servizi, convenendo sulla necessità di orientare i servizi assistenziali, dall'accettazione alla dimissione, verso una più efficace risposta alle esigenze ed alle aspettative dell'utente.

L'Azienda esplica la propria attività perseguendo lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze professionali attraverso il riconoscimento del ruolo della formazione e dell'aggiornamento professionale e dei sistemi di valutazione basati sulla valorizzazione delle capacità professionali.

Infine, l'Azienda informa la propria attività a criteri di efficacia, efficienza, economicità nella gestione, nel rispetto del vincolo di bilancio, al fine di un ottimale ed appropriato rapporto tra costi sostenuti e benefici di salute prodotti.

2.4 Gli stakeholders

L'individuazione dei portatori di interessi nei confronti dell'Azienda rappresenta un passaggio necessario soprattutto in riferimento alle specifiche caratteristiche dell'azienda in ordine alla vocazione di ente in cui sinergicamente insistono sia l'attività assistenziale che quella di didattiche e di ricerca.



I Cittadini / Utenti / Familiari

L'AOU riconosce l'importanza del ruolo dell'utente quale elemento centrale del processo di erogazione dei servizi, convenendo sulla necessità di orientare i servizi assistenziali, dall'accettazione alla dimissione, verso una più efficace risposta alle esigenze ed alle aspettative dell'utente.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria pone al centro della sua azione la persona e i suoi diritti, attuando i principi della Carta europea dei diritti del malato di Cittadinanza attiva. A tal fine, l'Azienda si impegna a garantire il diritto di ogni cittadino che si rivolge alla stessa a:

- Ricevere servizi appropriati a prevenire la malattia
- Accedere ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede
- Accedere a tutti i tipi di informazione che riguardano il suo stato di salute e i servizi sanitari e sulle modalità di accesso
- Accedere alle prestazioni sanitarie che la ricerca scientifica e la innovazione tecnologica rendono disponibili
- Accedere a tutte le informazioni utili, affinché il cittadino/utente possa assumere consapevoli decisioni che riguardano il proprio stato di salute
- Scegliere liberamente tra differenti procedure ed erogatori di trattamenti sanitari sulla base di adeguate informazioni

- Avere tutelata la confidenzialità delle informazioni di carattere personale, in particolare di quelle che riguardano il suo stato di salute e le possibili procedure diagnostiche o terapeutiche, nonché la protezione della propria privacy durante l’attuazione di esami diagnostici, visite specialistiche e trattamenti medico-chirurgici in generale
- Ricevere i necessari trattamenti sanitari in un periodo di tempo predeterminato e congruo
- Accedere a servizi sanitari di alta qualità, sulla base del rispetto di precisi standard
- Essere tutelato da danni derivanti dal cattivo funzionamento dei servizi sanitari
- Ricevere trattamenti sanitari che garantiscano elevati standard di sicurezza
- Accedere a programmi diagnostici o terapeutici quanto più possibile adatti alle sue esigenze personali anche al fine la sofferenza, in ogni fase della malattia
- Reclamare ogni qual volta abbia sofferto un danno e a ricevere una adeguata risposta.

L’Azienda è altresì impegnata a favorire il coinvolgimento dei familiari fornendo le necessarie informazioni circa le prestazioni sanitarie effettuate, accogliendone nel contempo i suggerimenti e le segnalazioni.

L’Azienda, attraverso la redazione di una nuova Carta dei Servizi, assume un preciso impegno nei confronti dei cittadini a fornire informazioni circa l’accesso ai servizi e l’erogazione quali quantitativa dei servizi a loro destinati.

L’Ufficio Relazioni con il Pubblico assume il compito di promuovere programmi per il miglioramento della soddisfazione del cittadino/utente ed individuare idonei strumenti per l’ascolto e la comunicazione con i cittadini.

Le Risorse Umane

Il tema delle risorse umane, in ambito sanitario, è particolarmente strategico, in quanto il personale rappresenta la principale risorsa produttiva che condiziona la qualità delle prestazioni, influisce sulla soddisfazione del paziente-utente.

Le risorse umane e le dinamiche relazionali che si attivano nel contesto lavorativo rappresentano un importante strumento che concorre, quali/quantitativamente, al raggiungimento del risultato, migliorando il rendimento nelle performance.

La realizzazione di un ambiente lavorativo, scevro da qualsiasi forma di discriminazione diretta ed indiretta, caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità e di benessere organizzativo sono temi che assumono, quindi, una dimensione trasversale da integrare nell’ambito dei processi e delle pratiche organizzative che animano le dinamiche della convivenza nel contesto di lavoro.

L’AOU, in linea col D.Lgs 150/09 e con l’art.21 della L.183/10, con delibera n.821 del 26.06.2012, ha istituito il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG) aderendo alle indicazioni della Comunità Europea che orienta verso uno “stile lavorativo” che interpreta ed implementa un approccio anche umanistico alle risorse umane.

Il CUG ha il compito di: assicurare parità e pari opportunità di genere, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici; garantire l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione e alla lingua; contribuire a favorire l'ottimizzazione dell'organizzazione del lavoro, migliorando l'efficienza delle prestazioni lavorative, in un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di parità e dal benessere organizzativo. Il Comitato esplica le proprie funzioni propositive, consultive e di verifica, in raccordo con la Direzione Aziendale, in collaborazione con altri organismi aziendali.

Pertanto, l'AOU promuove lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze professionali di elevata specializzazione attraverso il riconoscimento del ruolo della formazione e dell'aggiornamento professionale e dei sistemi di valutazione basati sulle capacità professionali.

L'AOU, consapevole della centralità della risorsa umana nell'erogazione dei propri servizi al cittadino/utente, pone le politiche per la valorizzazione delle competenze professionali del personale, al centro del sistema organizzativo aziendale mediante l'attuazione dei seguenti principi:

- il riconoscimento del ruolo della formazione e dell'aggiornamento professionale quale elemento per la qualificazione del personale in relazione alle esigenze aziendali nei vari settori di attività;
- l'adozione di apposito regolamento riguardante i sistemi di valutazione e verifica del personale dipendente;
- l'adeguata utilizzazione delle risorse umane disponibili in relazione agli obiettivi di risultato prescelti;
- la realizzazione di interventi volti a garantire la sicurezza degli ambienti di lavoro ed il benessere dei lavoratori;
- la realizzazione di idonei e distinti spazi per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, disciplinata da apposito regolamento aziendale, con monitoraggio dell'attività svolta, mediante tenuta di una contabilità separata, e verifica dell'attività erogata attraverso l'istituzione di apposito organismo paritetico di cui all'art. 54, comma 6, CCNL della Dirigenza medica.

L'azienda fa propri gli obiettivi di valorizzazione del merito, del talento e della buone professionalità del personale utilizzato, previsti dal d.lgs. n.150/09.

Le Associazioni di categoria - Comitato Consultivo

La normativa italiana ha previsto la partecipazione attiva delle Organizzazioni dei cittadini ed associazioni di volontariato (DPR 502/517 1992; DPCM19 maggio 1995, GU del 31.05.1995, n. 125, DL 229/1999) nelle fasi di programmazione e di valutazione dei servizi.

Le diverse associazioni di categoria (Cittadinanza attiva, Tribunale diritti del malato, etc...), hanno il compito di tutelare e promuovere i diritti dei cittadini, specificamente nell'ambito dei servizi sanitari

e assistenziali e di contribuire ad una più umana, efficace e razionale organizzazione del Sistema Sanitario.

Tutto questo in un’ottica di promozione e realizzazione di politiche orientate a far valere il punto di vista degli utenti ed esprimere efficacemente le loro esigenze.

In questa logica, è stato istituito, dalla riforma della sanità regionale (articolo 9, commi 8 e 9 della Legge Regionale 14 aprile, n. 5) il Comitato Consultivo, organismo istituzionale delle Aziende Sanitarie della Regione Sicilia. Il Comitato Consultivo è composto da utenti e operatori dei servizi sanitari e socio sanitari nell’ambito territoriale di riferimento. Il comitato esprime pareri non vincolanti e formula proposte al direttore generale in relazione alla programmazione sanitaria, ai piani di educazione sanitaria, alla verifica della funzionalità dei servizi sanitari. Il comitato redige annualmente una relazione sull’attività dell’Azienda.

L’obiettivo del Comitato Consultivo “Policlinico - Catania” è la tutela dei diritti degli utenti e degli operatori del settore sanitario e socio-sanitario e l’*empowerment* del cittadino al fine di renderlo partecipe e responsabile degli eventi che lo riguardano e attribuirgli un ruolo attivo nella gestione della propria salute.

Tra gli obiettivi prioritari del Comitato Consultivo dell’Azienda “Policlinico-Catania” di Catania è di realizzare la completa partecipazione dei pazienti ai processi assistenziali, in un lavoro di sinergia tra cittadini e operatori sanitari.

Le Organizzazioni Sindacali

L’Azienda adotta politiche e stili relazionali improntati alla chiarezza e alla trasparenza delle proprie scelte e dei propri comportamenti confrontandosi con le Organizzazioni Sindacali di categoria e con le Rappresentanze Sindacali Unitarie secondo i criteri e le prassi definite dai Contratti Nazionali di Lavoro e delle disposizioni di legge in materia e nel rispetto delle funzioni e delle distinte responsabilità proprie dei Sindacati e dell’Azienda.

Le relazioni sindacali si articolano negli strumenti operativi della corretta gestione dell’informazione, della consultazione, della concertazione e della contrattazione integrativa aziendale, in riferimento alle materie per le quali è prevista l’applicazione di detti strumenti dalla legge e dalla contrattazione collettiva nazionale.

L’Azienda periodicamente indice conferenze d’organizzazione con l’intento di aumentare la partecipazione dei propri dipendenti ai cambiamenti organizzativi.

I regolamenti relativi alle materie individuate dal contratto nazionale e dalla legge per le quali è prevista l’informazione, la consultazione o la concertazione, vengono emanati dal Direttore Generale dell’Azienda Ospedaliero -Universitaria nel rispetto delle prerogative sindacali previste dalla legge e dai contratti collettivi.

Composizione delle delegazioni trattanti e modalità di organizzazione e funzionamento delle sedute di concertazione e negoziazione sindacale sono stabiliti in apposito regolamento, nel rispetto di quanto previsto dal contratto collettivo di riferimento.

I Fornitori

L'attività contrattuale per la fornitura di beni e servizi dell'Azienda si ispira ai principi determinati dal D.Lgs. 163/2006 “Codice degli appalti” e s.m.i. nonché dalla L. n. 109/94 nel testo coordinato con le LL.RR. n. 7/2002, 7/2003 e 16/2005.

L'Azienda, in conformità alle disposizioni sopra citate, adegua la propria attività contrattuale ai principi di economicità, efficacia, tempestività e correttezza, nonché ai principi comunitari di libera concorrenza, parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità, pubblicità.

I contenuti dell'attività contrattuale e le modalità di svolgimento delle procedure ad essa collegate sono finalizzati ad assicurare libera e paritaria concorrenza tra gli operatori economici, nel rispetto delle norme a tutela dei diritti dei lavoratori in tema di sicurezza e di regolarità delle posizioni retributive, contributive ed assicurative.

L'Azienda, per uniformare le proprie attività ai principi di economicità, efficienza ed efficacia può affidare a terzi, secondo modalità previste da leggi o regolamenti, singole attività, specifici servizi o rami di attività purché queste non costituiscano attività istituzionali di natura sanitaria.

L'Azienda informa preventivamente gli operatori economici sui criteri e le modalità di individuazione dei contraenti avvalendosi, di volta in volta, di sistemi che privilegiano i profili economici ovvero quelli funzionali e qualitativi dell'offerta ed utilizzando tutti i sistemi di comparazione delle offerte, comprese quelle pervenute per via telematica.

Nell'ambito delle sinergie tra le aziende del Sistema Sanitario Regionale, l'Azienda fa propri i principi delineati dalla pianificazione regionale relativamente alla riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative (consorzi interaziendali dei servizi di supporto) ed all'avvio di forme di aggregazione sovra aziendali di servizi sanitari di supporto.

I contratti si concretizzano di norma con l'incontro, in forma scritta o per via telematica documentata, delle volontà delle parti. In mancanza di atti documentali (corrispondenza, comunicazioni telematiche ecc.) il processo negoziale è riassunto dal responsabile del procedimento in apposito verbale debitamente sottoscritto.

In ordine all'utilizzazione di strumenti privatistici, per quanto qui non disciplinato, si rinvia alle norme contenute nella legge 7 agosto 1990 n. 241 e successive modifiche ed integrazioni.

L'Azienda si impegna a stipulare uno specifico protocollo con la Prefettura di Catania per il monitoraggio e il controllo sull'applicazione dei contratti.

In tale contesto, si evidenzia che l'Azienda conforma la propria attività a criteri di efficacia, efficienza, economicità di gestione, nel rispetto del vincolo di bilancio. Pertanto, l'Azienda si impegna a utilizzare correttamente e tempestivamente le risorse finanziarie destinate al pagamento di fornitori di beni e servizi al fine di ridurre gli oneri legati ai ritardi ed ai contenziosi.

L'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP)

L'Azienda partecipa e promuove l'organizzazione in rete dei servizi sanitari integrati con l'ASP di Catania, al fine di garantire l'unitarietà dei processi di assistenza, dalla prevenzione alla riabilitazione,

e la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali attraverso la partecipazione al CUP provinciale.

L’Azienda al fine di diminuire la durata della degenza, di promuovere la deospedalizzazione dei pazienti e di garantire la continuità assistenziale per i dimessi, specie nei casi di soggetti non autosufficienti e/o disabili, collabora attivamente con l’ASP. Sempre, nell’ambito dell’assistenza ai disabili l’Azienda ha stipulato convenzioni con le ASP di Ragusa, Siracusa e di Trapani nonché con l’Assessorato ai Servizi Sociali del Comune di Catania.

Di particolari interessi è il rapporto stabilito con la ASP di Catania sia per le negoziazioni dei volumi di attività che per la prossima realizzazione, sul principio organizzativo “dell’HUB and SPOKE”, della rete cardiologica per il trattamento dell’infarto del miocardio.

L’ASP inoltre svolge una fondamentale attività di coordinamento dell’attività sanitaria nell’ambito della provincia con particolare riferimento alla gestione delle risorse finanziarie per la quota di fondo sanitario regionale di competenza provinciale. A tal fine provvede alla negoziazione dei budget di spesa per le attività sanitarie erogate dalle strutture private e dalle strutture pubbliche individuando i limiti di spesa per ciascuna di esse. Tale ultima funzione colloca l’ASP nella categoria degli stakeholder essenziali in quanto soggetto in grado di influenzare in maniera significativa l’attività dell’AOU.

È inoltre da rilevarsi il rapporto instauratosi con l’ASP di Catania e le altre aziende ospedaliere della provincia attraverso la condivisione degli obiettivi contenuti nel Piano Attuativo Interaziendale, il cui raggiungimento costituisce, ai diversi livelli delle strutture aziendali, elemento di valutazione della performance.

Il Comune di Catania

L’Azienda mantiene e sviluppa stretti legami con il Comune di Catania quali attore della programmazione territoriale e referente della collettività nelle problematiche socio-sanitarie. Particolarmente rilevante è il rapporto istituzionale con la “Conferenza dei Sindaci dei Comuni” quale organismo rappresentativo delle autonomie locali cui spetta il diritto-dovere di sovrintendere sui bisogni socio-sanitari delle comunità amministrative.

Gli Enti pubblici e privati

Fondamentale appare il rapporto avviato fra l’Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico - Catania, l’A.R.N.A.S. Garibaldi, l’Azienda Ospedaliera per l’Emergenza Cannizzaro e l’ASP di Catania attraverso la negoziazione dei volumi di attività, la condivisione degli obiettivi contenuti nel Piano attuativo Interaziendale, l’attivazione con l’ASP del Centro Unificato di Prenotazione per la gestione delle attività ambulatoriali che, come testimoniato dalle ancora lunghe liste di attesa, in taluni settori appare inadeguata rispetto alle esigenze espresse dalla cittadinanza.

Peraltro tale particolare condizione ad una prima analisi appare quanto mai paradossale poiché la città e la provincia di Catania presentano un’offerta sanitaria varia e completa in ragione della presenza delle aziende sopra citate ma anche di elevato numero di strutture accreditate per attività di ricovero, oltre alle numerose strutture accreditate per le prestazioni ambulatoriali.

La definizione dei rapporti istituzionali con le altre Aziende e le stesse strutture accreditate è un obiettivo da conseguire per un migliore utilizzo della rete ospedaliera.

L’Università degli Studi di Catania

I rapporti tra l’Azienda e l’Università degli Studi di Catania sono regolati dal Protocollo d’Intesa vigente tra Regione Siciliana e l’Università, di cui all’art. 1 del D. lgs. 517/99.

L’Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico – Catania è l’Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca e garantisce l’integrazione fra le attività assistenziali e le attività didattiche e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario Regionale e dall’Università. Essa opera nel rispetto reciproco degli obiettivi istituzionali e di programmazione del Servizio Sanitario Regionale e dell’Università, nonché nell’ambito del sistema di relazioni fra le Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

L’Azienda e l’Università, per quanto di propria competenza, intendono promuovere i fondamentali obiettivi, delineati nel Protocollo regionale, di assicurare la qualità e la congruità della formazione del personale medico e sanitario; promuovere lo sviluppo della ricerca biomedica e sanitaria e garantire la qualità e la sostenibilità del Servizio Sanitario. In questo ambito, l’Azienda e l’Università promuovono la massima integrazione e collaborazione tra il sistema assistenziale ed il sistema della formazione, accrescendo la qualità e potenziamento della formazione del personale medico e sanitario, dello sviluppo della ricerca medica e dell’efficienza del Servizio Sanitario pubblico. Stante la necessaria integrazione, compenetrazione e inscindibilità tra le attività assistenziali, quelle didattico-formative ed i compiti di natura scientifica, per quanto riguarda il personale docente di Area Medico-Chirurgica, il complessivo numero dei docenti della Scuola di Medicina inserito in attività assistenziale presso i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria è di 149 così rappresentato:

- Professori Ordinari n.36
- Professori Associati n.49
- Ricercatori (tipo A e B) n. 64

La dotazione organica dell’Azienda ed eventuali modifiche o integrazioni della stessa è adottata dal Direttore Generale, d’intesa con il Rettore nel rispetto delle previsioni del Protocollo di Intesa.

Il sistema delle relazioni con l’Università e la collaborazione tra Servizio Sanitario Regionale e la Scuola di Medicina e Chirurgia prevede la valorizzazione dell’apporto del personale del SSR alle attività formative. Entro tale logica si evidenzia la partecipazione del personale dell’Azienda Ospedaliero Universitaria all’attività didattica pre e post laurea attraverso l’attività di docenza e di tutorato. Infine, l’Azienda provvede alla attestazione dei livelli di attività assistenziale utili all’Università per l’accreditamento delle Scuole di Specializzazione ai sensi del Decreto Interministeriale n. 402 del 13/06/2017 recante gli standard, i requisiti e gli indicatori di attività formativa e assistenziale delle Scuole di specializzazione di area sanitaria.

Gli studenti universitari

L’AOU, quale azienda di riferimento dell’Università di Catania, pone lo studente con i suoi bisogni di apprendimento e le sue esigenze di addestramento, al centro della funzione didattica promuovendo ed alimentando la passione per la ricerca e lo studio.

Pertanto, gli studenti universitari usufruiscono di molteplici servizi durante il loro percorso universitario, volti a tutelare il diritto allo studio universitario e a migliorare la qualità della vita universitaria.

La Regione Sicilia - Assessorato

All’interno del più vasto sistema nazionale, ai sensi della L.R. 56/94 la Regione Sicilia svolge funzioni di programmazione, indirizzo, controllo nonché di coordinamento nei confronti delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere attraverso le indicazioni del Piano Sanitario Regionale (art. 1 del Decreto Legislativo n. 502/92).

L’AOU si propone a livello regionale come centro di riferimento di eccellenza ed innovazione sia per i servizi sanitari sia per quelli gestionali e tecnico-amministrativi.

La Regione e per essa l’Assessorato della Salute, oltre a guidare l’attività sanitaria attraverso l’emanazione del piano sanitario e l’emanazione di linee guida in materia sanitaria ed amministrativa, costituisce il “finanziatore” delle aziende sanitarie attraverso l’erogazione del fondo sanitario costituente l’ammontare di risorse annuali attribuite all’azienda. Tra gli stakeholder è quello che ha un elevato interesse ad ottenere risposte dall’ente sanitario in termini di risultati sia sanitari sia economici.

Il Ministero della Salute

Il Ministero della Salute è l’organo centrale del Servizio Sanitario Nazionale. La Legge 317 del 2001 che lo ha istituito, scorporandolo dal Ministero del Welfare e abbandonando definitivamente la denominazione “della Sanità”, gli attribuisce “le funzioni spettanti allo Stato in materia di tutela della salute umana, di coordinamento del Sistema sanitario nazionale, di sanità veterinaria, di tutela della salute nei luoghi di lavoro, di igiene e sicurezza degli alimenti”.

Il Ministero opera tuttavia nel contesto devolutivo sancito dalla riforma della Costituzione del 2001, in particolare dell’articolo 117, che ha introdotto la potestà di legislazione concorrente dello Stato e delle Regioni e la potestà regolamentare delle Regioni in materia di tutela della salute (che sostituisce la precedente dizione “assistenza sanitaria e ospedaliera”), ma anche in altre discipline di carattere sanitario come la tutela e la sicurezza sul lavoro, l’ordinamento delle professioni, l’alimentazione, la ricerca scientifica.

Il Ministero della Salute ha avviato una serie di iniziative atte a diffondere nelle organizzazioni la dimensione del coinvolgimento come asse portante del sistema sanitario, in quanto essenziale per assicurare efficacia ed efficienza del sistema medesimo.

In particolare, il Ministero della Salute intende “Sviluppare strumenti idonei ad assicurare il coinvolgimento attivo dei pazienti e degli operatori e di tutti gli altri soggetti che interagiscono con il

S.S.N.” attraverso cui è stata fatta la ricognizione della situazione in atto nel nostro paese e sono stati prodotti strumenti per sviluppare il coinvolgimento dei pazienti e degli operatori nel processo assistenziale.

3. IDENTITA'

Il presente capitolo presenta i principali dati dell’Azienda, descrive il mandato istituzionale ed articola il primo livello della struttura dell’albero della performance.

3.1 L’azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico-Catania “in cifre”

Il bacino della popolazione di riferimento dell’Azienda è quello della Sicilia Orientale (Province di Catania, Messina, Ragusa, Siracusa ed Enna) ed è pertanto pari a 2.551.627 abitanti (fonte dati ISTAT demo anno 2020), distribuiti su 13.085 mq di territorio, esclusa l’incidenza della mobilità sanitaria extra regionale e della popolazione temporaneamente residente presso la Regione.

Con il Decreto Assessoriale 14/01/2015 di “Riqualficazione e rifunionalizzazione della rete ospedaliera – territoriale della Regione Sicilia”, l’Azienda è stata dotata di 921 posti letto, di cui: 798 di degenza ordinaria, di cui 11 per attività di riabilitazione, e di, 123 posti letto per attività Day Hospital.

Il numero di dipendenti in servizio al 31/12/2020 è pari a 3366 unità così distribuito nei vari profili:

Area Comparto	Personale al 31/12/2019	Personale al 31/12/2020
Ruolo Amministrativo	184	177
Ruolo Professionale	0	0
Ruolo Sanitario	1638	1814
Ruolo Tecnico	367	434
Tot. Comparto	2189	2424
Dirigenza Medica		
Dirigente Medico I Livello SSN	675	699
Dirigente Medico II Livello SSN	24	16
Dirigente Medico I Livello UNIV	132	113
Dirigente Medico II Livello UNIV	34	33
Tot. Dirigenza Medica	865	861
Dirigenza Sanitaria		
Dirigente Biologo I Livello SSN	28	34
Dirigente Biologo II Livello SSN	1	
Dirigente Biologo I Livello UNIV	3	3
Dirigente Chimico I Livello SSN	/	1
Dirigente Farmacista I Livello SSN	23	19
Dirigente Farmacista II Livello SSN	1	1
Dirigente Fisico I Livello SSN	7	6

Dirigente Psicologo I Livello SSN	4	3
Dirigente Psicologo I Livello UNIV	1	/
Tot. Dirigenza Sanitaria	68	67
Dirigenza PTA		
Dirigenza Amministrativa	9	9
Dirigenza Professionale	3	3
Dirigenza Tecnica	2	1
Tot. Dirigenza PTA	14	13
TOTALE AZIENDA	3136	3366

Per un'analisi quantitativa e qualitativa dettagliata delle risorse umane si rimanda al successivo punto 4.5. L'Azienda prevede di chiudere il bilancio 2020 nel rispetto dell'equilibrio economico raggiungendo gli obiettivi di controllo e contenimento della spesa assegnati dall'Assessorato Regionale alla Salute.

	ANNO 2018	ANNO 2019	ANNO 2020 CE IV Trimestre
(a) valore della produzione	425.838.397	433.622.482	382.286.936
(b) costi della produzione	419.674.635	428.151.938	459.806.042
(c) proventi ed oneri finanziari	-699.307	-543.110	239.585
(d) proventi ed oneri straordinari	5.815.506	6.623.009	-1.330.713
(e) risultato prima delle imposte	11.279.961	11.550.443	-79.089.404
(f) imposte	-11.204.728	- 11.528.621	-11.925.760
(G) RISULTATO DI ESERCIZIO	75.233	21.822	-91.015.164 (*)

(*) Risultato coerente con il Piano di efficientamento 2019-2021.

La produzione complessiva in termini tariffari per l'anno 2020 è stata determinata come segue:

- €mgl 114.888 per le attività di ricovero (€ mgl 122.344 nel 2019);
- € mgl 4.319 per le attività di ricovero in Day Service (€ mgl 8.000 nel 2019);
- €mgl 18.270 per la specialistica ambulatoriale (€ mgl 17.574 nel 2019);
- € mgl 87.092 per altre prestazioni (file F e T) (€ mgl 89.337 nel 2019);
- € mgl 4.852 per ricavi da prestazioni sanitarie erogate in regime intramoenia (€ mgl 6.327 nel 2019).

Di seguito si riportano i dati sull'attività sanitaria maggiormente significativi, riferiti all'anno 2020:

Analisi dati sanitari						
INDICATORI	RICOVERI ORDINARI					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020 (*)
Posti letto ordinari	597	569	620	593	591	694
Presenza media giornaliera	579,7	521,0	531,4	550,8	552,8	504,7
Tasso di occupazione	89%	92%	86%	87%	94%	74%
N° Ricoveri ordinari	30.128	27.203	27.389	27.437	26.580	23.159
Numero di GG di degenza ordinarie	211.601	190.159	193.977	201.065	201.801	184.742
Degenza Media	7,02	6,99	7,08	7,33	7,55	7,97
Peso medio	1,29	1,18	1,17	1,31	1,23	1,26

(*) Fonte Dati flusso SDO aziendale

Di seguito si riportano i dati sull'attività sanitaria maggiormente significativi, anche se è da rilevarsi come i dati del 2020 risentano ancora della chiusura delle schede di dimissione ospedaliera che si completerà nel corso del mese di febbraio 2021.

Analisi dati sanitari					
Indicatori	2016	2017	2018	2019	2020(*)
N° Ricoveri ordinari	27.203	27.389	27.437	24.856	23159
Numero di GG di degenza ordinarie	190.159	193.977	201.065	187.666	184.742
Degenza Media	6,99	7,08	7,33	7,55	7,97
Peso Medio complessivo	1,18	1,17	1,31	1,23	1,26
Peso Medio casi chirurgici ordinari	1,76	1,75	1,74	1,82	1,82
Peso Medio casi medici	0,77	0,77	0,79	0,80	0,89
N° Ricoveri DH	15.025	12.992	15.218	11.852	7.540
N° accessi in DH	59.601	57.240	60.230	40.309	36.991
N° Day Service	12.376	13.167	14.611	12.429	8.126
N° accessi Day Service	32.508	33.225	39.103	36.042	28.533
Mobilità sanitaria attiva extraregionale (n° casi)	790	1.078	981	1.404	748
Mobilità sanitaria attiva extraregionale (%)	1,87%	2,00%	1,73%	3,8%	1,93%
Mobilità sanitaria attiva extra provinciale (n° casi)	8.325	11.211	12.768	8.531	8.917
Mobilità sanitaria attiva extra provinciale (%)	19,71%	20,9%	23%	24%	23%

(*) Fonte dati flusso SDO Aziendale

L’AOU si compone ed articola la propria attività su due Presidi:

- Presidio Gaspare Rodolico, Via Santa Sofia 78 - Catania
- Presidio San Marco, Viale Azeglio Ciampi - Catania

Gaspare Rodolico

La struttura si presenta a padiglioni separati e costituisce il Presidio di riferimento della Scuola di Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi di Catania. Deputata alla formazione degli studenti e degli specializzandi, in essa insistono numerose cliniche universitarie e vi convivono specialità di base con alte specialità quali la Neurochirurgia e la Chirurgia vascolare e dei Trapianti.

Nell’ambito della riorganizzazione aziendale nel corso del 2018 e del 2019 sono state trasferite presso questo Presidio dall’Ospedale Ferrarotto e dal P.O. Vittorio Emanuele le UU.OO. Cardiochirurgia, Cardiologia ed Emodinamica, Clinica Chirurgica, Chirurgia Vascolare Ortopedia, Ematologia oltre al Servizio Trasfusionale, ed alla fine dell’anno è stato trasferito il Pronto Soccorso Generale e la U.O. MCAU con la Radiologia di PS.

San Marco

La struttura, di nuova costruzione, costituita da 4 edifici collegati accoglie la gran parte delle UU.OO. in passato ospitate presso l’ospedale Vittorio Emanuele, le Unità Operative del dismesso presidio ospedaliero Santo Bambino e di parte del presidio ospedaliero Ferrarotto, in particolare:

- **l’edificio A** ospita le Unità Operative afferenti al Dipartimento Materno Infantile: ostetricia e ginecologia, neonatologia, cardiologia pediatrica, UTIN, ed i pronto soccorsi ostetrico e pediatrico e la reumatologia. Così come in passato per il Santo Bambino il nuovo Presidio San Marco assicura i Servizi di Trasporto Emergenza Neonatale (STEN) e di Trasporto Assistito Materno (STAM) per la provincia di Catania e gran parte del bacino sud orientale della Regione. L’edificio accoglie altresì Patologia Ostetrica, Broncopneumologia, Pediatria, Servizio sociale, Ufficio nascite e Servizio Infermieristico.
- **l’edificio B**, che consta di sei livelli, oltre ad ospitare una importante area destinata ad ambulatori ed aree di day hospital e daysurgery (oculistica, ORL e dermatologia) , accoglie le aree di degenza dei reparti di Chirurgia generale, Urologia, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo Facciale, Psichiatria (Tutela della Salute Mentale ASP CT), Angiologia, Medicina, Cardiologia, Malattie Infettive, Nefrologia e Dialisi e Terapia Intensiva. L’edificio ospita inoltre Terapia del dolore, Neurochirurgia, MCAU, i servizi di endoscopia digestiva ed urologica.

3.2 Mandato istituzionale e missione

L’Azienda concorre al raggiungimento degli obiettivi individuati dalla programmazione nazionale e regionale in campo assistenziale, e dei compiti istituzionali dell’Università con particolare riferimento alle funzioni di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

L’Azienda e l’Università promuovono la massima integrazione e collaborazione tra il sistema assistenziale ed il sistema della formazione, nel rispetto reciproco delle rispettive competenze, al fine di perseguire gli obiettivi di qualità e potenziamento della formazione del personale medico e sanitario, dello sviluppo della ricerca medica e dell’efficienza del servizio sanitario pubblico. La missione dell’Azienda consiste nello svolgimento integrato e coordinato delle funzioni di assistenza, di didattica e di ricerca, al fine di assicurare elevati standard di assistenza sanitaria nel servizio sanitario regionale, di accrescere la qualità dei processi di formazione, di sviluppare le conoscenze in campo biomedico e tecnologico, valorizzando altresì in via paritaria le funzioni e le attività del personale ospedaliero e di quello universitario. L’azienda pone al centro della sua attività il cittadino utente, sia nella veste di soggetto che necessita di cure, sia di studente con bisogni di istruzione e formazione qualificata, ispirandosi ai principi della cittadinanza attiva.

3.3 Funzione di assistenza

La funzione di assistenza è diretta al trattamento medico e chirurgico delle patologie in fase acuta che richiedono prestazioni di diagnosi e cura caratterizzate da un elevato impegno assistenziale e qualitativo, in ragione delle professionalità sanitarie operanti, della disponibilità di tecnologie avanzate e di metodiche innovative.

L’attività dell’Azienda è dedicata in particolare:

- ai settori assistenziali di alta specialità, oggetto di elevata mobilità sanitaria interregionale e verso i quali l’Azienda costituisce già centro di riferimento per la Regione e, per talune linee assistenziali, anche extraregionale;
- al settore delle emergenze-urgenze.

L’Azienda nello svolgimento delle funzioni assistenziali persegue l’obiettivo di assicurare il più appropriato livello di risposta alla domanda di salute in ambito clinico e assistenziale rispetto agli aspetti preventivi, diagnostico-terapeutici, palliativi e riabilitativi.

Pertanto, nell’ambito delle risorse disponibili, l’Azienda impronta la propria attività a criteri di appropriatezza clinica, organizzativa e gestionale nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti della programmazione nazionale e regionale ed intende assicurare:

- l’erogazione delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza;
- lo sviluppo del sistema per la qualità aziendale e la sicurezza del paziente;
- la migliore accessibilità dei servizi all’utente;
- la collaborazione con gli enti locali, le altre organizzazioni sanitarie e le organizzazioni di rappresentanza degli utenti e del volontariato.

3.4 Funzione di ricerca

L’Azienda, per la sua connotazione ospedaliero universitaria, partecipa alla realizzazione dei compiti istituzionali dell’Università anche nel campo della Ricerca Scientifica e dell’Innovazione, in stretto rapporto con la Scuola di Medicina, e attraverso la collaborazione funzionale con il “Distretto ad Alta Tecnologia Biomedico della Sicilia”.

L’Azienda pertanto si impegna a sviluppare le conoscenze scientifiche e le loro applicazioni nei vari campi di interesse (biomedico, tecnologico, organizzativo e assistenziale) ed a favorire la collaborazione con gruppi di ricerca nazionali ed internazionali.

L’azienda, al fine di individuare nuove linee di ricerca e possibili fonti di finanziamento, ha istituito con apposita deliberazione il Servizio di Internazionalizzazione e ricerca sanitaria (SIRS).

3.5 Funzione di didattica e formazione

L’Azienda, in ragione del suo ruolo nell’ambito del sistema formativo universitario, si impegna altresì:

- a garantire la massima integrazione tra il sistema della formazione universitaria e il sistema assistenziale, nel rispetto della pari dignità professionale delle componenti ospedaliera ed universitaria che vi operano;
- a promuovere un quadro di leale collaborazione tra personale ospedaliero e universitario, nel rispetto reciproco delle competenze, al fine di perseguire l’obiettivo aziendale di qualità e sviluppo dell’attività assistenziale, didattica e di ricerca;
- a sviluppare un sistema formativo (di base, avanzata e continua) di eccellenza dei professionisti nell’assistenza e nella ricerca.

Funzione assistenziale e funzione di didattica e di ricerca costituiscono un *unicum* che va perseguito con il metodo della integrazione e della reciproca connessione.

3.6 Albero della performance

L’albero della performance è una mappa logica che permette attraverso una rappresentazione grafica di evidenziare i legami tra mandato istituzionale, mission, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi fornendo una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell’amministrazione.

La struttura dell’albero mostra come gli obiettivi, ai vari livelli, contribuiscano, all’interno di un disegno strategico complessivo, al mandato istituzionale ed alla missione.

Il sistema che risulta è di tipo piramidale che integra i modelli di pianificazione, programmazione e controllo aziendali con quelli di gestione delle risorse e del sistema premiante.

Le indicazioni regionali provenienti dalla L.R. 5/2009, dal Piano Sanitario Regionale e dagli obiettivi annuali assegnati alla direzione generale, unitamente ai vincoli ed ai limiti imposti dalle disposizioni nazionali e regionali di natura finanziaria costituiscono la base di partenza per la elaborazione dell’albero della performance. Le stesse vengono pertanto integrate con le esigenze strategiche aziendali correlate all’analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotte in obiettivi strategici, a loro volta declinati in piani ed obiettivi operativi assegnati ai dirigenti, cui viene correlato il sistema premiante di tutto il personale. A ciascun obiettivo operativo vengono associati indicatori, target, orizzonte ed articolazione temporale, responsabili ed eventuali risorse assegnate.

L’albero della performance risulta, quindi, articolato su due livelli:

1° Livello: Aree Strategiche e Obiettivi Strategici;

2° Livello: Obiettivi Operativi.

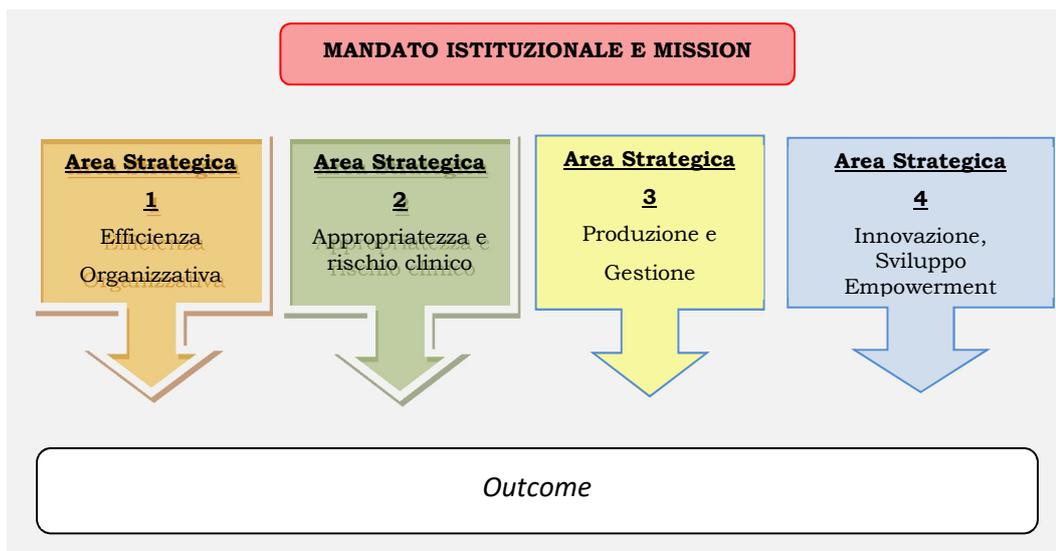
Le aree strategiche costituiscono le prospettive in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale e la missione dell’Azienda: ad esse sono associati gli outcome attesi, in modo da rendere immediatamente intellegibile agli stakeholder la finalizzazione delle attività dell’amministrazione 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 e rischio clinico;
3. Area della produzione e della gestione;
4. Area dell’innovazione e dello sviluppo ed empowerment.

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 balance 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.

Per ogni area strategica sono individuati gli Obiettivi Strategici e generali.

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 comprendente gli obiettivi operativi individuati dalla direzione strategica aziendale ed assegnati alle Strutture complesse aziendali coerentemente al sistema di budgeting annuale.

L'albero della performance aziendale, normalmente, è definito in relazione agli obiettivi triennali che la Regione – Assessorato della Salute assegnano al Direttore Generale dell'Azienda, nonché in funzione di obiettivi operativi individuati dalla Direzione strategica annualmente.

Nel corrente anno, la Regione – Assessorato della Salute, non ha, alla data di redazione del presente Piano, assegnato gli obiettivi strategici, pertanto la Direzione strategica aziendale ha scelto di proseguire con gli obiettivi generali già individuati nel Piano della Performance 2020 - 2022, confermandoli quindi anche per la corrente annualità. Gli stessi obiettivi nel corso dell'anno saranno oggetto di implementazione, facendo salva ogni integrazione e modifica che si rendesse necessaria ed opportuna in seguito ad eventuali assegnazioni e specifica attribuzione di obiettivi strategici da parte dell'Assessorato Regionale della Salute alle diverse Aziende Sanitarie.



- ⇒ Messa a Regime del modello organizzativo aziendale di cui alla deliberazione n. 117 del 19/06/2020 con riordino dei Dipartimenti dell'azienda in adeguamento al D.A. n. 22 del 11/01/2019 “Adeguamento della rete ospedaliera al D.M. 2/04/2015 n. 70”
- ⇒ Messa a regime del Nuovo Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità
- ⇒ Implementazione Protocollo d'Intesa Regione - Università
- ⇒ Stesura dei regolamenti per l'individuazione, conferimento e valutazione degli incarichi dirigenziali
- ⇒ Adeguamento Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance
- ⇒ Impiego degli indicatori e dei risultati espressi nel Piano Nazionale Esiti per la valutazione della performance delle Unità Operative Aziendali:
 - Garantire la tempestività nel trattamento della frattura di femore nei pazienti over 65
 - Ridurre l'incidenza dei parti cesarei primari
 - Assicurare tempestività nell'effettuazione della PTCA nei casi di IMA STEMI
 - Contenere la degenza post-operatoria entro tre giorni dopo intervento di colecistectomia laparoscopica
- ⇒ Assicurare il costante monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e per i ricoveri programmati
- ⇒ Migliorare la soglia garanzia dei tempi di attesa sia per livello ex ante che per il livello ex post.

- ⇒ Realizzare le condizioni organizzative per favorire la prescrizione dematerializzata fino al 100% delle prescrizioni
- ⇒ Attuare gli adempimenti previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)



- ⇒ Assicurare il monitoraggio degli eventi sentinella e la trasmissione del flusso SIMES
- ⇒ Attuare il programma regionale Global Trigger Tool
- ⇒ Monitorare l'applicazione della raccomandazione per la gestione della terapia oncologica
- ⇒ Valutazione dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni
- ⇒ Valutazione dell'appropriatezza nella prescrizione degli esami nell'ambito della diagnostica di laboratorio
- ⇒ Valutazione dell'appropriatezza nella prescrizione degli esami nell'ambito della diagnostica di laboratorio e nella diagnostica radiologica
- ⇒ Definizione di specifici PDTA per aree assistenziali, con particolare riferimento ai percorsi assistenziali strettamente collegati alla nuova apertura del PS del Presidio San Marco
- ⇒ Definizione di specifici PDTA per aree assistenziali, con particolare riferimento ai percorsi assistenziali strettamente collegati alla nuova apertura delle Unità Operative trasferite al Presidio San Marco
- ⇒ Definizione di specifici PDTA relativamente a
 - Frattura femore
 - Pazienti con Fibrillazione Atriale
 - Scopenso cardiaco
 - Carcinoma colon retto
 - Carcinoma polmone
 - Paziente con dolore toracico
- ⇒ Definizione di un protocollo di valutazione preoperatoria del paziente
- ⇒ Garantire gli standard di sicurezza dei punti nascita, superando le criticità riscontrate in sede di autovalutazione
- ⇒ L'integrazione della attività con le altre aziende dell'area metropolitana per lo sviluppo e l'adesione alle reti (IMA, Oncologica, Politrauma, Stroke e Percorso Nascita);
- ⇒ Contenimento ricoveri inappropriati
- ⇒ Migliorare la valutazione del rischio di caduta

- ⇒ Esecuzione appropriata profilassi antibiotica
- ⇒ Attuare il programma regionale per la riduzione delle batteriemie/sepsi correlate all'utilizzo di cateteri vascolari - targeting
- ⇒ Aderire ai programmi regionali di formazione per l'attribuzione dei privileges
- ⇒ Sviluppare programmi di formazione per il contrasto al rischio clinico
- ⇒ Adesione agli standard previsti dal PNE e svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE
- ⇒ Mantenimento dell'autorizzazione e dell'accreditamento del Servizio Trasfusionale aziendale, delle articolazioni organizzative e delle Unità di Raccolta associative collegate
- ⇒ Soddisfamento da parte del Servizio Trasfusionale Aziendale dei requisiti del plasma da destinare alla produzione di medicinali plasma derivati
- ⇒ Implementazione del progetto “Codice Rosa” nei Pronto Soccorso aziendali per la presa in carico dei pazienti vittima di violenza
- ⇒ Adesione ai programmi di telemedicina (es.: procedure di tele cardiologia, tele radiologia, ecc.) attraverso la valorizzazione delle professioni sanitarie e l'integrazione con le altre aziende dell'area metropolitana di Catania
- ⇒ Predisposizione di un piano aziendale per la gestione del sovraffollamento al pronto soccorso, secondo quanto previsto dal DA 10 settembre 2018 pubblicato nella GURS n. 41 del 21-09-2018



- ⇒ Informatizzazione dei flussi ORESO, ORESA e SPI
- ⇒ Informatizzazione Cartella Clinica
- ⇒ Informatizzazione Ordini – NSO
- ⇒ Informatizzazione Fascicolo di liquidazione
- ⇒ Contenimento e razionalizzazione della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici
- ⇒ Percorsi attuativi di certificabilità (PAC)
- ⇒ Utilizzo dei fondi PSN
- ⇒ Definizione di procedure per la dismissione del patrimonio immobiliare destinato alle attività aziendali non più utilizzato in conseguenza dei programmi di riorganizzazione aziendale

- ⇒ Definizione di procedure per l’alienazione del patrimonio immobiliare non funzionale alle attività assistenziali



- ⇒ Recupero produttività aziendale attraverso la riorganizzazione dell’attività chirurgica, ed il pieno utilizzo delle tecnologie diagnostiche e degli ambulatori
- ⇒ Apertura PS Ospedale San Marco
- ⇒ Implementazione attività Robotica (Robot Da Vinci)
- ⇒ Sviluppo piani per l’attuazione delle norme contenute nella legge 190/2012
- ⇒ Individuazione stabile di una struttura preposta per l’attività di ricerca
- ⇒ Rafforzamento del rapporto con le organizzazioni rappresentative dei cittadini
- ⇒ Sviluppare, secondo i modelli regionali, programmi per la valutazione della qualità percepita.

Oltre agli obiettivi strategici sopra elencati e distribuiti per aree specifiche di intervento, in considerazione della connotazione ospedaliero universitaria dell’Azienda e delle funzioni di Ricerca e Didattica ad essa attribuite, già ampiamente descritte ai punti 3.4 e 3.5 del presente documento, il Rettore ha assegnato al Direttore Generale alcuni obiettivi specifici per il triennio 2021-2023 suddivisi tra le seguenti Aree:

1. Area Didattica

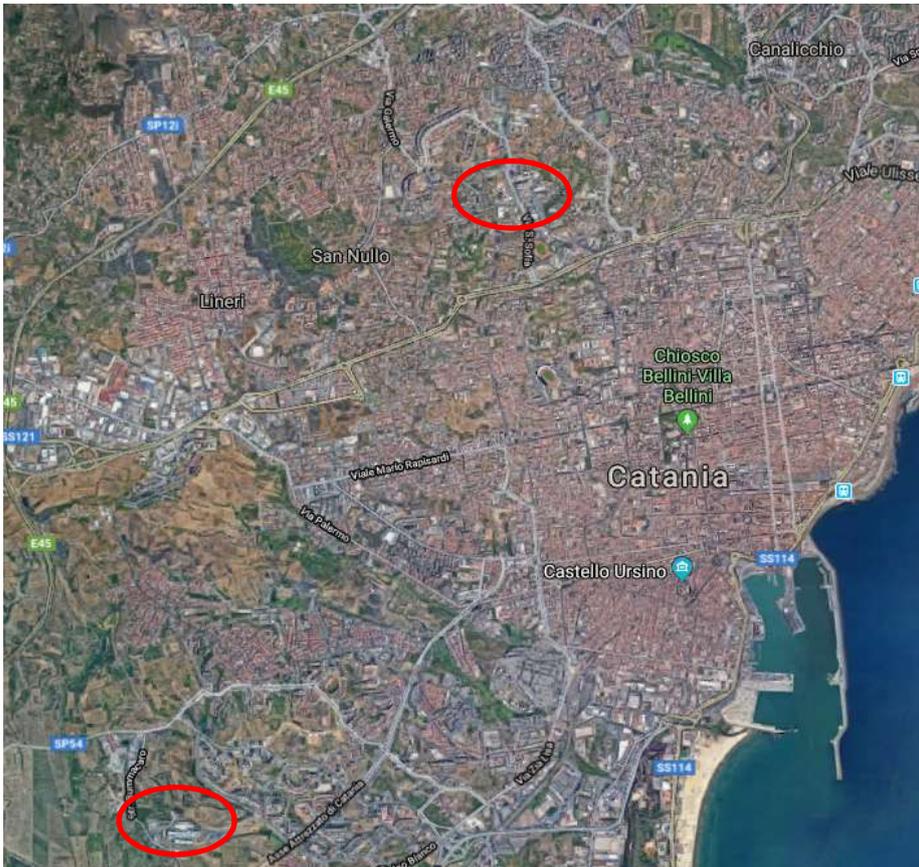
- ⇒ Implementazione della funzionalità delle aule e delle attrezzature e completamento area didattica del Presidio san Marco;
- ⇒ Implementazione delle aule di simulazione;
- ⇒ Creazione di un team integrato tra Azienda e Università per la didattica;
- ⇒ Potenziamento Scuole di Specializzazione.

2. Area Ricerca

- ⇒ Implementazione di un Team per la promozione e facilitazione dei progetti di ricerca in area sanitaria;
- ⇒ Implementazione di un Team amministrativo per la collaborazione nelle ricerche e studi clinici;
- ⇒ Creazione di un Fondo Ricerca;
- ⇒ Utilizzo della quota per l’Azienda relativa agli studi clinici per l’implementazione della ricerca;
- ⇒ Implementazione di percorsi dedicati alla realizzazione di Studi Clinici di fase II e III;
- ⇒ Implementazione nuove tecnologia;
- ⇒ Valorizzazione della Ricerca Universitaria in ambito Aziendale.

4. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

L’Azienda è collocata nel contesto urbano della città di Catania con due presidi: il Gaspare Rodolico situato nella immediata periferia nord della città, proteso verso i comuni della cintura etnea il nuovo ospedale San Marco nell’area di Librino alla periferia sud della città, ambedue facilmente raggiungibili, grazie alla prossimità a grandi assi viari rappresentati dalla circonvallazione e dalla tangenziale di Catania.



4.1 Aspetti sociali e demografici

L’azienda “Policlinico-Catania” 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.

Le attività aziendali, considerata la dismissione del P.O. Santo Bambino e della quasi totalità delle attività sanitarie dello storico P.O. Vittorio Emanuele, sono ormai, di fatto, concentrate nei due Presidi G. Rodolico e San Marco localizzati rispettivamente nella zona nord ovest e sud della città.

Il Presidio Gaspare Rodolico è proteso verso i comuni della cintura etnea e la parte nord della città di Catania, mentre l’ospedale San Marco, situato in prossimità del popoloso quartiere di Librino offre i propri servizi ad un bacino di utenza che si estende dalla zona sud della città di Catania alla parte meridionale della provincia di Catania oltre a comuni della prossima provincia di Siracusa.

Con la dismissione dei Presidi collocati nel centro storico della città di Catania (Ferrarotto, Vittorio Emanuele e S. Bambino) trova applicazione, per l’ambito aziendale, quanto previsto dal Decreto dell’Assessore Regionale

della Salute dell'11 gennaio 2019 di adeguamento della rete ospedaliera al Decreto Ministeriale n° 70 del 2 aprile 2015.

Infatti, a seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera, è stata ridefinita la dotazione di posti letto assegnati all'Azienda ed in particolare 474 posti letto sono stati attribuiti al Presidio Rodolico e 437 al Presidio San Marco con la redistribuzione delle Unità Operative complesse e semplici.

La dotazione di posti letto, la numerosità e la tipologia delle Unità Operative consentono all'Azienda di offrire all'utenza un'offerta sanitaria completa e di elevato livello.

Infatti nel Presidio “G. Rodolico”, in gran parte dotato di edifici di nuova realizzazione e facilmente raggiungibile grazie alla prossimità a grandi assi viari, quali la tangenziale o il viale Andrea Doria, trovano collocazione alcune Unità Operative che costituiscono punto di riferimento per un bacino di utenza provinciale e sovra provinciale fra le quali la Cardiologia interventistica con UTIC, la Cardiochirurgia, l'Ematologia, la Chirurgia Vascolare con trapianti; a queste strutture si affiancano il Pronto Soccorso Generale con la MCAU, l'Ortopedia le chirurgie ed altre specialistiche di area medica che consentono alle strutture aziendali di affrontare al maggior parte delle condizioni di emergenza-urgenza.

Anche l'ospedale San Marco, ormai attivo nella gran parte delle aree di degenza, costituisce, anche in ragione della presenza di pronto soccorso ostetrico e pediatrico, punto di riferimento per vaste aree della città di Catania, in alcune delle quali peraltro si concentrano fasce di popolazione che manifestano importanti sacche di disagio sociale.

I cittadini di tali aree vedono l'ospedale come struttura di un sistema integrato di sicurezza sociale e come presenza delle istituzioni, anche se appare necessario evidenziare che l'ospedale per acuti, per il ruolo che ricopre, non può sostituirsi alle strutture territoriali e alle reti di protezione sociale, anche se con queste dovrà necessariamente sviluppare meccanismi di concreta e puntuale integrazione per assicurare presa in carico del cittadino/utente e continuità assistenziale.

Peraltro lo stesso ospedale San Marco è sede di Unità Operative di elevata specializzazione, quali la Neurochirurgia, trasferita nel corso dell'anno 2020 dal Presidio Rodolico e la Chirurgia Toracica.

Inoltre, anche in ragione della accessibilità al presidio rispetto ai centri di assistenza provinciali pubblici e privati accreditati, viene espletato con ancora maggiore efficacia il compito assegnato al presidio stesso di riferimento per le reti STEN (Trasporto di Emergenza Neonatale) e STAM (Trasporto assistito Materno).

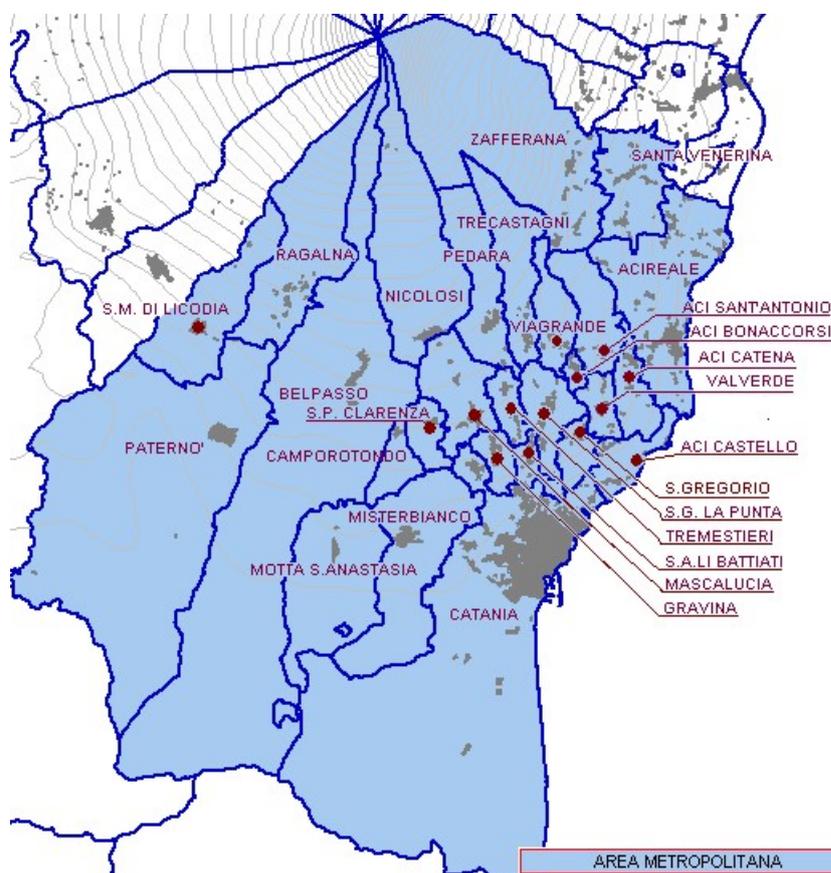
Oltretutto, nel corso dell'anno 2020, in ragione dell'insorgere della pandemia da SARS – COV2, il Presidio San Marco è assunto al ruolo di centro COVID di riferimento per la provincia di Catania, attraverso una profonda riorganizzazione delle attività espletatisi attraverso l'ampliamento dei posti letto di malattie infettive e terapia intensiva e , l'attivazione della Medicina d'urgenza e di due Unità Operative di Pneumologia COVID.

In ogni caso, anche in corso di pandemia e pur con le problematiche collegate alla stessa, la capacità espressa dall'azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico – Catania di fornire un'offerta di servizi fra le più importanti e complete dell'intera regione è testimoniata dal numero totale di pazienti accettati nel corso dell'anno 2020 che sono stati pari a 38.425, di cui 23.159 ordinari e 7.140 DH, oltre a 8.126 casi accettati di Day Service Assistenziale Ospedaliero (fonte dati flusso SDO aziendale).

Tale ruolo è confermato dai dati consolidati dell’anno 2019 tratti dal sistema PROD dai quali si evidenzia come l’AOU Policlinico – Catania abbia effettuato il 26,39% dei ricoveri (ordinari + DH) registrati in provincia di Catania, come evidenziato dalla sottostante tabella:

Pazienti dimessi anno 2019 da strutture della provincia di Catania		
	N° ricoveri totali	%
AOU Policlinico Vittorio Emanuele	40.660	26,39%
Case di cura accreditate	38.779	25,17%
ARNAS Garibaldi	29.085	18,88%
Presidi ASP	23.862	15,49%
Azienda Ospedaliera Cannizzaro	21.656	14,05%
Totale	154.042	

(fonte dati PROD, Regione Siciliana, Assessorato della Salute, DPS, Area Interdipartimentale 4).

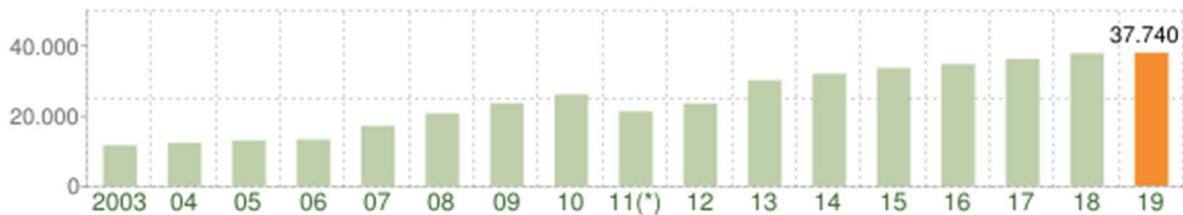


Sotto l’aspetto demografico è da rilevarsi come l’area catanese sia un’area fortemente urbanizzata, con una popolazione cittadina, al 1 gennaio 2020, di 296.266 abitanti ed una provinciale complessiva pari a 1.072.634 abitanti (tutti i dati di popolazioni sono dati ISTAT prelevati nel gennaio 2020 e riferiti al 1 Gennaio dell’anno 2020 – fonte dati <http://demo.istat.it/pop2020/index.html>).

Dal confronto 2019 vs 2020 si conferma il trend già registrato di una diminuzione del numero di residenti in provincia a fronte di una sostanziale stabilità nella città di Catania con una contrazione dei residenti pari

rispettivamente a -35.068 e -15.318, a conferma del complessivo calo di residenti registrato nell’intera regione, pari a -33.258 (1 gennaio 2019 vs 1 gennaio 2020 fonte dati <http://demo.istat.it/pop2020/index.html>).

La diminuzione del numero dei residenti in provincia di Catania è stata solo in parte mitigata dall’incremento del numero di stranieri residenti passati da 11.400 del 2004 a 37.591 del 1° gennaio 2019. Un ulteriore incremento si è registrato nel corso del 2019, per cui il numero della popolazione con cittadinanza straniera è di 37.740 al 31 dicembre 2019.

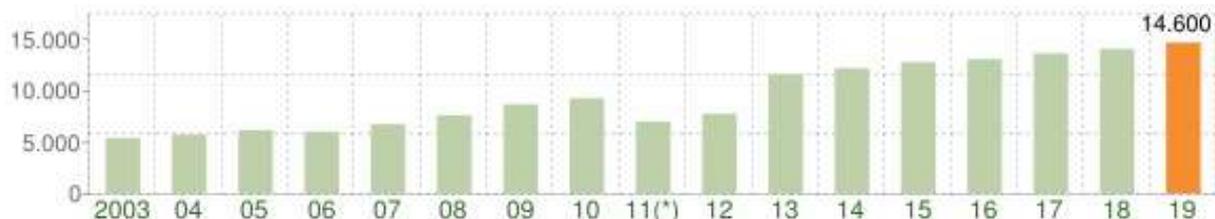


Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2019

CITTÀ METROPOLITANA DI CATANIA - Dati ISTAT 31 dicembre 2019 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

Analogamente a quanto evidenziato nella provincia anche nella città di Catania la popolazione straniera residente nel corso degli ultimi è passata da poco meno di 5000 unità circa a 14.600 unità.



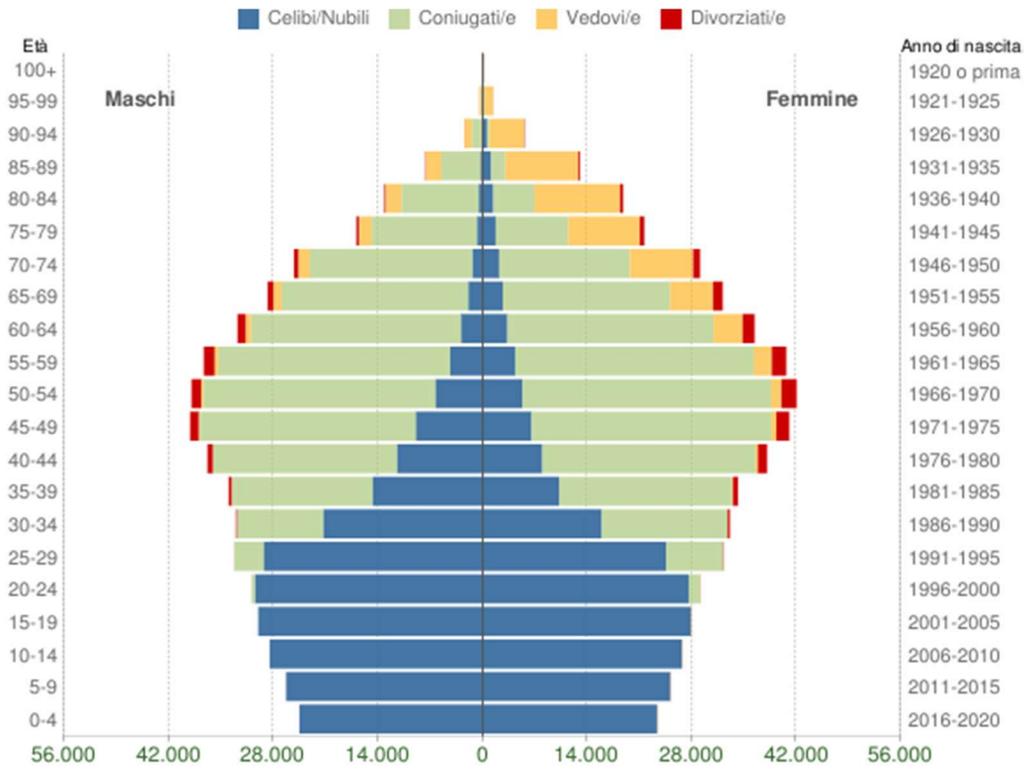
Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2019

COMUNE DI CATANIA - Dati ISTAT 31 dicembre 2019 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

La rappresentazione della popolazione residente per sesso e fasce d’età conferma chiaramente come negli anni considerati, sia nella provincia che nel comune di Catania, le fasce di età più numerose si siano “spostate” verso l’alto – verso le età più avanzate - mentre le nascite continuano a diminuire, con un progressivo invecchiamento della popolazione, analogamente a quanto si riscontra a livello nazionale, pur se in maniera più contenuta. Così come a livello nazionale anche per la regione Sicilia e la provincia di Catania nella rappresentazione grafica successiva si può notare la tendenza alla cosiddetta “piramide rovesciata” ovvero la tendenza ad una prevalenza di individui over 65, indice di possibile declino demografico.

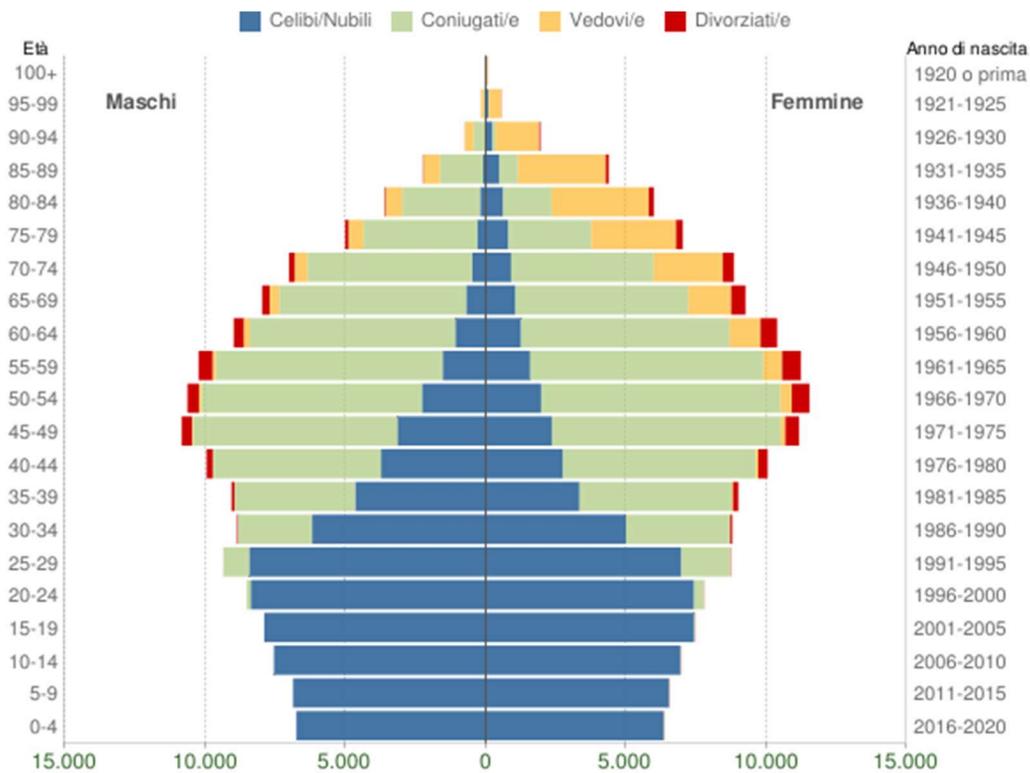
Città metropolitana di Catania



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2020

CITTÀ METROPOLITANA DI CATANIA - Dati ISTAT 1° gennaio 2020 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Città di Catania



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2020

COMUNE DI CATANIA - Dati ISTAT 1° gennaio 2020 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Infatti l'indice di vecchiaia, che rapporta il numero di abitanti con 65 anni e più alla popolazione giovane, al di sotto dei 15 anni, è passato da 111,3 a Catania e 90 nella provincia nel 2003, a 158,1 nel comune di Catania e 140,3 nella Città Metropolitana di Catania al 1° gennaio 2020, rispetto ad un valore medio italiano di 179,3. È da rilevarsi peraltro come tale tendenza all'invecchiamento della popolazione si sia registrato anche nel rapporto a breve termine 1° gennaio 2019 vs 1° gennaio 2020 con un incremento di 5 punti nella città metropolitana di Catania, passando infatti da un valore di 135,3 nel 2019 a 140,3 nel 2020. A livello nazionale gli indicatori demografici mostrano che l'indice di vecchiaia era di 174,1 al 1° gennaio 2019, registrando al 1° gennaio 2020 un incremento di più di 5 punti.

A conferma di quanto sopra evidenziato, da un'analisi dei dati ISTAT si evince come, nel corso di un decennio (1° gennaio 2010 vs 1° gennaio 2020), la popolazione residente nella Città Metropolitana di Catania compresa nelle fasce di età 0-14 anni sia passata dal 16,00% al 14,40% (-1,6%), e come, di contro, i residenti compresi nelle fasce di età \geq a 65 anni siano passati dal 16,9% al 20,2% del 2020 (+3,3%).

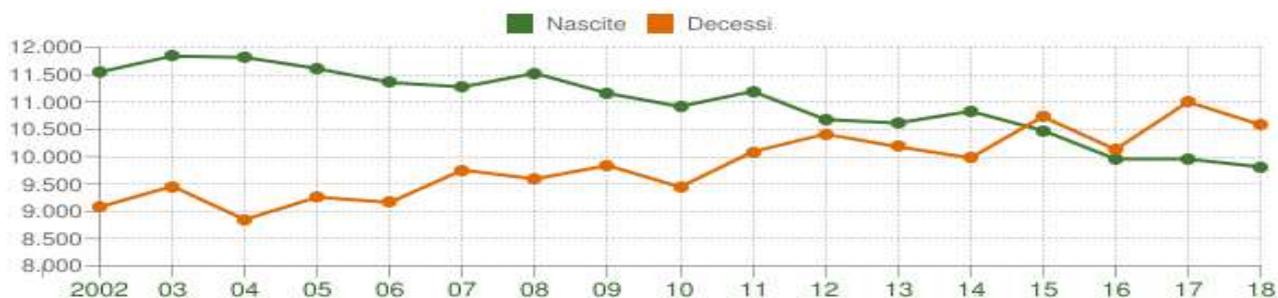


Struttura per età della popolazione (valori %)

CITTÀ METROPOLITANA DI CATANIA - Dati ISTAT al 1° gennaio - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Tale condizione di progressivo invecchiamento della popolazione è ulteriormente dimostrato dall'indice di ricambio della popolazione attiva, cioè dal rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni) che nella città metropolitana di Catania era del 87,4 nel 2010 ed è di 119,5 al 1° gennaio 2020, con un peggioramento di 2,6 punti anche nel confronto a breve termine tra 1° gennaio 2020 rispetto al 1° gennaio 2019.

Peraltro mentre l'indice di natalità nell'intera provincia di Catania presenta nel periodo 2002 – 2019 un decremento passando 10,9 nati a 8,6 nati per mille abitanti, di contro appare in incremento l'indice di mortalità in relazione allo stesso periodo analizzato, passato da 8,6 a 9,9 morti per mille abitanti, come peraltro evidenziabile dalla successiva tabella sul movimento naturale della popolazione.



Movimento naturale della popolazione

CITTÀ METROPOLITANA DI CATANIA - Dati ISTAT (1 gen-31 dic) - Elaborazione TUTTITALIA.IT

L'invecchiamento della popolazione pertanto rappresenta una delle cause di maggiore ricorso ai servizi sanitari, in particolare a quelli offerti dagli ospedali. In ogni caso giova rappresentare che il tasso di ospedalizzazione provinciale è progressivamente diminuito passando da 203/1000 del 2009 a poco più del 131,39/1000 del 2019, ben al di sotto del valore di 160/1000 previsto dalle indicazioni nazionali (DL 6/7/2012, n. 95 e legge di conversione 135/2012, GURI N. 189/2012). I Valori sopra rappresentati, riferiti a residenti in provincia di Catania, appaiono in linea con il dato nazionale dell'anno 2016 pari a un tasso di ospedalizzazione complessivo del 132,5. (fonte dati Ministero Salute – rapporto SDO 2016).

Il contesto demografico, con un progressivo invecchiamento della popolazione, genera una maggiore domanda di servizi sanitari per le malattie cardiovascolari che in Sicilia rappresentano, unitamente alle malattie cronico degenerative, la grande maggioranza delle cause di morte:

Tassi di mortalità per causa Sicilia-Italia 2014				
Cause di morte	Tassi stand. x 10.000 Maschi		Tassi stand. x 10.000 Femmine	
	Sicilia	Italia	Sicilia	Italia
Tumori maligni	30,4	32,4	17,4	18,3
<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	1,4	1,9	0,7	0,9
<i>Tumori maligni colon,retto,ano</i>	3,5	3,3	2,3	1,9
<i>Tumori maligni trachea,bronchi,polmoni</i>	7,6	7,9	1,7	2,3
<i>Tumori maligni mammella della donna</i>			3,2	3,0
Diabete mellito	4,7	2,9	3,9	2,2
Malattie del sistema nervoso e organi dei sensi	3,4	3,4	2,7	2,8
Malattie del sistema circolatorio	37,4	31,8	28,9	23,1
<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	10,2	7,5	9,4	6,4
<i>Malattie ischemiche del cuore</i>	12,1	11,7	6,6	6,4
Malattie dell'apparato respiratorio	7,9	7,5	3,4	3,6
Malattie dell'apparato digerente	3,5	3,6	2,3	2,3
Cause esterne dei traumatismi ed avvelenamenti	4,3	4,3	2,2	2,1
Tutte le cause	101,7	95,2	70,3	62,3

Elaborazione DASOE su fonte ISTAT-HFA. Stime preliminari della mortalità per causa nelle regioni italiane. Anno di riferimento: 2014.

Infatti come evidenziato dalla tabella riportata nella precedente pagina, estratta dal Decreto di rimodulazione della rete ospedaliera, la mortalità per malattie cardiovascolari risulta sensibilmente più alta in Sicilia rispetto alla media nazionale, mentre la mortalità per le patologie tumorali si presenta inferiore rispetto alla media nazionale anche se talvolta si avvicina o si sovrappone alla media nazionale per specifiche aree come quelle relative ai tumori di colon, retto, ano e della mammella.

La domanda di servizi collegata alle patologie sopra indicate, ed in particolare alla gestione della cronicità, se non adeguatamente governata a livello territoriale con la definizione di una rete socio-assistenziale che sia in grado di gestire le criticità collegate all'invecchiamento della popolazione (strutture per lungodegenti, RSA, assistenza domiciliare integrata, strutture per dimissioni protette, etc.), rischia di ingenerare prestazioni inappropriate a carico dei presidi ospedalieri ed in particolare dell'area di emergenza-urgenza (nel corso dell'anno 2020 le strutture di Pronto soccorso dell'Azienda hanno registrato complessivi 52.998 accessi) che, pertanto, potrebbe risultare, entro il breve volgere di pochi anni, non in grado di fornire risposte adeguate e tempestive ai bisogni di salute della popolazione servita.

4.2 Il rapporto con le altre strutture sanitarie

Nel corso di questi anni si è assistito al progressivo rafforzamento dei rapporti fra le Aziende ospedaliere della provincia di Catania e l'Azienda Sanitaria Provinciale che ha trovato concreta applicazione, in linea con le direttive emanate dall'Assessorato Regionale della Salute, nello sviluppo del Piano Attuativo Interaziendale 2016-2017 della provincia di Catania e nelle azioni definite da nuovo Piano attuativo Interaziendale avviato nel corso dell'anno 2019 oltre che nella stabile istituzione di tavoli tecnici nei quali è avvenuto il confronto fra le diverse componenti della sanità della provincia di Catania.

Infatti, nell'ambito del Piano Attuativo Interaziendale, sono stati programmati interventi per la definizione della rete assistenziale provinciale che tengano conto delle professionalità, delle dotazioni strutturali, tecnologiche ed impiantistiche presenti nelle singole Aziende.

E' da rilevarsi come, pur non essendo stato rinnovato per l'anno corrente, in attesa della ridefinizione degli obiettivi da parte dell'Assessorato regionale della Salute avvenuta nel corso dell'anno 2019, il Piano attuativo Interaziendale sviluppato per gli anni precedenti continua a produrre effetti relativamente allo sviluppo e all'utilizzo delle reti assistenziali ed in alcune aree di intervento fra le quali:

Area della sanità pubblica e della prevenzione:

In tale ambito hanno continuato a produrre effetti i programmi sviluppati per la gestione e notifica delle malattie infettive e la condivisione e trasmissione delle informazioni, con particolare riferimento ai casi di morbillo, rosolia, rosolia congenita e alle malattie batteriche invasive.

In particolare tale collaborazione, svoltasi anche attraverso la puntuale trasmissione delle notifiche di malattie infettive da parte delle Direzioni Mediche di Presidio al servizio di Igiene Pubblica dell'ASP di Catania, è finalizzata alla prevenzione e alla individuazione di possibili focolai epidemici.

Area Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti

Relativamente agli aspetti collegati a Qualità e sicurezza dei pazienti, pur essendo lo sviluppo dei programmi compito delle singole aziende, sono stati condivisi, nell'ambito di piani attuativi, i risultati relativi al monitoraggio degli eventi sentinella e dell'utilizzo della check list di sala operatoria.

È proseguito il programma regionale Global Trigger Tool, che attraverso la ricerca in cartella clinica di possibili cause di errore, costituisce base per azioni di miglioramento; tale programma, che vede come capofila l’AOU, è stato diffuso alla quasi totalità delle Aziende della Regione Siciliana e i risultati raccolti, dopo analisi condivisa, sono stati esposti nel corso di convegni cui hanno attivamente partecipato operatori delle diverse aziende della Regione che hanno presentato le proprie esperienze.

E’ continuato, anche se non in forma strutturata, lo scambio di informazioni relativamente ai risultati del monitoraggio degli esiti attraverso l’utilizzo di indicatori proposti dal Programma Nazionale Esiti.

Sono state rafforzate aree di azione comuni ed in particolare: definizione di criteri di appropriatezza all’utilizzo dal sangue e degli emoderivati e le modalità di gestione della sepsi, con lo svolgimento di attività formative interaziendali.

In relazione al Piano attuativo Interaziendale e con specifico riferimento *all’Area Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti* sono stati riavviati, anche in ragione di quanto richiesto dall’Assessorato Regionale della Salute, programmi di collaborazione e scambi di informazioni nei seguenti ambiti:

- Sicurezza dei pazienti;
- Personalizzazione dell’umanizzazione;
- Sviluppo di P.D.T.A.;
- Appropriatezza;
- Outcome;
- Trasfusionale.

Per gli ambiti sopra indicati ogni azienda ha provveduto con nota della Direzione ad indicare propri referenti, nella qualità di componenti dei gruppi di lavoro interaziendali, che procederanno alla individuazione di azioni comuni per lo sviluppo dei programmi previsti dal P.A.I.

Formazione

Anche nell’ambito della formazione sono proseguiti i contatti del gruppo di lavoro interaziendale a cui partecipano i responsabili delle diverse aziende dell’area metropolitana di Catania, sono stati programmati ed in parte già attuati corsi di formazioni a livello interaziendale, fra i quali particolare rilevanza appaiono, i corsi di formazione per la gestione della sepsi, per l’implementazione del programma regionale sui Global Trigger Tool.

Reti assistenziali

Relativamente ai programmi avviati per la costituzione delle reti è da rilevarsi come, in attesa di una eventuale rimodulazione degli obiettivi da parte del competente Assessorato Regionale della Salute, le strutture dell’azienda partecipino in maniera attiva alla funzionalità delle reti assistenziali ed in particolare:

- **Rete IMA:** L’azienda, nell’ambito del Piano attuativo 2016-2017, ha partecipato a tavoli tecnici per lo sviluppo della rete del trattamento dell’IMA e delle aritmie, essendo peraltro stata individuata quale centro HUB. L’attività della rete è stata pubblicizzata sul network della rete civica della salute con la definizione dei ruoli rivestiti nella rete IMA dal 118 e dai Pronto Soccorsi. E’ stata confermata la convenzione per il trattamento con angioplastica primaria dei pazienti con IMA giunti presso le strutture di emergenza dell’ARNAS Garibaldi in atto non dotata di emodinamica.
- **ReteSTROKE:** L’azienda ha partecipato, nell’ambito del Piano Attuativo Interaziendale 2016-2017 a un tavolo tecnico composto da rappresentanti dell’ASP, delle altre Aziende Ospedaliere e del SUES 118 per la implementazione della rete dell’emergenza neurologica, anche se in atto nessun Unità Operativa di neurologia o medicina della scrivente azienda è stata individuata dal D.A. 2186/12 del 22.10.2012 fra le strokeunit di III (HUB), III o I livello (SPOKE) della rete regionale.
- **Rete Politrauma:** L’Azienda ha partecipato, nell’ambito del Piano Attuativo Interaziendale 2016-2017, ad un tavolo tecnico comune per la costituzione e sviluppo in ambito provinciale della rete per la

gestione del paziente poli traumatizzato con la definizione dell’Hub-Trauma Center e degli Spoke, con coinvolgimento attivo del SUES 118. Sempre nell’ambito del Piano attuativo era stato dato mandato al gruppo di lavoro di definire una procedura comune per il trattamento del politraumatizzato e di programmare percorsi di formazione interaziendali per il personale coinvolto nella gestione del politrauma.

- **Rete oncologica:** La rete oncologica provinciale già avviata con lo sviluppo del Dipartimento Interaziendale Provinciale Oncologico, dovrà proseguire l’opera di sviluppo, al fine di migliorare la presa in carico del paziente oncologico, dei percorsi ospedale territorio che graniscano continuità fra l’assistenza erogata in ospedale e le cure domiciliari.
- **Percorso nascita:** Anche in tale ambito l’azienda ha partecipato, nell’ambito del Piano Attuativo Interaziendale 2016-2017, al tavolo tecnico comune per la definizione di percorsi assistenziali fra territorio ed aziende ospedaliere. In particolare il gruppo di lavoro si era dato l’obiettivo di sviluppare procedure per il miglioramento dell’integrazione tra consultori familiari, gestiti dall’ASP, e punti nascita dei Presidi ospedalieri dell’ASP e delle aziende Ospedaliere. Inoltre è stato dato specifico mandato al gruppo di lavoro, al fine di individuare e superare condizioni di criticità nella presa in carico delle donne gravide, di procedere al monitoraggio delle gravide prese in carico dai consultori familiari rispetto a quelle che successivamente partoriscono nei Presidi ospedalieri della provincia.

L’Azienda partecipa anche alle seguenti reti assistenziali:

- Rete Cardio – oncologica
- Malattia celiaca
- Fibrosi cistica
- Gestione delle Epatiti da virus C
- Gestione dei soggetti affetti da Sclerosi Multipla
- Malattie rare
- Rete dei Centri di Senologia (Breast Unit).

Area dell’Assistenza territoriale e integrazione socio sanitaria

Nell’ambito della collaborazione e del costante dialogo con l’ASP di Catania sono stati confermati programmi già avviati e i programmi comuni per l’inserimento nel programma delle dimissioni facilitate dei pazienti dimessi dai presidi ospedalieri con diagnosi di scompenso cardiaco e diabete mellito di tipo 2, con la precipua finalità di garantirne la presa in carico e la continuità assistenziale. Nel corrente anno, proseguono le procedure, già avviate nel corso del 2019, per estendere il programma di dimissioni facilitate anche ai pazienti dimessi con diagnosi principale di BPCO.

Relativamente alla gestione della disabilità e non autosufficienza è proseguito il confronto nell’ambito dei gruppi di lavoro che gestiscono i percorsi ospedale ADI/RSA per l’ulteriore sviluppo e applicazione della “Procedura di valutazione multidimensionale per cure domiciliari e residenziali”, adottata nel 2015. Peraltro l’Azienda, già dal 2014, aveva adottato una specifica procedura generale sanitaria relativa a “*Modalità di attivazione delle dimissioni protette ai fini della continuità assistenziale*”

Oltre alle azioni sopra esposte, previste dal Piano Attuativo Interaziendale 2016-2017 e dai Piani avviati nel 2019, rilevante appare il consolidato rapporto di collaborazione con l’ASP di Catania, concretizzatosi già da tempo con l’attivazione del Centro Unificato di Prenotazione comune, oltre che con l’avvio dei programmi per lo screening oncologico. Trovano quindi conferma anche per l’anno corrente numerose convenzioni stipulate con l’ASP di Catania e di altre province siciliane, nonché con Università e Aziende Sanitarie.

Prosegue anche per l’anno corrente il percorso per la comunicazione delle agende di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali verso l’ASP di Catania, quale azione propedeutica allo sviluppo del CUP provinciale interaziendale, avviato nel corso dell’anno 2019.

È proseguita l’attività del gruppo interaziendale per il governo delle liste di attesa, con l’obiettivo di procedere al monitoraggio, anche per l’anno corrente, dei dati derivanti dai flussi informativi dei tempi di attesa, all’analisi

delle cause profonde dei fenomeni collegati al ritardo nell'erogazione delle prestazioni e alla individuazione e pianificazioni di interventi comuni per la riduzione delle liste di attesa.

Trovano altresì conferma:

- le collaborazioni avviate nel settore della salute mentale, ove di fatto la nostra Azienda da tempo coopera con l'ASP di Catania, e nel corso dell'anno 2019 nel nuovo Presidio San Marco viene ospitato un SPDC;
- le collaborazioni nel contrasto alla violenza su donne e minori, ambito nel quale sono state programmate azioni comuni con le altre aziende sanitarie, associazioni del territorio, autorità giudiziaria, per lo sviluppo nelle strutture sanitarie della provincia del progetto “Codice Rosa”;
- la partecipazione al Comitato Etico Catania 1, unitamente all'ASP di Catania, all'ASP di Ragusa e all'Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro di Catania;
- la presa in carico presso i centri di riferimento per le malattie rare attivi in Azienda di pazienti provenienti, per diagnosi e cura, da altre strutture territoriali e ospedaliere, anche extra-provinciali;
- gli accordi raggiunti con altre aziende per l'effettuazione dell'attività di screening metabolico neonatale;

Inoltre, anche al fine di sottolineare i rapporti stabiliti con altre Aziende, pare opportuno evidenziare, fra l'altro, come nel corso dell'anno 2020 siano stati effettuate, rinnovate o approvate:

- Convenzione con l'AVIS di Catania, relativa a rapporto di collaborazione da prestarsi da parte di infermieri professionali prelevatori di questa azienda per l'effettuazione di prelievi di sangue nei confronti dei donatori associati.
- Convenzione con il dipartimento di scienze economiche aziendali e statistiche dell'università degli studi di Palermo (DSEAS) per indagine campionaria relativa al progetto obiettivo di PSN 2013 linea progettuale 16 – azione 16.7 dal titolo: *“valutazione della qualità percepita dei servizi sanitari: informazione, individuazione strumenti e procedure, analisi statistica”*.
- Convenzione con il dipartimento di scienze economiche aziendali e statistiche dell'università degli studi di Palermo (DSEAS) per indagine campionaria relativa al progetto obiettivo di PSN 2014 Linea Progettuale 2 – Azione 2.27 dal titolo: *“Valutazione della qualità percepita dei servizi sanitari nei reparti “speciali” del SSR”*
- Convenzione con l'ASP di Siracusa per prestazioni diagnostiche.
- Convenzione con l'ASP di Catania per la realizzazione delle linee progettuali nel sito di interesse nazionale (sin) di Biancavilla ai sensi del d.a. n. 830/2015 del 18/05/2015.
- Convenzione con l'ARNAS Garibaldi per diagnosi istologica in second opinion e formazione del personale su patologie complesse con metodo “training on the job” su preparati allestiti.
- Convenzione con l'ASP di Enna per prestazioni di fisica sanitaria RMN e di esperto qualificato di II grado.
- Convenzione con Assessorato della Salute, Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica, per la realizzazione del progetto regionale di farmacovigilanza dal titolo: *“efficacia e sicurezza dei regimi terapeutici utilizzati in onco – ematologia pediatrica”*.
- Convenzione con l'Università di Palermo per l'utilizzo della struttura aziendale, afferente alla U.O. di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, quale componente della rete formativa della scuola di specializzazione in malattie dell'apparato digerente dell'UNIPA ai fini delle completezza del percorso di formazione medico specialistica nel rispetto degli standard e dei requisiti di cui al d.i. n. 402 del 13/06/2017.
- Convenzione con l'Università degli Studi Magna Grecia di Catanzaro per l'utilizzo della struttura aziendale, afferente alla U.O. di Servizio Rianimazione, quale componente della rete formativa della scuola di specializzazione di area sanitaria ai fini delle completezza del percorso di formazione medico specialistica.
- Convenzione con l'ASP di Catania per prestazioni di radiologia interventistica.
- Convenzione con l'ASP di Trapani per l'attività di sorveglianza fisica della radioprotezione e di addetto alla sicurezza laser da espletarsi presso i presidi della predetta ASP.

- Convenzione con l’A.O. Papardo di Messina per l’attività di fisica sanitaria.
- Convenzione per l’effettuazione da parte di questa azienda di esami citofluorimetrici a favore di pazienti dell’U.O.C. di Ematologia dell’ARNAS Garibaldi.
- Convenzione con l’ASP di Caltanissetta per consulenze di anatomia patologica.
- Convenzione con la fondazione Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO) per attività di consulenza in fisica medica.
- Convenzione con l’Azienda Sanitaria Provinciale di Catania per prestazioni di sorveglianza medica del personale esposto ai rischi delle radiazioni ionizzanti.
- Convenzione con l’Azienda Ospedaliera per l’Emergenza Cannizzaro di Catania per l’esecuzione di prestazioni di diagnostica PET/CT.
- Convenzione con l’ARNAS Garibaldi per la sorveglianza medica del personale esposto ai rischi delle radiazioni ionizzanti.

La struttura organizzativa dell’AOU è quella definita dall’Atto Aziendale, adottato dal Direttore Generale d’intesa con il Magnifico Rettore dell’Università degli Studi di Catania, ai sensi dell’art. 3, commi 2 e 3 del Dlgs 517/99 e secondo la struttura approvata dalla Regione con il Decreto Assessoriale n. 482 del 04/06/2020.

4.3 L’Organizzazione

La struttura organizzativa dell’Azienda si articola in:

- dipartimenti;
- strutture complesse;
- strutture semplici dipartimentali;
- strutture semplici, interne alle strutture complesse;
- programmi infradipartimentali ed interdipartimentali.

L’Atto Aziendale sulla base di quanto previsto dal D. Lgs. 229/99 e dal D.L.vo 517/99, individua il Dipartimento quale modello organizzativo ordinario.

L’organizzazione dipartimentale si articola in n.8 Dipartimenti ad Attività Integrata ed un Dipartimento Amministrativo e Tecnico.

La struttura organizzativa aziendale, articolata su 10 macro strutture, tiene conto non solo delle discipline e delle aggregazioni per organi e apparati ma si basa su attività innovative e di ricerca che si integrano con i processi di diagnosi e cura.

L’organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell’Azienda allo scopo di assicurare l’esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, attraverso una composizione coerente tra attività assistenziali e settori scientifico-disciplinari, nonché una gestione unitaria delle risorse economiche, umane e strumentali.

L’organizzazione dipartimentale assume, pertanto, dimensioni tali da favorire consistenti economie e adeguate risposte assistenziali, formative e di ricerca, nonché l’accrescimento delle competenze professionali degli operatori.

Con deliberazione del Direttore Generale f.f. n. 1176 del 19/06/2020 è stato adottato il nuovo Atto Aziendale, che dal 2021 rappresenta il nuovo modello organizzativo aziendale. Risultano, quindi, costituiti i seguenti Dipartimenti ad Attività Integrata, cui afferiscono le strutture complesse riportate nella tabella sottostante:

1. Dipartimento delle Emergenze - Urgenze e delle Immagini - Presidio G. Rodolico;
2. Dipartimento delle Emergenze – Urgenze e delle Immagini – Presidio San Marco;
3. Dipartimento Igienico – Organizzativo;
4. Dipartimento delle Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e dei trapianti d’organo;
5. Dipartimento di Neuroscienze, Organi di senso e Apparato locomotore, dotato di Strokeunit;
6. Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Ematologiche e della ricerca in oncologia;
7. Dipartimento delle Scienze mediche, delle malattie rare e della cura delle fragilità;
8. Dipartimento Materno – Infantile e della Riproduzione.

E’ stato altresì istituito un Dipartimento funzionale, il Dipartimento Amministrativo – Tecnico, articolato in cinque unità operative complesse nelle quale vengono espletate attività amministrative, tecnico – professionali e logistiche.

Dipartimento ad Attività Integrata	Strutture Complesse
1. D.A.I. delle Emergenze – Urgenze e delle Immagini Presidio G.Rodolico	1. Astanteria - MCAU
	2. Medicina Generale II
	3. Chirurgia Generale III
	4. Anestesia e Rianimazione I
	5. Laboratorio Analisi I
	6. Radiologia I
2. D.A.I. delle Emergenze – Urgenze e delle Immagini Presidio San Marco	1. Chirurgia Generale I
	2. Chirurgia Generale II
	3. Medicina Generale I
	4. Medicina Nucleare
	5. Anestesia e Rianimazione II
	6. Urologia
	7. Laboratorio analisi II
	8. Radiologia II
2. D.A.I. Igienico - Organizzativo	1. Direzione Sanitaria di presidio I
	2. Direzione Sanitaria di presidio II
	3. Farmacia I
	4. Farmacia II
	5. Igiene ospedaliera
	6. Medicina Legale
	7. Medicina Trasfusionale
3. D.A.I. delle Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e dei Trapianti d’organo	1. Cardiologia e UTIC I
	2. Cardiochirurgia
	3. Chirurgia Vascolare e Centro Trapianti
	4. Unità coronarica e Cardiologia II
	5. Anestesia e rianimazione III
	6. Chirurgia Toracica
	7. Chirurgia Vascolare
	1. Ostetricia e ginecologia con PS

4. D.A.I. Materno – Infantile e della Riproduzione	2. Ostetricia e ginecologia
	3. Patologia Ostetrica
	4. Pediatria con PS
	5. Clinica Pediatrica
	6. Broncopneumologia Pediatrica
	7. Neonatologia e UTIN I
	8. Neonatologia e UTIN II
	9. Chirurgia Pediatrica
	10. Onco Ematologia pediatrica
	11. Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione
	6. D.A.I. delle Scienze Chirurgiche, Ematologiche e della Ricerca in Oncologia
2. Anatomia e istologia patologica II	
3. Clinica Chirurgica	
4. Clinica Urologica	
5. Oncologia	
6. Ematologia con trapianto	
7. Gastroenterologia	
7. D.A.I. di Neuroscienze, Organi di senso e Apparato locomotore	1. Chirurgia Maxillo facciale
	2. Otorinolaringoiatria
	3. Neurochirurgia
	4. Clinica Ortopedica
	5. Clinica Neurologica
	6. Psichiatria
	7. Oculistica
	8. Odontoiatria
8. D.A.I. delle Scienze Mediche, delle malattie rare e della cura delle fragilità	1. Medicina Interna
	2. Pneumologia
	3. Clinica Dermatologica
	4. Malattie infettive e tropicali
	5. Dermatologia
	6. Genetica Medica
9. Dipartimento Amministrativo – Tecnico (Dipartimento Funzionale)	1. Settore Risorse umane
	2. Settore Economico - finanziario e patrimoniale
	3. Settore Acquisti e logistica
	4. Settore Risorse Tecniche e Tecnologiche
	5. Settore Affari Generali

Sono, inoltre, attivi i seguenti programmi Inter/infradipartimentali:

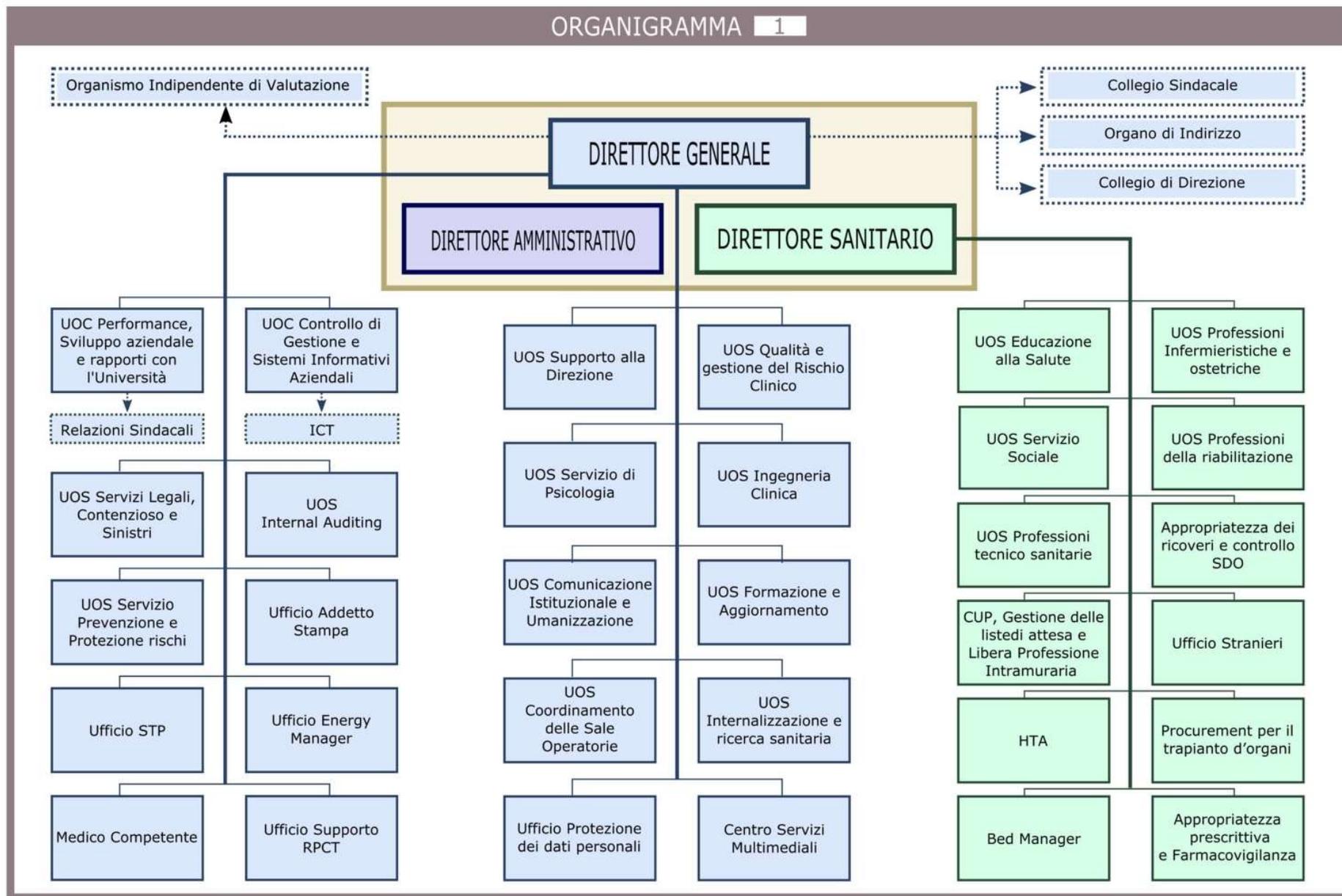
1. Chirurgia d’urgenza addominale
2. Tossicologia
3. Farmacologia clinica
4. Ortognatodonzia intercettiva per la prevenzione, diagnosi e terapia precoce delle malocclusioni e disgnazie
5. Identificazione, valutazione e prevenzione del rischio infettivo
6. Diagnosi, percorsi assistenziali e terapia delle malattie rare del sistema nervoso in età pediatrica
7. Prevenzione, diagnosi e trattamento delle interstiziopatie polmonari e delle malattie rare del polmone
8. Diagnosi precoce, biomarcatorie terapia chirurgica del carcinoma colo-rettale
9. Oncologia chirurgica e tecnologie avanzate

10. Audiologia
11. Chirurgia toracica mini-invasiva e nuove tecnologie
12. Epidemiologia ospedaliera e ricerca traslazionale: sorveglianza epidemiologica, valutazione e controllo dei rischi
13. Nutrizione e dietetica applicata
14. Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza.

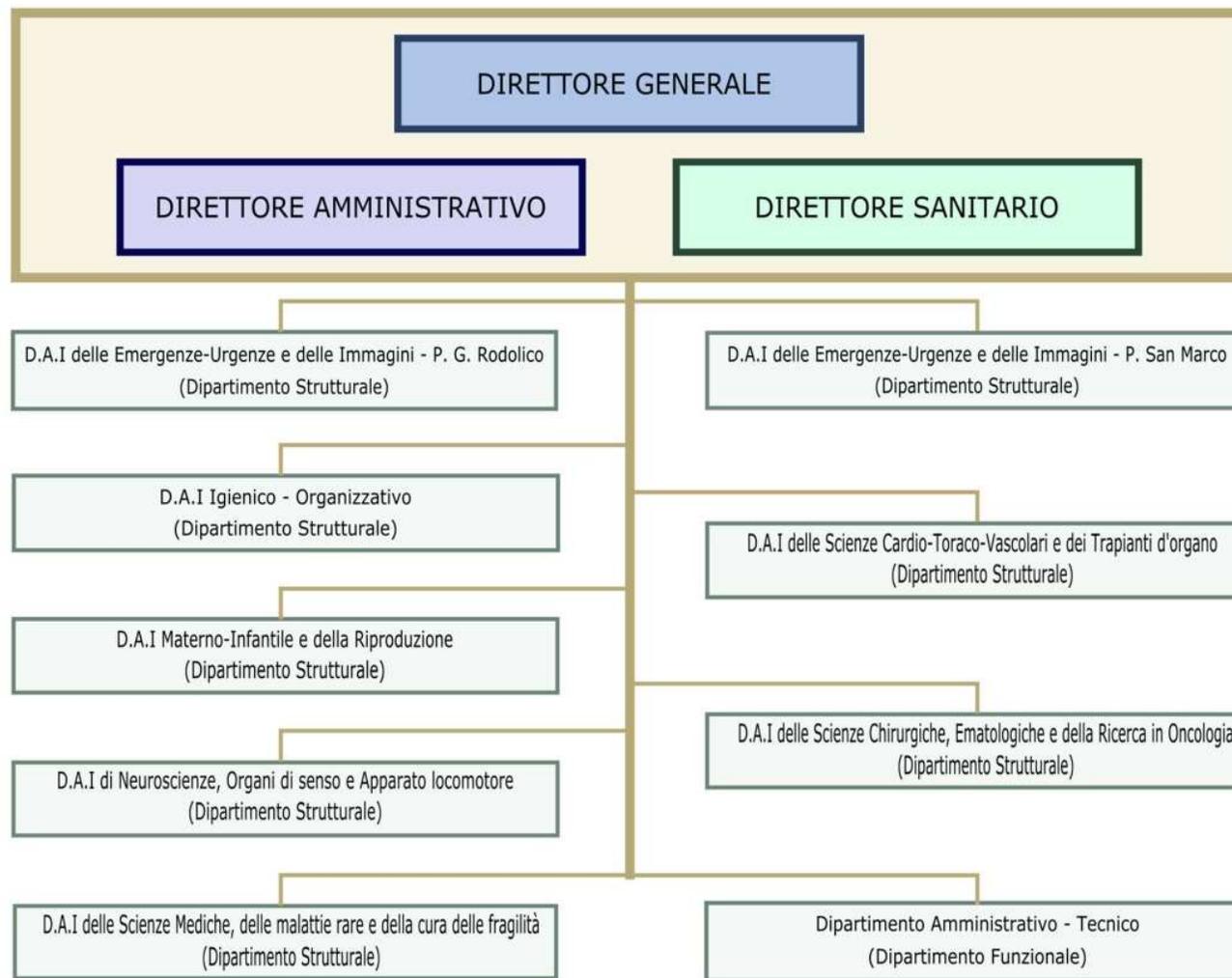
I programmi indicati sono quelli correlati alla attività didattica ed assistenziale, fermo restando, ricorrendone i presupposti, l’assegnazione successiva di ulteriori programmi ai sensi del D.Lgs. 517/99 compatibilmente alle risorse economiche ed in piena correlazione con l’attività assistenziale.

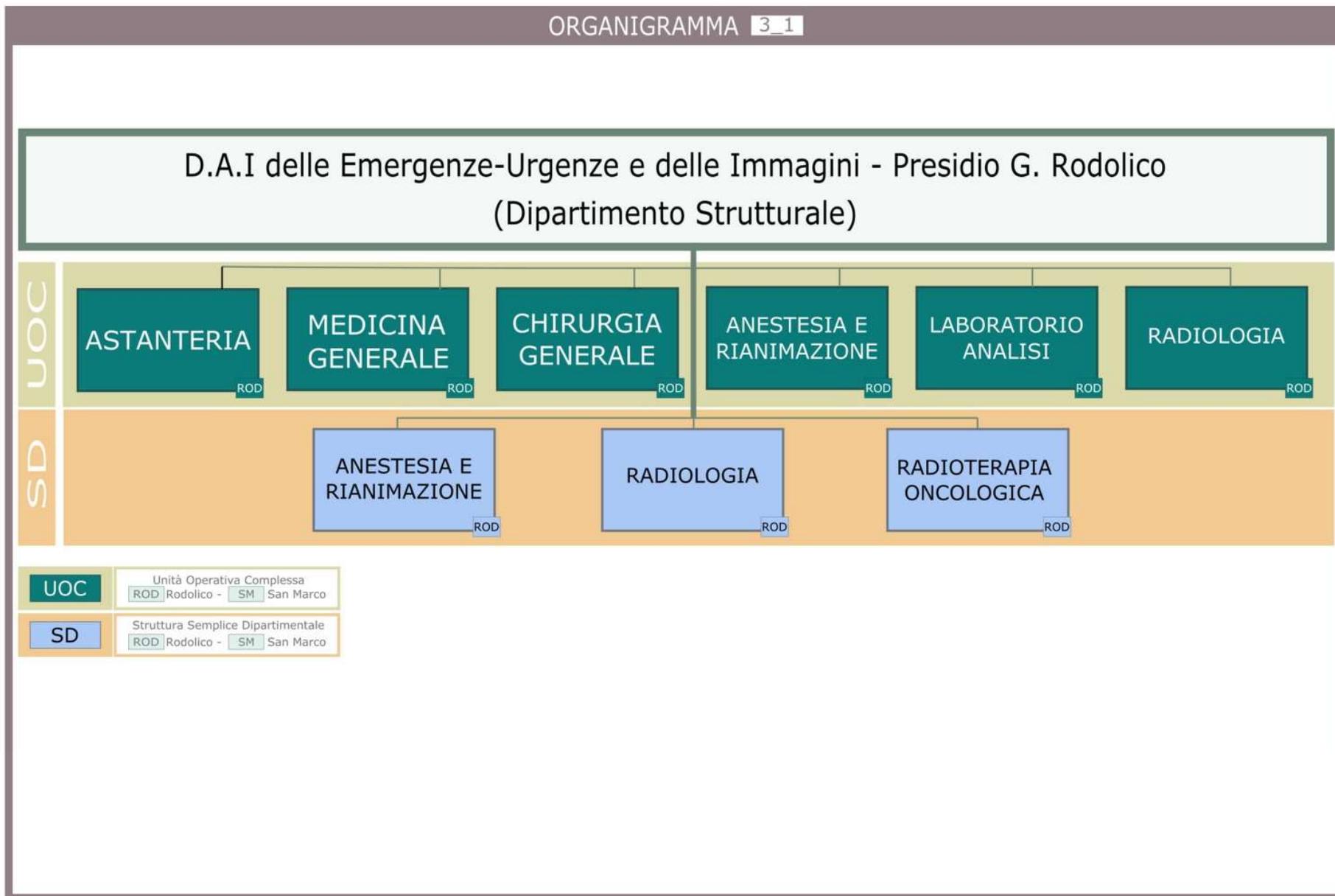
4.4 Organigrammi

Si riportano nelle pagine successive gli organigrammi riguardanti la struttura dipartimentale dell’A.U.O.P., conformemente a quanto previsto dal vigente Atto Aziendale.



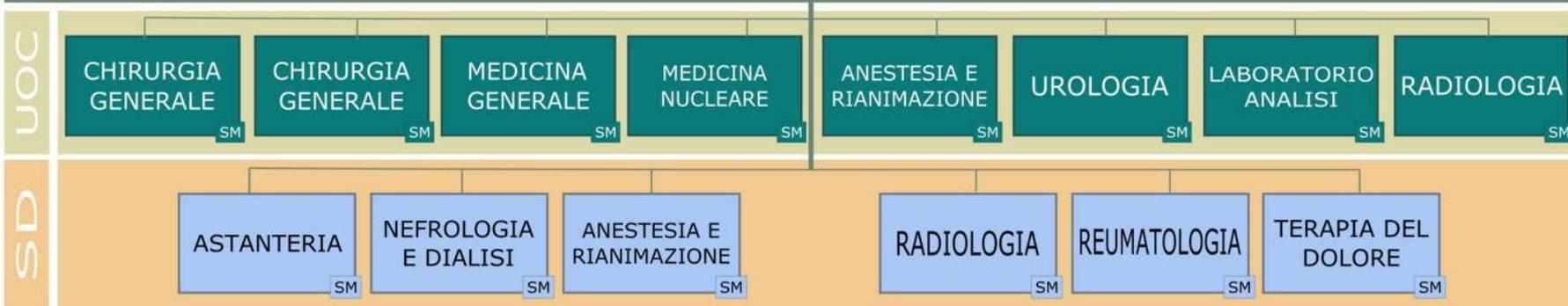
ORGANIGRAMMA 2





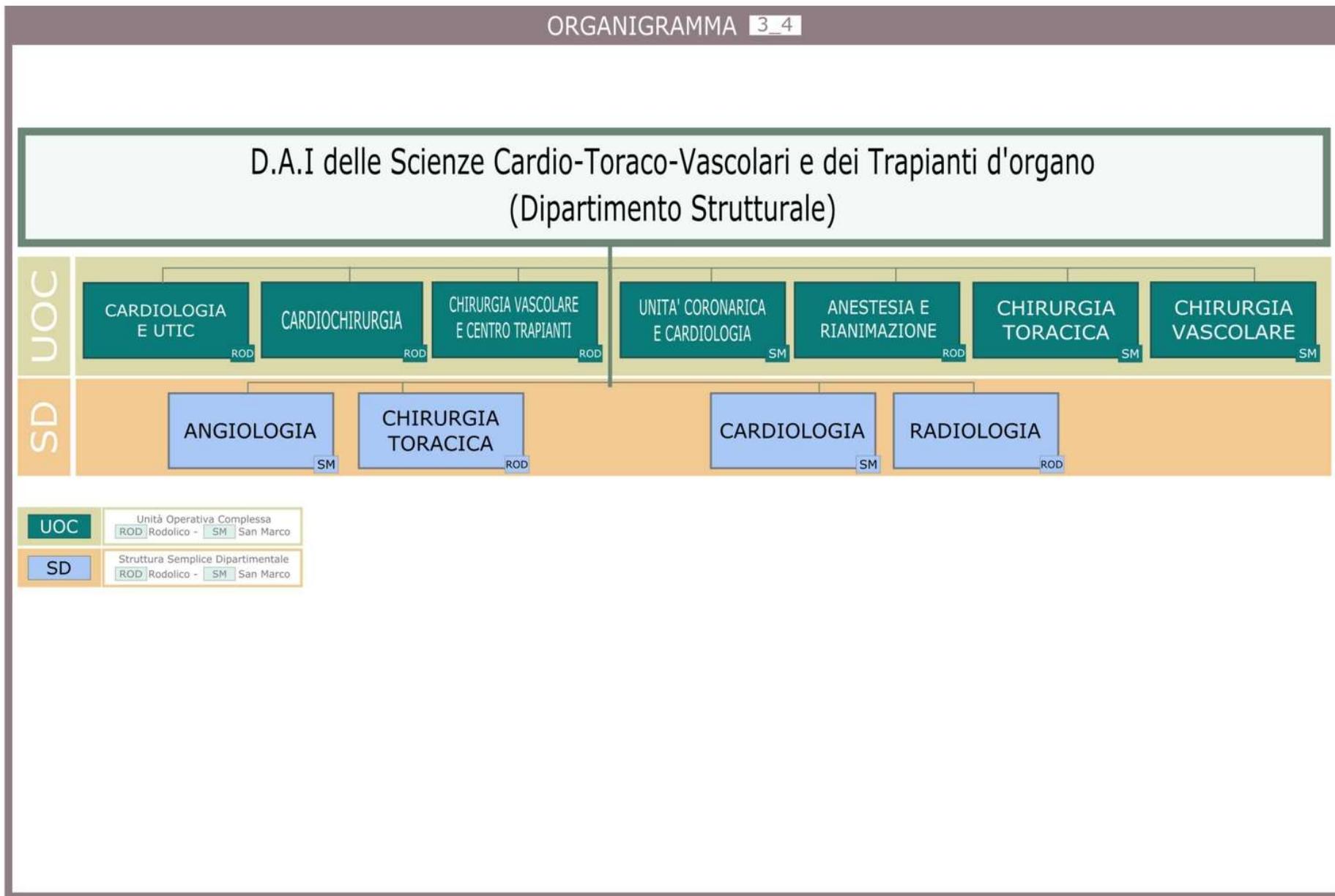
ORGANIGRAMMA 3_2

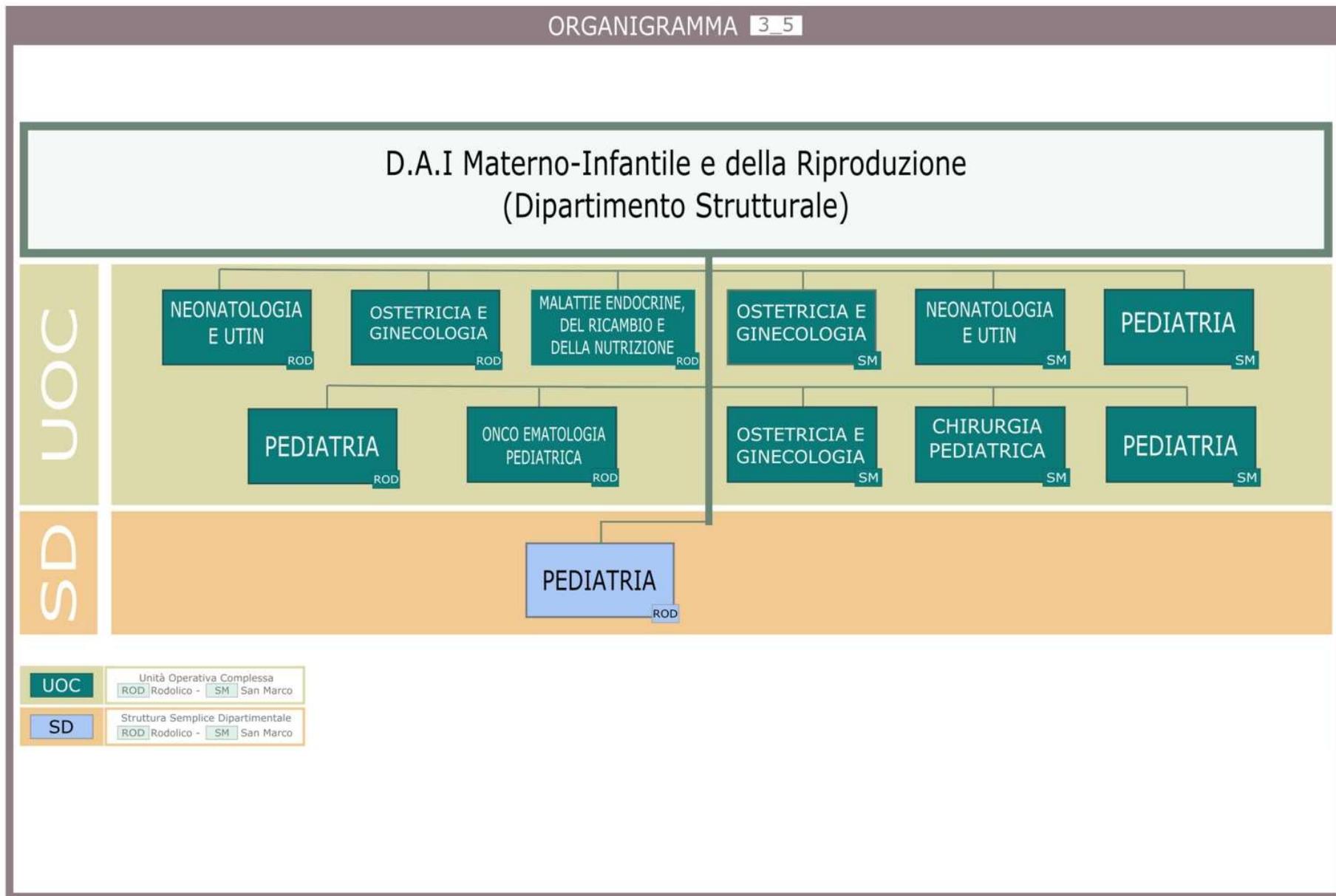
D.A.I delle Emergenze-Urgenze e delle Immagini - Presidio San Marco
(Dipartimento Structurale)

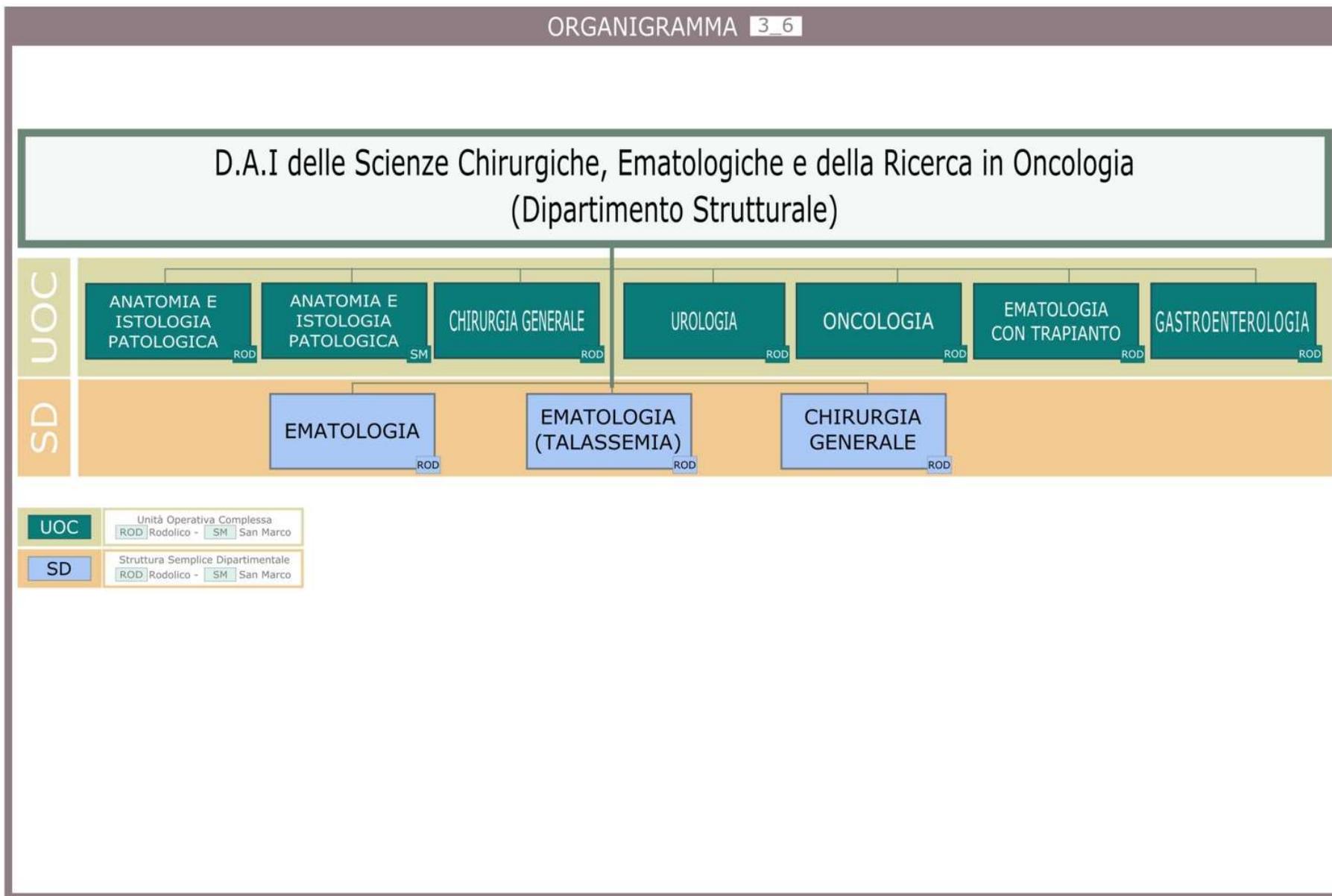


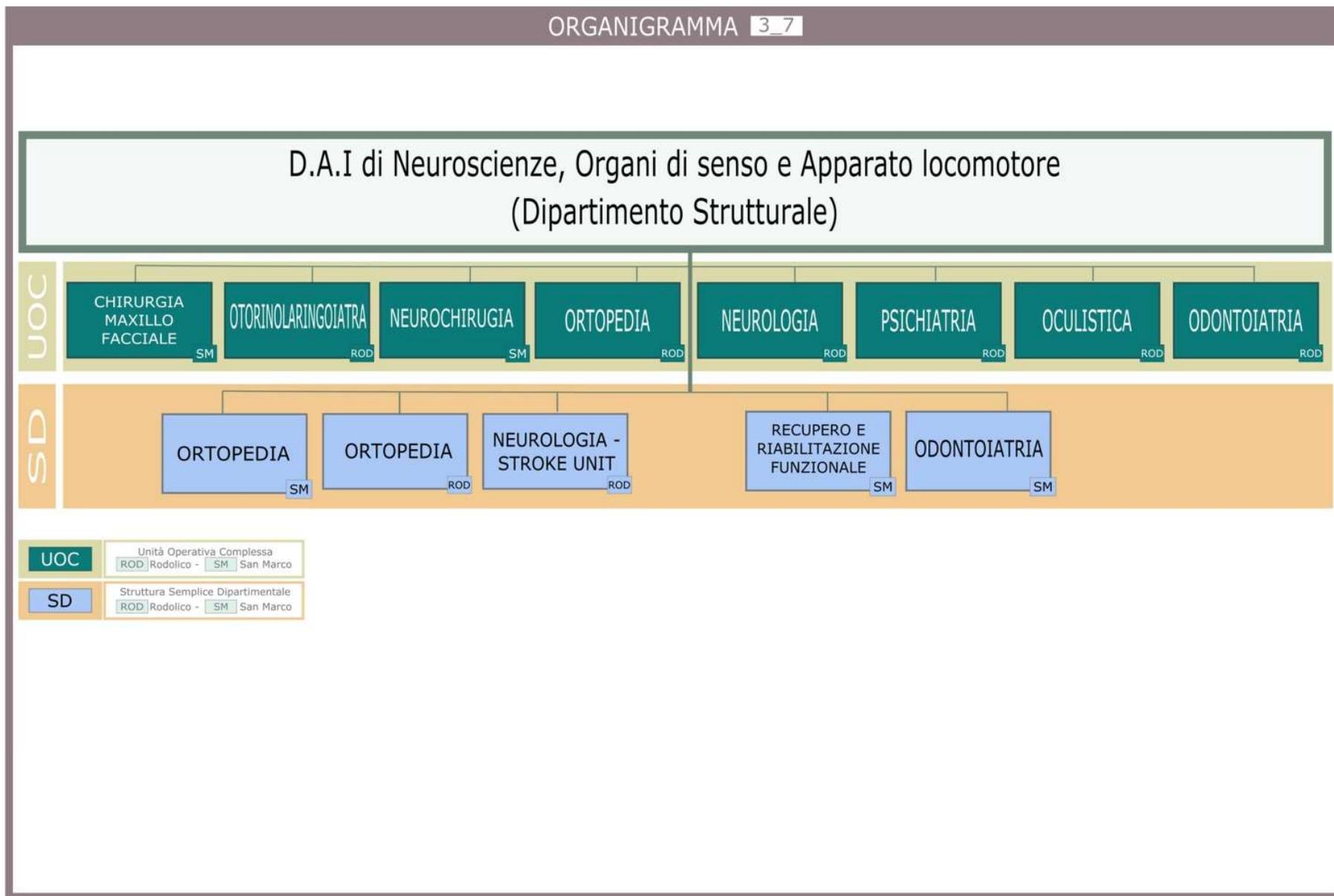
UOC	Unità Operativa Complessa ROD Rodolico - SM San Marco
SD	Struttura Semplice Dipartimentale ROD Rodolico - SM San Marco

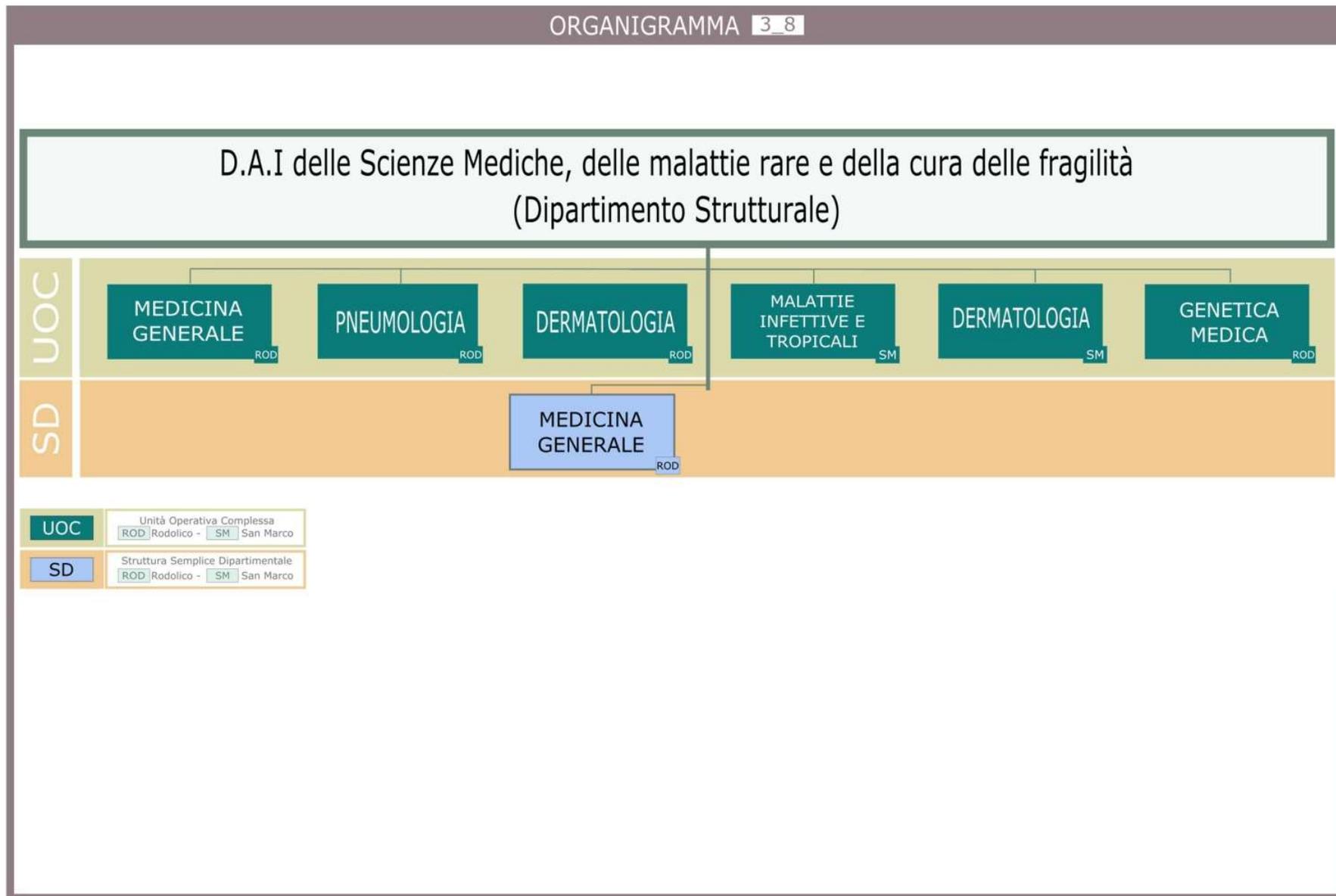


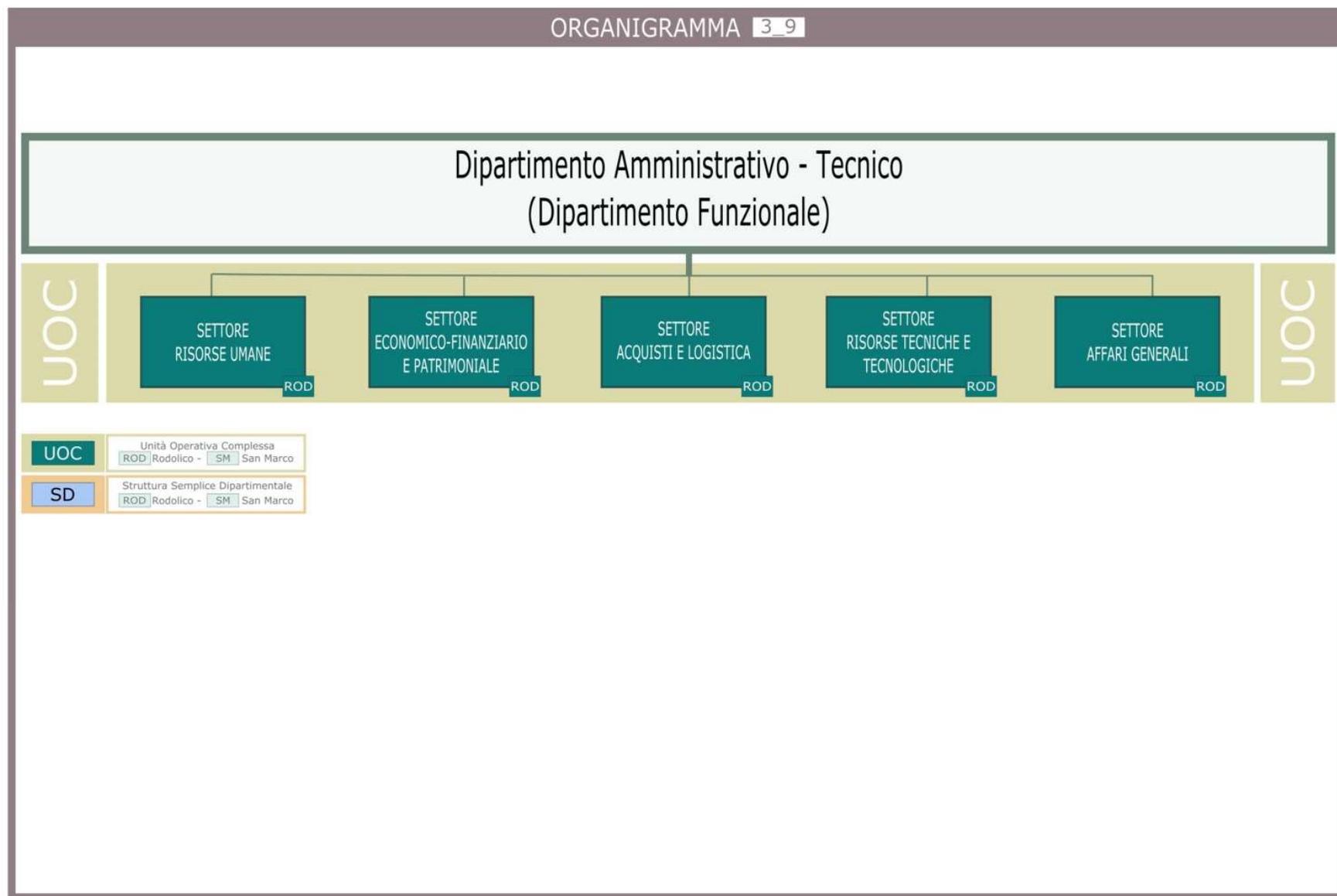












4.5 L'Analisi quali-quantitativa delle risorse umane

Il presente ambito di analisi evidenzia le conoscenze, le capacità, le attitudini ed i comportamenti dei soggetti che operano all'interno dell'organizzazione. Le successive schede, in particolare, sintetizzano l'analisi quali - quantitativa delle risorse umane attraverso la rilevazione, al 31 dicembre 2020:

- 1) del valore degli indicatori quali - quantitativi relativi al personale;
- 2) degli indicatori di analisi del benessere organizzativo;
- 3) degli indicatori di genere.

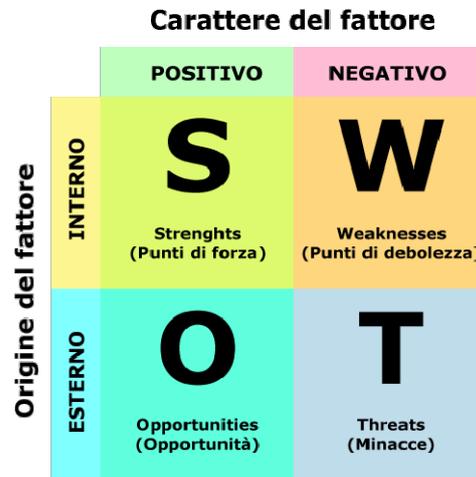
Analisi caratteri quali-quantitativi	2018	2019	2020
Età media del personale (anni)	52,72	51,81	49,33
Età media dei dirigenti (anni)	52,8	52,02	50,00
% dipendenti in possesso di laurea	37,12%	42,35%	42,35%
% dirigenti in possesso di laurea	100%	100%	100%

Analisi benessere organizzativo	2018	2019	2020
Retribuzione media mensile lorda dei dipendenti	3.435,79	3.470,04	3.337,89
Retribuzione media mensile lorda dei dirigenti	5.668,78	5.540,90	5.764,12
% di personale assunto a tempo determinato	3,01%	3,02%	11,28%

Analisi di genere	2018	2019	2020
% dirigenti donne sul totale dei dirigenti	42,21%	45,05%	47,13%
% di donne rispetto al totale del personale	56,30%	57,03%	57,97%

4.6 L’Analisi S.W.O.T.

La presente sezione rappresenta la sintesi delle informazioni rappresentate nei due paragrafi di analisi del contesto interno e di quello esterno individuando punti di forza (Strength), debolezza (Weakness), opportunità (Opportunities), minacce (Threats).



I punti di FORZA sono quei fattori che favoriscono lo sviluppo, le cosiddette aree di eccellenza. Vengono messi in luce punti di primaria solidità e di imprescindibile importanza, ma anche caratteristiche meno appariscenti e non di primario impatto.

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

- multidisciplinarietà, con alcune specialità svolte in esclusiva per un bacino di utenza sovra provinciale
- presenza di professionalità di elevata competenza
- presenza di centri di riferimento regionale per patologie rare e ad alta complessità
- presenza della Scuola “Facoltà di Medicina e Chirurgia”
- ruolo peculiare nella formazione degli operatori sanitari
- presenza di un elevato livello tecnologico
- complessità della casistica trattata, in particolare nelle alte specialità
- diffusa cultura della qualità e della minimizzazione del rischio clinico
- consolidato rapporto instauratosi con le associazioni degli utenti
- ruolo HUB di alcune discipline nelle reti assistenziali
- propensione alla ricerca
- collaborazione con gli organismi di partecipazione (Comitato Consultivo Aziendale)
- mantenimento di un adeguato supporto alle attività formative attraverso il centro aziendale di simulazione.

I punti di **DEBOLEZZA**, per contro, sono quegli elementi che ostacolano lo sviluppo e che bisogna cercare di superare; sono 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:

- sistema dei trasporti sanitari interni ed esterni
- vigilanza sulle strutture ed in particolare nelle aree deputate alla gestione emergenza
- struttura a padiglioni dei siti
- mancanza di aree progettate specificatamente per gli ambulatori ovvero per i professionisti che esercitano l’intramoenia all’interno
- necessità di manutenzione delle strutture più datate
- difficoltà nell’attuazione del modello dipartimentale
- difficile integrazione tra le componenti ospedaliera ed universitaria
- carenza di personale in alcuni settori strategici (clinici e amministrativo-gestionali)
- mancata integrazione dei sistemi informativi
- modesta interazione e integrazione tra le varie articolazioni aziendali
- scarso coinvolgimento del personale da parte dei dirigenti per il raggiungimento degli obiettivi aziendali
- resistenze interne all’integrazione fra componente universitaria e componente ospedaliera
- generale resistenza a processi di cambiamento

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: da un lato si considerano i vantaggi che derivano dalla combinazione tra punti di debolezza e punti di forza e dall’altro va stimato se e in che misura i punti di forza colmano quelli di debolezza.

Si individua così l’elenco delle opportunità.

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:

- sistema regionale di valutazione della qualità percepita nelle UUOO e Pronto Soccorso
- programmazione condivisa dei percorsi accademici e di specializzazione in ragione delle strategie dell’Azienda e dell’Università
- integrazione Università/Azienda al fine di migliorare la capacità di accedere ai fondi per la ricerca biomedica nazionali ed internazionali
- integrazione della attività con le altre aziende dell’area metropolitana attraverso lo sviluppo delle reti (IMA, Oncologica, Politrauma, Stroke)
- condivisione a livello interaziendale delle attività formative
- ulteriore estensione dell’offerta sanitaria alla popolazione erogata dal nuovo Presidio San Marco
- miglioramento dell’efficienza gestionale all’interno dei due grandi plessi ospedalieri (G. Rodolico e San Marco)

- fondi e opportunità finanziarie finalizzati all’attuazione di progetti specifici (PSN, Ricerca Finalizzata, progetti europei)

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:

- protrarsi dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19
- vincoli economico finanziari collegati ai piani di contenimento della spesa sanitaria e ai rapporti Stato-Regione
- resistenze interne all’integrazione fra componente universitaria e componente ospedaliera
- generale resistenza a processi di cambiamento
- limitatezza delle risorse da destinare a procedure di diagnostica e cura a carattere innovativo
- invecchiamento della popolazione e aumento delle patologie croniche
- relazioni sindacali non chiaramente definite
- quadro normativo complesso e dinamico (privacy, trasparenza, anticorruzione, etc) e molteplicità di adempimenti richiesti spesso in assenza dei necessari adeguamenti / cambiamenti organizzativi e culturali.

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 fissare traguardi sovradimensionati per i quali le risorse sono insufficienti a contrastare gli ostacoli.

E’ allegata al presente Piano la Scheda di analisi SWOT, quale sintesi dei punti di forza e di debolezza, a rappresentazione delle opportunità e minacce che caratterizzano l’Azienda.

5. OBIETTIVI SPECIFICI

Il processo di redazione del Piano della Performance si inserisce pertanto nell’ambito del più complessivo processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell’Azienda.

Il punto di partenza è costituito dagli obiettivi strategici di indirizzo definiti dalle indicazioni e dalla programmazione regionale sanitaria, attraverso i documenti che individuano le linee politiche, organizzative ed amministrative per lo sviluppo e l’adeguamento del sistema sanitario regionale e la promozione della salute dei cittadini siciliani.

In considerazione del fatto che l’Assessorato Regionale della Salute non ha ancora provveduto all’assegnazione di obiettivi strategici per l’anno corrente, gli obiettivi strategici assegnati nel periodo precedente si considerano confermati e si possono riassumere come segue:

1. Obiettivi di Salute e funzionamento dei Servizi far i quali ruolo rilevante assume l’Attuazione dei programmi contenuti nel Piano attuativo Interaziendale;
2. Obiettivi generali
 - a. Equilibrio di bilancio
 - b. P.O. Fesr – utilizzo risorse assegnate nella misura del target di spesa annuale
 - c. Rispetto dei tetti di spesa per il personale
 - d. Acquisto beni e servizi
 - e. Rispetto dei tetti negoziati per la spesa farmaceutica
 - f. Rispetto della direttiva “Flussi informativi”
 - g. Osservanza delle disposizioni in materia di libera professione

In particolare relativamente agli obiettivi di Salute e Funzionamento dei Servizi si rinvia a quanto indicato nell’Albero della performance.

Le strategie aziendali indicate nel presente piano sono definite in obiettivi strategici e operativi; tali obiettivi e i relativi indicatori e standard vengono assegnati, attraverso il processo di negoziazione di budget e per tramite della dimensione organizzativa dipartimentale, ai dirigenti titolari delle Unità Operative ed al personale nelle stesse operanti. Da questo scaturisce la logica integrazione tra il presente piano delle performance ed il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio aziendale.

Gli altri obiettivi strategici

L’Azienda considera rilevanti, anche in riferimento a quanto previsto dal D.L. 150/2009, per il periodo 2021-2023, ulteriori obiettivi strategici:

- la messa a regime del Presidio San Marco in Librino, presso il quale verranno trasferite alcune attività sanitarie in atto ospitate presso il Presidio G.Rodolico.
- Il perseguimento degli obiettivi contenuti nel Piano Qualità e Rischio Clinico, al fine di minimizzare i rischi per il paziente e garantire la qualità nei percorsi di cura ed assistenza, attraverso le seguenti aree prioritarie di intervento:
 1. gestione della documentazione sanitaria;

2. trasporto secondario;
 3. gestione dei farmaci;
 4. ascolto e comunicazione con pazienti;
 5. valutazione degli esiti.
- Lo sviluppo degli indicatori di performance già adottati, quali quelli dell’AHRQ per la valutazione, anche sotto l’aspetto degli esiti, delle prestazioni erogate.
 - Il coinvolgimento e la crescita del personale attraverso lo sviluppo delle attività di formazione;
 - L’uso di strumenti concordati per la valutazione delle performance del personale e delle strutture al fine di valorizzare l’efficienza ed il merito.
 - La promozione delle pari opportunità anche attraverso il supporto fornito dal CUG (Comitato Unico di Garanzia).
 - Lo sviluppo strutturale e tecnologico attraverso la costante valutazione dell’utilizzo delle tecnologia per valutarne efficienza/obsolescenza, e l’implementazione delle tecniche di HTA per valutare, anche in sede di acquisizione, l’efficacia delle tecnologie e dei dispositivi impiegati e da impiegare.
 - Il pieno sviluppo dei rapporti con le associazioni dell’utenza attraverso il contributo di coordinamento e confronto del Comitato Consultivo Aziendale.
 - La valutazione del benessere organizzativo.
 - La valutazione della soddisfazione dell’utenza mediante periodiche indagini di customer satisfaction e l’analisi costante delle segnalazioni e dei reclami provenienti dall’utenza ed il loro utilizzo quali strumenti di miglioramento.
 - L’efficienza organizzativa attraverso lo sviluppo di modelli che favoriscano, anche in una logica dipartimentale, l’integrazione intraaziendale dei servizi offerti, evitando inefficienti sovrapposizioni e duplicazioni.
 - Lo sviluppo dell’attività di ricerca e la partecipazione a gruppi di ricerca nazionali e internazionali, sviluppando collaborazioni con partner pubblici e privati.
 - Una adeguata pianificazione degli investimenti per la manutenzione delle strutture e l’acquisizione di nuove tecnologie.

6. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

Attraverso il processo annuale di budgeting, ciascuna U.O. viene coinvolta nel conseguimento degli obiettivi strategico - direzionali traducendo gli stessi in obiettivi operativi specifici per ciascuna struttura.

In particolare gli obiettivi operativi oggetto della negoziazione di budget sono misurati attraverso indicatori e agli stessi viene attribuito un peso.

Essi fanno riferimento a tre macro aree:

- Area Produttività attraverso l’attribuzione di target di produzione di prestazioni sanitarie secondo specifici parametri quali-quantitativi;
- Area Economica attraverso l’individuazione dell’ammontare delle risorse economiche disponibili e risorse umane assegnate;
- Area Strategica / di Qualità / Trasparenza e Anticorruzione attraverso l’indicazione delle procedure e delle best practices aziendali da attuare o implementare ed attraverso l’implementazione di una cultura della pubblicizzazione piena delle attività aziendali anche in un’ottica della prevenzione e contrasto dell’illegalità.

6.1 Il processo di budgeting si articola nelle seguenti fasi:

1a fase – Formulazione delle proposte di budget

Individuate le linee guida aziendali per l’anno di riferimento, in sintonia con quelle indicate dalla Regione Sicilia per le Aziende sanitarie e nel rispetto di quanto disposto con la normativa nazionale e con le Leggi Finanziarie regionali, vengono fissati dalla Direzione Generale gli obiettivi strategici e operativi per l’attuazione delle azioni necessarie alla realizzazione della programmazione.

Soggetti coinvolti: Direzione strategica, U.O. Controllo di Gestione, U.O. Contabilità Analitica

2a fase – Negoziazione

Dalla comparazione e dal confronto tra i dati di attività, fatturato e costi sostenuti nel triennio precedente, si individuano i livelli minimi di attività/ produttività richiesti per l’anno di riferimento, nonché il budget economico assegnato.

La negoziazione consente la condivisione e la verifica di raggiungibilità/congruità degli obiettivi da assegnare alle UU.OO. e permette la rilevazione di eventuali ragioni di criticità, nonché il possibile riassetto degli obiettivi in ragione di elementi contingenti che possono incidere sulla capacità di offerta della singola U.O.

In tal modo il processo di negoziazione diventa strumento per evidenziare ulteriori azioni/strategie di azione e di integrazione all’interno dei singoli dipartimenti in funzione di ottimizzazione delle risorse disponibili.

Il risultato è codificato in una scheda di sintesi distinta in tre diverse aree (vedi allegato) che viene sottoposta alla negoziazione con i responsabili delle strutture e sottoscritta dagli stessi.

Soggetti coinvolti: Direzione strategica, Direttore del Dipartimento di afferenza, Responsabili delle strutture aziendali.

3a fase – Monitoraggio e analisi degli scostamenti

Con cadenza periodica (trimestrale) viene effettuata la verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati e indicate eventuali azioni correttive. Il report trimestrale è condiviso con i singoli Responsabili delle UU.OO. che possono essere convocati nei casi di maggiore scostamento rispetto a quanto concordato con la Direzione per eventuali modifiche del budget/ obiettivi assegnati.

Soggetti coinvolti: Direzione strategica, U.O. Controllo di gestione, U.O. Contabilità Analitica.

Il Controllo di Gestione, attraverso l'utilizzo dei dati di attività prodotta e di costo sostenuto rispetto agli obiettivi assegnati alla singola U.O., provvede alla stesura di appositi report trimestrali che vengono inviati ai Responsabili delle UU.OO. e alla Direzione Aziendale così da valutare eventuali scostamenti rispetto agli standard previsti.

Tale attività, evidenziando gli elementi di maggiore criticità, permette di individuare le eventuali necessarie azioni correttive.

La revisione infra-annuale del budget è prevista limitatamente alle seguenti situazioni:

- a) risultati effettivi di attività/qualità che si scostano in modo significativo dall'obiettivo e, comunque, in direzione opposta rispetto alle attese e/o che comportano una riallocazione interna delle risorse strutturali;
- b) indici effettivi di consumo di risorse che si scostano in modo significativo dall'obiettivo e, comunque, in direzione opposta rispetto alle attese;
- c) modificazioni significative nelle risorse strutturali (personale, tecnologia e spazi) disponibili al momento della negoziazione del budget; per sopravvenuta impossibilità nell'avviare e/o portare a compimento progetti specifici.

Il Controllo di Gestione a conclusione dell'anno di competenza provvederà alla stesura di report di sintesi da trasmettere alla Direzione Generale e alla Struttura Tecnica Permanente al fine di consentire il completamento del ciclo della performance.

Al termine dell'esercizio di riferimento, l'OIV, supportato dalle funzioni aziendali di controllo strategico e di gestione, verificherà il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alle Unità Operative (performance organizzativa) con riferimento agli indicatori individuati nel corso della negoziazione di budget.

Le strategie, i relativi obiettivi e i risultati attesi vengono inoltre divulgati ai portatori di interesse attraverso diversi canali (riunioni di Collegio di Direzione, riunioni documentate nelle singole unità operative, comunicazioni al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Catania, sito web istituzionale, rete intranet aziendale, newsletter dell'Unità Operativa per la Qualità e il Rischio Clinico).

Al termine dell'esercizio di riferimento, l'OIV, supportato dalle funzioni aziendali di controllo strategico e di gestione, verificherà il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alle Unità Operative

(performance organizzativa) con riferimento agli indicatori individuati nel corso della negoziazione di budget.

Le strategie, i relativi obiettivi e i risultati attesi vengono inoltre divulgati ai portatori di interesse attraverso diversi canali (riunioni di Collegio di Direzione, riunioni documentate nelle singole unità operative, comunicazioni al Magnifico Rettore dell’Università degli Studi di Catania, sito web istituzionale, rete intranet aziendale, newsletter dell’Unità Operativa per la Qualità e il Rischio Clinico). La modulistica di budget adottata dall’Azienda, che è di seguito allegata, rappresenta la sintesi del processo di negoziazione fra Direzione strategica e singoli CdR e si articola in diverse sezioni, a rappresentazione del contesto, delle risorse impiegabili, dei contenuti di programmazione operativa e di correlata sostenibilità economica.

I Responsabili di C.d.R. e degli Uffici che garantiscono i Flussi Informativi e Statistici Aziendale, unitamente al Responsabile del Controllo di Gestione, provvedono al monitoraggio continuo dei risultati intermedi conseguiti ed al loro sistematico confronto con quelli previsti, procedendo alla stesura di appositi report per ogni C.d.R., inviati al responsabile dello stesso ed alla Direzione Aziendale. In particolare il Controllo di Gestione provvederà ad analizzare i dati relativi agli obiettivi di che trattasi e a valutare eventuali scostamenti rispetto agli standard previsti orientativamente nel mese di Giugno e Settembre di ciascun anno, trasmettendo i relativi report alla Direzione strategica per le eventuali misure correttive da intraprendere.

Un’analisi finale relativa al raggiungimento degli obiettivi verrà eseguita a partire dalla conclusione dell’esercizio di riferimento e la relativa reportistica sarà trasmessa alla Direzione strategica.

Periodicamente saranno indette apposite riunioni a livello dipartimentale / di area al fine di analizzare tali informazioni, anche ai fini di una successiva analisi di dettaglio internamente alle singole macrostrutture.

Nell’ipotesi in cui, durante l’esercizio di riferimento, si dovesse verificare una differenza tra risultati effettivi ed attesi, dovuta a cause esterne, non governabili dai singoli C.d.R. e/o dall’Azienda, potrà rendersi necessaria una revisione degli obiettivi di budget.

La modifica degli obiettivi di budget potrà avvenire secondo diverse modalità:

1. per iniziativa della Direzione aziendale, qualora, nell’ambito delle proprie funzioni di controllo, monitoraggio e verifica dei risultati infra-annuali, dovesse rilevare significative differenze tra obiettivi negoziati e risultati effettivi;
2. su proposta motivata del C.d.R. interessato, entro 20 giorni dal ricevimento dei report dei risultati infra-annuali conseguiti, al fine di attivare il processo di revisione con le Strutture Aziendali interessate.

PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI AL PROCESSO DI VALUTAZIONE

Ai sensi di quanto previsto al comma 1 dell’art 19-bis del Decreto Legislativo n. 74/2017 *“I cittadini, anche in forma associata, partecipano al processo di misurazione delle performances organizzative, anche comunicando direttamente all’Organismo indipendente di valutazione il proprio grado di soddisfazione per le attività e per i servizi erogati, secondo le modalità stabilite dallo stesso Organismo”*.

A tal fine, infatti, l’AOU così come tutte le altre Aziende del SSR aderisce dall’anno 2016 (Direttiva dell’Assessorato della Salute n. 88278 del 18./11/2015) al Programma Regionale di Valutazione della Qualità Percepita dei Servizi sia di ricovero che ambulatoriali, monitorando il grado di Soddisfazione degli utenti.

Nello specifico la metodologia di rilevazione della qualità percepita si basa su un’intervista telefonica ai pazienti, mediante un’indagine di tipo campionario, che sostituisce da gennaio 2016 la precedente modalità censuaria.

In tal modo l’Assessorato della Salute stabilisce i piani di interviste annuali da attuare e l’Azienda, mediante operatori formati, procede alla raccolta dei consensi informati, alla somministrazione dell’intervista e al caricamento dei dati raccolti sul portale Qualità Sicilia (applicativo CUSTAT).

Le interviste telefoniche sono svolte sulla base di un questionario e sono suddivise per Unità Operative, per distribuzione temporale nell’arco dell’anno (quadrimestre) e spaziale (specificazione dei Presidi Ospedalieri) e per tipologia di prestazione (ovvero ricovero e servizi ambulatoriali).

I risultati del grado di soddisfazione degli utenti vengono analizzati da un gruppo di lavoro regionale, al fine di individuare per ciascuna azienda i punti di criticità, sui quali definire specifiche politiche e azioni di miglioramento. In adeguamento a quanto previsto dal comma 2 dell’art.19-bis del decreto legislativo n. 74/2017 e che fa riferimento alla partecipazione dei cittadini e degli altri utenti finali al processo di misurazione della performance organizzative i risultati di tale rilevazione saranno pubblicati con cadenza annuale sul sito dell’Azienda e contribuiranno ai fini della valutazione della performance organizzativa dell’amministrazione e ai fini della validazione della Relazione sulla performance di cui all’art.14 c.4 lettera c) del decreto.

6.2 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

Fermo restando il rispetto delle disposizioni del D.lgs. n. 150/2009 e sulla base della metodologia di valutazione della performance individuale codificata nel sistema di misurazione e valutazione della performance ad ogni dirigente o responsabile di unità organizzativa possono essere assegnati annualmente uno o più obiettivi strategici e/o operativi. Inoltre, è possibile assegnare obiettivi in “quota parte” se si tratta di obiettivi su cui vi è corresponsabilità.

Tutto il personale, dirigente e non, è inserito nel sistema aziendale di valutazione della performance.

Le dimensioni oggetto di valutazione della performance sono le seguenti:

- a. la performance dell’Azienda nel suo complesso;

- b. la performance organizzativa, riferita a ciascuna delle Strutture in cui è articolata l'azienda;
- c. la performance individuale, riferita a ciascun operatore.

Formano oggetto di valutazione organizzativa delle singole U.O., la performance raggiunta in relazione agli obiettivi negoziati.

Formano oggetto di valutazione individuale:

- a. per l'area della dirigenza, il comportamento e la capacità professionale, la capacità gestionale e manageriale, la produttività in termini di performance individuale che tenga conto degli obiettivi assegnati, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, la capacità di differenziazione dei giudizi.
- b. per il personale del comparto, le competenze e le attitudini professionali, il comportamento e l'impegno complessivo nel lavoro, lo "stile" relazionale, il livello quali – quantitativo delle prestazioni rese. Per i dipendenti titolari di incarico di posizione organizzativa ovvero di funzioni di coordinamento costituisce, altresì, oggetto di valutazione l'attitudine alla leadership e la capacità organizzativa.

La valutazione è determinata dal risultato certificato dall'Organismo Indipendente per la Valutazione (OIV) relativamente al raggiungimento degli obiettivi di budget delle strutture.

La valutazione annuale della performance è correlata, oltre che alla corresponsione dei premi di produttività e di risultato, alle altre specifiche finalità previste dal più volte richiamato D.Lgs. 150/2009.

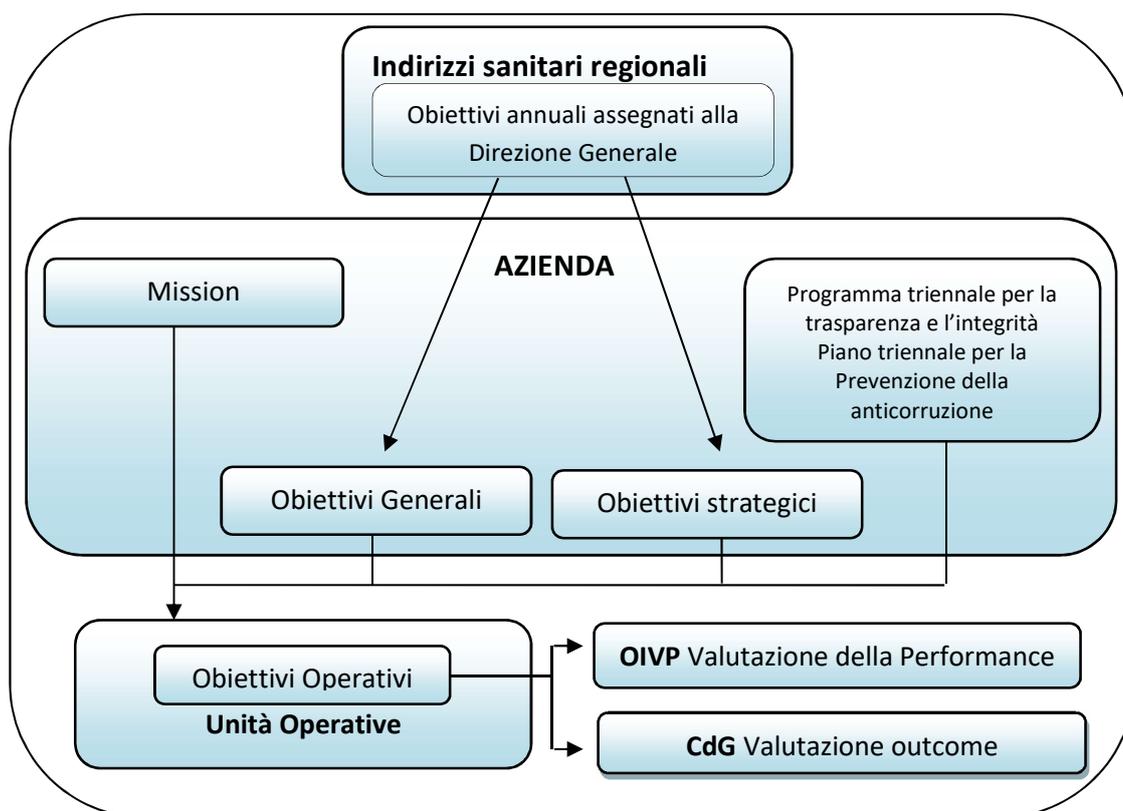
Il sistema di misurazione e valutazione della performance, qui introdotto, è formalizzato nel Regolamento aziendale ed è in ogni caso coerente con i principi di cui al D.Lgs. 150/2009 in quanto:

- a. prevede una metodologia di definizione e gestione degli obiettivi all'interno di un sistema di budget;
- b. la retribuzione di risultato viene distribuita fra le strutture in maniera differenziata ed in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- c. tutto il personale (dirigenza e comparto) è soggetto ad una valutazione individuale annuale in conseguenza della quale vengono corrisposti i premi di risultato e di produttività individuale.

7. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE

7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione, aggiornamento e monitoraggio del Piano

Il processo di redazione del Piano della Performance si inserisce nell’ambito del più complessivo processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell’Azienda.



Il punto di partenza è costituito dagli obiettivi strategici di indirizzo definiti nella Legge Regionale 5/2009 nonché nel Piano Sanitario Regionale (Piano della Salute), documento, quest’ultimo, che esplicita le linee politiche, organizzative ed amministrative di tutela e di promozione della salute della collettività regionale.

Il ciclo aziendale della performance, illustrato nello schema seguente, prende avvio dagli obiettivi strategici assegnati ai Direttori Generali dall’Assessorato Regionale della Salute, oltre che dalla peculiare *mission* che caratterizza l’Azienda Ospedaliera Universitaria.

Come detto, gli obiettivi strategici sono declinati in obiettivi operativi nell’ambito della definizione del processo di negoziazione del budget; sarà compito dei Direttori/Responsabili dei CdR aziendali organizzare i livelli di apporto individuale che i singoli collaboratori dell’equipe dovranno prestare per il conseguimento degli obiettivi annuali. Fra l’altro, la rilevazione dell’effettivo apporto individuale

prestato dai singoli collaboratori - sia Dirigenti che dell'area del Comparto - costituirà elemento principale ai fini del calcolo della retribuzione di risultato commisurata alla performance individuale, secondo quanto previsto in dettaglio dall'apposito regolamento.

La verifica del grado di conseguimento degli obiettivi è affidata in via definitiva all'Organismo Indipendente di Valutazione Permanente (OIVP), supportato dalle competenze istruttorie attribuite alla c.d. “Struttura Tecnica Permanente”.

Altri documenti strategici che forniscono input al processo di predisposizione del Piano della Performance sono il “Programma triennale per la trasparenza e l'integrità”, redatto ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33 e s.m.i.e il “Piano triennale di prevenzione della corruzione” da aggiornare annualmente, che indicano le iniziative previste per garantire un adeguato livello di trasparenza oltre che misure di prevenzione dei fenomeni corruttivi e di difesa del principio di legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità.

Il Piano della Performance, deliberato dalla Direzione Generale, viene di norma pubblicato e pubblicizzato entro il 31 gennaio e, comunque, a seguito di definizione del quadro complessivo delle strategie aziendali per l'anno di riferimento, che non può prescindere dall'assegnazione, da parte della Regione, degli obiettivi aziendali.

Sulla base degli obiettivi assegnati annualmente dall'Assessorato Regionale della Salute alla Direzione Generale viene, pertanto, definito il presente Piano, a conclusione di un processo che, a regime, viene articolato nel modo seguente.

1. *Definizione dell'identità dell'organizzazione*

L'identità dell'organizzazione è definita inizialmente ed eventualmente aggiornata nel corso dei tre anni di validità del Piano qualora si presentassero variazioni sostanziali nella struttura dell'organizzazione stessa.

2. *Analisi del contesto esterno ed interno*

Le analisi del contesto interno ed esterno in cui opera l'Azienda sono effettuate in una fase preventiva di definizione del Piano, in modo da poter definire gli ambiti generali e specifici in cui l'Azienda opera, dal punto di vista normativo ed organizzativo.

3. *Definizione degli obiettivi strategici e delle strategie*

L'analisi del contesto in cui opera l'Azienda, permette la definizione delle strategie che l'Azienda intende adottare per il triennio di validità del Piano.

4. *Definizione degli obiettivi e dei piani operativi*

L'assegnazione da parte dell'Assessorato regionale della Salute degli Obiettivi alla Direzione Generale costituisce presupposto fondamentale per la definizione degli obiettivi operativi da trasferire alle Strutture dell'Azienda. In questa fase è competenza del Controllo di gestione provvedere alla produzione di tutta la documentazione accessoria alla fase di concertazione degli obiettivi tra Strutture e Direzione Generale, necessaria al fine di poter descrivere le attività, i costi e i ricavi delle singole strutture.

5. *Comunicazione del Piano all'interno ed all'esterno.*

Ultimata la redazione del Piano, entro il 31 gennaio di ogni anno, si procede alla fase di pubblicizzazione dello stesso con la pubblicazione sul sito internet dell'azienda e la presentazione agli stakeholder esterni.

L'articolo 10 del decreto prevede la seguente tempistica:

- entro il 31 gennaio: redazione del Piano della performance;
- entro il 30 giugno: redazione della Relazione sulla performance, che evidenzia a consuntivo i risultati organizzativi ed individuali raggiunti.

In conseguenza a ciò i tempi previsti sono articolati nel seguente prospetto di sintesi che riepiloga le singole fasi, i soggetti coinvolti ed i tempi, espressi con riferimento al mese, di attuazione.

Attività	Attori coinvolti	TEMPI (MESI)												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Definizione dell'identità	Staff Direzione Generale	■												
Analisi del contesto interno ed esterno	Staff Direzione Generale	■												
Analisi e validazione delle linee d'indirizzo	Direttore Generale \ OIV	■												
Approvazione ed adozione del Piano da parte della Direzione Generale	Direttore Generale	■												
Bilancio preventivo e budget finanziario	Settore Economico finanziario	■												
Assegnazione Indirizzi sanitari regionali e formalizzazione degli obiettivi	Regione / Direttore Generale			■										
Negoziatura risorse di parte corrente	Regione / Direttore Generale				■									
Definizione obiettivi specifici	Staff Direzione Generale	■												
Definizione obiettivi operativi	Direzione sanitaria / Controllo di Gestione	■												
Collegamento obiettivi - risorse	Settore Economico finanziario	■	■											
Assegnazione obiettivi alle strutture – negoziazione budget	Direzione Generale		■	■										
Analisi per la valutazione preventiva degli indicatori di performance e per la valutazione individuale dei dirigenti	OIV				■									
Comunicazione del Piano	Direzione Generale		■											
Attività di monitoraggio in corso d'anno	Staff Direzione Generale				■			■					■	
Verifica risultati e redazione relazione sulla Performance (anno prec.)	Staff Direzione Generale						■							
Valutazione dello stato del sistema e relazione conclusiva (anno prec.)	OIV				■	■	■	■	■					
Valorizzazione del merito (anno prec.)	UOC Performance e Settore Risorse Umane							■	■	■	■			

Il monitoraggio del ciclo di gestione della performance aziendale avverrà in relazione a quanto previsto dall'art. 6 del D. Lgs. n. 150/09 e sarà condotto dalla Direzione Strategica dell'Azienda, sulla base delle risultanze dell'OIVP, supportato dall'operatività della Struttura tecnica permanente.

Il sistema di valutazione della performance prevede la misurazione sia della performance organizzativa che di quella individuale, per quest’ultima in relazione alle indicazioni riportate nel punto 6 relativo al sistema premiante.

In particolare relativamente alle performance organizzative verranno valutate in relazione a quanto previsto dal art.8 del D. Lgs. n. 150/09:

- l’attuazione di politiche per la soddisfazione dei bisogni degli utenti che si rivolgono alle strutture dell’azienda, anche attraverso la rilevazione della *customer satisfaction* e la continuità nell’erogazione delle prestazioni;
- l’attuazione di piani e programmi previsti dalle direttive regionali;
- la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell’organizzazione e delle competenze professionali, attraverso il potenziamento, in accordo con la facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi di Catania, delle attività di aggiornamento professionale, anche con l’impiego delle moderne tecniche di simulazione;
- la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati rispetto all’anno precedente in termini di incremento delle prestazioni ambulatoriali, incremento dell’indice di operatività per le Unità Operative chirurgiche, aumento del tasso di occupazione dei posti letto in regime ordinario, mantenimento degli indici di complessità in area medica e chirurgica;
- Il contenimento dei costi collegati ai servizi intermedi;

Le performance individuali verranno valutate in relazione a quanto previsto dal art.9 del D. Lgs. n. 150/09 ed in particolare in relazione a :

- Raggiungimento degli obiettivi assegnati alle Unità Operative in sede di negoziazione di budget;
- Contributo assicurato dal singolo professionista al raggiungimento degli obiettivi assegnati all’unità operativa, alle competenze dimostrate e ai comportamenti professionali ed organizzativi;
- Valutazione effettuata dal Direttore dell’Unità Operativa.

7.2 Coerenza con la programmazione economica e finanziaria e di bilancio

In Azienda esiste ed è alla base del processo di negoziazione il collegamento tra la dimensione di *performance* e la dimensione finanziaria, atteso che il sistema di rendicontazione delle risorse impiegate si fonda sull’integrazione tra bilancio e sistema di contabilità analitica per centri di costo, sistema che prevede l’assegnazione diretta di risorse dedicate ad ogni singolo obiettivo dell’albero della *performance*.

La *performance* è al centro del processo di costruzione del budget, che viene definito in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio.

La coerenza tra la pianificazione della *performance* e il processo di programmazione economico-finanziaria viene realizzata con le seguenti tappe:

- ad inizio esercizio, la redazione del conto economico preventivo contiene la traduzione in termini quantitativi delle linee di azione connesse agli obiettivi specifici ed agli obiettivi operativi;
- contestualmente vengono elaborati i budget economico – finanziari, contenenti i tetti di spesa per centro di responsabilità;
- il bilancio preventivo viene inserito nel NSIS e costituisce la base per la negoziazione delle risorse con la Regione;
- la successiva negoziazione delle risorse con la Regione può determinare il riallineamento dai valori e la rimodulazione dei programmi eventualmente non compatibili con le risorse negoziate;
- segue la verifica di compatibilità delle azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati nel Piano: le linee di intervento fissate nel Piano vengono effettivamente attivate solo se è garantita la effettiva congruità con le risorse disponibili;
- il sistema dei controlli garantisce la coerenza delle azioni intraprese con le risorse: dal costante monitoraggio scaturiscono le eventuali azioni di riequilibrio.

Il Presente Piano è stato predisposto in conformità e operando un raccordo con il Piano di Efficientamento per il triennio 2019/2021, adottato con deliberazione del Direttore Generale f.f. n.1339 del 01/08/2019.

Invero, ai sensi del D.A. 786/2019 questa Azienda è stata individuata tra le Aziende del SSR da sottoporre ai piani di cui all’art. 1 comma 528 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208.

Il piano di rientro predisposto per il triennio 2019/2021 è il propulsore del sistema degli obiettivi del 2021 e contiene gli obiettivi strategici ed operativi da perseguire al fine di recuperare il gap economico evidenziato dall’applicazione dei parametri individuati dal D.A. 786/2019.

In relazione al Piano di Efficientamento, l’obiettivo economico da conseguire annualmente e al termine del triennio 2019/2021, prevede l’azzeramento dello scostamento assoluto rilevato dai dati del CE IV trimestre 2018 e determinato in € mgI 21.225. A conclusione del triennio si procederà, nelle opportune sedi istituzionali, alla verifica del grado di raggiungimento generale in riferimento al Piano di efficientamento 2019/2021.

Le attività sono state raggruppate in 4 principali aree di intervento:

A) Area delle Valutazioni: rientrano in quest’ambito i progetti che fanno riferimento a manovre su alcune poste di bilancio (svalutazione crediti e accantonamenti). Più precisamente si tratta della manovra di seguito brevemente illustrata:

A.3. Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione): puntuale valutazione dei rischi da autoassicurazione.

L’Azienda, dunque, per quanto concerne i costi da sostenere per la voce accantonamenti rischi, oneri processuali e contenzioso ha avviato un percorso di rivalutazione del rischio di soccombenza sia per le singole procedure in giudizio sia per l’autoassicurazione investendo direttamente il CAVS e il settore aziendale competente di procedere con l’applicazione di criteri di determinazione degli accantonamenti da iscrivere nelle rispettive voci di bilancio pienamente rispondenti alle valutazioni di possibile soccombenza. Tali operazioni rientrano altresì nell’ambito delle azioni di cui ai PAC.

I progetti dell’area “svalutazione” comportano pertanto dei benefici nel triennio in termini di riduzione dei costi.

B) Area dell’efficienza nell’utilizzo delle risorse: i progetti che afferiscono a quest’area (B1-B6) riguardano l’ottimizzazione nell’uso delle risorse e il contenimento dei costi per beni e servizi. Attraverso la definizione di percorsi diagnostico terapeutici focalizzati sulla appropriatezza sono stati individuati gli interventi su alcune voci di costo che saranno oggetto di riduzione. In particolare, l’Azienda ha individuato la possibilità di contenere il costo sostenuto per alcune classi di farmaci (antibiotici e antifungini), di emoderivati e di diagnostici attraverso l’adozione di un nuovo modello di controllo della prescrizione somministrazione o utilizzo degli stessi in ragione della revisione e aggiornamento delle *policies* aziendali sulle evidenze della letteratura internazionale. Altri risparmi possono derivare da un corretto dimensionamento delle unità operative: ottimizzazione degli spazi e utilizzo energetico efficiente.

Anche i progetti dell’area “efficienza nell’utilizzo delle risorse” comportano dei vantaggi solo in termini di riduzione dei costi. Alcuni di questi progetti hanno impatto a livello di unità operativa, altri a livello di intera azienda.

C) Area di potenziamento delle linee di attività: rientrano in quest’area i progetti (C1-C16) di adeguamento dei livelli produttivi delle UOC di Chirurgia Generale e Specialistica ai parametri previsti dal DM 70/2015. Si tratta dunque di progetti che prevedono un potenziamento dell’offerta di servizi, in termini di incremento del tasso di occupazione dei posti letto, ridefinizione dei percorsi diagnostico-terapeutici con pieno accesso a tutte le risorse aziendali, miglioramento dei margini di contribuzione, ottimizzazione dell’utilizzo delle sale operatorie, etc., o comunque una riduzione dei costi (es. contenimento costo Dispositivi e Diagnostici, ottimizzazione e utilizzo dei fattori produttivi, etc.). Rientrano in quest’ambito anche i progetti di razionalizzazione e ri-programmazione del fabbisogno di servizi sanitari e non sanitari esternalizzati attraverso la rimodulazione delle strutture di erogazione grazie al consolidamento presso i presidi Gaspare Rodolico e San Marco delle UOC provenienti dai presidi in dismissione.

I progetti dell’area “potenziamento linee attività” determinano quindi un risultato economico positivo sia in termini di aumento dei ricavi che di riduzione dei costi.

D) Area di strategie di erogazione: i progetti D1 e D2, infine, riguardano:

D.1. Corretta attribuzione delle voci di mobilità: riallocazione dalla quota per funzioni a quella di mobilità del valore del flusso T.

D.2. Riconoscimento dei costi sostenuti per i farmaci HOSP nelle voci del file F.

Per garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa perseguendo il miglioramento nella produttività e nell'efficienza nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA, si riprende, anche per l'anno corrente, il seguente impegno della Direzione aziendale:

- costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, da effettuarsi trimestralmente in via ordinaria ed in via straordinaria secondo la tempistica che sarà definita dalla Direzione Generale;

La Direzione Generale si impegna a rispettare l'obiettivo economico-finanziario assegnato e a perseguire tale obiettivo individuando e realizzando con tempestività tutte le azioni possibili a livello aziendale, assicurando, contestualmente, il rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di salute e assistenziali assegnati. L'Azienda è tenuta a applicare la normativa nazionale in materia sanitaria, con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria.

7.3 Raccordo con il Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2021 – 2023

Questa Azienda ha, fin dal 2015, adottato un compiuto sistema di valutazione che ha sistematizzato lo svolgimento delle attività connesse al ciclo della performance. I diversi Piani che si sono susseguiti hanno posto tra i principi generali e tra gli obiettivi strategici aziendali, quello dell'anticorruzione, della trasparenza e dell'integrità. Infatti l'intento legislativo realizzato con la normativa di cui alla Legge n. 190/12 e successive modifiche e integrazioni, è nella direzione di un rafforzamento dell'efficacia e della effettività delle misure di contrasto al fenomeno corruttivo inteso in senso lato, comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte del soggetto pubblico del potere affidatogli per ottenerne vantaggi privati.

Gli interventi normativi più recenti hanno delineato un ciclo integrato che garantisca la coerenza degli atti programmatori a valenza pluriennale sia strategico gestionali che amministrativo contabili. Tale integrazione infatti richiede oltre che strumenti adeguati di pianificazione, programmazione e controllo e di identificazione degli obiettivi, anche una fase di monitoraggio e controllo con una preventiva e sistemica mappatura dei processi e delle attività istituzionali.

L'effettivo ed efficace contrasto dei fenomeni corruttivi intesi in senso lato, necessitano di azioni dinamiche, soggette a continua verifica nell'ambito di un processo evolutivo e flessibile che si adatti alle esigenze e alle reazioni del sistema, valutando fattibilità ed impatto degli obiettivi previsti e assegnati.

In questo quadro si ribadisce l'esigenza di perseguire i cinque seguenti obiettivi generali nell'ambito dei sistemi di prevenzione:

- a. ridurre le occasioni per la realizzazione di fattispecie corruttive attraverso misure di prevenzione adeguate;
- b. aumentare la capacità di individuare casi di corruzione attraverso una corretta analisi del rischio;
- c. determinare adeguate misure di prevenzione monitorando la loro applicazione e la riduzione del rischio residuo
- d. promuovere maggiori livelli di trasparenza (art 10 co.3 del D.L.gs n. 33/12), sia come strumento di prevenzione che come strumento di qualità delle prestazioni
- e. creare un contesto generale sfavorevole alla corruzione attraverso la diffusione capillare della cultura dell'integrità.

Gli obiettivi triennali, che nell'arco di vigenza del presente Piano, in relazione alla prevenzione della corruzione e trasparenza che l'Azienda si pone sono i seguenti:

- In primo luogo, lo sviluppo a tutti i livelli organizzativi di una maggiore responsabilizzazione diffusa ed una cultura consapevole circa l'importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate. L'efficacia del sistema dipende anche dalla piena e attiva collaborazione della dirigenza, del personale non dirigente e degli organi di valutazione e di controllo. In secondo luogo, il potenziamento della cultura dell'etica e della integrità in tutti i soggetti, sia dipendenti che collaboratori a vario titolo con l'Azienda, dovrà avvenire attraverso la piena attuazione delle attività formative legate anche alla diffusione e attuazione dei principi e valori contenuti nel vigente Codice di Comportamento, in azioni concrete e di immediata percezione anche esterna. L'obiettivo, su base triennale sarà quello di coinvolgere tutte le strutture aziendali, secondo la nuova organizzazione aziendale approvata con Atto Aziendale del 19/06/2020, nelle attività formative di livello generale e gli operatori delle aree di rischio in quelle specifiche, per la mappatura dei processi di area sanitaria nell'attuale periodo di emergenza COVID-19.
- Consolidamento di politiche di Trasparenza dei dati e delle attività che comprendano azioni in grado di valorizzare, accanto ai processi tradizionali di supporto aziendale, anche le risorse e le performance raggiunte dall'azienda sia in ambito gestionale che assistenziale, affiancando agli obblighi normativamente previsti anche un ampliamento nella pubblicazione dei c.d. "Dati ulteriori" ritenuti significativi, in base alla *mission* aziendale sotto il profilo della informazione e della conoscenza per il cittadino – utente, tenendo altresì conto delle recenti circolari adottate dalle varie Autorità Indipendenti nei settori di loro competenza.
- Sviluppo di una cultura del rischio capace di utilizzare le eventuali rilevate patologie del sistema come opportunità esperienziali, anche attraverso la sinergia con gli strumenti di controllo interno (contenuti nel Piano Triennale Audit 2021-2023) capaci di ridurre sensibilmente e progressivamente il rischio del verificarsi di possibili fenomeni di ingerenza fra diversi uffici e/o di eventi distorsivi e corruttivi, con il precipuo obiettivo di realizzare una logica integrata con la tematica del rischio clinico;
- Attuazione piena della formazione come elemento prioritario ed indispensabile di realizzazione della cultura dell'etica e dell'integrità, soprattutto sotto il profilo della sensibilizzazione sul conflitto di interesse

e della determinazione corretta dei rischi e delle misure di prevenzione, nonché sull'importanza degli obiettivi e dei processi volti a garantire un adeguato livello di trasparenza in relazione al ciclo della performance.

- Definizione a livello direzionale di politiche di rotazione del personale che tengano conto anche della specificità delle professioni sanitarie, nel quadro di una valorizzazione di capacità e professionalità acquisite e di potenzialità da sviluppare. Tutto ciò anche applicando il Regolamento Aziendale vigente e contemperando esigenze di continuità dell'azione amministrativa e valorizzazione delle competenze, con quelle di evitare situazioni di distorto utilizzo delle funzioni svolte.

In considerazione di tanto, ciascuna U.O.C. nell'ambito della performance organizzativa

- dovrà essere investita dell'osservanza del PTPCT, la cui disapplicazione rappresenta un illecito disciplinare, della applicazione completa delle misure di prevenzione della corruzione così come previste, anche in relazione alle mappature del rischio allegate al suddetto Piano;
- dovrà provvedere a identificare e declinare tutti i processi di afferenza, curando la mappatura delle aree di rischio e la determinazione del livello dello stesso con conseguente individuazione delle efficaci misure;
- dovrà verificare correttamente e relazionare sui risultati dell'applicazione delle misure applicate e determinare il rischio residuo;
- dovrà provvedere con tempestività e completezza, per area di competenza ad alimentare il flusso dati verso il link amministrazione trasparente, anche tenendo conto delle regole in materia di tutela della privacy, secondo le indicazioni dell'Allegato 2 al citato Piano;
- dovrà provvedere alla compilazione annuale delle dichiarazioni di conflitto di interesse, nonché al periodico aggiornamento delle informazioni in caso di eventuali variazioni di cui all'ALL 3 e ALL 4 del Piano;
- dovrà assicurare la piena disponibilità alla partecipazione alle attività formative predisposte a livello aziendale;
- dovrà fornire al RPCT tutto il supporto richiesto per l'espletamento delle diverse attività previste dalla normativa di settore.

L'intero insieme dei percorsi evidenziati per la predisposizione, attuazione e implementazione del PTPCT, vengono inseriti in forma di obiettivi nel Piano della performance, nel duplice versante della:

➤ performance organizzativa (art. 8 del d.lgs. n. 150/2009), con particolare riferimento:

- all'attuazione di piani e misure di prevenzione della corruzione, nonché alla misurazione dell'effettivo grado di realizzazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti (art. 8, comma 1, lett. b), d.lgs. n. 150/2009);
- allo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso forme di partecipazione e collaborazione (art. 8, comma 1, lett. e), d.lgs. n. 150/2009, al fine di stabilire quali risultati migliorativi riceve il rapporto con l'utenza dall'attuazione delle misure di prevenzione;

➤ performance individuale (ex art. 9, d.lgs. n. 150/2009), ove verranno inseriti:

- nel Piano della performance ex art. 10 del d.lgs. n. 150/2009, gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori nonché ai dirigenti apicali delle UU.OO. Aziendali, in base alle attività che svolgono ai sensi dell’art 16 comma 1 bis, ter, quater, D.lgs n. 165/01;
- nel Sistema di misurazione e valutazione delle performance ex art. 7 del d.lgs. n. 150/2009 gli obiettivi, individuali e/o di gruppo, assegnati al personale che opera nei settori esposti alla corruzione.

Per l’anno in corso, è attribuita a tutti i Direttori delle UU.OO. aziendali, la corretta ed **esaustiva declinazione delle attività compiute** all’ interno dei propri ambiti di responsabilità, attività propedeutica ad una completa mappatura dei processi a rischio corruttivo.

E’ attribuito come specifico obiettivo ai Direttori delle UU.OO.CC. del Dipartimento amministrativo, quello della corretta applicazione degli adempimenti previsti dalle normative di settore (D.lgs n. 33/13 e legge n. 190/12), sia come flusso dati, che come completezza della pubblicazione, che come esercizio dell’ accesso civico generalizzato, nonché la produzione di procedure e provvedimenti amministrativi, l’effettuazione di controlli e di monitoraggi, la redazione di atti regolamentari, previsti come misure di prevenzione dei fenomeni corruttivi nel PTPCT, la redazione di apposita Relazione annuale all’ RPCT, sullo stato dei rispettivi adempimenti e sulle procedure di controllo e monitoraggio.

Il costante, completo, aggiornato flusso di dati da pubblicare sul link “amministrazione trasparente”, rappresenta, poi, in capo ai medesimi responsabili, ciascuno per le proprie competenze, così come declinate nella sezione Trasparenza e nell’ Allegato 2 al presente Piano, strumento di realizzazione dell’accessibilità totale del cittadino – utente, ulteriormente rafforzato dall’ introduzione dell’ istituto del c.d. “Accesso civico generalizzato”, accanto a quello cd semplice e a quello cd documentale.

L’UOC Controllo di Gestione e Flussi Informativi Aziendali provvederà alla realizzazione del registro informatizzato degli accessi, conformemente a quanto previsto dalla Circolare n. 1/2019, emanata dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, nonché alla implementazione della informatizzazione per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione “Amministrazione trasparente” che dovrà essere oggetto nel triennio di un’attività di reingegnerizzazione. Il Responsabile della Formazione nella redazione del relativo Piano dovrà predisporre il percorso formativo suggerito dall’ RPCT in relazione alle esigenze più pregnanti per l’anno di riferimento. L’U.O. Qualità e Rischio Clinico sarà chiamata a fornire un raccordo, nella individuazione delle attività aziendali e nel processo di mappatura del rischio.

Con riferimento all’area sanitaria, **ciascun professionista**, nell’espletamento di attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione di risorse e di processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione, sponsorizzazione, **è tenuto a rendere conoscibili le relazioni e/o interessi che possano coinvolgerlo, riferibili anche ai propri parenti e affini entro il secondo grado, presentando apposite dichiarazioni** e se, di ruolo apicale provvedendo anche a valutare eventuali conflitti emersi dalle dichiarazioni dei propri collaboratori.

Nell’ambito dello svolgimento di attività di ricerca, insegnamento, produzione scientifica tutti i dirigenti sono altresì tenuti a rendere evidente l’assenza di situazioni di conflitto di interessi o la sussistenza di eventuali contributi economici esterni, con tempestività e completezza. Il Settore Risorse Umane dovrà curare la raccolta e la tenuta delle dichiarazioni, la trasmissione dei relativi elenchi al Servizio Ispettivo che dovrà, a campione effettuare i relativi controlli.

Dell’esito del raggiungimento di questi specifici obiettivi in tema di contrasto del fenomeno della corruzione individuati nel P.T.P.C.T. (e dunque dell’esito della valutazione delle performance organizzativa ed individuale) l’Azienda da specificamente conto nell’ambito della Relazione delle performance (art. 10, d.lgs. n. 150/2009), dove, a consuntivo, con riferimento all’anno precedente, sono verificati i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Dei risultati emersi nella citata Relazione, occorre tener conto, nella determinazione e/o revisione degli obiettivi anche al fine di inserire le misure correttive tra quelle per implementare/migliorare il P.T.P.C.T: - effettuando un’analisi, a cura delle strutture di controllo, per comprendere le ragioni/cause in base alle quali si sono verificati degli scostamenti rispetto ai risultati attesi;

- individuando delle misure correttive, sia in relazione alle misure c.d. obbligatorie che a quelle c.d. ulteriori, anche in coordinamento con i dirigenti in base alle attività che svolgono ai sensi dell’art. 16, commi 1 bis, ter, quater, d.lgs. n. 165/2001.

Infine, si procederà alla verifica del rispetto del divieto di *pantouflage* (Settori Provveditorato, Tecnico, Risorse umane), alla verifica in merito alla formazione delle commissioni e degli uffici di cui all' art. 35 bis del DLGS n. 165/01 per tutte le UU.OO. e all’ampia diffusione del Codice di comportamento.

7.4 Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione della performance

Il presente Piano ha lo scopo principale di assicurare elevati standard qualitativi ed economici tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa ed individuale.

Le linee di azioni in esso contenute mirano ad assicurare una migliore organizzazione del lavoro, elevati standard qualitativi ed economici delle funzioni e dei servizi, ad incentivare la qualità della prestazione lavorativa, ad incrementare l’efficienza del lavoro ed a contrastare la scarsa produttività nell’ottica della trasparenza dell’operato ed a garanzia della legalità.

La valutazione della performance, oltre che interessare l’amministrazione nel suo complesso e le unità organizzative in cui la stessa si articola, costituisce titolo, in relazione ai singoli dipendenti, per l’erogazione di premi legati al merito.

La bontà degli esiti delle strategie e degli obiettivi fissati nel Piano è fortemente dipendente dal livello di affidabilità del sistema di misurazione delle informazioni, nelle varie dimensioni di cui esso si compone, vale a dire accuratezza, rilevanza, completezza, affidabilità, tempestività, validità e verificabilità.

Le azioni volte al miglioramento del ciclo di gestione della performance sono principalmente dirette al miglioramento del livello di affidabilità complessiva del sistema di misurazione delle informazioni.

Il Piano è integrato con il “Programma triennale per la trasparenza e la integrità” di cui all’art. 10 del D.Lgs. 26 maggio 2016, n. 97, e con il Piano anticorruzione di cui alla L. 190/2012, al fine di individuare le aree chiave di misurazione del rapporto con i cittadini e fornirne la massima leggibilità di tali informazioni da parte dei vari *stakeholder*, oltre che implementare la cultura della legalità.

Inoltre, affinché la procedura del ciclo della performance possa migliorare la sua significatività e la sua attitudine a svolgere il ruolo di strumento di governo, di trasparenza e di responsabilizzazione, si individuano le seguenti azioni\attività da porre in essere per il miglioramento in esame:

- promozione della cultura aziendale della partecipazione e del coinvolgimento del personale nella definizione degli obiettivi e nell’individuazione del contributo atteso dalle strutture e dai singoli professionisti
- miglioramento dell’integrazione del ciclo della performance organizzativa e della performance individuale
- miglioramento continuo del sistema di misurazione e valutazione della performance aziendale
- promozione della cultura aziendale del Budgeting
- potenziamento del Controllo di Gestione e del Sistema Informativo Aziendale al fine di assicurare il miglioramento continuo dell’accuratezza e della tempestività dei dati periodici infra-annuali necessari, nel corso dell’esercizio di riferimento, al monitoraggio dello stato di avanzamento del grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati e di conseguenza alla possibilità di apportare eventuali correttivi
- perfezionamento del sistema informativo di contabilità analitica per centri di costo soprattutto relativamente al costo del personale e al sistema di verifica dell’allocazione delle risorse umane per centro di costo.

Il Piano della Performance sarà aggiornato annualmente in funzione degli obiettivi regionali e, nell’ottica di un miglioramento continuo delle prestazioni, verranno individuati ulteriori strumenti correttivi necessari.

8. ALLEGATI TECNICI

1. Scheda n. 1 - Analisi SWOT
2. Scheda n. 2 –Obiettivi ed indicatori
3. Scheda n. 3 - Descrizione gruppo di lavoro