

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE



ANNO 2022

Sommario

PRESENTAZIONE	3
1. I PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI	4
2. ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE	8
2.1 Contesto.....	8
2.2 Eventi significativi	11
2.3 Risorse	12
2.4 Analisi di genere	13
3 MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....	14
4. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA	24
5. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI.....	26
6 IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	28

PRESENTAZIONE

Il presente documento è redatto ai sensi del d.lgs. 150/2009, così come modificato dal d.lgs.74/2017, e secondo le Linee Guida emanate dalla Presidenza del Consiglio dei ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, Ufficio per la valutazione della performance a novembre 2018 come previsto dall'articolo 3 comma 1 del dpr 105/2016.

Con DGR n. 51/36 del 30/12/2021, recepita con deliberazione n.1 del 1 gennaio 2022, viene nominata Direttore Generale dell'Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione G. Brotzu di Cagliari la Dott.ssa Agnese Foddis con decorrenza 01/01/2022.

Con la Legge Regionale n. 24 del 11 settembre 2020 "Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore" all'Art. 2 comma 1c) si identifica Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione "G. Brotzu" (ARNAS), e al capo IV il relativo Ordinamento.

Con Delibera n. 108 del 31 gennaio 2022 viene approvato il Piano della Performance 2022 -2024, nel quale vengono delineate le linee di indirizzo per il triennio in oggetto. Nei giorni successivi il Direttore Generale ha proceduto con la convocazione dei Direttori di Dipartimento e dei Direttori di Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale ad essi afferenti per la negoziazione di Budget per l'anno 2022.

Con Delibera n. 741 del 30.06.2022 viene approvato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022 -2024, secondo quanto previsto dall'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 con il quale è previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative.

Con Decreto legge n. 36 del 30 aprile 2022, "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)", il termine di adozione per le PA viene prorogato per l'anno 2022 dal 30 aprile al 30 giugno.

Il PIAO è un documento unico di programmazione e governance che andrà a sostituire tutti i programmi che le Pubbliche Amministrazioni erano tenute a predisporre, tra cui i piani della performance, del lavoro agile (POLA) e dell'anticorruzione.

Il PIAO ha durata triennale, ma viene aggiornato annualmente. L'articolo 6 del Decreto Reclutamento, indica i suoi contenuti.

Il PIAO deve essere predisposto dalle Pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti, con la sola esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative. Le PA interessate sono, per l'esattezza, quelle dell'articolo 1, comma 2, del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (con più di 50 dipendenti appunto), tra le altre quindi anche gli enti del Servizio Sanitario.

Le strutture aziendali coinvolte e l'Organismo Indipendente di Valutazione si sono incontrate al fine di portare a compimento i lavori per l'anno 2022. Sulla base delle risultanze del processo di verifica, condotto dall'Organismo Indipendente di Valutazione, che si è avvalso dell'istruttoria formulata dalla Struttura Tecnica Permanente, dal Servizio Programmazione Strategica e dal Servizio Controllo di Gestione, si è arrivati a definire le performance organizzative delle singole strutture a valenza budgetaria.

Il processo di verifica è parte integrante del Ciclo di Gestione della Performance ed è stato portato a termine dall'Organismo Indipendente di Valutazione in osservanza alle disposizioni contenute nel Sistema di Misura e Valutazione adottato dall'Azienda con deliberazione n. 1501/2013, nonché in conformità alle modalità operative previste dai vigenti Protocolli Applicativi per il Sistema Premiante.

Nel 2022 la STP ha redatto una bozza del nuovo Regolamento del Sistema di budgeting operativo ai fini della programmazione e controllo delle performance organizzative e lo ha sottoposto all'attenzione del OIV. Per tutto l'anno 2022 si è applicato in fase sperimentale per poi essere portato ad approvazione definitiva con la Deliberazione n. 174 del 10/02/2023.

L'OIV, monitorato il processo di misurazione e valutazione, procede all'analisi della presente relazione al fine della validazione della stessa ai sensi dell'Art. 14 c.4 del d.lgs. 150/2009, così come modificato dal d.lgs.74/2017.

1. I PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

Di seguito si riporta un'analisi dell'attività erogata nell'anno 2022 a confronto con quella precedente, dapprima relativamente all'intera Azienda e successivamente per singolo Presidio Ospedaliero.

La dotazione dei posti letto (PL) per l'anno 2022 risulta essere di 658 posti letto ordinari, e di numero 112 posti letto DH/DS. Per una maggiore comparabilità dei dati sono stati esclusi anche per gli anni 2022 e 2021 le attività ascrivibili all'ospedale "A. Cao".

La tabella di seguito riportata mostra i posti letto per disciplina, struttura, tipologia assistenziale e regime di ricovero, coerentemente alle informazioni di cui ai modelli ministeriali del monitoraggio della rete di assistenza del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) HSP 12.

Disciplina	Struttura	Tipo letto	D.O.	D.H.	D.S.	Tot.
07	CARDIOCHIRURGIA	ACUTI	24	0	0	24
08	CARDIOLOGIA CON U.T.I.C. CARDIOLOGICA	ACUTI	41	1	1	43
09	CHIRURGIA GENERALE E DEI TRAPIANTI DI FEGATO E PANCREAS	ACUTI	21	1	2	24
09	CHIRURGIA D'URGENZA	ACUTI	17	0	1	18
09	CHIRURGIA DELL'OBESITA'	ACUTI	4	0	0	4
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	ACUTI	1	1	2	4
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	ACUTI	10	1	1	12
12	CHIRURGIA PLASTICA	ACUTI	1	0	0	1
14	CHIRURGIA VASCOLARE	ACUTI	22	0	1	23
26	MEDICINA D'URGENZA	ACUTI	38	1	0	39
26	MEDICINA GENERALE	ACUTI	38	1	0	39
30	NEUROCHIRURGIA	ACUTI	33	0	1	34
31	NIDO	ACUTI	20	0	0	20
32	NEUROLOGIA	ACUTI	27	4	0	31
32	STROKE UNIT	ACUTI	13	0	0	13
34	OCULISTICA	ACUTI	2	0	4	6
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	ACUTI	18	0	1	19
36	ORTOPEDIA 2	ACUTI	16	0	2	18
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	ACUTI	36	1	2	39
38	CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA	ACUTI	1	0	1	2
39	PEDIATRIA	ACUTI	20	2	0	22
43	UROLOGIA, CHIRURGIA ROBOTICA E DEL TRAPIANTO RENALE	ACUTI	24	2	1	27
48	NEFROLOGIA E DIALISI	ACUTI	20	2	1	23
48	MEDICINA TRAPIANTO RENALE	ACUTI	10	0	0	10
49	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	ACUTI	12	0	0	12
49	CARDIOANESTESIA	ACUTI	10	0	0	10
50	UNITA' TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA	ACUTI	8	0	0	8
56	CARDIORIABILITAZIONE	POST ACUTI	0	10	0	10
58	GASTROENTEROLOGIA	ACUTI	24	1	0	25
62	NEONATOLOGIA	ACUTI	8	0	0	8
75	NEURORIABILITAZIONE	POST ACUTI	11	1	0	12
75	DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO	POST ACUTI	0	5	0	5
San Michele totale			530	34	21	585
09	CHIRURGIA ONCOLOGICA E SENOLOGIA	ACUTI	20	0	2	22
13	CHIRURGIA TORACICA	ACUTI	8	1	1	10
18	EMATOLOGIA	ACUTI	23	17	0	40
18	CENTRO TRAPIANTI MIDOLLO OSSEO	ACUTI	8	0	0	8
37	GINECOLOGIA ONCOLOGICA	ACUTI	9	0	2	11
49	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	ACUTI	6	0	0	6
49	TERAPIA DEL DOLORE	ACUTI	4	2	0	6
61	MEDICINA NUCLEARE CLINICA E TERAPIA RADIOMETABOLICA	ACUTI	6	0	0	6
64	ONCOLOGIA MEDICA	ACUTI	38	32	0	70
70	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	ACUTI	6	0	0	6
Businco totale			128	52	5	185
ARNAS G. Brotzu			658	86	26	770

La dotazione dei posti letto dell'ARNAS per l'anno 2022 è di 770 posti letto totali, suddivisi in 658 per ricoveri in regime ordinario, 86 per ricoveri in regime di day hospital e 26 per ricoveri in regime di day surgery.

Nello specifico il Presidio San Michele ha una dotazione di 585 posti letto, 530 PL ordinari e 55 DH/DS, il Presidio Businco 185 posti letto, di cui 128 PL ordinari e 57 DH/DS.

Tabella di sintesi per tipologia dei Posti Letto (acuti e post-acuti):

Posti Letto per Tipologia	2020	2021	2022
Posti letto complessivi	752	770	770
di cui Posti letto intensivi ordinari	36	36	36
Posti letto ordinari acuti	631	647	647
di cui culle	20	20	20
posti letto ordinari post acuti	11	11	11
Posti letto diurni medici (DH) acuti	70	70	70
Posti letto diurni chirurgici (DS) acuti	24	26	26
Posti letto post acuti DH	16	16	16
Posti letto ordinari acuti per il calcolo degli indicatori ai sensi dell'all. 2 D.G.R. n.67/16 del 29.12.2015 (esclusi i letti delle discipline 49 (tranne quelli della Terapia del Dolore 4922), 50, 56, 75 e della Radioterapia (7021)	589	605	605

Attività di Ricovero Ordinario

Dimessi Ordinari Acuti (Ai sensi dell'All. 2 D.G.R. n.67/16 del 29.12.2015)	2020	2021	2022
Posti letto	589	605	605
Totali dimessi	19.511	22.627	21.525
GG degenza	157.722	178.161	178.549
Degenza media	8,08	7,87	8,29
Degenza media trimmata	8,2	8,13	8,4
Tasso di occupazione (%)	73,36	80,68	80,86
Indice di Turnover	2,93	1,89	1,96
Indice di Rotazione	33,13	37,4	35,58
Dimessi Ordinari Post Acuti (Ai sensi dell'All. 2 D.G.R. n.67/16 del 29.12.2015)	2020	2021	2022
Posti letto	11	11	11
Totali dimessi	37	0	0
GG degenza	2.718	0	0
Degenza media	73,46	0	0
Degenza media trimmata	26,17	0	0
Indice di occupazione (%)	67,7	0	0
Indice di Turnover	17,22	0	0
Indice di Rotazione	3,36	0	0
DRG Ordinari	2020	2021	2022
DRG totali	20.398	23.413	22.301
DRG tipo chirurgico	7.473	9.412	8.598
DRG tipo medico	12.925	13.998	13.703
GG degenza totali	166.319	184.593	184.750
GG degenza tipo chirurgico	75.672	89.062	83.805
GG degenza tipo medico	90.647	95.520	100.945

Nell'anno 2022 sono state effettuate 22.301 dimissioni in regime di ricovero ordinario acuto per un totale di 184.750 giornate di degenza totali, con una degenza media di 8,29 giorni.

In particolare i DRG ordinari di tipo chirurgico sono stati 8.598. La proporzione dei DRG chirurgici sul totale dei DRG ordinari aziendali è pari al 39%.

Attività di Ricovero Diurno

Drg Diurni: Day Hospital e Day Surgery	2020	2021	2022
Posti letto totali	110	112	112
Posti letto DH	86	86	86
Posti letto DS	24	26	26
Accessi Totali	44.306	43.582	44.151
Accessi DH	41.612	39.915	40.362
Accessi DS	2.694	3.667	3.789
Frequenza media giornaliera di ricovero	29,1	34,53	37,52
Frequenza media giornaliera di degenza	177,22	174,33	176,6
Drg Diurni totali	7.275	8.632	9.380
Drg DH	5.281	5.830	6.142
Drg DS	1.994	2.802	3.238

Il numero di accessi diurni totali aziendali nel 2022 risulta essere aumentato rispetto al 2021, nello specifico sono aumentati sia gli accessi in DH, pari a 40.362, che gli accessi in DS pari a 3.789. Nel Presidio Oncologico Businco, centro di riferimento regionale per le patologie neoplastiche, vengono effettuati 32.422 accessi in DH, relativi ai trattamenti chemioterapici.

Attività Chirurgica

Attività Chirurgica	2020	2021	2022
N. Interventi	12.864	16.269	15.568
N. Interventi in presenza di anestesista	8.477	10.742	10.247
N. Interventi ordinari	10.696	13.105	11.845
N. Interventi DS	2.167	3.163	3.721
N. Interventi Tecnica Robotica	63	89	113

Complessivamente gli interventi chirurgici risultano pari a 15.568, di cui 11.845 in regime di ricovero ordinario, e 3.721 in regime DS. Gli interventi con Tecnica Robotica nel 2022 sono aumentati (113) sia rispetto al 2021 (89), sia rispetto al 2020 (63).

Attività Trapianto

Attività Trapianto	2020	2021	2022
Segnalazioni donazioni	28	27	33
Donatori effettivi	18	13	22
Trapianto Rene	26	30	34
Trapianto Rene vivente	0	0	0
Trapianto Rene doppio	0	0	0
Trapianto Cuore	5	5	7
Trapianto Fegato	26	37	33
Trapianto Combinato Rene Fegato	1	1	0
Trapianto Combinato Rene Pancreas	0	1	0
Trapianto Pancreas Isolato	0	0	0
Trapianto Cornee	36	23	40
Trapianto di Midollo Osseo	66	62	68

L'attività di trapianto dipende da un insieme di variabili particolarmente complesse e spesso non modificabili, tuttavia nell'anno 2022 il numero di trapianti effettuati è superiore rispetto all'anno precedente, in particolare risultano in crescita il numero dei trapianti di rene, pari a 34, di trapianti di cuore pari a 7, di Cornee pari a 40, e di midollo osseo pari a 68.

Attività Ostetrica: Parti

Parti	2020	2021	2022
Totale parti (Drg dal 370 al 375)	627	530	497
Parti Spontanei (Drg dal 372 al 375)	351	287	285

Parti Cesarei (Drg dal 370 al 371)	276	243	212
% Parti Cesarei Primari (indicatore PNE)	33,07	35,52	29,68

Nell'ultimo triennio il numero di parti mostra un trend di progressiva diminuzione, mostrando nel 2022 un valore di poco inferiore ai 500.

Attività Pronto Soccorso

Attività Pronto Soccorso	2020	2021	2022
Accessi PS Adulti	28.910	41.833	41.295
Ricoveri PS Adulti	9.237	11.970	11.545
Trasferiti PS Adulti	63	372	124
Accessi PS OBI	1.378	862	972
Ricoveri PS OBI	758	441	262
Trasferiti PS OBI	76	91	84
Accessi PS Pediatrico	9.352	12.254	17.450
Ricoveri PS Pediatrico	1.126	1.023	793
Trasferiti PS Pediatrico	13	4	466

L'attività di pronto soccorso adulti si mantiene pressoché stabile rispetto all'anno precedente, mentre il PS pediatrico mostra un aumento degli accessi verosimilmente dovuto alla post pandemia.

Prestazioni Ambulatoriali

Prestazioni Ambulatoriali	2020	2021	2022
SSN	989.010	1.135.602	1.252.902
Interni Complessivi	3.600.710	4.129.739	4.191.478
Order Entry	226.318	273.685	264.411
DNLab	3.359.429	3.837.784	3.910.134
Anat Patologica Interni Armonia	14.963	18.270	16.933

Le prestazioni ambulatoriali SSN complessivamente risultano essere aumentate rispetto all'anno precedente, questo dato rispecchia l'allentarsi delle restrizioni/sospensioni degli accessi ambulatoriali legati alla pandemia.

Anche per le prestazioni erogate a favore dei pazienti ricoverati (Interni complessivi) che comprendono consulenze, prestazioni strumentali, esami radiologici, di laboratorio e di anatomia patologica, si registra un leggero incremento.

Attività Radiologica/Immagini

Attività Radiologica/Immagini	2020	2021	2022
TAC complessive	30.360	36.028	36.768
SSN	4.939	7.667	7.781
Interni	25.421	28.361	28.987
RMN complessive	6.548	7.425	6.983
SSN	2.909	3.882	3.878
Interni	3.639	3.543	3.105
Angiografiche complessive	1.701	1.467	1.497
SSN	3	6	5
Interni	1.698	1.461	1.492
Ecografie complessive	13.822	17.128	16.866
SSN	6.014	7.743	7.684
Interni	7.808	9.385	9.182
Mammografie complessive	3.288	3.026	2.988
SSN	3.000	2.777	2.754
Interni	288	249	234
PET complessive	4.401	5.130	5.885
SSN	3.104	3.794	4.384
Interni	1.297	1.336	1.501

Tradizionale complessive	44.422	61.792	63.234
SSN	4.730	7.162	8.789
Interni	39.692	54.630	54.445

Indicatori di complessità e appropriatezza

DRG Ordinari: Indicatori di complessità	2020	2021	2022
Peso medio DRG	1,48	1,48	1,48
Peso medio DRG tipo chirurgico	2,32	2,19	2,25
Peso medio DRG tipo medico	0,98	0,98	0,98
DRG Alta complessità	2.877	3.067	2.894
% DRG Alta complessità	14,1	13,1	12,98

Il peso medio dei DRG ordinari aziendale rimane stabile, tenuto conto che è stato escluso l'ospedale "A. Cao".

Drg Ordinari: Indicatori di appropriatezza	2020	2021	2022
Drg PI	2.975	3.610	3.328
Drg Tipo Medici da Reparti chirurgici	3.111	3.493	3.502
Drg Medici brevi (0-2 GG)	3.518	4.076	3.869
% Drg PI	14,58	15,42	14,92
% Drg Medici brevi (0-2 GG) sul totale dei DRG Medici	27,22	29,12	28,23
% Drg Tipo Medici da Reparti chirurgici	35,93	32,89	35,26
Drg Diurni: Indicatori di appropriatezza	2020	2021	2022
Peso medio Drg (DH+DS)	0,91	0,86	0,87
Peso medio Drg DH	0,88	0,79	0,8
Peso medio Drg DS	0,99	1	1
DH diagnostici	865	1074	1114
% DH diagnostici	16,38	18,42	18,14
PS: Indicatori di Appropriatezza	2020	2021	2022
Capacità filtro PS Adulti	0,68	0,70	0,72
Capacità filtro PS OBI	0,58	0,38	0,64
Capacità filtro PS Pediatrico	0,88	0,92	0,93

Si rileva inoltre una lieve diminuzione della percentuale dei DRG Potenzialmente Inappropriati che passano 14,92% rispetto al valore di 15,42% del 2021, così come la percentuale dei DH Diagnostici che passano dal 18,42% del 2021 al 18,14% del 2022. Tali indicatori di appropriatezza e di complessità risultano fortemente influenzati dalle casistiche trattate e dalle attività svolte in urgenza, ad esempio la tipologia dei pazienti ricoverati provenienti da PS.

Dall'andamento generale, appare evidente che lo scemare dell'effetto pandemico ha determinato un maggior ricorso dei cittadini/pazienti alle strutture sanitarie dell'Azienda. Nel complesso i dati dimostrano una sostanziale tenuta del sistema assistenziale aziendale, che rappresenta oltretutto un riferimento fondamentale per l'emergenza/urgenza a livello regionale anche un riferimento per i trapianti, per le patologie tempo dipendenti e le numerose patologie oncologiche.

2. ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE

2.1 Contesto

L'ARNAS ha personalità giuridica pubblica ed è dotata di autonomia imprenditoriale. L'attività si sviluppa in prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di ricovero ordinario (in area medica e in area chirurgica), in elezione e da pronto soccorso, in regime di day surgery e day hospital, nonché in prestazioni ambulatoriali e di day service. Eroga assistenza sanitaria polispecialistica, nell'ambito dell'emergenza-urgenza, in qualità di DEA di II° livello, della medicina dei trapianti, delle patologie oncologiche, pediatriche e rare. I due Ospedali che compongono l'AOB, S. Michele e A. Businco, sono fortemente connotati da peculiarità diverse e complementari che permettono di fornire ai cittadini sardi un ampio ventaglio di prestazioni assistenziali in linea con quanto previsto dall' Atto Aziendale con il quale è stato

definito l'assetto attuale dell'Azienda.

Di seguito si riporta l'articolazione delle strutture organizzative dello Staff della Direzione strategica aziendale e del Nucleo operativo relativamente all'area sanitaria e all'area amministrativa e tecnica. Si precisa che, nelle more di un nuovo atto aziendale (adottato nel 2023) ma in ottemperanza della riforma sanitaria regionale, di seguito l'organizzazione dell'ARNAS senza le strutture afferenti al presidio A. Cao oggetto di scorporo.

L'Azienda eroga assistenza sanitaria polispecialistica, anche di rilievo nazionale e internazionale, nell'ambito dell'emergenza-urgenza in qualità di DEA di II livello, della medicina dei trapianti, delle patologie oncologiche.

Costituisce HUB di riferimento regionale per le reti di cura oncologica, pediatrica, trapiantologica, terapia del dolore e malattie rare, ed HUB di riferimento per il Sud Sardegna per le altre reti di patologia individuate dal documento di "Ridefinizione della rete ospedaliera della Regione autonoma della Sardegna", approvato dal Consiglio Regionale nella seduta del 25/10/2017 e pubblicato nel BURAS n. 58 del 11/12/2017.

Staff della Direzione strategica aziendale: lo Staff, unitario per tutta la Direzione aziendale, sviluppa le proprie funzioni secondo il modello dipartimentale funzionale nel quale sono allocate le seguenti strutture e funzioni: SC Comunicazione e relazioni esterne; SSD Affari legali; SSD Formazione; SSD Controllo performance sanitarie e sviluppo strategico; SSD Servizio prevenzione e protezione.

Area funzionale di Igiene, Organizzazione, Governo Clinico, Qualità: afferiscono tre Strutture Complesse di Direzione medica degli ospedali San Michele e Businco e le SC Area Infermieristica e Ostetrica, SC Area Tecnica, Riabilitazione e Prevenzione.

I Dipartimenti di produzione di prestazioni e di servizi sanitari sono i seguenti:

Dipartimento Emergenza-Urgenza;

Dipartimento Cardiovascolare;

Dipartimento Chirurgico;

Dipartimento Oncologico e Internistico;

Dipartimento Neuroscienze e Riabilitazione;

Dipartimento Pediatrico e delle Microcitemie;

Dipartimento Riproduzione, Genitourinario, Malattie e trapianti di rene;

Dipartimento Servizi

Dipartimento Emergenza Urgenza

E' costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate:

SC Anestesia e Rianimazione (San Michele), SC Anestesia e Rianimazione (Businco), SC Medicina d'Urgenza; SC Ortopedia e Traumatologia; SC Pronto Soccorso e OBI; SSD Pronto Soccorso Pediatrico.

Dipartimento Cardiovascolare

E' costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate:

SC Cardiocirurgia; SC Cardiologia (Businco); SC Cardiologia interventistica con SS Emodinamica; SC Chirurgia Vascolare; SC Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica; SSD Cardioanestesia; SSD Cardioreabilitazione; SSD Consulenza e valutazione Cardiologica.

Dipartimento Chirurgico

E' costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate:

SC Chirurgia Generale e dei Trapianti; SC Chirurgia Oncologica e Senologia; SC Chirurgia Toracica; SC Oculistica; SSD Chirurgia dell'Obesità; SSD Chirurgia d'Urgenza; SSD Chirurgia ORL e Facciale; SSD Dermatologia; SSD Medicina Trapianti Fegato e Pancreas; SSD T.I.P.O. Trapianti; SSD Endoscopia Digestiva.

Dipartimento Oncologico e Internistico

E' costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate:

SC Ematologia e CTMO; SC Gastroenterologia; SC Medicina Generale; SC Medicina Nucleare Clinica e Terapia Radiometabolica; SC Oncologia Medica; SC Radioterapia Oncologica; SSD Farmacia Clinica e Oncologica.

Dipartimento Neuroscienze e Riabilitazione

E' costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate:

SC Neurochirurgia; SC Neurologia e Stroke Unit; SC Neuroriabilitazione; SC Terapia del Dolore; SSD Neurofisiologia e Disturbi del Movimento; SSD Servizio Psicologia; SSD Riabilitazione.

Dipartimento Pediatrico e delle Microcitemie

E' costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate:

SC Chirurgia Pediatrica; SC Pediatria (San Michele); SC Cardiologia Pediatrica e Cardiopatie congenite - piattaforma ambulatoriale; SSD Anestesia Pediatrica; SSD Disturbi Pervasivi dello Sviluppo; SSD Neonatologia – Nido; SSD Neurologia ed Epilettologia Pediatrica.

Dipartimento Riproduzione, Genitourinario, Malattie e Trapianti di rene

E' costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate:

SC Fisiopatologia della riproduzione umana e diagnosi prenatale; Ginecologia Oncologica; SC Nefrologia e Dialisi; SC Ostetricia e Ginecologia; SC Urologia, Chirurgia Robotica e del Trapianto Renale; SSD Medicina Trapianto Renale - Nefrologia abilitata a trapianto.

Dipartimento Servizi

E' costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate:

SC Anatomia Patologica; SC Diabetologia e Malattie Dismetaboliche; SC Farmacia; SC Fisica Sanitaria; SC Immunoematologia e Centro Trasfusionale; SC Laboratorio Analisi; SC Radiologia; SC Neuroradiologia e Interventistica Vascolare; SSD Banca Sangue Cordonale; SSD Laboratorio di Genetica e Genomica; SSD Qualità in Radiochimica e Laboratorio Vitro; SSD Radiologia Oncologica e Interventistica.

Le strutture organizzative comprese nei Dipartimenti Amministrativo e Tecnico che adempiono alle funzioni di amministrazione, di programmazione e di committenza sono di seguito riportate.

Dipartimento Amministrativo

E' costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate:

SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane; SC Acquisti Beni e Servizi; SC Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione; SSD Affari Generali.

Dipartimento Tecnico

E' costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate:

SC Gestione Immobili e Impianti e Nuove Realizzazioni; SC Patrimonio e Logistica; SC Tecnologie Informatiche e Servizi Informativi; SSD Tecnologie Sanitarie.

2.2 Eventi significativi

L'ARNAS G. Brotzu promuove l'innovazione, sia terapeutica che tecnologica, e la formazione dei propri dipendenti nell'ottica della centralità del paziente-utente. Promuove l'attivazione di processi di avanzamento diagnostico, terapeutico e tecnologico in grado di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini che, per complessità, gravità e rarità, necessitano di soluzioni innovative collegate allo sviluppo dell'attività di ricerca, anche in collaborazione con altre strutture regionali, nazionali e internazionali.

Promuove l'innovazione gestionale attraverso lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi e riconosce il valore della ricerca clinica e gestionale, anche attivata sulla base di specifici progetti.

Assicura lo sviluppo delle attività di ricerca presso le proprie articolazioni organizzative mediante l'attivazione di specifiche funzioni di promozione, coordinamento e monitoraggio delle stesse e valorizza il patrimonio biomedico, conoscitivo e gestionale derivante dall'assistenza erogata a sostegno dell'attività di ricerca e innovazione.

In coerenza con quanto indicato nel PP 2022 – 2024 sono state perseguite le seguenti linee di intervento:

Implementato i PDTA ritenuti strategici per l'Azienda.

Sono riprese le attività ambulatoriali per quanto possibile a regime, tenuto conto dello stato emergenziale pandemico, rispetto alle capacità produttive aziendali, attraverso l'applicazione del Piano Attività Ambulatoriali.

Implementato le attività in Telemedicina a seguito di Delibera n.40/4 del 04/08/2020 con cui la RAS recepisce quanto definito dalla Conferenza Stato Regioni (Rep. Atti 16/CSR) concernente "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali". Messa a regime del Servizio Centralizzato di Pre-ricovero già istituito nel corso del 2020 presso il presidio S. Michele e nel 2021 presso il presidio Businco.

Implementato il NAD (Nucleo di accompagnamento alla Dimissione) istituito a fine 2019, con il coinvolgimento di tutti i reparti dell'azienda.

Potenziamento della presa in carico delle patologie tumorali attraverso un approccio multidisciplinare (oncologo medico, chirurgo, diagnosta, radioterapista, cardiologo, epatologo, medico d'urgenza, fisioterapista e psicologo), e multiprofessionale, collaborazione e condivisione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), con attivazione di percorsi organizzati per patologia e terapie personalizzate con approcci tecnologici innovativi, attivazione di collaborazione con i migliori centri nazionali e internazionali, a garanzia di un miglior percorso possibile per il paziente onco-ematologico.

E' stato messo a regime il CAS Centro Accoglienza presso il Presidio Businco, che consente una presa in carico del paziente, e in particolare di quello oncologico, con la funzione di accoglierlo, informarlo in merito ai servizi erogati, alle modalità di accesso, alle prenotazioni, in tutte le fasi della sua patologia, dalle prime visite e prestazioni diagnostiche preliminari all'attivazione del Gruppo Interdisciplinare Cure per accedere all'intervento chirurgico o ai trattamenti.

I PDTA implementati nel 2021 sono stati oggetto di aggiornamento per tutto il 2022 attraverso audit: Emergenza Urgenza Pediatrica, Piede Diabetico, Ictus Ischemico, Percorso Nascita, Sepsi, Stenosi Aortica severa, Trapianto di rene, Trauma maggiore, K mammella, K colon. Inoltre in fase di sviluppo: Dissezione aortica, Tumori del SNC, Melanoma e K polmone; mentre in fase di attivazione Frattura del femore, Trattamento paziente bariatrico, Infarto

miocardico acuto (IMA) e K prostata.

Per buona parte del 2022 si è protratta l'attività vaccinale approvato dall'Azienda come da deliberazione n. 1 del 6 gennaio 2021, individuando i due punti operativi collocati rispettivamente al presidio San Michele e al presidio Businco, l'equipe dedicate costituite: da Medico Competente, Medico di Direzione di Presidio, Farmacista, Rianimatore, Infermieri, Oss, ASV e Personale Amministrativo, definendo rispettivi ruoli e compiti.

La campagna vaccinale si è estesa non solo al personale dipendente e all'indotto come inizialmente previsto, ma ha supportato anche le Hub vaccinali regionali sia nelle giornate feriali che attraverso l'organizzazione di Open day dando un importante contributo nella lotta alla pandemia.

A partire dal 30 dicembre 2021, grazie al sinergico lavoro di squadra tra ARNAS G. Brotzu, 118 e AREUS il soccorso con l'eliambulanza diventa operativo 24 ore su 24 diventando un servizio attivo anche nelle ore notturne. Il raggiungimento di questo importante obiettivo ha permesso di soccorrere più velocemente, in tutto il territorio regionale, le persone che hanno bisogno di ricevere un intervento sanitario urgente.

In questo nuovo riassetto logistico-organizzativo è stata temporaneamente sospesa l'attività di ricovero in post-acuzie della Neuroriabilitazione, che si prevede di riprendere entro il 2023.

Uno strumento utile di supporto per rappresentare i risultati dell'analisi del contesto interno ed esterno è costituito dall'analisi o matrice SWOT (**S**trengths = punti di forza; **W**eaknesses = punti di debolezza; **O**pportunities = opportunità; **T**hreats = minacce) di seguito riportata:

<p style="text-align: center;">PUNTI DI FORZA (contesto interno)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Storica forte attrattività di alcune strutture aziendali • Presenza nell'ambito degli Stabilimenti Aziendali di tutte le specialità, alcune delle quali svolte in esclusiva per un bacino di utenza regionale (trapianti, oncologia e pediatria) • Coinvolgimento degli operatori a tutti i livelli nel processo di riorganizzazione dei servizi • Dotazioni tecnologiche d'avanguardia in ambito diagnostico e terapeutico • Erogazione di prestazioni di particolare complessità chirurgica e medica con approccio multidisciplinare 	<p style="text-align: center;">PUNTI DI DEBOLEZZA (contesto interno)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necessità di interventi strutturali di riqualificazione ed adeguamento normativo sugli stabilimenti ospedalieri • Resistenza ai cambiamenti organizzativi e culturali anche a causa dell'elevata età media di alcune figure professionali • Carenza di personale a diversi livelli nelle strutture di supporto
<p style="text-align: center;">OPPORTUNITA' (contesto esterno)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo della rete ospedale – territorio • Accesso ai finanziamenti regionali per lavori di riqualificazione e messa a norma degli stabilimenti • Collaborazione con altre strutture sanitarie regionali anche attraverso progetti di telemedicina (es. in ambito cardiologico) con riduzione della mobilità dei pazienti e maggiore tempestività negli interventi • Attivazione del servizio di elisoccorso 	<p style="text-align: center;">MINACCE (contesto esterno)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contesto economico finanziario critico a seguito dei vincoli di contenimento della spesa sanitaria • Evoluzione rapida e complessa della normativa e conseguenti adempimenti burocratici • Incremento del contenzioso con l'utenza con impatto economico conseguente alla medicina difensiva

2.3 Risorse

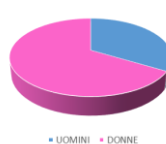
Il bilancio consuntivo relativo all'anno 2022, alla data di redazione del presente documento non è stato ancora formalmente deliberato. Infatti le assegnazioni destinate al finanziamento indistinto della spesa sanitaria di parte corrente risultano ancora provvisorie nelle more dell'adozione della deliberazione di riparto del fondo sanitario regionale 2022 come specificato dalla nota dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Autonoma della Sardegna n. 13612 del 24/05/2023 avente ad oggetto: "Indicazioni operative per la compilazione dei Modelli Ministeriali CE consuntivo e SP 2022".

2.4 Analisi di genere

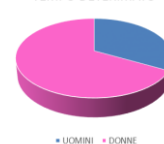
L'ARNAS G. Brotzu nel 2021 conta un numero di personale dipendente a tempo indeterminato di 2.472 unità, di cui il 66.50% sono donne, e 522 unità teste/anno a tempo determinato, di cui il 32.89% sono donne. Di seguito si riportano le tabelle riepilogative del bilancio di genere Aziendale per tipologia di ruolo, fasce di età e titolo di studio:

TIPOLOGIA	UOMINI	DONNE	TOT	% UOMINI	% DONNE
Tempo indeterminato	828	1.644	2.472	33,50%	66,50%
di cui:					
tempo pieno	822	1.554	2.376	34,60%	65,40%
part-time	6	90	96	6,25%	93,75%
Tempo determinato	171,72	350,39	522	32,89%	67,11%

TEMPO INDETERMINATO

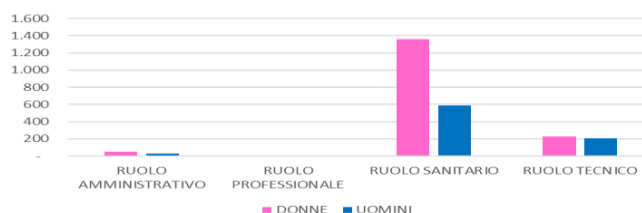


TEMPO DETERMINATO



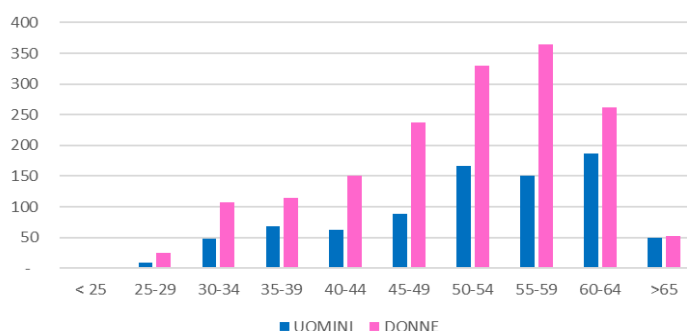
Descrizione Ruolo	UOMINI	DONNE	TOT
RUOLO AMMINISTRATIVO	30	52	82
RUOLO PROFESSIONALE	3	1	4
RUOLO SANITARIO	591	1.362	1.953
RUOLO TECNICO	204	229	433
Totale complessivo	828	1.644	2.472

DISTRIBUZIONE PER RUOLO



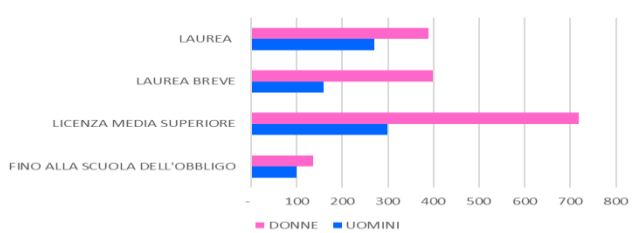
FASCE D'ETA'	UOMINI	DONNE	TOT
< 25	-	1	1
25-29	9	25	34
30-34	48	107	155
35-39	68	114	182
40-44	63	151	214
45-49	88	237	325
50-54	166	330	496
55-59	151	365	516
60-64	186	262	448
>65	49	52	101
Totale complessivo	828	1.644	2.472

FASCE D'ETA'



TITOLO DI STUDIO	UOMINI	DONNE	TOT
FINO ALLA SCUOLA DELL'OBBLIGO	99	137	236
LICENZA MEDIA SUPERIORE	298	719	1.017
LAUREA BREVE	160	399	559
LAUREA	271	389	660
Totale complessivo	828	1.644	2.472

TITOLO DI STUDIO



3 MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Nel mese di settembre 2022 si è proceduto al monitoraggio dei dati intermedi degli obiettivi con le risultanze al 30 giugno, e nel febbraio 2023 si è dato avvio all'istruttoria a consuntivo dell'anno 2023 attraverso una prima valutazione dei risultati raggiunti dalla Strutture condotta dalla Struttura Tecnica Permanente

Di seguito una sintesi degli obiettivi assegnati alle Strutture per l'anno 2022, gli indicatori con i quali sono stati misurati e la percentuale di raggiungimento a livello aziendale calcolata sulla media del risultato raggiunto da ciascuna struttura rispetto al target assegnato.

AREA: Attività amministrativa, informatica e tecnica					
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET AZIENDALE %	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE	SCOSTAMENTO %	NOTE
Aggiornamento alla nuova normativa DLgs 101/20 del "Regolamento di gestione dei rifiuti speciali ospedalieri contenenti tracce di contaminazione radioattiva" entro 30/9/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Applicazione piano transazione digitale entro il 31/12/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Assolvimento debito informativo nazionale mediante inserimento dei sinistri nel SIMES ai sensi del DM 11/12/2009	N. sinistri inseriti nel sistema/ N. sinistri 2021	100,00	100,00	0,00	
Attuazione progetto di supporto psicologico lavoro correlato dei dipendenti	Report di analisi trimestrali	100,00	0,00	100,00	
Azioni tese alla formazione obbligatoria del personale afferente al Dipartimento Amministrativo	Importo del fondo del Dipartimento utilizzato/ importo del fondo a disposizione	100,00	57,70	42,30	
Azioni tese alla formazione obbligatoria del personale afferente al Dipartimento Tecnico	porto del fondo del Dipartimento utilizzato/ importo del fondo a disposizione	100,00	100,00	0,00	
Campagna raccolta sangue: giornate programmate di sabato	N. giornate programmate di sabato	100,00	100,00	0,00	
Campagna raccolta sangue: presentazione e realizzazione eventi social di promozione della donazione entro il 31/12/2022	N. eventi social di promozione	100,00	100,00	0,00	
Collaudi delle RM 3T e preparazione documentazione inerente alla Comunicazione di Avvenuta Installazione (cai) da inviare alle autorità competenti – entro 31/12/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Creazione NSO, relativi a convenzioni e incarichi libero professionali afferenti a progetti, a regime entro il 31/12/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	

Divulgazione, condivisione e utilizzo della modulistica standardizzata delle procedure di liquidazione/sub liquidazione entro il 31/12/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Emissione degli NSO a regime relativamente ai corsi di formazione 2022	Corsi con NSO/ tot. corsi 2022	100,00	100,00	0,00	
Emissione del DVR relativamente all'emergenza Covid-19	n. giorni di ritardo rispetto alla emissione DPCM/Norme ISS pregnanti/caratterizzanti	100,00	100,00	0,00	
Esecuzione delle manutenzioni preventive per le classi di apparecchiature in gestione diretta dalla Struttura	N. manutenzioni eseguite/Tot. manutenzioni necessarie	100,00	100,00	0,00	
Flessibilità organizzativa: supporto al servizio Gestione sviluppo risorse umane nell'espletamento delle procedure concorsuali	N. procedure concorsuali espletate con il supporto del personale afferente alla SC Comunicazione	100,00	100,00	0,00	
Fornire con cadenza semestrale la movimentazione del fondo rischi alla SC Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione	N. comunicazioni alla SC Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione	100,00	100,00	0,00	
Incontri con la SSD Psicologia volte all'aggiornamento del progetto stress da lavoro correlato	N. Incontri verbalizzati	100,00	100,00	0,00	
Indizione gara accordo quadro per le manutenzioni varie per i diversi presidi entro il 30/09/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Inoltre, con cadenza mensile reportistica relativa all'assegnazione del personale infermieristico non dipendente, alla SC Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione	N. report di monitoraggio inoltrati alla SC Contabilità Bilancio e Controllo di Gestione	100,00	100,00	0,00	
Monitoraggio applicazione regolamento aziendale "Ciclo di acquisizione e Gestione delle tecnologie – apparecchiature elettromedicali". Relazione sul rispetto della fase di competenza alla Direzione Aziendale entro il 31/12/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Monitoraggio finanziamento PNRR. Relazioni sullo stato avanzamento delle attività oggetto di finanziamento alla Direzione Aziendale	N. relazioni trimestrali inviate alla Direzione Aziendale	100,00	100,00	0,00	
Monitoraggio interessi passivi: verifica colli di bottiglia delle fasi del processo di liquidazione del primo semestre. Relazione sui risultati entro il 31/07/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Organizzazione incontri collegiali di Dipartimento finalizzati al monitoraggio dei processi	N. Incontri verbalizzati	100,00	100,00	0,00	
Presentazione programma fabbisogni beni sanitari e non sanitari entro il 20/06/2022 al Direttore di Dipartimento	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00	99,97	0,03	

Presentazione programma fabbisogni beni sanitari e non sanitari entro il 30/06/2022 ai rispettivi servizi Farmacia e Acquisizione beni e servizi.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00	100,00	0,00	
Progetto volto all'attivazione dell'inventario straordinario, previsto nell'anno 2022 come da normativa, entro il 31/12/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Proposta di regolamento relativo alla repertoriazione dei contratti libero professionali afferenti ai progetti e delle convenzioni entro il 31/12/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Proposta di regolamento sul governo delle segnalazioni presso L'URP entro il 31/12/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Redazione del programma acquisti per il biennio 2023/2024 nel rispetto della scadenza relativa all'approvazione del Bilancio Preventivo Economico annuale e pluriennale 2023-2025 (15/11/2022)	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Redazione di un progetto relativo alla fascicolazione elettronica entro il 31/12/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Redazione di una procedura operativa finalizzata al recupero crediti di competenza anni precedenti del Pronto Soccorso entro il 31/12/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Relazione sullo stato dell'arte relativo alla Telemedicina entro il 30/09/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Rendicontazione dell'utilizzo del Fondo formazione 2022 per struttura alla Direzione aziendale entro il 31/12/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Riconciliare trimestralmente la contabilità sezionale cespiti con la contabilità generale (Art. 20 del Regolamento gestione beni immobili e mobili di cui alla delibera n. 1794/2015).	N. reports corretti sulle risultanze del registro cespiti elaborati, verificati e trasmessi entro il giorno 15 del mese successivi	100,00	100,00	0,00	
Riduzione rispetto all'anno 2021 del tempo medio di risposta relativo agli interventi manutentivi attraverso il software INFOHealth	% di riduzione rispetto all'anno 2021	100,00	100,00	0,00	
Riduzione tempi di intervento rispetto ai ticket aperti sul portale Supporto ICT con priorità medio alta	N° giorni trascorsi dall'apertura ticket e l'erogazione dell'intervento richiesto	100,00	1,00	99,00	
Riduzione tempi di valutazione Dirigenziale per gli anni 2020 e 2021 entro il 30/06/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Riduzione tempi firma dirigenziale nelle delibere inserite nel sistema Atti.	data firma - data inserimento	100,00	100,00	0,00	
Riduzione tempi medi liquidazione fatture	N. giorni medi liquidazione fatture	100,00	100,00	0,00	
Rispetto esecuzione interventi progettuali PNRR. Raggiungimento Target e Milestone. Rispetto delle scadenze normativa nazionale ed europea entro il 31/12/2022	N. gare indette entro la scadenza	100,00	100,00	0,00	

Riunioni periodiche di cui all'articolo 35 del D.GLS 81/08 in materia di sicurezza del lavoro	N. riunioni verbalizzate	100,00	100,00	0,00	
Rivisitazione mappatura dei processi smart workig in previsione della redazione del PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione) entro il 31/05/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Sensibilizzazione nell'utilizzo del sistema di autorizzazione alle ferie, permessi e smart working presente nel portale dipendenti aziendale da parte di tutte le Strutture del Dipartimento	N. incontri di sensibilizzazione con tutte le Strutture afferenti al Dipartimento	100,00	100,00	0,00	
Sopralluoghi nei PP.OO: Brotzu su emergenza Covid - 19 oltre l'ordinaria attività richieste dal Datore di lavoro/DA/DS/Direzioni Mediche/ Direttori Dipartimento e SS.CC.	N. sopralluoghi con relazione	100,00	100,00	0,00	
Studio per l'implementazione di strumenti di pianificazione radioterapica automatica per ottenere la riduzione dei tempi nella preparazione di piani di trattamento ginecologici e sub retto entro il 31/12/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Studio per l'attuazione di un intervento di efficientamento energetico entro il 31/12/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Studio per l'individuazione di un applicativo per la conservazione certificata dei documenti digitali amministrativi e tecnici entro il 30/10/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Supporto alle Strutture nell'utilizzo del sistema di autorizzazione alle ferie, permessi e smart working presente nel portale dipendenti aziendale	N. tiket di supporto chiusi/ tot tiket di supporto richiesti	100,00	100,00	0,00	
Tempestiva chiusura delle schede di valorizzazione individuale 2021 sul software Alfa Scorer entro il 31.03.2022.	N. audit di monitoraggio e aggiornamento	100,00	98,27	1,73	Una sola Struttura ha maturato giorni di ritardo oltre il minimo accettabile
Trasmissione ai sindacati del nuovo Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance Aziendale entro il 30/06/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Trasmissione ai fabbisogni con copertura PNRR da presentare alla Direzione aziendale entro il 30/06/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Utilizzo del sistema di autorizzazione alle ferie e smart working presente nel portale dipendenti aziendale	N° richieste ferie e smart working autorizzati sul portale dipendente/Tot. ferie e richieste smart working	100,00	100,00	0,00	
Utilizzo del sistema di autorizzazione alle ferie, permessi e smart working presente nel portale dipendenti aziendale	N. richieste ferie, permessi e smart working autorizzati sul portale dipendente/Tot. ferie, permessi e richieste smart working	100,00	100,00	0,00	

Implementazione Piano Organizzativo Lavoro Agile					
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET AZIENDALE %	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE	SCOSTAMENTO %	NOTE
Rivisitazione mappatura dei processi smart workig in previsione della redazione del PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione) entro il 31/05/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100	100	0	

Controllo Spesa Farmaceutica					
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET AZIENDALE %	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE	SCOSTAMENTO %	NOTE
Chiusura delle schede farmaci AIFA entro 30 giorni dalla fine del trattamento	N. schede AIFA chiuse entro la scadenza/tot schede AIFA	100,00	STERILIZZATO		Dato non rilevabile per le strutture oggetto di valutazione
	N. verifiche e solleciti /anno verbalizzati	100,00	100	0,00	
Monitoraggio degli scarichi dall'armadietto di reparto	N. ispezioni a campione nei magazzini di reparto verbalizzate	100,00	100	0,00	
Monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni.	N. incontri di approfondimento con le Strutture verbalizzati	100,00	100	0,00	
Monitoraggio mensile trend prescrittivo farmaco BEVACIZUMAB intravitreale	N° Audit trimestrali con verbali condivisi e sottoscritti dai partecipanti	100,00	100	0,00	

Obiettivo appropriatezza clinica e Informatizzazione delle attività					
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET AZIENDALE %	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE	SCOSTAMENTO %	NOTE
Aderire agli audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA Ictus	N. audit di monitoraggio e aggiornamento	100	100	0,00	
Aderire agli audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA K Colon	N. audit di monitoraggio e aggiornamento	100	100	0,00	
Aderire agli audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA K mammella	N. audit di monitoraggio e aggiornamento	100	100	0,00	
Aderire agli audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA K Polmone	N. audit di monitoraggio e aggiornamento	100	100	0,00	
Adesione agli Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA Emergenza urgenza pediatrica	N. audit di monitoraggio e aggiornamento	100	100	0,00	
Adesione agli audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA Paziente affetto da Stenosi aortica severa	N. audit di monitoraggio e aggiornamento	100	100	0,00	

Adesione agli Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA Percorso Nascita	N. audit di monitoraggio e aggiornamento	100	100	0,00	
Adesione agli audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA Trauma maggiore	N. audit di monitoraggio e aggiornamento	100	100	0,00	
Adesione degli audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA Piede diabetico	N. audit di monitoraggio e aggiornamento	100	100	0,00	
Adesione degli audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA Trapianto rene	N. audit di monitoraggio e aggiornamento	100	100	0,00	
Adozione delibera di approvazione PDTA relativo all'implementazione del piano di riduzione del consumo sangue secondo i programmi di Patient Blood Management (PMB)	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100	100	0,00	
Aggiornamento e trasparenza Liste d'attesa informatizzate ricoveri programmati: corretto processo nell'utilizzo delle liste d'attesa per ricoveri programmati	N. ricoveri programmati da lista d'attesa/ tot. ricoveri	100	100	0,00	
Analisi sullo stato del benessere organizzativo dei lavoratori sulla base delle evidenze del questionario somministrato nel 2021 alle Direzioni Aziendali entro il 30/06/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100	100	0,00	
Audit di verifica della Qualità del Radiofarmaco entro il 31.12.2022 da inviare alle Direzioni di Presidio.	N. audit effettuati	100	100	0,00	
Campagna raccolta sangue cordonale: sensibilizzazione donazione attraverso audit effettuati c/o Centri e Punti Nascita di altre Strutture	N. audit di monitoraggio e aggiornamento	100	100	0,00	
Controllo infezioni ospedaliere: in particolare riduzione dell'incidenza delle batteriemie CVC correlate (al di sotto di 7 batteriemie per 1000gg di permanenza del CVC)	Incidenza delle batteriemie CVC correlate per 1000gg di permanenza CVC	100	0	100,00	
Corretto inserimento delle procedure in SO WEB	N. procedure chiuse entro la scadenza SDO/ tot procedure	100	99	1,00	
Corretto inserimento delle procedure in SO WEB e RIS - PACS	Tempo medio: fine procedura alla validazione. della refertazione su RIS-PACS	100	STERILIZZATO		Dato non misurabile dalle procedure informatiche
Corretto inserimento delle procedure in SO WEB. (ore)	Tempo medio: fine procedura alla validazione della refertazione sul SO WEB (ore)	100	STERILIZZATO		Dato non misurabile dalle procedure informatiche
Efficientamento organizzazione dell'attività ambulatoriale della Struttura entro il 31/12/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100	100	0,00	

Efficienza dell'attività chirurgica di Ottorino. Presenza dei Chirurghi Otorinolaringoiatri durante gli interventi chirurgici eseguiti in convenzione	N. operatori aziendali presenti agli interventi eseguiti in convenzione/tot. interventi chirurgici in convenzione	100	STERILIZZATO		Dato non misurabile dalle procedure informatiche
Efficienza nella refertazione dei tamponi Covid-19 (sino ad massimo di 500 al giorno)	N. tamponi refertati entro 24 ore/tot tamponi in carico (urgenze escluse)	100	100	0,00	
Elaborazione di un percorso sul follow-up del paziente trapiantato alle Direzioni Aziendali entro il 30/09/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100	100	0,00	
Elaborazione di un protocollo condiviso per l'individuazione precoce della cardiotoxicità da chemioterapici entro il 30/10/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100	100	0,00	
Erogazione di prestazioni di Cardiologia Nucleare, Ecostress, Ecotransesofageo e Test cardiopolmonare	N. prestazioni erogate	100	100	0,00	
Formalizzazione Progetto di implementazione del sistema Centricity TM Cardio Enterprise per l'attività di ecocardiografia, a completamento del sistema MUSE relativo all'elettrocardiografia, già attivato entro il 30/09/22	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100	STERILIZZATO		Sopravvenute difficoltà nel settaggio delle linee della rete non prevedibili
Garantire le attività sanitarie in sicurezza nel rispetto dei Protocolli aziendali COVID-19 deliberati	N. audit di monitoraggio e aggiornamento	100	100	0,00	
Implementazione attività clinica con utilizzo del laser per patologie dermatologiche e vascolari	N. prestazioni eseguite nella metodica laser	100	100	0,00	
Implementazione della nuova metodica: PET con C11 metionina. Relazione alla Direzione Aziendale entro il 31/12/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100	100	0,00	
Implementazione di un percorso di addestramento alla sala operatoria al fine dell'inserimento dei primi reperibili	N. schede addestramento chirurgici	100	0	100,00	Non sono state prodotte le schede addestramento
Implementazione tecnica IORT (Radioterapia Intraoperatoria) per le pazienti affette da Neoplasia Mammella (bassi rischi) nella sala operatoria del P.O. A. Businco Relazione alla Direzione Aziendale entro il 31/12/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100	STERILIZZATO		Apparecchiatura in dotazione danneggiata in corso dell'anno e non riparabile
Implementazione tecnica Ipofrazionamento spinto per pazienti affette da Neoplasia Mammella. Relazione alla Direzione Aziendale entro il 31/12/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100	100	0,00	
Implementazione Telemedicina: applicazione del processo di telemonitoraggio e televisita nell'assistenza, diagnosi e cura del paziente	N. pazienti arruolati al 31/12/2022	100	100	0,00	
Implementazione di interventi eseguiti con la procedura robotica	N. interventi eseguiti con la procedura robotica	100	100	0,00	

Incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo.	Numero di segnalazioni di morte encefalica / Numero di decessi per lesione encefalica	100	100	0,00	
Incremento volumi prestazioni di Risonanza magnetica	N. esami di Risonanza Magnetica 2022/N. esami Risonanza Magnetica 2021 (dato %)	100	STERILIZZATO		Ritardo installazione RM
Inviare alla SC Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione a cadenza trimestrale i dati relativi all'attività del servizio	N. report inviati entro il mese successivo al trimestre/ n. report inviati	100	100	0,00	
Miglioramento delle performance organizzative e della appropriatezza dell'attività di ricovero: indice di rotazione posto letto	N. ricoveri/ n. posti letto	100	STERILIZZATO		Non governabile dal reparto per lungo degenze dedite all'assistenza per la sopravvivenza del paziente
Monitoraggio decessi per morte encefalica con valutazione trimestrale	N° Incontri trimestrali CRT	100	100	0,00	
Monitoraggio della documentazione sanitaria: attraverso la valutazione del 5% delle Cartelle Cliniche di ciascun reparto afferente al Presidio	N. cartelle cliniche verificate / N. totale ricoveri ordinari (x 100)	100	100	0,00	
Organizzazione della formazione delle competenze utili alla rotazione del personale	N. eventi formativi	100	100	0,00	
Organizzazione evento dimostrativo a rilevanza aziendale dei dati Clinical Costing entro il 31/07/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100	100	0,00	
Partecipazione agli incontri collegiali di Dipartimento	N. Incontri verbalizzati	100	93,75	6,25	
Partecipazione alla stesura del regolamento per la gestione delle Sale Operatorie in collaborazione con i gruppi di lavoro del corso Management in sanità entro 31.12.2022.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100	100	0,00	
PNE: Riduzione % Parti cesarei primari	N. parti cesarei primari/tot parti	100	55	44,70	
Presentazione monitoraggio indicatori treemap dati finali 2021 entro il 15/10/2022	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100	100	0,00	
Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA): effettuare almeno 4 incontri del Gruppo Operativo Infezioni Ospedaliere ed invio dei N° 4 verbali al CICA entro il 31.12.2022 alle Direzioni Aziendali	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100	100	0,00	
Proposta di attivazione comitato aziendale per l'attività di Trapianto	N° incontri verbalizzati	100	100	0,00	
Proposta progetto RAR Trapianti alla Direzione Aziendale entro il 31/12/2022	N° giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100	100	0,00	
Recupero prestazioni ambulatoriali SSN in stato sospeso presenti nel Piano di rientro delle liste d'attesa per le attività ambulatoriali	N. pazienti in lista d'attesa visitati/ tot. pazienti in lista d'attesa	100	100	0,00	

Riduzione degenza media pre-operatoria	N. giorni degenza media pre-operatoria	100	100	0,00	
Riduzione dell'Indice di occupazione	[Giornate di degenza effettive/(posti letto *365)]/100	100	0	100,00	Tutte le strutture oggetto di valutazione hanno superato il target de 95%
Riduzione tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali SSN primi accessi (Prestazioni: ECO mammaria e Mammografia bilaterali)	N. giorni medi di attesa	100	STERILIZZATO		Collaudo nuovo mammografo fine 2022, obiettivo subordinato al collaudo
Rispetto scadenze validazione SO WEB	N. interventi chiusi entro la scadenza SDO/ tot interventi	100	98,54	1,46	
Rispetto scadenze validazione SDO	N. SDO chiuse entro il 10 del mese successivo a quello di riferimento / N. SDO totali	100	99,99	0,01	
Supportare le Strutture Aziendali per la chiusura SDO attraverso verifica completezza e appropriatezza della codifiche SDO, controllo incrociato ADT/SOWEB, correzione errori SIDI.	N. azioni volte alla corretta chiusura SDO	100	100	0,00	
Supporto all'attività anestesologica pediatrica con i servizi di radiologia per la diagnostica per immagini pediatrica	N. prestazioni effettuate/ tot. prestazioni richieste	100	STERILIZZATO		Nel sistema order entry se non evase rapidamente, vengono reiterate dal richiedente e quindi duplicate diluendo il denominatore
Supporto all'utilizzo corretto delle procedure informatiche (CUP/ ADT/SOWEB) - Formazione sul campo.	N. azioni svolte	100	100	0,00	
Tempi d'attesa refertazione prestazioni per interni	Tempo medio di refertazione espresso in GG (data ref-data acc)	100	100	0,00	
Tempi d'attesa refertazione prestazioni SSN	Tempo medio di refertazione espresso in GG (data ref-data acc)	100	50	50,00	
Valorizzazione dell'utilizzo posti letto DS dipartimentali	% utilizzo PL DS dip.li specialità Chirurgia Bariatrica	100	22	78,00	
Valorizzazione dell'utilizzo posti letto DS dipartimentali	% utilizzo PL DS dip.li specialità delle Strutture del dipartimento	100	100	0,00	
Valutazione appropriatezza cartelle cliniche	N. totale cartelle appropriate / N. totale cartelle campionate	100	90	10,33	
Valutazione dell'indice di gradimento attraverso la somministrazione di questionari	N. questionari con valutazione positiva/Tot. questionari somministrati	100	100	0,00	

Rispetto e condivisione Direttive aziendali "Emergenza COVID 19"					
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET AZIENDALE %	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE	SCOSTAMENTO %	NOTE
Condivisione con il personale afferente dei protocolli aziendali Deliberati in materia di Emergenza COVID-19	N. audit di monitoraggio e aggiornamento	100	90,90	9,10	
Rispetto dei protocolli aziendali di preospedalizzazione centralizzata	N. pazienti in ricovero programmato passati per preospedalizzazione centralizzata/ tot pazienti in ricovero programmato	100	100,00	0,00	
Rispetto dei protocolli aziendali di preospedalizzazione centralizzata	N° di richieste dalla preospedalizzazione evase / N° totale di richieste	100	100,00	0,00	

Gli scostamenti evidenziati nelle tabelle di sintesi degli obiettivi assegnati alle Strutture per l'anno 2022 sopra riportate, sono da ricondursi sostanzialmente all'impatto destabilizzante determinato dall'uscita dall'emergenza pandemica e dalla sua gestione.

4. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA

Di seguito la tabella riepilogativa della performance organizzative conseguita da ciascuna struttura a valenza budgetaria nel 2022:

STRUTTURA	PERFORMANCE ORGANIZZATIVA
AOB - DIPARTIMENTO CHIRURGICO	84,40%
SC BUSINCO - CHIRURGIA ONCOLOGICA E SENOLOGIA	100,00%
SC BUSINCO - CHIRURGIA TORACICA	80,00%
SC S. MICHELE - CHIRURGIA GENERALE E DEI TRAPIANTI	75,00%
SC S. MICHELE - OCULISTICA	100,00%
SSD AOB - ENDOSCOPIA DIGESTIVA	91,80%
SSD BUSINCO - DERMATOLOGIA	100,00%
SSD S. MICHELE - CHIRURGIA DELL'OBESITA'	76,00%
SSD S. MICHELE - CHIRURGIA D'URGENZA	80,00%
SSD S. MICHELE - CHIRURGIA ORL E FACCIALE	96,10%
SSD S. MICHELE - MEDICINA TRAPIANTI FEGATO E PANCREAS	100,00%
SSD S. MICHELE - T.I.P.O. TRAPIANTI	99,70%
AOB - DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE	100,00%
SC BUSINCO - CARDIOLOGIA	100,00%
SC S. MICHELE - CARDIOCHIRURGIA	98,30%
SC S. MICHELE - CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA CON S.S. EMODINAMICA	98,80%
SC S. MICHELE - CHIRURGIA VASCOLARE	99,80%
SC S. MICHELE - CARDIOLOGIA CON UNITA' DI TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA	100,00%
SSD S. MICHELE - CARDIOANESTESIA	89,50%
SSD S. MICHELE - CARDIORIABILITAZIONE	100,00%
SSD S. MICHELE - CONSULENZA E VALUTAZIONE CARDIOLOGICA	100,00%
AOB - DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA	100,00%
SC BUSINCO - ANESTESIA E RIANIMAZIONE	100,00%
SC S. MICHELE - ANESTESIA E RIANIMAZIONE	100,00%
SC S. MICHELE - MEDICINA D'URGENZA	100,00%
SC S. MICHELE - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	98,80%
SC S. MICHELE - PRONTO SOCCORSO E OBI	100,00%
SSD S. MICHELE - MEDICINA D'URGENZA PEDIATRICA	100,00%
AOB - DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE	100,00%
SC S. MICHELE - NEUROLOGIA STROKE UNIT	100,00%
SC BUSINCO - TERAPIA DEL DOLORE	98,30%
SC S. MICHELE - NEUROCHIRURGIA	99,80%
SC S. MICHELE - NEURORIABILITAZIONE	75,00%
SSD AOB - RIABILITAZIONE	100,00%
SSD AOB - SERVIZIO PSICOLOGIA	100,00%
SSD S. MICHELE - NEUROFISIOLOGIA E DISTURBI DEL MOVIMENTO	100,00%
AOB - DIPARTIMENTO ONCOLOGICO E INTERNISTICO	100,00%
SC AOB - MEDICINA NUCLEARE CLINICA E TERAPIA RADIOMETABOLICA	100,00%
SC BUSINCO - EMATOLOGIA E CTMO	95,00%
SC BUSINCO - ONCOLOGIA MEDICA	100,00%
SC BUSINCO - RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	100,00%
SC S. MICHELE - GASTROENTEROLOGIA	99,99%
SC S. MICHELE - MEDICINA GENERALE	100,00%
SSD AOB - FARMACIA CLINICA E ONCOLOGICA	100,00%
AOB - DIPARTIMENTO RIPRODUZIONE, GENITOURINARIO, MALATTIE E TRAPIANTI DI RENE	100,00%
SC BUSINCO - GINECOLOGIA ONCOLOGICA	100,00%
SC S. MICHELE - NEFROLOGIA E DIALISI	100,00%
SC S. MICHELE - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	91,10%
SC S. MICHELE - UROLOGIA	80,00%
SSD S. MICHELE - MEDICINA TRAPIANTO RENALE	100,00%
AOB - DIPARTIMENTO SERVIZI	100,00%
SC AOB - ANATOMIA PATOLOGICA	100,00%
SC AOB - FARMACIA	100,00%
SC AOB - FISICA SANITARIA	100,00%
SC AOB - LABORATORIO ANALISI	80,00%
SC S. MICHELE - DIABETOLOGIA E MALATTIE DISMETABOLICHE	100,00%
SC S. MICHELE - IMMUNOEMATOLOGIA E CENTRO TRASFUSIONALE	100,00%
SC S. MICHELE - NEURORADIOLOGIA E INTERVENTISTICA VASCOLARE	100,00%
SC S. MICHELE - RADIOLOGIA	100,00%
SSD BUSINCO - RADIOLOGIA ONCOLOGICA ED INTERVENTISTICA	100,00%
SSD S. MICHELE - BANCA SANGUE CORDONALE	100,00%
SSD S. MICHELE - QUALITA' IN RADIOCHIMICA - LABORATORIO VITRO	100,00%

AOB - DIPARTIMENTO PEDIATRICO E DELLE MICROCITEMIE	100,00%
SC S. MICHELE - CARDIOLOGIA PEDIATRICA E CARDIOPATIE CONGENITE-PIATTAFORMA AMBULATORIALE	100,00%
SC S. MICHELE - CHIRURGIA PEDIATRICA	100,00%
SC S. MICHELE - PEDIATRIA	100,00%
SSD S. MICHELE - ANESTESIA PEDIATRICA	100,00%
SSD S. MICHELE - DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO	100,00%
SSD S. MICHELE - NEONATOLOGIA - NIDO	100,00%
AOB - STAFF DIREZIONE STRATEGICA AZIENDALE	
SC AOB - COMUNICAZIONE E RELAZIONI ESTERNE	100,00%
SSD AOB - AFFARI LEGALI	100,00%
SSD AOB - CONTROLLO PERFORMANCE SANITARIE E SVILUPPO STRATEGICO	100,00%
SSD AOB - FORMAZIONE	100,00%
SSD AOB - SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	100,00%
AOB - AREA FUNZIONALE DI IGIENE, ORGANIZZAZIONE, GOVERNO CLINICO, QUALITA'	
SC Direzione Sanitaria P.O. Businco	100,00%
SC Direzione Sanitaria P.O. San Michele	100,00%
AOB - DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	
SC AOB - AREA INFERMIERISTICA OSTETRICA	100,00%
SC AOB - AREA TECNICA, RIABILITAZIONE E PREVENZIONE	100,00%
AOB - DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	89,40%
SC AOB - GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE	100,00%
SC AOB - ACQUISTI BENI E SERVIZI	100,00%
SC AOB - CONTABILITA', BILANCIO E CONTROLLO DI GESTIONE	100,00%
SSD AOB - AFFARI GENERALI	100,00%
AOB - DIPARTIMENTO TECNICO	100,00%
SC AOB - GESTIONE IMMOBILI E IMPIANTI E NUOVE REALIZZAZIONI	100,00%
SC AOB - PATRIMONIO E LOGISTICA	100,00%
SC AOB - TECNOLOGIE INFORMATICHE E SERVIZI INFORMATIVI	75,30%
SSD AOB - TECNOLOGIE SANITARIE	100,00%
AOB - DIPARTIMENTI FUNZIONALI	
AOB - PROMOZIONE DONAZIONE E GESTIONE TRAPIANTI	100,00%

5. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI

Di seguito si riportano indicazioni sintetiche sul grado di raggiungimento degli obiettivi individuali del personale dipendente e, in particolare, sul grado di differenziazione dei giudizi, in modo tale da rappresentare adeguatamente i risultati del sistema di valutazione individuale.

Nell'ARNAS vige un sistema per il calcolo della performance individuale basato su un algoritmo di natura Gaussiana che presuppone un valore minimo della performance pari a 0,5 e un valore massimo pari a 1,5. Poiché le dimensioni dell'Amministrazione impediscono la reportistica su dati individuale, si riportano di seguito alcuni valori medi ritenuti significativi:

TIPOLOGIA DI PERSONALE	TARGET VALUTAZIONE INDIVIDUALE	MEDIA VALUTAZIONE INDIVIDUALE	SCOSTAMENTO	DEVIAZIONE STANDARD AZIENDALE
Dirigente Medico e Sanitario	1,50	1,41	0,09	0,25
Dirigente Amministrativo, Professionale e Tecnico	1,50	1,50	0,00	
Personale sanitario del comparto	1,50	1,48	0,02	
Personale non sanitario del comparto	1,50	1,45	0,04	
Media Aziendale	1,50	1,47	0,03	

Ai fini della misurazione e valutazione delle performance individuali come detto l'ARNAS si avvale della "valorizzazione differenziale" dell'apporto dei singoli alla produttività dell'equipe, come da regolamento di misura e valutazione della performance di cui alla deliberazione n. 1501/2013. Tale sistema si basa su schede preposte alla rilevazione del "punteggio differenziale" della flessibilità, composte da griglie parzialmente precompilate dai direttori di struttura e chiedendo ai partecipanti di completarle in funzione delle loro esigenze in termini di flessibilità dell'apporto individuale. La metodologia di differenziazione fra dipendenti richiede la presenza di alcune condizioni:

- le regole di differenziazione devono essere stabilite prima;
- i criteri di differenziazione devono essere condivisi ex ante all'interno del gruppo e collocate in una "griglia" predefinita (scheda di valorizzazione);
- a ciascun criterio devono corrispondere opportuni livelli di apporto collocati in una scala definita a 5 livelli (da 1 a 5);
- dal "punteggio di flessibilità" che ogni dipendente concorda col superiore si ricava l'indice differenziale secondo un margine di oscillazione definito intorno al valore 1 (scala gaussiana);
- il dipendente effettua preventivamente la sua proposta di posizionamento per ciascun criterio e livello della griglia e il superiore avalla la scelta del dipendente o ne propone giustificatamente la modifica;
- dal punteggio totale ottenuto si risale all'indice di flessibilità individuale, attraverso il quale si effettua la valorizzazione individuale finale secondo la seguente formula:

FORMULA PER IL CALCOLO DELL'INDICE DI FLESSIBILITA' DELL'OPERATORE

$$\text{FLESSIBILITA}' = \frac{[(\text{Punti ott.} - \text{Punti min.}) * (\text{FLmax} - \text{FLmin})]}{(\text{Punti max} - \text{Punti min})} + \text{FLmin}$$

Dove: Punti ott. = Punteggio totale dell'operatore;
Punti min = Punteggio minimo ottenibile (uguale a 5);
Punti max = Punteggio massimo ottenibile (uguale a 25);
FL min = Limite inferiore di flessibilità (stabilito a 0,5);
FL max = Limite superiore di flessibilità (stabilito a 1,5).

La valorizzazione differenziale deve corrispondere a un effettivo premio all'apporto del singolo alla produttività dell'equipe, posto che differenziare l'incentivo in base all'apporto concreto del singolo rappresenta un efficace strumento messo a disposizione del dirigente per stimolare l'emulazione positiva fra i propri collaboratori. Per questo più che di valutazione, si tratta di "valorizzazione differenziale", perché si applica un punteggio di flessibilità "differenziale" oggettivo, con cui si prende atto dell'impegno che ogni dipendente sottoscrive all'inizio dell'anno sul proprio posto di lavoro.

La metodologia prevede di avvalersi della curva di Gauss per definire le "n" fasce di merito dove sarà collocato il personale. Le fasce di merito oscillano intorno a un "valore di flessibilità" centrale pari a 1,0, ovvero tra un valore minimo (0,5) e massimo (1,5), predefiniti nei Protocolli Applicativi approvati per singola area contrattuale e simmetrici rispetto a quello centrale.

A ciascun componente dell'equipe viene prospettata la scelta di condividere un "punteggio individuale" che oscilla tra un minimo e un massimo, in tal modo ogni dipendente è messo in condizione di concordare all'interno della struttura di appartenenza il proprio punteggio di flessibilità ("performance individuale"). Su tale base a fine anno potrà accedere alla distribuzione del proprio incentivo in modo assolutamente trasparente: il dirigente accerta/verifica che il punteggio di fine anno corrisponda o meno a quello concordato preventivamente.

In conclusione, il premio di produttività e la retribuzione di risultato sono determinati in base ai seguenti parametri:

- percentuale della performance organizzativa;
- valorizzazione della performance individuale;
- parametrizzazione su coefficiente individuale di accesso al fondo;
- livello di responsabilizzazione differenziata;
- effettiva presenza in servizio.

Nel corso dell'anno non sono intervenute variazioni, in termini assoluti e relativi, degli obiettivi individuali dei dirigenti e del personale responsabile di posizione organizzativa.

6 IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse).

La rappresentazione dello scenario di performance, e quindi l'albero stesso, non può prescindere dall'analisi del contesto di alta pianificazione strategica:

- Piano Sanitario Nazionale;
 - Piano Sanitario Regionale;
 - Piano Nazionale di Prevenzione;
- nonché del contesto sanitario locale:
- criticità legate alla popolazione di riferimento;
 - spesa sanitaria e finanziamento regionale;
 - analisi comparativa dell'attività a livello regionale;
 - delibera Giunta Regionale n. 54/11 del 10/11/2015 "Interventi per la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica";
 - delibera Giunta Regionale n. 63/24 del 15/12/2015 "Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso. Attuazione dell'articolo 29, comma 3 della legge regionale 9 marzo 2015, n. 5.";
 - delibera Giunta Regionale n. 67/16 del 29/12/2015 "Indirizzi strategici sull'appropriatezza ed efficacia dell'attività ospedaliera. Sistema regionale per il monitoraggio e controllo delle attività di ricovero";
 - delibera Giunta Regionale n. 1/12 del 12/1/2016 "Linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale";
 - delibera Giunta Regionale n. 34/16 del 12/7/2017 "Attuazione del Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso (Delib.G.R. n. 63/24 del 15.12.2015). Programma di riorganizzazione e riqualificazione dell'offerta ospedaliera nell'area omogenea di Cagliari (articolo 9, comma 6, della legge regionale n. 23 del 17 novembre 2014)".

Nella definizione degli obiettivi per l'anno 2022 per il biennio successivo l'ARNAS si è basata:

- sulle indicazioni ministeriali dettate dal Piano Nazionale Esiti e dal monitoraggio dei LEA, dal Patto per la Salute 2014/2016, dal Decreto Ministeriale n. 70 del 02/04/2015, recante "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", dai più recenti atti della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nonché su quelle desunte dalle disposizioni che disciplinano le procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nella efficienza degli enti del SSN, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e nel rispetto della garanzia dei livelli essenziali di assistenza (art. 1 commi da 521 a 547 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come modificati dall'art. 1, comma 390, della Legge n. 232 del 11 dicembre 2016) ;
- sulle indicazioni regionali afferenti la razionalizzazione della rete ospedaliera;
- sulle indicazioni regionali di cui alla DGR n.63/24 del 15/12/2015, concernente il "Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso. Attuazione

- dell'art. 29, comma 3 della legge regionale 9 marzo 2015, n. 5", e in particolare su quelle inerenti la razionalizzazione della spesa farmaceutica e gli obiettivi di efficientamento dell'organizzazione ospedaliera;
- sulle indicazioni regionali dettate con provvedimenti riguardanti aree specifiche (ad es. DGR n. 54/11 del 10/11/2015 recante "Interventi per la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica e DGR n. 15/9 del 21/03/2017 recante "Obiettivi di razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica anno 2017);
 - sulle indicazioni regionali dettate con DGR 14/30 del 29 aprile 2022 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie Regionali. Anno 2022."
 - sull'analisi dei bisogni della popolazione sarda;
 - sull'offerta del territorio;
 - sulla capacità d'offerta che l'ARNAS ha dal punto di vista strutturale, di risorse professionali e materiali.

All'interno della logica di albero della performance, ogni obiettivo strategico è articolato in obiettivi operativi riportati in apposite schede per ciascuna Struttura Complessa o Semplice a valenza Dipartimentale. Si precisa che le azioni strategiche a base del Piano della Performance rispecchiano la connessione tra la pianificazione della performance e la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.

Gli obiettivi strategici sono stati dunque declinati direttamente in obiettivi dirigenziali di Struttura Complessa o Semplice Dipartimentale.

La misurazione e valutazione degli obiettivi è avvenuta verificandone la corretta rendicontazione, analizzandone gli eventuali scostamenti rispetto ai valori attesi supportati dalle fonti individuate in coerenza con il Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance aziendali.

Dato lo stato di emergenza Covid -19 le strutture aziendali coinvolte e l'Organismo Indipendente di Valutazione si sono adoperate anche attraverso mezzi alternativi al fine di portare a compimento il processo. Sulla base delle risultanze del processo di verifica, condotto dall'Organismo Indipendente di Valutazione, che si è avvalso dell'istruttoria formulata dalla Struttura Tecnica Permanente, dal Servizio Programmazione Strategica e dal Servizio Controllo di Gestione, si è arrivati a definire le performance organizzative delle singole strutture a valenza budgetaria.

Il processo di verifica è parte integrante del Ciclo di Gestione della Performance ed è stato portato a termine dall'Organismo Indipendente di Valutazione in osservanza alle disposizioni contenute nel Sistema di Misura e Valutazione adottato dall'Azienda con deliberazione n. 1501/2013, nonché in conformità alle modalità operative previste dai vigenti Protocolli Applicativi per il Sistema Premiante.