ARNAS GARIBALDI CATANIA

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

Anno 2021

[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

1. Presentazione della Relazione 3

2. Analisi del contesto e delle risorse 4

2.1. L'Amministrazione 5

2.2. Risorse Umane 8

2.3 Pari opportunità e Bilancio di genere 11

2.4 Il Contesto esterno di riferimento. Cenni. 12

2.4.1 Profilo demografico 12

2.4.2 Dati epidemiologici 15

3. L'Impatto del Covid-19 nel contesto 16

3.1 Contesto interno 16

3.2. Contesto esterno 17

4. Risultati di attività 19

5. Situazione finanziaria dell'Azienda 21

6. Gli obiettivi 23

6.1 Obiettivi area Sanitaria 23

6.2 Obiettivi Area Amministrativa 29

7. Il coinvolgimento dei Cittadini 31

8. I risultati della Performance Individuale 31

9. Il processo di redazione della Relazione sulla performance 35

1. Presentazione della Relazione

La presente *"Relazione sulla Performance",* relativa all'anno 2021, viene predisposta in attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 Ottobre 2009 n. 150 e s.m.i., redatto in conformità ai principi della *soft regulation* dell'ANAC e del Dipartimento della Funzione Pubblica.

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, concludendo in tal modo il Ciclo di Gestione della Performance. 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.

L'odierno Documento, ai sensi dell'10 c. 1 lett. b) d.lgs. 150/2009, modificato dal D.Lgs. n. 74/2017, evidenzia a consuntivo con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse.

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.

Come previsto dalla vigente normativa, ai fini della trasparenza amministrativa la Relazione è resa disponibile sul sito istituzionale dell'Azienda, nella sezione "*Amministrazione Trasparente*", sotto-sezione *"Performance",* ovvero al seguente **link**: *http://www.ao-garibaldi.ct.it/servizi-e-attivit/amministrazione-trasparente/performance/relazione-sulla-performance.aspx*

Il Piano della Performance, 2021-2023, cui la Relazione fa riferimento, è anch'esso consultabile nella stessa, citata, sezione e comunque raggiungibile attraverso il seguente **link:**

http://www.ao-garibaldi.ct.it/servizi-e-attivit/amministrazione-trasparente/performance/piano-della-performance-2021-2023/Piano%20della%20Performance%202021%20-2023.pdf

Prima della sua adozione definitiva la Relazione 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.

* * * * * *

2. Analisi del contesto e delle risorse

Premesse

Come già evidenziato nel Piano Triennale della Performance, adottato con deliberazione n. 102 del 01.02.2021, occorre in questa sede richiamare la straordinarietà del contesto cui si riferisce la Relazione in considerazione dello stato di emergenza sanitaria prodotta, a livello mondiale, dalla diffusione del virus SarsCov2 (Covid-19) che ha determinato l'adozione di misure eccezionali in aderenza alle molteplici disposizioni normative nazionali e regionali man mano intervenute.

L'Arnas Garibaldi è stata particolarmente coinvolta nella gestione della suddetta emergenza che, sulla base delle diverse direttive regionali, ha comportato la complessiva riorganizzazione del servizio sanitario di competenza con ha comportato riallocazione fisica, tra i due Presidi che costituiscono l'Azienda, delle strutture assistenziali, accorpamenti e riconversione di attività delle stesse.

Nel contesto descritto, l'Azienda ha anche provveduto a rimodulare l'attività di assistenza non urgente, sviluppando altresì, nell'intesa con i diversi responsabili delle Unità Operative, un piano di recupero delle prestazioni, differibili e non erogate in ragione dell'emergenza, al normalizzarsi delle condizioni di circolazione del virus SarsCov2.

A tal fine, sulla base dell'andamento della pandemia, l'Azienda ha pianificato ed adottato un modello organizzativo di tipo elastico, in grado cioè di dare risposte immediate e modulari in rapporto all'andamento dei volumi del contagio.

In ogni caso, la situazione descritta rende evidente la circostanza, prima riferita, dello stravolgimento delle attività aziendali che ha determinato sicure ripercussioni sulla Performance aziendale, quanto meno sotto il profilo dei "valori di produzione", oltre che sulle tempistiche del Ciclo della Performance.

In ogni caso, l'Azienda ha provveduto alla definizione ed assegnazione, per l'anno 2021, degli obiettivi di budget, tenendo conto del particolare contesto operativo, meglio illustrato nel prosieguo del documento.

*****

2.1. L'Amministrazione

L'ARNAS 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.

Sulla base del sopra citato Atto Aziendale, l'ARNAS Garibaldi garantisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso una adeguata articolazione in strutture organizzative, caratterizzate da: autonomia nell'ambio delle competenze stabilite dall'Atto aziendale; responsabilità funzionale e/o gestionale; assegnazione di risorse umane, tecniche e finanziarie dedicate e amministrate in spazi fisici definiti e omogenei.

A tal fine, l'ARNAS adotta l'organizzazione "dipartimentale" quale modello ordinario di gestione operativa di tutte le sue strutture, allo scopo di assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali e di ricerca nonché una gestione unitaria delle risorse economiche, umane e strumentali.

In relazione al citato modello organizzativo, la struttura complessiva dell'Azienda si articola in:

- dipartimenti;
- strutture complesse;
- strutture semplici a valenza dipartimentale;
- strutture semplici articolazioni interne di strutture complesse.

Nello specifico, l'organizzazione prevista è la seguente:

STRUTTURE	PREVISTE DA RETE (D.A. 22/2019)	PREVISTE IN ATTO AZIENDALE
Dipartimenti Sanitari	7	7
Dipartimenti Amministrativi	1	1
Strutture Complesse Sanitarie con posti letto	28	28
Strutture Complesse Sanitarie senza posti letto	9	9
Strutture semplici sanitarie a valenza dipartimentale	12	11
Strutture semplici sanitarie, articolazioni interne di strutture complesse sanitarie	26	27
Strutture Complesse Amministrative		5
Strutture Complesse Staff		2
Strutture semplici articolazioni interne di strutture complesse amministrative		1
Strutture semplici Staff		10

La composizione e l'articolazione di ciascun Dipartimento, trovano puntuale descrizione nell'allegato 1, punto 1.1 dell'Atto Aziendale.

Per le finalità sopra esposte, l'ARNAS Garibaldi si articola in due Presidi Ospedalieri:

- Presidio Ospedaliero *Garibaldi-Centro* con sede in Piazza S.M. del Gesù, 5;
- Presidio Ospedaliero *Garibaldi-Nesima* con sede in Via Palermo, 636.

Il Presidio Ospedaliero "**GARIBALDI-NESIMA**" è sede del Dipartimento Oncologico di Terzo livello. Le prestazioni sanitarie oncologiche erogate dalle strutture afferenti al Dipartimento si caratterizzano per multidisciplinarietà, complessità e peculiarità oncologica, con collaborazioni nel campo della ricerca e della formazione.

Inoltre, è sede del Dipartimento Materno-Infantile con la presenza del pronto soccorso ostetrico e del pronto soccorso pediatrico.

Il Presidio Ospedaliero "**GARIBALDI-CENTRO**" accoglie il Dipartimento di Emergenza ed Accettazione (DEA), con le relative strutture a specialità mediche e chirurgiche ed i servizi di supporto, e il Pronto Soccorso Generale.

*****

In ragione delle competenze dei suoi professionisti e del livello di specializzazione, su sulla base di dei DD.AA. 1540/2018 e 1030/2019, l'Azienda Garibaldi è individuata quale

- **"Centro di Riferimento Regionale":**

• per le patologie infiammatorie e neoplastiche del colon retto, delle malattie epatobiliopancreatiche e delle malattie del peritoneo (Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico);

• per la terapia delle disfunzioni del pavimento pelvico, delle patologie endometriosiche complesse e delle neoplasie ginecologiche (Ginecologia ed Ostetricia);

• per la diagnosi e cura della tubercolosi e delle infezioni da HIV (Malattie Infettive);

• per la cura dei batteri MDR (Malattie Infettive)

• per la Diabetologia (Endocrinologia)

• per il Tumore alla Tiroide (Endocrinologia)

• per la Chirurgia Bariatrica e metabolica degli adolescenti e degli adulti (Chirurgia generale);

• per la Chirurgia degli impianti cocleari (ORL);

• per la diagnosi e per il trattamento chirurgico del tumore polmonare (Chirurgia Toracica);

• per la Diagnosi e Trattamento Medico del Tumore del Colon Retto e Polmonare (Oncologia Medica)

• per le Patologie infiammatorie e neoplastiche del colon retto

• per la Diagnosi e Terapia delle Malattie Epatobiliopancreatiche

• per la Diagnosi e cura delle malattie rare della coagulazione e delle anemie rare

• per la Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare del metabolismo e delle ghiandole endocrine

- per la Diagnosi e Terapia Medica dei tumori del colon-retto
- per la Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie genetiche rare
- per le Malattie neuro-immunologiche
- per le Malattie infiammatorie croniche dell'intestino
- per la Prevenzione, diagnosi e cura del melanoma e dei tumori cutanei non melanotici
- per la Diagnosi e cura della psoriasi

Inoltre l'ARNAS "Garibaldi" è:

- Individuata e riconosciuta quale Struttura di Riferimento per il Biocontenimento per patologie ascrivibili al livello BSL 3, giusta D.A. del 06.06.2017.

- Sede di sviluppo e capofila del programma regionale per la sicurezza, appropriatezza e gestione complessiva della terapia antitumorale, approvato con Decreto 14 aprile 2014, attraverso il quale viene esteso alle altre aziende sanitarie il modello di governo clinico "U.F.A-ONCO-EMA" elaborato dall'ARNAS Garibaldi

- Sede di Hospice Cure Palliative - secondo il Piano Sanitario Regionale 2011-2013 "Piano della Salute".

- Sede di Hospice pediatrico dal luglio 2017;

- Centro Hub di riferimento regionale per la cura dell'epatite C *(D.A. Reg. Sicilia del 25 ottobre 2018, revisione del D.A. 215 del 12 febbraio 2015 – Malattie Infettive ed Epatologia – Centro Spoke U.O.C. Gastroenterologia)*

*****

2.2. 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 2019/2021:

Andamento Personale in servizio		
Anno	**Categoria**	**Totale**
2019	Dirigenti Medici	511
	Dirigenti non Medici	46
	Comparto	1.477
	Tot.	2.034
2020	Dirigenti Medici	496
	Dirigenti non Medici	47
	Comparto	1.456
	Tot.	1.999
2021	Dirigenti Medici	513
	Dirigenti non Medici	52
	Comparto	1.482
	Tot.	2.047

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

Si riporta, inoltre, di seguito il dettaglio del personale in servizio al 31/12/2021, dell'ARNAS Garibaldi per rapporto di lavoro e per tipologia di ruolo e profilo:

Personale al 31/12/2021	Tempo Indeterminato	1.930
	Tempo Determinato	117
	Totale dipendenti	2.047

Personale al 31/12/2021	*Dirigenza Medica Tempo Indeterminato*	484
	Dirigenza Sanitaria Tempo Indeterminato	34
	Dirigenza PTA Tempo Indeterminato	14
	Comparto Tempo Indeterminato	1398
	TOTALE TEMPO INDETERMINATO	1930
	Dirigenza Medica Tempo Determinato	29
	Dirigenza Sanitaria Tempo Determinato	0
	Dirigenza PTA Tempo Determinato	4
	Comparto Tempo Determinato	84
	TOTALE TEMPO DETERMINATO	117
	Totale dipendenti	2.047

Sulla base degli incrementi descritti e registrati alla data del 31.12.2021, si può notare l'aumento delle unità in servizio, particolarmente legato all'emergenza sanitaria da Covid. Sempre con riguardo alle risorse umane, dopo l'approvazione da parte dell'Assessorato della Salute (con D.A. 992 del 30.09.2021) della dotazione organica proposta dall'Azienda sulla base del nuovo Atto Aziendale, la stessa ha tempestivamente provveduto all'Adozione di detta dotazione ed alla programmazione triennale del fabbisogno 2021-2023, giusta deliberazione 1169 del 15.10.2021.

*****

2.3 Pari opportunità 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 31/12/2021, relativamente all'analisi di genere e al benessere organizzativo.

Personale in servizio Anno 2021			
Categoria	**F**	**M**	**Totale**
Dirigenti Medici	255	258	513
Dirigenti non Medici	36	16	52
Comparto	866	616	1482
TOTALE	1.157	890	2.047
Analisi di genere			
Indicatori	**F**	**M**	**Totale**
Età media del personale (anni)	49,51	50,66	50,09
- di cui dirigenti (anni)	48,7	52,07	50,39
- di cui comparto (anni)	49,79	49,99	49,89

Dipendenti in possesso di laurea o specializzazione	496	415	911
Dirigenti in possesso di laurea o specializzazione	280	264	544

Benessere Organizzativo	
Indicatori	**Valori**
Media giorni di ferie	32,35
Media giorni di assenza per malattia retribuita	13,55
Media giorni di formazione dei dirigenti	0,42

Il prospetto di cui sopra evidenzia una presenza femminile in azienda pari al 56,5% del personale complessivo, quindi leggermente prevalente, soprattutto nel personale della Dirigenza non Medica e del Comparto con valori rispettivamente del 69% e 58%.

Il 44,50% del personale in servizio (Dirigenza e Comparto) risulta essere in possesso di un titolo di studio superiore (laurea o specializzazione post-laurea).

L'età media del personale in servizio è pari a 50,09 anni: le donne hanno un'età media leggermente inferiore a quella degli uomini, pari, rispettivamente, a 49,51, e 50,66 anni, che si accentua maggiormente nel ruolo dirigenziale, con valori pari a 48,7 e 52,1 anni.

Inoltre, si rileva una media pro capite dei giorni fruiti di ferie pari a 32,35 giorni ed una media pro capite dei giorni di assenza per malattia pari a 13,55 giorni. Infine, i dirigenti in servizio hanno mediamente dedicato 0,42 giorni alla propria formazione.

*****

2.4 Il Contesto esterno di riferimento. Cenni.

2.4.1 Profilo demografico

Catania e la sua città metropolitana sono le aree geografiche, poste nella parte orientale della Sicilia, sulle quali incide l'attività di assistenza sanitaria di base e di alta specializzazione svolta dall'ARNAS Garibaldi.

Al 31/12/2021, le caratteristiche demografiche della provincia di Catania sono quelle rappresentate nelle tabelle qui di seguito riportata.

Provincia	Numero Comuni	Popolazione residente	Superficie in Kmq	Densità abitanti per Kmq
Catania	58	1.068.835	3.573,51	299

***(Figura 1**: Popolazione residente Provincia di Catania (anno 2021)*

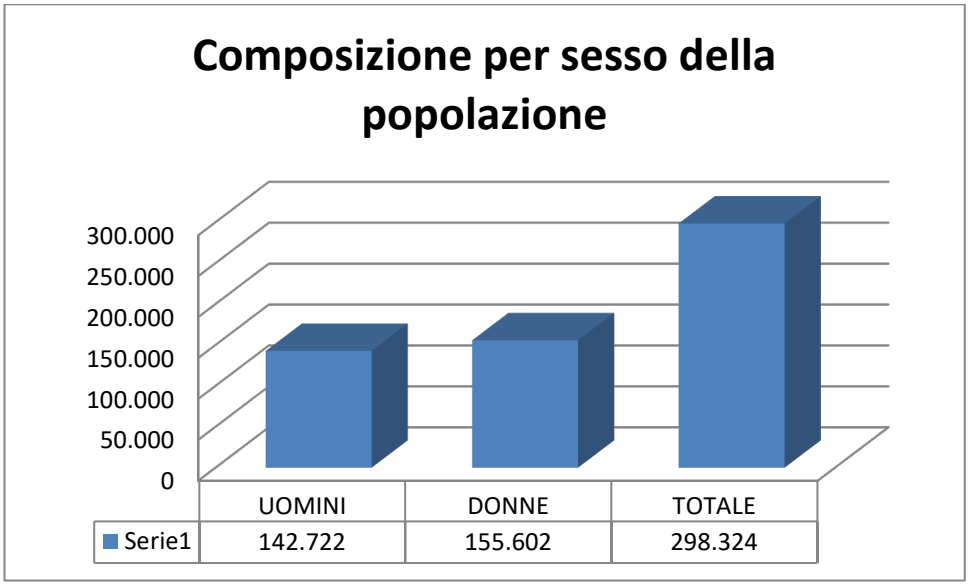
Il contesto urbano della sola città di Catania conta su una popolazione residente di 298.324 abitanti al 31/12/2021.

L'attuale struttura demografica, correlata al declino generalizzato della fecondità, è caratterizzata da un leggero, anche se costante, decremento della popolazione residente (ad eccezione dell'anno 2020) come risulta dalla seguente tabella.

Popolazione totale al 01/01/2019	Popolazione totale al 01/01/2020	Popolazione totale al 01/01/2021	Variazione 2020-2021	Variazione 2020-2021 %
296.266	300.356	298.324	- 2.032	- 068%

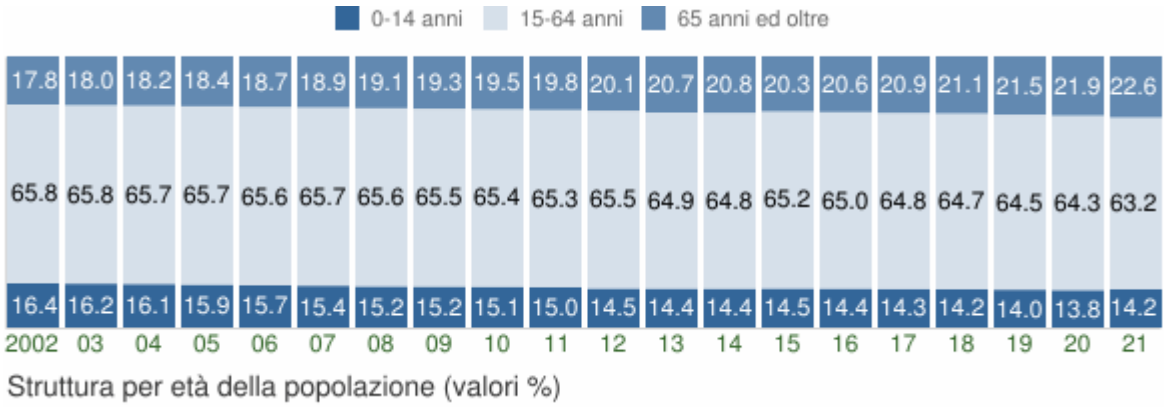
***(Figura 2**: Andamento demografico della popolazione residente)*

La struttura demografica, inoltre, risulta caratterizzata da una prevalenza (costante da diversi anni) della componente femminile rispetto a quella maschile, come da tabella sottostante:



***(Figura 3**: Composizione per sesso della popolazione)*

I principali indicatori demografici riguardanti la città di Catania sono riportati nelle tabelle seguenti, con riferimento alla data del 31/12/2021



***(Figura 4**: Composizione per età della popolazione)*

Città	pop. 0-14 anni	pop. 15-64 anni	pop. 65 anni e più	Indice di vecchiaia	Indice di Ricambio della Popolaz.	Tasso di natalità	Età media
Catania	42.277	187.740	68.307	158,7	128,6	8,5 (2020)	44,6

***(Figura 5:** Indicatori strutturali della popolazione residente)*

Dalla superiore tabella si evince come la più ampia incidenza demografica è ravvisabile nella fascia di età che va tra i 15 anni e i 64 anni, corrispondente al 62,93% della popolazione residente.

In termini di impatto sul sistema sanitario locale va evidenziato l'incremento costante della percentuale di popolazione appartenente alla fascia degli *over* 65 anni, che - in condizioni di "normalità sanitaria" - determina un maggior ricorso ai servizi sanitari.
Gli abitanti con più di 65 anni, infatti, sono passati da 64.200 a 68.307, tra il 2015 e il 2021, con un conseguente incremento del relativo indice di vecchiaia (29,2 anni in più rispetto al 2010).

Quest'ultimo aspetto ha determinato una età media della popolazione residente anch'essa crescente, pari a 44,6 anni (2,5 anni in più rispetto al 2010), che costituisce una delle cause del maggior ricorso ai servizi sanitari.

*****

2.4.2 Dati epidemiologici

Si riportano, qui di seguito, alcuni dati epidemiologici significativi dal punto sanitario e dei servizi erogati dall'Azienda, che appaiono utili al fine di inquadrare l'azione della stessa in relazione ai bisogni di salute, frutto dall'elaborazione 2019 (ultima disponibile) dell'Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento per le attività sanitarie ed osservatorio epidemiologico.

MORTALITA' PER GRANDI GRUPPI DI CAUSE IN PROVINCIA DI CATANIA						
	Grandi Categorie - Uomini	**Num. medio annuale di decessi**	**Mortalità %**	**Grandi Categorie - Donne**	**Num. medio annuale di decessi**	**Mortalità %**
1	Malattie dell'apparato circolatorio	1806	38,8	Malattie dell'apparato circolatorio	2149	46,6
2	Tumori maligni	1373	29,5	Tumori maligni	1036	22,5
3	Malattie dell'apparato respiratorio	305	6,6	Malattie endocrine, metaboliche, immunitarie	287	6,2
4	Malattie endocrine, metaboliche, immunitarie	226	4,9	Stati morbosi maldefiniti	216	4,7
5	Cause accidentali	223	4,8	Malattie dell'apparato respiratorio	199	4,3
6	Malattie dell'apparato digerente	207	4,5	Malattie dell'apparato digerente	180	3,9
7	Stati morbosi maldefiniti	153	3,3	Cause accidentali	132	2,9
8	Malattie del sistema nervoso	110	2,4	Malattie del sistema nervoso	132	2,9
9	Malattie dell'apparato genito-urinario	108	2,3	Malattie dell'apparato genito-urinario	116	2,5
10	Malformazioni congenite e cause perinatali	40	0,9	Disturbi psichici	54	1,2
11	Tumori benigni	34	0,7	Malformazioni congenite e cause perinatali	30	0,7
12	Disturbi psichici	32	0,7	Tumori benigni	28	0,6
13	Malattie del sangue	15	0,3	Malattie del sangue	21	0,5
14	Malattie infettive	13	0,3	Malattie osteomuscolari e del connettivo	14	0,3

15	Malattie osteomuscolari e del connettivo	4	0,1	Malattie infettive	14	0,3
16	Malattie della pelle e del sottocutaneo	2	0,0	Malattie della pelle e del sottocutaneo	3	0,1
17	Complicanze della gravidanza / parto	0	0,0	Complicanze della gravidanza / parto	1	0,0
	Tutte le cause	4651	100	**Tutte le cause**	4613	100

Figura 6: *Mortalità Provincia di Catania per grandi gruppi di cause su dati 2010 - 2018*

Stando, si ripete, ai dati ad oggi disponibili, l'analisi della distribuzione della mortalità per grandi categorie diagnostiche evidenzia come la prima causa di morte in Sicilia, così come nella provincia di Catania, sia costituita dalle malattie del sistema circolatorio, che sostengono da sole quasi la metà dei decessi nelle donne e insieme alla seconda causa, i tumori, più dei 2/3 dei decessi avvenuti negli uomini. La terza causa di decesso negli uomini è rappresentata dalle malattie respiratorie mentre, nelle donne, dalle malattie metaboliche ed endocrine (per la quasi totalità rappresentate dal diabete).

*****

3. L'Impatto del Covid-19 nel contesto

3.1 Contesto interno

In aderenza alle raccomandazioni dettate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, con il documento di cui alle Linee Guida n. 3/2018, è opportuno evidenziare il "*...mutamento del contesto in cui l'Amministrazione si è trovata ad operare nel periodo di riferimento...nonché la relativa incidenza sul grado di raggiungimento degli obiettivi",* focalizzando l'attenzione su tali mutamenti al fine di "*...comprendere meglio l'operato dell'amministrazione, le eventuali difficoltà o opportunità incontrate, contestualizzando i risultati raggiunti e gli scostamenti verificatisi"*

In relazione a quanto precede, anche durante l'anno 2021 l'Azienda, come ampiamente anticipato, è stata particolarmente coinvolta nella gestione della emergenza pandemica con gli inevitabili effetti sulla realtà operativa della stessa.

Dietro precise direttive regionali, l'Azienda ha provveduto a mantenere un assetto gestionale ed organizzativo diversamente modulabile a seconda dell'andamento della curva pandemica grazie al quale ha potuto garantire le necessarie risposte

assistenziali, risultate peraltro particolarmente impegnative nelle fasi di "*inter picco*" registrate durante i mesi di giugno-luglio e settembre 2021.

Durante la suddetta annualità, pur con gli effetti positivi prodotti dalla campagna vaccinale - cui l'Azienda ha attivamente partecipato con l'attivazione di 2 Centri vaccinali che hanno somministrato, giornalmente, fino a 800 vaccini - ed in un contesto di tendenziale ritorno alla normale vita di relazione, sulla base delle citate direttive è stata comunque mantenuto il piano organizzativo modulare, sopra citato.

Nel quadro delineato, può anticiparsi che l'Azienda, sulla base dell'apposita programmazione regionale, ha posto in essere una serie di attività tese al "recupero" delle prestazioni chirurgiche - programmabili - ed a quelle ambulatoriali che non è stato possibile erogare tempestivamente a causa delle restrizioni determinate dalla nota situazione di emergenza sanitaria.

I dati relativi al suddetto "recupero" (delle liste di attesa) sono meglio descritti al par. "6.1 Obiettivi area Sanitaria" del presente documento, nella sezione dedicata agli obiettivi.

*****

3.2. Contesto esterno

Le conseguenze prodotte dalla diffusione, su base mondiale, del Virus Covid-19, come è noto, hanno avuto un'incidenza altissima in termini di malati e, purtroppo, di morti.

L'Italia è stato il primo paese Europeo in cui, dal 20 febbraio 2020, è stata registrata la presenza del virus, rapidamente esteso a tutti i territori anche a causa delle interconnessioni produttive e commerciali.

Anche in Sicilia i primi casi di Covid-19 sono stati registrati nello stesso periodo.

Con riferimento all'intera Regione, si riporta la panoramica delle statistiche relative al contagio, alla data del 14.06.2022.

Aggiornamento: 14/06/2022	Totale Contagiati	1.221.603
	Totale Guariti	1.147.667
	Totale deceduti	11.061
	Persone in isolamento domiciliare	62.875

	Numero Tamponi	13.281.435

***Figura 7**: Dati diffusione pandemia Regione Sicilia*

Qui di seguito, invece, l'andamento del Coronavirus nella provincia di Catania che nel corrente mese di giugno registra un numero di contagiati pari a 256.482.

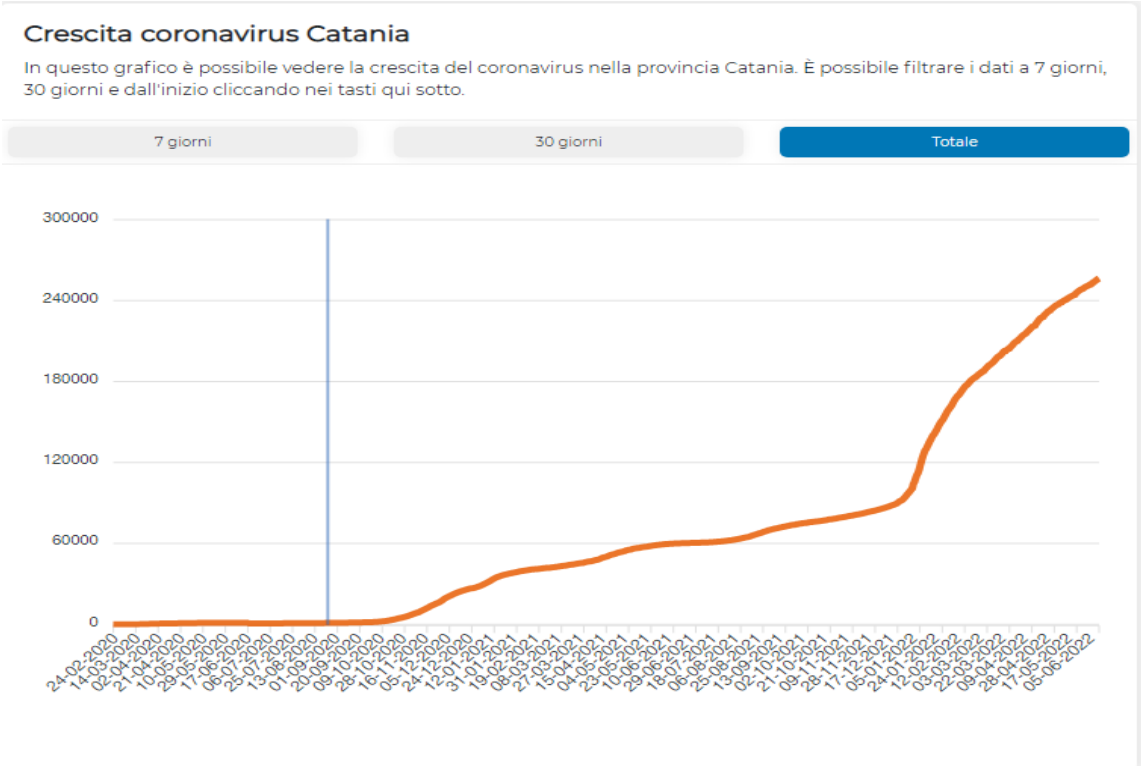


***Figura 8**: Dati crescita pandemia Provincia Catania*

Di seguito si rappresentano i posti letto schierati dall'Azienda al 31 Dicembre 2021, dettagliando, per ciascun Presidio Ospedaliero, i regime di attività e la tipologia:

Presidio Ospedaliero	PL Regime Ordinario	PL Regime DH/DS	PL Lungodegenza	PL COVID	Posti Letto Totali
Garibaldi - Centro	123	15	0	31	169
Garibaldi - Nesima	305	37	2	36	380
Totale	428	52	2	67	549

***Figura 9**: Posti Letto schierati al 31/12/2021*

4. Risultati di attività

Sul fronte dell'attività sanitaria erogata, i risultati raggiunti nell'anno 2021 sono rappresentati attraverso le tabelle di seguito riportate:

ACCESSI E PRESTAZIONI DI PRONTO SOCCORSO

Accessi	Pronto Soccorso Generale			Pronto Soccorso Ostetrico			Pronto Soccorso Pediatrico		
	2019	2020	**2021**	2019	2020	**2021**	2019	2020	**2021**
Codice bianco	1.712	860	**555**	514	609	**536**	1.113	667	**590**
Codice verde	33.867	25.287	**28.574**	11.342	9.758	**10.653**	30.430	14.775	**19.370**
Codice giallo	28.611	16.095	**13.089**	1.002	955	**1.036**	2.629	1666	**2.048**
Codice rosso	2.260	1.636	**1.799**	3	4	**6**	12	11	**15**
Totale 12 mesi	**66.450**	**43.878**	**44.017**	**12.861**	**11.326**	**12.231**	**34.184**	**17.119**	**22.023**

***Figura 10**: Accessi Pronto Soccorso*

Tali accessi hanno comportato il seguente numero di prestazioni

Prestazioni	Pronto Soccorso Generale			Pronto Soccorso Ostetrico			*Pronto Soccorso Pediatrico*		
Anno	2019	2020	**2021**	2019	2020	**2021**	2019	2020	**2021**
Totale 12 mesi	**905.417**	**690.270**	**757.574**	**56.862**	**55.533**	**64.352**	**93.987**	**53.979**	**72.275**

***Figura 11**: Prestazioni Pronto Soccorso*

Come può evincersi dalla relativa tabella gli accessi ai Pronto Soccorso dell'Azienda - considerando le tre tipologie di P. S. attive presso l'ARNAS Garibaldi - nell'anno 2021 sono stati 78.271, a fronte dei 72.323 registrati l'anno precedente. Gli anni 2020 e 2021, dunque, registrano un numero di accessi ai PP.SS. notevolmente inferiore a quelli relativi al 2019, pari a 113.495.

INDICATORI DI ATTIVITA' OSPEDALIERA 2021

ANNO 2021	Regime ORDINARIO						Regime DAY HOSPITAL				Regime DAY SERVICE		
STRUTTURA	Ricoveri	Dimessi	Giornate degenza	Indice occup.	Degenza media	Casi chir.	Ricoveri	Accessi	Indice occup.	Casi chir.	Ricoveri	Accessi	Casi chir.
P.O. Garibaldi - Centro	3.354	3.305	38.993	67,52%	8,46	981	634	5.542	69,59%	180	1.123	3.166	88
P.O. Garibaldi - Nesima	15.764	15.823	108.016	88,95%	6,17	6.949	3.415	10.717	53,93%	2.066	7.274	24.488	4.167
Totale Azienda	**19.118**	**19.128**	**147.009**	**82,03%**	**7,69**	**7.930**	**4.049**	**16.259**	**58,35%**	**2.246**	**8.397**	**27.654**	**4.255**

***Figura 12**: Indicatori di ricovero*

I ricoveri in regime ordinario nell'anno 2021 sono stati 19.118 (a fronte dei 19.108 registrati nel 2020), cui sono corrisposte 147.009 giornate di degenza, con una degenza media di 7,69.

ATTIVITA' AMBULATORIALE

Con riferimento all'attività ambulatoriale si registra l'aumento di prestazioni, e del relativo valore di produzione, rispetto al 2020, come da tabella sotto riportata:

	2019	2020	2021
Valore prestazioni	**22.016.091 €**	**17.529.688**	**20.557.698**
Numero prestazioni	**1.457.292**	**1.189.262**	**1.385.091**

***Figura 13**: Attività ambulatoriale*

*****

5. Situazione finanziaria dell'Azienda

L'andamento dell'attività connessa ai ricoveri e dell'attività ambulatoriale, con l'aumento dei costi determinati dall'emergenza sanitaria, ha prodotto i valori economici che si descrivono.

Ai fini della trasparenza nell'uso delle risorse disponibili, sono ora illustrate le informazioni rilevanti di carattere economico-finanziario afferenti al ciclo di Programmazione e Controllo e corrispondenti nelle risultanze del Bilancio di esercizio.

L'ultimo bilancio, esercizio 2021 - in corso di adozione - che di seguito si sintetizza nei risultati, mostra un utile di 86.373,00 euro:

VOCI DI BILANCIO	ANNO 2021 [€.]	ANNO 2020 [€.]	Δ 2021-2020
(A) VALORE DELLA PRODUZIONE	293.362.119	278.241.281	15.120.838
(B) COSTI DELLA PRODUZIONE	281.876.577	269.970.011	11.906.567
(C) PROVENTI ED ONERI FINANZIARI	-114.834	-96.700	-18.134
(D) RETTIFICHE DI VALORI DI ATTIVITA' FINANZIARIE	0	0	0
(E) PROVENTI ED ONERI STRAORDINARI	-1.568.037	890.903	-2.458.939
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	**9.802.671**	**9.065.474**	**737.198**
IMPOSTE	9.716.298	8.976.443	739.855
UTILE DI ESERCIZIO	**86.373**	**89.030**	**-2.657**

***Figura 14**: Bilancio 2021*

Per quanto attiene il valore della produzione, il peso principale è imputabile alla voce "*ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria*", in leggero aumento, pari allo 0,54%, rispetto al dato 2020.

Si registra, inoltre, un considerevole incremento del valore della voce "*concorsi, recuperi e rimborsi*", pari al 147,26%, rispetto al dato del 2020, dovuto principalmente a rimborsi assicurativi.

VALORE DELLA PRODUZIONE	ANNO 2021 [€.]	ANNO 2020 [€.]	Δ 2021-2020	
			[€.]	[%]
Contributi in c/esercizio	125.427.205	124.637.176	790.029	0,63%
Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	0	-9.797.434	9.797.434	-100,00%
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	2.047.176	904.250	1.142.926	126,39%
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	151.692.055	150.871.986	820.069	0,54%
Concorsi, recuperi e rimborsi	3.580.126	1.447.932	2.132.194	147,26%
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	1.499.813	1.404.882	94.931	6,76%
Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	8.633.583	8.304.635	328.948	3,96%
Altri ricavi e proventi	482.161	467.853	14.308	3,06%

***Figura 15**: Valore della produzione*

La tabella che segue mostra, invece, il dettaglio dei costi della produzione, considerevolmente in aumento rispetto al valore del 2020:

COSTI DELLA PRODUZIONE	ANNO 2021 [€.]	ANNO 2020 [€.]	Δ 2021-2020	
			[€.]	[%]
Costi della gestione corrente riferiti al costo del personale	117.312.224	124.322.755	-7.010.530	-5,64%
Costi della gestione corrente riferiti all'acquisto di beni (sanitari e non sanitari)	79.227.749	83.181.366	-3.953.617	-4,75%
Costi della gestione corrente riferiti all'acquisto di servizi sanitari	32.164.620	15.574.660	16.589.960	106,52%
Costi della gestione corrente riferiti all'acquisto di servizi non sanitari	21.601.672	20.466.664	1.135.008	5,55%
Costi della gestione corrente riferiti alla manutenzione e riparazione	7.456.075	7.903.759	-447.684	-5,66%
Ammortamenti e accantonamenti	21.656.810	17.574.042	4.082.768	23,23%
Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0	0	0	0,00%
Variazione delle rimanenze	-46.205	-1.627.791	1.581.587	-97,16%
Oneri diversi di gestione e godimento beni di terzi	2.503.630	2.574.556	-70.926	-2,75%

***Figura 16**: Costi della produzione*

L'incremento dei costi relativi alla voce "*costi della gestione corrente riferiti all'acquisto di servizi sanitari*", in verità è riferito ad una riclassifica di una parte dei costi del personale, richiesta dal Ministero e Assessorato.

*****

6. Gli obiettivi

Al netto degli "obiettivi" derivanti dalle disposizioni e dalle direttive regionali man mano intervenute per fronteggiare l'emergenza sanitaria, pur in presenza del contesto emergenziale descritto e subito dopo il timido superamento della fase iniziale della pandemia, l'Azienda ha provveduto ad assegnare ai singoli Direttori della Strutture sanitarie ed amministrative, nel mese di luglio 2021, gli obiettivi operativi da conseguire nello stesso anno, sulla base degli obiettivi strategici (di lungo periodo), anch'essi di promanazione regionale, illustrati nel relativo Piano Triennale della Performance.

A seguire, saranno descritti i risultati registrati in esito all'attività di misurazione e valutazione degli obiettivi assegnati alle diverse strutture aziendali, condotta secondo le regole previste dalla relativa disciplina e dal Regolamento aziendale sulla Perfomance, vigente fino all'anno 2021.

I suddetti risultati sono complessivamente descritti nei prospetti allegati alla presente Relazione, differenziati tra area Sanitaria e area Amministrativa.

In ogni caso, si descrivono i principali di essi - distinti per Area - ritenuti di maggiore interesse per gli Stakeholder.

6.1 Obiettivi area Sanitaria

Valori di Produzione

L'emergenza sanitaria, più volte citata ha inevitabilmente determinato una significativa contrazione della produzione aziendale (sicuramente in rapporto ai risultati pre-pandemia), in ragione dei maggiori costi causati da detta emergenza, della connessa contrazione dei posti letto dedicati alle attività di ricovero, degli interventi chirurgici (non urgenti e differibili) e delle prestazioni ambulatoriali.

Mentre l'anno 2020 ha registrato un sensibilissimo calo di "produzione", rispetto al 2019, l'anno 2021, con l'attenuarsi della diffusione (pur nel suo andamento fluttuante) ha consentito di segnare il miglioramento dei valori considerati, nel confronto l'annualità precedente.

- **Obiettivo "FATTURATO"**

In considerazione del particolare contesto operativo, la Direzione Strategica ha ritenuto opportuno richiedere un aumento del fatturato derivante dai flussi di produzione, senza prevedere target percentuali specifici rispetto ai valori prodotti da ciascuna struttura nell'anno 2020.

RISULTATO: l'Obiettivo è stato assegnato a n. 40 unità operative; 30 di esse hanno raggiunto l'obiettivo; 3 di esse non lo hanno conseguito; invece per 7 U.O. l'Organismo Indipendente di Valutazione aziendale, verificate le ragioni "giustificative" descritte dai rispettivi responsabili nelle proprie relazioni, ha dichiarato l'obiettivo come "non valutabile".

Con riferimento all'intera Azienda, si riporta di seguito il confronto delle annualità 2021-2020 dei dati economici:

DATI ECONOMICI	AZIENDA			
Produzione	**ANNO 2020**	**ANNO 2021**	**Variazione assoluta**	**Variazione %**
Ricoveri ordinari	€ 78.846.216	€ 76.070.045	-€ 2.776.170	-3,52%
Ricoveri DH	€ 5.629.779	€ 5.622.909	-€ 6.870	-0,12%
SDAO	€ 5.186.739	€ 6.074.097	€ 887.358	17,11%
Prestazioni Ambulatoriali per esterni (Flusso C)	€ 17.529.688	€ 20.557.698	€ 3.028.010	17,27%
Prestazioni Sanitarie a pagamento	€ 718.098	€ 906.940	€ 188.842	26,30%
Ricavi per Cessione Sangue alle altre UU.OO. dell'Azienda	€ 2.163.279	€ 2.163.873	€ 594	0,03%
Totale produzione	**€ 110.073.799**	**€ 111.395.562**	**€ 1.321.764**	**1,20%**
Rimborso farmaci	**ANNO 2020**	**ANNO 2021**	**Variazione assoluta**	**Variazione %**
Farmaci File T	€ 9.099.106	€ 8.556.025	-€ 543.081	-5,97%
Farmaci File F	€ 30.204.627	€ 29.945.661	-€ 258.966	-0,86%
Totale rimborso farmaci	**€ 39.303.733**	**€ 38.501.686**	**-€ 802.047**	**-2,04%**
TOTALE RICAVI	**€ 149.377.532**	**€ 149.897.249**	**€ 519.717**	**0,35%**

*****

- **Obiettivo "ESITI"**

Fra gli Obiettivi Regionali / Salute, si descrivono ora quelli afferenti al **Piano Nazionale Esiti,** precisando, in via estremamente sintetica che:

- 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.

Per lo svolgimento delle proprie attività, l'Agenas individua gli ambiti assistenziali 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 premesso, gli obiettivi Regionali ricompresi nel Piano Nazionale **Esiti**, già sviluppati nell'anno 2020, sono stati mantenuti anche per il 2021.

I Risultati sono illustrati come di seguito:

a) Frattura del Femore. *L'obiettivo prevede ai 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 parti di donne non precesarizzate;*

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

RISULTATI:

AREA	OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	RISULTATO CONSEGUITO
Frattura del femore	Tempestività dell'intervento per fattura di femore over 65 entro un intervallo di tempo 0-2 gg	<= 25%	18,92 % (tasso grezzo)
Parti cesarei	Riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate	94,3%	61,60 % (tasso grezzo)
Colecistectomia laparoscopica	Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 gg	95,3%	85,82% (tasso grezzo)

*****

- **Obiettivo "MONITORAGGIO EX ANTE ED EX POST DEI TEMPI DI ATTESA"**

Oltre al precedente obiettivo finalizzato al recupero delle prestazioni non erogate per le ragioni spiegate, l'Azienda ha mantenuto, nel contesto degli Obiettivi Strategici

assegnati a livello regionale, l'attività di Monitoraggio sui tempi di attesa, sia per le prestazioni ambulatoriali che per i ricoveri Programmati.

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 2021, 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 tempi di attesa relativi alle prestazioni ambulatoriali - con Monitoraggio "ex Ante" - è stato assegnato a n. 18 Unità Operative. Quello invece con Monitoraggio "ex Post" è stato attribuito 9 U.O.

Per quanto concerne l'attività di ricovero, particolarmente finalizzato all'esecuzione degli interventi, è stato attribuito a n. 7 strutture chirurgiche.

RISULTATI: L'obiettivo del Rispetto dei tempi di attesa, riferito alle prestazioni ambulatoriali con monitoraggio "ex Ante", è stato raggiunto da 14 Unità Operative delle 18 assegnatarie; n. 3 U.O. hanno conseguito l'obiettivo parzialmente; per n. 1 struttura, l'obiettivo è stato dichiarato "non valutabile".

Lo stesso obiettivo, con monitoraggio "ex post", assegnato, come più sopra detto, a n. 9 Unità Operative, è stato raggiunto da 8 di esse.

Per le prestazioni di ricovero delle 7 strutture assegnatarie, n. 5 hanno raggiunto l'obiettivo.

*****

- **Obiettivi in Materia di ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA**

1) Recupero Liste di Attesa

Indicatore: *"Recupero delle prestazioni ambulatoriali e/o ricoveri presenti nelle rispettive liste di attesa (Ore effettuate / Ore assegnate) entro il 31.12.2021, secondo le indicazioni aziendali e nel rispetto del bilanciamento dell'attività istituzionale verso quella di recupero"*

Durante lo stato di emergenza sanitaria, l'ARNAS Garibaldi, come ogni altra azienda sanitaria, ha regolarmente erogato Tutte le prestazioni connotate da emergenza / urgenza.

Le altre prestazioni medico-chirurgiche, così dette differibili ovvero programmabili, hanno inevitabilmente subito ritardi nella loro erogazione in ragione delle restrizioni assistenziali determinate dalla citata situazione pandemica.

Ora, al fine di riallineare i tempi di attesa relativi alla suddetta tipologia di prestazioni, l'Assessorato regionale della Salute con D.A. del 26.11.2020 ha adottato *"Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa"* , sulla scorta del quale l'Azienda ha prontamente elaborato il relativo Piano Aziendale, giusta deliberazione n. 82/2021, che ha previsto l'attribuzione di un monte ore lavorativo ulteriore, rispetto all'orario ordinario di attività (come da indicatore in epigrafe), che le strutture mediche e chirurgiche avrebbero dovuto impiegare ai fini del recupero delle prestazioni di che trattasi.

In sostanza, 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 e **e)** il rispetto del bilanciamento dell'attività istituzionale verso quella dedicata al recupero.

L'obiettivo in commento - che l'Azienda ha particolarmente valorizzato riconoscendo il "peso" maggiore rispetto agli altri previsti dalla scheda di budget, a dimostrazione dell'importanza attribuita allo stesso - è stato assegnato a 36 Unità Operative.

RISULTATO: N. 34 / 36 U.O. hanno raggiunto l'obiettivo: N. 1 Unità Operativa ha conseguito parzialmente l'obiettivo; per altra U.O. l'obiettivo è stato dichiarato non valutabile.

In termini concreti, il raggiungimento dell'obiettivo ha consentito il recupero di **n. 4.367 prestazioni Ambulatoriali** (distintamente: n. 1972 visite e n. 2395 visite strumentali) e **n. 582 prestazioni Chirurgiche**.

2) Attività Formativa

L'ARNAS Garibaldi, nel rispetto delle relative disposizioni normative e delle direttive assessoriali, ha individuato nell'anno 2021 obiettivi finalizzati, innanzi tutto, ad accrescere la cultura della Trasparenza e del contrasto alla corruzione, ferme restando le ulteriori attività assegnate al Responsabile per l'Anticorruzione e la Trasparenza.

Per la diffusione, dunque, tra il personale dipendente, dei temi dell'etica pubblica, anticorruzione e trasparenza e 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",* sono stati previsti **eventi formativi** regolarmente espletati, ai quali hanno partecipato gli operatori (dirigenti e non) cui era stato assegnato lo specifico obiettivo.

Sul tema dunque si sono svolti, nelle date del 24 novembre e del 1 dicembre 2021, il corso di Formazione denominato *"Percorsi Giuridici - Etica Pubblica"* che ha registrato un ampio gradimento dei partecipanti, in termini di contenuti e qualità, rilevato attraverso appositi modelli somministrati ai partecipanti.

RISULTATO: L'obiettivo formativo risulta assegnato a tutte le Unità Operative che sono state chiamate a garantire la presenza di personale sia dirigenziale che del comparto. Dalla misurazione dei risultati risulta il pieno conseguimento dell'obiettivo da parte di tutte le UU.OO. che, infatti, hanno partecipato all'evento nella misura e con le figure previste dall'obiettivo in questione.

3) Utilizzo del programma informatico aziendale per la gestione delle Liste di Attesa relative ai Ricoveri Programmati

Nel contesto degli obiettivi in questione l'Azienda ha prescritto, verso le Unità Operative tenute a garantire le prestazioni medico-chirurgiche procedessero all'attività di ricovero attingendo esclusivamente dalle liste di attesa gestite mediante un apposito programma informatico in grado di assicurare la necessaria trasparenza della gestione.

Indicatore:*"Utilizzo del programma informatico Liste di Attesa relative ai Ricoveri Programmati".* Valore Obiettivo: > 75%

Tale obiettivo è stato misurato attraverso la rilevazione del numero dei pazienti (programmati) che risultano essere stati chiamati ai fini del ricovero attingendo alle liste di attesa.

RISULTATO: l'obiettivo è stato assegnato a 22 Unità Operative; 11 di esse lo hanno raggiunto; per 10 strutture è stato dichiarato *"non valutabile"*, in ragione delle motivazioni descritte dai rispettivi Responsabili e del contingente contesto operativo delle stesse; 1 struttura non lo ha conseguito.

*****

6.2 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.

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 ed alle

In applicazione ed incoerenza con la citata disciplina, la Regione siciliana, con DD. AA. n. 2128/2013, n. 402/2015, n. 1559/2016, n. 10/2019 e n.189/2020, ha man mano adottato, implementato, modificato ed in ultimo adeguato la tempistica dello sviluppo

delle procedure necessarie (in relazione allo stato di emergenza sanitaria), ai ‘‘Percorsi attuativi di certificabilità (P.A.C.) per gli enti del Servizio sanitario regionale e il bilancio consolidato per la Regione Sicilia’’.

Il compito di monitorare l'applicazione e la corretta implementazione dei percorsi in questione è affidata ad una specifica risorsa lavorativa, introdotta recentemente nell'ambito delle aziende sanitarie, 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 nelle 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: n. 4 Settori Amministrativi hanno pienamente raggiunto l'obiettivo. Per il quinto settore, invece, è stata registrata una percentuale di conseguimento pari al 60%.

*****

7. 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 2021, nonostante la nota situazione sanitaria, 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., per l'esattezza n. 39 di esse, 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.

*****

8. I risultati della Performance Individuale

Con riferimento alla valutazione della performance individuale, sono stati confermati gli strumenti (schede di valutazione) già utilizzati negli anni precedenti, così come il procedimento e le metodologie individuati nel regolamento aziendale vigente fino al 2021.

Le suddette schede (il cui schema esemplificativo viene riportato qui di seguito) contenenti dei giudizi di merito con riferimento ad *items* predefiniti e standardizzati, differenziando area del comparto e dirigenza, sono state compilate dai Direttori/Responsabili delle strutture all'esito del previsto colloquio di valutazione nel confronto con il diretto interessato.

SCHEDA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE PER IL PERSONALE DELLA DIRIGENZA

SISTEMA PREMIANTE ANNO 2021

UNITA' OPERATIVA PRESIDIO OSPEDALIERO		
DIPENDENTE E MATRICOLA		
PROFILO PROFESSIONALE		
Periodo di utilizzo (in GIORNI) - in %		

FATTORI DI PRODUZIONE		**PUNTEGGIO Da 0,50 a 1,50**
FATTORE 1	GRADO DI PARTECIPAZIONE NEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DELL STRUTTURA	
FATTORE 2	PROFESSIONALITA' ED ESPERIENZA NELL'ESPLETAMENTO DEI COMPITI ASSEGNATI	
FATTORE 3	CAPACITA' DI RELAZIONE CON L'UTENZA	
FATTORE 4	CAPACITA' DI ADATTAMENTO AI CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI	
FATTORE 5	COMPORTAMENTO DI FRONTE ALLE PROCEDURE ED AI PROTOCOLLI IN ATTO	
FATTORE 6	COLLABORAZIONE CON UU.OO. DIVERSE DA QUELLE DI APPARTENENZA	
FATTORE 7	CAPACITA' DI ADATTAMENTO ALL'INTRODUZIONE DI NOVITA' METODOLOGICHE E TECNICHE	
FATTORE 8	AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE	
FATTORE 9	INIZIATIVA ED AUTONOMIA	
FATTORE 10	APPROPRIATEZZA E QUALITA' (CLINICA) DELLE PRESTAZIONI	
PUNTEGGIO INDIVIDUALE (Media aritmetica dei punteggi attribuiti ai singoli fattori)		

EVENTUALI OSSERVAZIONI DA PARTE DEL DIRIGENTE VALUTATO
_____ FIRMA DEL DIRIGENTE VALUTATO _____ FIRMA DEL DIRETTORE RESPONSABILE U.O.

Catania, _____

_____ FIRMA DEL DIRIGENTE VALUTATO

_____ FIRMA DEL DIRETTORE RESPONSABILE U.O

SCHEDA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE PER IL PERSONALE DEL COMPARTO

SISTEMA PREMIANTE ANNO 2021

UNITA' OPERATIVA PRESIDIO OSPEDALIERO		
DIPENDENTE E MATRICOLA		
PROFILO PROFESSIONALE		
Periodo di utilizzo (in GIORNI) - in %		

FATTORI DI PRODUZIONE		**PUNTEGGIO DA 0,50 A 1,50**
FATTORE 1	GRADO DI PARTECIPAZIONE NEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DELLA STRUTTURA	
FATTORE 2	PROFESSIONALITA' ED ESPERIENZA NEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DELLA STRUTTURA	
FATTORE 3	CAPACITA' DI RELAZIONE CON L'UTENZA	
FATTORE 4	CAPACITA' DI ELEVARE IL LIVELLO DELLA PROPRIA PRODUTTIVITA' QUANTITATIVA SENZA ABBASSARE IL LIVELLO QUALITATIVO DELLE PRESTAZIONI RESE	
FATTORE 5	PROPENSIONE ALLA COLLABORAZIONE ALL'INTERNO DELLA UNITA' OPERATIVA	
PUNTEGGIO INDIVIDUALE (Media aritmetica dei punteggi attribuiti ai singoli fattori)		

EVENTUALI OSSERVAZIONI DA PARTE DEL DIPENDENTE VALUTATO

FIRMA DEL DIPENDENTE VALUTATO

FIRMA DEL CAPO SALA / CAPO TECNICO

FIRMA DEL DIRETTORE RESPONSABILE U. O.

Catania, ...

FIRMA DEL DIPENDENTE VALUTATO

FIRMA DEL CAPO SALA/CAPO TECNICO

FIRMA DEL DIRETTORE RESPONSABILE U. O.

In proposito può segnalarsi che la Direzione Strategica, avendo predisposto il nuovo Regolamento aziendale sulla Performance (effettivamente adottato nel dicembre 2021 e a valere dal corrente anno), ha inteso proporre - in via meramente sperimentale - alle

diverse Unità Operative l'adozione di alcune nuove schede di valutazione previste dal nuovo Regolamento, anche per raccoglierne in anticipo eventuali suggerimenti migliorativi alla luce della concreta sperimentazione, ferma restando l'applicazione delle regole e dei meccanismi vigenti fino a tutto il 2021.

In ogni caso, a partire da quest'anno la valutazione della Performance rimane disciplinato dal nuovo Regolamento aziendale che ha introdotto un diverso è più articolato sistema che prevede, anche, l'assegnazione di specifici obiettivi di attività verso tutti i dipendenti che consentirà una migliore valorizzazione dell'apporto fornito da ciascuno alla Performance di struttura 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:

SCHEDE DIRIGENTI MEDICI		N.	%
536	NON VALUTABILI *	13	2,43%
	TRA 0,50 E 0,99	2	0,37%
	TRA 1 E 1,49	78	14,55%
	1,50	443	82,65%
	TOTALE	536	100%

SCHEDE DIRIGENTI SANITARI		N.	%
38	NON VALUTABILI *	1	3%
	TRA 0,50 E 0,99	0	0%
	TRA 1 E 1,49	1	3%
	1,50	36	95%
	TOTALE	38	100%

SCHEDE DIRIGENTI APT		N.	%
16	NON VALUTABILI *	0	0,00%
	TRA 0,50 E 0,99	0	0,00%
	TRA 1 E 1,49	0	0,00%
	1,50	16	100,00%
	TOTALE	16	100%

SCHEDE COMPARTO		N.	%
1812	NON VALUTABILI *	38	2,10%
	TRA 0,50 E 0,99	16	0,88%
	TRA 1 E 1,49	117	6,46%
	1,50	1.641	90,56%
	TOTALE	1.812	100%

NON VALUTABILI*: 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.

Tuttavia, occorre segnalare come alcuni Direttori di UU.OO.CC. abbiano appositamente evidenziato, con specifica relazione, come nel provvedere alla valutazione dei propri collaboratori abbiano inteso complessivamente valorizzare l'impegno profuso in un contesto di difficoltà generalizzata determinata dallo stato di emergenza sanitaria.

In **Allegato** alla relazione, si riportano gli schemi per l'Area Sanitaria e Amministrativa, riepilogativi degli esiti delle valutazioni gli obiettivi in questione, con indicazione del relativo conseguimento sulla base delle seguenti espressioni: "Raggiunto", "Parzialmente raggiunto", "Non raggiunto" e "Non valutabile".

*****

9. 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 2021, è stato segnato dalle fasi di seguito descritte:

- Redazione del Piano della Performance 2021-2023;
- Implementazione del processo di budget con assegnazione degli obiettivi alle Unità Operative complesse e Semplici a valenza dipartimentale 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 così come indicato nell'apposita Sezione del piano della Performance che contiene il cronoprogramma delle attività da svolgere per il compimento del ciclo di gestione della performance.

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. 499 del 07/08/2015	http://www.ao-garibaldi.catania.it/servizi-e-attivit/amministrazione-trasparente/performance/sistema-di-misurazione-e-valutazione-della-performance/Regolamento%20misurazione%20performace.pdf
Piano della performance 2021-2023	Deliberazione n. 102 del 01/02/2021	http://www.ao-garibaldi.catania.it/servizi-e-attivit/amministrazione-trasparente/performance/piano-della-performance-2021-2023/Piano%20della%20Performance%202021%20-2023.pdf
Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021 – 2023	Deliberazione n. 355 del 31/03/2021	http://www.ao-garibaldi.catania.it/servizi-e-attivit/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/piano-prevenzione-corruzione-2021-2023/PTPC%202021-2023%20.pdf

ARNAS GARIBALDI CATANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

ALLEGATO 1: RISULTATI VALUTAZIONE OBIETTIVI OPERATIVI 2021 - 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	18	14	3		1
	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	8			1
	4.3	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			
	4.4	DONAZIONE ORGANI: formazione	Organizzazione in ambito aziendale di 1 evento di formazione e/o sensibilizzazione	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 nferiore 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	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	5	5			
	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	7	5	1		1
	4.11	Percorso di attuazione alla certificabilità del bilancio	Individuazione dei nominativi, ruoli e responsabilità dei soggetti preposti alla gestione delle attività proprie dell'UO con descrizione del flusso operativo - revisione a seguito modifiche organizzative avvenute nel 2021 e redazione nuovo funzionigramma	1	1			
	4.13	PSN 2017	Avvio delle attività progettuali previste dal PSN 6.12 e 6.13 del 2017	3	3			
	4.14	SCREENING ONCOLOGICI	Inserimento sul sw Demetra dei dati dei pazienti inviati dall'ASP CT per screening di II e III livello	4	2		2	
	4.15	ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP	Attuazione del piano di formazione obbligatoria su principi di antibioticoterapia rivolta ai referenti medici ed infermieri di reparto, individuati dalla delibera n.340 del 26/03/21	1	1			

	4.16	Organizzazione OBI	Redazione documento per la definizione del percorso del paziente che accede in OBI in coerenza alle linee di indirizzo nazionali sull'OBI	1	1			
	4.17	Sorveglianza e controllo infezioni da CRE	Redazione della procedura per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE), in coerenza alla circolare del Ministero della salute prot. 1479 del 17/01/2020	1	1			
	4.18	Sorveglianza e controllo infezioni da CRE	Redazione di un 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 ministero della salute prot.1479 del 17/01/2020	1	1			
	4.19	Audit Colecistectomia laparoscopica	Effettuazione di audit su ciascun caso di C.L. con degenza post-operatoria >3gg, attraverso utilizzo format della DSA, individuando i fattori di prolungamento della degenza e le relative azioni correttive, da inviare mensilmente alla DSA	1	1			
EFFICIENZA	1.1	Organismi di Dipartimento	Costituzione degli Organismi di Dipartimento previsti dal Regolamento aziendale (in corso di adozione)	6	6			
	1.2	Organizzazione gestione emergenza	Procedura per l'efficace gestione dell'emergenza sulle aree di nuova istituzione nel nuovo edificio del PS, quali il Trauma Center	1	1			
	2.1	Fatturato	Miglioramento del valore di fatturato, derivante dai flussi di produzione	40	30		3	7
	2.2	PRESTAZIONI PER INTERNI	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.	43	37	3	1	2
	2.3	ANAGRAFICA FARMACI	Aggiornamento dei prezzi e fornitori dei farmaci presenti in anagrafica a seguito della segnalazione di incoerenza da parte del Ministero/Assessorato (LEA) e/o del Provveditorato.	1		1		
	2.4	DECREMENTO EMAZIE CONCENTRATE	Decremento delle unità di emazie concentrate da acquisire dalle Aziende del SSR	1	1			
	2.5	DONAZIONI PLASMA	Aumento delle donazioni di plasma da convalescente Covid-19	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			
	2.7	MONITORAGGIO ARMADIETTI FARMACI DI REPARTO	Verifica fisica delle giacenze di reparto per successivo allineamento dei valori delle rimanenze, da inviare anche all'Internal Audit, per il successivo controllo	1	1			
	2.8	Nuovo Pronto Soccorso	Validazione dei layout per l'allestimento degli arredi e delle tecnologie presso i locali del nuovo edificio per l'emergenza	1	1			
	2.9	Organizzazione gestione emergenza	Procedura per l'efficace gestione dell'emergenza sulle aree di nuova istituzione nel nuovo edificio del PS, quali il Trauma Center, in condivisione con il Capo Dipartimento Emergenza	1	1			
	2.10	Pazienti oncologici	Aumento della disponibilità di slot giornalieri delle agende di prenotazione dei pazienti interni provenienti dalle UU.OO. per i pazienti oncologici (Fonte dati: n. prestazioni per interni)	1	1			
	2.11	RACCOLTA PLASMA	Aumento raccolta plasmaferesi	1	1			
	2.12	Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita	Numero dei requisiti garantiti/totale dei requisiti previsti dalla checklist regionale	2	2			
	2.13	TEMPESTIVITA' NEL PAGAMENTO DELLE FATTURE	INSERIMENTO BOLLA IN AREAS ENTRO 10 GG DALL'ARRIVO MERCE	1	1			
	2.14	TEMPI DI REFERTAZIONE	Tempestività della refertazione, da effettuare entro le 12h, degli esami TC e RM dei pazienti ricoverati	1	1			
			Rispetto dei tempi di refertazione per a) biopsie di piccolo volume, b) pezzi operatori, c) problematiche complesse o rare.	1	1			
		Audit Dipartimentale	Realizzazione di audit multidisciplinare e multiprofessionale, con presenza di almeno 1 medico ed 1 infermiere di ciascuna U.O., al fine di migliorare gli standard clinico assistenziali del Dipartimento	6	6			

QUALITA'	3.1	Fascicolo Sanitario elettronico	Percentuale dei consensi alla consultazione trasmessi rispetto al numero dei pazienti ricoverati	36	33			3
			Percentuale dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C	1				1
	3.2	Prescrizioni dematerializzate	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)	39	33			6
	3.5	PDTA MAMMELLA	Adeguamento dell'approccio multidisciplinare nella discussione dei casi clinici in coerenza al format di verbale previsto dal PDTA	5	5			
	3.6	PDTA Stroke ischemico	Redazione del PDTA aziendale per la gestione dello stroke ischemico acuto comprensivo di indicatori di monitoraggio	5	5			
	3.7	Raccolta differenziata RSU	a) Redazione della procedura per il corretto conferimento dei rifiuti urbani, da inviare alla DSA e alle UU.OO.; b) Realizzazione di un evento formativo, finalizzato all'avvio della corretta raccolta differenziata dei rifiuti.	2	2			
	3.8	Trasporto pazienti	Aggiornamento della procedura aziendale per il trasporto dei pazienti intra ospedalieri ed inter Presidio	2	2			
	3.9	Umanizzazione delle cure	Redazione di un protocollo di accoglienza, nell'ottica dell'umanizzazione delle cure, dei pazienti adulti e pediatrici	2	2			
	3.10	Appropriatezza ricoveri	Redazione di un documento che definisca i criteri di appropriatezza e priorità clinica per i ricoveri, comprensivo di indicatori di monitoraggio	1	1			
	3.11	Criteri Tempi di attesa	Redazione di un documento che definisca i criteri di appropriatezza e priorità clinica per la gestione dei tempi di attesa delle prestazioni erogate, comprensivo di indicatori di monitoraggio	2	2			
RISCHIO CLINICO	5.1	ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP	Produzione e diffusione periodica del report relativo alle antibiotico resistenze batteriche di cui alla rete MIC Regionale ed al protocollo ARISS	2	2			
			Formazione sui principi di antibiotico terapia dei medici e infermieri di reparto individuati dalla delibera n.340 del 26/03/21	33	32	1		
		Eventi avversi	Aumento segnalazioni degli eventi avversi (o near miss) alla UOSD Rischio Clinico, con redazione delle relative schede di azioni correttive	6	3			3
	5.2	Documentazione sanitaria	Partecipazione al Corso di formazione sulla corretta gestione della documentazione sanitaria	49	48		1	
	5.3	Sorveglianza CRE	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 ministero della salute prot.1479 del 17/01/2020	3	3			
CUSTOMER SATISFACTION	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	39	39			
E ANTICORRUZIONE	6.1	Recupero Liste di attesa	a) Distribuzione delle ore da assegnare al recupero delle prestazioni ambulatoriali e/o dei ricoveri, necessari all'attivazione delle relative agende di prenotazione per ciascuna U.O. (sui dati forniti dal SIA); b) Monitoraggio mensile e finale dei volumi di attività erogati e delle ore utilizzate da ciascuna U.O. assegnataria (sui dati forniti dagli applicativi amministrativi).	2	2			
			Recupero delle prestazioni ambulatoriali e/o dei ricoveri presenti nelle rispettive Liste di attesa (Ore effettuate/Ore assegnate), entro il 31/12/2021, secondo le indicazioni aziendali e nel rispetto del bilanciamento dell'attività istituzionale vs. quella di recupero	36	34	1		1

TRASPARENZA E			Supporto anestesiologico alle UO chirurgiche finalizzato al recupero dei ricoveri in Liste di attesa (Ore effettuate/Ore assegnate), entro il 31/12/2021, secondo le indicazioni aziendali e nel rispetto del bilanciamento dell'attività istituzionale vs. quella di recupero	1	1			
	6.2	Osservanza obblighi in materia di trasparenza e anticorruzione	Partecipazione evento formativo in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	52	52			
	6.3	UTILIZZO GESTIONALE L.A. RICOVERI PROGRAMMATI (DO-DH/DS-SDAO)	N. pazienti ricoverati (programmati) da Lista d'attesa, per qualsiasi classe di priorità, attraverso utilizzo sw aziendale	22	11		1	10

ALLEGATO 2: RISULTATI VALUTAZIONE OBIETTIVI OPERATIVI 2021 - 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	Avvio tempestivo delle procedure di copertura dei relativi posti vacanti presenti in Dotazione organica, rispettando i parametri previsti dal DA 9 Agosto 2013 (GURS n.43/2013), in accordo con l'UO di Ostetricia e Ginecologia	1	1			
			Garanzia degli standard di sicurezza e tecnologici previsti dall'obiettivo di salute e funzionamento elaborato da Agenas, in accordo con l'UO di Ostetricia e Ginecologia	1	1			
			Garanzia degli standard tecnologici previsti dall'obiettivo di salute e funzionamento elaborato da Agenas, in accordo con l'UO di Ostetricia e Ginecologia	1	1			
	4.11	Percorso di attuazione alla certificabilità del bilancio	Risoluzione delle criticità emerse in sede di audit e riportate nei relativi verbali, entro le tempistiche individuate al raggiungimento degli obiettivi PAC	5	5			
	4.12		Individuazione dei nominativi, ruoli e responsabilità dei soggetti preposti alla gestione delle attività proprie dell'UO con descrizione del flusso operativo - revisione a seguito modifche organizzative avvenute nel 2021 e redazione nuovo funzionigramma	1	1			
EFFICIENZA	1.1	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		3	7
	1.2	Adozione del provvedimento di liquidazione/pagamento fattura entro 50gg dal ricevimento	N. provvedimenti / N. fatture	3	3			
	1.3	Categorie protette	Rispetto della normativa e degli obblighi di assunzione delle categorie protette, sui posti non ancora coperti e risultanti dal prospetto informativo annuale	1	1			
	1.4	Conferimento incarichi	Predisposizione e sottoscrizione contratti dirigenti medici e sanitari destinatari degli incarichi professionali ed adeguamento per tutti i dirigenti della retribuzione di posizione per effetto del conferimento incarichi gestionali ei professionali	1	1			
	1.5	Controllo della spesa farmaceutica attraverso il monitoraggio delle somme assegnate mensilmente alla Farmacia	Segnalazione eventuali scostamenti	1	1			
	1.6	Convenzioni	Definizione delle procedure amministrative di rinnovo delle convenzioni	1		1		
	1.7	Definizione delle procedure di gara per i servizi riportati nello specifico cronoprogramma allegato alla scheda	Approvazione progetto e indizione gara	1	1			
	1.8	Equilibrio economico di bilancio	Rispetto dato economico negoziato con Assessorato	1	1			
	1.9	Lavori SPDC	Lavori di adeguamento e messa a norma dei locali del SPDC	1	1			
	1.10	Lavori Tomaselli	Realizzazione spazi da destinare alla conservazione documentale presso il PO Tomaselli	1	1			
	1.11	Osservanza delle disposizioni libera professione intramuraria	Equilibrio di bilancio nella contabilità generale	1	1			
	1.12	Procedure concorsuali	Definizione delle procedure concorsuali relative ai Dirigenti Medici di Medicina Interna, Geriatria e Gastroenterologia (eventuale modifica/integrazione a seguito approvazione dotazione organica)	1	1			

	1.13	Procedure di stabilizzazione	Definizione delle procedure di stabilizzazione ai sensi dell'art. 20 commi 1 e 2 del D.Lgs. 75/2017	1	1			
	1.14	Recupero somme pre-ricoveri	Avvio delle attività di recupero delle somme relative ai pre-ricoveri ante 2020	1	1			
	1.15	Rispetto dei tempi di pagamento	Indice di tempestività dei pagamenti	1	1			
	1.16	Rispetto tetto di spesa del personale secondo DA 1380/2015	Spesa complessiva del personale da Tab. D.1.2	1	1			
QUALITA'	3.4	Osservanza obblighi di invio e completezza FLUSSI INFORMATIVI	Flusso Beni e Servizi: rispetto dei (a) tempi di trasmissione, (b) qualità del dato e (c) coerenza con altre fonti informative (CE)	1	1			
			FLUSSO BENI: Effettuazione degli ordini e del ricevimento relative alle fatture pervenute del Sangue pubblico e privato e Banca degli occhi	1	1			
			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 e Tab.D.1.2)	1	1			
TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	6.2	Osservanza obblighi in materia di trasparenza e anticorruzione	Partecipazione evento formativo in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	5	5			
	6.4	Rispetto degli obblighi e della procedura prevista dal Piano anticorruzione e trasparenza aziendale ai fini della pubblicazione dei dati	Attestazione dell'avvenuto rispetto da parte del Responsabile della trasparenza	5	4	1		