

Deliberazione n. 887

Adottata dal Direttore Generale in data 27.06.2024

OGGETTO: Approvazione Relazione sulla Performance 2023
PDEL /2024/958

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 27.06.2024 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

S.S.D. Affari Generali Ufficio Delibere

Il Direttore Generale

Dott.ssa Agnese Foddis

La presente Deliberazione prevede un impegno di spesa a carico dell'Azienda

SI NO X

Su proposta della Struttura Tecnica Permanente

VISTO il D.Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni;

VISTA la Legge Regionale n. 24 del 11 settembre 2020 "Riforma del Servizio 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 ed ulteriori norme di settore" e ss.mm.ii;

VISTO il Decreto Legislativo n. 165/2001 e s.m.i.;

VISTO il Decreto Legislativo n. 150/2009 e s.m.i. recante: "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";

VISTO in particolare l'art. 10 del D.Lgs. n. 150/2009, recante "Piano della performance e Relazione sulla performance";

VISTO altresì l'art. 16 c. 2 del D.Lgs. n. 150/2009, in base al quale le Regioni e gli enti locali adeguano i propri ordinamenti ai principi contenuti negli artt. 3, 4, 5 c. 2, 7, 9 e 15 c. 1 del medesimo D.Lgs.;

VISTE le modifiche apportate al D.Lgs n. 150/2009 con il D.Lgs 74/2017;

- VISTO** l'art. 6 del Decreto Legge n.80 del 9 giugno 2021, convertito, con modificazioni, dalla Legge n.113 del 6 agosto 2021 recante: "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", il quale prevede che le pubbliche amministrazioni, di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001, con più di cinquanta dipendenti, adottino entro il 31 gennaio di ogni anno il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (di seguito PIAO) nel rispetto delle normative di settore e, precisamente, del D.Lgs. n.150/2009 e della L. n. 190/2012;
- VISTO** il DPR del 24 giugno 2022, n 81 adottato in attuazione dell'art 6, co. 5 del decreto legge n. 80/2021 per l'individuazione degli adempimenti relativi ai piani assorbiti dal PIAO;
- VISTO** il DM del 30 giugno 2022, n.132, Regolamento recante definizione del contenuto del PIAO;
- VISTO** il comunicato del Presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) del 17 gennaio 2023 con il quale ha posticipato al 31 marzo 2023 il termine per enti e pubbliche amministrazioni per la predisposizione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza 2023-2025 unitamente a quello del PIAO al fine di garantire alle pubbliche amministrazioni il tempo necessario per predisporre al meglio il Piano;
- VISTO** che con deliberazione n. 1501/2013 si è proceduto all'adozione del regolamento aziendale del "Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance";
- VISTA** la Deliberazione della Giunta Regionale n. 51/36 del 30/12/2021 con la quale è stata nominata la Dott.ssa Agnese Foddis Direttore Generale dell'ARNAS G. Brotzu di Cagliari, recepita dall'ARNAS con Delibera n. 1 del 1/01/2022;
- VISTE** le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 4/62 del 16/02/2023 avente ad oggetto "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie Regionali. Anno 2023", la n. 19/63 del 01.06.2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023. Modifiche e integrazione." e la n. 33/6 del 13/10/2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023. Ulteriori Modifiche e integrazioni"
- DATO ATTO** che l'ARNAS G. Brotzu con delibera n. 493 del 31/03/2023 ha preso atto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025
- VISTA** la delibera ARNAS G. Brotzu n. 608 del 02/05/2023 "Integrazione oggetto deliberazione n.493 del 31.03.2023 avente per oggetto "Preso d'atto Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025";

- DATO ATTO** che con Delibera n. 1014 del 16/07/2020 l'Azienda Ospedaliera G. Brotzu ha provveduto alla nomina del Presidente e dei Componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione per il triennio 2020-2023;
- DATO ATTO** che con deliberazione n. 246 del 28 febbraio 2022 l'ARNAS prende atto delle dimissioni del Presidente dell'Organismo Indipendente di Valutazione per il triennio 2020-2023;
- DATO ATTO** che con Delibera n. 276 del 8 marzo 2022 viene affidato l'incarico di Presidente dell'Organismo Indipendente di Valutazione per il triennio 2020-2023;
- DATO ATTO** che con deliberazione n. 702 del 17 giugno 2022 viene nominato 1 componente dell'Organismo Indipendente di Valutazione per il triennio 2022-2025;
- CONSIDERATO** che la Relazione annuale sulla Performance (art. 10 c.1 letr. b) d.lgs. 150/2009) è un documento da redigere secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della Funzione pubblica (Linee guida n. 3/2018), approvato dalla Direzione e validato dall'Organismo indipendente di valutazione.
- VISTA** la Relazione sulla Performance 2023 allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale

con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

- di approvare la Relazione sulla Performance 2023 allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;
- di inviare la presente deliberazione all'Organismo indipendente di Valutazione al fine di dare luogo al processo di validazione di loro competenza ai sensi dell'art. 14 c. 4 lett. C) d.lgs. 150/2009;
- di provvedere alla sua pubblicazione sul sito istituzionale dell'ARNAS G. Brotzu nella sezione "Amministrazione Trasparente" sotto la voce Performance.

Il Direttore Generale
Dott.ssa Agnese Foddis

Il Direttore Amministrativo
Dott. Ennio Filigheddu

Il Direttore Sanitario
Dott. Raimondo Pinna

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE



ANNO 2023

Sommario

PRESENTAZIONE	3
1. I PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI	5
2. ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE	10
2.1 Contesto.....	10
2.2 Eventi significativi	12
2.3 Risorse	20
2.4 Analisi di genere	21
3 MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....	22
4. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA	32
5. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI.....	34
6 IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	36

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 comunicato del 17 gennaio 2023 il Presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) ha posticipato al 31 marzo 2023 il termine per enti e pubbliche amministrazioni per la predisposizione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza 2023-2025 unitamente a quello del PIAO al fine di garantire alle pubbliche amministrazioni il tempo necessario per predisporre al meglio il Piano.

Con deliberazione n. 1456 del 5 dicembre del 2022 avente ad oggetto "Approvazione dell'Atto Aziendale dell'Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione (ARNAS) "G. Brotzu" è stato adottato l'Atto Aziendale e inviato alla Giunta Regionale per la valutazione di conformità agli indirizzi di cui alla D.G.R. n. 30/74 del 30 settembre 2022.

Con deliberazione di Giunta regionale n.1/5 del 3.1.2023 recante ad oggetto "Atto aziendale dell'Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione "G. Brotzu" (ARNAS). Verifica di conformità ai sensi dell'art. 17, comma 3, L.R. 11.9.2020, n. 24" è stato approvato l'atto aziendale dell'Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione "G. Brotzu" (ARNAS), ai sensi dell'art. 17, comma 3, della legge regionale 11 settembre 2020, n. 24, con alcune precisazioni.

Con deliberazione n. 72 del 20 gennaio 2023 con oggetto "Preso atto della Deliberazione della Giunta regionale n.1/5 del 3.1.2023 recante Atto aziendale dell'Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione "G. Brotzu" (ARNAS). Verifica di conformità ai sensi dell'art. 17, comma 3, L.R. 11.9.2020, n. 24" è stato preso atto della valutazione positiva di conformità dell'atto aziendale da parte della Giunta Regionale.

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 secondo il nuovo assetto organizzativo aziendale per la negoziazione di Budget per l'anno 2023 in coerenza con le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 4/62 del 16/02/2023 avente ad oggetto "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie Regionali. Anno 2023", la n. 19/63 del 01.06.2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023. Modifiche e integrazione." e la n. 33/6 del 13/10/2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023. Ulteriori Modifiche e integrazioni".

Con Delibera n. 493 del 31.03.2023 viene approvato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 -2025, 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.

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 2023. 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 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'intero ciclo della Performance 2023 è stato condotto in coerenza con il nuovo regolamento di recente approvazione.

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.

I PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

Di seguito si riporta un'analisi dell'attività sanitaria erogata nell'anno 2023 a confronto con quella precedente.

La dotazione dei posti letto (PL) per l'anno 2023 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 precedenti al 2023 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	DISTURBI PERSASIVI DELLO SVILUPPO	POST ACUTI	0	5	0	5
San Michele totale			519	33	21	573
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
75	NEURORIABILITAZIONE	POST ACUTI	11	1	0	12
Businco totale			139	53	5	197
ARNAS G. Brotzu			658	86	26	770

La dotazione dei posti letto dell'ARNAS per l'anno 2023 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 573 posti letto, di cui 519 PL ordinari e 54 DH/DS, il Presidio Businco 197 posti letto, di cui 139 PL ordinari e 58 DH/DS.

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

Posti Letto per Tipologia	2021	2022	2023
Posti letto complessivi	770	770	770
di cui Posti letto intensivi ordinari	36	36	36
Posti letto ordinari acuti	647	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	26	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)	605	605	605

Attività di Ricovero Ordinario

DRG Ordinari	2021	2022	2023
DRG totali	23.413	22.301	23.250
DRG tipo chirurgico	9.412	8.598	9.298
DRG tipo medico	13.998	13.703	13.952
GG degenza totali	184.593	184.750	192.733
GG degenza tipo chirurgico	89.062	83.805	91.076
GG degenza tipo medico	95.520	100.945	101.657

Nell'anno 2023 il totale dei ricoveri ordinari sono pari a 23.250 per un totale di 192.733 giornate di degenza. In particolare i DRG ordinari di tipo chirurgico sono stati 9.298. La proporzione dei DRG chirurgici sul totale dei DRG ordinari aziendali è pari al 40%.

Attività di Ricovero Ordinario Acuti e Post Acuti

Dimessi Ordinari Acuti (Ai sensi dell'All. 2 D.G.R. n.67/16 del 29.12.2015)	2021	2022	2023
Posti letto	605	605	605
Totali dimessi	22.627	21.525	22.468
GG degenza	178.161	178.549	186.118
Degenza media	7,87	8,29	8,28
Degenza media trimmata	8,13	8,4	8,22
Tasso di occupazione (%)	80,68	80,86	84,28
Indice di Turnover	1,89	1,96	1,54
Indice di Rotazione	37,4	35,58	37,14

Dimessi Ordinari Post Acuti (Ai sensi dell'All. 2 D.G.R. n.67/16 del 29.12.2015)	2021	2022	2023
Posti letto	11	11	11
Totali dimessi	0	0	0
GG degenza	0	0	0
Degenza media	0	0	0
Degenza media trimmata	0	0	0
Indice di occupazione (%)	0	0	0
Indice di Turnover	0	0	0
Indice di Rotazione	0	0	0

Nell'anno 2023 sono state effettuate 22.468 dimissioni in regime di ricovero ordinario acuto (calcolato ai sensi dell'All.2 della DGR n 67/16 del 29/12/2015) per un totale di 186.118 giornate di degenza totali, con una degenza media di 8,28 giorni. Le esclusioni per ricovero ordinario acuto eseguite sono: i letti delle discipline 49 (tranne quelli della Terapia del Dolore 4922), 50, 56, 75 e della Radioterapia (7021), e i DRG 391 "Neonato Sano".

Attività di Ricovero Diurno

Drg Diurni: Day Hospital e Day Surgery	2021	2022	2023
Posti letto totali	112	112	112
Posti letto DH	86	86	86
Posti letto DS	26	26	26
Accessi Totali	43.582	44.151	47.870
Accessi DH	39.915	40.362	44.127
Accessi DS	3.667	3.789	3.743
Frequenza media giornaliera di ricovero	34,53	37,52	40,13
Frequenza media giornaliera di degenza	174,33	176,6	191,48
Drg Diurni totali	8.632	9.380	10.033
Drg DH	5.830	6.142	6.848
Drg DS	2.802	3.238	3.185

Il numero di accessi diurni totali aziendali nel 2023 risulta essere aumentato rispetto al 2022, nello specifico sono aumentati solo gli accessi in DH, pari a 44.127, mentre gli accessi in DS (pari a 3.743) sono diminuiti anche se di poco. Nel Presidio Oncologico Businco, centro di riferimento regionale per le patologie neoplastiche, vengono effettuati 35.469 accessi in DH, relativi ai trattamenti chemioterapici.

Attività Chirurgica

Attività Chirurgica	2021	2022	2023
N. Interventi	16.269	15.568	15.971
N. Interventi in presenza di anestesista	10.742	10.247	10.948
N. Interventi ordinari	13.105	11.845	12.360
N. Interventi DS	3.163	3.721	3.602
N. Interventi Tecnica Robotica	89	113	112

Complessivamente gli interventi chirurgici risultano pari a 15.971, di cui 12.360 in regime di ricovero ordinario, e 3.602 in regime DS. Gli interventi con Tecnica Robotica nel 2023 sono rimasti pressoché invariati rispetto all'anno precedente.

Attività Trapianto

Attività Trapianto	2021	2022	2023
Trapianto Rene	30	34	33
Trapianto Rene vivente	0	0	0
Trapianto Rene doppio	0	0	0
Trapianto Cuore	5	7	7
Trapianto Fegato	37	33	37
Trapianto Combinato Rene Fegato	1	0	0
Trapianto Combinato Rene Pancreas	1	0	0
Trapianto Pancreas Isolato	0	0	0
Trapianto Cornee	23	40	37
Trapianto di Midollo Osseo	62	68	75

L'attività di trapianto dipende da un insieme di variabili particolarmente complesse e spesso non modificabili, tuttavia nell'anno 2023 il numero di trapianti effettuati è superiore rispetto all'anno precedente, in particolare risultano in crescita il numero dei trapianti di fegato (pari a 37) e di midollo osseo (75).

Attività Ostetrica: Parti

Parti	2021	2022	2023
Totale parti (Drg dal 370 al 375)	530	497	541
Parti Spontanei (Drg dal 372 al 375)	287	285	299
Parti Cesarei (Drg dal 370 al 371)	243	212	242
% Parti Cesarei Primari (indicatore PNE)	35,52	29,68	33,85

Il numero di parti mostra un trend in lieve incremento, nel 2023 il valore si attesta a n° 541.

Attività Pronto Soccorso

Attività Pronto Soccorso	2021	2022	2023
Accessi PS Adulti	41.833	41.295	41.935
Ricoveri PS Adulti	11.970	11.545	11.284
Trasferiti PS Adulti	372	124	39
Accessi PS OBI	862	972	1.430
Ricoveri PS OBI	441	262	250
Trasferiti PS OBI	91	84	16
Accessi PS Pediatrico	12.254	17.450	20.943
Ricoveri PS Pediatrico	1.023	793	1.133
Trasferiti PS Pediatrico	4	466	574

L'attività di pronto soccorso adulti mostra un incremento rispetto all'anno precedente, mentre il PS pediatrico mostra un aumento degli accessi verosimilmente dovuto all'onda lunga post pandemia.

Indicatori di complessità

DRG Ordinari: Indicatori di complessità	2021	2022	2023
Peso medio DRG	1,48	1,48	1,47
Peso medio DRG tipo chirurgico	2,19	2,25	2,21
Peso medio DRG tipo medico	0,98	0,98	0,96
DRG Alta complessità	3067	2894	3133
% DRG Alta complessità	13,1	12,98	13,48

Indicatori di appropriatezza

Drg Ordinari: Indicatori di appropriatezza	2021	2022	2023
Drg PI	3.610	3.328	3.486
Drg Tipo Medici da Reparti chirurgici	3.493	3.502	3.509
Drg Medici brevi (0-2 GG)	4.076	3.869	3.862
% Drg PI	15,42	14,92	14,99
% Drg Medici brevi (0-2 GG) sul totale dei DRG Medici	29,12	28,23	27,68
% Drg Tipo Medici da Reparti chirurgici	32,89	35,26	33,15
Drg Diurni: Indicatori di appropriatezza	2021	2022	2023
Peso medio Drg (DH+DS)	0,86	0,87	0,86
Peso medio Drg DH	0,79	0,8	0,8
Peso medio Drg DS	1	1	1
DH diagnostici	1.074	1.114	1.234
% DH diagnostici	18,42	18,14	18,02
PS: Indicatori di Appropriatezza	2021	2022	2023
Capacità filtro PS Adulti	0,70	0,72	0,73
Capacità filtro PS OBI	0,38	0,64	0,81
Capacità filtro PS Pediatrico	0,92	0,93	0,92

Il peso medio dei DRG ordinari aziendale subisce una leggera flessione rispetto ai 2 anni precedenti.

Si rileva inoltre un lieve aumento della percentuale dei DRG Potenzialmente Inappropriati che passano al 14,99%, mentre si conferma il trend di decrescita della percentuale dei DH Diagnostici che passano dal 18,42% del 2021 al 18,14% del 2022, per arrivare al 18,02% nel 2023. 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 oltreché 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.

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.

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. L'assetto organizzativo attuale è definito nell'Atto Aziendale di cui alla deliberazione n. 131 del 03/02/2023.

L'ARNAS Brotzu definisce la sua organizzazione su un modello di gestione operativa fondato sui dipartimenti.

I dipartimenti strutturali di produzione di prestazioni e di servizi sanitari sono i seguenti:

Il Dipartimento Oncologico Chirurgico è costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate: SC Anestesia e Rianimazione (Businco), SC Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico, SC Chirurgia Senologica, SC Chirurgia ed Endoscopia Interventistica Toracica, SC Ginecologia Generale e Oncologica, SC Radiologia Oncologica, SSD Dermatologia Oncologica.

Il Dipartimento Cura delle Malattie Oncologiche è costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate: SC Cardiologia Oncologica, SC Ematologia e C.T.M.O., SC Oncologia Medica, SC Radioterapia Oncologica, SC Terapia del Dolore, SSD Degenza Oncologica, SSD Cure Simultanee e Trattamenti Integrati Multidisciplinari, SSD Emergenza-Urgenza in Oncologia, SSD Centro per la diagnosi e cura dei Tumori Rari.

Il Dipartimento Cardio-Vascolare è costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate: SC Cardiochirurgia, SC Cardiologia e U.T.I.C., SC Cardiologia Interventistica ed Emodinamica, SC Chirurgia Vascolare, SSD Cardioanestesia, SSD Cardioreabilitazione, SSD Consulenza e Valutazione Cardiologica.

Il Dipartimento Chirurgico è costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate: SC Chirurgia Epatobiliopancreatica dei Trapianti di Fegato e di Pancreas, SSD Otorinolaringoiatria, SC Urologia Trapianto di Rene e Chirurgia Robotica, SC Oculistica, SSD Chirurgia Metabolica e dell'Obesità, SSD Maxillo Facciale,

SSD Chirurgia Plastica e Ricostruttiva – Centro Ustioni, SSD Terapia Intensiva Post Operatoria, SSD Ecografia Sperimentale e dei Trapianti, SSD Endocrino-chirurgia.

Il Dipartimento Neurologico e della Riabilitazione è costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate: SC Neurologia e Stroke Unit, SC Neurochirurgia, SC Neuroriabilitazione, SC Neuroradiologia Interventistica e Vascolare, SC Unità Spinale, SC Recupero e Riabilitazione Funzionale, SSD Malattie Degenerative e Neurofisiopatologia.

Il Dipartimento Emergenza-Urgenza è costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate: SC Anestesia e Rianimazione (S. Michele), SC Chirurgia Generale e d'Urgenza, SC Ortopedia e Traumatologia, SC Medicina d'Urgenza, SC Pronto Soccorso e OBI, SC Chirurgia della Mano e Microchirurgia Ortopedica e Traumatologica, SSD Medicina d'Urgenza Pediatrica.

Il Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi è costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate: SC Anatomia Patologica, SC Farmacia, SC Centro Immunoematologia e Trasfusionale, SC Laboratorio Analisi, SC Radiologia, SC Medicina Nucleare, SSD Fisica Sanitaria, SSD Qualità in Radiochimica e Laboratorio in Vitro.

Il Dipartimento Medico Internistico è costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate: SC Medicina Generale, SC Gastroenterologia, SC Nefrologia Dialisi e Trapianto, SSD Endoscopia Digestiva Interventistica, SSD Dialisi Peritoneale.

Il Dipartimento Materno-Infantile è costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate: SC Cardiologia Pediatrica e Cardiopatie Congenite, SC Chirurgia Pediatrica, SC Ostetricia, SC Pediatria, SSD Anestesia e Terapia Intensiva e Semintensiva Pediatrica, SSD Banca del Sangue Cordonale, SSD Malattie Complesse e Nefrourologia Pediatrica, SSD Neonatologia.

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 sono le seguenti: SC Affari Generali, SC Medicina Legale, SSD Area Legale e Contenzioso, SSD Formazione, SSD Comunicazione e Relazioni Esterne, SSD Medicina del Lavoro, SSD Prevenzione e Protezione, SSD Programmazione e Controllo di Gestione, SSD Controllo Attività Sanitarie e Qualità dei Flussi di Produzione, SC Direzione Medica Unica dei Presidi, SC Qualità Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio, SC Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche, SC Professioni Sanitarie Tecniche della Riabilitazione e della Prevenzione, SC Accredimento e Controlli di Appropriatelyzza, SSD Coordinamento Locale Trapianti, SSD Accoglienza e Presa in Carico Paziente, SSD Psicologia.

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

Il Dipartimento Amministrativo è costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate: SC Acquisizione Beni Servizi ed Economato, SC Economico Finanziario, SC Risorse Umane e Relazioni sindacali.

Il Dipartimento Tecnico è costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate: SC Patrimonio e Logistica, SC Lavori Pubblici e Manutenzioni, SC Servizio Informatico e Tecnologie Sanitarie.

Essendo dotata di reparti di alta specialità, l'Azienda rappresenta un riferimento per il trattamento dei politraumi e per le patologie tempo-dipendenti (urgenze cardiovascolari/infarto, ictus) ed è orientata alla gestione delle patologie ad alta complessità, mediante l'utilizzo di un approccio multidisciplinare ed il coinvolgimento di tutti gli operatori, nella definizione ed applicazione di linee guida cliniche, ed alla costruzione di percorsi clinici diagnostico terapeutici, utili ai fini dell'integrazione e coordinamento dell'assistenza.

Obiettivo dell'Azienda è adottare soluzioni organizzative finalizzate:

- al rafforzamento dei percorsi trasversali tra gli stabilimenti ospedalieri aziendali;
- al rafforzamento del ruolo di hub (elevata complessità di diagnosi e cura), attraverso la piena partecipazione ai processi di standardizzazione delle procedure assistenziali di riferimento regionale, ai percorsi di accreditamento dei centri specialistici nelle reti di cura, in termini di competenze, di processi (linee guida, PDTA) e di casistica prodotta (volumi e esiti), nonché delle metodologie di governo delle reti assistenziali;
- alla piena integrazione di competenze, strutture tecnologiche e percorsi con le altre strutture ospedaliere, territoriali e della prevenzione presenti su tutto il territorio regionale.

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 2023 – 2025 sono state perseguite le seguenti linee di intervento:

Di seguito si riporta un elenco di provvedimenti che si stanno perseguendo in varie macro-tematiche (assistenza sanitaria, appropriatezza, qualità, sicurezza e esiti, investimenti e sostenibilità economica, valorizzazione del capitale umano, trasparenza e prevenzione della corruzione) nel triennio 2023-2025:

- Garantire la continuità nell'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le terapie intensive) e di pronto soccorso al netto di eventuali chiusure obbligate da specifici provvedimenti di rango regionale e nazionale o dovute a cause eccezionali non risolvibili con altre modalità organizzative.
- Essendo dotata di reparti di alta specialità, l'Azienda rappresenta un riferimento per il trattamento dei politraumi e per le patologie tempo-dipendenti. L'Azienda, è orientata alla gestione delle patologie ad alta complessità, mediante l'utilizzo di un approccio multidisciplinare ed il coinvolgimento di tutti gli operatori, nella definizione ed applicazione di linee guida cliniche, ed alla costruzione di percorsi clinici diagnostico terapeutici, utili ai fini dell'integrazione e coordinamento dell'assistenza.
- Implementazione e consolidamento dei seguenti PDTA ritenuti strategici per l'Azienda : PDTA Tumore della mammella, PCO ICTUS, PCO Trauma Maggiore, PDTA Emergenza-Urgenza Pediatrica, PDTA Sepsi, PDTA Piede Diabetico, PDTA Percorso Nascita, PDTA Trapianto Rene, PDTA Valvulopatie con indicazione chirurgica, PDTA K Colon, Melanoma, Glioma, PDTA del K Polmone, K Prostata, Frattura di femore, Infarto Miocardico Acuto, Trattamento del paziente bariatrico e attivazione di monitoraggi continui con le Comunità di Pratica istituite e Audit Clinici. Si ritiene, che l'adozione dei PDTA, come modelli di gestione integrata dell'assistenza, con la presa in carico globale ed a lungo termine del paziente cronico possa contribuire al miglioramento della gestione dei tempi d'attesa.
- Conseguimento del risparmio di sangue ed emoderivati con la riduzione del consumo tramite implementazione di PDTA aziendali secondo i programmi di *Patient Blood Management (PBM)*.
- Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di 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.
- Interesse dell'azienda ad implementare le attività in Telemedicina subordinatamente al documento con il quale il Ministero della Salute con nota del 30/09/2022, ha inviato, alla Conferenza Stato – Regioni, il decreto codice 4.10/2022/106/CSR: "Informativa ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera e), del d.lgs. n.281/1997 del decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro delegato per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale, del 30 settembre 2022, concernente le procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina."
- Rafforzamento dei percorsi di accoglienza e presa in carico del paziente dall'accesso alla struttura sino alla dimissione con la collaborazione di tutti i reparti dell'Azienda.
- Potenziamento della presa in carico globale del paziente con patologie tumorali attraverso un approccio sempre più multidisciplinare e multiprofessionale, e guidato dai principi quali l'affidabilità, la centralità della persona, l'efficacia e l'efficienza.
- Perfezionamento dell'attività della Brest Unit presso il Presidio Businco che fornisca alla paziente affetta da patologie maligne della mammella una risposta rapida e coordinata sulla diagnosi corretta, il trattamento medico o chirurgico e la successiva riabilitazione, senza trascurare gli aspetti psicologici, ereditari ed estetici che possono presentarsi nella donna colpita da tumore al seno. Ciascuna paziente viene così inserita in un percorso diagnostico terapeutico assistenziale personalizzato, lungo il quale è sempre seguita da un case manager.

- Interesse all'individuazione di forme di integrazione con il territorio in particolare per le patologie croniche complesse e le patologie tempo-dipendenti: urgenze cardiovascolari/infarto, traumatologia, Ictus, emergenza e urgenza.
- Includere nei percorsi di screening oncologico organizzato i centri di secondo livello ubicati presso l'ARNAS Brotzu. L'obiettivo è funzionale al miglioramento della copertura per i programmi più estesi del territorio regionale (ASL di Cagliari) mediante la mobilitazione delle risorse specialistiche afferenti al 2° livello delle Aziende Ospedaliere e al miglioramento della qualità dei Programmi, coerentemente con quanto definito nella programmazione regionale (PRP 2020-2025 PL 13).
- Garantire un percorso efficiente e sicuro per la gestione dei pazienti in età pediatrica anche con il supporto del personale delle UU.OO. di altre aziende. L'obiettivo è connesso all'operatività della convenzione stipulata tra Arnas Brotzu e ASL di Cagliari al fine di garantire l'accesso ai pazienti del P.O. A. Cao dei medesimi servizi garantiti prima della riforma del SSR con efficacia a decorrere dal 01/01/2022.
- Monitoraggio prenotazioni erogate con prenotazioni in agende pubbliche nel CUP limitatamente a quelle oggetto del Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa (PNGLA).
- Implementare le attività previste nel il Piano triennale di attività per l'Alzheimer e le demenze per il triennio 2021-2023. DGR n 31/15 del 13.10.2022 "Fondo per l'Alzheimer e le demenze, istituito ai sensi dell'articolo 1, comma 330, della legge 30 dicembre 2020 n. 178. Approvazione preliminare del Piano triennale di attività per il triennio 2021-2023 e costituzione del tavolo tecnico regionale per il monitoraggio delle attività del fondo." DGR Delibera 20-77 del 30.06.2022 "Recepimento Accordi tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sui documenti recanti "Piano Nazionale Demenze", "Linee di indirizzo nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze", "Linee di indirizzo nazionali sull'uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno sulle demenze", "Linee di indirizzo nazionali per la costruzione di comunità amiche delle persone con demenza" e "Raccomandazioni per la governance e la clinica delle persone con demenza".
- Migliorare le performance Aziendali rispetto agli obiettivi Regionali e al PNE attraverso il Monitoraggio degli Indicatori di attività (es. peso medio, alta complessità) e degli Indicatori del Piano Nazionale Esiti.
- Migliorare l'efficienza organizzativa delle sale operatorie sfruttandone al meglio le potenzialità. Creazione del modello *Week Surgery* presso il presidio Businco sulla base degli indirizzi regionali e implementazione delle attività di *Day surgery* e Chirurgia Ambulatoriale.
- Coordinare al meglio l'attività operatoria e la terapia intensiva: pianificazione e coordinamento tra attività chirurgica in elezione delle diverse Strutture con definizione di posti letto di Terapia Intensiva a supporto della chirurgia elettiva (es. cardiocirurgia e chirurgia vascolare). Definizione di percorsi per pazienti cronici postoperatori in Terapia Intensiva (es. pazienti post-cardiologici che cronicizzano) anche attraverso il supporto di altre strutture a livello territoriale.
- Miglioramento dei valori degli indici di complessità della casistica ospedaliera: Indice di Case Mix (ICM) e dell'efficienza: Indice Comparativo di Performance (ICP).
- Implementare il sistema Aziendale per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico, come da indirizzi regionali.

- Prosecuzione nella gestione delle attività di competenza a supporto del contrasto del rischio infettivo e rendicontazione dei costi correlati al Covid 19 in base alle indicazioni regionali.
- Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione: flussi SDO (file A), SAM (file C), SDF (file F), PS (file I).
- Approvare un piano di ricognizione dei reparti ospedalieri da accreditare con indicazione del numero di posti letto e per i servizi/ambulatori/laboratori il numero medio di prestazioni giornaliere/annuali.
- Ammodernamento del parco tecnologico attraverso la sostituzione progressiva delle apparecchiature in relazione alla loro obsolescenza, potenziamento delle dotazioni in essere e nuove introduzioni dovute alla rapida e continua evoluzione tecnologica del processo di cura. L'obiettivo a cui si sta tendendo è quello di garantire l'allineamento e il mantenimento del parco macchine allo stato dell'arte, anche attraverso la possibilità di introdurre nuove tecnologie che, all'occorrenza, dovessero rendersi necessarie per migliorare i diversi percorsi clinici che si deliano all'interno dell'Azienda, nonché potenziare le attività chirurgiche, interventistiche, oncologiche, dell'emergenza-urgenza e globalmente le attività dei reparti.
- Progettazione di una nuova piastra chirurgica e di emergenza (piano piastra) con la costruzione di un monoblocco nel quale realizzare nuove sale operatorie, un DEA/ Trauma Center e il nuovo Pronto Soccorso con postazioni di shock room e diagnostiche dedicate sia all'elezione che all'urgenza/emergenza. Tale progettazione risulta fondamentale nell'ottica dell'ammodernamento strutturale Aziendale.
- Rispetto delle tempistiche previste per tutte le opere da realizzare con finanziamenti regionali e nazionali. In particolare, rispetto delle *milestone* del PNRR relative all'avanzamento procedurale e fisico degli interventi contemplati negli atti di programmazione regionali.
- Valorizzazione del capitale umano attraverso la promozione di percorsi ed esperienze formative innovative, avanzate e specialistiche, la promozione del benessere organizzativo, la sicurezza negli ambienti di lavoro, la prevenzione e il contrasto a ogni forma di violenza, garanzia di parità di trattamento e pari opportunità.
- Promozione della cultura della legalità tra gli indirizzi strategici, la cui declinazione avviene mediante l'attuazione dei sistemi operativi in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione.
- Diffusione del Codice di comportamento, che contribuisce agli aspetti di promozione dell'integrità.
- Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES) e revisione di un processo critico attraverso analisi con la metodologia FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) di Dipartimento o Area.
- Rispettare l'obiettivo economico-finanziario del pareggio di bilancio e perseguire tale obiettivo individuando e realizzando con tempestività tutte le azioni possibili a livello aziendale, assicurando, contestualmente, il rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di salute e assistenziali assegnati.
- Sostenibilità economico-finanziaria con riferimento al raggiungimento del pareggio di bilancio ed alla necessità di perseguire più alti livelli di efficienza attraverso un uso sempre più attento e mirato delle risorse a disposizione in tutti gli ambiti ed i settori dell'organizzazione.
- Riduzione spesa farmaceutica per acquisti diretti rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1, comma 281, della L. 30/12/2021, n. 234

- Per quel che riguarda in generale l'area degli approvvigionamenti, saranno ulteriormente implementate misure atte a razionalizzare la rilevazione dei fabbisogni di beni e servizi, mentre per quel che riguarda le procedure di acquisizione degli stessi, le politiche Aziendali saranno fortemente influenzate e condizionate dall'attuazione delle disposizioni della legge regionale n. 24 del 11/09/2020, che, al riguardo, attribuiscono all'ARES un ruolo centrale.
- Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018.
- Prosecuzione delle azioni/attività correlate al Nodo di Smistamento degli Ordini di acquisto (NSO) e alla Fatturazione Elettronica.
- Progetto pilota "Energia": sensibilizzazione del personale e dell'utenza verso l'eliminazione degli sprechi.
- Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione.
- Avvio del percorso di implementazione dell'*internal auditing*, coordinato a livello centrale dalla Regione e da Ares, finalizzato allo sviluppo di un approccio per processi, alla riduzione dei rischi amministrativi-contabili e alla misurazione del miglioramento organizzativo.
- Perseguire obiettivi legati al risparmio e all'efficientamento energetico in linea con le linee di indirizzo impartite con circolare della Funzione Pubblica n. 2/ 2022 avente ad oggetto "Indicazioni operative in materia di Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) di cui all'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80" e le indicazioni operative dettate dal documento "Dieci azioni per il risparmio energetico e l'uso intelligente e razionale dell'energia nella Pubblica Amministrazione".

L'ARNAS G. Brotzu si inserisce in un quadro regionale complesso che ha subito, via via nel tempo, la chiusura di diversi reparti dei Presidi Ospedalieri delle ASL. Un processo partito da lontano ma, la cui accelerazione si è manifestata nel periodo post pandemico e il cui effetto dirompente è stato l'aumento della mobilità intra-regionale dei pazienti verso la nostra azienda.

Un ulteriore fondamentale contributo dell'ARNAS verso le Aziende del SSN, in difficoltà di organico, è stato quello di stipulare numerose convenzioni a supporto di prestazioni professionali per diverse discipline, quali: procedure di trattamento endovascolare delle patologie emorragiche cerebrali e midollari; attività di consulenza e formativa della disciplina specialistica di terapia endovascolare della patologia vascolare intracranica; prestazioni di Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Chirurgia Generale, Ostetricia, Pediatria e Chirurgia Pediatrica, Risonanza Magnetica, Ortopedia, Anatomia Patologica e Cardiochirurgia.

L'Arnas G. Brotzu, nel corso del 2023, ha promosso una serie di iniziative utili per l'attuazione delle politiche per la salute, individuate come prioritarie dall'azienda.

Convegni, occasioni di formazione e di condivisione con i professionisti sanitari e con tutti gli stakeholder, sono infatti uno strumento fondamentale per lo sviluppo dell'alleanza tra cittadini e servizi sanitari. Ma non solo, essi rappresentano anche un valido metodo per correggere l'asimmetria informativa tra i professionisti sanitari e gli utenti.

La sempre più ampia varietà di fonti informative di cui oggi si dispone, la frammentazione delle notizie e il diffondersi di fake news rischiano, purtroppo, di confondere il cittadino e di sviare l'operatore sanitario rispetto alle attività e ai servizi forniti dell'Azienda.

Un quadro in continuo divenire che necessita di essere monitorato e governato, e che vede l'Arnas G. Brotzu attiva nel programmare e coordinare le azioni in grado di informare, coinvolgere ed orientare i cittadini verso la tutela della propria salute e la valutazione dell'appropriata fruizione dei servizi sanitari.



10.01.2023 - [La donazione del sangue non si ferma!](#)



31.01.2023 [Ipnosi clinica in ospedale](#)

Venerdì 3 e sabato 4 febbraio se ne parla in un convegno



08.02.2023 - [Future mamme: riprendono gli incontri mensili](#)

Ogni terzo giovedì incontri con medici e ostetriche



14.02.2023 [Premio Nazionale Carlo Picardi - 2023](#)

Bando di concorso per i migliori casi clinici in chirurgia generale



20.02.2023 - [Giornata nazionale del personale sanitario](#)

Per onorare l'impegno dimostrato in epoca Covid



23.02.2023 [Non Dimentichiamo](#)

19 ° Anniversario scomparsa équipe chirurgica Alessandro Ricchi



02.03.2023 [World Obesity Day](#)

I bambini a lezione di buon cibo e di stili di vita corretti



03.03.2023 [Diretta Facebook sull'obesità](#)

Martedì 7 marzo a partire dalle 17



21.03.2023 [Future mamme: continuano gli incontri mensili](#)

Giovedì 23 marzo incontro con medici e ostetriche



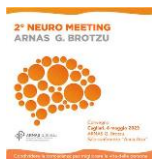
05.04.2023 [Donazione piante](#)

Gli Amici del giardino di Sardegna donano due dombeya



06.04.2023 [Open week salute della donna](#)

Porte aperte per la open week: all'ARNAS iniziative dedicate al benessere femminile



26.04.2023 [2° Convegno Neuromeeting](#)

All'ARNAS Brotzu confronto tra specialisti sui traumi neurologici



14.05.2023 [Benvenuta mamma!](#)

"Open day" all'Ospedale San Michele dell'ARNAS G. Brotzu



12.05.2023 [Venite a donare!](#)

La donazione di sangue è un gesto importante



16.05.2023 [Future mamme: riprendono gli incontri mensili](#)

Ogni terzo giovedì incontri con medici e ostetriche



22.05.2023 [-Intelligenza artificiale in radiologia: il futuro è oggi](#)

Se ne parla in una due giorni di corso all'ARNAS G. Brotzu



26.05.2023 [-VI edizione International Renal Meeting](#)

In collaborazione con la Mayo Clinic di Rochester



08.06.2023 [-COMUNICATO STAMPA - Trapianti e "soprattutto" dintorni](#) Trapianti e "soprattutto" dintorni: se ne parla in un convegno organizzato dall'Arnas G. Brotzu



21.09.2023 [-Open week malattie cardiovascolari](#)

L'Arnas Brotzu ha aderito alla "open week malattie cardiovascolari"

28.09.2023 [-"Donazione e trapianti: il percorso di un Sì"](#)

Senza donazione, non c'è trapianto, la disponibilità di organi, tessuti e cellule dipende esclusivamente dai donatori: di questo si parlerà nella Tavola rotonda "Donazione e trapianti: il percorso di un Sì."

05.10.2023 [-Obesity Day - 10 ottobre 2023](#)

"Come stanno i tuoi muscoli? Impara a difenderli!": è lo slogan dell'edizione 2023 della Giornata Nazionale Obesity Day, in programma per martedì 10 ottobre presso l'Arnas Brotzu di Cagliari.



25.10.2023 [-Undicesima edizione della Campagna della Make Sense Campaign](#)



26.10.2023 [-“Conoscere il Sistema di Prevenzione della Maladministration”](#)



03.11.2023 - [-Una giornata importante per i Trapianti](#)



17.11.2023 - [-GIORNATA MONDIALE DELLA PREMATURITA' 17 NOVEMBRE 2023](#)



21.11.2023 [-25 Novembre Giornata Nazionale Parkinson](#)

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 • Carezza 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 e PNRR 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 • Chiusura dei reparti delle strutture dei presidi Ospedalieri delle ASL • Incremento del contenzioso con l’utenza con impatto economico conseguente alla medicina difensiva

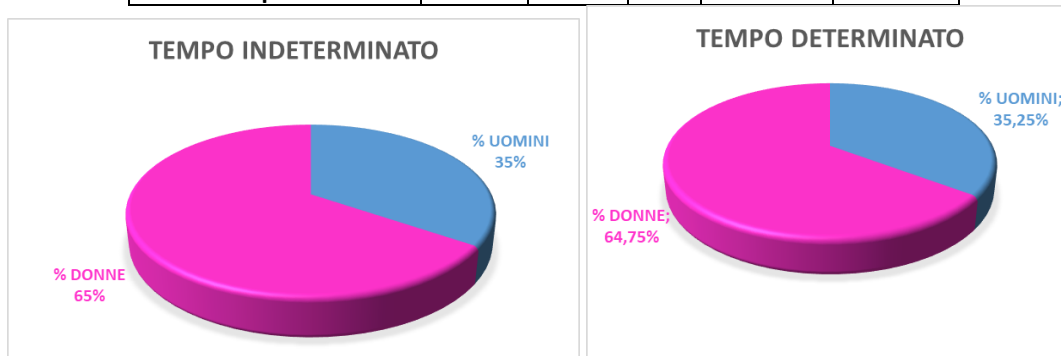
2.3 Risorse

Il bilancio consuntivo relativo all'anno 2023, 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 2023 come specificato dalla nota dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Autonoma della Sardegna n. 14218 del 20/05/2024 avente ad oggetto: "Indicazioni operative per la compilazione dei Modelli Ministeriali CE consuntivo e SP 2023".

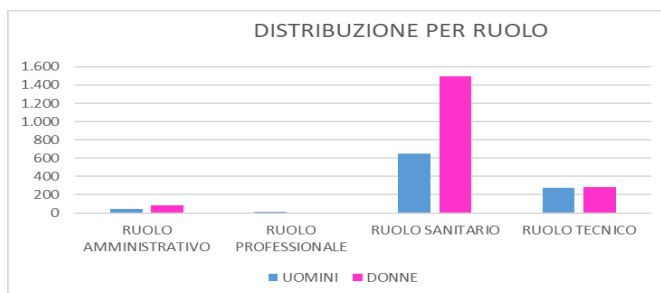
1.4 Analisi di genere

L'ARNAS G. Brotzu sulla base degli stipendi del mese di dicembre 2023 conta un numero di personale dipendente a tempo indeterminato di 2.838 unità, di cui il 65,47% sono donne, e 122 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:

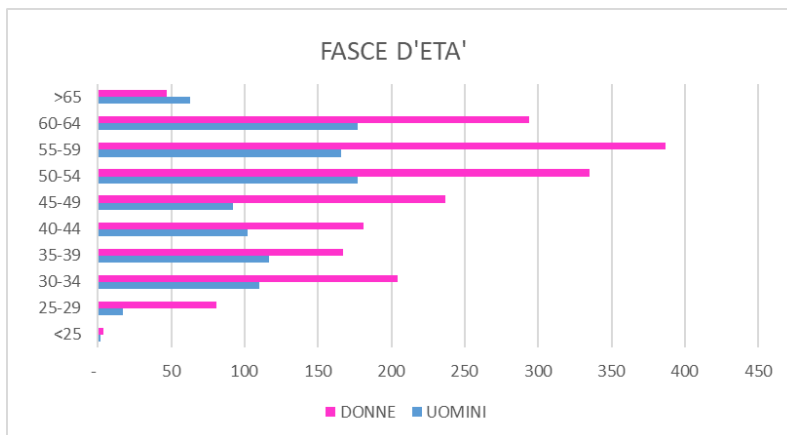
	UOMINI	DONNE	TOT	% UOMINI	% DONNE
TEMPO INDETERMINATO	980	1858	2838	34,53%	65,47%
di cui					
TEMPO PIENO	973	1776	2749	34,28%	62,58%
PART TIME	7	82	89	7,87%	92,13%
TEMPO DETERMINATO	43	79	122	35,25%	64,75%
Totale complessivo	1023	1937	2960	34,56%	65,44%



TEMPO INDETERMINATO	UOMINI	DONNE	TOT
RUOLO AMMINISTRATIVO	46	81	127
RUOLO PROFESSIONALE	9	0	9
RUOLO SANITARIO	651	1.496	2.147
RUOLO TECNICO	274	281	555
Totale complessivo	980	1.858	2.838



FASCE D'ETA'	UOMINI	DONNE
<25	2	4
25-29	17	81
30-34	110	204
35-39	117	167
40-44	102	181
45-49	92	237
50-54	177	335
55-59	166	387
60-64	177	294
>65	63	47
Totale complessivo	1.023	1.937



MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Nel mese di settembre 2023 si è proceduto al monitoraggio dei dati intermedi degli obiettivi con le risultanze al 30 giugno, e nel febbraio 2024 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 2023, 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
Condivisione e adesione a giornate mondiali, internazionali, europee di sensibilizzazione nei social Aziendali	N. post pubblicati	100,00	100,00	0,00	
Amministrazione trasparente: Pubblicazione sul sito web aziendale dei Report tempi di attesa ambulatoriali, come da determina RAS n. 1287 del 24/12/2020	N. pubblicazioni sul sito web aziendale	100,00	100,00	0,00	
Assolvimento del debito informativo mediante l'inserimento dei dati dei sinistri nel sistema informativo regionale SIRMES	N. sinistri inseriti nel sistema/ N. sinistri 2022	100,00	100,00	0,00	
Avvio formazione sul nuovo codice degli appalti entro il 30/11/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Campagna promozionale del brand ARNAS sui canali social	N. post pubblicati	100,00	100,00	0,00	
Campagna raccolta sangue: sensibilizzazione e realizzazione eventi di promozione della donazione sangue	N. post pubblicati	100,00	100,00	0,00	
Comunicazione alla Direzione entro il 30/09/2023 della stima dei costi della formazione per la predisposizione dei documenti di programmazione	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Condivisione obiettivi oggetto di Performance Organizzativa con i dipendenti afferenti alla Struttura attraverso incontri verbalizzati e sottoscritti entro il 30/04/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00	97,22	2,78	
Corretto inserimento delle procedure in SO WEB. (ore)	Tempo medio: fine procedura alla validazione della refertazione sul SO WEB (ore)	100,00	STERILIZZATO		Dato non misurabile dalle procedure informatiche
Definizione convenzione con ASL n. 8 di Cagliari entro il 30/11/2023 per l'implementazione o il rinnovo di almeno un percorso di screening oncologico	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Definizione linee guida per il perfezionamento del sistema informativo contabile ai fini dei monitoraggi periodici economico finanziari entro il 31/12/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	

Determinazione dei fondi contrattuali entro il 15/07/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Determinazione pianta organica dirigenza e comparto 2023 entro il 30/06/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Elaborazione DVR in linea con modifiche dei processi produttivi o dell'organizzazione del lavoro significative ai fini della salute e sicurezza dei lavoratori	N. azioni svolte	100,00	100,00	0,00	
Fornire i dati della movimentazione del fondo rischi alla SC Economico Finanziario entro il 31/12/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Fornire i dati per la programmazione quali/quantitativa dei fabbisogni di personale delle Professioni Sanitarie infermieristiche ed ostetriche per la predisposizione dei documenti di programmazione entro il 30/09/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Fornire i dati per la programmazione quali/quantitativa dei fabbisogni di personale delle Professioni Sanitarie tecniche della riab. e della prev. per la predisposizione dei documenti di programmazione entro il 30/09/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Garantire il regolare svolgimento delle procedure concorsuali	N. segnalazioni dalla Direzione Generale	100,00	100,00	0,00	
Incremento del 5% dell'invio di plasma all'industria per produzione di emoderivati (albumina, immunoglobuline ev)	kg plasma inviati nel 2023 / kg plasma inviati nel 2022	100,00	STERILIZZATO		Benchè si sia incrementata la produzione di plasma da plasmateresi e plasmapiastroferesi, i notevoli consumi occorsi durante la stagione estiva non hanno permesso l'incremento degli invii
Invio dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione riferiti alla totalità dei flussi SDO (file A), SAM (file C), SDF (file F), PS (file I) anno 2023 entro i termini previsti da disciplinare tecnico flussi sanitari RAS	N. record trasmessi entro i termini /N. totale record	100,00	100,00	0,00	
Invio delle informazioni di pertinenza del Servizio ai fini della redazione del Programma biennale degli acquisti di forniture e servizi (allegato II schede A, B, e C D.M. Infrastrutture e Trasporti 16/01/2018 n. 14) entro il 30/09/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Invio delle informazioni di pertinenza del Servizio ai fini della redazione del Programma degli acquisti di forniture e servizi e redazione Programma triennale delle opere pubbliche entro il 30/09/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Invio report di monitoraggio al Servizio Programmazione e Controllo di Gestione sulle assegnazioni del personale infermieristico dipendente e non dipendente	N. report di monitoraggio inoltrati al Servizio Programmazione e Controllo di Gestione	100,00	100,00	0,00	

Invio report di monitoraggio assegnazione personale prof. sanit. tecn. della riab. e della prev. dipendente e non dipendente al Servizio Programmazione e Controllo di Gestione	N. report di monitoraggio inoltrati al Servizio Programmazione e Controllo di Gestione	100,00	100,00	0,00	
Mappatura delle convenzioni ai fini della predisposizione dei documenti di programmazione entro il 30/09/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione. riferiti alla totalità dei flussi SDF (file F) dell'intero anno 2023	N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record	100,00	100,00	0,00	
Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione. riferiti alla totalità dei flussi SDO (file A), SAM (file C), SDF (file F), PS (file I) dell'intero anno 2023	N. report monitoraggio inviati trimestralmente alla SSD Controllo att. sanit. e qualità flussi produzione e alla SC Farmacia	100,00	100,00	0,00	
Organizzazione di corsi in coerenza con il progetto formativo strategico sulla responsabilità sanitaria	N. eventi formativi in materia di responsabilità sanitaria	100,00	100,00	0,00	
Partecipazione incontri collegiali bimestrali per il monitoraggio dei processi operativi delle attività comuni tra il personale delle strutture dei dipartimenti amministrativo, tecnico e staff delle direzioni	N. presenze\N. incontri bimestrali convocati	100,00	100,00	0,00	
Partecipazione incontri collegiali bimestrali per il monitoraggio dei processi operativi delle attività comuni tra il personale delle strutture dei dipartimenti amministrativo, tecnico e staff delle direzioni su convocazione della Direzione amministrativa	N. presenze\N. incontri bimestrali convocati	100,00	100,00	0,00	
Predisposizione Bilancio economico preventivo 2024-2026 entro il 15/11/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Predisposizione dati per progetto Bussola annualità 2022 entro il 15/09/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Predisposizione del piano della formazione entro il 30/09/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Predisposizione di un piano di comunicazione e di un piano di percorsi informativi per l'eliminazione degli sprechi energetici, rivolto al personale e all'utenza entro il 15/09/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Predisposizione entro il 31/12/2023 delle richieste ai servizi dei contenuti necessari per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024-2026	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Predisposizione proposta operativa di strumenti di misurazione del livello di soddisfazione dell'utenza entro il 31/12/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Presentazione programma fabbisogni beni sanitari e non sanitari entro il 15/07/2023 ai rispettivi servizi Farmacia e Acquisizione beni e servizi.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	

Presentazione programma fabbisogni beni sanitari e non sanitari entro il 30/06/2023 ai rispettivi servizi Farmacia e Acquisizione beni e servizi.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00	100,00	0,00	
Promozione donazione attraverso incontri con Associazioni pazienti, Scuole, Associazioni sportive	N. incontri	100,00	100,00	0,00	
Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali (4 gg dalla liquidazione fattura)	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Razionalizzazione spesa farmaceutica per acquisti diretti	N. incontri con i clinici finalizzati alla razionalizzazione della spesa farmaceutica verbalizzati	100,00	100,00	0,00	
Redazione del programma acquisti dei beni farmaceutici per il biennio 2024/2025 entro il 10/10/2023 nel rispetto del DM 14/2018	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Redazione del Programma triennale degli acquisti di beni e servizi entro il 20/10/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Redazione Piano del fabbisogno del personale (art. 27, comma 2, L.R. 10/2006) di cui alla D.G.R. n. 46/42 del 22/11/2019 (redatto secondo gli schemi stabiliti dalle indicazioni operative RAS) entro il 30/09/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Relazione sulle azioni intraprese per l'efficientamento delle azioni manutentive entro il 31/12/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	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. report di monitoraggio inoltrati alla SC Economico Finanziario	100,00	100,00	0,00	
Riduzione tempi medi liquidazione fatture	N. giorni medi liquidazione fatture	100,00	100,00	0,00	
Riduzione tempi medi liquidazione fatture dalla ricezione dal servizio economico finanziario alla liquidazione della SC Lavori Pubblici e Manutenzione dal 15/06/2023	N. giorni medi liquidazione fatture	100,00	100,00	0,00	
Riscontro alle richieste di sopralluoghi per verifiche procedure di sicurezza connesse alle varie attività aziendali	N. sopralluoghi effettuati \ n. sopralluoghi richiesti	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	
Tempestiva chiusura delle schede di valorizzazione individuale 2022 sul software Alfa Scorer entro il 30.04.2023.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	94,74	5,26	

AREA: 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. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Monitoraggio degli scarichi dall'armadietto di reparto	N. ispezioni a campione nei magazzini di reparto verbalizzate	100,00	100,00	0,00	
Monitoraggio percorsi di recupero farmaci AIFA	N. verifiche e solleciti /anno verbalizzati	100,00	100,00	0,00	
Razionalizzazione della spesa farmaceutica. Monitoraggio dell'utilizzo dei dispositivi medici CUSTOM MADE	N. protesi CUSTOM MADE impiantate/ n. tot. protesi CUSTOM MADE richieste	100,00	100,00	0,00	

AREA: Appropriatazza clinica e Informatizzazione delle attività					
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET AZIENDALE %	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE	SCOSTAMENTO %	NOTE
Abbattimento Tempi attesa refertazione prestazioni per esterni (in giorni)	N. giorni medi di attesa	100,00	100,00	0,00	
Abbattimento Tempi attesa refertazione prestazioni per interni (in giorni)	N. giorni medi di attesa	100,00	80,00	20,00	
Adesione agli audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA K Prostata	N. audit di monitoraggio e aggiornamento	100,00	100,00	0,00	
Adesione agli audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA K Polmone	N. audit di monitoraggio e aggiornamento	100,00	100,00	0,00	
Adesione agli audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA Gliomi	N. audit di monitoraggio e aggiornamento	100,00	100,00	0,00	
Adesione agli audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA Melanoma	N. audit di monitoraggio e aggiornamento	100,00	100,00	0,00	
Adesione agli audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA Dissezione aortica	N. audit di monitoraggio e aggiornamento	100,00	100,00	0,00	
Adesione agli audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA IMA	N. audit di monitoraggio e aggiornamento	100,00	100,00	0,00	
Adesione agli audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA bariatrica	N. audit di monitoraggio e aggiornamento	100,00	100,00	0,00	
Adesione agli audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA frattura di femore	N. audit di monitoraggio e aggiornamento	100,00	100,00	0,00	
Appropriatezza della fase pre operatoria del Patient Blood Management (PBM) DGR 4/62 del 16/02/2023	N. consulenze effettuate / N. pazienti inviati a consulenza PBM	100,00	100,00	0,00	
Appropriatezza della fase pre operatoria del Patient Blood Management (PBM) DGR 4/62 del 16/02/2023	N. pazienti inviati a consulenza PBM/N. interventi chirurgici in elezione candidati al percorso PBM	100,00	100,00	0,00	
Attività di commissioning e dosimetria clinica sui nuovi Acceleratori lineari (LINAC)	N. giorni dall'installazione alla consegna del Treatment Planning System	100,00	100,00	0,00	
Bozza Percorso collaborazioni interaziendali per la gestione condivisa dei pazienti affetti da malattie nefro-urologiche complesse con il coinvolgimento dei PLS (Pediatri di Libera Scelta). Entro il 31/12/23	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00	100,00	0,00	

Campagna raccolta sangue cordonale: sensibilizzazione donazione attraverso audit effettuati c/o Centri e Punti Nascita di altre Strutture	N. audit effettuati	100,00	100,00	0,00	
Collaborazione con la SSD Maxillo Facciale e la SC Chirurgia Pediatrica per il trattamento odontostomatologico di pazienti con autismo non collaboranti.	N. pazienti proposti / N. pazienti trattati	100,00	STERILIZZATO		Dato non misurabile dalle procedure informatiche
Completa e corretta registrazione dell'attività nelle procedure informatiche (CUP WEB)	N. di prestazioni prenotate/tot. prestazioni erogate	100,00	82,07	17,93	
Completa e corretta registrazione dell'attività nelle procedure informatiche (CUP WEB) apertura agenda esclusiva	N. di prestazioni prenotate/tot. prestazioni erogate	100,00	100,00	0,00	
Completa e corretta registrazione dell'attività nelle procedure informatiche delle prestazioni per altri enti (proventi vari)	N. segnalazioni per errata o mancata attribuzione dell'ente richiedente/tot. prestazioni erogate in proventi vari	100,00	100,00	0,00	
Completa e corretta registrazione dell'attività nelle procedure informatiche delle prestazioni per interni (Order Entry)	N. prestazioni refertate /tot. prestazioni richieste	100,00	82,37	17,63	
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	100,00	100,00	0,00	
Corretta gestione pazienti in follow up pazienti Oncologia Medica e Ematologia	N. prestazioni refertate /tot. prestazioni richieste	100,00	0,00	100,00	
Corretto inserimento delle procedure in SO WEB	N. procedure chiuse entro la scadenza SDO/ tot procedure	100,00	100,00	0,00	
Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi attraverso le segnalazioni per morte encefalica	N. segnalazioni per morte encefalica (ME)/totale decessi con lesione cerebrale acuta (LCA)	100,00	100,00	0,00	
Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi attraverso le segnalazioni per morte encefalica (DGR 4/62 del 16.02.23)	N. segnalazioni pazienti potenzialmente evolutivi in morte encefalica (ME)/tot. pazienti potenzialmente evolutivi in ME	100,00	100,00	0,00	
Erogazione di prestazioni di Cardiologia Nucleare, Ecotress, Ecotransesofageo e Test cardiopolmonare	N. prestazioni erogate	100,00	100,00	0,00	
Garantire un percorso efficiente e sicuro per la gestione dei pazienti in età pediatrica. DGR 4/62 del 16/02/2023	N. prestazioni erogate/n. tot. delle richieste tracciate ricevute dalla Direzione presidio oggetto di accordo tra le Aziende	100,00	100,00	0,00	
Governo Liste d'Attesa: Aggiornamento sistematico Liste attese informatizzate dei ricoveri programmati	N. ricoveri programmati inseriti e presi dalla lista d'attesa/ tot. ricoveri programmati	100,00	100,00	0,00	

Implementazione della nuova metodica: PET metionina Diagnosi Differenziale. Relazione alla Direzione Aziendale entro il 31/12/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Implementazione di interventi eseguiti con la procedura robotica	N. interventi eseguiti con la procedura robotica	100,00	100,00	0,00	
Implementazione e commissioning dei sistemi e dei protocolli avanzati Image guided radiation therapy (IGRT) di posizionamento entro il 31/12/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Incontri per nomina referenti comitato aziendale per l'attività di Trapianto	N. incontri verbalizzati	100,00	100,00	0,00	
Incontro preliminare verbalizzato proposta gruppo di lavoro e rete referenti entro il 31/12/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00	100,00	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	100,00	100,00	0,00	
Incremento prestazioni TAC in percentuale	N. TAC eseguite nel 2023/N. TAC eseguite nel 2022	100,00	100,00	0,00	
Incremento volumi prestazioni di Risonanza magnetica	N. risonanze eseguite nel 2023/N. risonanze eseguite nel 2022	100,00	100,00	0,00	
Miglioramento delle performance organizzative e della appropriatezza dell'attività di ricovero: indice di rotazione posto letto	N. ricoveri/ n. posti letto	100,00	66,70	33,30	
Migliorare l'efficienza delle risorse professionali all'interno della sala operatoria attraverso la rotazione del 1 operatore	Media degli interventi come primo operatore dei chirurghi afferenti alla struttura/ tot. degli interventi	100,00	22,00	78,00	
Monitoraggio decessi per morte encefalica con valutazione trimestrale	N° Incontri trimestrali CRT	100,00	100,00	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)	100,00	100,00	0,00	
N. 2 protocolli di diagnosi precoce e interventi riabilitativi, cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali e Disturbi Neuro Cognitivi entro il 31/08/2023. DGR 4/62 del 16/02/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Percentuale di utilizzo posti letto/anno pari almeno all'85%	% utilizzo PL	100,00	100,00	0,00	
PNE: % pazienti con diagnosi di frattura di femore con intervento chirurgico entro le 48 ore	N. pazienti con diagnosi di frattura di femore operati entro le 48 ore/n. tot pazienti con diagnosi di frattura femore operati\	100,00	STERILIZZATO		Elevato accesso di pazienti ortopedici per chiusura delle Strutture Sanitarie delle altre Aziende portando l'I.O.oltre il 100%(media annuale 126%)
Predisposizione tabella indici di dose e relativi trigger level per l'identificazione pazienti a rischio elevato di insorgenza di reazioni tissutali in radiologia interv. ad alta dose con criteri di attivazione del follow-up (31/12/2023)	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	

Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA): effettuare almeno 2 incontri del Gruppo Operativo Infezioni Ospedaliere ed invio dei verbali al CICA e alle Direzioni Aziendali entro il 31.12.2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Produzione di un protocollo per la dosimetria del paziente sottoposto a terapia medico nucleare con l'utilizzo del Lutezio 177- Lutathera entro il 31/10/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Proposta di progetto per la diffusione e implementazione dell'utilizzo della scheda di valutazione del dolore a livello aziendale entro il 31/12/2023	N° giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00	76,70	23,30	
Proposta piano di accreditamento aziendale entro il 31/12/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00	100,00	0,00	
Proposta procedure relative all'assistenza di pazienti vittime di violenza di genere entro il 31/12/23	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00	100,00	0,00	
Proposta progetto Procurement CRT coordinamento entro il 31/12/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Realizzazione di almeno 2 audit su eventi segnalati sul SIRMES	N. audit effettuati	100,00	100,00	0,00	
Redazione proposta procedure per l'accertamento della morte nei pazienti che decedono in ospedale entro il 31/12/23	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00	100,00	0,00	
Relazione implementazione DGR 46/13 del 10/08/2016: organizzazione dell'attività per l'impianto di sistemi ibridi (advanced insulin delivery systems) in pazienti affetti da diabete tipo 1. (Entro il 31/12/2023)	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00	100,00	0,00	
Relazione progettazione operativa attività della nuova struttura entro il 31/12/23	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00	100,00	0,00	
Relazione stato dell'arte sulla "Gestione Diagnosi Diabete monogenico con Genetica confermata" e bozza percorso delle collaborazioni interaziendali. (Entro il 31/12/23)	N° giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00	100,00	0,00	
Relazione sullo state dell'arte dell'implementazione Deliberazione n.1092 del 15/09/2022 "L'Ipnosi nelle biopsie renali." Entro il 31/12/23	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00	100,00	0,00	
Ridurre la mobilità passiva rispetto alla procedura di Ablazione. Redazione di un progetto di riduzione della lista d'attesa entro il 30/05/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00	100,00	0,00	
Riduzione degenza media pre-operatoria ricoveri programmati	N. giorni degenza media pre-operatoria ricoveri programmati	100,00	100,00	0,00	
Riduzione ricoveri ripetuti entro 30 giorni con la stessa MDC	N. ricoveri ordinari ripetuti entro 30 giorni con la stessa MDC/Tot. ricoveri ordinari	100,00	0,00	100,00	
Riduzione tempi d'attesa dal triage alla presa in carico del paziente	Tempo medio dal triage alla presa in carico del paziente codice azzurro (min)	100,00	STERILIZZATO		non attivato\ il codice azzurro a livello regionale

Riduzione tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali SSN primi accessi (Prestazioni: ECO mammaria e Mammografia bilaterali)	N. giorni medi di attesa	100,00	100,00	0,00	
Rispetto dei protocolli aziendali di preospedalizzazione centralizzata	N° di richieste dalla preospedalizzazione evase / N° totale di richieste	100,00	100,00	0,00	
Rispetto scadenze validazione atto operatorio eseguito	N. interventi chiusi entro la scadenza SDO/ tot interventi	100,00	98,01	1,99	
Rispetto scadenze validazione atto operatorio eseguito	N. schede anestesilogiche chiuse/ tot. interventi chirurgici	100,00	75,40	24,60	
Rispetto scadenze validazione SDO	N. SDO chiuse entro la scadenza / tot SDO	100,00	98,98	1,02	
Rispetto scadenze validazione SDO	N. interventi chiusi entro la scadenza SDO/ tot interventi	100,00	100,00	0,00	
Sorveglianza per la chiusura delle Schede Anestesilogiche e delle Schede Chirurgiche (Atti Operatori)	N. azioni svolte	100,00	100,00	0,00	
Supportare le Strutture Aziendali per la chiusura SDO attraverso verifica di appropriatezza e qualità della codifiche ICD 9 CM (diagnosi e procedure)	N. azioni volte alla corretta chiusura SDO	100,00	100,00	0,00	
Supporto all'utilizzo corretto delle procedure informatiche (CUP/ ADT/SOWEB) - Formazione sul campo.	N. azioni svolte	100,00	100,00	0,00	
Test di convalida periodico degli operatori per la preparazione del radiofarmaco in condizioni asettiche (media-fill)	N. operatori sottoposti a test/tot. operatori	100,00	100,00	0,00	
Vaccinazioni anti Sars Cov-2 e anti influenzali per il personale dipendente interessato	N. di prestazioni prenotate/tot. prestazioni erogate	100,00	100,00	0,00	
Valutazione della resa di marcatura nella procedura estemporanea dei leucociti marcati con Tc 99m	N. pazienti avviati alla procedura/ tot. candidati	100,00	100,00	0,00	

AREA: Organizzativo e gestionale					
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET AZIENDALE %	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE	SCOSTAMENTO %	NOTE
Coordinamento e monitoraggio a livello dipartimentale andamento liste d'attesa	N. incontri bimestrali verbalizzati e tempestivamente inviati alla Direzione Strategica Aziendale	100,00	83,33	16,67	
Predisposizione cronoprogramma interventi multidisciplinari entro il 31/12/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Predisposizione progetto relativo ai fabbisogni formativi delle Strutture afferenti al Dipartimento, attenzionando alla rotazione del personale beneficiario, entro il 30/09/2023 da inviare alla Direzione Strategica e alla SSD Formazione al fine del PAF 2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100	0,00	

Predisposizione scadenza contratti delle strutture afferenti al dipartimento entro il 31/10/2023	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Promozione incontri collegiali mensili per il monitoraggio delle attività dipartimentali e delle risorse disponibili con le strutture afferenti al Dipartimento	N° incontri mensili verbalizzati e tempestivamente inviati alla Direzione Strategica Aziendale	100,00	71,11	28,89	
Tempestiva chiusura delle schede manageriali e professionali dei Direttori di Struttura 2022 e inviate al servizio del personale entro il 31.08.2023.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	88,89	11,11	

Gli scostamenti evidenziati nelle tabelle di sintesi degli obiettivi assegnati alle Strutture per l'anno 2023 sopra riportate, sono da ricondursi sostanzialmente all'impatto destabilizzante determinato dall'uscita dall'emergenza pandemica e dalla sua gestione. Lo scenario attuale del sistema sanitario regionale che purtroppo ha visto la chiusura di diversi reparti dei Presidi Ospedalieri delle ASL di discipline con una conseguente sovraccarico di lavoro per l'ARNAS.

4. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA

Di seguito la tabella riepilogativa della performance organizzative conseguita da ciascuna struttura a valenza budgetaria nel 2023

STRUTTURA	PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ANNO 2023
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	95,00%
SC CHIRURGIA EPATOBILIPANCREATICA DEI TRAPIANTI DI FEGATO E DI PANCREAS	100,00%
SC UROLOGIA, TRAPIANTO DI RENÈ E CHIRURGIA ROBOTICA	100,00%
SC OCULISTICA	92,70%
SSD CHIRURGIA METABOLICA E DELL'OBESITA'	100,00%
SSD MAXILLO FACCIALE	90,00%
SSD TERAPIA INTENSIVA POST OPERATORIA	99,10%
SSD ECOGRAFIA SPERIMENTALE E DEI TRAPIANTI	100,00%
DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE	85,00%
SC CARDIOCHIRURGIA	100,00%
SC CARDIOLOGIA E UTIC	97,30%
SC CARDIOLOGA INTERVENTISTICA E EMODINAMICA	100,00%
SC CHIRURGIA VASCOLARE	100,00%
SSD CARDIOANESTESIA	89,30%
SSD CARDIORIABILITAZIONE	100,00%
SSD CONSULENZA E VALUTAZIONE CARDIOLOGICA	99,00%
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA	100,00%
SC CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	64,40%
SC MEDICINA D'URGENZA	100,00%
SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	100,00%
SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE (P.O.S. MICHELE)	100,00%
SC PRONTO SOCCORSO E OBI	100,00%
SSD EMERGENZA URGENZA PEDIATRICA	100,00%
DIPARTIMENTO NEUROLOGICO E DELLA RIABILITAZIONE	100,00%
SC NEUROLOGIA STROKE UNIT	89,20%
SC NEUROCHIRURGIA	96,90%
SC NEURORADIOLOGIA INTERVENTISTICA E VASCOLARE	86,70%
SSD RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	100,00%
SC NEURORIABILITAZIONE	83,30%
SSD MALATTIE DEGENERATIVE E NEUROFISIOPATOLOGIA	96,90%
DIPARTIMENTO CURA DELLE MALATTIE ONCOLOGICHE	65,00%
SC CARDIOLOGIA ONCOLOGICA	97,60%
SC EMATOLOGIA E CTMO	85,30%
SC ONCOLOGIA MEDICA	100,00%
SC RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	94,30%
SC TERAPIA DEL DOLORE	79,20%
DIPARTIMENTO MEDICO INTERNISTICO	100,00%
SC MEDICINA GENERALE	100,00%
SC NEFROLOGIA, DIALISI E TRAPIANTO (UNIV.)	100,00%
SC GASTROENTEROLOGIA	90,70%
SSD ENDOSCOPIA DIGESTIVA INTERVENTISTICA	80,00%
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA AVANZATA E SERVIZI	100,00%
SC ANATOMIA PATOLOGICA	92,00%
SC FARMACIA	100,00%
SSD FISICA SANITARIA	100,00%
SC LABORATORIO ANALISI	100,00%
SC MEDICINA NUCLEARE	100,00%
SC CENTRO IMMUNOEMATOLOGIA E TRASFUSIONALE	100,00%
SC RADIOLOGIA	96,00%
SSD 'QUALITA' IN RADIOCHIMICA - LABORATORIO VITRO	100,00%
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	100,00%
SC CARDIOLOGIA PEDIATRICA E CARDIOPATIE CONGENITE	94,20%
SC CHIRURGIA PEDIATRICA	100,00%
SC PEDIATRIA	100,00%
SSD BANCA DEL SANGUE CORDONALE	100,00%
SSD MALATTIE COMPLESSE E NEFROUROLOGIA PEDIATRICA	100,00%
SSD NEONATOLOGIA	100,00%
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO CHIRURGICO	45,00%
SC CHIRURGIA SENOLOGICA	100,00%
SC CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA TORACICA	60,80%
SC GINECOLOGIA GENERALE E ONCOLOGIA (UNIV.)	86,70%
SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE (P.O. BUSINCO)	88,70%
SC RADIOLOGIA ONCOLOGICA	75,00%
SSD DERMATOLOGIA ONCOLOGICA	100,00%

STAFF DELLA DIREZIONE STRATEGICA	
SC MEDICINA LEGALE	100,00%
SC AFFARI GENERALI	100,00%
SSD MEDICINA DEL LAVORO	100,00%
SSD AREA LEGALE E CONTENZIOSO	100,00%
SSD FORMAZIONE	100,00%
SSD COMUNICAZIONE E RELAZIONI ESTERNE	100,00%
SSD PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE	100,00%
SSD CONTROLLO ATTIVITA' SANITARIE E QUALITA' DEI FLUSSI DI PRODUZIONE	100,00%
DIREZIONE SANITARIA	
SC PROFESSIONI SANITARIE ED OSTETRICHE	100,00%
SC PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE	100,00%
SC ACCREDITAMENTO E CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA	100,00%
SC QUALITA', PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO	100,00%
SC DIREZIONE MEDICA OSPEDALE BUSINCO	100,00%
SC DIREZIONE MEDICA OSPEDALE S. MICHELE	100,00%
SSD COORDIANAMENTO LOCALE TRAPIANTI	100,00%
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	
SC RISORSE UMANE E RELAZIONI SINDACALI	100,00%
SC ACQUISIZIONE BENI, SERVIZI ED ECONOMATO	100,00%
SC ECONOMICO FINANZIARIO	100,00%
DIPARTIMENTO TECNICO	100,00%
SC LAVORI PUBBLICI E MANUTENZIONI	100,00%
SC PATRIMONIO E LOGISTICA	100,00%
SC SERVIZIO INFORMATICO E TECNOLOGIE SANITARIE	100,00%
STRUTTURE IN TRANSITO VERSO ALTRA ASL	
SSD DIABETOLOGIA E MALATTIE DISMETABOLICHE	100,00%
SSD DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO	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;

Nella definizione degli obiettivi per l'anno 2023 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);
- le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 4/62 del 16/02/2023 avente ad oggetto "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie Regionali. Anno 2023", la n. 19/63 del 01.06.2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023. Modifiche e integrazione." e la n. 33/6 del 13/10/2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023. Ulteriori Modifiche e integrazioni"
- 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 ciascun Dipartimento, 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 Dipartimento, 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.

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, 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.