

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

**PERFORMANCE
MISURAZIONE E VALUTAZIONE
ANNO 2023**

“Estratto da: “Relazione sulle Performance – ANNO 2023”

Sommario

1.	<i>Performance. Misurazione e valutazione.....</i>	3
1.1	<i>Performance organizzativa e valore pubblico.....</i>	3
1.2	<i>Piano delle azioni positivi.....</i>	12
1.3	<i>Gli altri obiettivi aziendali.....</i>	13
1.4	<i>La Performance individuale delle singole strutture.....</i>	18
1.5	<i>La Performance individuale del personale.....</i>	24

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 degli obiettivi prefissati in sede di programmazione.

In particolare, la ASL di Cagliari ha avviato il Ciclo delle performance 2023 attraverso la negoziazione degli obiettivi con i 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 di Cagliari 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.4/62 del 16.02.2023, integrata e modificata dalle deliberazioni n. 10/30 del 16.03.2023, n.19/63 del 01.06.2023, n.23/30 del 06.07.2023, n.33/6 del 13.10.2023 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 2023.

La Direzione della ASL di Cagliari ha comunicato all'Assessorato con nota PG. n. 13005 del 19.02.2024 il monitoraggio degli obiettivi di performance assegnati per l'anno 2023.

Con riferimento alla valutazione della Performance organizzativa, la SC Controllo di gestione, 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 per i quali si è individuato il valore pubblico nella programmazione definita nel PIAO 2023-2025 ed i relativi risultati.

Gli obiettivi di valore pubblico definiti nel PIAO 2023-2025

	OBIETTIVO	DESCRIZIONE	INDICATORE	VALORE MINIMO	TARGET	VALORE OTTENUTO
1	Partecipazione attiva della cittadinanza	La promozione della partecipazione dei cittadini alle decisioni e alle politiche pubbliche è ispirata dall'art.118 della Costituzione, meglio noto come principio di sussidiarietà. Tale principio vede il cittadino, sia come singolo sia attraverso associazioni, quale soggetto attivo che può collaborare con le istituzioni negli interventi che incidono sulle realtà sociali. D.Lgs n.150/2009	N. proposte degli utenti anche in forma associata inviate alla mail "oiv.valutazionepartecipativa@asltagliari.it"	3	5	Attivazione della mail dedicata Nessuna proposta ricevuta
2	Potenziamento dell'assistenza sanitaria in ambito ospedaliero	Potenziamento dei ricoveri ospedalieri in ottica di ripresa delle prestazioni in fase post emergenziale. La ripresa si prevede in un incremento delle prestazioni ospedaliere compreso in un range tra il 3%-7%, a seconda delle caratteristiche organizzative e gestionali dei diversi reparti dislocati nelle diverse strutture ospedaliere nel territorio della ASL n.8 di Cagliari.	Incremento % del n. di ricoveri rispetto al 2022	3%	7%	Incremento del 16%
3	Studio delle variabilità degli esiti, dei processi e delle performance assistenziali attraverso il monitoraggio degli indicatori definiti nel Piano Nazionale Esiti (PNE)	Gli indicatori di performance rappresentano uno strumento di analisi utile nel miglioramento dei processi e dell'offerta assistenziale, garantendo una migliore efficacia ed efficienza delle prestazioni erogate	Indicatori del Piano Nazionale Esiti (relativamente a parti cesarei, colecistectomie e fratture del femore)	Miglioramento rispetto all'anno precedente	Rispetto dei valori minimi previsti dal Piano Nazionale esiti	Rispetto dei valori previsti dal PNE (relativamente a parti cesarei, colecistectomie e fratture del femore)
4	Potenziamento dell'assistenza specialistica ambulatoriale in ambito territoriale	Potenziamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in ottica di ripresa delle attività in fase post emergenziale. La ripresa prevede un incremento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale compreso tra un range del 5-10% , a seconda delle caratteristiche organizzative e gestionali delle diverse strutture dislocati nei cinque distretti della ASL n.8 di Cagliari.	Incremento % del n. di prestazioni rispetto al 2022	5%	10%	Incremento del 7%
5	Ridurre significativamente le liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale) e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" * 100	Miglioramento rispetto all'anno precedente	75%	80,50%

	OBIETTIVO	DESCRIZIONE	INDICATORE	VALORE MINIMO	TARGET	VALORE OTTENUTO
6	Tutela e Promozione della salute come capisaldi della Prevenzione- Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	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	Miglioramento rispetto all'anno precedente	screening cervicale: ≥ 35%	screening cervice 36%
					screening colonrettale ≥ 20%	screening coloretale 5,7%
					screening mammografico ≥ 30%	screening mammografico 32,3%
		Includere nei percorsi di screening oncologico organizzato i centri di secondo livello ubicati presso le Aziende Ospedaliere (AOU di Sassari e Cagliari, ARNAS Brotzu)	Evidenza di accordi stipulati o rinnovati in base agli indirizzi regionali di cui alla DGR n. 5/32 del 29.1.2019	Miglioramento rispetto all'anno precedente	evidenza di almeno due accordi stipulati o rinnovati per la Asl n.8 di Cagliari	3 accordi stipulati
7	Risparmio energetico	Azioni di riqualificazione ed efficientamento energetico sulla base di quanto definito con nota del Dip. Funzione pubblica PG/2022/61338 del 12,09,2022 (Risparmio ed efficienza energetica nella Pubblica Amministrazione - guida operativa ENEA) e dalle Linee Guida all'uso razionale dell'energia e contenimento degli sprechi	del. Ares n.45 del 29/03/2022 nota ARES NP/2022/2793 del 4.10.2022	realizzazione 40% interventi previsti	realizzazione 60% interventi previsti	Risultano avviati gli interventi previsti.
8	Rispetto delle milestone del PNRR	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 2023	Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2023
9	Garantire il corretto espletamento e la corretta gestione del ciclo amministrativo - contabile nei termini stabiliti	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	22 gg dalla registrazione della fattura	Numero 0 giornate di ritardo	Media di 14,5 gg a livello aziendale (0 gg di ritardo)
10	Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI, PASSI D'ARGENTO e OKKIO	Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO	(N. interviste caricate in piattaforma / N. interviste target definito dall'ISS) *100	70% delle interviste previste per il raggiungimento del target stabilito dall'ISS	80% delle interviste previste per il raggiungimento del target stabilito dall'ISS	93,8% delle interviste
		Adesione al Sistema di Sorveglianza Okkio 2023	(N di scuole coinvolte nella sorveglianza/N. di scuole campionate dall'ISS)*100	80%	90%	100% delle scuole

Obiettivo 1 “Partecipazione attiva della cittadinanza

In merito alla partecipazione attiva della cittadinanza si evidenzia che nel corso dell’anno è stata istituita la mail oiv.valutazionepartecipativa@aslcagliari.it, ma non risulta pervenuta alcuna proposta o osservazione.

Al fine di favorire la partecipazione attiva alla costruzione di iniziative di “valore pubblico” resta attiva la mail aziendale oiv.valutazionepartecipativa@aslcagliari.it, canale attraverso il quale il cittadino o qualunque altro stakeholder dell’azienda può contribuire a proporre iniziative volte al miglioramento dei servizi erogati ai cittadini.

Obiettivi 2 - 4 -5 “Potenziamento dell’attività assistenziale erogata” (ospedaliera e specialistica territoriale)

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.

A questo si somma la costante crescita qualitativa delle aspettative della popolazione (si vive più a lungo e si vuole vivere meglio), la “scarsità relativa delle risorse” e la transizione demografica ed epidemiologica degli ultimi vent’anni.

Tale scenario è stato ulteriormente “stressato” negli ultimi due anni dagli effetti pandemici che hanno 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, a discapito dell’assistenza sanitaria ordinaria.

Per tale motivo la Direzione intende focalizzare il 2023 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.

In tale scenario si rileva un importante incremento dell’attività assistenziale erogata, sia in ambito ospedaliero (+16%), sia in ambito territoriale (+7%), considerando solamente le strutture a gestione diretta. Se si considera anche l’attività prodotta dalle strutture private accreditate l’incremento risulta ancora più rilevante.

Le risorse aziendali sono state impiegate nel cercare di riorganizzare nella maniera più efficace ed efficiente sia il personale che le strutture esistenti, provvedendo anche a nuove assunzioni e tenendo in considerazione le difficoltà riscontrate nei territori e nei presidi periferici.

Si rinvia ai paragrafi 2.2 e 2.5 per un maggiore dettaglio nell’analisi delle branche e delle strutture che hanno prodotto tali risultati.

Per quanto riguarda l’obiettivo 5, si tratta di un obiettivo che la Regione Sardegna ha affidato ai Direttori Generali delle ASL, di conseguenza la Direzione ha provveduto ad assegnarlo alle singole

strutture aziendali, valutando per ognuna il valore storico di riferimento e chiedendo di ottenere per il 2023 un leggero miglioramento, così da garantire anche il raggiungimento a livello aziendale. Il risultato è stato ampiamente raggiunto.

Obiettivo 3 “Studio delle variabilità degli esiti, dei processi e delle performance assistenziali attraverso il monitoraggio degli indicatori definiti nel PNE”

Il miglioramento della qualità clinico assistenziale del cittadino è garantita anche attraverso l'utilizzo degli indicatori presenti nel PNE (Piano Nazionale Esiti), i quali permettono di valutare l'efficacia, l'appropriatezza e l'equità di accesso ai servizi, oltre che la sicurezza delle cure garantite.

Il valore pubblico del piano nazionale per gli esiti sanitari consiste nell'assicurare che il sistema sanitario sia in grado di fornire risultati efficaci, sicuri ed equi per i pazienti, attraverso l'utilizzo di indicatori di esito e la valutazione dei risultati della cura.

Nell'anno 2023 si evidenzia il raggiungimento dei seguenti risultati:

- Numero di parti cesarei primari/ Numero parti con nessun pregresso parto cesareo = 21% per 1.067 parti cesare primari (con un valore atteso richiesto dal PNE < al 25%);
- % di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3gg 82,1% (con un valore richiesto dal l'Azienda pari al 82%)
- N. interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 gg / N° interventi per frattura del femore *100, risultato del 78,4% (con un valore minimo richiesto dal PNE pari al 60%).

Tali risultati premiano lo sforzo delle Strutture Complesse coinvolte, nel dettaglio la SC Ostetricia e ginecologia del P.O. SS. Trinità, la SC Chirurgia generale del P.O. SS. Trinità e la SC Ortopedia e traumatologia del P.O. SS. Trinità, in collaborazione con il reparto di Anestesia e rianimazione del Presidio.

Obiettivo 6 “Promozione della salute”

Per garantire equità nell'accesso a una diagnosi precoce, il Servizio sanitario regionale effettua tre programmi di screening per la prevenzione dei tumori di cui due tipicamente femminili, seno e collo dell'utero, e il terzo dedicato indistintamente a entrambi i sessi: lo screening per il tumore del colon-retto, una malattia divenuta la seconda neoplasia nelle donne e la terza negli uomini.

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 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.

Anche per l'anno 2023 la Regione Sardegna ha provveduto ad affidare tale obiettivo alle aziende sanitarie, specificando le % di adesione allo screening richieste, che per la ASL di Cagliari erano le seguenti:

- screening cervicale: $\geq 35\%$ con valore ottenuto del 36%;
- screening colon-rettale $\geq 20\%$ con valore ottenuto del 5,7%;
- screening mammografico $\geq 30\%$ con valore ottenuto del 32,3%.

Per tutti gli obiettivi è stata coinvolta in prima linea la struttura complessa di Prevenzione e promozione della salute, afferente al Dipartimento di Prevenzione, con il supporto delle SC Centro Donna, Laboratorio Analisi, Anatomia patologica, Radiologia territoriale, Gastroenterologia ed endoscopia digestiva.

Si evince dunque un raggiungimento parziale di tale risultato che trova giustificazione in una mancata attivazione dei percorsi previsti e deliberati con le altre aziende sanitarie presenti nel territorio della ASL di Cagliari.

In particolare, già nel corso del 2022 la ASL di Cagliari ha lavorato per il costante miglioramento dei percorsi di screening, riuscendo a garantire la % di adesione reale prevista dagli obiettivi di budget 2022, protraendo l'attività di secondo livello fino a maggio 2023 per garantire le prestazioni a coloro che avevano aderito entro il 31.12.2022. L'impegno si è dimostrato anche con un incremento delle prestazioni di colonscopia erogate tramite Agenda CUP nel P.O. SS. Trinità.

Per quanto riguarda la percentuale di adesione prevista per il 2023, è opportuno evidenziare che gli esami relativi al primo livello di screening sono stati eseguiti presso il Laboratorio di Analisi del P.O. SS. Trinità di Cagliari, mentre gli accertamenti diagnostici di secondo livello sui soggetti positivi al sangue occulto nelle feci (S.O.F.) sono stati realizzati a partire dal mese di maggio 2023 da strutture interne all'Azienda, ma anche da altre aziende, in particolare:

- la U.O.C. di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva del P.O. SS. Trinità, che ha assicurato l'effettuazione di 280 colonscopie (vs le 223 erogate nel 2022);
- l'Endoscopia Diagnostica dell'Apparato Digerente del P.O. Businco ARNAS Brotzu, con la quale è stata stipulata una nuova Convenzione triennale tra ARNAS Brotzu e ASL di Cagliari (Delibera 204/23 del 11.05.2023) per l'esecuzione di 400 colonscopie e relativi esami di anatomia, ma ha assicurato solamente 93 colonscopie;
- la AOU di Cagliari, con la quale è stata stipulata una Convenzione (Delibera 249/23 del 09/06/2023) che prevedeva l'esecuzione delle prestazioni di 2° livello con l'effettuazione di 250 colonscopie annuali e le relative prestazioni di anatomia patologica. Di queste nessuna prestazione è stata garantita.

Poiché gli inviti di primo livello sono dipendenti dalla disponibilità fornita dai Centri di secondo livello

deputati alla esecuzione delle colonscopie, la ASL di Cagliari ha garantito l'impegno costante nella valutazione stringente settimanale dell'adesione e la conseguente rimodulazione degli inviti in funzione della disponibilità dei Centri di Secondo livello. Ne deriva che, poichè le convenzioni di cui sopra non hanno avuto corso per indisponibilità da parte di altre aziende, dunque per cause non imputabili alla ASL di Cagliari, sono venute a mancare in totale circa 557 colonscopie previste.

Da quanto sopra ne deriva che pur avendo promosso tutte le collaborazioni previste ed avendo lavorato costantemente al miglioramento dei percorsi di screening all'interno dell'azienda, la ASL di Cagliari non ha potuto superare le oggettive carenze del 2° livello non imputabili all'azienda stessa e, conseguentemente, non è stato possibile il raggiungimento del 20% dell'adesione reale previsto per l'obiettivo di budget del Colon Retto per l'anno 2023. Per tali motivi si è chiesto alla Regione di poter sterilizzare l'obiettivo relativo allo screening del colon retto.

Obiettivo 7 "Risparmio energetico"

In relazione alle attività di riqualificazione energetica ed efficientamento l'attività è stata condotta da ARES, in collaborazione con la ASL di Cagliari.

Con Deliberazione DG ARES n. 215 del 15/09/2023 è stato approvato Piano d'azione per la riduzione della spesa energetica redatto dalla struttura SC. Energy Management e Servizi Logistici Centralizzati e la relativa Linea guida all'uso razionale dell'energia e contenimento degli sprechi.

Tale piano mostra una riduzione dei consumi nell'anno 2022 rispetto al 2021 e prevedeva per la ASL di Cagliari una ulteriore riduzione anche nell'anno 2023.

Inoltre, sono stati monitorati con un apposito report gli interventi di efficientamento energetico per ciò che riguarda gli impianti fotovoltaici, collocati nei P.O. San Giuseppe, Binaghi, Marino, SS. Trinità.

Obiettivo 8 "Rispetto delle milestone del PNRR"

Si rappresenta che al 31.12.2023 risultano rispettate integralmente (100%) tutte le milestones e pertanto ne deriva il pieno raggiungimento dell'obiettivo prefissato.

In particolare, al 31.12.2023 risultano consegnati i lavori relativamente a tre centrali operative territoriali sulle quattro previste:

- COT di Muravera - data 28.11.2023;
- COT di Assemini - data 15.12.2023;
- COT via Quesada - data 21.12.2023.

I lavori della quarta COT (sede di Isili) sono stati consegnati a gennaio 2024.

Obiettivo 9- “Garantire il corretto espletamento e la corretta gestione del ciclo amministrativo - contabile nei termini stabiliti”.

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 e di garantire la continuità delle attività sanitarie, riducendo al contempo il rischio di insolvenze. Inoltre, i tempi di pagamento brevi contribuiscono a favorire la competitività del settore sanitario e a favorire l'innovazione.

Nel 2023 si è ottenuto un valore medio di circa 14,5 giorni per la liquidazione, nel pieno rispetto di quanto previsto.

L'obiettivo è stato assegnato a tutte le strutture che si occupano della liquidazione delle fatture, in particolare le strutture amministrative e i distretti.

Obiettivo 10 - “Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI, PASSI D'ARGENTO e OKKIO”

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) che studiano i seguenti argomenti.

Nel corso del 2023 sono state effettuate tutte le interviste necessarie per raggiungere la rappresentatività aziendale ovvero: per PASSI sono state effettuate 385 interviste rispetto alle 385 richieste (il 100% del target), mentre per PASSI d'Argento sono state effettuate 201 interviste rispetto alle 201 richieste (il 100% del target), raggiungendo i valori target previsti anche dagli obiettivi della Direzione Generale per il 2023. 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.

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-rettile	✓ 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

Il progetto OKKIO alla Salute ha l'obiettivo di monitorare e promuovere nelle scuole corrette abitudini alimentari e stili di vita sani. Come già descritto nei paragrafi precedenti, con la nota RAS Prot. N.6190 del 01.03.2023 si è dato l'avvio all'attività di rilevazione della 7° edizione del Progetto di Sorveglianza Okkio alla salute da parte del Servizio SIAN (Igiene degli alimenti e della nutrizione). Il campione di scuole presenti nel territorio di pertinenza del SIAN di Cagliari è costituito da 29 classi terze delle scuole primarie, per un totale di 504 alunni.

Nello specifico risultano completi in piattaforma:

- 29 plessi (tasso di copertura del 107,4%);
- 33 classi (tasso di copertura del 113,8%);
- 570 bambini iscritti (di cui inseriti 644, tasso di copertura del 113,1%).

1.2 Piano delle azioni positive

Il Piano delle azioni positive inserito nel PIAO 2023-2025 ha previsto come obiettivi:

1. Sviluppo di politiche per l'equità di genere e contro le discriminazioni;
2. Attività di comunicazione volta a sviluppare la cultura di genere e pari opportunità;
3. Individuazione di un sistema di comunicazione (e-mail dedicata) al di fuori del luogo di lavoro volto a segnalare eventuali o possibili/probabili comportamenti discriminatori verificatisi nel luogo di lavoro;
4. Accoglienza e nuovo inserimento delle lavoratrici madri successivamente alla nascita del proprio figlio;
5. Studio di fattibilità finalizzato all'individuazione di uno spazio ricreativo dedicato ai figli delle lavoratrici madri in età compresa tra i tre e i sei anni.

Si evidenzia che sono state adottate le seguenti azioni:

1. La Direzione Generale ha attivato diverse iniziative volte a sensibilizzare i Direttori delle SC al coinvolgimento del proprio personale nella programmazione delle attività lavorative dei servizi/settori/reparti ospedalieri, tramite incontri informativi periodici, attraverso i quali il personale dipendente sarà aggiornato sulle strategie operative poste in essere per il miglioramento delle attività.
Inoltre, sono stati raccolti dei questionari anonimi per rilevare il grado di soddisfazione e di coinvolgimento del personale dipendente rispetto alle iniziative suddette;
2. È in fase di valutazione una possibile variazione dell'orario di lavoro i cui beneficiari saranno le neo mamme;
3. E' in fase di valutazione una nota da destinare ai Direttori dei Servizi ove sono presenti in organico figure professionali (Assistenti Sociali) in grado di supportare le dipendenti in difficoltà, ad istituire una e-mail dedicata dove si chiede un incontro con un tecnico in grado di ascoltare il disagio del lavoratore sul luogo di lavoro e di orientare lo stesso verso la soluzione del problema segnalato”;

4. è in fase di valutazione una nota da destinare ai direttori dei servizi con la quale si invitano gli stessi all'inserimento graduale e conciliante che consenta la lavoratrice di riprendere contatto, in un arco temporale di almeno una settimana, con l'attività lavorativa in precedenza svolta;
5. lo studio di fattibilità verrà effettuato nel 2024.

1.3 Gli altri obiettivi aziendali

Come già evidenziato in precedenza, con la deliberazione n.4/62 del 16.02.2023, integrata e modificata dalle deliberazioni n. 10/30 del 16.03.2023, n.19/63 del 01.06.2023, n.23/30 del 06.07.2023, n.33/6 del 13.10.2023 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 2023.

Si evidenziano di seguito i risultati ottenuti in merito agli altri obiettivi assegnati all'Azienda.

Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana			
Obiettivo	Indicatore	Target	Valore ottenuto
Realizzare gli 8 Piani Mirati di Prevenzione (PMP) con l'attuazione, per ciascuno di essi, della formazione per le figure aziendali della prevenzione delle imprese (datori di lavoro, RLS, RLST, RSPP, ASPP, Medici Competenti, etc.), dell'assistenza alle imprese, dell'esame delle schede di autovalutazione compilate dalle imprese, dell'informazione/comunicazione, come stabilito per il 2023 nel PRP 2020-2025	Numeratore: numero di PMP realizzati da parte di ogni SPreSAL di ciascuna ASL con l'attuazione delle attività stabilite per il 2023 nel PRP x 100 Denominatore: numero complessivo di PMP (n. 8) da realizzare da parte di ogni SPreSAL di ciascuna ASL	100% (= 8/8 x 100)	Attivati 8 Piani Mirati di Prevenzione (100%) da parte del Servizio Spresal, con l'attuazione per ciascuno di essi di seminari di avvio e giornate di formazione
Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (ReNCaM) fino al 2021	(N. schede codificate/N. schede inserite)*100	90%	98,5% delle schede (5.500 le schede codificate). Obiettivo in capo al Servizio Igiene e sanità pubblica)

Area della della Qualità e Governo clinico			
Obiettivo	Indicatore	Target	Valore ottenuto
Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES) e revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	1. n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie ospedaliere 2. n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES 3. redazione di una FMEA per area	1. >= 50 segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. >= 5 audit per Azienda Sanitaria tutti i sinistri dell'Azienda Sanitaria 3. >= una per area	56 segnalazioni AUDIT (Fonti: 2 CSM, 1 Farmacia, 1 Anestesia, 1 Malattie infettive) FMEA: Area EMUR, Area medica, Area chirurgica, Area servizi Obiettivo in capo alle Direzioni mediche di presidio
Produzione e invio di una relazione sulle strutture sanitarie, socio sanitarie e ospedaliere pubbliche e private accreditate	Delibera aziendale di approvazione	Deliberazione entro il 30/09/2023	Relazione predisposta e pubblicata con Delibera n.595 del 29/09/2023

Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare			
Obiettivo	Indicatore	Target	Valore ottenuto
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'OEVR.	Garantire 8 carcasse al mese per tutti i mesi
		8 carcasse al mese per la ASL Cagliari. Recuperare i censimenti ancora mancanti tra quelli da registrare a sistema al 31 Marzo (almeno il 94%)	Censimenti recuperati: 95,6%
Effettuazione dei controlli sugli stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini per il mantenimento/ottenimento dello status di territorio indenne da infezione da MTCB	n° stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini controllati/ n° stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini programmati (da controllare) nell'anno 2023	Il 100% dei controlli programmati effettuati nell'anno 2023	100% dei controlli programmati effettuati nell'anno 2023
Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE). Sorveglianza EST ovicaprine. Campionamenti.	Percentuale di ovini e caprini morti con età superiore a 18 mesi testati per TSE rispetto all' obiettivo di campionamento	Ottenere almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per TSE, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL	104 % degli ovini 26% caprini*
Piano regionale di selezione genetica per la resistenza alla scrapie classica degli ovini. Livello di certificazione genetica delle greggi.	n° di allevamenti ovini classificati come livello I, II (IIa e IIb), III / n° di allevamenti ovini attivi	Almeno il 90% degli allevamenti ovini attivi classificati in BDN come livello I, II (IIa e IIb), III	90% degli allevamenti attivi

* Con Nota PG/2023/0054744 del 18/07/2023, la ASL di Cagliari chiedeva all'Assessorato all'Igiene e alla Sanità Pubblica la sterilizzazione dell'obiettivo "Ottenere almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per TSE, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL", in quanto tale obiettivo, in capo alla SC Sanità animale, risultava irraggiungibile per la seguente motivazione: impossibilità ad intervenire prontamente sugli animali bovini e ovino-caprini al fine di poter eseguire il prelievo dell'encefalo e sottoporlo ad indagini di laboratorio.

Ciò è riconducibile alla tempistica, non sempre adeguata, della comunicazione della morte dei capi da parte degli allevatori, in particolare per i caprini, il cui allevamento è prevalentemente brado e semibrado, interessa aree difficili ed estreme, per questo il rilievo dei capi morti è tardivo e l'avanzato stato di decomposizione della carcassa impedisce l'effettuazione del prelievo.

Tutti gli altri obiettivi relativi all'area della sanità pubblica e della sicurezza alimentare, assegnati al servizio di Sanità animale, sono stati pienamente raggiunti.

Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR			
Obiettivo	Indicatore	Target	Valore ottenuto
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	% di segnalazioni ME su numero di decessi con LCA	CAGLIARI $\geq 20\%$	2 segnalazioni (40%)
Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	1.N . record trasmessi entro i termini /N. totale record *100 2.N . errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	1. $\geq 95\%$ 2. $\leq 5\%$	99% 1%
Implementare il processo di revisione del sistema regionale dei 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.	- 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. - Trasmissione a ARIS del sopra citato Piano, con relativa valorizzazione dei risparmi derivanti dalla sua implementazione e contestuale richiesta di aumento dei tetti di spesa per pari importo. - 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.	3/3	Delibera 828 del 29/12/2023 ai Sensi della DGR 13/12 del 09/04/2021. Delibera 829 del 29/12/2023 Trasmissione ad ARIS con la presente documentazione
Implementare le attività previste nel il Piano triennale di attività per l'Alzheimer e le demenze per il triennio 2021-2023.	Sperimentazione e implementazione dei protocolli di diagnosi precoce e interventi riabilitativi, cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali per i Disturbi Neuro Cognitivi in collegamento con AOU Cagliari, AOU Sassari e Arnas Brotzu	n. 2 protocolli di diagnosi precoce e interventi riabilitativi, cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali per i Disturbi Neuro Cognitivi entro il 30/09/2023	1. protocollo di valutazione cognitiva di 1° e 2° livello per la diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo Minore (Mild Cognitive Impairment – MCI); 2. protocollo per ciascuno dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza Avvio entro il 31/08/2023
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): 1) Appropriatezza della fase pre-operatoria del PBM 2) Congruità nella fase diagnostica secondo algoritmo pre-operatorio PBM	1) N° pazienti inviati a consulenza PBM/N° interventi chirurgici in elezione candidati al percorso di PBM 2) N° consulenze PBM efficaci/N° consulenze effettuate. (Delta Hb dopo supporto non trasfusionale $>1g$)	1) $>50\%$ 2) $>70\%$	

In merito alla tabella precedente si evidenzia quanto segue:

- l'obiettivo relativo alle segnalazioni di morte encefalica è stato assegnato alla SC Anestesia e rianimazione del P.O. SS. Trinità che, nel periodo di riferimento, ha ricoverato 281 pazienti, di cui 75 sono deceduti. Dei 5 pazienti deceduti per morte encefalica, è stata eseguita la segnalazione per due di loro;
- l'obiettivo relativo alla qualità dei dati dei flussi trasmessi è stato assegnato alla SC Controllo di Gestione, servizio nel quale si gestiscono i flussi SIDI. L'obiettivo risulta pienamente raggiunto;
- per quanto riguarda il processo di implementazione e revisione del sistema regionale dei servizi residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti, l'obiettivo è stato assegnato al Dipartimento di salute mentale, in particolare alla SSD Riabilitazione residenziale e semiresidenziale, la quale ha provveduto a proporre i piani citati, poi deliberati dalla Direzione Generale e trasmessi all'Assessorato;
- i protocolli di diagnosi precoce e interventi riabilitativi, cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali per i Disturbi Neuro Cognitivi sono stati definiti all'interno del Distretto area vasta, da parte del Centro disturbi cognitivi e demenze e avviati entro i tempi stabiliti.
- Infine, per quanto riguarda l'ultimo obiettivo, relativo al Conseguimento del risparmio di sangue ed emoderivati con la riduzione del consumo tramite implementazione di PDTA aziendali si evidenzia la difficoltà di raggiungimento segnalata dai reparti afferenti al Dipartimento di area chirurgica.

La motivazione è giustificata dal fatto che il percorso aziendale esistente non risulta attuabile a causa dell'impossibilità di usufruire internamente delle consulenze di Medicina Trasfusionale previste nel PDTA Patient Blood Management (PBM). Difatti, il Centro Trasfusionale di usuale riferimento (dipendente da ARNAS Brotzu) non è disponibile ad effettuare tali consulenze verso la ASL di Cagliari e a garantire pertanto il completamento del suddetto Percorso Diagnostico Terapeutico.

Si sta lavorando per la revisione di tali percorsi, così da garantire quanto richiesto dalla Regione.

Di seguito si rappresentano gli obiettivi relativi all'area di razionalizzazione e contenimento della spesa, finalizzati appunto alla riduzione della spesa farmaceutica all'interno delle aziende sanitarie regionali.

Considerate le diverse criticità emerse nel corso dell'anno per il raggiungimento di tali obiettivi, la Regione ha specificato che "nel caso in cui i due obiettivi A e B non venissero raggiunti per cause non direttamente attribuibili all'azienda, verrà presa in considerazione la messa in atto delle azioni relative ai 5 obiettivi di "Razionalizzazione della spesa farmaceutica" (C-G) che concorrono all'area di razionalizzazione e contenimento della spesa" (Delibera G.R. n. 33/6 del 13.10.2023).

Area della razionalizzazione e contenimento della spesa			
Obiettivo	Indicatore	Target	Valore ottenuto
A) Razionalizzazione della spesa farmaceutica	Riduzione spesa farmaceutica per acquisti diretti rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1, comma 281, della L. 30/12/2021, n. 234	Cagliari 1.750.000	Obiettivo non raggiunto_ (punti C-G)
B) Razionalizzazione della spesa farmaceutica	Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1, comma 281, della L. 30/12/2021, n. 234	ASL Cagliari 1.518.000	Obiettivo non raggiunto_ (punti C-G)
C) Razionalizzazione della spesa farmaceutica	Incrementare le prescrizioni di medicinali la cui copertura brevettuale è scaduta, di almeno il 5%	Incremento del 5%	
D) Razionalizzazione della spesa farmaceutica	Le prescrizioni dei medici che operano nelle strutture ospedaliere e ambulatoriali delle Aziende sanitarie pubbliche devono essere conformi a quanto aggiudicato nelle procedure ad evidenza pubblica; nelle prescrizioni sono tenuti a indicare il solo principio attivo o la specialità aggiudicata in gara. La prescrizione di medicinali non aggiudicati nelle suddette procedure non può superare il 5% della spesa aziendale per acquisti diretti. Le Aziende sanitarie trasmettono trimestralmente l'elenco dei medicinali acquistati su richiesta del clinico per le esigenze cliniche di specifici pazienti	Spesa per acquisti diretti di farmaci non aggiudicati non può superare il 5% della spesa aziendale per acquisti diretti. Report trimestrale acquisti fuori gara	
E) Razionalizzazione della spesa farmaceutica	Il Prontuario terapeutico regionale è vincolante per le Aziende sanitarie, le richieste di farmaci non inseriti in PTR per necessità cliniche sui singoli pazienti devono essere gestite tramite richiesta motivata personalizzata (RMP) del medico alla Direzione sanitaria di appartenenza, che deve formalmente approvare o non approvare la richiesta. Le Direzioni trasmettono trimestralmente l'elenco delle RMP autorizzate	Report trimestrale dei fuori prontuario	
F) Razionalizzazione della spesa farmaceutica	Nota 100 dell'AIFA - monitorare le prescrizioni della nota 100, finalizzata alla verifica che almeno l'80% dei pazienti sia stato trattato, in prima linea, con metformina per un tempo congruo alla valutazione dell'efficacia del trattamento	80% dei pazienti	
G) Razionalizzazione della spesa farmaceutica	Chiusura del 95% schede registri entro 60 giorni dalla fine del trattamento	95% delle schede chiuse	

Nell'anno 2023 non è stato possibile raggiungere l'obiettivo relativo alla riduzione della spesa farmaceutica né a livello ospedaliero, né a livello territoriale.

L'obiettivo, assegnato a tutti i reparti ospedalieri e ai 5 distretti territoriali risultava difficilmente attuabile, considerato che il 2023 è stato un anno dedicato alla ripresa delle attività a pieno regime, che di conseguenza causano anche un incremento della spesa farmaceutica convenzionata e di quella per acquisti diretti.

La ASL di Cagliari ha comunque messo in atto tutte le leve necessarie al controllo e al contenimento della stessa, rispettando i punti C-G di cui alla tabella precedente.

Difatti, in seguito ad un'attenta analisi dello storico, oltre che ad un confronto con le medie di consumi

regionali e nazionali, si è provveduto ad adottare alcune leve con l'obiettivo di sensibilizzare tutti i medici coinvolti, sia interni che esterni all'azienda, al contenimento della spesa chiedendo il rispetto di quanto stabilito dall'AIFA e cercando di prestare maggiore attenzione ad alcune categorie di farmaci che dalle analisi risultavano quelle particolarmente dispendiose.

La risposta è stata positiva da parte di tutte le strutture coinvolte nel cercare di mettere in atto tutte le leve necessarie al contenimento della spesa, raggiungendo pertanto quanto stabilito nei punti C-G, ma non nei punti A e B.

1.4 La Performance individuale delle singole strutture

Con riferimento alla valutazione della Performance individuale delle singole Strutture, la Direzione Aziendale, con il supporto della SC Controllo di gestione, ha misurato il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti nell'ambito del Ciclo delle Performance 2023, 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 31/12/2023 è stata misurata anche nel corso dei mesi, così da avere una situazione chiara e aggiornata dell'andamento delle performance, mentre la valutazione definitiva si è svolta nel corso del mese di giugno 2024, 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 un valore inferiore a quello 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 2023, con validazione da parte dell'OIV con verbale n 43 del 28.06.2024, con indicazione del punteggio ottenuto, il punteggio massimo ottenibile (al netto delle sterilizzazioni) e la % di performance ottenuta:

DESCRIZIONE GURU (STRUTTURA)	Punteggio ottenuto	Punteggio massimo ottenibile	% Raggiungimento
ANATOMIA PATOLOGICA	100,0	100,0	100,0%
CENTRO DISTURBI DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	100,0	100,0	100,0%
CENTRO REGIONALE TRAPIANTI	100,0	100,0	100,0%
CENTRO SCLEROSI MULTIPLA	75,0	75,0	100,0%
CSM 1	100,0	100,0	100,0%
CSM 2	100,0	100,0	100,0%
CSM 3	100,0	100,0	100,0%
CSM 4	100,0	100,0	100,0%
CTMO	95,0	100,0	95,0%
DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA	95,0	100,0	95,0%
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	100,0	100,0	100,0%
DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO BINAGHI	100,0	100,0	100,0%
DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO CAO	100,0	100,0	100,0%
DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO ISILI	100,0	100,0	100,0%
DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO MARINO	100,0	100,0	100,0%
DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO MURAUVERA	100,0	100,0	100,0%
DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO SS. TRINITA'	100,0	100,0	100,0%
DISTRETTO AREA OVEST	95,0	100,0	95,0%
DISTRETTO AREA VASTA	95,0	100,0	95,0%
DISTRETTO QUARTU PARTEOLLA	95,0	100,0	95,0%
DISTRETTO SARCIDANO - BARBAGIA DI SEULO - TREXENTA	95,0	100,0	95,0%
DISTRETTO SARRABUS GERREI	87,5	100,0	87,5%
MEDICINA PENITENZIARIA (UTA)	95,0	100,0	95,0%
SC ACQUISTI DI BENI E SERVIZI	100,0	100,0	100,0%
SC AFFARI GENERALI RPCT E RAPPORTI CON ICT	100,0	100,0	100,0%
SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE MARINO, BINAGHI, S. MARCELLINO e S. GIUSEPPE	87,5	100,0	87,5%
SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE SS. TRINITÀ E MICROCITEMICO	100,0	100,0	100,0%
SC AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE	100,0	100,0	100,0%
SC BILANCIO	100,0	100,0	100,0%
SC CARDIOLOGIA	95,0	100,0	95,0%
SC CENTRO DONNA	100,0	100,0	100,0%
SC CHIRURGIA GENERALE ISILI	90,0	100,0	90,0%
SC CHIRURGIA GENERALE MURAUVERA	55,0	60,0	91,7%
SC CHIRURGIA GENERALE SANTISSIMA TRINITA'	92,5	100,0	92,5%
SC CLINICA ORTOPEDICA (AOU CAGLIARI)	100,0	100,0	100,0%
SC CLINICA PEDIATRICA E MALATTIE RARE	95,0	100,0	95,0%
SC CONTROLLO DI GESTIONE	100,0	100,0	100,0%
SC COORDINAMENTO ATTIVITA' E FUNZIONI DI STAFF	100,0	100,0	100,0%
SC DERMATOLOGIA	95,0	100,0	95,0%
SC DIABETOLOGIA TERRITORIALE	95,0	100,0	95,0%
SC EMODIALISI	100,0	100,0	100,0%
SC ENDOCRINOLOGIA TERRITORIALE	100,0	100,0	100,0%

DESCRIZIONE GURU (STRUTTURA)	Punteggio ottenuto	Punteggio massimo ottenibile	% Raggiungimento
SC FARMACIA OSPEDALIERA	89,0	100,0	89,0%
SC FARMACIA TERRITORIALE	100,0	100,0	100,0%
SC FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA	95,0	100,0	95,0%
SC GASTROENTEROLOGIA	95,0	100,0	95,0%
SC GENETICA MEDICA	75,0	100,0	75,0%
SC GERIATRIA	80,0	100,0	80,0%
SC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	100,0	100,0	100,0%
SC LABORATORIO ANALISI P.O. BINAGHI	100,0	100,0	100,0%
SC LABORATORIO ANALISI P.O. SANTISSIMA TRINITA'	100,0	100,0	100,0%
SC LABORATORIO DI GENETICA E GENOMIA	100,0	100,0	100,0%
SC MALATTIE INFETTIVE	90,0	100,0	90,0%
SC MEDICINA GENERALE ISILI	76,0	100,0	76,0%
SC MEDICINA GENERALE MURAUVERA	90,0	100,0	90,0%
SC MEDICINA GENERALE SANTISSIMA TRINITA'	90,0	100,0	90,0%
SC MICROCHIRURGIA RICOSTRUTTIVA (ARNAS BROTZU)	95,6	100,0	95,6%
SC MICROCITEMIE E ANEMIE RARE	95,0	100,0	95,0%
SC NEUROLOGIA	80,0	100,0	80,0%
SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	100,0	100,0	100,0%
SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE MICROCITEMICO	87,5	95,0	92,1%
SC ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	90,0	100,0	90,0%
SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	82,5	100,0	82,5%
SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	95,0	100,0	95,0%
SC OTORINOLARINGOIATRIA	95,0	100,0	95,0%
SC PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI PSICHIATRICI CORRELATI AD ALCOL E GAP	100,0	100,0	100,0%
SC PNEUMOLOGIA	70,0	100,0	70,0%
SC PNEUMOLOGIA TERRITORIALE	70,0	100,0	70,0%
SC PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE	100,0	100,0	100,0%
SC PROMOZIONE E PREVENZIONE DELLA SALUTE	90,0	100,0	90,0%
SC PRONTO SOCCORSO P.O. SAN GIUSEPPE ISILI	92,0	100,0	92,0%
SC PRONTO SOCCORSO P.O. SAN MARCELLINO MURAUVERA	92,0	100,0	92,0%
SC PRONTO SOCCORSO P.O. SS. TRINITA'	92,0	100,0	92,0%
SC RADIOLOGIA OSPEDALIERA MARINO CAGLIARI	100,0	100,0	100,0%
SC RADIOLOGIA OSPEDALIERA MICROCITEMICO CAO	100,0	100,0	100,0%
SC RADIOLOGIA OSPEDALIERA SAN GIUSEPPE ISILI	100,0	100,0	100,0%
SC RADIOLOGIA OSPEDALIERA SAN MARCELLINO MURAUVERA	100,0	100,0	100,0%
SC RADIOLOGIA OSPEDALIERA SS. TRINITA' CAGLIARI	100,0	100,0	100,0%
SC RADIOLOGIA TERRITORIALE	100,0	100,0	100,0%
SC REMS	100,0	100,0	100,0%
SC RIABILITAZIONE	100,0	100,0	100,0%
SC SALUTE E AMBIENTE	100,0	100,0	100,0%
SC SANITA' ANIMALE	97,5	100,0	97,5%

DESCRIZIONE GURU (STRUTTURA)	Punteggio ottenuto	Punteggio massimo ottenibile	% Raggiungimento
SC SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	100,0	100,0	100,0%
SC SERVIZIO DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA	100,0	100,0	100,0%
SC SERVIZIO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTO E DELLE PRODUZIONI ZOOTECHNICHE	85,0	85,0	100,0%
SC SERVIZIO ISPETTIVO	100,0	100,0	100,0%
SC SPDC	100,0	100,0	100,0%
SC SPRESAL	100,0	100,0	100,0%
SC UFFICIO TECNICO E PATRIMONIO	100,0	100,0	100,0%
SC UNITA' SPINALE	100,0	100,0	100,0%
SC UROLOGIA	85,0	100,0	85,0%
SC VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE	100,0	100,0	100,0%
SSD CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	92,5	100,0	92,5%
SSD DIABETOLOGIA PEDIATRICA	90,0	95,0	94,7%
SSD ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	80,0	100,0	80,0%
SSD MEDICINA LEGALE	33,0	33,0	100,0%
SSD NEUROLOGIA ED EPILETTOLOGIA	95,0	100,0	95,0%
SSD PSICHIATRIA FORENSE	100,0	100,0	100,0%
SSD RECUPERO E RIABILITAZIONE	100,0	100,0	100,0%
SSD RIABILITAZIONE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	100,0	100,0	100,0%
SSD TERAPIA DEL DOLORE	100,0	100,0	100,0%
SSD UFFICIO SANZIONI	100,0	100,0	100,0%

Tabella 36 –Risultati obiettivi 2023 per singola struttura

Si evidenzia che l'anno 2023 è stato il primo anno di ripresa a pieno regime di tutte le attività di assistenza in seguito alla fine dell'emergenza pandemica. Da ciò ne deriva la difficoltà ad aver previsto in maniera chiara e puntuale il volume di attività da erogare e la tipologia di pazienti ai quali le strutture avrebbero dovuto fornire assistenza, in particolare in ambito ospedaliero, considerato che non era possibile prevedere, con assoluta certezza, quali fossero gli strascichi della pandemia e se il covid continuasse a contagiare seppur non a livello pandemico. Durante il periodo covid, infatti, gli ingressi contingentati negli ospedali, la chiusura del Pronto soccorso del P.O. SS. Trinità, la priorità di gestione dei casi di pazienti positivi e la limitazione dell'attività ordinaria, ha determinato una modifica dell'assistenza erogata in termini di DRG, valore dei ricoveri e durata degli stessi.

Nel tentativo di premiare voler riconoscere lo sforzo delle singole strutture aziendali, si evidenziano le seguenti criticità riscontrate dalle stesse nel raggiungimento degli indicatori ospedalieri quali la riduzione della degenza media, l'incremento del peso medio dei DRG e la riduzione dell'incidenza dei DRG medici in ambito chirurgico.

Criticità riscontrate ed evidenziate in fase di rendicontazione da parte dei reparti ospedalieri:

1. Riduzione della degenza media. Esistono delle casistiche ormai sempre più frequenti, principalmente legate ai ricoveri di soggetti anziani, per cui la struttura ha difficoltà a dimettere i pazienti, nonostante l'assistenza ospedaliera da parte del reparto non sia più necessaria, ma il paziente necessita di un altro tipo di cure e di essere trasferito o presso le RSA o presso il proprio domicilio, in attesa dell'attivazione dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata). I tempi di attesa per gli inserimenti in RSA e l'attivazione dell'ADI non dipendono dalla volontà del reparto di dimissione;
2. Incremento del peso medio del DRG rispetto all'anno precedente. Il valore storico definito nelle schede di budget era riferito all'anno 2022 (ancora in parte colpito dall'emergenza covid), pertanto la tipologia di casi trattati era principalmente legata alle urgenze, con un peso medio dei DRG elevato. La riapertura del Pronto soccorso ha determinato una ripresa a pieno regime dell'attività ordinaria, compresi i DRG con un peso medio più basso;
3. Incremento del peso medio del DRG rispetto all'anno precedente in area chirurgica. Anche in questo caso la ripresa a pieno regime delle attività, la riapertura del Pronto Soccorso e lo smaltimento delle liste d'attesa, hanno inciso sul valore del peso medio dei DRG, oltre al fatto che i pazienti ricoverati e provenienti dal Pronto soccorso hanno inciso negativamente anche sull'incidenza dei DRG medici in tali reparti.

Tanto esposto, a seguito di validazione da parte dell'OIV si accolgono le giustificazioni riportate e si considerano raggiunti gli obiettivi citati per le seguenti strutture:

1. SC Chirurgia Generale PO SS. Trinità e SSD Chirurgia maxillo facciale, indicatori OSP01, OSP02;
2. Sc Gastroenterologia del PO SS. Trinità, indicatore OSP03;
3. SC Malattie infettive PO SS. Trinità, indicatore OSP01;
4. SC Medicina Generale PO San Marcellino Muravera, indicatore OSP03;
5. SC Medicina Generale PO San Giuseppe Isili indicatori OSP01, OSP03;
6. SC Otorinolaringoiatria PO SS. Trinità, indicatori OSP01, OSP02;
7. SC Pneumologia, indicatore OSP01;
8. SC Urologia, indicatori OSP01, OSP02.

Indicatori regionali per cui si rileva necessario esporre le seguenti osservazioni:

- *Obiettivo relativo allo screening del Colon retto* (assegnato alla SC Prevenzione e promozione della salute). L'obiettivo al momento non risulta raggiunto, ma l'Azienda stessa ha provveduto ad inviare le dovute giustificazioni all'Assessorato (Nota PG. n. 13005 del 19.02.2024), come evidenziato anche al punto 6 del paragrafo 5.1;
- *Obiettivo relativo ai caprini morti testati per TSE*, al momento non è stato raggiunto per cause non imputabili all'Azienda, come evidenziato nel paragrafo 5.3 e nella nota della Direzione Generale inviata all'Assessorato (Nota PG. n. 13005 del 19.02.2024);
 - *L'obiettivo relativo alla riduzione della spesa farmaceutica per gli acquisti diretti e per la convenzionata*, assegnato dalla RAS alle aziende sanitarie non è stato raggiunto a livello aziendale. Si rileva la difficoltà nel raggiungere tale risultato considerato l'incremento dei volumi di attività sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Infine si evidenziano le seguenti azioni validate da parte dell'OIV:

- è stata accettata la Nota PG/2024/0044824 del 24/06/2024 avente ad oggetto "Valutazione obiettivo relativo ai tempi di pagamento (Codice indicatore IDT0101R)" da parte della Direzione Generale della ASL di Cagliari, in merito al raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo al rispetto dei tempi di pagamento dei debiti commerciali, con la quale si chiede di voler prendere in considerazione l'indicatore definito dalla RAS (che corrisponde al dettato legislativo) e non quello definito a livello aziendale. Tutte le strutture coinvolte hanno raggiunto l'obiettivo;
- sono state accettate le giustificazioni avanzate da tutti i reparti afferenti all'area chirurgica sull'obiettivo regionale relativo al conseguimento del risparmio del sangue ed esplicitate anche nel paragrafo 5.3. L'obiettivo si considera raggiunto per tutte le strutture coinvolte;

- sono state accettate le relazioni finali trasmesse dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari per la SC Clinica ortopedica (responsabile Prof. Antonio Capone) e dall'Azienda ARNAS Brotzu per la SC Microchirurgia ricostruttiva della mano (responsabile Dott. Luciano Cara), ricevute rispettivamente con Nota 11348 del 20/06/2024 e nota 11878 del 21/06/2024;
- è stata accettata la richiesta di sterilizzazione avanzata dalla Sc Centro Sclerosi multipla (responsabile Prof.ssa Eleonora Cocco);
- si sterilizzano gli obiettivi con codice OSP01, OSP02 e PNE01 relativo alla SC Chirurgia Generale di Muravera, poiché gli obiettivi risultano non misurabili per le motivazioni rappresentate in sede di rendicontazione finale;
- si sterilizza l'obiettivo con codice SIAPZ06, assegnato alla SC Servizio Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche, in quanto non misurabile per le motivazioni rappresentate in sede di rendicontazione;
- si sterilizza l'obiettivo con codice FARMA 7.1 assegnato alla SC Neuropsichiatria infantile del Microcitemico e alla SSD Diabetologia pediatrica in quanto non applicabile;
- si sterilizzano gli obiettivi codificati con indicatori ML01 e ML02 e assegnati alla SSD Medicina Legale, per cui si rileva che con nota PG/2023/76658 del 20/10/2023 la struttura ha evidenziato che, in seguito alla DGR n.28/8 del 24/08/2023 e Delibera del Direttore Generale n.616 del 04/10/2023, riguardanti le commissioni mediche per il riconoscimento degli stati invalidanti, sono state impartite disposizioni che hanno portato al blocco del funzionamento delle stesse in tutti i distretti aziendali.

1.5 La Performance individuale del personale

La performance individuale è finalizzata principalmente ad evidenziare il risultato individuale conseguito dal personale valutato rispetto all'area delle competenze organizzative, professionali e dei comportamenti adottati. 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, attualmente in fase di revisione.

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 connessa:

- 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 connessa:

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

Valutazione media per Profilo

Il processo complessivo della valutazione della Performance individuale nell'anno 2023 ha coinvolto 4.210 dipendenti Asl Cagliari conseguendo una valutazione media di 96,5.

Di seguito si riportano le valutazioni medie distinte per profilo:

Profilo	Valutazione media	Unità
Direttori dipartimento	100,0	2
Direttori SC e SSD	99,3	88
Responsabili SS	98,3	11
Dirigenti C o D	97,5	1.004
Posizioni Organizzative e Coordinatori	98,0	90
Comparto D e C	96,6	2.246
Comparto A e B	94,5	769
Totale complessivo	96,5	4.210

Tabella 49–Media valutazioni individuali 2023

Dalla tabella sopra riportata si evince che la più alta valutazione, al di fuori dei direttori e responsabili, si registra nella Dirigenza, pertanto la valutazione media è fortemente condizionata da 1.004 dirigenti con una media di 97,50, mentre si rileva una media del comparto C/D pari a 96,6 (circa 2.246 unità) e del comparto A/B pari a 93,35 con 769 unità.

La figura di seguito rappresenta 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.

