

*Azienda Socio- Sanitaria Locale
n. 8 di Cagliari*



**PERFORMANCE – MISURAZIONE E
VALUTAZIONE**

*Estratto da:
“Relazione sulle Performance – ANNO 2022”*

Sommario

| | |
|--|----------|
| 1. Performance. Misurazione e valutazione..... | 1 |
| 1.1 Performance organizzativa e valore pubblico..... | 1 |
| 1.2 Valore pubblico degli altri obiettivi aziendali..... | 13 |
| 1.3 La Performance individuale delle singole strutture | 15 |
| 1.4 La Performance individuale del personale | 18 |

1. Performance. Misurazione e valutazione

1.1 Performance organizzativa e valore pubblico

La performance organizzativa esprime i risultati definiti e conseguiti da parte dell'azienda sulla base di determinati obiettivi prefissati in sede di programmazione.

In particolare, la ASL di Cagliari ha avviato il Ciclo delle performance 2022 attraverso la negoziazione degli obiettivi con i singoli Dipartimenti e le relative Strutture e con i singoli Distretti, calando (laddove possibile) gli indirizzi impartiti dall'Assessorato all'Igiene e Sanità Pubblica, oppure definendone altri sulla base delle esigenze aziendali.

Inoltre, nell'espletamento del ciclo delle performance si inserisce il concetto di *Valore Pubblico*, inteso come l'esito della sua azione sul livello di salute della popolazione presa in carico, ossia il contributo assicurato dall'azienda al miglioramento dello stato di salute della popolazione di riferimento e della qualità di vita.

L'azione dell'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 8 è mirata al miglioramento dello stato di salute della popolazione, alla qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati, all'appropriatezza e continuità di cura, ai percorsi assistenziali, alla capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico-finanziario nella gestione del sistema azienda.

In particolare, gli obiettivi sono definiti nel rispetto di quanto definito dall'art. 36 della legge regionale n. 24/2020, che stabilisce che la Giunta regionale su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità:

- a) definisce, in via preventiva, gli obiettivi generali dell'attività dei direttori generali, in coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale;
- b) assegna, sulla base della programmazione regionale e aziendale, a ciascun direttore generale, all'atto della nomina e successivamente con cadenza annuale, gli specifici obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse;
- c) stabilisce i criteri e i parametri per le valutazioni e le verifiche relative al raggiungimento degli obiettivi di cui alle lettere a) e b), e il raccordo tra queste e il trattamento economico aggiuntivo dei direttori generali, a norma del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502

Con la deliberazione n.14/30 del 29.04.2022, integrata e modificata dalla deliberazione n. 25/14 del

2.08.2022 la Giunta Regionale, su proposta dell'Assessore all'Igiene e Sanità Pubblica, ha assegnato alla Direzione Generale della ASL di Cagliari gli obiettivi per l'anno 2022.

La Direzione della ASL di Cagliari ha comunicato all'Assessorato con le note prot. n. 12284 del 09.02.2023 e prot. 15032 del 17.02.2023 che il monitoraggio degli obiettivi di performance assegnati per l'anno 2022 evidenzia il raggiungimento dei target assegnati.

Tale risultato premia lo sforzo organizzativo delle strutture aziendali per garantire le risposte assistenziali individuate come prioritarie dalla programmazione regionale.

Con riferimento alla valutazione della Performance organizzativa, la SC Programmazione e controllo, in supporto alla Direzione Generale, ha provveduto alla misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati, confrontandolo con i risultati attesi.

Nelle tabelle seguenti si riportano gli obiettivi assegnati dalla Regione alla Direzione Generale, con i relativi risultati.

Area 1 "Tempi di pagamento dei debiti commerciali"

Peso: 30 - Esito: raggiunto al 100%

| Peso | Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali | | | | |
|------|---|--|-------------------------------------|---|--|
| 30 | Peso | Obiettivo | Indicatore | Standard | Monitoraggio |
| | 100 | Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018 | Numero medio di giornate di ritardo | Numero 0 giornate di ritardo rispetto ai tempi previsti | <ul style="list-style-type: none"> - tempo medio di liquidazione delle fatture gestite da ASL Cagliari: 16,24 gg rispetto ai 20 gg previsti da regolamento aziendale; - tempi medi di pagamento gestiti centralmente da ARES: 36gg rispetto ai 60gg previsti dal D.lgs118-2011 |

Il primo obiettivo definito dalla RAS riguarda il rispetto dei tempi di pagamento dei debiti commerciali, stabilendo uno standard di 0 giornate di ritardo sui tempi di liquidazione delle fatture, con un peso pari a 30/100 sul totale della scheda obiettivi assegnata.

Il target assegnato alla ASL di Cagliari è stato raggiunto in relazione al tempo medio di liquidazione dei documenti afferenti direttamente alla competenza aziendale, pari a circa 16 gg, rispetto ai 20 gg previsti dal regolamento aziendale. Inoltre, i tempi di pagamento gestiti centralmente dal DREF -ARES risultano pari a circa 36 gg rispetto ai 60 gg previsti dal D. lgs 118-2011.

Valore pubblico tempi di pagamento

Il decreto legislativo 145/2018, articolo 1, comma 865 riguarda i tempi di pagamento per le forniture e i servizi nell'ambito della sanità. In generale, stabilisce che le amministrazioni pubbliche debbano effettuare i pagamenti entro 30 giorni dalla data di ricevimento della fattura o della richiesta di pagamento, a meno che non siano previsti tempi diversi per specifiche categorie di forniture e servizi.

Inoltre, il comma 865 stabilisce che per le forniture e i servizi sanitari, i pagamenti devono essere effettuati entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura o della richiesta di pagamento.

Il valore pubblico dei tempi di pagamento nella sanità consiste nella necessità di garantire la stabilità finanziaria del settore sanitario, nonché la sostenibilità economica delle attività sanitarie.

Inoltre, i tempi di pagamento adeguati permettono di evitare ritardi nei pagamenti, di garantire la continuità delle attività sanitarie, riducendo al contempo il rischio di insolvenze e contribuendo a favorire la competitività del settore sanitario e l'innovazione.

Area 2. "Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana"

Peso: 10 - Esito: raggiunto al 100%

| Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana | | | | | |
|--|------|---|--|---|---|
| Peso | Peso | Obiettivo | Indicatore | Standard | Monitoraggio |
| 10 | 5 | Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato | (N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100 | screening cervicale $\geq 30\%$ screening colorettaile $\geq 15\%$ screening mammografico $\geq 25\%$ | -screening cervicale 36,3% - screening colorettaile 15,4% -screening mammografico 28,1% |
| | 2,5 | Attivare gli 8 Piani Mirati di Prevenzione (PMP) con l'attuazione, per ciascuno di essi, dei seminari di avvio, della formazione e dell'informazione/comunicazione (come previsto per il 2022 nel PRP 2020-2025) in ogni sede SPreSAL | Numeratore: numero di PMP attivati da parte di ogni sede SPreSAL di ciascuna ASL x 100 Denominatore: numero complessivo di PMP (n. 8) da attivare da parte di ogni sede SPreSAL di ciascuna ASL | 100% (= 8/8 x 100) | Attivazione 8 Piani PMP come indicato nella nota SPRESAL NP/2023/273 del 18.01.2023 |
| | 2,5 | Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO | (N. interviste caricate in piattaforma / N. interviste target definito dall'ISS) *100 | 80% delle interviste previste per il raggiungimento del target stabilito dall'ISS per ciascuna sorveglianza | -PASSI: 96,1% -PASSI D'ARGENTO: 91,7% |

L'Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana definisce gli obiettivi che si inseriscono nell'ambito della Prevenzione, finalizzata a garantire la salute dei cittadini attraverso programmi di screening oncologico, attraverso i Piani Mirati della Prevenzione e l'adesione ai Sistemi di sorveglianza.

Valore pubblico programma screening oncologico

Si certifica l'ampio raggiungimento degli obiettivi relativi allo screening oncologico, relativamente al tasso di adesione allo screening della Mammella, della Cervice Uterina e del Colon retto.

Le evidenze cliniche e gli studi scientifici dimostrano l'importanza della diagnosi precoce di tali tumori in

relazione al miglioramento sensibile dell'aspettativa di vita che determina un rilevante effetto sulla creazione di valore pubblico. In particolare, i programmi di screening si sono dimostrati efficaci nel cambiare la storia naturale dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto. In alcuni casi, lo screening riesce a evitare l'insorgenza del tumore, in altri può salvare la vita. Quando questo non è possibile, la diagnosi precoce consente comunque di effettuare interventi poco invasivi e non distruttivi. In particolare:

- Il carcinoma della cervice uterina rappresenta il quinto tumore per frequenza nelle donne sotto i 50 anni di età e complessivamente l'1,3% di tutti quelli diagnosticati. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi di tumore del collo dell'utero è pari a circa il 68%;
- Il tumore del colon-retto è la seconda neoplasia nelle donne e la terza negli uomini. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari al 65,3% negli uomini e 66,3% nelle donne.
Se la colonscopia rivela la presenza di adenomi o carcinoma viene proposto il trattamento indicato dai protocolli terapeutici;
- Il tumore della mammella è la neoplasia più frequente nelle donne, nelle quali circa un tumore maligno ogni tre è un tumore mammario.
Lo screening per la diagnosi precoce del tumore mammario si rivolge alle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni, si esegue con una mammografia ogni 2 anni e prevede una lettera di invito diretto spedita dal Centro Screening della ASL 8: la popolazione bersaglio sarà chiamata ogni due anni ad eseguire una mammografia presso i Centri aziendali accreditati.

Piani mirati di Prevenzione

Risultano attivati gli 8 Piani Mirati di Prevenzione (PMP) da parte della SC Spresal (Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro) con l'attuazione, per ciascuno di essi, dei seminari di avvio, della formazione e dell'informazione/comunicazione (come previsto per il 2022 nel PRP 2020-2025), come certificato dal Servizio SPRESAL della ASL di Cagliari con nota NP/2023/273 del 18.01.2023

Valore pubblico Sistemi di Sorveglianza

La Regione ha richiesto un incremento delle adesioni ai Sistemi PASSI e PASSI D'ARGENTO, misurato attraverso il numero delle interviste caricate in piattaforma rispetto al numero delle interviste target definito dall'ISS *100. L'obiettivo risulta pienamente raggiunto, con un risultato di 96% delle interviste caricate, rispetto al target obiettivo definito all'80%.

Passi e Passi d'Argento sono i Sistemi di Sorveglianza destinati rispettivamente alla popolazione di età lavorativa (18-69 anni) ed alla popolazione anziana (65 anni ed oltre).

Attraverso tali sistemi, si ottengono informazioni epidemiologiche che riguardano l'esposizione ai fattori di rischio comportamentali (fumo, alcol, alimentazione errata, sovrappeso, etc), l'utilizzo dei servizi di prevenzione (vaccinazioni, screening oncologici), le prevalenze di malattie croniche, etc.

Lo sviluppo dei programmi PASSI E PASSI D'ARGENTO ha permesso il raggiungimento di diversi obiettivi:

- conoscere i bisogni di salute della popolazione;
- verificare le offerte di salute del SSN /ASL;
- conoscere i cambiamenti dei bisogni e delle offerte di salute;
- monitorare lo stato di salute della popolazione di età compresa tra 18 - 69 anni;
- facilitare la realizzazione dei profili di salute degli abitanti della ASL di Cagliari;
- offrire "Indicatori" di valutazione dei progetti di promozione della salute del Piano Regionale di prevenzione;
- consentire a decisori e Stakeholder la messa a punto di azioni correttive nei programmi di salute locali;
- contribuire al report nazionale e regionale di PASSI.

Nel dettaglio i due sistemi di sorveglianza studiano i seguenti argomenti.

| PASSI | PASSI D'ARGENTO |
|----------------------------------|--|
| ✓ Abitudini alimentari | ✓ Alcol: uso e abuso |
| ✓ Sedentarietà | ✓ Eccesso ponderale ed alimentazione |
| ✓ Consumo di alcol | ✓ Fattore di rischio "Sedentarietà" |
| ✓ Fumo | ✓ Fattore di rischio "Fumo" |
| ✓ Screening mammella | ✓ Salute percepita e sintomi di depressione |
| ✓ Screening cervicale | ✓ Uso di farmaci e vaccinazione antinfluenzale |
| ✓ Screening colon-rettale | ✓ Vista – udito – masticazione |
| ✓ Sicurezza stradale e domestica | ✓ Le cadute e le malattie croniche |
| ✓ Rischio cardiovascolare | ✓ Disabilità, fragilità, mancanza di autonomie |
| ✓ Salute percepita e depressione | ✓ Sicurezza e accesso ai servizi |
| ✓ Vaccinazione contro influenza | ✓ L'anziano "risorsa" e quello isolato |

Figura 12 – i sistemi di sorveglianza Passi e Passi d'argento

Nel corso del 2022 sono state effettuate tutte le interviste necessarie per raggiungere la rappresentatività aziendale, ovvero:

- per PASSI sono state effettuate 396 interviste rispetto alle 385 richieste (oltre il 100% del target);
- per PASSI d'Argento sono state effettuate 245 interviste rispetto alle 242 richieste (oltre il 100% del

target), raggiungendo e superando i valori target previsti.

Questi dati rappresentano un'indiscussa risorsa per i decisori e gli stakeholder locali per elaborare piani di prevenzione sanitari per la popolazione residente, che a sua volta potrà usufruire di piani della prevenzione mirati e utili proprio a individuare in anticipo patologie e/o stili di vita da correggere.

Area 3 "Area della Qualità e Governo clinico"

Peso: 2,5 - Esito: raggiunto al 100%

| Area della Qualità e Governo clinico | | | | | |
|--------------------------------------|------|---|---|--|---------------------------|
| Peso | Peso | Obiettivo | Indicatore | Standard | Monitoraggio |
| 2,5 | 2,5 | Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES) | n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie ospedaliere n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES | >= 20 segnalazioni per Azienda Sanitaria >= 2 audit per Azienda Sanitaria | 28 segnalazioni e 2 audit |

L'obiettivo riguardante l'Area della qualità e del Governo Clinico è stato assegnato dalla Direzione Generale alle Direzioni Mediche di Presidio, attraverso la misurazione di due indicatori: N. di segnalazioni sul SIRMES e n. di audit eseguiti.

Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo al 100% così come evidenziato e certificato dalla Relazione pervenuta da parte delle Direzioni mediche di Presidio.

Nel dettaglio risultano pervenute alle Direzioni mediche 28 segnalazioni, tutte regolarmente inserite sul sistema SIRMES e per le quali risultano avviati due audit.

Area 4 "Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare"

Peso: 7,5 - Esito: raggiunto al 100%

| Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare | | | | | |
|---|------|---|--|---|---|
| Peso | Peso | Obiettivo | Indicatore | Standard | Monitoraggio |
| 7,5 | 5 | Ottenere i risultati attesi dalla road map stilata da Bruxelles | Ottenere il 100% degli obiettivi stabiliti ai sensi della road map stilata in risposta alle raccomandazioni dell'audit FVO novembre 2021 | Sorveglianza attiva e passiva nel domestico raggiungendo il 100 % degli obiettivi fissati dall'OEVV. 8 carcasse al mese per la ASL Cagliari. | Raggiungimento al 100% come da Nota del Servizio Sanità animale NP/2023/318 del 20/01/2023; |
| | | | | Recuperare i censimenti ancora mancanti tra quelli da registrare a sistema al 31 Marzo | Raggiungimento al 100% come da Nota del Servizio Sanità animale NP/2023/318 del 20/01/2023; |

| | | | | | |
|--|-----|--|---|---|---|
| | 2,5 | Ottenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne da Tubercolosi | Ottenimento/Conservazione della qualifica al 31/12/2022 | <p>a) almeno il 99,8 % degli stabilimenti, pari ad almeno il 99,9 % della popolazione bovina, è indenne da infezione da MTBC;</p> <p>b) il tasso di incidenza dello stabilimento per cui è stata confermata l'infezione nel corso dell'anno non supera lo 0,1 %</p> | Raggiungimento al 100% come da Nota del Servizio Sanità animale NP/2023/318 del 20/01/2023; |
|--|-----|--|---|---|---|

Nell’ambito degli obiettivi assegnati al Dipartimento di Prevenzione si colloca anche l’area della sanità pubblica veterinaria e della sicurezza alimentare, con la misurazione di due obiettivi, per i quali si conferma il raggiungimento al 100%:

- 1) Ottenere il 100% degli obiettivi stabiliti ai sensi della road map stilata in risposta alle raccomandazioni dell'audit FVO novembre 2021, che si articola in due indicatori, ovvero attuare la Sorveglianza attiva e passiva nel domestico raggiungendo il 100 % degli obiettivi fissati dall'OEVR con la definizione di 8 carcasse al mese per la ASL di Cagliari ed infine recuperare i censimenti mancanti al 31 marzo. I due obiettivi, assegnati al Servizio Sanità animale risultano entrambi raggiunti.
- 2) Ottenere la qualifica di Territorio ufficialmente indenne da Tubercolosi. Nel caso della ASL di Cagliari si considera la conservazione della qualifica nell’anno 2022, già ottenuta come definito dalla Nota Prot. n. 34175 del 28/02/2022.

**Area 5 “Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell’Appropriatezza e dell’Efficacia del SSR”
Peso: 35 - Esito: raggiunto al 100%**

| Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell’Appropriatezza e dell’Efficacia del SSR | | | | | |
|---|------|---|--|----------|--|
| Peso | Peso | Obiettivo | Indicatore | Standard | Monitoraggio |
| 35 | 10 | Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA | Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende “pubbliche” (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende “esclusive” che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo. | 75% | Risultato Aziendale: 77% prestazioni prenotate in Agenda pubblica (P) per le prestazioni oggetto di monitoraggio PNGLA |
| | 10 | Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso. | Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno | 100% | Le giornate di apertura dei reparti risultano rispettate al 100% |

Come già esposto nei paragrafi precedenti, il 2022 è da considerarsi un anno di ripresa, in seguito all’emergenza sanitaria causata dal diffondersi del virus da SARS-Cov-2. Per questo, tra gli obiettivi assegnati dalla Regione, sono presenti anche due indicatori focalizzati sulla misurazione di una ripresa

delle attività e su una riapertura delle stesse verso i cittadini.

Il primo obiettivo richiedeva che, per quanto riguarda le prestazioni oggetto di monitoraggio, ovvero quelle inserite nel Piano Nazionale per il Governo delle Liste d’Attesa (PNGLA), almeno il 75% delle prenotazioni dovessero essere gestite tramite agenda Pubblica del CUP (codificata nei sistemi con la lettera P), favorendo una maggiore disponibilità nelle agende pubbliche, rispetto alle Agende Esclusive e alle RegISTRAZIONI Dirette.

Per ottenere tali risultati la ASL di Cagliari, attraverso le proprie strutture, ha avviato un piano di riorganizzazione ed efficientamento delle agende pubbliche, incrementando i volumi delle prestazioni ed offrendo ai cittadini la possibilità di poter nuovamente usufruire dei servizi sanitari, raggiungendo al 100% l’obiettivo prefissato.

Inoltre, per incentivare l’esito positivo del percorso, è stata definita un’integrazione all’obiettivo aziendale finalizzato alla misurazione dei volumi di attività di specialistica ambulatoriale nel IV trimestre 2022, raffrontato ai volumi di attività di specialistica ambulatoriale nel IV trimestre 2019 (ultimo periodo pre-covid), riscontrando un netto miglioramento rispetto ai due anni precedenti.

L’obiettivo è stato declinato a tutte le strutture ospedaliere e territoriali che eseguono prestazioni di specialistica ambulatoriale, attraverso la prenotazione in agenda pubblica CUP.

Il secondo obiettivo assegnato è stato quello di garantire l’erogazione delle prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria e pronto soccorso, misurandole tramite le giornate di apertura dei diversi reparti dislocati nei vari Presidi ospedalieri.

Il risultato ottenuto, come certificato dalle Direzioni mediche ospedaliere è del 100%, tenuto conto anche della riapertura del Pronto Soccorso del P.O. Santissima Trinità nel mese di giugno 2022, a seguito della chiusura forzata a partire da giugno 2021.

Valore pubblico del mantenimento dei LEA

Lo scenario in cui operano i sistemi di welfare dei paesi ad alto tasso di sviluppo è interessato da profondi cambiamenti strutturali, tecnologici ed organizzativi con cui bisogna necessariamente misurarsi.

La rilevanza delle dinamiche è ulteriormente accentuata dalla costante crescita qualitativa delle aspettative della popolazione (si vive più a lungo e si vuole vivere meglio) e dal vincolo della “scarsità relativa delle risorse”.

La transizione demografica ed epidemiologica degli ultimi vent’anni ha ridisegnato la struttura dei bisogni e della domanda. Difatti si è progressivamente alimentato il passaggio da patologie prevalentemente acute, a situazioni di cronicità diffusa.

Tale mutamento di scenario ha determinato la necessità di ripensare profondamente i sistemi sociosanitari che, dovendosi misurare con malattie che si “curano ma dalle quali non si guarisce”,

richiedono sempre di più una “presa in carico complessiva e continuativa” dell’assistito.

Tale scenario è stato ulteriormente “stressato” negli ultimi due anni dagli effetti pandemici che hanno, come già descritto a più riprese, costretto il sistema a profonde e frequenti fasi di riorganizzazione produttiva al fine di affrontare le emergenze legate ai picchi di contagi e alle importanti campagne di vaccinazione.

Questo ha certamente determinato la contrazione di alcune attività assistenziali, per tale motivo la Direzione ha focalizzato il 2022 come l’anno del recupero del terreno perso nel monitoraggio e nell’assistenza delle patologie non covid correlate, al fine di garantire la generazione di valore pubblico connessa al precoce e tempestivo inquadramento diagnostico dei pazienti e della loro efficace presa in carico assistenziale.

Di seguito vengono esposti gli obiettivi regionali volti al miglioramento della alla Salute Mentale, alla gestione della donazione di organi e al risparmio del sangue.

| Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR | | | | | |
|---|------|--|---|----------------|--|
| № | Peso | Obiettivo | Indicatore | Standard | Monitoraggio |
| | 5 | Implementare il processo di revisione del sistema regionale dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti realizzando lo spostamento progressivo dell’offerta dalla alta alla media e alla bassa intensità di cura, anche attraverso la riqualificazione della produzione diretta di servizi pubblici | <ul style="list-style-type: none"> Adozione di un “Piano aziendale di riqualificazione dell’offerta dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti” ai sensi della DGR 13/12 del 09/04/2021. Adozione di un piano aziendale degli acquisti di servizi residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti da erogatori privati accreditati che valorizzando la riduzione del fabbisogno nel livello di cura SRP1 ed il contestuale aumento del fabbisogno nel livello di cura livello SRP2 e SRP3 | 2/2 | Adozione dei due Piani, come da Delibere del DG n. 577 e n. 578 del 30/12/2022 |
| | 5 | Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo. | Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica | CAGLIARI ≥ 15% | Misurazione al 33% |
| | 5 | Conseguimento del risparmio di sangue ed emoderivati con la riduzione del consumo tramite implementazione di PDTA aziendali secondo i programmi di Patient Blood Management (PBM). | Adozione di una delibera aziendale di approvazione del PDTA | 1/1 | Delibera n.565 del 22/12/2022 |

Si rilevano nel dettaglio i risultati ottenuti:

- I due Piani aziendali di riqualificazione dell'offerta dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti" sono stati adottati con deliberazione DG n. 577 e 578 del 30.12.2022.

La succitata nuova programmazione risulta essere orientata a rispondere meglio alle esigenze dei pazienti tramite una costante rivalutazione degli obiettivi riabilitativi passando da un bisogno di cure ad alta intensità, a interventi a intensità media e bassa con una rivalutazione di posti letto di tipo estensivo SRP2 E SRP3 e alla implementazione dei servizi territoriali semiresidenziali come i Centri Diurni e gli interventi a domicilio strutturati per le autonomie del paziente. Questo al fine di scongiurare le lungodegenze in comunità e il rischio, in psichiatria sempre presente, di istituzionalizzazione. Tale rischio infatti non andrebbe mai sottovalutato e non può essere affrontato con unico ricorso alle strutture residenziali, che rappresentano l'ultima risposta alla complessità dei bisogni dei pazienti psichiatrici, da curare più appropriatamente con le risorse del territorio di appartenenza.

Anche nella residenzialità privata accreditata, la maggior offerta è di tipologia SRP1, mentre i percorsi residenziali nelle tipologie SRP2 e SRP3, il cui fabbisogno è valutato al 40% del totale dei posti letto, è carente.

- Definire standard in grado di incrementare il livello di donazione di organi: Il numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica risultano pari al 33%, rispetto al 15% assegnato come obiettivo.
- Adozione PDTA Patient Blood Management (PBM): è stato predisposto un percorso aziendale atto al conseguimento del risparmio di sangue ed emoderivati con la riduzione del consumo tramite implementazione di PDTA aziendali secondo i programmi di Patient Blood Management (PBM), adottato con deliberazione n.565 del 22/12/2022, grazie alla collaborazione da parte del Dipartimento di Area chirurgica e delle Direzioni mediche di presidio.

Area 6 "Area della razionalizzazione e contenimento della spesa"

Peso: 10 - Esito: raggiunto al 100%

| Peso | | Area della razionalizzazione e contenimento della spesa | | | |
|------|------|---|----------------------|----------------|---|
| 10 | Peso | Obiettivo | Indicatore | Standard | Monitoraggio |
| | 10 | Efficienza economico - finanziaria | Pareggio di bilancio | Ricavi = costi | Equilibrio di budget per gli impegni in gestione diretta. |

I dati contabili comunicati da Ares a gennaio 2023 certificano l'equilibrio di bilancio come riportato dal modello ministeriale del conto economico IV trimestre 2022 caricato sul portale NSIS il 31 gennaio 2023.

Altresì, risulta inoltre garantito l'equilibrio di budget per gli impegni in gestione diretta.

Area 7 “Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare”

Peso:10 - Esito: raggiunto al 100%

| Peso | Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare | | | | |
|------|--|-----------------------------------|--|---|-------------------------------|
| 10 | Peso | Obiettivo | Indicatore | Standard | Monitoraggio |
| | 10 | Rispetto delle milestone del PNRR | Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale | Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2022 | Adozione delibere PNRR su COT |

11

In merito al rispetto dei target previsti nel PNRR, risulta predisposto il budget autorizzativo sui fondi PNRR e impegnato con delibera del 20 dicembre l'importo relativo ai percorsi tecnici di avviamento per le COT della ASL di Cagliari.

Valore pubblico attuazione Piano Nazionale Ripresa e Resilienza

La Missione 6 Salute, mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica, ed è articolata in due Componenti:

- Componente 1: riguarda le reti di prossimità, le strutture intermedie e la telemedicina per l'assistenza specialistica territoriale; ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.
- Componente 2: si riferisce all'Innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La Componente 1 prevede tre investimenti nel corso del prossimo triennio:

- 1) Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona - prevede l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di servizi di assistenza di base e la realizzazione di centri di assistenza (efficienti sotto il profilo energetico) per una risposta integrata alle esigenze di assistenza, al fine di garantire parità di accesso, prossimità territoriale e qualità dell'assistenza alle persone indipendentemente dall'età e dal loro quadro clinico (malati cronici, persone non autosufficienti che necessitano di assistenza a lungo termine, persone affette da disabilità, disagio mentale, povertà), mediante l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di servizi di assistenza primaria, e la realizzazione di centri di erogazione dell'assistenza (efficienti sotto il profilo energetico) per una risposta multiprofessionale.
- 2) Intervento 1.2.2 COT (Centrali Operative Territoriali), funzione di collegare e coordinare i servizi

domiciliari con vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza, al fine di garantire la continuità, l'accessibilità e l'integrazione delle cure.

- 3) Intervento 1.3 Ospedali di Comunità, in particolare le strutture del P.O. Marino e del P.O. Binaghi, rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche, che svolgeranno una funzione intermedia tra il domicilio ed il ricovero ospedaliero. Andranno ad accogliere e fornire assistenza ai pazienti a bassa intensità clinica, potenzialmente erogabile a domicilio, ma che necessitano di una sorveglianza infermieristica continuativa.

Il valore pubblico generato è dato indubbiamente da una maggiore prossimità di tali strutture, dislocate anche nei territori distanti dal capoluogo (case della comunità e COT) ed una accessibilità più semplice per il paziente, colmando le distanze tra i cittadini e le strutture sanitarie che erogano assistenza.

La Componente 2 comprende, invece, misure volte al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al potenziamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari.

Inoltre, rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a rafforzare le competenze e il capitale umano del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), così da garantire un valore pubblico caratterizzato da una migliore qualità dell'assistenza offerta, inserita in un contesto tecnologico attuale ed aggiornato.

Area 8 "Area della gestione amministrativo-contabile"

Peso: 25 - Esito: raggiunto al 100%

| Area della gestione amministrativo-contabile | | | | | |
|--|------|---|--|---|--|
| 25 | Peso | Obiettivo | Indicatore | Standard | Monitoraggio |
| | 10 | Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione | Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015. | Approvazione di tutti i documenti di programmazione entro il 15/11/2022 | Rispetto dei tempi di approvazioni per i documenti BEP 23-25 e PTFP 23-25. Approvati il 15 novembre 2022 rispettivamente con le delibere n.497 e n.496 |
| | 10 | Approvazione dell'Atto aziendale | Approvazione entro i termini stabiliti dalla normativa regionale (Legge 24/2020) | Approvazione atto aziendale entro i termini stabiliti | Del. N 519 del. 5-12-2022 rispetto dei tempi per la deliberazione |
| | 5 | Avvio del percorso di implementazione dell'internal auditing, coordinato a livello centrale dalla Regione e da Ares, finalizzato allo sviluppo di un approccio per processi, alla riduzione dei rischi amministrativi-contabili e alla misurazione del miglioramento organizzativo. | Attivazione della funzione | Recepimento con atto formale, entro il 31/12/2022, degli indirizzi impartiti dalla Giunta regionale e avvio della funzione. | Delibera n.571 del 30/12/2022 |

Infine, per l'area della gestione amministrativo contabile, gli obiettivi prefissati riguardavano il rispetto

delle tempistiche nell'approvazione dei documenti di programmazione, l'approvazione del nuovo atto aziendale e l'attivazione della funzione di internal auditing.

Tutti e tre gli obiettivi sono stati raggiunti, così come di seguito indicato:

- Documenti di programmazione approvati entro i tempi: risultano rispettati i tempi di approvazione dei documenti di programmazione BEP23-25 e PTFP 23-25, rispettivamente con le deliberazioni n.496 del 14/11/2022 e n.497 del 15 -11-2022.
- Approvazione dell'Atto aziendale: adottato con deliberazione n. 519 del. 5-12-2022
 Percorso di implementazione dell'internal auditing: con delibera n.571 del 30/12/2022 la ASL di Cagliari ha provveduto a recepire le "Linee di indirizzo per l'avvio e l'espletamento della funzione di Internal Auditing nel Sistema Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna, in attuazione dell'art. 3 della L.R. 11.09.2020, N. 24" e di rinviare ad un successivo atto deliberativo l'adozione di procedure interne conformi a quanto disposto nelle linee di indirizzo.

1.2 Valore pubblico degli altri obiettivi aziendali

Tra gli obiettivi aziendali più significativi riferiti sia alle strutture ospedaliere che territoriali, è opportuno porre una maggiore attenzione sul seguente obiettivo che, come già evidenziato in precedenza, si è rivelato uno strumento utile anche al raggiungimento dell'obiettivo regionale relativo alle prestazioni erogate, da prenotare tramite agenda Pubblica CUP.

L'obiettivo era così definito:

| DESCRIZIONE OBIETTIVO | DESCRIZIONE INDICATORE |
|--|--|
| Garantire la ripresa delle attività di specialistica ambulatoriale in fase post-emergenza Covid 19 | Volume di attività di specialistica ambulatoriale per le prestazioni oggetto di monitoraggio ministeriale nel IV trimestre 2022/ Volume di attività di specialistica ambulatoriale per le prestazioni oggetto di monitoraggio ministeriale nel IV trimestre 2019 |

Per ogni struttura, sulla base del valore storico calcolato, sono stati definiti dei target personalizzati, così da garantire che l'obiettivo potesse essere raggiungibile e realistico.

I risultati ottenuti, raggruppati per strutture ospedaliere e strutture territoriali sono i seguenti:

| Attività ospedaliera IV trimestre | | | | |
|-----------------------------------|---------------------|---------------------|-------------|------------|
| Strutture Ospedaliere | N. prestazioni 2019 | N. prestazioni 2022 | Delta | %delta |
| Binaghi | 12.659 | 12.107 | -552 | 96% |
| Marino | 4.171 | 2.826 | -1.345 | 68% |
| SS Trinità | 6.866 | 8.668 | 1.802 | 126% |
| San Giuseppe Isili | 1.500 | 876 | -624 | 58% |
| San Marcellino Muravera | 1.192 | 1.401 | 209 | 118% |
| Totale | 26.388 | 25.878 | -510 | 98% |

Tabella 32 – Prestazioni ambulatoriali delle strutture ospedaliere

Non è stato assegnato l'obiettivo alle strutture afferenti al P.O. Microcitemico, in quanto non si dispone dei dati antecedenti al 2022, rendendo impossibile il confronto.

| Attività territoriale IV trimestre | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|--------------|----------|
| Strutture territoriali | N. prestazioni 2019 | N. prestazioni 2022 | Delta | % |
| Totale | 36.384 | 25.319 | -11.065 | 70% |

Tabella 33 – Prestazioni ambulatoriali delle strutture territoriali

I risultati finali indicano che nel 2022 l'attività sta registrando dei livelli di ripresa che in breve tempo lasciano sperare una ripresa dei volumi a pieno regime, registrando una percentuale sul 2019 del 98% in ambito ospedaliero e del 70% in ambito territoriale.

Tali risultati generano valore pubblico attraverso l'effetto sul miglioramento dello stato di salute della popolazione assistita, sia relativamente alle patologie in "acuzie" che di monitoraggio e "presa in carico" dei pazienti cronici.

Altro tema fondamentale, oggetto di monitoraggio da parte della Direzione, riguarda gli indicatori del Piano Nazionale Esiti, assegnati ai reparti afferenti all'Area chirurgica.

| DESCRIZIONE OBIETTIVO | DESCRIZIONE INDICATORE | STORICO | VALORE ATTESO - 100% Performance | VALORE MINIMO |
|------------------------------------|---|----------------|--|-----------------------------------|
| Miglioramento degli indicatori PNE | % di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3gg | 80% | Mantenimento valore storico 2021 | 70% |
| Miglioramento degli indicatori PNE | N. interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e P.intervento <=2 gg/N°interventi per frattura del femore *100 | 49% | 60% | Miglioramento valore storico 2021 |
| Miglioramento degli indicatori PNE | Numero di parti cesarei primari/ Numero parti con nessun pregresso parto cesareo | 20% | 15% se < 1000 parti 25% se > 1000 parti | |

Tabella 34 – Indicatori Piano Nazionale Esiti

Per il calcolo del valore ottenuto sono stati utilizzati i dati provenienti dalla fonte ABACO e sono i seguenti:

| Indicatori | Numeratore | Denominatore | % Indicatore |
|--|-------------------|---------------------|---------------------|
| Colecistectomie laparoscopiche* | 24 | 29 | 82,8% |
| Fratture Femore operate entro 2 giorni | 116 | 178 | 65,2% |
| Parti con taglio cesareo primario | 277 | 1.253 | 22,1% |

Tabella 35 – Indicatori Piano Nazionale Esiti (misurazione)

Si specifica che, per il calcolo delle colecistectomie, il risultato ottenuto dalle analisi su ABACO risultava parziale e che per questo è stato necessario richiedere i dati al Responsabile della Struttura.

A consuntivo si evidenzia che, nel complesso, nonostante la ASL di Cagliari nel 2022 fosse un'azienda in fase di start-up, e tutt'ora in una fase di organizzazione definitiva, ed in una fase di ripresa post

emergenziale, tutte le strutture hanno contribuito al raggiungimento degli obiettivi impartiti dalla Regione e hanno contribuito al miglioramento dei servizi erogati dalla singola struttura, garantendo il miglioramento della qualità nell'assistenza fornita ai cittadini.

1.3 La Performance individuale delle singole strutture

Con riferimento alla valutazione della Performance individuale delle singole Strutture la Direzione Aziendale, con il supporto della SC Programmazione e Controllo, ha misurato il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti nell'ambito del Ciclo delle Performance 2022, confrontando il livello di Performance Attesa (target dell'indicatore associato all'obiettivo) e livello di Performance effettivamente conseguita (valore dell'indicatore misurato a consuntivo).

La verifica degli obiettivi di Budget al 31/12/2022 è stata misurata anche nel corso dei mesi, così da avere una situazione sempre chiara e aggiornata dell'andamento delle performance, mentre la valutazione definitiva si è svolta nel corso del mese di maggio 2023, una volta acquisite le informazioni relative agli obiettivi oggetto di negoziazione.

Il livello di performance organizzativa è stato determinato attribuendo ad ogni indicatore il 100% di Performance se a consuntivo è stato raggiunto il valore atteso, lo 0% di Performance se è stato raggiunto il valore minimo e calcolando una scala di valori intermedi nel caso di un raggiungimento degli obiettivi parziale.

Pertanto, la percentuale di realizzazione dell'obiettivo viene calcolato considerando la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo stesso rispetto al valore atteso e al valore minimo. Di seguito si riportano i risultati di Performance ottenuti dalle singole strutture, nell'anno 2022, con validazione da parte dell'OIV adottata con verbale n. 16 del 29.06.2023:

| DESCRIZIONE STRUTTURA | Totale Punteggio |
|--|-------------------------|
| SC ENDOCRINOLOGIA TERRITORIALE CAGLIARI - AREA VASTA | 100 |
| SC LABORATORIO ANALISI - P.O. BINAGHI CAGLIARI | 100 |
| SC LABORATORIO ANALISI - P.O. MARINO CAGLIARI | 100 |
| SC LABORATORIO ANALISI - P.O. SS TRINITA' CAGLIARI | 100 |
| SERVIZIO GIURIDICO AMMINISTRATIVO ASSL CAGLIARI | 100 |
| SC CARDIOLOGIA - P.O. BINAGHI CAGLIARI | 100 |
| SC CARDIOLOGIA - P.O. MARINO CAGLIARI | 100 |
| SC CARDIOLOGIA - P.O. SS TRINITA' CAGLIARI | 100 |
| CAO - TALASSEMIA | 100 |
| SC SERVIZIO RADIOLOGIA - P.O. BINAGHI CAGLIARI | 100 |

| DESCRIZIONE STRUTTURA | Totale Punteggio |
|--|-------------------------|
| SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - P.O. SAN MARCELLINO MURAVERA | 100 |
| SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - P.O. SS TRINITA' CAGLIARI | 100 |
| DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE SUD | 100 |
| SC CENTRO DISTURBI ALCOL E CORRELATI | 100 |
| SC CURE TERRITORIALI CSM CAGLIARI 4 | 100 |
| SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE CAGLIARI | 100 |
| SC SPDC CAGLIARI | 100 |
| SERVIZIO TERRITORIALE PER LE DIPENDENZE (SERD) | 100 |
| SC DIREZIONE CAGLIARI - SC DISTRETTO DI SARCIDANO - BARBAGIA DI SEULO E TREXENTA | 83,3 |
| ORTOPEDIA E MICROCHIRURGIA RICOSTRUTTIVA - P.O. MARINO CAGLIARI | 100 |
| SC DIREZIONE CAGLIARI e SARRABUS-GERREI | 100 |
| SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - P.O. BINAGHI CAGLIARI | 100 |
| SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - P.O. MARINO CAGLIARI | 100 |
| SSD TERAPIA DEL DOLORE - P.O. BINAGHI | 100 |
| SC OSTETRICA E GINECOLOGIA - P.O. SS TRINITA' CAGLIARI | 99 |
| SC CURE TERRITORIALI CSM CAGLIARI 1 | 100 |
| PRONTO SOCCORSO - P.O. SAN GIUSEPPE ISILI | 100 |
| PRONTO SOCCORSO - P.O. SAN MARCELLINO MURAVERA | 100 |
| SC PRONTO SOCCORSO - P.O. SS TRINITA' CAGLIARI | 100 |
| U.O. CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE TRAPIANTI - CAGLIARI | 100 |
| SC UROLOGIA - P.O. SS TRINITA' CAGLIARI | 100 |
| SC AREA DIPENDENZE CAGLIARI | 100 |
| SSD RIABILITAZIONE PSICHIATRICA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE | 100 |
| IGIENE E SANITÀ PUBBLICA (SISP) - CAGLIARI | 100 |
| SC GENETICA MEDICA | 100 |
| SC MEDICINA GENERALE - P.O. SAN GIUSEPPE ISILI | 100 |
| SC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE | 100 |
| SERVIZIO SANITÀ ANIMALE | 100 |
| SSD UFFICIO SANZIONI IN MATERIA IGIENICO SANITARIA | 100 |
| SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - P.O. SS TRINITA' CAGLIARI | 100 |
| SC SERVIZIO RADIOLOGIA - P.O. MARINO CAGLIARI | 100 |
| SC SERVIZIO RADIOLOGIA - P.O. SAN GIUSEPPE ISILI | 100 |
| SC SERVIZIO RADIOLOGIA - P.O. SAN MARCELLINO MURAVERA | 100 |
| SC SERVIZIO RADIOLOGIA - P.O. SS TRINITA' CAGLIARI | 100 |
| SC SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO (SPRESAL) - CAGLIARI | 100 |
| SSD PSICHIATRIA FORENSE | 100 |

| DESCRIZIONE STRUTTURA | Totale Punteggio |
|---|------------------|
| CAO - CLINICA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA | 100 |
| CAO - DIREZIONE DI PRESIDIO | 100 |
| CAO - ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA | 100 |
| CAO - FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA E DIAGNOSI PRENATALE | 100 |
| CLINICA ORTOPEDICA - P.O. MARINO CAGLIARI | 100 |
| DERMATOLOGIA - P.O. SS TRINITA' CAGLIARI | 100 |
| DIPARTIMENTO AREA MEDICA - CAGLIARI | 100 |
| DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE SUD | 100 |
| DIREZIONE DI PRESIDIO - P.O. BINAGHI CAGLIARI | 100 |
| DIREZIONE DI PRESIDIO - P.O. MARINO CAGLIARI | 100 |
| DIREZIONE DI PRESIDIO - P.O. SAN GIUSEPPE ISILI | 100 |
| DIREZIONE DI PRESIDIO - P.O. SAN MARCELLINO MURAVERA | 100 |
| DIREZIONE DI PRESIDIO - P.O. SS TRINITA' CAGLIARI | 100 |
| NEUROLOGIA - P.O. BINAGHI CAGLIARI | 91,6 |
| PNEUMOLOGIA TERRITORIALE - P.O. BINAGHI CAGLIARI | 82,7 |
| SC CENTRO DONNA | 100 |
| SC FISICA SANITARIA AZIENDALE | 100 |
| SC GERIATRIA - P.O. SS TRINITA' CAGLIARI | 100 |
| SC IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE (SIAN) | 100 |
| SC IGIENE DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE | 100 |
| SC MALATTIE INFETTIVE - P.O. SS TRINITA' CAGLIARI | 100 |
| SC MEDICINA GENERALE - P.O. SAN MARCELLINO MURAVERA | 100 |
| SC MEDICINA GENERALE - P.O. SS TRINITA' CAGLIARI | 100 |
| SC MEDICINA LEGALE | 100 |
| SC PNEUMOLOGIA - P.O. SS TRINITA' CAGLIARI | 82,7 |
| SC SALUTE E AMBIENTE | 100 |
| SC SERVIZIO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE CAGLIARI | 100 |
| SC SORVEGLIANZA SANITARIA | 100 |
| SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE (SPP) | 100 |
| UNITA' SPINALE - P.O. MARINO CAGLIARI | 100 |
| NEURORIABILITAZIONE - P.O. SS TRINITA' CAGLIARI | 100 |
| CAO - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA | 100 |
| SC GASTROENTEROLOGIA - P.O. SS TRINITA' CAGLIARI | 100 |
| CAO - LABORATORIO GENETICA E GENOMICA | 100 |
| SC EMODIALISI - P.O. SS TRINITA' CAGLIARI | 100 |
| SC DIREZIONE CAGLIARI - AREA OVEST | 100 |

| DESCRIZIONE STRUTTURA | Totale Punteggio |
|---|------------------|
| SC OTORINOLARINGOIATRIA - P.O. SS TRINITA' CAGLIARI | 100 |
| SC CURE TERRITORIALI CSM CAGLIARI 3 | 100 |
| SC ANATOMIA PATOLOGICA AREA CAGLIARI | 100 |
| SC CURE TERRITORIALI CSM CAGLIARI 2 | 100 |
| CAO - C.T.M.O. PEDIATRICO | 100 |
| CAO - NEUROLOGIA ED EPILETTOLOGIA PEDIATRICA | 100 |
| CAO - DIABETOLOGIA PEDIATRICA | 100 |
| SC DIREZIONE CAGLIARI - AREA VASTA | 100 |
| RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE - P.O. MARINO CAGLIARI | 100 |
| RIAB. AREA SPEC. - DISTR. CAGLIARI | 100 |
| RIAB. TERRIT. - DISTR. CAGLIARI | 100 |
| SSD RECUPERO E RIABILITAZIONE - P.O. SS TRINITA' CAGLIARI | 100 |
| CAO - CLINICA PEDIATRICA E MALATTIE RARE | 96,8 |
| DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA - CAGLIARI | 100 |
| SC CHIRURGIA GENERALE - P.O. SAN GIUSEPPE ISILI | 100 |
| SC CHIRURGIA GENERALE - P.O. SAN MARCELLINO MURAVERA | 100 |
| SC CHIRURGIA GENERALE - P.O. SS TRINITA' CAGLIARI | 100 |
| SC CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE - P.O. SS TRINITA' CAGLIARI | 100 |
| SC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO ASSL CAGLIARI | 100 |
| SC DIREZIONE CAGLIARI - QUARTU - PARTEOLLA | 100 |
| SERVIZIO ISPETTIVO | 100 |
| SC PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE | 100 |

Tabella 36 –Risultati obiettivi 2022 per singola struttura

Nel corso del 2022, considerando l'acquisizione dell'Ospedale Microcitemico, del Dipartimento di Prevenzione e di Salute Mentale, sono stati assegnati obiettivi a 104 strutture.

Come si evince dalla tabella, la maggior parte delle strutture ha raggiunto il 100% dei risultati attesi, mentre alcune hanno raggiunto gli obiettivi parzialmente.

1.4 La Performance individuale del personale

Ultimo piano di valutazione delle performance aziendali si riferisce alla misurazione e valutazione della performance individuale è finalizzata principalmente ad evidenziare il risultato individuale conseguito dal personale valutato rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza, e di valutazione della singola persona rispetto all'area delle competenze e dei comportamenti. Con deliberazione del Direttore Generale di ATS n°221 del 07/04/2020, è stato adottato

il Sistema di Misurazione della performance, recepito dalla ASL di Cagliari.

La valutazione della performance individuale è determinata da diverse dimensioni, differenziate per il livello di responsabilità assunto nell'organizzazione. Il sistema adottato prevede che la misurazione e valutazione individuale si differenzi a seconda del livello organizzativo occupato nell'azienda ed ai sensi di quanto disposto dall'art. 9 del D.lgs. 150/2009 e s.m.i., è legata alle seguenti dimensioni di valutazione:

Per i **Direttori/Responsabili di struttura** la valutazione è legata:

- a) agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità;
- b) al raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
- c) alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate;
- d) alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi.

Per il **restante personale** la valutazione è legata:

- a) al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali;
- alla qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi.

Valutazione complessiva generale

Il processo complessivo della valutazione della Performance individuale nell'anno 2022 ha coinvolto 4.128 dipendenti Asl Cagliari conseguendo una valutazione media di 95,90; si specifica che il dato medio potrebbe considerarsi concluso alla data del 08/06/2023.

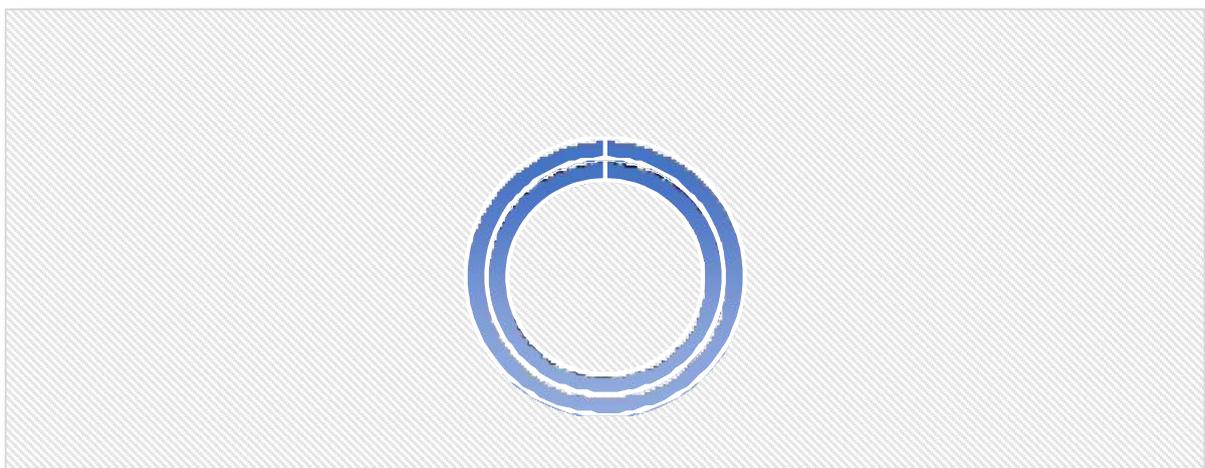


Figura 13 Valutazioni complessive 2022

Di seguito si riportano le valutazioni medie distinte per profilo:

| Profilo | Valutazione media | Unità |
|--|-------------------|--------------|
| Direttori dipartimento | 100 | 4 |
| Direttori SC e SSD | 99,96 | 64 |
| Responsabili SS | 98,95 | 33 |
| Dirigenti C o D | 97,20 | 951 |
| Posizioni Organizzative e Coordinatori | 99,59 | 54 |
| Comparto D e C | 95,92 | 2.295 |
| Comparto A e B | 93,35 | 727 |
| Totale complessivo | 95,90 | 4.128 |

Tabella 37 –Media valutazioni individuali 2022

Dalla tabella sopra riportata si evince che la più alta valutazione si registra nella Dirigenza pertanto la valutazione media è fortemente condizionata da 951 dirigenti con una media di 97,20, mentre si rileva una media del comparto A/B pari a 93,35 con 727 unità.

Valutazione media per Profilo

Le figure di seguito rappresentano sinteticamente l'esito dell'intero processo di valutazione rispettivamente per l'anno 2022 ed evidenziano il numero totale di persone valutate per profilo e la media del punteggio ottenuto.

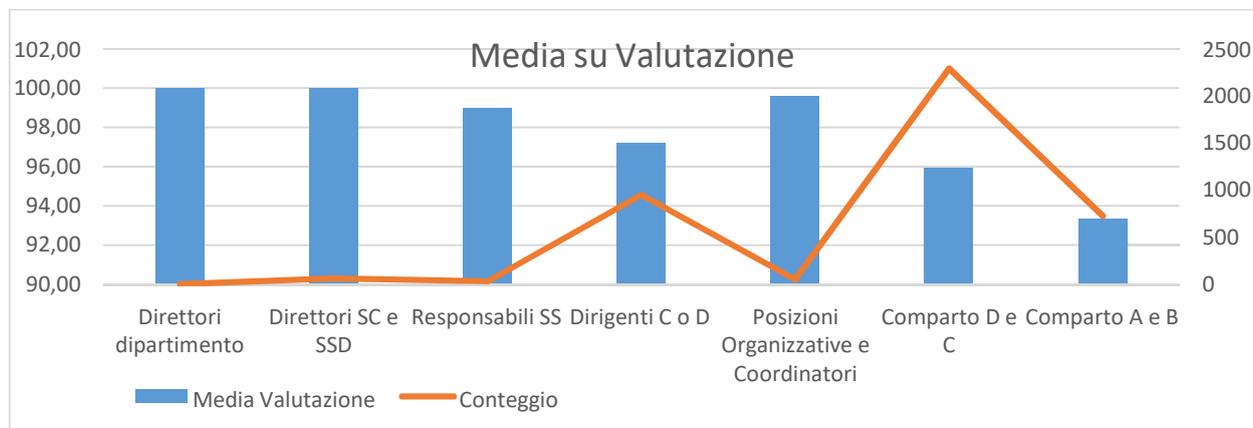


Figura 14 Media valutazioni 2022

Valutazione per range di punteggio

Nella tabella sottostante è riportato il numero complessivo di valutazioni effettuate, diviso per classi di punteggio conseguito.

Si evince che circa il 62 % dei dipendenti ha conseguito una valutazione compresa tra i valori 95 -100, il 19% tra il 90-95, il 7% tra il 85-90. Solamente l'6% ha conseguito una valutazione inferiore all'85, e di questi solamente il 2% ha conseguito una valutazione al di sotto del 80 e il 4% una valutazione sotto il 75.

| Numero di Persone | Numero di Persone | Incidenza |
|---------------------------|-------------------|-------------|
| >75 | 161 | 4% |
| 75-80 | 85 | 2% |
| 80-85 | 256 | 6% |
| 85-90 | 293 | 7% |
| 90-95 | 782 | 19% |
| 95-100 | 2.551 | 62% |
| Totale complessivo | 4.128 | 100% |

Tabella 38 – Incidenza Valutazioni individuali 2022 per range di punteggio

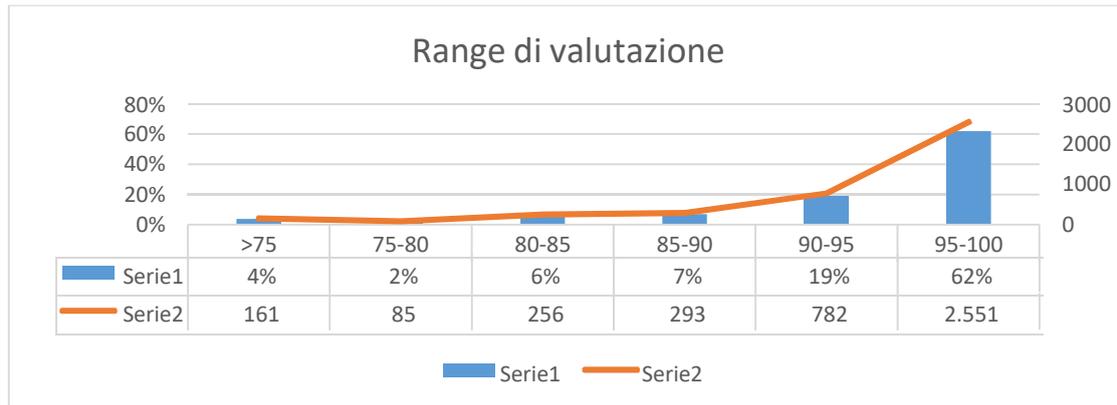


Figura 15 Incidenza Valutazioni individuali 2022 per range di punteggio