

Deliberazione n. 739

Adottata dal Direttore Generale in data 30.06.2022

OGGETTO: Approvazione Relazione sulla Performance 2021

PDEL /2022/823

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 30.06.2022 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione. S.S.D. Affari Generali Ufficio Delibere

Il Direttore Generale

Dott.ssa Agnese Foddìs

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** 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 Foddìs Direttore Generale dell'ARNAS G. Brotzu di Cagliari, recepita dall'ARNAS con Delibera n. 1 del 1/01/2022;
- DATTO ATTO** che l'ARNAS G. Brotzu con delibera n. 111 del 01/02/2021 ai sensi dell'art. 10 comma 1 lett. a) del citato Decreto Legislativo, ha adottato il Piano della Performance 2021-2023 quale documento programmatico triennale;
- DATO ATTO** che con delibera n. 251 del 5 marzo 2021 il Commissario Straordinario dichiara conclusa l'istruttoria della negoziazione di Budget 2021 e dà avvio alla decorrenza del periodo di valutazione degli obiettivi assegnati per l'anno 2021;
- 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 lett. 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 2021 allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale

DELIBERA

- di approvare la Relazione sulla Performance 2021 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 Foddìs

Il Direttore S.C. Contabilità Bilancio e Controllo di Gestione
Dott.ssa Donatella Floris

Collab. Tecnico Professionale Analista
Dott.ssa Luisella Manca

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE



ANNO 2021

Sommario

PRESENTAZIONE	3
1. I PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI	4
2. ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE	10
2.1 Contesto.....	10
2.2 Eventi significativi	13
2.3 Risorse	15
2.4 Analisi di genere	16
3 MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....	17
4. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA	30
5. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI.....	32
6 IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	34

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.

Nel 2021 è proseguito il mandato di Commissario Straordinario (C.S.) dell'AOB del Dott. Paolo Cannas il quale è stato nominato con DGR n. 21/28 del 04 giugno 2019 avente ad oggetto "Azienda Ospedaliera "G. Brotzu". Nomina Commissario Straordinario." Recepita dall'AOB con deliberazione n. 1381 del 14 giugno 2019. 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 Foddì con decorrenza 01/01/2022.

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

Con Delibera n. 111 del 01 febbraio 2021 viene approvato il Piano della Performance 2021 -2023, nel quale vengono delineate le linee di indirizzo per il triennio in oggetto. Nei giorni successivi il Commissario straordinario ha proceduto con la convocazione dei Direttori di Dipartimento e dei Direttori di Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale ad essi afferenti per la negoziazione di Budget per l'anno 2021.

Con Delibera n. 251 del 05 marzo 2021 il C. S. dichiara conclusa l'istruttoria della negoziazione di Budget 2021 e di dare avvio alla decorrenza del periodo di valutazione degli obiettivi assegnati per l'anno 2021.

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

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

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

1. I PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

L'ARNAS è un'azienda ospedaliera riconosciuta con Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri dell'08/04/2017 come di rilievo nazionale e di alta specializzazione. E' costituita da tre stabilimenti ospedalieri (San Michele, A. Businco e A. Cao).

L'ARNAS G. Brotzu serve un bacino teorico di 769.000¹ abitanti area sud Sardegna per quanto riguarda l'attività di emergenza/urgenza nonché l'intera popolazione regionale con riferimento all'assistenza sanitaria polispecialistica, nell'ambito dell'emergenza-urgenza, in qualità di DEA di secondo livello, della medicina dei trapianti, delle patologie oncologiche, pediatriche e rare.

Il processo di Misurazione e Valutazione della Performance 2021 tiene conto dell'assetto ridefinito con l'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliera Brotzu (AOB) approvato con deliberazione n. 1857 del 28/09/2017 e divenuto efficace a seguito della valutazione positiva di conformità agli indirizzi regionali espressa con la DGR n. 47/25 del 10/10/2017, di cui si è preso atto con deliberazione n. 1961 del 16/10/2017 e successive modifiche. Le Strutture a valenza Budgetaria nel 2020 sono state in tutto 99 tra sanitarie, amministrative e tecniche: 10 Dipartimenti, 54 Strutture Complesse e 33 Strutture Semplici Dipartimentali.

Di seguito si riportano una serie di tabelle sull'attività erogata nell'anno 2021 a confronto con quella del 2020 dapprima relativamente all'Azienda nel suo complesso e successivamente articolate per singolo Ospedale.

La dotazione dei posti letto per l'anno 2021, rispetto al 2020, risulta essere incrementata di n. 16 posti letto per ricoveri ordinari e di n. 2 posti letto per ricoveri in Day Surgery per l'acquisizione della Struttura di "Microchirurgia della mano" di seguito menzionata come "Ortopedia 2" proveniente dall'ATS - Ospedale Marino, in adempimento alla DGR n 58/3 del 20/11/2020 e successive Delibere Aziendali di presa d'atto citate precedentemente.

Le tabelle di seguito riportate mostrano la dotazione dei posti letto per ospedale, disciplina 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 11 e HSP 12.

OSPEDALE	CODICE DISCIPLINA MINISTERIALE	STRUTTURA	TIPOLOGIA ASSISTENZA	RICOVERI ORDINARI	DAY HOSPITAL	DAY SURGERY	TOTALE
SAN MICHELE	07	CARDIOCHIRURGIA	ACUTI	24			24
SAN MICHELE	08	CARDIOLOGIA	ACUTI	41	1	1	43
SAN MICHELE	09	CHIRURGIA GENERALE E DEI TRAPIANTI	ACUTI	21	1	2	24
SAN MICHELE	09	CHIRURGIA D'URGENZA	ACUTI	17		1	18
SAN MICHELE	09	CHIRURGIA DELL'OBESITA'	ACUTI	4			4
SAN MICHELE	10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	ACUTI	1	1	2	4
SAN MICHELE	11	CHIRURGIA PEDIATRICA	ACUTI	10	1	1	12
SAN MICHELE	12	CHIRURGIA PLASTICA	ACUTI	1			1
SAN MICHELE	14	CHIRURGIA VASCOLARE	ACUTI	22		1	23
SAN MICHELE	26	MEDICINA D'URGENZA	ACUTI	38	1		39
SAN MICHELE	26	MEDICINA GENERALE	ACUTI	38	1		39
SAN MICHELE	30	NEUROCHIRURGIA	ACUTI	33		1	34
SAN MICHELE	31	NIDO	ACUTI	20			20
SAN MICHELE	32	NEUROLOGIA	ACUTI	27	4		31
SAN MICHELE	32	STROKE UNIT	ACUTI	13			13
SAN MICHELE	34	OCULISTICA	ACUTI	2		4	6
SAN MICHELE	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	ACUTI	18		1	19
SAN MICHELE	36	ORTOPEDIA 2	ACUTI	16		2	18
SAN MICHELE	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	ACUTI	36	1	2	39

¹ Istat 01.01.2021

SAN MICHELE	38	CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA	ACUTI	1		1	2
SAN MICHELE	39	PEDIATRIA	ACUTI	20	2		22
SAN MICHELE	43	UROLOGIA	ACUTI	24	2	1	27
SAN MICHELE	48	NEFROLOGIA E DIALISI	ACUTI	20	2	1	23
SAN MICHELE	48	MEDICINA TRAPIANTO RENALE	ACUTI	10			10
SAN MICHELE	49	RIANIMAZIONE	ACUTI	12			12
SAN MICHELE	49	CARDIOANESTESIA	ACUTI	10			10
SAN MICHELE	50	UNITA' TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA	ACUTI	8			8
SAN MICHELE	56	CARDIORIABILITAZIONE	POST ACUTI		10		10
SAN MICHELE	58	GASTROENTEROLOGIA	ACUTI	24	1		25
SAN MICHELE	62	NEONATOLOGIA	ACUTI	8			8
SAN MICHELE	75	NEUROLIABILITAZIONE	POST ACUTI	11	1		12
SAN MICHELE	75	DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO	POST ACUTI		5		5
A. BUSINCO	9	CHIRURGIA ONCOLOGICA E SENOLOGIA	ACUTI	20		2	22
A. BUSINCO	13	CHIRURGIA TORACICA	ACUTI	8	1	1	10
A. BUSINCO	18	EMATOLOGIA	ACUTI	23	17		40
A. BUSINCO	18	CENTRO TRAPIANTI MIDOLLO OSSEO	ACUTI	8			8
A. BUSINCO	37	GINECOLOGIA ONCOLOGICA	ACUTI	9		2	11
A. BUSINCO	49	RIANIMAZIONE	ACUTI	6			6
A. BUSINCO	49	TERAPIA DEL DOLORE	ACUTI	4	2		6
A. BUSINCO	61	MEDICINA NUCLEARE CLINICA E TERAPIA RADIOMETABOLICA	ACUTI	6			6
A. BUSINCO	64	ONCOLOGIA MEDICA	ACUTI	38	32		70
A. BUSINCO	70	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	ACUTI	6			6
A. CAO	02	TALASSEMIA	ACUTI		20		20
A. CAO	18	CENTRO TRAPIANTI MIDOLLO OSSEO PEDIATRICO	ACUTI	4			4
A. CAO	19	ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	ACUTI		1		1
A. CAO	33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA	ACUTI	6	4		10
A. CAO	37	FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA E DIAGNOSI PRENATALE	ACUTI		1	1	2
A. CAO	39	CLINICA PEDIATRICA E MALATTIE RARE	ACUTI	20	4		24
A. CAO	65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	ACUTI	5	3		8
		TOTALE		693	119	27	839

La dotazione dei posti letto per acuti e post acuti dell'ARNAS Brotzu, è di 839, suddivisi in 693 per ricoveri in regime ordinario, 119 per ricoveri in regime di day hospital e 27 per ricoveri in regime di day surgery. Nello specifico L'Ospedale San Michele ha una dotazione di 585 posti letto, 530 ordinari e 55 DH/DS, l'Ospedale Businco 185 posti letto, di cui 128 ordinari e 57 DH/DS, e l'Ospedale Cao 69 posti letto, di cui 35 ordinari e 34 DH/DS. La tabella seguente mostra la suddivisione per tipologia usata per la rilevazione degli indicatori secondo quanto previsto dall'All. 2 della D.G.R. n. 67/16 del 29.12.2015.

Tabella di sintesi per tipologia dei Posti Letto anno 2021:

Posti Letto per Tipologia	2020	2021
Posti letto complessivi	821	839
Posti letto intensivi	36	36
Posti letto ordinari acuti	666	682
di cui culle	20	20
Posti letto ordinari post acuti	11	11
Posti letto diurni medici (DH) acuti	103	103
Posti letto diurni chirurgici (DS) acuti	25	27
Posti letto post acuti DH	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)	624	640

Attività di Ricovero Ordinario

Dimessi Ordinari Acuti (Ai sensi dell'All. 2 D.G.R. n.67/16 del 29.12.2015)	2019	2020	2021
Posti letto	624	624	640
Totali dimessi	23.255	20.319	23.386
GG degenza	185.530	164.240	185.041

Degenza media	7,98	8,08	7,91
Degenza media trimmata	8,02	8,18	8,15
Tasso di occupazione (%)	81,46	72,11	79,21
Indice di Turnover	1,82	3,13	2,08
Indice di Rotazione	37,27	32,56	36,54
Dimessi Ordinari Post Acuti (Ai sensi dell'All. 2 D.G.R. n.67/16 del 29.12.2015) disciplina 75	2019	2020	2021
Posti letto	11	11	11
Totali dimessi	60	37	0
GG degenza	3.613	2.718	0
Degenza media	60,22	73,46	0
Degenza media trimmata	27,15	26,17	0
Indice di occupazione	89,99	67,7	0
Indice di Turnover	6,7	17,22	0
Indice di Rotazione	5,45	3,36	0
DRG Ordinari	2019	2020	2021
DRG totali	24.403	21.379	24.407
DRG tipo chirurgico	8.085	7.494	9.434
DRG tipo medico	16.314	13.885	14.970
GG degenza totali	196.616	173.502	192.356
GG degenza tipo chirurgico	80.594	76.446	89.831
GG degenza tipo medico	116.013	97.056	102.514

Nell'anno 2021 sono state effettuate 23.386 dimissioni in regime di ricovero ordinario per acuti per un totale di oltre 185.000 giornate di degenza, con una degenza media di 7,9 giorni in diminuzione rispetto all'anno 2020. Il totale dei dimessi ordinari acuti risulta essere aumentato rispetto al 2020 del 15,1% e inoltre di poco superiore all'attività pre-pandemica dell'anno 2019.

I DRG totali del 2021 risultano essere 24.407, in netto incremento rispetto all'anno 2020 e totalmente sovrapponibili a quelli del 2019. In particolare i DRG ordinari di tipo chirurgico sono stati 9.434 in netto aumento rispetto al valore del 2020 e del 25,9% superiori rispetto all'attività pre-pandemia dell'anno 2019. La proporzione dei DRG chirurgici sul totale dei DRG ordinari è pari al 39% valore in aumento rispetto all'anno precedente di circa 4 punti percentuali.

Attività di Ricovero Diurno

Drg Diurni: Day Hospital e Day Surgery - Attività Ricovero Diurno	2019	2020	2021
Posti letto totali	144	144	146
Posti letto DH	119	119	119
Posti letto DS	25	25	27
Accessi Totali	69.039	58.668	60.756
Accessi DH	63.345	55.485	56.532
Accessi DS	5.694	3.183	4.219
Frequenza media giornaliera di ricovero	57,14	39,19	46,81
Frequenza media giornaliera di degenza	276,16	234,67	243,02
Drg totali	14.286	9.798	11.703
Drg DH	9.225	7.411	8.372
Drg DS	5.061	2.387	3.329

Il numero di accessi diurni totali risulta essere aumentato rispetto al 2020, sia per gli accessi in Day Hospital che per quelli in Day Surgery. Nell'Ospedale Businco vengono effettuati 32.458 accessi in Day Hospital relativi ai trattamenti chemioterapici che risultano pari al 60% del totale degli accessi in Day Hospital registrati per tutta l'Azienda.

Attività Chirurgica

Attività Chirurgica	2019	2020	2021
N. Interventi	19.166	13.795	17.626
N. Interventi in presenza di anestesista	12.143	8.966	11.289
N. Interventi ordinari	12.569	10.752	13.143
N. Interventi DS	6.597	3.043	4.449
N. Interventi Tecnica Robotica	82	63	89
N. Interventi DS\ambulatoriali	871	316	425

Complessivamente gli interventi chirurgici risultano essere aumentati rispetto al 2020 del 28%, per un totale di 17.626 di cui 13.143 in regime di ricovero ordinario (valore anche più alto del 2019), e 4.449 in regime di ricovero in Day Service. Anche gli interventi con tecnica robotica sono aumentati sia rispetto al 2020 che al 2019 in pre-pandemia

Attività Trapianto

Attività Trapianto	2019	2020	2021
Segnalazioni donazioni	32	28	27
Donatori effettivi	13	18	13
Trapianto Rene	46	26	30
Trapianto Cuore	5	5	5
Trapianto Fegato	26	26	37
Trapianto Combinato Rene Fegato	1	1	1
Trapianto Combinato Rene Pancreas			1
Trapianto Cornee	41	36	23
Trapianto di Midollo Osseo	65	76	76

L'attività di trapianto dipende da un insieme di variabili particolarmente complesse e spesso non modificabili. Nell'anno 2021 il numero dei trapianti effettuati risulta in incremento rispetto al precedente per il trapianto di fegato e rene.

Attività Ostetrica: Parti

Parti	2019	2020	2021
Totale parti (Drg dal 370 al 375)	640	627	530
Parti Spontanei (Drg dal 372 al 375)	350	351	287
Parti Cesarei (Drg dal 370 al 371)	290	276	243
% Parti Cesarei Primari (indicatore PNE)	37,10%	33,07%	35,52

Il numero dei parti risulta essere in flessione rispetto all'anno precedente del 15%, nello specifico i parti cesarei calano del 18%. L'indicatore PNE risulta essere aumentato di 2,5 punti percentuali.

Attività Pronto Soccorso

Attività Pronto Soccorso	2019	2020	2021
Accessi PS Adulti	34.951	28.910	41.833
Ricoveri PS Adulti	8.958	9.237	11.970
Trasferiti PS Adulti	34	63	372
Accessi PS OBI	3.697	1.378	862
Ricoveri PS OBI	613	758	441
Trasferiti PS OBI	11	76	91
Accessi PS Pediatrico	20.075	9.352	12.254
Ricoveri PS Pediatrico	1.890	1.126	1.023
Trasferiti PS Pediatrico	15	13	4

L'attività di pronto soccorso adulti registra un incremento nel numero di accessi di circa il 48% rispetto all'anno 2020 e del 20% rispetto all'anno 2019 in epoca pre pandemia; l'incremento rispetto all'anno 2020 è da attribuirsi anche alla chiusura, causa pandemia, dei pronto soccorso degli Ospedali Marino e SS. Trinità di Cagliari. Relativamente al pronto soccorso adulti si rileva che dal mese di marzo 2021 vi sia stato un incremento progressivo del numero degli accessi mensili, con picchi massimi nei mesi di agosto ed ottobre dove si sono verificati oltre 3.800 accessi rispetto alla media di 2.800 degli stessi periodi in epoca pre-pandemica.

Risulta meno marcato l'aumento degli accessi per quanto concerne il pronto soccorso pediatrico che subisce un incremento del 31% circa rispetto all'anno 2020, dato comunque nettamente inferiore rispetto al 2019. Tale trend in diminuzione è desumibilmente da ascrivere al mancato ricorso per i bambini alle strutture sanitarie legato alla paura di esporli ad eventuale contagio.

Attività Ambulatoriale

Prestazioni Ambulatoriali	2019	2020	2021
SSN (fonte file C), pazienti esterni	1.964.162	1.074.884	1.246.913
Prestazioni per interni, pazienti ricoverati	4.177.822	3.972.078	4.485.301

Le prestazioni ambulatoriali SSN per pazienti esterni risultano essere in aumento del 16% rispetto all'anno precedente: questo dato rispecchia l'allentarsi delle restrizioni/sospensioni degli accessi ambulatoriali legati alla pandemia.

Anche per le prestazioni erogate a favore dei pazienti ricoverati (interni) che comprendono consulenze, prestazioni strumentali, esami radiologici, di laboratorio e di anatomia patologica, si registra un incremento che si attesta all'incirca al 13%.

Attività Radiologica/Immagini

Attività Radiologica/Immagini	2019	2020	2021
TAC complessive di cui:	35.494	31.704	38.364
SSN	6.696	5.075	8.474
Interni	28.798	26.629	29.890
RMN complessive di cui:	11.191	9.057	11.169
SSN	6.151	4.449	6.491
Interni	5.040	4.608	4.678
Angiografiche complessive di cui:	1.997	1.701	1.467
SSN	10	3	6
Interni	1.987	1.698	1.461
Ecografie complessive di cui:	22.947	15.498	19.972
SSN	12.056	7.084	9.867
Interni	10.891	8.414	10.105
Mammografie complessive di cui:	4.502	3.286	3.020
SSN	4.201	3.000	2.777
Interni	301	286	243
PET complessive di cui:	4.376	4.446	5.175
SSN	3.184	3.104	3.794
Interni	1.192	1.342	1.381
Tradizionale complessive di cui:	57.042	45.123	62.753
SSN	8.074	5.119	7.784
Interni	48.968	40.004	54.969

Per quanto concerne l'attività diagnostica radiologica si rileva un incremento delle prestazioni totali tra l'anno 2021 e il precedente nella misura del 28%. In particolare le prestazioni ambulatoriali eseguite per esterni (SSN), sono aumentate del 40% rispetto all'anno 2020 in cui si è avuta una importante riduzione delle attività a causa della difficoltà di accesso per le restrizioni e sospensioni temporanee delle attività legate alla pandemia.

Risulta un incremento dell'attività per interni tra l'anno 2021 e il precedente nella misura del 24%.

In particolare si osserva un incremento dell'attività radiologica di TAC, RMN e PET in SSN a seguito dell'adozione di misure organizzative per l'ottimizzazione dell'uso, in sicurezza, delle apparecchiature ad alto contenuto tecnologico volto anche al contenimento, per quanto possibile, delle liste d'attesa.

Anche la Radiologia Tradizionale nel complesso risulta in sensibile incremento rispetto all'anno precedente e a quanto erogato nel 2019, periodo pre-pandemico.

Indicatori di complessità e appropriatezza

DRG Ordinari: Indicatori di complessità	2019	2020	2021
Peso medio DRG	1,40	1,45	1,46
Peso medio DRG tipo chirurgico	2,32	2,33	2,22
Peso medio DRG tipo medico	0,92	0,95	0,96
DRG Alta complessità	3.165	2.901	3.097
% DRG Alta complessità	12,97	13,57	12,69
Drg Ordinari: Indicatori di appropriatezza			
Drg PI	3.116	3.096	3.617
Drg Tipo Medici da Reparti chirurgici	3.525	3.111	3.493
Drg Medici brevi (0-2 GG)	4.287	3.728	4.298
% Drg PI	12,77	14,48	14,82
% Drg Medici brevi (0-2 GG) sul totale dei DRG Medici	26,28	26,85	28,71
% Drg Tipo Medici da Reparti chirurgici	37,47	35,93	32,89

Drg Diurni: Indicatori di appropriatezza	2019	2020	2021
Peso medio Drg (DH+DS)	0,83	0,86	0,82
Peso medio Drg DH	0,77	0,82	0,75
Peso medio Drg DS	0,94	0,99	1
DH diagnostici	1.616	1.145	1.436
% DH diagnostici	17,52	15,45	17,15

PS: Indicatori di Appropriatezza	2019	2020	2021
Capacità filtro PS Adulti	0,74	0,68	0,70
Capacità filtro PS OBI	0,83	0,58	0,38
Capacità filtro PS Pediatrico	0,91	0,88	0,92

Relativamente agli indicatori di complessità, il peso medio dei DRG ordinari è complessivamente aumentato, di 0,01 punti percentuale, passando da un valore di 1,45 nel 2020 a 1,46 del 2021. Risulta essere in flessione il peso medio dei DRG diurni (-0,04 punti percentuali) e la percentuale dei "DRG ad alta complessità sul totale dei DRG ordinari" che passa dal 13,57% del 2020 al 12,69% del 2021.

Mentre per gli Ospedali Businco e Cao si rileva un incremento nel 2021 rispetto all'anno precedente nella complessità della casistica trattata (interventi per patologie oncologiche, trapianti e malattie rare), per l'Ospedale San Michele si rileva una lieve flessione legata a un aumento dei ricoveri urgenti provenienti dal pronto soccorso, con una conseguente riduzione delle attività programmate a più alta complessità.

Si rileva inoltre un aumento della percentuale dei DRG Potenzialmente Inappropriati (PI) che passano al 14,82% rispetto al valore del 2020 pari al 14,48%, e della percentuale dei DH Diagnostici che passano dal 15,45% del 2020 al 17,15 % del 2021. Anche tali indicatori risultano fortemente influenzati dalle casistiche trattate e dalle attività svolte in urgenza, legate sia agli aumenti dei ricoveri provenienti dal pronto soccorso ma anche alle attività finalizzate all'abbattimento delle liste d'attesa.

2. ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE

2.1 Contesto

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

Di seguito si riporta l'articolazione delle strutture organizzative dello Staff della Direzione strategica aziendale e del Nucleo operativo relativamente all'area sanitaria e all'area amministrativa e tecnica.

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

Area funzionale di Igiene, Organizzazione, Governo Clinico, Qualità: nell'anno 2021, in attesa di dare completa attuazione all'Atto Aziendale, all'interno di questa area hanno operato tre Strutture Complesse di Direzione medica degli ospedali San Michele, Businco e Cao e le SC Area Infermieristica e Ostetrica, SC Area Tecnica, Riabilitazione e Prevenzione.

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

- Dipartimento Emergenza-Urgenza
- Dipartimento Cardiovascolare
- Dipartimento Chirurgico
- Dipartimento Oncologico e Internistico
- Dipartimento Neuroscienze e Riabilitazione
- Dipartimento Pediatrico e delle Microcitemie
- Dipartimento Riproduzione, Genitourinario, Malattie e trapianti di rene
- Dipartimento Servizi

Dipartimento Emergenza Urgenza

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

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

Dipartimento Cardiovascolare

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

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

Dipartimento Chirurgico

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

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

Dipartimento Oncologico e Internistico

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

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

Dipartimento Neuroscienze e Riabilitazione

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

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

Dipartimento Pediatrico e delle Microcitemie

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

SC Chirurgia Pediatrica; SC Clinica Pediatrica e Malattie rare; SC Clinica di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza; SC Oncoematologia Pediatrica; SC Pediatria (San Michele); SC Cardiologia Pediatrica e Cardiopatie congenite - piattaforma ambulatoriale; SSD Anestesia Pediatrica; SSD CTMO Pediatrico; SSD Diabetologia Pediatrica; SSD Disturbi Pervasivi dello Sviluppo; SSD Endocrinologia Pediatrica e Centro Screening neonatali; SSD Neonatologia – Nido; SSD Neurologia ed Epilettologia Pediatrica; SSD Talassemia.

Dipartimento Riproduzione, Genitourinario, Malattie e Trapianti di rene

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

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

Dipartimento Servizi

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

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

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

Dipartimento Amministrativo

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

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

Dipartimento Tecnico

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

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

Nell'autunno 2020, l'emergenza pandemica si è diffusa rapidamente sul territorio regionale, determinando un forte e crescente impatto sul sistema sanitario tale da richiedere una immediata risposta in termini organizzativi e strategici con il coinvolgimento di tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale. La Regione Sardegna ha emanato la DGR n. 58/3 del 20/11/2020, nella quale sono contenute le disposizioni per l'attuazione del piano di intervento di emergenza COVID-19, mediante la riorganizzazione delle attività assistenziali territoriali ed ospedaliere, quale risposta all'incremento della curva epidemiologica in atto. La DGR 58/3 ha disposto l'attivazione di un piano di intervento che ha previsto trasferimenti di attività sanitarie interaziendali temporanei e l'attivazione di idonee aree assistenziali atte a garantire la continuità dei livelli di assistenza e cura in favore di pazienti affetti da "patologie ordinarie". Questa Azienda con Delibera n 1530 del 21/11/2020 ha recepito il Piano di intervento di emergenza COVID-19 con l'allegato documento contenente il trasferimento temporaneo del reparto di "Chirurgia della Mano" da ATS Sardegna (Ospedale Marino) ad AO Brotzu-San Michele e del Centro Sclerosi Multipla da ATS (Ospedale Binaghi) ad AO Brotzu – P.O. Businco. Successivamente con delibera n 1646 del 12/12/2020 è stata stipulata apposita convenzione tra ATS-Sardegna, AO Brotzu e AOU-Cagliari per la disciplina del trasferimento provvisorio ciascuno per le unità operative concordate. Per quanto riguarda il trasferimento dell'unità operativa di ortopedia e microchirurgia della mano ... , questo "comporterà l'inserimento dell'attività nel processo produttivo dell'AO Brotzu", mentre per il Centro Sclerosi Multipla, la struttura sarà ubicata solo parzialmente per quanto concerne il Day hospital, presso la sede del P.O. Businco dell'AO Brotzu la cui destinazione temporanea è limitata alla fruizione dei locali messi a disposizione in comodato d'uso gratuito per cui la loro attività continua ad essere gestita in nome e per conto dell'ATS.

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.

Con il persistere dello stato di emergenza pandemico l'azienda durante tutto il 2021 ha mantenuto le misure precauzionali in contrasto con la diffusione del virus Covid-19, con l'aggiornamento continuo del personale attraverso il sistema di news letter aziendale e nella home del sito istituzionale aziendale per gli utenti.

Come previsto nel PP nel corso del 2021 sono stati avviati e conclusi i lavori di formazione previsti per il personale, di rilievo il corso manageriale aziendale "Management in sanità" e i 10 PDTA attivati.

Il corso Manageriale ha prodotto cinque lavori di interesse aziendale, alcuni dei quali già in buona parte in stato di attuazione ed altri in fase di implementazione: Proposta di applicazione del Process Mining del PDTA dell'ICTUS, La reingegnerizzazione del ciclo di acquisizione e gestione delle tecnologie sanitarie, La reingegnerizzazione del processo chirurgico: dalla Preospedalizzazione alla dimissione protetta passando per la Sala Operatoria, Accessibilità ambulatoriale, Trasformare i processi Covid in best practice. I sopracitati progetti sono stati presentati in azienda in data 4 Novembre e al Forum Risk Management di Arezzo il 30 novembre.

I PDTA implementati nel 2021 sono stati: Emergenza Urgenza Pediatrica, Piede Diabetico, Ictus Ischemico, Percorso Nascita, Sepsis, Stenosi Aortica severa, Trapianto di rene, Trauma maggiore, K mammella, K colon. Inoltre in fase di sviluppo: Dissezione aortica, Tumori del SNC, Melanoma e K polmone; mentre in fase di attivazione Frattura del femore, Trattamento paziente bariatrico, Infarto miocardico acuto (IMA) e K prostata. I lavori sono stati presentati in data 16 dicembre 2021 in occasione del convegno "PDTA: verso un'organizzazione per processi".

Di rilievo è stato inoltre la creazione anche presso lo stabilimento Businco del Servizio Centralizzato di Pre-ricovero, deputato alla esecuzione dei tamponi ai pazienti da ricoverare e anche alla esecuzione degli esami preventivi ai ricoveri programmati.

Già dal 2020 e per tutto il 2021 si è lavorato alla pianificazione e attivazione sperimentale del Centro Accoglienza e Servizi (CAS) presso il Presidio Ospedaliero Businco, per favorire la presa in carico globale del paziente, in particolare di quello oncologico, con la funzione di accogliere il paziente, informarlo ed accompagnarlo nell'intero percorso di cura, dalla prima visita, agli accessi successivi, alla prenotazione degli esami diagnostici fino all'affido allo specialista di riferimento per la patologia riscontrata ed all'attivazione della collegiale medica per un trattamento multidisciplinare del caso.

L'Azienda nell'ambito dell'emergenza per venire incontro alle esigenze assistenziali dei numerosi pazienti in carico, ha attivato diverse prestazioni assistenziali per via telematica (pre-contatto telefonico, videochiamata, videoconferenza, telemedicina ecc.), riducendo così il numero di contatti diretti. Questa modalità assistenziale si è resa necessaria per

rendere effettiva la tutela del diritto alla salute, cercando di assicurare l'equità d'accesso dei cittadini anche residenti in località remote, assicurando la migliore qualità e continuità possibile dell'assistenza seppur a distanza, soprattutto per i pazienti adulti e pediatrici affetti da cronicità. L'Azienda è fortemente impegnata a dare impulso alla Telemedicina che pur non sostituendo le prestazioni sanitarie tradizionali, è da ritenersi complementare e funzionale e, soprattutto, in questo particolare frangente, indispensabile e opportuna.

Con deliberazione n. 1 del 6 gennaio 2021 l'Azienda ha approvato il Piano Vaccinale anti-SARS-CoV-2/Covid -19, uno schema organizzativo ed operativo finalizzato a garantire la vaccinazione della popolazione dipendente e dell'indotto. Con l'applicazione di tale piano si è attivata la macchina, individuando i due punti operativi collocati rispettivamente al presidio San Michele e al presidio Businco, l'equipe dedicate costituite: da Medico Competente, Medico di Direzione di Presidio, Farmacista, Rianimatore, Infermieri, Oss, ASV e Personale Amministrativo, definendo rispettivi ruoli e compiti.

La campagna vaccinale si è estesa non solo al personale dipendente e all'indotto come inizialmente previsto, ma ha supportato anche le Hub vaccinali regionali sia nelle giornate feriali che attraverso l'organizzazione di Open day dando un importante contributo nella lotta alla pandemia. L'attività si è protratta anche per buona parte del 2022.

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

L'ARNAS G. Brotzu nel 2021 ha registrato quasi 41.000 accessi al pronto soccorso confermandosi centro regionale di riferimento per le emergenze-urgenze; di questi accessi oltre 250 sono stati trasferiti con l'elisoccorso con operatività in diurno e 50 sono stati secondari da e per il Brotzu verso gli altri ospedali.

Uno strumento utile di supporto per rappresentare i risultati dell'analisi del contesto interno ed esterno è costituito dall'analisi o matrice SWOT (**Strenghts** = punti di forza; **Weaknesses** = punti di debolezza; **Opportunities** = opportunità; **Threats** = minacce) di seguito riportata:

PUNTI DI FORZA (contesto interno) • 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	PUNTI DI DEBOLEZZA (contesto interno) • Necessità di interventi strutturali di riqualificazione ed adeguamento normativo sugli stabilimenti ospedalieri • Resistenza ai cambiamenti organizzativi e culturali anche a causa dell'elevata età media di alcune figure professionali • Carenza di personale a diversi livelli nelle strutture di supporto
OPPORTUNITA' (contesto esterno) • Sviluppo della rete ospedale – territorio • Accesso ai finanziamenti regionali per lavori di riqualificazione e messa a norma degli stabilimenti • Collaborazione con altre strutture sanitarie regionali anche attraverso progetti di telemedicina (es. in ambito cardiologico) con riduzione della mobilità dei pazienti e maggiore tempestività negli interventi • Attivazione del servizio di elisoccorso	MINACCE (contesto esterno) • Contesto economico finanziario critico a seguito dei vincoli di contenimento della spesa sanitaria • Evoluzione rapida e complessa della normativa e conseguenti adempimenti burocratici (trasparenza, anticorruzione, digitalizzazione, ecc) • Incremento del contenzioso con l'utenza con impatto economico conseguente alla medicina difensiva

2.3 Risorse

Dato lo stato d'emergenza pandemica la chiusura del bilancio d'esercizio 2021 è stata prorogata al 15 luglio 2022, di seguito si riporta la nota pubblicata nel Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e del Ministero della Salute.

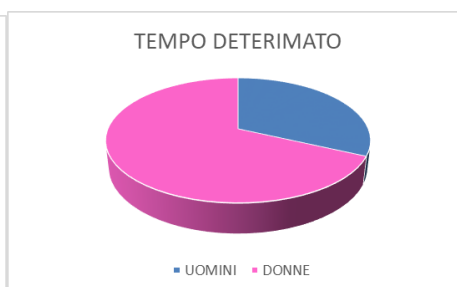
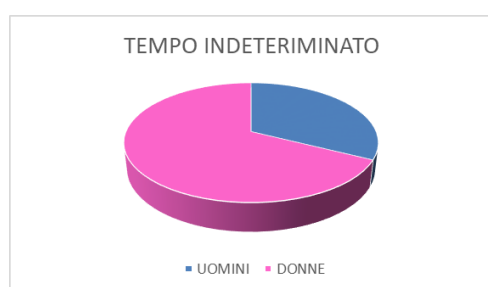
“In considerazione del differimento dei termini amministrativo-contabili di cui all'art.11-ter, comma 1, del decreto-legge 27 gennaio 2022, n. 4, convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, della legge 28 marzo 2022, n. 25, che di seguito si riporta: In considerazione del protrarsi del contesto epidemiologico emergenziale legato alla diffusione del COVID-19 e dell'impegno derivante dall'accelerazione della campagna vaccinale, anche al fine di sostenere i relativi interventi: a) per l'anno 2022, il termine previsto dall'articolo 31 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, per l'adozione dei bilanci di esercizio per l'anno 2021 degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), e lettera c), del citato decreto legislativo n. 118 del 2011 è prorogato al 31 maggio 2022; b) i termini di cui all'articolo 32, comma 7, del decreto legislativo 23 giugno 2021, n. 118, sono così modificati per l'anno 2022: 1. i bilanci di esercizio dell'anno 2021 degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), e lettera c), del citato decreto legislativo n. 118 del 2011 sono approvati dalla giunta regionale entro il 15 luglio 2022; 2. il bilancio consolidato dell'anno 2021 del servizio sanitario regionale è approvato dalla giunta regionale entro il 15 settembre 2022. ”

In considerazione di quanto sopra riportato si rimanda alla pubblicazione del citato documento l'aggiornamento della presente Relazione nella parte delle Risorse.

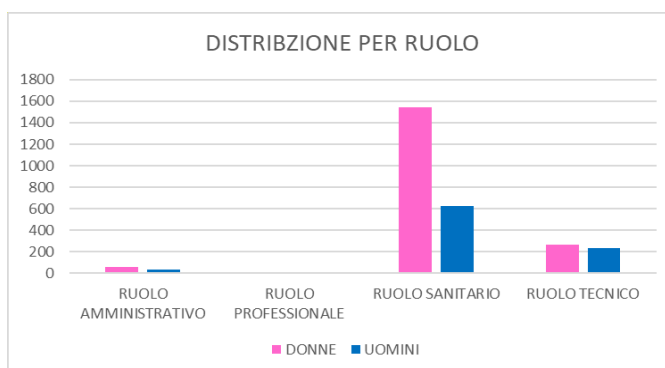
2.4 Analisi di genere

L'ARNAS G. Brotzu nel 2020 conta un numero di personale dipendente a tempo indeterminato di 2.777 unità, di cui il 67,55% sono donne, e 242,68 unità teste/anno a tempo determinato, di cui il 38,10% sono donne. Di seguito si riportano le tabelle riepilogative del bilancio di genere Aziendale per tipologia di ruolo, fasce di età e titolo di studio:

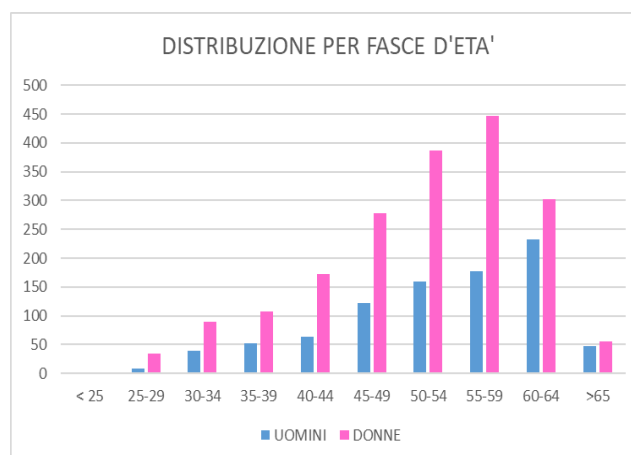
TIPOLOGIA	UOMINI	DONNE	TOT	% UOMINI	% DONNE
Tempo indeterminato	901	1.876	2.777	32,45%	67,55%
di cui:					
tempo pieno	893	1.777	2.670	33,45%	66,55%
part-time	8	99	107	7,48%	92,52%
Tempo determinato	113,68	242,68	356	31,90%	68,10%



Descrizione Ruolo	UOMINI	DONNE	TOT
RUOLO AMMINISTRATIVO	38	63	101
RUOLO PROFESSIONALE	4	1	5
RUOLO SANITARIO	626	1544	2170
RUOLO TECNICO	233	268	501
Totale complessivo	901	1876	2777



FASCE D'ETA'	UOMINI	DONNE	TOT
< 25	0	0	0
25-29	8	34	42
30-34	39	90	129
35-39	53	108	161
40-44	63	173	236
45-49	122	278	400
50-54	159	387	546
55-59	178	447	625
60-64	232	303	535
>65	47	56	103
Totale complessivo	901	1876	2777



3 MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Nel mese di settembre 2021 si è proceduto al monitoraggio dei dati intermedi degli obiettivi con le risultanze al 30 giugno, e nel febbraio 2022 si è dato avvio all'istruttoria a consuntivo dell'anno 2021 attraverso una prima valutazione dei risultati raggiunti dalla Struttura condotta dalla Struttura Tecnica Permanente

Di seguito una sintesi degli obiettivi assegnati alle Strutture per l'anno 2021, 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, tecnica e sanitaria amministrativa					
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET AZIENDALE	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE	SCOSTAMENTO %	NOTE
Collaborazione alla redazione dei documenti inseriti nel corso di formazione in collaborazione con i gruppi di lavoro del corso manageriale "Management in sanità" entro 30.10.2021.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00%	100,00%	0,00%	
Dimensione della tempistica e del valore informativo dei dati - Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione.	(N. di flussi A, C, F dell'intero anno 2020 trasmessi entro i termini / N. totale invii dei flussi A, C, F 2020) x 100	100,00%	100,00%	0,00%	
Riconciliare trimestralmente la contabilità sezionale cespiti con la contabilità generale (Art. 20 del Regolamento gestione beni immobili e mobili di cui alla delibera n. 1794/2015).	N. reports corretti sulle risultanze del registro cespiti elaborati, verificati e trasmessi entro il giorno 15 del mese successivo a ciascun trimestre (15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre e 15/1/2022) alla SC Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione	100,00%	100,00%	0,00%	
Aggiornamento del sito istituzionale secondo l'attuale organizzazione aziendale entro il 30/06/2021	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00%	100,00%	0,00%	
Assolvimento debito informativo nazionale mediante inserimento dei sinistri nel SIMES ai sensi del DM 11/12/2009	N. sinistri inseriti nel sistema SIMES/ n. sinistri 2020	100,00%	100,00%	0,00%	
Avvio implementazione app navigazione interna San Michele entro 31/12/2021	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00%	100,00%	0,00%	
Campagna potenziamento Brand ARNAS attraverso pubblicazioni sui canali social e mezzi di comunicazione tradizionali (giornali, riviste e emittenti televisive)	N. pubblicazioni in media mensili	100,00%	100,00%	0,00%	
Campagna raccolta sangue e raccolta plasma iperimmune: presentazione e realizzazione post (2+2) di promozione della donazione in collaborazione con la SC Immunoematologia e Centro Trasfusionale entro il 31/12/2021	N. eventi promozione plasma iperimmune realizzati	100,00%	100,00%	0,00%	

Definizione dello "stato zero" energetico del P.O. Businco entro il 31.12.2021 step 1: raccolta dati - ricognizione dati energetici e meteo step 2: correlazione dati energetici/parametri esterni step 3: definizione delle strumentazioni per la misura dei parametri energetici step 4: definizione dello stato zero energetico	N. di step raggiunti/tot step previsti	100,00%	100,00%	0,00%	
Digitalizzazione dei fascicoli del personale: creazione delle cartelle informatizzate del personale a partire dai nuovi assunti 2021*	N. fascicoli digitalizzati/ n° dipendenti assunti 2021	100,00%	100,00%	0,00%	
Formazione del personale in materia di trasparenza e anticorruzione	N. eventi formativi organizzati	100,00%	0,00%	100,00%	
Fornire con cadenza semestrale la movimentazione del fondo rischi alla SC Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione	N. comunicazioni alla SC Contabilità Bilancio e Controllo di Gestione	100,00%	100,00%	0,00%	
Indizione procedura in unione d'acquisto letti degenza elettrificati donazioni Protezione Civile entro il 31/12/2021	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00%	100,00%	0,00%	
Monitoraggio applicazione del regolamento "Adozione Regolamento Aziendale per la gestione delle risorse aziendali e dei progetti" approvato con Deliberazione n. 805 del 26/05/2020. Relazione sulle risultanze entro il 30/09/2021	N° giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00%	100,00%	0,00%	
Monitoraggio progetti con finanziamenti dedicati	Redazione reportistica funzionale relativa ai progetti aziendali con finanziamento dedicato.	100,00%	50,00%	50,00%	
Monitoraggio standardizzazione dei processi di rimborso all'utenza per prestazioni sanitarie non eseguite (relazionare entro il 31/12/2021)	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00%	100,00%	0,00%	
Monitoraggio trasmissione dei crediti insoluti da parte di : -Ufficio cartelle cliniche -Radiologia (relazionare entro il 31/12/2021)	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00%	100,00%	0,00%	
Organizzazione di corsi in coerenza con il progetto formativo strategico sulla responsabilità sanitaria	N. edizioni formative in materia di responsabilità sanitaria	100,00%	STERILIZZATO		la modalità di svolgimento prevista in presenza non era compatibile con le restrizioni previste in stato emergenziale da COVID -19
Predisposizione del nuovo capitolato di gara per l'ampliamento della sistema per la telemedicina entro il 15.10.2021	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00%	100,00%	0,00%	
Predisposizione delle pratiche necessarie per la copertura posizioni apicali scoperte SC/ SSD entro il 31/12/2021	N. pratiche predisposte per le posizioni scoperte/n. posizioni scoperte al 28/02/2021	100,00%	100,00%	0,00%	
Predisposizione nuovo capitolato tecnico RIS-PACS entro il 30-06-2021	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00%	100,00%	0,00%	

Predisposizione progetto di sviluppo Ufficio Relazioni con il Pubblico entro il 31/12/2021	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00%	100,00%	0,00%	
Programmazione biennale beni e servizi 2022 e 2023 entro il 15/11/2021	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00%	100,00%	0,00%	
Proposta revisione manuale di gestione documentale del protocollo generale al fine di adeguare il modus operandi degli uffici alle nuove Linee Guida AGID pubblicate in GU nel mese di settembre 2020 ed in vigore a partire dal mese di giugno 2021, unitamente alla proposta di delibera di adozione previa condivisione con la SC Tecnologie Informatiche e Servizi Informativi. Entro il 30/06/2021	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00%	100,00%	0,00%	
Redazione di un regolamento per il "Ciclo delle Performance" in collaborazione con i gruppi di lavoro del corso manageriale "Management in sanità" entro 30.10.2021 .	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00%	STERILIZZATO		Durante lo svolgimento del corso Manageriale per esigenze didattico/organizzative il progetto è stato rinviato a future edizioni
Redazione di un regolamento per la "Programmazione Investimenti Tecnologie" in collaborazione con i gruppi di lavoro del corso manageriale "Management in sanità" entro 30.10.2021 .	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00%	100,00%	0,00%	
Revisione regolamento delle autorizzazioni di spesa con approvazione definitiva entro 30/04/2021	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00%	100,00%	0,00%	
Revisione e aggiornamento della cartellonistica accessi ARNAS entro il 30/09/2021	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00%	100,00%	0,00%	
Riduzione degli interessi passivi attraverso monitoraggio periodico dei tempi di pagamento delle fatture entro il 30/06/2021	1 step: rideterminare i tempi whork flow 2 step: ricognizione dei principali provider not compliant 3 step: comunicazione ai liquidatori sensibili	100,00%	100,00%	0,00%	
Riduzione tempi di esecuzione manutenzioni a chiamata. Proposta di KPI per la misurazione delle prestazioni dell'esecuzione delle manutenzioni a chiamata erogate dal Servizio entro il 31/12/2021	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00%	100,00%	0,00%	

Rispetto delle tempistiche previste nel diagramma di Gant allegato relativo agli investimenti in tecnologie: redazione baseline in condivisione con la Direzione e reportistica trimestrale del rispetto delle tempistiche previste come da allegato alla presente.	N. capitolati presentati entro i termini previsti/n° tot capitolati	100,00%	100,00%	0,00%	
Rispetto delle tempistiche previste nel diagramma di Gantt allegato relativo agli investimenti in edilizia: redazione baseline in condivisione con la Direzione e reportistica trimestrale del rispetto delle tempistiche previste * con verifica sul campione di 4 progetti: -PO S.Michele Riqualficazione aree esterne e parcheggi -PO S.Michele Risonanze Magnetiche 3 T -PO S.Michele Piastra Tecnologica - PO Businco Breast	N. progetti in linea con il diagramma di Gantt/n° progetti esaminati nel campione indicato	100,00%	100,00%	0,00%	
Sostituzione della modulistica relativa alle esigenze del personale editabili all'interno del sito Intranet aziendale sezione "Area Gestione del personale - modulistica"	N. moduli presenti nella sezione sostituiti con file pdf editabile	100,00%	100,00%	0,00%	
Stesura del Piano sulla Transizione Digitale entro il 30/09/2021	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00%	100,00%	0,00%	
Stesura e condivisione di un protocollo applicativo - Bilancio e Gestione Sviluppo e Risorse Umane: dalla rilevazione delle informazioni alla liquidazione delle partite (attive e passive) entro il 31/12/2021	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00%	100,00%	0,00%	
Stesura e condivisione di un protocollo applicativo - Bilancio e Servizio Acquisti beni e servizi: processo di fatturazione, dalla delibera di aggiudicazione alla contabilità analitica entro il 31/12/2021	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00%	100,00%	0,00%	

AREA: Attività di Staff della Direzione Generale					
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET AZIENDALE	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE	SCOSTAMENTO %	NOTE
Aderire e partecipare alla costituzione dei PDTA Aziendale fornendo i dati PNE utili per gli AUDIT 30 giorni prima delle date stabilite.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00%	100,00%	0,00%	
Garantire la formazione per l'emergenza COVID-19	N. proposte formative formalizzate e concluse /n° di proposte formative richieste	100,00%	100,00%	0,00%	

Predisposizione PAF 2022 e inserimento della proposta di Delibera nella procedura "Atti" entro il 31/12/2021	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00%	100,00%	0,00%	
Presentazione monitoraggio indicatori treemap dati finali 2020 entro 30 giorni dalla pubblicazione su AGENAS	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00%	100,00%	0,00%	
Proposta di delibera di individuazione fondo della formazione alla luce del nuovo regolamento contratto collettivo per la dirigenza entro il 30/06/2021	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	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%	
Supportare le Strutture Aziendali per la chiusura SDO (verifica completezza e appropriatezza della codifiche SDO, controllo crociato ADT/SOWEB, correzione errori SIDI).	N. azioni volte alla corretta chiusura SDO	100,00%	100,00%	0,00%	

AREA: Contributo attività trapiantologica					
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET AZIENDALE	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE	SCOSTAMENTO %	NOTE
Mantenimento volumi attività trapiantologica	N. trapianti di fegato	100,00%	100,00%	0,00%	
Mantenimento volumi attività trapiantologica	N. trapianti rene singolo	100,00%	100,00%	0,00%	
Mantenimento volumi attività trapiantologica	N. organi trapiantati/ N. organi compatibili disponibili in regione dal CRT	100,00%	100,00%	0,00%	
Miglioramento delle performance aziendali per l'attività trapiantologica. (decorrenza rinegoziazione 22/09/2021)	N. segnalazioni per morte cerebrale / N. decessi per lesione cerebrale acuta codici ICD9CM	100,00%	STERILIZZATO		il target assegnato non in linea con la media regionale

AREA: Controllo Spesa Farmaceutica					
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET AZIENDALE	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE	SCOSTAMENTO %	NOTE
Aderenza della prescrizione dei fattori della coagulazione (fattore VIII) inseriti nelle gare regionali (DGR 54/11. 2015 e nota RAS N. 12142 del 15/05/2018)	Prescrizione Fattore VIII da gare regionali/tot prescrizione fattore VIII	100,00%	100,00%	0,00%	
Chiudere le schede farmaci AIFA entro 30 giorni dalla fine del trattamento	N. schede AIFA chiuse entro la scadenza/tot schede AIFA	100,00%	62,50%	37,50%	
Monitoraggio mensile trend prescrittivo farmaco Avastin intravitale	N. Audit trimestrali con verbali condivisi e sottoscritti dai partecipanti	100,00%	100,00%	0,00%	
Monitoraggio percorsi di recupero farmaci AIFA	N. verifiche e solleciti verbalizzati	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 dell'appropriatezza delle prescrizioni.	N. incontri di approfondimento con le Strutture	100,00%	100,00%	0,00%	

AREA: Governo Liste d'Attesa e Trasparenza					
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET AZIENDALE	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE	SCOSTAMENTO %	NOTE
Abbattimento liste d'attesa prestazioni ambulatoriali SSN secondo Determina RAS N° 1534/2014 come da Report prima disponibilità per sede (da Aprile 2021 "Report 6 - Prima disponibilità per sede" come da Determinazione N 1287 del 24/12/2020)	N. giorni medi di attesa al 31/12/2021	100,00%	13,08%	86,92%	
Aggiornamento e trasparenza delle Liste d'attesa informatizzate dei ricoveri programmati : corretto processo nell'utilizzo delle liste d'attesa per i ricoveri programmati (pz visitati in SSN, inseriti in lista d'attesa e ricoverati)	N. pazienti visti in SSN- inseriti in lista d'attesa e ricoverati con ricovero programmato/N. tot pazienti con ricovero programmato	100,00%	100,00%	0,00%	
Governo Liste e tempi d'attesa - Effettuare le prenotazioni delle prestazioni SSN tramite CUP web	N. prestazioni prenotate in CUP web/ N. prestazioni documentate * 100	100,00%	0,00%	100,00%	
Condivisione con il RUGLA per la pubblicazione sul sito a cadenza trimestrale ai fini della trasparenza delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali SSN.	N. incontri di condivisione	100,00%	100,00%	0,00%	
Creare un agenda pubblica prenotabile attraverso procedura CUP dedicata alle specificità cardiologiche trattate entro 30/04/2021	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00%	0,00%	100,00%	
Mantenimento tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali SSN primi accessi (Prestazioni: ECO mammaria e Mammografia bilaterali) Separati da accessi successivi.	N. giorni medi di attesa al 31/12/2021	100,00%	0,00%	100,00%	
Recupero prestazioni ambulatoriali SSN in stato sospeso presenti nel Piano di rientro delle liste d'attesa per le attività ambulatoriali (Delibera N° 94 del 27.01.2021) entro il 30/06/2021	N. prestazioni recuperate al 30.06.2021/ N. prestazioni in stato sospeso al 31.12.2020	100,00%	STERILIZZATO		A causa del perdurare dello stato emergenziale da pandemia non ha permesso ulteriore ampliamento delle attività ambulatoriali

AREA: Implementazione Piano Organizzativo Lavoro Agile					
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET AZIENDALE	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE	SCOSTAMENTO %	NOTE
Incontri di orientamento dirigenza/ posizioni organizzative sullo smart working anche con modalità alternative	N. incontri di orientamento	100,00%	100,00%	0,00%	
Mappatura dei processi smart working 31/06/2021	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00%	100,00%	0,00%	

AREA: Organizzativo gestionale					
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET AZIENDALE	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE	SCOSTAMENTO %	NOTE
Campagna raccolta plasma iperimmune: presentazione e realizzazione eventi di promozione della donazione in collaborazione con la SC Comunicazione entro il 31/12/2021	N. eventi promozione plasma iperimmune realizzati	100,00%	100,00%	0,00%	
Campagna raccolta sangue: presentazione e realizzazione eventi di promozione della donazione in collaborazione con la SC Comunicazione entro il 31/12/2021	N. eventi promozione sangue realizzati	100,00%	100,00%	0,00%	
Presentazione programma fabbisogni beni sanitari e non sanitari entro il 10/06/2021 al Dipartimento .	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00%	100,00%	0,00%	
Presentazione programma fabbisogni beni sanitari e non sanitari entro il 30/06/2021 ai rispettivi servizi Farmacia e Acquisizione beni e servizi.	N. strutture adempienti entro i termini/tot strutture afferenti al Dipartimento	100,00%	100,00%	0,00%	
Redazione di un regolamento per la "Process Mining" in collaborazione con i gruppi di lavoro del corso manageriale "Management in sanità" entro 30.10.2021.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00%	100,00%	0,00%	
Redazione di un regolamento per la Gestione delle Sale Operatorie in collaborazione con i gruppi di lavoro del corso manageriale "Management in sanità" entro 31.12.2021 .	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00%	100,00%	0,00%	
Ricognizione e predisposizione progetto con i fabbisogni formativi delle Strutture afferenti al Dipartimento entro il 30/09/2021 da inserire nel PAF 2022	N. proposte formative inserite nel piano	100,00%	100,00%	0,00%	
Tempestiva chiusura delle schede di valorizzazione individuale 2020 sul software Alfa scorer entro il 31/03/2021.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00%	95,45%	4,55%	

AREA: Performance organizzative e cliniche (appropriatezza clinica e organizzativa)					
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET AZIENDALE	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE	SCOSTAMENTO %	NOTE
Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA): effettuare almeno 4 incontri del Gruppo Operativo Infezioni Ospedaliere ed invio dei N° 4 verbali al CICA entro il 31.12.2021 .	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00%	100,00%	0,00%	
Somministrazione di questionari di gradimento ed elaborazione dei risultati con % Gradimento pazienti	N. questionari somministrati con valutazione positiva/N. questionari somministrati	100,00%	100,00%	0,00%	

Effettuare N. 6 Audit di verifica della Qualità del Radiofarmaco entro il 31.12.2021 da inviare alla Direzione di Presidio.	N. giorni di ritardo	100,00%	100,00%	0,00%	
Completa e corretta registrazione dell'attività effettuata a favore di Altri Enti e Proventi vari nelle procedure informatiche (CUP web) al fine di permettere la rendicontazione delle attività svolte	N. prestazioni registrate nel CUP web/ N. prestazioni documentate * 100	100,00%	94,00%	6,00%	
Mantenere Tempi di attesa prestazioni per interni	N. medio giorni d'attesa dalla richiesta prestazione all'erogazione su Order Entry	100,00%	100,00%	0,00%	
N° Audit effettuati c/o Centri e Punti Nascita di altre Strutture per attività inerente la raccolta di sangue cordonale	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento	100,00%	100,00%	0,00%	
PNE : Riduzione % Cesarei primari	N° parti cesarei primari/tot parti (al netto della casistica del rischio aggiustato)	100,00%	38,33%	61,67%	
Rispetto scadenze validazione SDO	N. SDO chiuse entro la scadenza/N. SDO tot	100,00%	92,20%	7,80%	
Valutazione appropriatezza cartelle cliniche	N. totale cartelle appropriate / N. totale cartelle campionate	100,00%	51,62%	48,38%	
Progetto accreditamento Istituzionale Centro Nazionale Trapianti /JACIE entro il 31/12/2021	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00%	STERILIZZATO		Con il perdurare dello stato pandemico non si sono potuti effettuare i sopralluoghi per l'accreditamento
Abbattimento tempi d'attesa controlli post operatori EVAR/TEVAR	N. pazienti controllo post operatorio EVAR/TEVAR con metodica ecodoppler/ N. pazienti operati EVAR/TEVAR	100,00%	STERILIZZATO		Non misurabile attraverso le procedure informatiche
Attivazione delle attività per il passaggio del paziente diabetico dalla Diabetologia pediatrica a quella di transizione (come da Progetto Pilota Delibera N 863 del 27/03/2019). Pazienti ≥ a 18 anni di età in carico al reparto uguale a zero	N. pazienti in età ≥18/ tot. pazienti in carico	100,00%	100,00%	0,00%	
Campagna raccolta sangue cordonale: presentazione e realizzazione eventi di promozione della donazione in collaborazione con la SC Comunicazione entro il 31/12/2021	N. eventi raccolta sangue realizzati	100,00%	100,00%	0,00%	
Chiusura del percorso con la definizione del ragionamento organizzativo e audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA Sepsis	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento	100,00%	100,00%	0,00%	
Chiusura del percorso con la definizione del ragionamento organizzativo e audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA Trapianto rene	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento	100,00%	100,00%	0,00%	

Chiusura del percorso con la definizione del ragionamento organizzativo e audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA K Colon	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento	100,00%	100,00%	0,00%	
Chiusura del percorso con la definizione del ragionamento organizzativo e audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA Ictus	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento	100,00%	100,00%	0,00%	
Chiusura del percorso con la definizione del ragionamento organizzativo e audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA Paziente affetto da valvulopatia chirurgica	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento	100,00%	100,00%	0,00%	
Chiusura del percorso con la definizione del ragionamento organizzativo e audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA K Mammella	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento	100,00%	100,00%	0,00%	
Chiusura del percorso con la definizione del ragionamento organizzativo e audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA Percorso Nascita	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento	100,00%	100,00%	0,00%	
Chiusura del percorso con la definizione del ragionamento organizzativo e audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA Piede diabetico	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento	100,00%	100,00%	0,00%	
Chiusura del percorso con la definizione del ragionamento organizzativo e audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA Trauma maggiore	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento	100,00%	100,00%	0,00%	
Chiusura del percorso con la definizione del ragionamento organizzativo e audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA Emergenza-Urgenza pediatrica	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento	100,00%	100,00%	0,00%	
Ottimizzazione del percorso del paziente K mammella	N. pazienti K mammella presi in carico attraverso il CAS/ tot pazienti K mammella in ingresso	100,00%	STERILIZZATO		Per motivi organizzativi il CAS è stato attivato alla fine del 2021
Completa e corretta registrazione dell'attività nelle procedure informatiche (Order Entry, SOWEB) : SOWEB	N. Interventi chiusi entro la scadenza SDO	100,00%	97,12%	2,88%	
Controllo infezioni ospedaliere : in particolare riduzione dell'incidenza delle batteriemie CVC correlate per 1000gg di permanenza CVC (al di sotto di 7)	Incidenza delle batteriemie CVC correlate per 1000gg di permanenza CVC	100,00%	100,00%	0,00%	

Corretta codifica su file EMUR dei casi COVID-19 positivi transitati in PS secondo linee guida ministeriali specifiche	N. casi Covid-19 positivi codificati su file Emur/ tot. Casi Covid -19 positivi transitati in PS	100,00%	STERILIZZATO		Ritardato aggiornamento delle codifiche Covid -19 IC9ICM sul SISAR
Definizione del Regolamento di sicurezza per il sito RM in cui sono installate tomografi con intensità di campo da 3 T entro 31/12/2021	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00%	100,00%	0,00%	
Efficienza nella refertazione dei tamponi Covid-19	N. tamponi refertati in giornata/tot tamponi in carico (urgenze escluse)	100,00%	100,00%	0,00%	
Elaborazione di linee guida interne gli aspetti dosimetrici legati alla esposizioni mediche di pazienti gravide sia per esami di diagnostica radiologica, interventistica e di Medicina Nucleare entro il 31/07/2021.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00%	100,00%	0,00%	
Garantire che le procedure di Vertebroplastica effettuate in sala operatoria vengano ricoverate in regime ordinario.	N. ricoveri per procedure di Vertebroplastica effettuate in regime di ricovero ordinario/N. totale di ricoveri per vertebroplastica	100,00%	STERILIZZATO		Secondo le linee guida Ministeriali da eseguire in Regime Day Surgery
Implementazione Attività Screening Fibrosi Cistica	N. screening fibrosi cistica /N. totale neonati da sottoporre a screening *100	100,00%	100,00%	0,00%	
Implementazione della nuova metodica: - PET PSMA Relazione alla Direzione Aziendale entro il 31/12/2021.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00%	100,00%	0,00%	
Implementazione Telemedicina: applicazione del processo di telemonitoraggio e televisita nell'assistenza diagnosi e cura del paziente	N. pazienti arruolati al 31/12/2021	100,00%	100,00%	0,00%	
Incremento attività ambulatoriale SSN prestazioni su pazienti affetti da malattie rare	N. prestazioni erogate	100,00%	100,00%	0,00%	
Miglioramento delle performance organizzative e della appropriatezza dell'attività di ricovero	N. DRG chirurgici ORD /tot DRG ORD	100,00%	100,00%	0,00%	
Miglioramento delle performance organizzative e della appropriatezza dell'attività di ricovero (al netto dei DRG di Medicina trapianto fegato)	N. DRG chirurgici ordinari/Tot DRG ordinari	100,00%	100,00%	0,00%	
Miglioramento delle performance organizzative e della appropriatezza dell'attività di ricovero: riduzione della degenza media	Degenza Media Ricoveri Ordinari	100,00%	75,00%	25,00%	
Miglioramento delle performance organizzative e della appropriatezza dell'attività di ricovero: riduzione dell'Indice di occupazione della Chirurgia	Indice di Occupazione	100,00%	0,00%	100,00%	

Miglioramento Indicatori PNE : Colectomie laparoscopiche	Proporzione di Colectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria < 3 gg (come da protocollo PNE)	100,00%	40,00%	60,00%	
Monitoraggio Tecniche radioterapiche innovative: trattamento ipofrazionato pazienti K prostata con Impianto di "spacer"	N. pazienti trattati	100,00%	STERILIZZATO		A causa del perdurare dello stato emergenziale da pandemia gli slot di sala per la metodica sono stati ridotti
Monitoraggio trimestrale sulla appropriata e corretta compilazione delle cartelle di Trattamento RT	N. totale cartelle appropriate e correttamente compilate / N. totale cartelle trattamento RT x 100	100,00%	100,00%	0,00%	
Organizzare e partecipare agli Audit sul PCO Gestione ricovero paziente pediatrico con patologie neurologiche condiviso con la Direzione di Presidio da formalizzare.	N. Audit formalizzati entro il 31/12/2021	100,00%	100,00%	0,00%	
Potenziamento attività di screening di II livello k Colon	N. screening di II livello	100,00%	STERILIZZATO		A causa del perdurare dello stato emergenziale da pandemia, l'attività di screening ha subito un rallentamento
Procedura interna della Medicina trapianti fegato e pancreas da presentare entro il 31/12/2021 alla Direzione di Presidio	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00%	100,00%	0,00%	
Procedura interna in merito alla "gestione del carrello dell'intubazione difficile" da presentare entro il 31/12/2021 alla Direzione di Presidio	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00%	100,00%	0,00%	
Programmazione ed esecuzione di due + due sessioni di simulazione medica avanzata per la gestione degli eventi avversi in anestesia pediatrica e nello shock anafilattico da somministrazione di MdC rivolti alle S.C. di Oncematologia Pediatrica e la Radiologia Pediatrica del PO Microcitico entro il 31.12.2021	N. sessioni di simulazione medica avanzata	100,00%	100,00%	0,00%	
Somministrazione del questionario stato di benessere organizzativo dei lavoratori entro il 31/12/2021	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00%	100,00%	0,00%	
Studio per l'implementazione di strumenti di pianificazione radioterapica automatica per ottenere la riduzione dei tempi per la preparazione di piani di trattamento prostata e testa-collo entro il 31/12/2021.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00%	100,00%	0,00%	

Tempi d'attesa : Effettuazione EGDS per pz ricoverati entro 3 gg dalla richiesta (il valore è espresso in giorni)	N. medio di giorni per erogazione EGDS per interni espresso	100,00%	100,00%	0,00%	
Tempi d'attesa refertazione prestazioni per interni	Tempo medio di refertazione espresso in GG (data refertazione-data accettazione)	100,00%	100,00%	0,00%	
Tempi d'attesa refertazione prestazioni SSN	Tempo medio di refertazione espresso in GG (data ref-data acc)	100,00%	100,00%	0,00%	
Unificazione aziendale della cartella clinica informatizzata Smart Digital Clinic (Diabetologia pediatrica, Diabetologia di transizione e Diabetologia adulti)	N. pazienti in caricati nella cartella informatizzata Smart Digital Clinic/ tot. pazienti	100,00%	100,00%	0,00%	

AREA: Rispetto e condivisione Direttive aziendali "Emergenza COVID 19"					
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET AZIENDALE	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE	SCOSTAMENTO %	NOTE
Attivazione protocolli interni di preospedalizzazione in una unica giornata.	N. pazienti in ricovero programmato passati per preospedalizzazione centralizzata/ tot pazienti in ricovero programmato	100,00%	82,19%	17,81%	
Attivazione protocolli interni di preospedalizzazione in una unica giornata.	N. Strutture che attuano il protocollo/ Tot Strutture Dipartimento	100,00%	91,53%	8,47%	
Attivazione protocolli interni di preospedalizzazione in una unica giornata. Partecipare alle attività della preospedalizzazione.	N. di richieste dalla preospedalizzazione evase / N. totale di richieste	100,00%	100,00%	0,00%	
Condivisione con i Direttori di Struttura afferenti al Dipartimento dei protocolli aziendali Deliberati in materia di "Emergenza COVID-19"	N. Audit della Direzione Medica di presidio superati positivamente	100,00%	100,00%	0,00%	
Condivisione con il personale di reparto dei protocolli aziendali Deliberati in materia di "Emergenza COVID-19"	N. incontri con il personale verbalizzati e sottoscritti	100,00%	100,00%	0,00%	
Creazione di un registro su database excell per i pazienti trapiantati con DRG medici da inviare alla SSD Controllo Performance entro il 30/06/2021	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100,00%	100,00%	0,00%	
Garantire le attività logistiche in sicurezza nel rispetto dei Protocolli aziendali COVID-19 deliberati e delle Disposizioni di sicurezza condivise con il GOA.	N. segnalazioni di non rispetto delle indicazioni di sicurezza pervenute alla Direzione Generale	100,00%	100,00%	0,00%	
Garantire le attività sanitarie in sicurezza nel rispetto dei Protocolli aziendali COVID- 19 deliberati e delle Disposizioni di sicurezza condivise con il GOA.	N. segnalazioni di non rispetto delle indicazioni di sicurezza pervenute alla Direzione Generale	100,00%	100,00%	0,00%	
Predisposizione progetto di supporto psicologico in merito alle problematiche COVID-19 per i dipendenti	1_ stesura entro il 30/04/21 2_ report di analisi 30/09/21 3_ report analisi 31/12/21	100,00%	100,00%	0,00%	

Collaborazione e supporto alla formazione in materia di emergenza Covid-19	N. eventi formativi anche in modalità alternativa	100,00%	100,00%	0,00%	
Emissione del DVR relativamente all'emergenza Covid-19	N. giorni di ritardo rispetto alla emissione DPCM/Norme ISS pregnant/caratterizzanti	100,00%	100,00%	0,00%	
Sopralluoghi nei PP.OO: Brotzu su emergenza Covid -19 oltre l'ordinaria attività richieste dal Datore di lavoro/DA/DS/Direzioni Mediche/ Direttori Dipartimento e SS.CC.	N. sopralluoghi con relazione	100,00%	100,00%	0,00%	

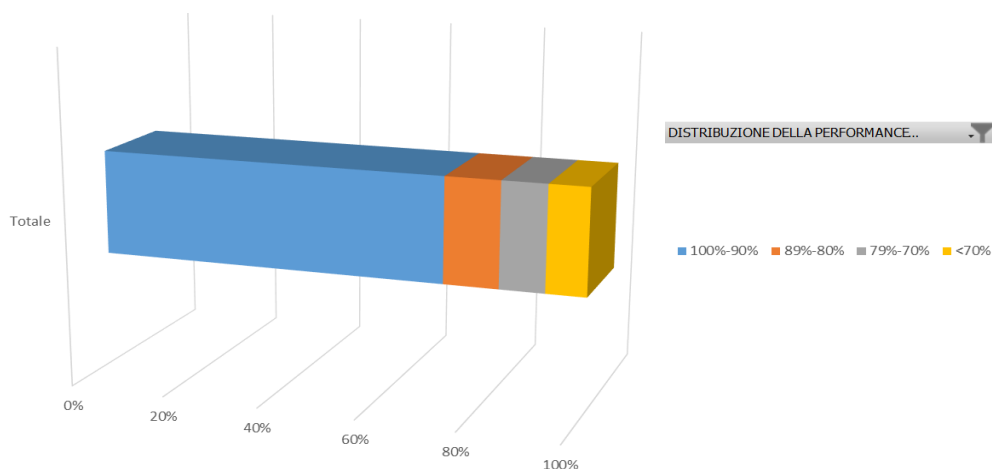
Gli scostamenti evidenziati nelle tabelle di sintesi degli obiettivi assegnati alle Strutture per l'anno 2021 sopra riportate, sono da ricondursi sostanzialmente all'impatto destabilizzante determinato dal perdurare dall'emergenza pandemica e dalla sua gestione.

4. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA

Di seguito la tabella riepilogativa della performance organizzative conseguita da ciascuna struttura a valenza budgetaria nel 2021:

STRUTTURA	PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2021
AOB - DIPARTIMENTO CHIRURGICO	98,31%
SC BUSINCO - CHIRURGIA ONCOLOGICA E SENOLOGIA	66,67%
SC BUSINCO - CHIRURGIA TORACICA	76,92%
SC S. MICHELE - CHIRURGIA GENERALE E DEI TRAPIANTI	55,00%
SC S. MICHELE - OCULISTICA	87,08%
SSD AOB - ENDOSCOPIA DIGESTIVA	100,00%
SSD BUSINCO - DERMATOLOGIA	100,00%
SSD S. MICHELE - CHIRURGIA DELL'OBESITA'	100,00%
SSD S. MICHELE - CHIRURGIA D'URGENZA	87,90%
SSD S. MICHELE - CHIRURGIA ORL E FACCIALE	89,12%
SSD S. MICHELE - MEDICINA TRAPIANTI FEGATO E PANCREAS	100,00%
SSD S. MICHELE - T.I.P.O. TRAPIANTI	99,39%
AOB - DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE	100,00%
SC BUSINCO - CARDIOLOGIA	100,00%
SC S. MICHELE - CARDIOCHIRURGIA	94,02%
SC S. MICHELE - CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA CON S.S. EMODINAMICA	99,70%
SC S. MICHELE - CHIRURGIA VASCOLARE	90,20%
SC S. MICHELE - CARDIOLOGIA CON UNITA' DI TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA	78,13%
SSD S. MICHELE - CARDIOANESTESIA	97,70%
SSD S. MICHELE - CARDIORIABILITAZIONE	71,63%
SSD S. MICHELE - CONSULENZA E VALUTAZIONE CARDIOLOGICA	100,00%
AOB - DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA	100,00%
SC BUSINCO - ANESTESIA E RIANIMAZIONE	100,00%
SC S. MICHELE - ANESTESIA E RIANIMAZIONE	98,98%
SC S. MICHELE - MEDICINA D'URGENZA	99,92%
SC S. MICHELE - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	86,87%
SC S. MICHELE - PRONTO SOCCORSO E OBI	100,00%
SSD S. MICHELE - MEDICINA D'URGENZA PEDIATRICA	100,00%
AOB - DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE	100,00%
SC S. MICHELE - NEUROLOGIA STROKE UNIT	84,54%
SC BUSINCO - TERAPIA DEL DOLORE	91,00%
SC S. MICHELE - NEUROCHIRURGIA	82,35%
SC S. MICHELE - NEURORIABILITAZIONE	100,00%
SSD AOB - RIABILITAZIONE	100,00%
SSD AOB - SERVIZIO PSICOLOGIA	100,00%
SSD S. MICHELE - NEUROFISIOLOGIA E DISTURBI DEL MOVIMENTO	75,00%
AOB - DIPARTIMENTO ONCOLOGICO E INTERNISTICO	100,00%
SC AOB - MEDICINA NUCLEARE CLINICA E TERAPIA RADIOMETABOLICA	100,00%
SC BUSINCO - EMATOLOGIA E CTMO	55,25%
SC BUSINCO - ONCOLOGIA MEDICA	85,71%
SC BUSINCO - RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	100,00%
SC S. MICHELE - GASTROENTEROLOGIA	64,29%
SC S. MICHELE - MEDICINA GENERALE	100,00%
SSD AOB - FARMACIA CLINICA E ONCOLOGICA	100,00%
AOB - DIPARTIMENTO RIPRODUZIONE, GENITOURINARIO, MALATTIE E TRAPIANTI DI RENE	100,00%
SC BUSINCO - GINECOLOGIA ONCOLOGICA	49,69%
SC CAO - FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA E DIAGNOSI PRENATALE	91,25%
SC S. MICHELE - NEFROLOGIA E DIALISI	80,70%
SC S. MICHELE - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	64,07%
SC S. MICHELE - UROLOGIA	73,75%
SSD S. MICHELE - MEDICINA TRAPIANTO RENALE	95,41%
AOB - DIPARTIMENTO SERVIZI	100,00%
SC AOB - ANATOMIA PATOLOGICA	100,00%
SC AOB - FARMACIA	100,00%
SC AOB - FISICA SANITARIA	100,00%
SC AOB - LABORATORIO ANALISI	100,00%
SC S. MICHELE - DIABETOLOGIA E MALATTIE DISMETABOLICHE	100,00%
SC S. MICHELE - IMMUNOEMATOLOGIA E CENTRO TRASFUSIONALE	100,00%
SC S. MICHELE - NEURORADIOLOGIA E INTERVENTISTICA VASCOLARE	99,53%
SC S. MICHELE - RADIOLOGIA	88,08%
SSD BUSINCO - RADIOLOGIA ONCOLOGICA ED INTERVENTISTICA	66,67%
SSD CAO - LABORATORIO GENETICA E GENOMICA	98,50%
SSD S. MICHELE - BANCA SANGUE CORDONALE	100,00%
SSD S. MICHELE - QUALITA' IN RADIOCHIMICA - LABORATORIO VITRO	100,00%

AOB - DIPARTIMENTO PEDIATRICO E DELLE MICROCITEMIE	100,00%
CAO - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	80,00%
SC CAO - CLINICA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA	63,20%
SC CAO - CLINICA PEDIATRICA E MALATTIE RARE	84,31%
SC S. MICHELE - CARDIOLOGIA PEDIATRICA E CARDIOPATIE CONGENITE-PIATTAFORMA AMBULATORIALE	100,00%
SC S. MICHELE - CHIRURGIA PEDIATRICA	99,08%
SC S. MICHELE - PEDIATRIA	98,86%
SSD CAO - C.T.M.O PEDIATRICO	76,89%
SSD CAO - DIABETOLOGIA PEDIATRICA	100,00%
SSD CAO - ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA E CENTRO SCREENING NEONATALI	100,00%
SSD CAO - NEUROLOGIA E EPILETTOLOGIA PEDIATRICA	100,00%
SSD CAO - TALASSEMIA	79,87%
SSD S. MICHELE - ANESTESIA PEDIATRICA	99,92%
SSD S. MICHELE - DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO	100,00%
SSD S. MICHELE - NEONATOLOGIA - NIDO	98,38%
AOB - STAFF DIREZIONE STRATEGICA AZIENDALE	
SC AOB - COMUNICAZIONE E RELAZIONI ESTERNE	100,00%
SSD AOB - AFFARI LEGALI	100,00%
SSD AOB - CONTROLLO PERFORMANCE SANITARIE E SVILUPPO STRATEGICO	100,00%
SSD AOB - FORMAZIONE	100,00%
SSD AOB - SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	100,00%
AOB - AREA FUNZIONALE DI IGIENE, ORGANIZZAZIONE, GOVERNO CLINICO, QUALITA'	
SC Direzione Sanitaria P.O. Businco	100,00%
SC Direzione Sanitaria P.O. Cao	100,00%
SC Direzione Sanitaria P.O. San Michele	100,00%
AOB - DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	
SC AOB - AREA INFERMIERISTICA OSTETRICA	100,00%
SC AOB - AREA TECNICA, RIABILITAZIONE E PREVENZIONE	100,00%
AOB - DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	100,00%
SC AOB - GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE	100,00%
SC AOB - ACQUISTI BENI E SERVIZI	100,00%
SC AOB - CONTABILITA', BILANCIO E CONTROLLO DI GESTIONE	100,00%
SSD AOB - AFFARI GENERALI	70,00%
AOB - DIPARTIMENTO TECNICO	100,00%
SC AOB - GESTIONE IMMOBILI E IMPIANTI E NUOVE REALIZZAZIONI	100,00%
SC AOB - PATRIMONIO E LOGISTICA	100,00%
SC AOB - TECNOLOGIE INFORMATICHE E SERVIZI INFORMATIVI	100,00%
SSD AOB - TECNOLOGIE SANITARIE	100,00%
AOB - DIPARTIMENTI FUNZIONALI	
AOB - PROMOZIONE DONAZIONE E GESTIONE TRAPIANTI	



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	1,50	0,00	0,422
Dirigente Amministrativo, Professionale e Tecnico	1,50	1,44	0,06	
Personale sanitario del comparto	1,50	1,47	0,03	
Personale non sanitario del comparto	1,50	1,46	0,04	
Media Aziendale	1,50	1,46	0,04	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6 IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

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

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

- Piano Sanitario Nazionale;

- Piano Sanitario Regionale;

- Piano Nazionale di Prevenzione;

nonché del contesto sanitario locale:

- criticità legate alla popolazione di riferimento;

- spesa sanitaria e finanziamento regionale;

- analisi comparativa dell'attività a livello regionale;

- delibera Giunta Regionale n. 54/11 del 10/11/2015 "Interventi per la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica";

- delibera Giunta Regionale n. 63/24 del 15/12/2015 "Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso. Attuazione dell'articolo 29, comma 3 della legge regionale 9 marzo 2015, n. 5.";

- delibera Giunta Regionale n. 67/16 del 29/12/2015 "Indirizzi strategici sull'appropriatezza ed efficacia dell'attività ospedaliera. Sistema regionale per il monitoraggio e controllo delle attività di ricovero";

- delibera Giunta Regionale n. 1/12 del 12/1/2016 "Linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale";

- delibera Giunta Regionale n. 34/16 del 12/7/2017 "Attuazione del Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso (Delib.G.R. n. 63/24 del 15.12.2015). Programma di riorganizzazione e riqualificazione dell'offerta ospedaliera nell'area omogenea di Cagliari (articolo 9, comma 6, della legge regionale n. 23 del 17 novembre 2014)".

Nella definizione degli obiettivi per l'anno 2021 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);
- sull'analisi dei bisogni della popolazione sarda;
- sull'offerta del territorio;
- sulla capacità d'offerta che l'ARNAS ha dal punto di vista strutturale, di risorse professionali e materiali.

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

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

Con Delibera n. 251 del 5 marzo 2021 il Commissario Straordinario dichiara conclusa l'istruttoria della negoziazione di Budget 2021 con i Dipartimenti e le Strutture Aziendali a valenza budgetaria e di dare avvio alla decorrenza del periodo di valutazione degli obiettivi assegnati.

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

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

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