



# **RELAZIONE SULLA PERFORMANCE**

## **Anno 2022**

***[art. 10 comma 1 lett. b) Decreto legislativo 27 ottobre  
2009, n. 150]***

*Decreto legislativo 25/05/2017, n. 74, recante "Modifiche al D.lgs. 27/10/2009, n. 150, in  
attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r) la legge 07/08/2015, n. 124"*

*Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica – Ufficio per la  
valutazione della Performance - Linee guida per la Relazione annuale sulla Performance –  
N. 03/2018*

## Indice

<b>1. ANALISI DEL CONTESTO .....</b>	<b>4</b>
<b>2. INFORMAZIONI GENERALI.....</b>	<b>5</b>
<b>3. LE RISORSE 2022 .....</b>	<b>7</b>
<b>4. LE RISORSE ECONOMICHE .....</b>	<b>8</b>
<b>5. RISULTATI DI ATTIVITA' .....</b>	<b>9</b>
<b>6. LE RISORSE UMANE .....</b>	<b>11</b>
<b>7. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE .....</b>	<b>13</b>
<b>8. OBIETTIVI E RISULTATI.....</b>	<b>14</b>
<b>8.1 OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO.....</b>	<b>16</b>
<b>8.2 OBIETTIVI ED AZIONI FINALIZZATE A REALIZZARE LA PIENA ACCESSIBILITA', FISICA E DIGITALE, ALLE AMMINISTRAZIONI DA PARTE DI TUTTI I CITTADINI.....</b>	<b>18</b>
<b>8.3 OBIETTIVI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO .....</b>	<b>20</b>
<b>9. OBIETTIVI IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA .....</b>	<b>21</b>
<b>10. OBIETTIVI AREA AMMINISTRATIVA .....</b>	<b>23</b>
<b>11. IL COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI.....</b>	<b>24</b>
<b>12. I RISULTATI DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE .....</b>	<b>25</b>
<b>13. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE.....</b>	<b>25</b>

---

## PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE

---

La presente *“Relazione sulla Performance”*, relativa all'anno 2022, viene predisposta in attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 Ottobre 2009 n. 150, integrato e modificato dal D. Lgs 74/2017; redatta in conformità ai principi della *soft regulation* dell'ANAC e del Dipartimento della Funzione Pubblica, con particolare riguardo alle Linee Guida n. 3 del novembre 2018 di quest'ultimo organismo.

La Relazione in parola rappresenta lo strumento attraverso cui le amministrazioni pubbliche illustrano, ovvero rendicontano, ai cittadini ed in generale a tutti coloro che sono portatori di interessi (utenti, organizzazioni di consumatori, organizzazioni del terzo settore, ecc...) i risultati ottenuti nel corso dell'annualità precedente, rispetto agli obiettivi - organizzativi ed individuali - programmati nel contesto del Piano della Performance 2022-2024. Inoltre, costituisce un momento di analisi e di riflessione sull'operato aziendale quale occasione di rilettura dei risultati concretamente ottenuti in un'ottica di miglioramento e di innovazione.

La Relazione è annualmente adottata dalla Direzione Aziendale, all'esito della procedura di valutazione della performance organizzativa delle macro-articolazioni aziendali ed individuale dei singoli operatori.

In ordine a quanto precede, occorre richiamare le modifiche introdotte in materia dall'articolo 6 del decreto-legge 09/06/2021 n.80, *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)...”*, convertito con modificazioni dalla legge del 6 agosto 2021, n.113.

La disciplina citata, ha introdotto per le PP.AA. l'obbligo di adottare, entro il 31 gennaio di ogni anno, *“Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.)”*, quale nuovo strumento di pianificazione integrata e di *governance* delle attività di competenza, tendente ad orientare la programmazione e le attività delle aziende verso le suddette finalità di *“Ripresa”*, dopo i danni economici e sociali causati dall'emergenza sanitaria da Covid-19.

In definitiva, nell'ottica del Legislatore, il Piano Integrato costituisce uno strumento funzionale alla generale re-impostazione delle attività della Pubblica Amministrazione che dovrà essere diretta a *“migliorare la qualità dei servizi ai cittadini”*, quale obiettivo posto a fondamento di dette attività, da perseguire in un'ottica complessiva di semplificazione.

Tale obiettivo risulta poi sintetizzato nel concetto di *“Valore Pubblico”* dal D.M. n. 132 del 30 giugno 2022, con cui è stato emanato il *“Regolamento recante definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione”* e che ha previsto per gli enti pubblici l'obbligo di

individuare obiettivi di "Valore Pubblico", appunto, ovvero diretti alla sua "creazione" mediante il "miglioramento del livello di benessere economico, sociale, sanitario, ambientale" a beneficio della collettività.

Nella richiamata cornice appare utile precisare che il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione, citato, costituisce oggi l'unico documento di programmazione aziendale, su base triennale, che ricomprende una serie di piani e di adempimenti - integrandoli tra loro - prima invece adottati separatamente, fra cui il Piano della Performance cui è riferita, come detto, l'odierna Relazione.

Nell'ambito della sezione "Performance" del P.I.A.O., l'Azienda ha definito gli obiettivi, gli indicatori ed i risultati attesi, rispetto ai quali è sviluppata l'attività di misurazione e valutazione dei risultati ottenuti dalle strutture assegnatarie, dai singoli dipendenti e dall'Azienda nel suo complesso.

Ai fini della trasparenza amministrativa, i documenti sin qui citati sono resi disponibili sul sito istituzionale dell'Azienda, nella sezione "Amministrazione Trasparente" sotto sezione "Performance" - "Piano Integrato di Attività e di Organizzazione".

Gli stessi documenti sono direttamente consultabili anche attraverso il seguente **link**:

<https://old.ao-garibaldi.ct.it/servizi-e-attiv/amministrazione-trasparente/performance/piano-integrato-di-attivita-e-organizzazione.aspx>

La Relazione prima della sua adozione definitiva da parte della Direzione strategica è sottoposta all'Organismo Indipendente di Valutazione ai fini della sua validazione, giusta art. 14, comma 4, lett. c) e comma 6 del D. Lgs. 150/2009 s.m.i.

\* \* \* \* \*

---

## 1. ANALISI DEL CONTESTO

---

### **Premesse**

Scopo principale della Relazione sulla Performance è quello di render conto agli *Stakeholder* ed ai cittadini in genere dei risultati conseguiti dall'Azienda in rapporto agli obiettivi programmati per ciascuna annualità.

A tal proposito, non possono non segnalarsi le variabili, non governabili della Direzione Strategica aziendale, che hanno in qualche modo inciso sul processo di assegnazione e raggiungimento degli obiettivi aziendali 2022.

Ci si riferisce: a) alle "code pandemiche" registrate nei primi mesi dell'anno 2022, tali da influenzare, per alcune unità operative sanitarie, il pieno conseguimento dell'obiettivo connesso ai valori di produzione; b) alla mancata assegnazione degli obiettivi strategici e delle pertinenti

risorse da parte del competente Assessorato della salute, verosimilmente dovuta al rinnovo del Governo regionale a seguito delle elezioni tenute durante lo stesso anno 2022 e, dunque, alla tempistica incompressibile di elaborazione della programmazione regionale secondo le scelte del nuovo governo, a sua volta condizionata dalla attività di individuazione delle risorse messe a disposizione del s.s.n. e del successivo riparto fra le regioni da parte degli Organismi nazionali; c) la scadenza di mandato dei Direttori Generali delle aziende sanitarie, prorogati nelle funzioni fino al 31 dicembre 2022, una prima volta, e successivamente, con appositi Decreti Assessoriali, fino al 30 ottobre di quest'anno nelle more dell'espletamento delle selezioni per la scelta del nuovo *management* delle aziende sanitarie, attualmente in corso.

Nonostante la contestuale incidenza dei suddetti fattori, va detto che il competente assessorato regionale ha avuto cura di sviluppare i progetti - costituenti obiettivi aziendali - legati al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.), che tanta parte rivestono sotto il profilo del miglioramento della qualità del servizio sanitario a beneficio dei cittadini.

Dal canto suo, la Direzione aziendale (pur nella forma commissariale), e nelle more della negoziazione regionale, ha in ogni caso provveduto, secondo un proprio piano di miglioramento, alla necessaria attività di elaborazione ed assegnazione degli obiettivi verso le singole strutture aziendali i cui Responsabili hanno, a loro volta, analogamente provveduto nei confronti dei dipendenti in servizio presso le stesse, sulla base del nuovo Regolamento aziendale sulla Performance, applicato a decorrere dall'annualità considerata (2022), anche in via sperimentale e con riserva di eventuale adeguamento alla luce dei risultati applicativi della prima esperienza.

Per quanto rappresentato, la negoziazione degli obiettivi aziendali 2022 si è svolta con ogni ampia riserva di sostenibilità sotto il profilo economico-finanziario, fatta eccezione per gli obiettivi ricompresi nei programmi di finanziamento del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

(P.N.R.R.), adottati in risposta alla crisi globale determinata dalla Pandemia da Covid-19.

\*\*\*\*\*

---

## 2. INFORMAZIONI GENERALI

---

L'A.r.n.a.s. Garibaldi è un'Azienda sanitaria pubblica, senza finalità di lucro, ad alto livello di specializzazione, deputata ad assicurare l'accoglienza, il conforto umano ed il trattamento clinico-assistenziale più appropriato a tutte le persone che ad essa si rivolgono per i trattamenti in emergenza/urgenza o in quanto portatrici di bisogni di salute in fase acuta nonché di patologie ad alta complessità o croniche o inguaribili.

Nella missione istituzionale dell'ARNAS riveste ruolo centrale - attribuito dalla programmazione

sanitaria regionale - l'organizzazione dei servizi di più elevato livello nel campo dell'Oncologia e dell'area Materno-Infantile.

Su tali aspetti della *mission* aziendale, oltre che sul D.E.A. di II° livello, si concentrano le strategie e le azioni della Direzione Aziendale.

L'attuale struttura organizzativa dell'Arnas Garibaldi è definita nell'atto Aziendale di cui all'art. 3 *bis* del D. Lgs. 502/92 e s.m.i., adottato con deliberazione n. 546 del 30.09.2019, modificato ed integrato con successivo provvedimento n. 16 del 09 gennaio 2020, nel rispetto del documento di riordino della rete ospedaliera approvato dalla Regione Sicilia con il D.A. n. 22 del 11 marzo 2019.

**L'Azienda è costituita da due Presidi Ospedalieri:**

- **"Garibaldi-Nesima"**, collocato nella parte nord della città di Catania, in via Palermo n. 636;
- **"Garibaldi-Centro"**, situato invece in pieno centro cittadino, in Piazza S. Maria di Gesù n. 5, ove è fissata la sede legale e dove insistono - anche - gli Uffici Amministrativi e Tecnici.

Le informazioni rese sono anche meglio illustrate nel Piano della Performance 2022-2022 contenuto nella seconda sezione del P.I.A.O. aziendale, cui si rinvia (attraverso il link sotto evidenziato) per maggiori dettagli su competenze presenti, livelli di specializzazione, articolazioni, posti letto, contesto esterno e quant'altro di eventuale interesse.

<https://old.ao-garibaldi.ct.it/servizi-e-attivit/amministrazione-trasparente/performance/piano-integrato-di-attivita-e-organizzazione.aspx>.

A seguire, la Scheda Anagrafica dell'Amministrazione:

<b>DENOMINAZIONE</b>	<i>Azienda Ospedaliera di Alta Specializzazione e di Rilievo Nazionale «Garibaldi» di Catania</i>
<b>INDIRIZZO</b>	<i>Piazza Santa Maria di Gesù, 5- 95124 Catania</i>
<b>SITO INTERNET AZIENDALE</b>	<i>www.ao-garibaldi.catania.it</i>
<b>TELEFONO</b>	<i>095 / 7591111</i>
<b>PEC</b>	<i>protocollo.generale@pec.ao-garibaldi.ct.it</i>
<b>IPA (Indice Pubbliche Amministrazioni)</b>	<i>Codice: aorn_087</i>

\*\*\*\*\*

---

### 3. LE RISORSE 2022

---

Come previsto dal D. Lgs 150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del (cessato) Piano della Performance avviene in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio. Ciò in quanto il sistema di obiettivi risulta sostenibile solo se viene garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi.

L'integrazione e il collegamento logico tra la pianificazione della performance e il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio si realizza - di norma - tramite:

- un parallelo percorso annuale di programmazione economica e finanziaria e di pianificazione delle performance;
- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei processi: dalla Contabilità Economica e Patrimoniale al Controllo di gestione, all'Organismo Indipendente di Valutazione, agli uffici ordinatori e alle singole strutture aziendali, sanitarie e non;
- l'utilizzo di strumenti integrati dei suddetti processi, primo fra tutti il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

Le criticità evidenziate al precedente punto 2 (sull'analisi di contesto), non hanno consentito la piena contestualità dei processi di programmazione economico-finanziaria e di pianificazione della Performance, anche in ragione del disallineamento dei rispettivi termini.

In vero, fermo restando quanto sopra, alla luce delle Linee Guida elaborate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, ciò che tuttavia occorrerà verificare non è tanto la contestualità dei processi quanto la loro coerenza. In quest'ottica, richiamato l'obiettivo contrattuale fondamentale dell'equilibrio economico di bilancio assegnato dalla Regione alla Direzione Generale (il cui mancato conseguimento determina la decadenza dello stesso) che necessariamente definisce i confini entro i quali può realizzarsi la programmazione aziendale, può ulteriormente evidenziarsi che l'A.r.n.a.s Garibaldi provvede alla relativa attività programmatica, sulla base dell'ordinario sistema autorizzativo delle spese (ad esempio, per beni e servizi), funzionale alla verifica, sia, delle risorse effettivamente disponibili, il cui ammontare costituisce già limite di spesa per gli uffici ordinatori, sia, della compatibilità di essa in relazione a quanto oggetto di pianificazione.

\*\*\*\*\*

#### 4. LE RISORSE ECONOMICHE

Si illustrano di seguito le informazioni rilevanti di carattere economico-finanziario, rispetto alle quali va evidenziato che l'Azienda ha rispettato l'equilibrio economico concordato con l'Assessorato regionale della Salute, restando in linea con gli obiettivi di controllo e contenimento della spesa.

L'ultimo bilancio, 2022, mostra un utile di esercizio di € 31.025.

Dal prospetto risulta altresì una importante differenza sui valori di produzione nel confronto con l'annualità precedente, così come in dettaglio nel prospetto relativo ai Valori di Produzione.

VOCI DI BILANCIO	ANNO 2022 [€.]	ANNO 2021 [€.]	Δ 2022-2021
(A) VALORE DELLA PRODUZIONE	281.428.269	293.594.010	-12.165.741
(B) COSTI DELLA PRODUZIONE	283.630.889	282.206.823	1.424.066
(C) PROVENTI ED ONERI FINANZIARI	-55.027	-114.834	59.807
(D) RETTIFICHE DI VALORI DI ATTIVITA' FINANZIARIE	0	0	0
(E) PROVENTI ED ONERI STRAORDINARI	12.028.075	-1.503.825	13.531.899
<b>RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)</b>	<b>9.770.426</b>	<b>9.768.528</b>	<b>1.899</b>
IMPOSTE	9.739.402	9.716.298	23.103
<b>UTILE DI ESERCIZIO</b>	<b>31.025</b>	<b>52.230</b>	<b>-21.205</b>

➤ **Dettaglio dei Valori di Produzione.** Raffronto 2021 / 2022

VALORE DELLA PRODUZIONE	ANNO 2022 [€.]	ANNO 2021 [€.]	Δ 2022-2021	
			[€.]	[%]
Contributi in c/esercizio	112.941.494	126.108.856	-13.167.362	-10,44%
Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-6.686.071	-450.000	-6.236.071	1385,79%
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	1.221.834	2.047.176	-825.342	-40,32%
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	159.467.216	151.692.055	7.775.161	5,13%
Concorsi, recuperi e rimborsi	2.796.318	3.580.366	-784.049	-21,90%
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	1.695.588	1.499.813	195.775	13,05%
Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	9.425.609	8.633.583	792.025	9,17%
Altri ricavi e proventi	566.282	482.161	84.120	17,45%

In merito alla superiore tabella il valore maggiore è rappresentato dalla voce ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie, con un aumento percentuale del 5,13% rispetto all'anno precedente.

➤ **Costi della Produzione**

COSTI DELLA PRODUZIONE	ANNO 2022 [€.]	ANNO 2021 [€.]	Δ 2022-2021	
			[€.]	[%]
Costi della gestione corrente riferiti al costo del personale	124.202.297	117.312.224	6.890.073	5,87%
Costi della gestione corrente riferiti all'acquisto di beni (sanitari e non sanitari)	84.030.654	79.557.995	4.472.659	5,62%
Costi della gestione corrente riferiti all'acquisto di servizi sanitari	24.864.728	32.164.620	-7.299.892	-22,70%
Costi della gestione corrente riferiti all'acquisto di servizi non sanitari	22.293.160	21.601.672	691.488	3,20%
Costi della gestione corrente riferiti alla manutenzione e riparazione	5.636.348	7.456.075	-1.819.728	-24,41%
Ammortamenti e accantonamenti	18.490.055	21.656.810	-3.166.755	-14,62%
Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0	0	0	0,00%
Variazione delle rimanenze	63.835	-46.205	110.039	-238,16%
Oneri diversi di gestione e godimento beni di terzi	4.049.813	2.503.630	1.546.183	61,76%

\*\*\*\*\*

---

## 5. RISULTATI DI ATTIVITA'

---

Sul fronte dell'attività sanitaria erogata, i risultati raggiunti nell'anno 2022 sono rappresentati attraverso le tabelle di seguito riportate, nel raffronto con gli anni precedenti.

➤ **Accessi e Prestazioni di Pronto Soccorso**

Accessi	Pronto Soccorso Generale				Pronto Soccorso Ostetrico				Pronto Soccorso Pediatrico			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Codice bianco	1.712	860	555	652	514	609	536	252	1.113	667	590	643
Codice verde	33.867	25.287	28.574	29.480	11.342	9.758	10.653	11.145	30.430	14.775	19.370	28.090
Codice giallo	28.611	16.095	13.089	9.612	1.002	955	1.036	713	2.629	1666	2.048	1098
Codice rosso	2.260	1.636	1.799	1.377	3	4	6	6	12	11	15	11
<b>Totale 12 mesi</b>	<b>66.450</b>	<b>43.878</b>	<b>44.017</b>	<b>41.121</b>	<b>12.861</b>	<b>11.326</b>	<b>12.231</b>	<b>12.116</b>	<b>34.184</b>	<b>17.119</b>	<b>22.023</b>	<b>29.842</b>

Tali accessi hanno comportato il seguente numero di prestazioni a beneficio degli utenti

Prestazioni	Pronto Soccorso Generale				Pronto Soccorso Ostetrico				Pronto Soccorso Pediatrico			
	Anno	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021
<b>Totale 12 mesi</b>	<b>905.417</b>	<b>690.270</b>	<b>757.574</b>	<b>736.918</b>	<b>56.862</b>	<b>55.533</b>	<b>64.352</b>	<b>71.118</b>	<b>93.987</b>	<b>53.979</b>	<b>72.275</b>	<b>99.415</b>

Il confronto tra i diversi anni testimonia una diminuzione della "pressione" assistenziale a carico del Pronto Soccorso Generale, legata alla presenza di altre strutture con P.S. generale, limitrofe all'Azienda, grazie alla politica sanitaria attuata dal Governo regionale che consente, oggi, una migliore qualità dell'assistenza a carattere di emergenza-urgenza. Sostanzialmente stabile, invece, l'attività del P.S. Ostetrico, mentre le oscillazioni che si registrano nei dati del P.S. Pediatrico sono verosimilmente legate all'annuale andamento epidemiologico.

➤ Attività Ambulatoriale

	2020	2021	2022
<b>Valore prestazioni</b>	<b>17.529.688</b>	<b>20.557.698</b>	<b>22.334.950</b>
<b>Numero prestazioni</b>	<b>1.189.262</b>	<b>1.385.091</b>	<b>1.468.548</b>

Con riguardo all'attività ambulatoriale, la tabella espone un andamento crescente delle prestazioni richieste e rese ai diversi utenti, a dimostrazione della attrattività della struttura, grazie ai medici specialisti che vi operano.

➤ Indicatori di Attività Ospedaliera

ANNO 2022	Regime ORDINARIO						Regime DAY HOSPITAL				Regime DAY SERVICE		
	Ricoveri	Dimessi	Giornate degenza	Indice occup	Degenza media	Casi chir.	Ricoveri	Accessi	Indice occup	Casi chir.	Ricoveri	Accessi	Casi chir.
<b>P.O. Garibaldi - Centro</b>	3.889	3.703	42.111	75,11	10,83	1469	733	6.113	69,03	274	1.120	2.875	222
<b>P.O. Garibaldi - Nesima</b>	15.516	15.703	108.941	87,94	7,02	6.926	4.380	13.421	65,40	2.655	9.061	27.118	5.079
<b>Totale Azienda</b>	<b>19.405</b>	<b>19.406</b>	<b>151.052</b>	<b>83,93</b>	<b>7,79</b>	<b>8.395</b>	<b>5.113</b>	<b>19.534</b>	<b>66,55</b>	<b>2.929</b>	<b>10.181</b>	<b>29.993</b>	<b>5.301</b>

I ricoveri in regime ordinario nell'anno 2022 risultano essere pari a 19.405 - a fronte dei 19.118 registrati nell'anno 2021 - cui sono corrisposte 151.052 giornate di degenza, rispetto alle 147.009 dell'anno precedente.

I dati Economici relativi alla superiore attività sanitaria, registrati al 4° trimestre 2022, nel confronto con l'anno precedente, risultano essere i seguenti:

<b>DATI ECONOMICI</b> <b>4° TRIMESTRE 2021_2022</b>		<b>ARNAS GARIBALDI</b>			
<b>Produzione</b>	<b>ANNO 2021</b>	<b>ANNO 2022</b>	<b>Variazione assoluta</b>	<b>Variazione %</b>	
Ricoveri ordinari	€ 76.070.045	€ 78.008.631	€ 1.938.586	2,55%	
Ricoveri DH	€ 5.622.909	€ 7.038.089	€ 1.415.179	25,17%	
SDAO	€ 6.074.097	€ 6.972.606	€ 898.509	14,79%	
Prestazioni Ambulatoriali per esterni (Flusso C)	€ 20.560.385	€ 22.334.995	€ 1.774.610	8,63%	
Prestazioni Sanitarie a pagamento	€ 933.081	€ 702.276	-€ 230.805	-24,74%	
Ricavi per Cessione Sangue alle altre UU.OO. dell'Azienda	€ 2.163.873	€ 2.145.606	-€ 18.267	-0,84%	
<b>Totale produzione</b>	<b>€ 111.424.391</b>	<b>€ 117.202.202</b>	<b>€ 5.777.812</b>	<b>5,19%</b>	
<b>Rimborso farmaci</b>	<b>ANNO 2021</b>	<b>ANNO 2022</b>	<b>Variazione assoluta</b>	<b>Variazione %</b>	
Farmaci File T	€ 8.556.025	€ 10.218.876	€ 1.662.851	19,43%	
Farmaci File F	€ 29.945.661	€ 30.305.570	€ 359.908	1,20%	
<b>Totale rimborso farmaci</b>	<b>€ 38.501.686</b>	<b>€ 40.524.446</b>	<b>€ 2.022.759</b>	<b>5,25%</b>	
<b>TOTALE RICAVI</b>	<b>€ 149.926.077</b>	<b>€ 157.726.648</b>	<b>€ 7.800.571</b>	<b>5,20%</b>	

\*\*\*\*\*

## 6. LE RISORSE UMANE

Si riportano qui di seguito i dati relativi al personale in servizio all'ARNAS Garibaldi, al 31 dicembre di ogni anno, con riferimento all'ultimo triennio 2020/2022:

<b>Andamento Personale in servizio</b>		
<b>Anno</b>	<b>Categoria</b>	<b>Totale</b>
<b>2020</b>	Dirigenti Medici	496
	Dirigenti non Medici	47
	Comparto	1.456
	<b>Tot.</b>	<b>1.999</b>
<b>2021</b>	Dirigenti Medici	513
	Dirigenti non Medici	52
	Comparto	1.482
	<b>Tot.</b>	<b>2.047</b>
<b>2022</b>	Dirigenti Medici	538
	Dirigenti non Medici	52
	Comparto	1.527

	<b>Tot.</b>	<b>2.117</b>
--	-------------	--------------

Dai dati in tabella si evince un incremento nell'ultimo anno del numero complessivo di dipendenti, sia per il personale della dirigenza medica che per quello del comparto, grazie in particolar modo allo sblocco - e relativa conclusione - delle procedure concorsuali nonché all'attivazione delle procedure di stabilizzazione.

A seguire, il dettaglio del personale in servizio al 31/12/2022 per rapporto di lavoro e per tipologia di ruolo e profilo:

<b>Personale al 31/12/2022</b>	Tempo Indeterminato	1.895
	Tempo Determinato	222
	<b>Totale dipendenti</b>	<b>2.117</b>

<b>Personale al 31/12/2022</b>	Dirigenza Medica Tempo Indeterminato	512
	Dirigenza Sanitaria Tempo Indeterminato	33
	Dirigenza PTA Tempo Indeterminato	17
	Comparto Tempo Indeterminato	1333
	<b>TOTALE TEMPO INDETERMINATO</b>	<b>1895</b>
	Dirigenza Medica Tempo Determinato	26
	Dirigenza Sanitaria Tempo Determinato	0
	Dirigenza PTA Tempo Determinato	2
	Comparto Tempo Determinato	194
	<b>TOTALE TEMPO DETERMINATO</b>	<b>222</b>
	<b>TOTALE DIPENDENTI</b>	<b>2.117</b>

Alla luce dell'incremento riportato alla data del 31/12/2022, è da precisare che la crescita del valore numerico è dovuta più che altro all'incremento del personale a tempo determinato.

\*\*\*\*\*

---

## 7. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE

---

Le amministrazioni pubbliche svolgono un ruolo propositivo e propulsivo ai fini della promozione e attuazione del principio delle pari opportunità e della valorizzazione delle differenze nelle politiche del personale, attraverso la rimozione di forme esplicite ed implicite di discriminazione, l'individuazione e la valorizzazione delle competenze delle lavoratrici e dei lavoratori. In tal senso, in base alle disposizioni di cui all'art. 57 del D. Lgs. 165/2001 s.m.i. ed in coerenza con le Linee Guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, di cui alla Direttiva PCM del 4/3/2011 emanata congiuntamente dal Ministero per la Pubblica Amministrazione e dal Ministero per le Pari Opportunità, l'ARNAS Garibaldi ha provveduto alla nomina del Comitato Unico di Garanzia (CUG) con deliberazione n. 831 del 17 dicembre 2019.

Di seguito, si riporta l'analisi effettuata sul personale dipendente in servizio al 31/12/2022, relativamente all'analisi di genere e al benessere organizzativo.

<b>Personale in servizio Anno 2022</b>			
<b>Categoria</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>Totale</b>
Dirigenti Medici	276	262	538
Dirigenti non Medici	36	16	52
Comparto	908	619	1527
<b>TOTALE</b>	<b>1.220</b>	<b>897</b>	<b>2.117</b>
<b>Analisi di genere</b>			
<b>Indicatori</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>Totale</b>
Età media del personale (anni)	48,40	49,99	49,08
- di cui dirigenti (anni)	51,90	49,03	51,05

- di cui comparto (anni)	48,42	49,31	49,78
Dipendenti in possesso di laurea	612	450	1062
Dirigenti in possesso di laurea o specializzazione	312	278	590

<b>Benessere Organizzativo</b>	
<b>Indicatori</b>	<b>Valori</b>
Media giorni di ferie	31,84
Media giorni di assenza per malattia retribuita	14,04
Media giorni di formazione dei dirigenti	1,07

Il prospetto di cui sopra evidenzia una presenza femminile in azienda pari al 57,62% del personale complessivo, quindi prevalente, rispetto al personale maschile che rappresenta il 42,37% del totale.

Come si evince, l'età media del personale in servizio è pari a 49 anni, risultando, fra i dirigenti, più elevata quella femminile.

\*\*\*\*\*

---

## 8. OBIETTIVI E RISULTATI

---

### **Cenni Preliminari.**

Come ampiamente già rappresentato, la finalità dell'odierna Relazione è quella di portare a conoscenza degli utenti del servizio sanitario e degli *Stakeholder* in generale i risultati ottenuti dall'Azienda nel suo complesso e dalle singole Unità Operative, rispetto agli obiettivi programmati annualmente.

In questa sede, è opportuno ricordare che gli obiettivi strategici aziendali (di lungo periodo), sono declinati in obiettivi operativi annuali, assegnati alle diverse strutture aziendali. I risultati ottenuti a fine anno individuano la performance di ciascuna di esse. Gli stessi risultati sono riportati più in dettaglio nelle schede allegate alla presente Relazione.

Nel corpo del documento, comunque, si provvede a descrivere i risultati dei principali obiettivi, di portata più generale, con particolare riguardo agli obiettivi di Valore Pubblico ed all'Anticorruzione.

A tal proposito, si ritiene opportuno richiamare, brevemente, le novità previste in materia dal

D.L. 80/2021 che, all'indomani dell'emergenza sanitaria determinata a livello mondiale dalla pandemia da Covid-19, ha dettato *"Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (P.N.N.R.)..."* introducendo - fra le altre misure ed in funzione della ripresa e riorganizzazione delle attività degli enti della Pubblica Amministrazione - il documento unico di programmazione triennale denominato *"Piano Integrato delle Attività e di Organizzazione"* (P.I.A.O.).

Più in dettaglio, l'art. 6 del suddetto decreto-legge ha introdotto per le PP.AA. l'obbligo di adottare il suddetto Piano entro il 31 gennaio di ogni anno, quale nuovo strumento di pianificazione integrata e di *governance* delle attività di competenza, allo scopo dichiarato di *"...assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso"*.

Il Piano in questione a partire dall'anno 2022 racchiude in sé, integrandoli fra loro, una serie di altri Piani e documenti prima adottati separatamente - fra cui il Piano della Performance, cui fa riferimento l'odierna Relazione - al fine di garantire la massima semplificazione; sostenere una visione integrata e complessiva delle diverse attività di programmazione; garantire la qualità e la trasparenza dei servizi per cittadini e imprese e la progressiva reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs 150/2009 e della Legge 190/2012.

Successivamente, il Legislatore ha adottato il *"Regolamento recante definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione"*, di cui al D.M. n. 132 del 30 giugno 2022, che ha previsto per gli enti pubblici l'obbligo di individuare, fra gli altri, obiettivi di *"Valore Pubblico"*, ovvero diretti alla sua "creazione" mediante il *"miglioramento del livello di benessere economico, sociale, sanitario, ambientale"* a beneficio della collettività.

Occorre anche, ed infine, precisare che il miglioramento del livello di benessere sanitario e, in tal senso, la produzione di Valore Pubblico cui deve tendere (anche) l'attività del servizio sanitario, costituisce la naturale finalità degli obiettivi regionali, prima, e delle singole aziende, poi.

Per tale ragione, gli obiettivi di Valore Pubblico di cui si discute risultano in buona parte anche coincidenti con gli obiettivi generali e/o con quelli di Salute e di funzionamento normalmente derivanti dalla attività di programmazione regionale ed assegnati alle singole aziende sanitarie.

A questo punto, per una disamina puntuale dell'insieme degli obiettivi si rinvia al P.I.A.O. aziendale 2022-2024, riscontrabile al seguente link: <https://old.ao-garibaldi.ct.it/servizi-e->

\*\*\*\*\*

## 8.1 OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO

OBIETTIVO STRATEGICO	Risultati Attesi	Target 2022-2024
<p><b>1. Tempestività e Appropriatelyzza rispetto ai Bisogni di Salute del cittadino / Utente (Benessere Sanitario)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa (prenotazioni / erogazione) previsti dal Piano Nazionale e dal Piano Regionale</li> <li>• Piano Nazionale Esiti: <b>1.</b> Colicistectomia Laparoscopica; <b>2.</b> Frattura Femore <i>over</i> 65; <b>3.</b> Parti Cesarei.</li> </ul>	<p>Rispetto tempi di attesa (secondo i codici di priorità) sia per le prestazioni ambulatoriali che per i ricoveri programmati.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dimissione dei pazienti dopo intervento di Colicistectomia per via Laparoscopica entro giorni 0 - 3 dall'intervento;</li> <li>2. Intervento su pazienti <i>over</i> 65 affetti da frattura del femore entro giorni 2 dal ricovero;</li> <li>3. Riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su donne non precesarizzate.</li> </ol>

### ◆ Risultati:

**a.** L'obiettivo della Tempestività e dell'appropriatezza delle prestazioni richieste dagli assistiti, è stato assegnato alla stragrande maggioranza delle Unità Operative aziendali, sia mediche, sia chirurgiche, unitamente al "recupero delle liste di attesa".

La misurazione dei relativi risultati condotta sul livello di raggiungimento dello stesso, attesta che le 16 unità operative assegnatarie hanno conseguito pienamente l'obiettivo, e con esse l'Azienda, ottenendo il risultato atteso per l'anno 2022, ferma restando la necessità del suo ulteriore miglioramento negli anni a seguire come previsto dal relativo Piano triennale;

**b.** Come risulta dalla superiore tabella (risultati attesi), nel contesto dello stesso macro-obiettivo il Piano ha previsto anche le attività indicate dal "*Piano Nazionale Esiti*" giacché essi rispondono, in termini di benessere sanitario, alla stessa logica della tempestività e della appropriatezza delle prestazioni.

[[[Considerata la natura informativa del documento, appare utile fornire i seguenti chiarimenti:

Il Piano Nazionale Esiti è sviluppato da AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) su mandato del Ministero della Salute, ai sensi della Legge 7 agosto 2012, n. 135, che pone in capo a detta Agenzia le "*funzioni di valutazione degli "Esiti delle prestazioni assistenziali e delle procedure medico-chirurgiche" nell'ambito del Servizio sanitario nazionale*", in un'ottica di miglioramento continuo dello stesso. Nello svolgimento dei propri compiti la citata

Agenzia individua gli ambiti assistenziali, che si traducono in obiettivi da conseguire, da sottoporre a monitoraggio ed elabora, a tal fine, una serie di "indicatori" e di parametri sulla base dei quali formulare le valutazioni di competenza]]]]].

Tanto precisato, gli obiettivi Regionali previsti dal Piano Nazionale Esiti, già sviluppati durante le annualità precedenti, sono stati mantenuti dall'Azienda anche per l'anno 2022.

Di seguito si descrivono dunque gli obiettivi previsti dal Piano citato ed i risultati ottenuti dall'Azienda:

**a) Frattura del Femore.** *L'obiettivo prevede - a favore dei pazienti maggiori di 65 anni di età, affetti da frattura del femore - la garanzia dell'intervento chirurgico entro due giorni dal ricovero al pronto soccorso;*

**b) Parti Cesarei.** *L'obiettivo mira alla riduzione dei parti cesarei praticati su donne non precesarizzate;*

**c) Colecistectomia Laparoscopica.** *L'obiettivo mira, nell'interesse dei pazienti, a conseguire il risultato della loro dimissione entro 3 giorni dall'intervento.]]]*

**I relativi risultati attesi e conseguiti:**

Area	Obiettivo	Risultato Atteso	Risultato Conseguito
Parti cesarei	Riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate	<= 25%	23,49 % (tasso grezzo)
Frattura del femore	Tempestività dell'intervento per frattura di femore over 65 entro un intervallo di tempo 0-2 gg	94,3%	84,38 % (tasso grezzo)
Colecistectomia laparoscopica	Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 gg	95,3%	92,82% (tasso grezzo)

\*\*\*\*\*

Obiettivo Strategico	Risultati Attesi	Target 2022-2024
<b>2. Ammodernamento Strutture Edilizie</b> <b>nessere Sanitario / Sociale / Ambientale)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La Realizzazione di nuove Strutture edilizie in grado di innalzare il livello qualitativo, sotto l'aspetto del confort, dell'accessibilità, della tempestività della risposta sanitaria e della sicurezza a beneficio degli utenti.</li> <li>Agli stessi fini, ammodernamento delle altre strutture edilizie.</li> </ul>	Avvio delle attività necessarie e messa a regime.

**Risultati:** l'Obiettivo di che trattasi è stato pienamente conseguito. Esso rappresenta uno dei più importanti per l'Azienda e soprattutto per gli utenti che a partire dall'aprile 2022 - presso il P.O.

Garibaldi Centro - possono usufruire di una nuova struttura dedicata all'emergenza / urgenza, in grado di assicurare le relative prestazioni nel rispetto dei tempi previsti dalla tipologia di assistenza ed in ambiente moderno e confortevole, progettato e realizzato nel rispetto di tutte le norme previste in materia di sicurezza, sostenibilità ambientale e risparmio energetico.

Sempre nell'area del suddetto Presidio, l'Azienda ha previsto, grazie al sostegno dell'Assessorato della Salute, la realizzazione di un ulteriore edificio, denominato "Il Plesso" da destinare alle degenze ordinarie. A tal fine, ha già espletato (maggio 2022) la gara per l'affidamento dei servizi di ingegneria per la progettazione e direzione dei lavori, prevedendo di definire l'approvazione tecnica ed amministrativa del progetto nel corso del corrente anno.

\*\*\*\*\*

## 8.2 OBIETTIVI ED AZIONI FINALIZZATE A REALIZZARE LA PIENA ACCESSIBILITA', FISICA E DIGITALE, ALLE AMMINISTRAZIONI DA PARTE DI TUTTI I CITTADINI

### ◆ Obiettivi Accessibilità Digitale

Come già evidenziato nella sezione del P.I.A.O. relativa al Piano della Performance, l'Arnas Garibaldi aderisce al Programma regionale di intervento denominato "*Sanità Digitale della Regione Siciliana*". Tale programma, in corso di sviluppo, in coerenza con gli investimenti previsti dal "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza" (PNRR), prevede la realizzazione di obiettivi finalizzati all'innalzamento del livello del benessere sanitario e sociale a beneficio dei cittadini utenti e degli Stakeholder in generale.

In proposito l'Azienda, come illustrato nel Piano della Performance, ha previsto di realizzare nell'anno 2022 i seguenti obiettivi:

Obiettivo Strategico	Risultati Attesi	Target 2022 - 2024
<p><b>A) Sviluppo e Innovazione in ambito tecnologico e dei sistemi ICT</b></p> <p><b>P.N.R.R.</b></p>	<p>Implementazione delle infrastrutture di comunicazione sia locali (Lan) che geografiche (Wan) mediante avvio dei Piani Operativi per le centrali telefoniche e dei piani esecutivi relativi alle reti locali.</p>	<p><b>2022:</b> avvio delle attività previste dal Piano Operativo di cui alla deliberazione 690/2022 e dal Piano esecutivo di cui alla deliberazione 908/2022</p> <p><b>2023:</b> Completamento e messa a regime degli Interventi.</p>
<p><b>B) Reingegnerizzazione / Digitalizzazione dei Processi</b></p> <p><b>P.N.R.R.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ammodernamento Parco Tecnologico e Digitale Ospedaliero (Missione 6 PNRR).</li> <li>➤ Digitalizzazione Strutture Ospedaliere DEA di Livello I e II.</li> <li>➤ Sistema Informatico ed Informativo Integrato Gestione dei Processi sanitari medico assistenziali</li> </ul>	<p><b>2022:</b> avvio delle attività previste;</p> <p><b>2023:</b> Completamento e messa a regime degli Interventi..</p>

	Aziendali - SIO. Implementazione nuovo SIO: ( <i>F.S.E.; Cartella Clinica Informatizzata; informatizzazione PDTA; dematerializzazione documentazione sanitaria e Amministrativa; interoperabilità tra i sistemi informativi aziendali con quelli regionali / nazionali.</i> )	
<b>C) Sistemi di Supporto agli Assistiti e Visitatori</b>	<p>Evoluzione dei Sistemi di interazione soprattutto in mobilità (app) e utilizzo dei sistemi di rilevazione (anche da remoto) dei parametri vitali e clinici.</p> <p>Implementazione sportelli automatici, Totem multifunzione, sistemi di accoglienze tagliacode, geolocalizzazione assistiti e navigazione indoor assistita.</p>	<p><b>2022:</b> avvio delle attività previste;</p> <p><b>2023:</b> Completamento e messa a regime degli Interventi..</p>

◆ **Risultati:**

**A. Sviluppo e Innovazione in ambito tecnologico e dei sistemi ICT:** l'obiettivo prevedeva l'avvio delle attività necessarie alla realizzazione delle nuove infrastrutture tecnologiche (da finanziare attraverso i fondi dedicati del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.) entro il 2022.

I Risultati attesi (meglio descritti nel superiore prospetto) sono stati raggiunti, come risulta dall'attività di collaudo della rete locale di collegamento dei dispositivi informativi (c.d. Lan), giusta documento del competente servizio, n° 1351 del 08.11.2022. Analogamente è stato anche già eseguito il collaudo dell'intervento relativo alle nuove centrali telefoniche "Voip" (documento del servizio informatico n° 104 del 2001.2023).

**B. Reingegnerizzazione / Digitalizzazione dei Processi (Ammodernamento Parco Tecnologico e Digitale Ospedaliero):** Precisato che il previsto ammodernamento risulta particolarmente utile ai fini del miglioramento della accessibilità, da parte degli assistiti e degli operatori, ai servizi sanitari ed alla propria storia sanitaria, il citato obiettivo si prefigge di ottenere un Sistema Informatico ed Informativo Ospedaliero (c.d. SIO) Integrato attraverso il quale l'Azienda darà pieno sviluppo alla "*Cartella Clinica Informatizzata*", alla informatizzazione dei "*Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali*" (c.d. PDTA), alla "*Dematerializzazione*" della documentazione sanitaria e amministrativa, alla "*Interoperabilità tra i Sistemi aziendali con quelli regionali e nazionali*".

I predetti obiettivi, per la parte relativa ai target programmati per l'anno 2022, sono stati conseguiti atteso che, come previsto, in relazione alle diverse attività risultano prodotti e adottati i relativi atti: contratto di appalto del 16.02.2022; verbale di avvio della attività propedeutiche, in data 28.02.2022, deliberazioni n. 690 del 13.05.2022, n. 1317 del 25.10.2022 e n. 1508 del 06.12.2022.

### C. Sistemi di Supporto agli Assistiti e Visitatori

Ai fini del miglioramento del livello di accessibilità e della qualità dei servizi sanitari erogati in favore degli utenti, questo obiettivo mira a realizzare sistemi di rilevazione dei parametri vitali e clinici, anche a distanza, oltre che lo sviluppo di sportelli automatici in grado garantire la riduzione dei tempi di attesa e di accesso (tagliacode).

Le attività necessarie, da avviare entro l'anno 2022, hanno subito un leggero slittamento, essendo state invero avviate con la deliberazione n. 495 del 27.04.2023. Entro quest'anno, comunque, il Piano di sviluppo prevede il completamento e messa a regime di ogni tipo di attività prevista.

\*\*\*\*\*

#### ◆ 2 Obiettivi Accessibilità Fisica

Obiettivo Strategico	Risultati Attesi	Target	Responsabilità
<b>Riqualificazione Ambientale del P.O. di Nesima</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Interventi di Manutenzione per la riqualificazione complessiva finalizzata al miglioramento dell'accessibilità e fruibilità delle strutture.</li></ul>	<b>2022:</b> Realizzazione degli interventi di Manutenzione;	UU.OO.  Tecnico / Provveditorato

Fra gli altri interventi, l'Azienda ha anche programmato la complessiva riqualificazione ambientale del P.O. di Nesima, in un ottica di miglioramento complessivo dei servizi, anche in vista del suo collegamento con la prossima fermata del nuovo tracciato della Metropolitana catanese. Gli interventi più significativi, a tal fine, sono stati invero previsti per gli anni 2023 - 2024 (come da Piano della Performance), mentre per l'anno 2022 erano stati programmati interventi di manutenzione di natura funzionale, aventi carattere di urgenza ed indifferibilità, atteso che le difficoltà di Bilancio, che hanno caratterizzato la suddetta annualità, conseguenti al noto periodo pandemico, hanno impedito all'Azienda di recuperare le risorse necessarie alla "complessiva" Riqualificazione Ambientale del P.O. di Nesima. L'auspicio è di poter raggiungere gli ulteriori *target* descritti nel Piano della Performance per gli anni seguenti, tuttavia condizionati dalla disponibilità delle risorse necessarie.

\*\*\*\*\*

### 8.3 OBIETTIVI DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO

#### ◆ “Monitoraggio Ex Ante ed Ex Post Dei Tempi Di Attesa”

Il monitoraggio dei tempi di attesa ha rappresentato, costituisce un obiettivo costante dell'Azienda in un ottica di miglioramento continuo dei servizi in favore degli utenti.

**Con riguardo alle Prestazioni Ambulatoriali**, l'obiettivo prevede due tipologie di Monitoraggio svolto su due momenti: ex ante ed ex post.

La prima tipologia (ex ante) tende a verificare il rapporto tra il numero delle prestazioni "richieste" ed il numero totale delle prestazioni effettivamente "prenotate" nel rispetto dei tempi di attesa individuati dalle classi di priorità previste, vale a dire: classe di priorità "B" (Breve, da eseguire entro 10 giorni); "D" (differibile, da eseguire entro 30 o 60 giorni, a seconda che si tratti di visite o di esami diagnostici strumentali) e "P" (programmabile, da eseguire entro 120 giorni).

La seconda tipologia (ex post), invece, misura le prestazioni ambulatoriali effettivamente "erogate" nel rispetto dei tempi previsti dalle citate classi di priorità: "B", "D" e "P".

**Con riguardo alle Prestazioni Chirurgiche**, nell'anno 2022, l'Azienda ha monitorato i tempi di attesa relativi alle prestazioni erogate in regime di ricovero con classe di priorità "A", vale a dire, in questo caso, dei ricoveri da garantire entro 30 giorni, in ragione della possibilità di aggravamento della patologia sofferta dall'utente.

Ora, l'Obiettivo concernente il rispetto dei relativi tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali - con Monitoraggio "ex Ante" - è stato assegnato a n. 16 Unità Operative. Quello invece con Monitoraggio "ex Post" è stato attribuito a 9 Unità Operative.

Per quanto concerne l'attività di ricovero, particolarmente finalizzato all'esecuzione degli interventi, è stato attribuito a n. 3 strutture chirurgiche.

**Risultati:** L'obiettivo del Rispetto dei tempi di attesa, riferito alle prestazioni ambulatoriali con monitoraggio "ex Ante", è stato raggiunto dalle 16 Unità Operative assegnatarie. Lo stesso obiettivo, con monitoraggio "ex post", è stato anch'esso conseguito da tutte le strutture interessate.

Per le prestazioni di ricovero delle 3 strutture assegnatarie, solo una di esse ha conseguito parzialmente l'obiettivo.

\*\*\*\*\*

---

## 9. OBIETTIVI IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA (Area Sanitaria)

---

### ◆ Recupero Liste di Attesa

**Indicatore:** *"Recupero delle prestazioni ambulatoriali e/o ricoveri presenti nelle rispettive liste di*

*attesa (Ore effettuate / Ore assegnate) entro il 31.12.2022, secondo le indicazioni aziendali e nel rispetto del bilanciamento dell'attività istituzionale verso quella di recupero"*

Il noto problema delle liste di attesa, connesse alla differenza tra la domanda di cure e la possibilità di offerta da parte delle aziende, ha indotto l'Arnas Garibaldi a mantenere annualmente l'obiettivo di recupero delle liste di attesa anche per il 2022, tenuto conto delle "code" derivanti dal pregresso stato di pandemia.

Al fine di garantire lo smaltimento delle liste di attesa, l'obiettivo in parola ha previsto: **a)** il ricorso a "prestazioni aggiuntive" rispetto alle ordinarie attività di competenza delle singole strutture assistenziali; **b)** l'apertura delle strutture ambulatoriali in orari e spazi incrementali, rispetto alla ordinaria programmazione; **c)** l'aumento dell'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini; **d)** l'incremento delle sedute operatorie ed **e)** il rispetto del bilanciamento dell'attività istituzionale verso quella dedicata al recupero.

Nell'anno in considerazione l'Azienda ha assegnato l'obiettivo in questione a n. 23 Unità Operative. Di esse n. 16 lo hanno conseguito pienamente, altre unità, precisamente in numero di 6, lo hanno invece raggiunto parzialmente; una Unità Operativa non ha conseguito il recupero programmato.

\*\*\*\*\*

#### ◆ **Attività Formativa**

L'ARNAS Garibaldi, nel rispetto delle relative disposizioni normative e delle direttive assessoriali, ha ritenuto di dedicare una parte significativa dell'attività di formazione allo sviluppo della cultura della Trasparenza e del contrasto alla corruzione, nella convinzione che "l'intervento culturale" e la conseguente consapevolezza degli operatori costituisca l'elemento presupposto per scoraggiare comportamenti improntati alla corruzione ed alla "*mala administration*".

A tal fine l'Azienda ha organizzato, nei mesi di novembre e dicembre 2022, a cura del competente Ufficio, i seguenti corsi:

- "*L'evoluzione dei modelli giuridici al servizio della prevenzione della corruzione e della trasparenza in relazione alle funzioni di programmazione e controllo nelle amministrazioni pubbliche. Introduzione al PIAO*". Due edizioni, nei giorni 29 e 30 novembre, relatore la prof.ssa Caterina Ventimiglia, cui hanno partecipato oltre cento dipendenti;

- "*Appalti pubblici in sanità e PNRR: Tra obblighi di prevenzione della corruzione ed esigenze di semplificazione. La Disciplina degli Istituti Fondamentali*", in data 5 dicembre, tenuto dall'avv. Luigi Randazzo, con oltre 80 partecipanti;

- "*Appalti pubblici in sanità e PNRR: Tra obblighi di prevenzione della corruzione ed esigenze di*

*semplificazione. La Disciplina degli Istituti Specifici in Materiai"*, in data 6 dicembre, relatore l'avv. Luigi Randazzo, con oltre 70 partecipanti;

**Risultato:** L'obiettivo formativo ha previsto la partecipazione di almeno due dipendenti, per ogni Unità Operativa assegnataria, appartenenti alle diverse aree del comparto e della dirigenza. Tutte le strutture interessate hanno partecipato agli eventi attraverso il personale previsto.

\*\*\*\*\*

---

## 10. OBIETTIVI AREA AMMINISTRATIVA

---

Anche a proposito degli obiettivi assegnati alle strutture amministrative, nel rinviare al prospetto allegato all'odierna Relazione per un esame completo e meglio dettagliato, a seguire si rendicontano gli obiettivi comuni a tutti i settori e cioè: "*Percorso di Attuazione della Certificabilità del Bilancio*" e "*Anticorruzione e Trasparenza*", declinato sotto l'aspetto formativo e dell'osservanza degli obblighi e delle procedure previste dal relativo Piano Aziendale.

◆ **Obiettivo Percorso di Attuazione della Certificabilità del Bilancio (PAC)**

**Indicatore:** "*Risoluzione delle criticità emerse in sede di audit entro le tempistiche individuate ai fini del raggiungimento degli obiettivi PAC*".

Un importante Obiettivo Strategico Regionale, assegnato alle aziende sanitarie, è rappresentato dalla definizione del Percorso in materia di Certificabilità del Bilancio.

Le norme relative alla Certificabilità dei bilanci sanitari, sono state emanate con Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 17 settembre 2012, adottato ai sensi della L. 266/2005. Tale disciplina è stata man mano implementata a livello regionale con diverse disposizioni.

Tali norme hanno introdotto l'obbligo per le regioni e gli enti del Servizio sanitario nazionale, coinvolti nella gestione della spesa sanitaria finanziata con le risorse destinate al Servizio sanitario nazionale, di applicare una regolamentazione della materia contabile ed un sistema di procedure amministrativo contabili che le ponga in condizione, in ogni momento, di sottoporsi con esito positivo alle certificazioni dei bilanci delle singole aziende e del Bilancio consolidato della Regione siciliana.

Il compito di monitorare l'applicazione e la corretta implementazione dei percorsi in questione è affidata ad una specifica risorsa lavorativa, denominata "*Internal Auditor*", a cui è affidato il compito di monitorare e migliorare le procedure interne ed in generale i processi dell'Azienda, che a vario titolo incidono sul bilancio della stessa.

Ciò premesso, l'obiettivo del miglioramento delle procedure è stato assegnato a tutte le Unità Operative amministrative (Settori) cui è stato richiesto di risolvere le criticità registrate dall'Internal Auditor nel corso delle verifiche periodiche.

**Risultato:** Tutti i Settori amministrativi coinvolti (n. 5) hanno raggiunto l'obiettivo, nel senso della risoluzione delle criticità dei percorsi in precedenza evidenziati delle periodiche relazioni dell'*Internal Auditor*.

\*\*\*\*\*

#### ◆ **Obiettivi in Materia di ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA**

##### **1) Attività Formativa**

L'attività formativa funzionale al raggiungimento dell'obiettivo è identica a quella proposta per l'Area Sanitaria, cui si rimanda.

**Risultato:** Tutti i settori amministrativi hanno conseguito l'obiettivo previsto.

##### **2) Rispetto degli Obblighi e della Procedura prevista dal Piano anticorruzione e trasparenza aziendale ai fini della Pubblicazione dei dati**

Il Responsabile per l'Anticorruzione e la Trasparenza, prima, e l'Organismo Indipendente di Valutazione aziendale, poi, hanno svolto le pertinenti verifiche.

**Risultato:** al termine del Ciclo della Performance 2022, è risultato che quest'ultimo obiettivo, come attestato dalla dirigente Responsabile per l'Anticorruzione e la Trasparenza (RPCT), è stato conseguito da 5 Unità operative su 6.

\*\*\*\*\*

---

## **11. IL COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI**

(artt. 8, 14 comma 4 bis, 19 bis del D. Lgs. n. 150/2009)

---

L'Arnas Garibaldi, anche per l'anno 2022, ha mantenuto l'attività di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti. Al tal fine, l'Azienda ha previsto l'assegnazione alle diverse UU.OO. dell'area sanitaria ( n. 39) di uno specifico obiettivo consistente nella somministrazione di questionari, finalizzati alla rilevazione di quanto sopra.

**Risultato:** Per tutte le UU.OO., i risultati misurati registrano un giudizio positivo da parte degli utenti, con conseguimento dell'obiettivo.

\*\*\*\*\*

---

## 12. I RISULTATI DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

---

Con riferimento alla valutazione della performance individuale, a partire dal 2022, con l'adozione del nuovo Regolamento aziendale sulla performance, l'Azienda ha introdotto le nuove schede di valutazione che prevedono, fra l'altro, l'assegnazione di specifici obiettivi al personale dipendente da parte dei responsabili delle singole Unità Operative. Gli elementi di valutazione previsti dalle suddette schede tendono alla misurazione e valutazione dei diversi profili della qualità e della quantità di contributo fornito da ciascun dipendente alla Performance della struttura di appartenenza, ed in ultima analisi dell'Azienda nel suo complesso, anche in funzione della valorizzazione del merito e della corretta applicazione dei diversi istituti premiali previsti dai CC.NN.LL. di categoria. Gli esiti della valutazione della performance individuale, vengono riportati nel seguente quadro sinottico, rispetto al quale può precisarsi che i risultati sono valorizzati aggregando i punteggi Minori di 79/100; quelli ricompresi tra 80 e 89/100 e quelli fra 90 e 100/100:

SCHEDI DIRIGENTI MEDICI		N.	%
535	NON VALUTABILI *	43	8,04%
	MIN DI 79	8	1,50%
	TRA 80 E 89	16	2,99%
	TRA 90 E 100	468	87,48%
TOTALE	535	100%	

SCHEDI DIRIGENTI SANITARI		N.	%
40	NON VALUTABILI *	7	18%
	MIN DI 79	0	0%
	TRA 80 E 89	2	5%
	TRA 90 E 100	31	78%
TOTALE	40	100%	

SCHEDI DIRIGENTI APT		N.	%
13	NON VALUTABILI *	0	0,00%
	MIN DI 79	0	0,00%
	TRA 80 E 89	0	0,00%
	TRA 90 E 100	13	100,00%
TOTALE	13	100%	

SCHEDI COMPARTO		N.	%
1844	NON VALUTABILI *	155	8,41%
	MIN DI 79	34	1,84%
	TRA 80 E 89	89	4,83%
	TRA 90 E 100	1.566	84,92%
TOTALE	1.844	100%	

( \* ): IN MALATTIA, ASPETTATIVA, COMANDO, CONGEDO

N.B. : ALCUNI DIPENDENTI SONO STATI VALUTATI PIU' VOLTE IN QUANTO TRASFERITI DI REPARTO NEL CORSO DELL'ANNO

Dalla superiore tabella emerge, l'esigenza di migliorare ulteriormente la differenziazione dei giudizi da parte dei Responsabili di struttura, presso i quali resiste una certa tendenza all'appiattimento verso l'alto delle valutazioni.

\*\*\*\*\*

---

## 13. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

---

La presente Relazione costituisce il documento conclusivo del ciclo di gestione della performance che, per l'ARNAS Garibaldi di Catania, relativamente all'anno 2022, è stato segnato dalle fasi di seguito descritte:

- Redazione del Piano Integrato di Attività e di Organizzazione 2022-2024;

- Implementazione del processo di budget con assegnazione degli obiettivi alle Unità Operative complesse e Semplici a valenza dipartimentale dell’Azienda ed al personale dell’Azienda;
- Valutazione delle performance organizzative ed individuali.

Tali fasi sono state seguite dalle competenti strutture dell’Azienda quali la Struttura Tecnica Permanente, l’ufficio Controllo di Gestione, la Direzione Sanitaria e l’ufficio S.I.A. (Sistema Informatico Aziendale).

Nonostante l’Azienda sia vincolata nello svolgimento di alcune delle azioni precedentemente indicate dai tempi dettati dalla negoziazione di obiettivi e risorse regionali, il processo di valutazione si è comunque concluso nei tempi previsti con la presente Relazione.

La tabella che segue riassume le informazioni legate ai cosiddetti “*Documenti del ciclo*” di gestione della performance:

Documento	Data di approvazione	Link documento
Sistema di misurazione e valutazione della performance	Deliberazione n. 1384 del 14/12/2021	<a href="https://www.ao-garibaldi.ct.it/repository/AmministrazioneTrasparente/allegati/Docs136/Regolamento%20misurazione%20performace%202021.pdf">https://www.ao-garibaldi.ct.it/repository/AmministrazioneTrasparente/allegati/Docs136/Regolamento%20misurazione%20performace%202021.pdf</a>
Piano Integrato di Attività ed Organizzazione 2022-2024	Deliberazione n. 912 del 29/06/2022	<a href="https://old.ao-garibaldi.ct.it/servizi-e-attivi/amministrazione-trasparente/performance/piao/P.I.A.O.%202022.pdf">https://old.ao-garibaldi.ct.it/servizi-e-attivi/amministrazione-trasparente/performance/piao/P.I.A.O.%202022.pdf</a>

**ALLEGATO 1: RISULTATI VALUTAZIONE OBIETTIVI OPERATIVI 2022 - AREA SANITARIA**

Obiettivo strategico	ID Obiettivo	Obiettivo operativo	Indicatore	UO assegnatarie obiettivo	Risultato conseguito			
					Raggiunto	Parzialm. Raggiunto	Non Raggiunto	Non Valutabile
REGIONALI/ SALUTE	4.1	Monitoraggio ex ante dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	1) Numero prestazioni richieste / Numero totale prestazioni prenotate in classe di priorità B 2) Numero prestazioni richieste / Numero totale prestazioni prenotate in classe di priorità D 3) Numero prestazioni richieste / Numero totale prestazioni prenotate in classe di priorità P	16	16			
	4.2	Monitoraggio ex post dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali	1) Numero prestazioni entro i tempi della classe di priorità B / Numero totale prestazioni in classe di priorità B 2) Numero prestazioni entro i tempi della classe di priorità D / Numero totale prestazioni in classe di priorità D 3) Numero prestazioni entro i tempi della classe di priorità P / Numero totale prestazioni in classe di priorità P	9	9			
	4.3	DONAZIONE ORGANI: formazione	Organizzazione in ambito aziendale di 1 evento di formazione e/o sensibilizzazione	3	3			
	4.4	DONAZIONE ORGANI: accertamenti di morte	Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico non inferiore del 20% rispetto l'anno precedente	3	3			
	4.5	DONAZIONE ORGANI: procurement cornee	Incremento del procurment di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore battente) non inferiore al 30%, rispetto all'anno precedente	4	4			
	4.6	DONAZIONE ORGANI: tasso di opposizione	Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38%	3	3			
	4.7	DONAZIONE ORGANI: cuore fermo	Redazione procedura per l'attività di procurement su paziente a cuore fermo, in collaborazione con la UOC Anestesia e Rianimazione di Nesima	2	2			
	4.8	ESITI: COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	Numero ricoveri con intervento di C.L. con degenza post-operatoria <3 gg. su n. tot. Ricoveri con intervento di C.L.	2		2		
		ESITI: FRATTURA FEMORE	Interventi effettuati entro 0-2 gg. dal ricovero su n. totale di casi fratturati over 65	1		1		
		ESITI: P.T.C.A.	PTCA effettuate entro 0-1 gg. dal ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI su n. totale di IMA STEMI diagnosticati	1	1			
		ESITI: RIDUZIONE PARTI CESAREI PRIMARI	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	1	1			
	4.9	MONITORAGGIO TEMPI D'ATTESA PER RICOVERI PROGRAMMATI	N. prestazioni con classe priorità A erogate nei tempi previsti (30 gg) / N. prestazioni totali con classe priorità A	3		1	1	1
	4.10	Rispetto degli std di sicurezza dei punti nascita	N. neonati dimessi direttamente da UTIN / Totale neonati ricoverati in UTIN al netto dei deceduti	1	1			
			Numero dei requisiti garantiti/totale dei requisiti previsti dalla checklist regionale	1	1			
4.13	Percorso di attuazione alla certificabilità del bilancio	Aumento della frequenza degli scarichi negli armadietti di reparto delle UU.OO. del Presidio Nesima	1	1				
		Aumento della frequenza degli scarichi negli armadietti di reparto delle UU.OO. del Presidio Centro	1	1				
4.14	SCREENING ONCOLOGICI	Inserimento sul sw Demetra dei dati dei pazienti inviati dall'ASP CT per screening di II e III livello.	3	1		2		
		Implementazione degli interventi volti al contrasto del sovraffollamento ed al fenomeno del boarding in coerenza ai dati di monitoraggio e agli indicatori di sovraffollamento, in condivisione con la DMP Centro	1	1				

4.15	GESTIONE DEL SOVRAFFOLAMENTO	Implementazione degli interventi volti al contrasto del sovraffollamento ed al fenomeno del boarding in coerenza ai dati di monitoraggio e agli indicatori di sovraffollamento, in condivisione con la DMP Nesima	2	2				
		Implementazione degli interventi volti al contrasto del sovraffollamento ed al fenomeno del boarding in coerenza ai dati di monitoraggio e agli indicatori di sovraffollamento, in condivisione con il PS Centro	1	1				
		Implementazione degli interventi volti al contrasto del sovraffollamento ed al fenomeno del boarding in coerenza ai dati di monitoraggio e agli indicatori di sovraffollamento, in condivisione con i PS Pediatrico ed Ostetrico	1	1				
	4.17	Fascicolo Sanitario elettronico	Elaborazione delle lettere di dimissione dei pazienti (dimessi da Flusso SDO), tramite l'applicativo Monitor.	6				6
			Elaborazione dei verbali di Pronto Soccorso dei pazienti (non ricoverati da modello HSP24), tramite applicativo Piesse	3				3
Elaborazione dei referti di specialistica ambulatoriale dei pazienti (ricette da Flusso C), tramite l'applicativo SuiteStensa di Ebit.			4				4	
Percentuale dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (per entrambi i laboratori)			1				1	
4.18	Prescrizioni dematerializzate	1) N. di medici abilitati alla prescrizione che abbiano effettuato almeno n.1 prescrizione in dematerializzata / N. totale dei medici	1	1				
		1) N. di medici abilitati alla prescrizione che abbiano effettuato almeno n.1 prescrizione in dematerializzata / N. totale dei medici 2) N. medio di prescrizioni annue per medico (totale ricette DEMA prescritte / medici abilitati)	26	25	1			
	1.1	Organismi di Dipartimento	Riunione degli Organismi di Dipartimento e trasmissione alla STP dei verbali degli incontri	6	6			
	1.2	Conto deposito/visione	Redazione del regolamento aziendale di Conto deposito e Conto visione, integrato con le funzionalità dell'applicativo Areas	1	1			
	1.3	Certificazione UFA	Revisione del percorso ONCO-UFA-EMA entro la scadenza della certificazione	1	1			
	1.4	Monitoraggio Armadietti farmaci di Reparto	Verifica fisica delle giacenze di reparto per successivo allineamento dei valori delle rimanenze, da inviare all'Internal Audit per il successivo controllo (PO Centro)	1	1			
	1.5	Nuovo Pronto Soccorso	Redazione/aggiornamento delle procedure e della documentazione necessarie all'accreditamento istituzionale della nuova palazzina dell'Emergenza, coordinati dal Capo Dipt. Emergenza con il supporto di DMP Centro e MCAU	1	1			
	1.7	Apparecchiature sanitarie	Programmazione delle attivazioni/sostituzioni delle apparecchiature sanitarie, con compensazione tra i Presidi, in caso di fermo tecnico programmato o occasionale	1	1			
	2.1	Fatturato	Miglioramento del valore di fatturato, derivante dai flussi di produzione	41	33	2	4	2
	2.2	Prestazioni per Interni	Trasmissione all'Ufficio Controllo di Gestione, entro il 10° giorno successivo al trimestre di riferimento, dei prospetti riguardanti le prestazioni per interni erogate (Laboratorio Centro e Nesima), in coerenza a quanto presente negli applicativi aziendali.	1	1			
			Trasmissione all'Ufficio Controllo di Gestione, entro il 10° giorno successivo al trimestre di riferimento, del prospetto riguardante le prestazioni per interni erogate, in coerenza a quanto presente negli applicativi aziendali.	44	44			
	2.3	Anagrafica Prodotti	Aggiornamento dell'anagrafica dei prodotti sanitari presenti in anagrafica a seguito della segnalazione di incoerenza da parte del Ministero/Assessorato (LEA) e/o del Provveditorato.	1	1			
	2.4	Infusione Ferro	Incremento del numero di infusioni di ferro endovena a pazienti esterni	1	1			
2.5	Produzione PLASMA	Incremento produzione plasma per industria plasmaderivati	1	1				
2.6	Flusso Beni	Riduzione degli errori presenti nei tracciati R e M, relativi ad anagrafica prodotti, movimenti di carico e scarico, segnalati dall'Assessorato.	1	1				

EFFICIENZA	2.7	Monitoraggio Armadietti farmaci di Reparto	Verifica fisica delle giacenze di reparto per successivo allineamento dei valori delle rimanenze, da inviare all'Internal Audit per il successivo controllo (PO Nesima)	1	1			
	2.9	Appropriatezza prestazioni	Redazione ed invio al CdG, di un report semestrale degli esami inappropriati richiesti dalle UU.OO., categorizzato secondo quanto previsto negli indicatori di processo del documento di appropriatezza.	1	1			
	2.10	Raccolta differenziata RSU	Monitoraggio delle procedure di raccolta differenziata nelle UU.OO. sanitarie, attraverso il controllo mensile delle UU.OO. del Presidio	2	2			
	2.11	Lavori riallocazione reparto di Ematologia	Validazione del progetto definitivo del reparto di Ematologia nel Presidio di Nesima	1	1			
	2.12	Nuovo Pronto Soccorso	Redazione/aggiornamento delle procedure e della documentazione necessarie all'accreditamento istituzionale della nuova palazzina dell'Emergenza, coordinati dal Capo Dipt. Emergenza con il supporto di DMP Centro e MCAU	2	2			
	2.13	Piano trasferimento Nuovo PS	Redazione del Piano di trasferimento delle UU.OO. nella nuova palazzina dell'Emergenza, con dettaglio del cronoprogramma e dell'avvio delle attività, coordinato dal Capo Dipt. Emergenza e con il supporto della DMP Centro, MCAU, Anestesia Centro, Radiologia Centro e Patrimonio	5	5			
	2.14	Tempi di refertazione	Rispetto dei tempi di refertazione per a) biopsie di piccolo volume, b) pezzi operatori, c) problematiche complesse o rare.	1	1			
			Tempestività della refertazione, da effettuare entro le 24h degli esami PET, dei pazienti ricoverati (fermo restando le necessità di refertazione e comunicazione degli esami critici richiesti in emergenza)	1	1			
			Tempestività della refertazione, da effettuare entro le 24h, degli esami Mammografie e Eco dei pazienti ricoverati (fermo restando le necessità di refertazione e comunicazione degli esami critici richiesti in emergenza)	1	1			
			Tempestività della refertazione, da effettuare entro le 24h, degli esami TC e RM dei pazienti ricoverati (fermo restando le necessità di refertazione e comunicazione degli esami critici richiesti in emergenza)	1	1			
Tempestività della refertazione, da effettuare entro le 12h, degli esami TC e RM dei pazienti ricoverati (fermo restando le necessità di refertazione e comunicazione degli esami critici richiesti in emergenza)			1	1				
2.15	Programmazione sedute Blocco Operatorio	Produzione trimestrale del Report sedute operatorie del B.O., con indicazione per ciascuna U.O. delle proposte di programmazione validate/non validate con motivazioni e degli slot programmati-occupati/non occupati con motivazioni.	1	1				
QUALITA'	3.1	Audit Dipartimentale	Realizzazione di audit multidisciplinari e multiprofessionali, con presenza delle discipline e professioni delle U.O., secondo la programmazione definita dal Capo Dipt. e sulla base del documento ministeriale, attraverso la redazione e invio di verbali alla STP	6	4		2	
	3.2	Audit clinico	Effettuazione di audit clinico mensile con l'UOC Radiologia Nesima sui casi complessi o procedure interventistiche	1	1			
	3.6	Appropriatezza ricoveri	Adeguamento appropriatezza delle prestazioni alla mission della UOC e dell'ARNAS, attraverso il trattamento dei casi chirurgici con diagnosi di patologia oncologica	1		1		
	3.7	PDTA Patient Blood Management	Redazione del PDTA aziendale per la gestione del Patient Blood Management secondo il DA 07/02/18, comprensivo di indicatori di monitoraggio, coordinato dalle UU.OO.CC. Anestesia (C. e N.), con il supporto di Medicina Trasfusionale, Cardiologia (C. e N.), OncoEmatologia e Medicina Interna.	7	7			
	3.8	Progetto Privileges	1) Predisposizione schede dei Privileges dell'U.O., con indicazione dei criteri di attribuzione; 2) Dopo validazione schede da parte di UOS Coord. S.O. e D.S.A., conferimento dei Privileges ai Medici dell'U.O.; 3) Predisposizione scheda fabbisogni formativi per Medico e successivo inserimento nella piattaforma informatica.	15	15			

	3.9	Umanizzazione delle cure	Verifica dell'applicazione del protocollo di accoglienza, attraverso la produzione della documentazione allegata alle cartelle cliniche	2	2			
	3.10	Appropriatezza ricoveri	Verifica dell'applicazione dei criteri di appropriatezza definiti nel relativo documento, attraverso la produzione della documentazione allegata alle cartelle cliniche	1	1			
	3.12	PDTA Stroke ischemico	1) Adeguamento del PDTA aziendale con gli indicatori di monitoraggio di processo e di outcome. 2) Audit multidisciplinare e multiprofessionale sulle cartelle cliniche dei pazienti affetti da stroke sugli indicatori di monitoraggio.	5	5			
	3.13	PDTA Tiroide	Contestualizzazione alla realtà aziendale e successiva applicazione del PDTA Tumore della Tiroide (DA 20/07/21), coordinato da Endocrinologia, con il supporto di Ch. Oncologica, Ch. Toracica, Neurochirurgia, ORL, Ortopedia N., Ortopedia C., Gastroenterologia, Anatomia Patologica, Oncologia Medica, Radiologia N., Medicina Nucleare e Radioterapia.	13	13			
	3.14	Water Safety Plan - Legionellosi	Approvazione del piano definitivo ed avvio delle attività previste nello stesso	2	2			
<b>RISCHIO CLINICO</b>	5.1	ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP	Attuazione del piano di formazione obbligatoria su principi di antibiotico terapia rivolta ai referenti medici ed infermieri di reparto, individuati dalla delibera n.340 del 26/03/21	1	1			
			Produzione e diffusione periodica del report relativo al consumo per UO degli antibatterici, da trasmettere alla UOSD Rischio Clinico, al TAS, alla DSA e ai referenti PNCAR	1	1			
	5.2	Lavaggio mani	Incremento del consumo di soluzione alcolica per il lavaggio mani, secondo gli standard dell'OMS	39	39			
			Monitoraggio del consumo di soluzione alcolica per il lavaggio mani delle UU.OO., attraverso l'elaborazione di un report semestrale da inviare alle UU.OO. e alla DSA e alla contestuale attività di richiamo al corretto consumo in caso di UU.OO con valori al di sotto del limite fissato.	1	1			
	5.3	Sorveglianza CRE	Allineamento tra segnalazioni Alert del Laboratorio Analisi e inserimento casi su piattaforma regionale Qualità Sicilia, in coerenza alla direttiva DASOE prot. 21392 del 29/04/2021 e alla circolare del MdS prot.1479 del 17/01/2020	2	2			
			Puntuale segnalazione sulla piattaforma regionale di tutti i casi di batteriemie da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE), in coerenza alla direttiva DASOE prot. 21392 del 29/04/2021 e alla circolare del MdS prot.1479 del 17/01/2020	1	1			
	5.4	Sorveglianza e controllo infezioni da CRE	Redazione Rapporto sulle segnalazioni CRE per la Sorveglianza delle batteriemie da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE), in coerenza alla direttiva DASOE prot. 21392 del 29/04/2021 e alla circolare del MdS prot.1479 del 17/01/2020	1	1			
5.5	ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP	Produzione e diffusione periodica del report relativo alle antibiotico resistenze batteriche di cui alla rete MIC Regionale ed al protocollo ARISS, da trasmettere alla UOSD Rischio Clinico, al TAS, alla DSA e ai referenti PNCAR	1	1				
<b>CUSTOMER SATISFACTION</b>	7.1	QUALITA' PERCEPITA	Media del punteggio ottenuto dalle schede di valutazione della qualità percepita da parte dei pazienti in reparto e/o in ambulatorio, da consegnare all'ufficio Comunicazione	39	39			
<b>TRASPARENZA E ANTICORRUZ.</b>	6.1	Recupero Liste di attesa	Recupero delle prestazioni ambulatoriali e/o dei ricoveri presenti nelle rispettive Liste di attesa, entro il 31/12/2022, secondo le indicazioni aziendali e nel rispetto del bilanciamento dell'attività istituzionale vs. quella di recupero	23	16	6	1	
	6.2	Osservanza obblighi in materia di trasparenza e anticorruzione	Partecipazione evento formativo in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	54	52		2	

## ALLEGATO 2: RISULTATI VALUTAZIONE OBIETTIVI OPERATIVI 2022 - AREA AMMINISTRATIVA

Obiettivo strategico	ID Obiettivo	Obiettivo operativo	Indicatore	UO assegnatarie obiettivo	Risultato conseguito			
					Raggiunto	Parzialm. Raggiunto	Non Raggiunto	Non Valutabile
REGIONALI / SALUTE	4.10	Rispetto degli std di sicurezza dei punti nascita	Definizione, entro il 31 dicembre 2022, delle procedure concorsuali per assunzioni a tempo indeterminato a copertura dei posti di dotazione organica per il profilo di Ostetrica	1	1			
	4.11	Percorso di attuazione alla certificabilità del bilancio	Risoluzione delle criticità emerse in sede di audit, entro le tempistiche individuate per il raggiungimento degli obiettivi PAC, collaborando con la funzione Internal Audit e le altre strutture aziendali	5	5			
	4.12	Percorso di attuazione alla certificabilità del bilancio	Aggiornamento trimestrale dei funzionigrammi di pertinenza della UOC	5	5			
	4.16	Obiettivi Direttore Generale	Gestione delle attività relative alla verifica e valutazione del raggiungimento degli obiettivi generali e di salute del Direttore Generale	1	1			
EFFICIENZA	1.8	Acquisto beni e servizi nel rispetto della normativa (CONSIP e MEPA), per i servizi e le categorie merceologiche previsti	N.acquisti beni e servizi attraverso CONSIP-MEPA / N.acquisti beni e servizi	2	2			
	1.9	Equilibrio economico di bilancio	Rispetto dato economico negoziato con Assessorato (Fonte: Bilancio d'esercizio 2022)	1	1			
	1.11	Osservanza delle disposizioni libera professione intramuraria	Equilibrio di bilancio nella contabilità generale, certificato in seno alla nota integrativa ed alla relazione di accompagnamento al bilancio di esercizio 2022	1	1			
	1.12	Rispetto dei tempi di pagamento	Indice di tempestività dei pagamenti (dato certificato dal Direttore Amministrativo)	2	2			
	1.13	Definizione delle procedure di gara riportate nello specifico cronoprogramma allegato alla scheda	Approvazione progetto\capitolato ed indizione gara	1	1			
	1.14	Rispetto tetto di spesa del personale secondo DA 1380/2015	Spesa complessiva del personale da Tab. D.1.2	1	1			
	1.15	Recupero somme pre-ricoveri	Avvio delle attività di recupero delle somme relative ai pre-ricoveri ante 2022, a seguito dell'estrazione dei dati del SIA e come definito nella procedura aziendale.	1	1			
	1.16	Regolamento ALPI	Supporto alla redazione del nuovo Regolamento aziendale sulla gestione dell'ALPI, coordinata dall'UOC Coordinamento Staff	1	1			
			Redazione del nuovo Regolamento aziendale sulla gestione dell'ALPI	1	1			
	1.17	Convenzioni	Verifica ed adeguamento degli schemi di convenzione, finalizzata a superare la eccessiva standardizzazione degli stessi ed adeguamento e conformità ai Regolamenti aziendali	1	1			
	1.18	Nuovo Pronto Soccorso "Garibaldi-Centro"	Completamento dei lavori della nuova palazzina dell'Emergenza, con successive autorizzazioni e collaudo	1	1			
	1.19	Avvio fasi di realizzazione della seconda "Torre dell'Emergenza" presso il P.O. "Garibaldi-Centro"	Avvio fasi di realizzazione della seconda "Torre dell'Emergenza" presso il P.O. "Garibaldi-Centro", attraverso l'elaborazione del progetto, del bando e della delibera.	1	1			
	1.20	Nuovo reparto di Ostetricia e Ginecologia	Completamento dei lavori del reparto di Ostetricia nel Presidio di Nesima	1	1			
	1.21	Lavori riallocazione reparto di Ematologia	Completamento dei lavori del reparto di Ematologia nel Presidio di Nesima	1				1
1.22	Nuove tecnologie sanitarie	Installazione e collaudo delle nuove tecnologie sanitarie, Angiografo e RM, presso la UOC di Radiodiagnostica del Presidio di Nesima	1	1				
1.23	Manutenzione Ascensori	Manutenzione degli ascensori aziendali, secondo quanto previsto nel Piano degli investimenti. Definizione del piano operativo e dei conseguenti interventi.	1				1	

	1.24	Piano trasferimento Nuovo PS	Redazione del Piano di trasferimento delle UU.OO. nella nuova palazzina dell'Emergenza, con dettaglio del cronoprogramma e dell'avvio delle attività, coordinato dal Capo Dipt. Emergenza e con il supporto della DMP Centro, MCAU, Anestesia Centro, Radiologia Centro e Patrimonio	1	1			
	1.25	Procedure concorsuali	Definizione, entro il 31 dicembre 2022, delle procedure concorsuali per assunzioni a tempo indeterminato in itinere con riferimento ai profili diversi della dirigenza medica (ivi comprese le discipline di "Medicina Interna" e "Geriatría"), ed al profilo del comparto di "Infermiere Pediatrico".	1	1			
	1.26	Procedure di stabilizzazione	Definizione delle procedure di stabilizzazione ai sensi dell'art. 20 commi 1 e 2 del D.Lgs. 75/2017, sulla base delle previsioni normative aggiornate e con riferimento alla scadenza del 31 dicembre 2022.	1	1			
	1.28	Categorie protette	Rispetto della normativa e degli obblighi di assunzione delle categorie protette, sui posti non coperti, come risultanti dal prospetto informativo annuale	1	1			
	1.29	Convenzioni	Definizione delle procedure amministrative di rinnovo delle convenzioni a seguito delle verifiche	1	1			
	1.30	Lavori c/ASP Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC)	Lavori di adeguamento e messa a norma dei locali del SPDC	1				1
	1.31	Report Controllo di Gestione	Elaborazione della reportistica aziendale relativa ai dati di attività ed economici e diffusione alla Direzione Strategica e alle UU.OO. Aziendali	1	1			
QUALITA'	3.4	Osservanza obblighi di invio e completezza FLUSSI INFORMATIVI	Flusso del Personale e Flusso Beni e Servizi: rispetto dei (a) tempi di trasmissione e (b) coerenza con i modelli CE trimestrali e consuntivo	1	1			
			Flusso del Personale: rispetto dei (a) tempi di trasmissione, (b) qualità del dato e (c) coerenza con altre fonti informative (CE)	1	1			
			Flusso Beni: rispetto dei (a) tempi di trasmissione, (b) qualità del dato e (c) coerenza con altre fonti informative (CE)	1	1			
			Rispetto delle tempistiche di elaborazione, controllo ed invio dei flussi aziendali di pertinenza della U.O.C.	1	1			
	3.5	Osservanza obblighi di invio e completezza FLUSSI INFORMATIVI	Flusso Servizi: rispetto dei (a) tempi di trasmissione, (b) qualità del dato e (c) coerenza con altre fonti informative (CE)	1	1			
	3.11	Audit PDTA	Verifica dell'applicazione aziendale dei PDTA regionali (Mammella, Polmone, Tiroide e Stroke), attraverso la produzione del verbale di audit con le UU.OO. coinvolte	1	1			
3.15	Procedura assunzione/cessazione dipendenti	Redazione/aggiornamento delle procedure aziendali relative alla gestione dell'assunzione e della cessazione dei dipendenti, con il supporto del DPO (ad es. gestione degli account informatici aziendali, ecc.), finalizzate alla corretta comunicazione agli Uffici aziendali interessati.	1	1				
TRASPARENZA E ANTICORRUZ.	6.1	Recupero Liste di attesa	Produzione del report trimestrale previsto dal Piano operativo per il recupero delle liste di attesa, attraverso il monitoraggio delle prestazioni erogate (chirurgiche e ambulatoriali) dalle UU.OO.	1	1			
	6.2	Osservanza obblighi in materia di trasparenza e anticorruzione	Partecipazione evento formativo in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	7	7			
	6.3	Rispetto degli obblighi e della procedura prevista dal Piano anticorruzione e trasparenza aziendale ai fini della pubblicazione dei dati	Attestazione dell'aver rispettato da parte del Responsabile della trasparenza	6	5	1		