



AOU Sassari



Relazione sulla performance 2023

Sommario

1. INTRODUZIONE E PERIMETRO DI RIFERIMENTO	3
1.1. MODELLO ORGANIZZATIVO	4
1.2. RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ.....	9
2. GENERALITÀ SUL TERRITORIO, POPOLAZIONE ASSISTITA E ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA	10
2.1. CONTESTO SOCIO DEMOGRAFICO	10
2.2. IL PERSONALE DIPENDENTE	13
3. CONTENUTI DELLA RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE	17
3.1. ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE	17
3.2. LE ATTIVITÀ DEL PERIODO.....	17
3.3. REPORT DI PRODUZIONE	24
3.4. VALUTAZIONE DEL PIANO NAZIONALE ESITI.....	32
3.5. LE RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE.....	35
3.6. LA TRASPARENZA E L'ANTICORRUZIONE	36
4. VALUTAZIONE OBIETTIVI DIRETTORE GENERALE	37
5. IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	49
5.1. SOGGETTI INTERVENUTI	49
5.2. STRUMENTI UTILIZZATI: SCHEDA BUDGET.....	49
5.3. FASI.....	49
5.4. SPUNTI DI MIGLIORAMENTO DEL PROCESSO SMVP.....	51

1. INTRODUZIONE E PERIMETRO DI RIFERIMENTO

La Relazione annuale sulla Performance prevista dal D.Lgs. 150/2009, è il documento che evidenzia a consuntivo i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e formalizzati all'interno del PIAO, nonché le risorse utilizzate relative al raggiungimento.

Il documento è redatto secondo le Linee Guida n. 3/2018 impartite dal Dipartimento della Funzione Pubblica e si qualifica come strumento di miglioramento gestionale grazie al quale l'amministrazione può:

1. Riprogrammare obiettivi e risorse prendendo in considerazione i risultati dell'anno precedente, migliorando in questo modo il funzionamento del ciclo della performance;
2. Comunicare agli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti e le strategie intraprese per il conseguimento degli obiettivi programmati.

Nell'ottica di questa prospettiva, nella RsP (Relazione sulla performance) devono essere privilegiate la sinteticità, la chiarezza espositiva, la comprensibilità, anche facendo ricorso all'utilizzo di tabelle e rappresentazioni grafiche che favoriscano una maggiore leggibilità delle informazioni.

In base alle linee guida n. 3/2018 e al fine della validazione della stessa da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione, si evidenziano i criteri essenziali per la redazione della RsP:

- a) coerenza fra contenuti della Relazione e contenuti del Piano della performance relativo all'anno di riferimento;
- b) coerenza fra la valutazione della performance organizzativa complessiva effettuata dall'OIV e le valutazioni degli obiettivi di performance organizzativa riportate dall'amministrazione nella Relazione;
- c) presenza nella Relazione dei risultati relativi agli obiettivi di performance organizzativa inseriti nel Piano;
- d) verifica che nella misurazione e valutazione delle performance si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- e) utilizzo del metodo di calcolo previsto per gli indicatori;
- f) affidabilità dei dati utilizzati per la compilazione della relazione (con preferenza per fonti esterne certificate o fonti interne non autodichiarate, prime tra tutte il controllo di gestione);
- g) adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano;
- h) conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida del DFP;
- i) sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.);
- j) chiarezza e comprensibilità della Relazione (linguaggio, utilizzo di rappresentazioni grafiche, presenza indice, pochi rinvii ad altri documenti o a riferimenti normativi, ecc.).

Per approfondire i contenuti della RsP è necessario focalizzare l'attenzione su eventuali mutamenti di contesto per comprendere meglio l'operato dell'amministrazione, le eventuali difficoltà o opportunità incontrate, contestualizzando i risultati raggiunti e gli scostamenti che si sono verificati. A proposito di questo, si analizza di seguito il contesto in cui ha operato l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Sassari nell'anno 2023.

1.1. MODELLO ORGANIZZATIVO

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari è stata istituita con Deliberazione della Giunta Regionale n. 17/2 del 27 aprile 2007 ai sensi dell'articolo 1, comma 3, lettera b, e dell'articolo 18 della Legge Regionale n. 10 del 28 luglio 2006, in esecuzione dell'allora vigente Protocollo d'Intesa sottoscritto dalla Regione e dalle Università degli Studi di Cagliari e di Sassari del 11 Ottobre 2004.

Così come previsto dalla Legge Regionale citata, l'AOU di Sassari fa parte del Sistema Sanitario Regionale, mediante il quale sono assicurati i livelli essenziali ed uniformi di assistenza sull'intero territorio regionale.

L'AOU di Sassari è, inoltre, l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Sassari.

Nel periodo intercorrente tra il 2014 ed il 2020, le diverse riforme regionali hanno previsto il passaggio alla AOU di Sassari di due Presidi Ospedalieri dell'ex ASL 1, nello specifico:

- attraverso la previsione dell'art. 9, comma 1, lettera b della Legge Regionale n. 23/2014 e la Deliberazione della Giunta Regionale n. 67/20 del 29 dicembre 2015, l'AOU di Sassari ha assorbito con decorrenza 01 gennaio 2016 - attraverso un processo di incorporazione per fusione - il P.O. "SS. Annunziata";
- attraverso la previsione dell'art. 18, comma 3, della L.R. n. 24/2020 l'AOU di Sassari ha acquisito l'Ospedale Marino di Alghero "Regina Margherita" e le cui modalità attuative di passaggio sono state disciplinate attraverso la DGR n. 13/57 del 6 aprile 2023.

Il modello organizzativo dell'Azienda Ospedaliero universitaria di Sassari ha subito una profonda trasformazione per via dell'approvazione nel 2022 del nuovo atto aziendale e delle successive modificazioni intervenute nel corso del 2023. Di seguito è riportato il percorso ha condotto l'approvazione, in sintesi:

- in data 30.09.2022 con DGR 30/74 sono stati deliberati gli Indirizzi per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende ospedaliero-universitarie e dell'Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione "G. Brotzu" (ARNAS). Approvazione definitiva;
- in data 01.12.2022 con deliberazione n. 1144 si è proceduto alla "Adozione Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari ai sensi della DGR n. 30/74 del 30.09.2022.";
- con la DGR n. 40/34 del 28.12.2022 la RAS ha rilevato la sostanziale conformità dell'atto aziendale agli indirizzi regionali di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 30/74 del 30.09.2022, richiedendo tuttavia di apportare le seguenti integrazioni:
 - inserire la funzione di raccordo con ARES per le attività di sanità digitale e telemedicina;
 - integrare l'art. 57 prevedendo il rispetto del Protocollo d'Intesa tra Regione e Università approvato con DGR n. 34/3 del 12/07/2017, nella revisione dell'atto aziendale;
 - specificare che la definizione del numero di strutture complesse, semplici dipartimentali e semplici è coerente con le risorse annualmente assegnate senza ricorrere a risorse aggiuntive a carico del bilancio regionale;
- in data 05.01.2023 con deliberazione n. 10 "Atto aziendale dell'Azienda ospedaliero-universitaria (AOU) di Sassari. Verifica di conformità ai sensi dell'art. 19, comma 4, L.R. 11.9.2020, n. 24", si è proceduto, in osservanza a quanto

esplicitato dalla Regione Autonoma della Sardegna nella Deliberazione n. 40/34 del 28.12.2022, a modificare, integrare ed adottare l'atto aziendale con i relativi allegati nei termini sopraindicati;

- con la DGR n. 4/66 del 16.02.2023 è stata deliberato l'esito della verifica di conformità ai sensi dell'art. 19, comma 4, L.R. 11.9.2020, n. 24 e con successiva deliberazione n. 190 del 20.02.2023 è stata effettuata la presa d'atto della Deliberazione della Regione Autonoma della Sardegna di cui sopra da parte dell'Azienda Ospedaliero universitaria di Sassari.

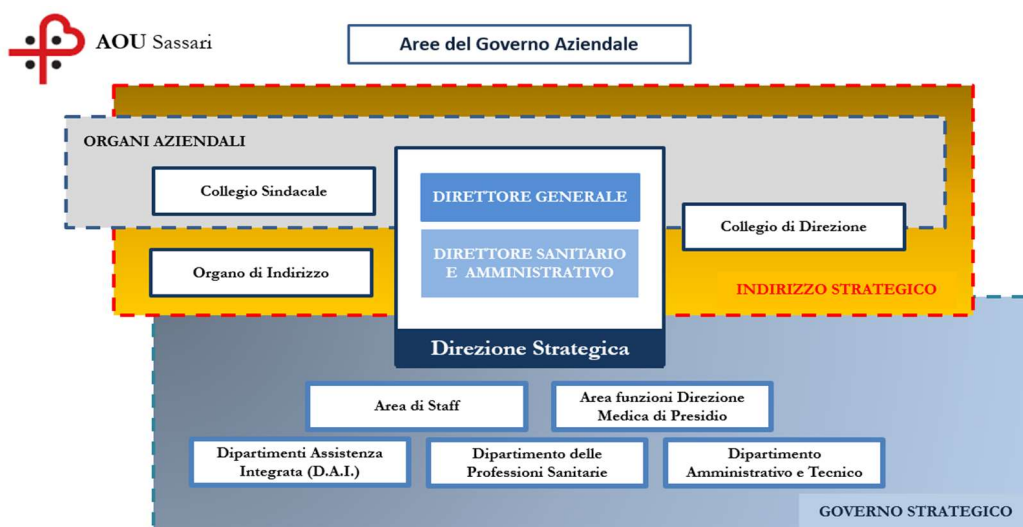
Successivamente all'approvazione è sorta la necessità da parte della Direzione Strategica di revisionare l'atto aziendale vigente per le seguenti necessità:

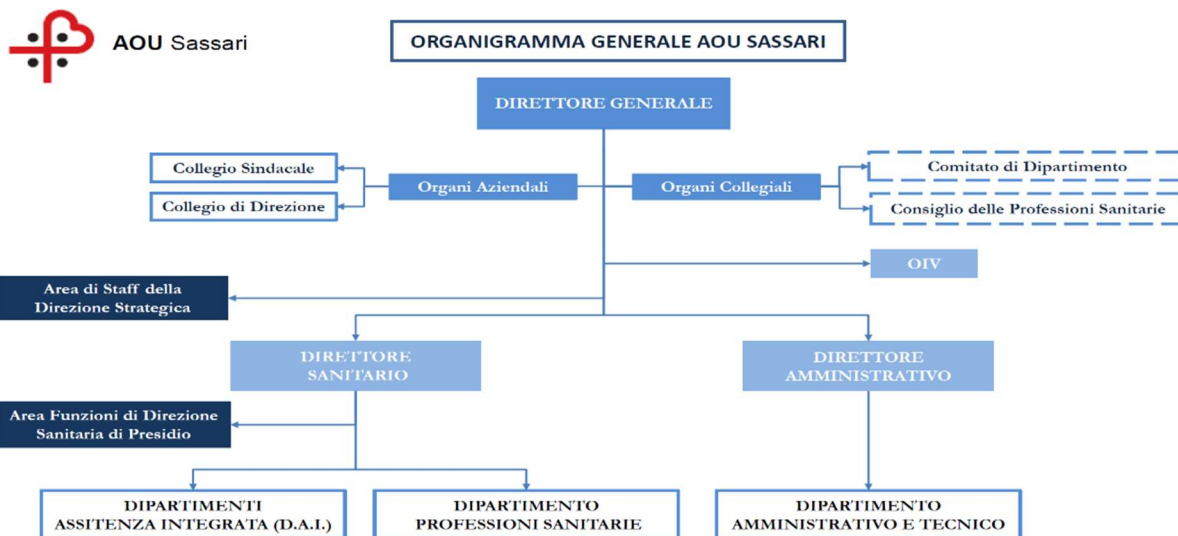
- trasformazione della Struttura di Cardiologia Clinica ed Interventistica da guida ospedaliera a guida universitaria;
- eliminazione della SS "Anestesia Cliniche e Materno Infantile" (guida ospedaliera) incardinata nella SC "Anestesia, medicina del dolore e cure palliative" del Dipartimento Chirurgico e contestuale inserimento della SS "Continuità assistenziale e coordinamento aiuti di settimana" (guida ospedaliera) incardinata nella SC "Terapia Intensiva generale e post-operatoria" del Dipartimento Chirurgie specialistiche;

In data 23.05.2023 con Deliberazione n. 561 si è proceduto alla <<Revisione Atto Aziendale approvato con Deliberazione n. 10 del 05.01.2023 e Deliberazione n. 190 del 20.02.2023 avente ad oggetto "Presenza d'atto della Deliberazione della Regione Autonoma della Sardegna n. 4/66 del 16.02.2023". Atto aziendale dell'Azienda ospedaliero-universitaria (AOU) di Sassari. Esito verifica di conformità ai sensi dell'art. 19, comma 4, L.R. 11.9.2020, n. 24>>. L'atto trasmesso alla Regione Sardegna è stato approvato con DGR n. 21/17 del 22.06.2023.

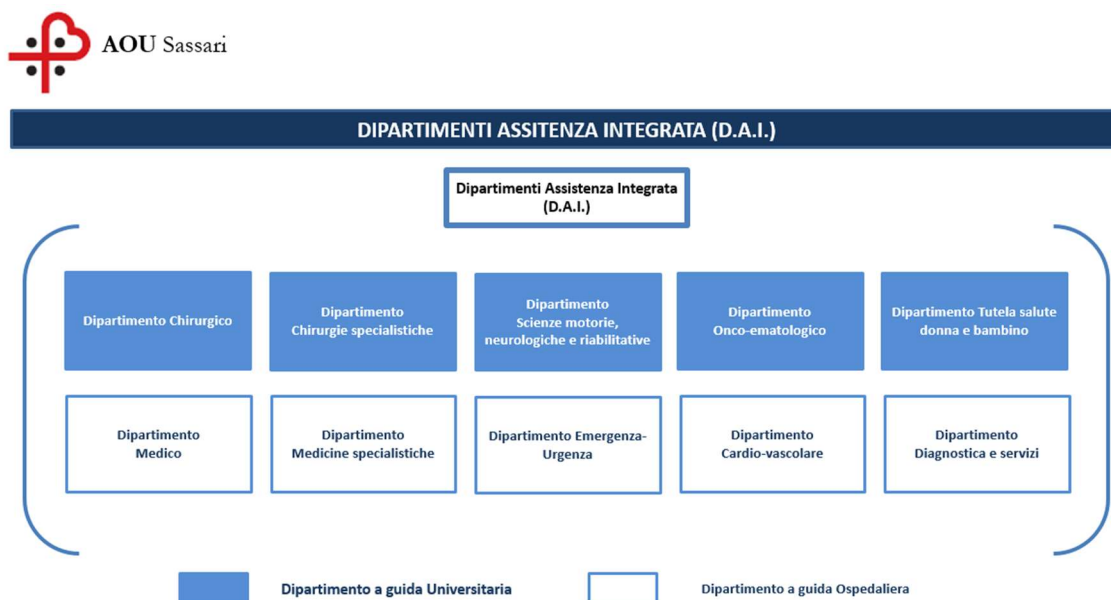
L'Azienda Ospedaliero universitaria di Sassari in data 23.06.2023 con deliberazione n. 678 ha effettuata la presa d'atto della Deliberazione della Regione Autonoma della Sardegna n. 21/17 del 22.06.2023 "Atto aziendale dell'Azienda Ospedaliero universitaria (AOU) di Sassari. Proposta di modifica. Verifica di conformità ai sensi dell'art. 19, comma 4, della legge regionale 11.09.2020, n. 24".

Nella tabella seguente sono indicate le Aree del Governo aziendale, così come previste nell'Atto Aziendale approvato.





Sono stati inoltre individuati i seguenti Dipartimenti di Assistenza Integrata (D.A.I.):



Direzione aziendale

La Direzione Aziendale è composta dal Direttore Generale (che è il Legale Rappresentante e l'organo responsabile del governo complessivo dell'Azienda), dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo (che concorrono con la formulazione di proposte ed esprimono i relativi pareri). La Direzione Aziendale (o Direzione Strategica) esercita il governo strategico aziendale, avvalendosi del Collegio di Direzione e dello Staff della Direzione.

Con la Deliberazione della Giunta della Regione Autonoma della Sardegna n. 51/33 del 30.12.2021 è stato nominato quale Direttore Generale dell'AOU di Sassari il Dott. Antonio Lorenzo Spano.

Con la Deliberazione n. 472 del 20.06.2022 è stata nominata la Dott.ssa Maria Dolores Soddu quale Direttrice Amministrativa dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari e con la Deliberazione del Direttore Generale n. 1216 del 29.12.2023 è stata nominata della Direttrice Sanitaria Dott.ssa Lucia Anna Mameli.

Nell'atto Aziendale vigente sono espresse la *Mission* ed il sistema dei valori che devono essere diffusi e condivisi per orientare e sostenere le azioni ed i comportamenti dei singoli, dell'organizzazione e le relazioni con i gruppi portatori di interesse.

La Mission

La *Mission* dell'Aou di Sassari nel ruolo di Hub del Centro Nord Sardegna, consiste “nello svolgimento integrato e coordinato delle funzioni di assistenza, di didattica e di ricerca con il fine di assicurare i più elevati livelli di salute possibili **mettendo il paziente al centro del percorso di cura** e dei servizi offerti, di accrescere la qualità dei processi di formazione, di sviluppare le conoscenze in campo biomedico e tecnologico, valorizzando altresì in via paritaria le funzioni e le attività del personale ospedaliero e di quello universitario”.

Valori di riferimento

L'AOU di Sassari si pone come obiettivo quello di definire, aggiornare e far crescere all'interno delle proprie strutture un sistema di valori di riferimento sia per il presente che per il futuro attraverso una forte adesione di tutti i professionisti che vi operano.

Nell'erogazione dei servizi sanitari, l'Azienda ospedaliero universitaria si impegna a rispettare i seguenti principi fondamentali:

1. **UNIVERSALITA'**. Ogni persona ha diritto di ricevere le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, condizioni sociali, individuali, di reddito, religione ed opinioni politiche;
2. **IMPARZIALITA'**. Le scelte e le decisioni aziendali devono garantire equità di accesso e di trattamento;
3. **PASSIONE E RESPONSABILITA'**. La presa in carico dei bisogni dei pazienti deve integrare l'elemento razionale ed il coinvolgimento emotivo quale canale conoscitivo da tradurre in risorsa;
4. **CONSAPEVOLEZZA**. Il raggiungimento di prestazioni di qualità, nel rispetto di parametri quali efficacia, efficienza, sicurezza ed appropriatezza, richiede a tutti coloro che sono coinvolti nella realizzazione di tale obiettivo una competenza non solo tecnica, ma doti morali e capacità relazionali. Ogni operatore deve avere consapevolezza di tale complessità e necessità d'integrazione;
5. **SENSO DI APPARTENENZA E LEALTA'**. Il lavoro di gruppo quale elemento cardine per integrare le competenze, le conoscenze e le abilità di ogni figura professionale al solo scopo di ottenere migliori risultati per la cura del paziente, valorizzando in questo modo anche il senso di appartenenza e la lealtà in ambito aziendale;
6. **FIDUCIA, EQUITÀ E TRASPARENZA**. Tre parole che rappresentano un modo di operare che porta a strutturare e consolidare il rapporto tra paziente e azienda. Centrale è il perseguimento della trasparenza, non solo nel suo versante più visibile di pubblicazione e condivisione di atti e documenti, ma anche come cultura organizzativa, che contribuisce a porre le basi per un autentico sentimento di fiducia che accomuni tutti gli attori coinvolti nel processo di cura. Si tratta di garantire ad ogni persona il diritto alle prestazioni più appropriate, senza alcuna discriminazione, attraverso percorsi comportamentali condivisi, processi decisionali trasparenti, circolazione delle informazioni sulle risorse impiegate e sui risultati ottenuti;
7. **ASCOLTO E APERTURA**. La realizzazione di tali valori consente di creare una reale personalizzazione delle cure basata sulla conoscenza della peculiarità dei pazienti, un'integrazione autentica tra funzioni aziendali ma anche tra l'Ospedale ed il territorio; l'ascolto e l'apertura devono essere garantite intercettando un delicato e dinamico equilibrio tra la tutela della *privacy* e della fragilità ed il mantenimento di un costante dialogo con l'esterno, in termini spaziali, culturali

e di confronto dialettico;

8. **EVOLUZIONE E FLESSIBILITA'.** L'Ospedale che tende all'eccellenza richiede capacità di adattamento e cambiamento nell'ottica di un'innovazione costante, che presume flessibilità, formazione continua e ricerca di sempre nuove e migliori cure. L'evoluzione dei processi di cura è resa possibile dalla dinamicità di ogni altra funzione aziendale: dall'implementazione tecnologica, all'adozione degli strumenti normativi e di *management* più strategici nell'evoluzione gestionale;
9. **CENTRALITA' DELLA PERSONA.** L'AOU SS pone al centro delle proprie attività la persona al fine di soddisfarne in maniera trasparente le aspettative in relazione alla disponibilità e accessibilità di tutte le informazioni per l'accesso alle prestazioni attraverso una scelta consapevole, alla capacità dell'organizzazione di garantirne, con elevata professionalità, i bisogni e le richieste e alla possibilità di rendere noto l'utilizzo delle risorse in modo appropriato ed efficiente al fine di accrescere la condivisione dei valori e degli obiettivi;
10. **ASSENZA DI DOLORE.** Garantire nelle fasi di cura l'assenza del dolore a tutela della dignità della persona e assicurare percorsi assistenziali specifici per soggetti fragili e/o affetti da patologie di particolare gravità;
11. **PARTECIPAZIONE ALLARGATA.** Garantire modalità attraverso le quali l'Azienda favorisce la partecipazione dei cittadini e degli stakeholders alle scelte generali di politica sanitaria attraverso idonee forme di ascolto e consultazione, riguardo alla individuazione di priorità e alla elaborazione di proposte di programmi di intervento.

La *Mission* dell'AOU di Sassari consiste "nello svolgimento integrato e coordinato delle funzioni di assistenza, di didattica e di ricerca con il fine di assicurare i più elevati livelli di salute possibili mettendo il paziente al centro del percorso di cura e dei servizi offerti, di accrescere la qualità dei processi di formazione, di sviluppare le conoscenze in campo biomedico e tecnologico, valorizzando altresì in via paritaria le funzioni e le attività del personale ospedaliero e di quello universitario".

Il raggiungimento di tale mission è attuato, all'interno della programmazione regionale, attraverso il coordinamento e l'integrazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari, l'Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione "G. Brotzu" di Cagliari (ARNAS), l'Azienda Regionale della Salute (ARES) e le Aziende socio-sanitarie locali (ASL), l'Azienda Regionale dell'Emergenza ed Urgenza della Sardegna (AREUS) e gli altri soggetti erogatori nel rispetto delle condizioni di equilibrio e di sostenibilità economica. Il concetto principale che sintetizza la mission dell'AOU di Sassari è: "Far sentire il paziente accolto e protetto".

Nell'assolvimento delle funzioni conferite, l'AOU SS concorre all'implementazione dei principi di riforma del Servizio Sanitario Regionale sia garantendo una risposta clinica e assistenziale costruita intorno alla persona sia sviluppando la sua funzione di ricerca al fine di soddisfare i bisogni di salute. L'obiettivo della AOU SS è quello di garantire il miglioramento della qualità e dell'adeguatezza dei servizi sanitari, realizzare la piena integrazione con l'Università, favorendo percorsi che consentano l'attuazione di processi di formazione e di didattica di elevata qualità e perseguendo lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze professionali di alta specializzazione.

L'AOU SS garantisce inoltre la promozione della sicurezza dei percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali, sia per i pazienti che per gli operatori, con un percorso di integrazione tra ospedale e territorio e con il fine ultimo di far sentire il paziente al centro del sistema sanitario.

Presenza d'atto del Protocollo d'intesa

Il protocollo d'intesa è stato sottoscritto in data 11 agosto 2017 dalla Regione Sardegna e dalle Università degli studi di Cagliari e Sassari e con deliberazione del Direttore generale dell'AOU di Sassari 14 settembre 2017, n. 522 ne è stato preso formalmente atto.

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 102 del 31 gennaio 2023 avente ad oggetto: "Approvazione Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025 dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari - Aggiornamento 2023", si è provveduto ad adottare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

1.2. RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ

L'Azienda Ospedaliero Universitaria (AOU) di Sassari è Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Sassari.

Essa opera nell'ambito della programmazione sanitaria nazionale e regionale, attraverso l'integrazione delle attività di didattica, ricerca e assistenza.

In particolare, nell'ambito della programmazione regionale, si raccorda al sistema sanitario regionale, e dunque a tutte le altre aziende sanitarie, coordinandosi con le aziende sanitarie locali nell'individuazione congiunta del sistema di risposta ai bisogni assistenziali, nell'utilizzo integrato delle risorse professionali e nella regolamentazione della mobilità sanitaria intra-regionale.

Essa è sede della formazione del Medico e dell'Odontoiatra e dei professionisti sanitari e, con le sue strutture, è naturalmente inclusa nella rete formativa integrata tra strutture Universitarie e strutture accreditate del SSR per la formazione di Medici Specialisti e nella rete formativa integrata delle Professioni Sanitarie.

Il processo formativo contribuisce allo sviluppo delle specialità, delle professionalità e di tutti i servizi che consentono di porre il paziente al centro di un sistema di cura e di assistenza sanitaria e sociosanitaria a garanzia di un percorso assistenziale basato sulla continuità della cura, sulla qualità e sull'appropriatezza dell'offerta.

Le funzioni di coordinamento e razionalizzazione delle attività didattiche dei dipartimenti di area medica sono competenze della Struttura di Raccordo Facoltà di Medicina e Chirurgia. La Facoltà coordina e gestisce l'offerta formativa dei corsi di studio delle classi di laurea magistrali di Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi dentaria, delle classi di laurea e laurea magistrale delle professioni sanitarie e delle scuole di specializzazione dell'area medico sanitaria; coordina e gestisce altresì l'offerta formativa degli altri corsi di studio afferenti all'area medica. La Facoltà favorisce l'organizzazione della didattica, l'integrazione assistenziale e scientifica e lo sviluppo culturale, curando i rapporti con il Servizio Sanitario Regionale e con le strutture private che operano nel campo della salute al fine di garantire l'inscindibilità delle funzioni assistenziali da quelle di didattica e di ricerca.

Si è proceduto all'inserimento dei Dirigenti Medici Ospedalieri – AOU Sassari come docenti nei Corsi di Laurea, allo stesso modo nei corsi delle professioni sanitarie si ricorre grandemente alla docenza ospedaliera sia per dirigenti medici e biologi sia per il personale delle professioni sanitarie sia per la didattica frontale che per le attività di tirocinio.

Gli aspetti della Ricerca e delle cure innovative sono stati sviluppati in sinergia con i Dipartimenti Universitari e sono testimoniati dalle numerose attività congressuali e dalle pubblicazioni su riviste internazionali.

2. GENERALITÀ SUL TERRITORIO, POPOLAZIONE ASSISTITA E ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA

2.1. CONTESTO SOCIO DEMOGRAFICO

La distribuzione demografica del territorio regionale si presenta come segue:

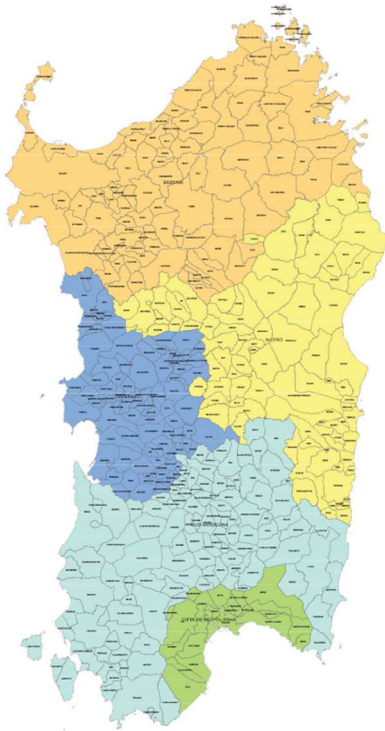
Superficie territoriale, popolazione residente e densità abitativa per provincia al 31 dicembre 2022*			
Territorio	Popolazione residente	Superficie territoriale (in km²)	Densità abitativa (abitanti/km²)
Sassari	474.739	7.691,75	62
Nuoro	198.520	5.637,97	35
Oristano	150.325	2.990,41	50
Sud Sardegna	334.198	6.530,67	51
Città metropolitana di Cagliari	420.364	1.248,66	337
Sardegna	1.578.146	24.099,46	65

**Fonte: Sardegna Statistiche*

Al fine di delineare ulteriormente il nuovo assetto territoriale regionale, in un'ottica di riorganizzazione degli Enti locali maggiormente equilibrata, in data 13 Ottobre 2020 la Commissione Autonomia e Riforme del Consiglio Regionale ha approvato definitivamente la legge di riforma degli enti locali della Sardegna; il percorso atto a delineare il nuovo assetto territoriale isolano si è concluso con l'approvazione della Legge Regionale 12 aprile 2021 n. 7 avente ad oggetto *"Riforma dell'assetto territoriale della Regione. Modifiche alla legge regionale n. 2 del 2016 [...]"*.

In base alla L.R. n. 7/2021, il nuovo assetto territoriale della Sardegna si compone di N. 6 Province e 2 Città Metropolitane. Nel dettaglio, la nuova cartina geopolitica comprende le province di Nord-Est Sardegna (nuova istituzione, 26 Comuni), Nuoro (53), Ogliastra (nuova istituzione, 22), Oristano (87), Medio-Campidano (nuova istituzione, 28) e Sulcis-Iglesiente (nuova istituzione, 23), e le città Metropolitane di Sassari (nuova istituzione, 66 Comuni) e Cagliari (72). La riforma di legge prevede inoltre l'estinzione delle province di Sassari (sostituita dalla Città metropolitana) e del Sud Sardegna. Nuoro passa da 52 a 53 Comuni, comprendendo anche Seulo che attraverso un referendum aveva scelto di passare dal Sud Sardegna a Nuoro.

La tabella che segue riassume l'impostazione del nuovo assetto territoriale così come previsto dalla sopracitata Legge Regionale n. 7/2021:



	Comuni
Città metropolitana di Cagliari	18
Sassari	92
Nuoro	74
Oristano	87
Sud Sardegna	106

Allo stato attuale, da un'analisi più approfondita dell'assetto territoriale regionale, si evidenzia la presenza di due principali poli metropolitani: Sassari e Cagliari, rispettivamente collocati nell'area nord e nell'area sud dell'isola; seguono cinque medie comunità locali aggregate in aree omogenee (Gallura, Nuorese, Oristanese, Medio Campidano e Sulcis-Iglesiente) con popolazioni comprese tra i 150.000 e i 170.000 abitanti e una piccola comunità dislocata in un'area geograficamente isolata (Ogliastra).

La particolare conformazione del territorio, la distribuzione della popolazione ed il progressivo spopolamento delle aree rurali e montane ha generato, in certe zone territoriali, alcune condizioni critiche, acuite da difficoltà in termini di viabilità.

L'ambito territoriale di riferimento, che coinvolge sia l'AOU di Sassari che l'ASL Sassari, riguarda la parte Nord Ovest (Sassari) con una superficie complessiva di 7.692 Km² e una popolazione complessiva di 475.740 abitanti, di cui 233.378 maschi e 242.362 femmine. *(Fonte: GeoDemo Istat.it - residenti al 01 gennaio 2020 Provincia di Sassari)*

Come detto, l'ambito territoriale di riferimento della AOU risulta più ampio per diverse tipologie di attività.

La popolazione residente in Sardegna al 1° gennaio 2022 ammonta a 1.579.181 abitanti. A livello regionale si osserva un continuo calo demografico da cinque anni consecutivi, in linea con il trend registrato a livello nazionale.

Oltre il continuo calo demografico, nel corso degli anni, il numero dei decessi si attesta al di sopra del numero dei nati. In particolare, nel 2019 il tasso di mortalità registrato è pari a 10,5 per mille abitanti, mentre il tasso di natalità è ulteriormente sceso, facendo registrare il più basso livello di ricambio naturale di sempre, pari a 5,5 per mille abitanti.

La popolazione sarda, coinvolta da decenni in un continuo e progressivo fenomeno di invecchiamento, ha modificato la struttura per età divenendo meno giovane rispetto a quella nazionale.

Analizzare il processo di invecchiamento è fondamentale per riorganizzare efficacemente il Servizio sanitario regionale, al fine di rispondere al meglio ai bisogni socio-sanitari della popolazione. L'analisi demografica ha quindi l'intento di evidenziare le principali caratteristiche che influenzano il panorama dei bisogni e dell'offerta di servizi attuale e futura.

La Regione Sardegna rileva un indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0-14 anni, moltiplicato per 100) della popolazione pari a 221,7, valore superiore a quello nazionale pari a 178,4, ancora in crescita rispetto agli anni precedenti e con intensità maggiore rispetto al resto d'Italia, inoltre, l'età media³ della popolazione regionale è superiore a quella nazionale (46,8 anni vs 45,4).

L'incidenza degli ultra 65enni (indice di invecchiamento: rapporto percentuale tra la popolazione anziana - 65 e oltre - e il totale della popolazione) è pari al 24,4% della popolazione regionale, superiore del 23,2% rispetto al riferimento nazionale e in aumento rispetto agli anni precedenti, mentre la proporzione di età pediatrica (0-14 anni), attualmente pari al 11,0%, è inferiore al dato nazionale (13,0%).

Inoltre, l'indice di dipendenza strutturale (rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100) fornisce una misura indiretta della sostenibilità del carico sociale ed economico teorico della popolazione in età attiva. Valori superiori al 50% indicano una situazione di squilibrio generazionale. La Sardegna ha registrato, nel corso degli anni, un progressivo aumento di tale valore (54,8 nel 2020). In particolare l'indice di dipendenza degli anziani (rapporto tra la popolazione anziana e quella in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100) è in continuo aumento, superando il valore nazionale (37,7 anziani su 100 individui in età lavorativa; 36,2 Italia) a riprova del tendenziale e progressivo invecchiamento della popolazione.

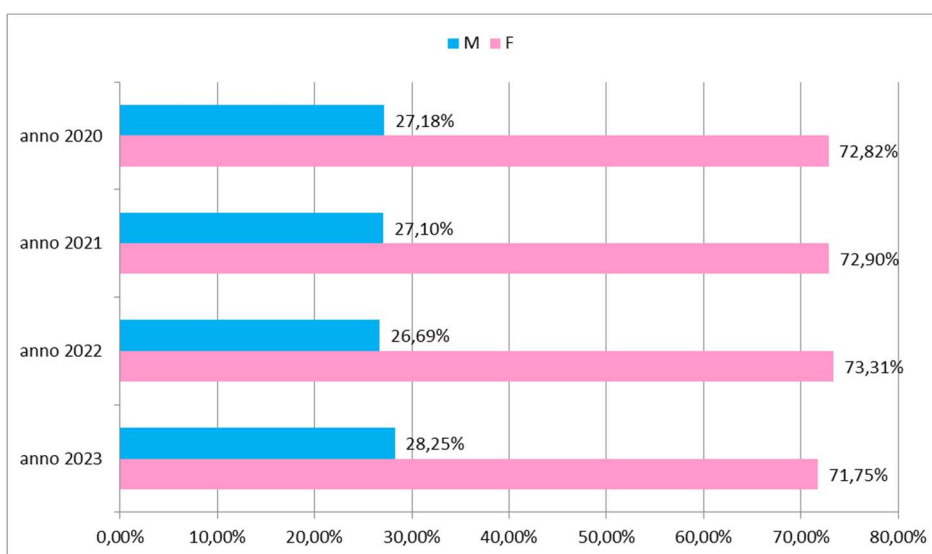
L'aumento dell'età della popolazione residente determina un aumento della richiesta di servizi sanitari da parte della popolazione e la conseguente necessaria adozione di attività di razionalizzazione e recupero di efficienza nell'offerta dei servizi sanitari, data anche la grave carenza di risorse finanziarie. (Fonte: *Allegato alla DGR n. 9/22 del 24/03/2022*).

2.2. IL PERSONALE DIPENDENTE

I dati sono stati estrapolati al 31/12/2023 dal sistema gestionale HR.

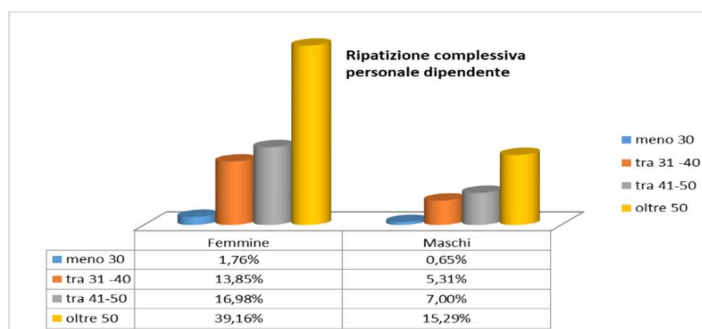
DISTRIBUZIONE COMPLESSIVA

Descrizione	F	M	Tot.
anno 2023	1.999	787	2.786
anno 2022	1.980	721	2.701
anno 2021	1.894	704	2.598
anno 2020	1.865	696	2.561



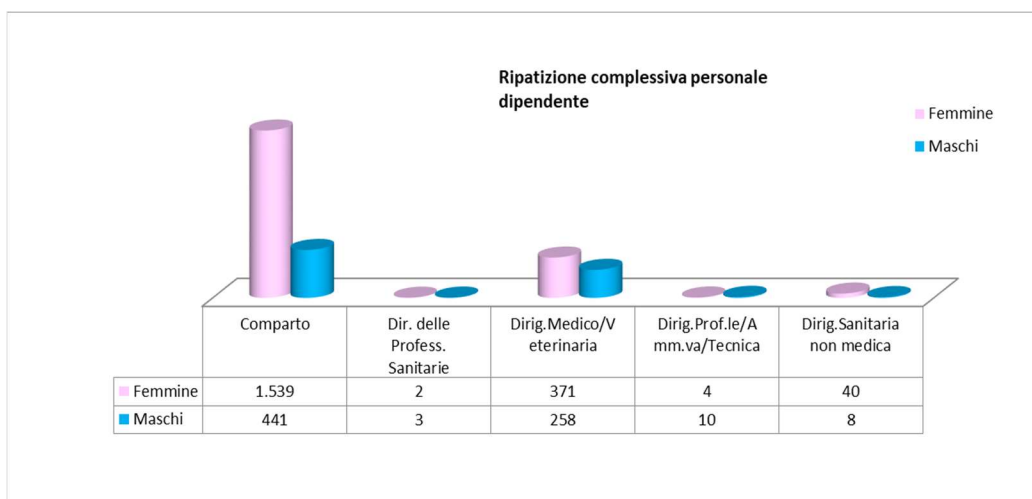
a.1) PER ETA'

Dipendenti	meno 30	tra 31 -40	tra 41-50	oltre 50	TOTALI
Femmine	49	386	473	1.091	1.999
Maschi	18	148	195	426	787
	67	534	668	1.517	2.786



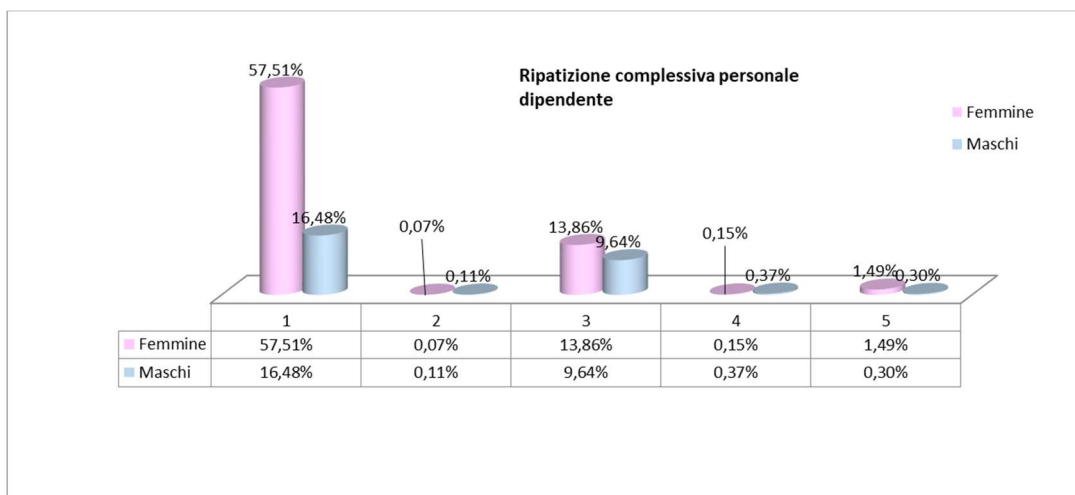
a.2) PER TIPOLOGIA DIPENDENTE

DIVERSIFICAZIONE						
Tipo	Comparto	Dir. delle Profess. Sanitarie	Dirig.Medico/V eterinaria	Dirig.Prof.le/Am m.va/Tecnica	Dirig.Sanitaria non medica	Totale
Femmine	1.539	2	371	4	40	1.956
Maschi	441	3	258	10	8	720
	1.980	5	629	14	48	2.676



Il dato esposto in termini percentuali è il seguente.

Tipo	Comparto	Dir. delle Profess. Sanitarie	Dirig.Medico/V eterinaria	Dirig.Prof.le/Am m.va/Tecnica	Dirig.Sanitaria non medica
Femmine	57,51%	0,07%	13,86%	0,15%	1,49%
Maschi	16,48%	0,11%	9,64%	0,37%	0,30%
	73,99%	0,19%	23,51%	0,52%	1,79%

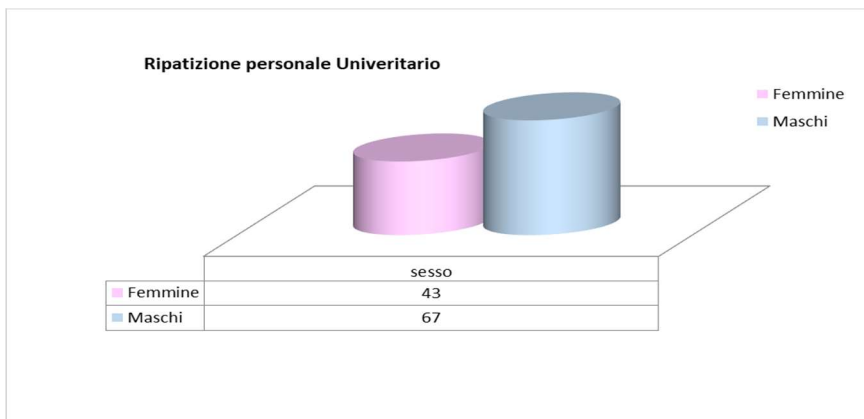


2.3 DISTRIBUZIONE PERSONALE UNIVERSITARIO

Il personale universitario presente al 31/12/2023 risulta il seguente.

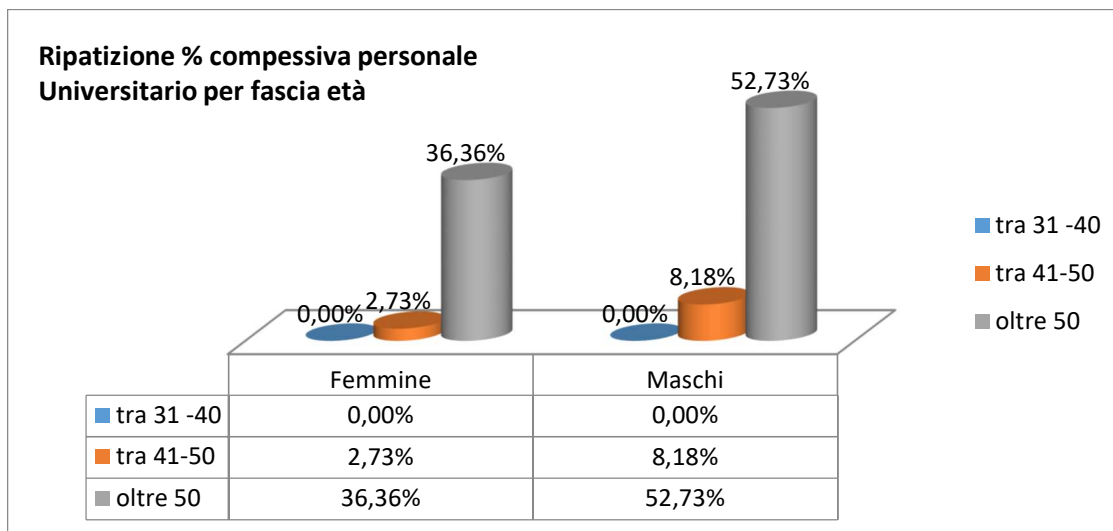
DISTRIBUZIONE COMPLESSIVA

Dipendenti	sesso
Femmine	43
Maschi	67
Totale	110



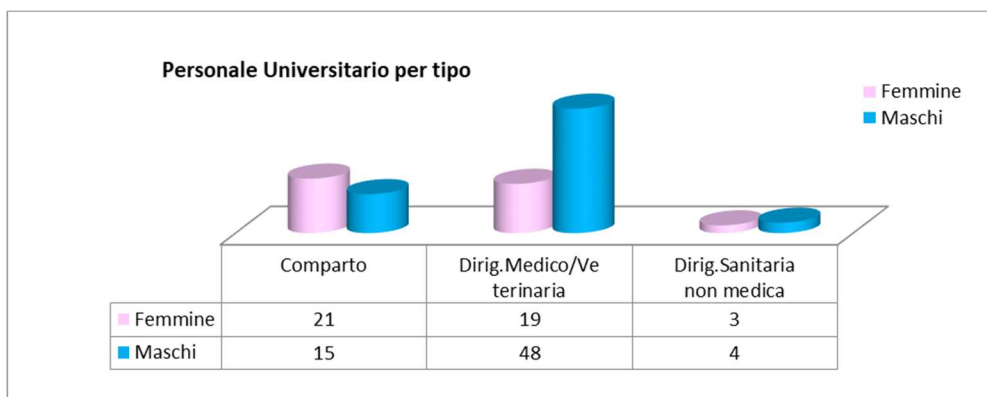
a.1) PER ETA'

Dipendenti	tra 31 -40	tra 41-50	oltre 50
Femmine		3	40
Maschi		9	58



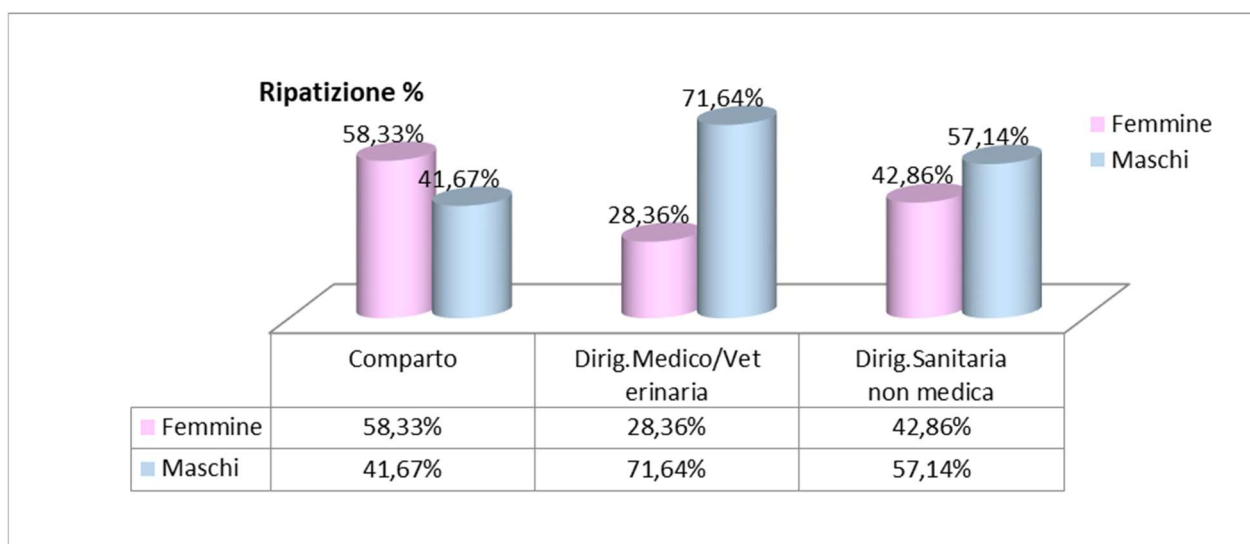
a.2) PER TIPOLOGIA

Tipo	Comparto	Dirig.Medico/Veterinaria	Dirig.Sanitaria non medica	TOTALE
Femmine	21	19	3	43
Maschi	15	48	4	67
TOTALE	36	67	7	110



In termini percentuali il dato risulta essere il seguente.

Tipo	Comparto	Dirig.Medico/Veterinaria	Dirig.Sanitaria non medica
Femmine	58,33%	28,36%	42,86%
Maschi	41,67%	71,64%	57,14%
TOTALE	100,00%	100,00%	100,00%



3. CONTENUTI DELLA RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE

3.1. ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE

3.2. LE ATTIVITÀ DEL PERIODO

L'AOU di Sassari è sede DEA di II livello, con un Pronto Soccorso Generale, un Pronto Soccorso Pediatrico e un Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico, con un bacino d'utenza di circa 600.000 abitanti.

3.2.1. L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.2.1.1. L'attività in regime d'urgenza

Le strutture caratterizzate da regimi d'urgenza sono il Pronto Soccorso di Medicina d'Urgenza, ubicata presso lo stabilimento del Santissima Annunziata, ed il Pronto soccorso della Clinica Ostetrica e Ginecologica e della Clinica Pediatrica.

Gli accessi registrati nell'anno 2022 e 2023 sono i seguenti:

Struttura Erogante	Anno Triage CdR	2022		2023	
		Accessi	Valore	Accessi	Valore
20090501 - Stabilimento Cliniche Di San Pietro - (Sassari)	TOTALE STABILIMENTO	13.994	702.915,68 €	15.845	700.210,03 €
	4_DAI.09.01.01.00 - SS PRONTO SOCCORSO OSTETRICO-GINECOLOGICO E OBI	6.621	550.184,63 €	6.057	487.955,66 €
	4_DAI.09.02.01.00 - SS PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO E OBI	7.373	152.731,05 €	9.788	212.254,37 €
20090502 - Stabilimento Ss. Annunziata - (Sassari)	TOTALE STABILIMENTO	40.760	1.605.102,74 €	47.068	1.591.983,23 €
	4_DAI.06.01.00.00 - SC MEDICINA EMERGENZA-URGENZA	40.760	1.605.102,74 €	47.068	1.591.983,23 €
	TOTALE AOU SASSARI	54.754	2.308.018,42 €	62.913	2.292.193,26 €

Dalla tabella possiamo vedere un aumento di accessi al PS Pediatrico del 32.75% a fronte di una diminuzione del valore erogato pari a -0.38%. Per il PS Ginecologico gli accessi sono diminuiti del -8.51% ed il valore economico erogato del -11.30%.

Mentre per il Pronto Soccorso principale (SC Medicina Emergenza-Urgenza) gli accessi sono aumentati del 15.47%, mentre il valore economico erogato è diminuito del -0.81%.

Gli accessi sono suddivisi a loro volta nei seguenti codici Triage, come da elaborazione del Flusso EMUR:

Gli accessi complessivi sono cresciuti del ~12% tra il 2020 ed il 2021 e del ~11% tra il 2021 ed il 2022.

Gli accessi al Pronto Soccorso evoluti in ricovero, durante gli anni 2022-2023, sono i seguenti:

	2022		2023	
	Accessi	Valore	Accessi	Valore
1 - Emergenza	3.042	153.563	3.406	143.235
2 - Urgenza	18.308	929.760	16.770	717.166
3 - Urgenza differibile	22.674	615.071	28.971	825.526
4 - Urgenza minore	-	-	2	41
5 - Non urgenza	10.726	609.562	13.752	606.123
6 - Deceduto	3	62	5	103
7 - Non eseguito	1	0	7	0

Nel 2023 vediamo l'aumento degli accessi del 11.96% per codice Emergenza, a fronte di una diminuzione economica dell'erogato del -6.72%.

Per il codice Urgenza vediamo una diminuzione degli accessi e del valore economico rispettivamente pari a -8.4% e -22.86%.

Per il codice Urgenza differibile sia gli accessi che il valore economico sono aumenti del 27.77% e del 34.21%.

Per il triage Non Urgenza sono aumentati gli accessi del 28% a fronte di un valore economico diminuito meno dell'1%.

Queste invece gli accessi evoluti in ricovero:

	Accessi	Valore
⊕ 2022	12.634	695.458
⊕ 2023	11.837	533.915

ANNO	Numero Accessi PS	Accessi evoluti in ricovero	(%)
2020	43.574	11.558	26,52%
2021	48.984	13.038	26,62%
2022	54.767	12.634	23,07%
2023	62.913	11.837	18,81%

Tra il 2021 ed il 2022 la percentuale di Accessi evoluti in ricovero è diminuita del ~13%, mentre tra il 2022 ed il 2023 la diminuzione si è ampliata del ~18%.

3.2.1.2. L'attività in regime di ricovero

La tabella sintetica delle Degenze totali del 2021, 2022 e 2023:

Tipologia di ricovere	2021		2022		2023	
	Nr.	Valore	Nr.	Valore	Nr.	Valore
Ricovero ordinario	22.949	87.558.448,92	23.519,00	94.561.030,37	23.742	98.415.473,08
Ricovero Dh/Ds	9.328	18.468.197,90	10.135,00	22.123.213,72	11.718	24.610.131,24
TOTALI	32.277	106.026.646,82	33.654	116.684.244,09	35.460	123.025.604,32

Pur di fronte ad un aumento solo del 4% del numero delle Degenze tra 2021 ed il 2022, il valore economico associato per il 2022 risulta aumentato del 10%.

Per il 2023, il numero di degenze è aumentato del 5.36% a fronte di un aumento del valore economico del 5.43% rispetto all'anno 2022.

Nelle seguenti tabelle le distribuzioni per Dipartimenti, tra Degenze Ordinarie e Day Hospital:

PRESTAZIONI IN REGIME DI DAY HOSPITAL/DAY SURGERY *							
COD_DIP	DESCRIZIONE_DIPARTIMENTO	2021		2022		2023	
		Nr.	Valore	Nr.	Valore	Nr.	Valore
4_DAI.01	Dipartimento chirurgico	855	1.562.402,06	694	1.216.999,58	618	999.886,77
4_DAI.02	Dipartimento medico	210	561.846,70	375	986.551,53	599	1.430.688,93
4_DAI.03	Dipartimento chirurgia specialistiche	4.490	7.299.212,03	5.096	8.353.001,32	5.323	8.746.989,27
4_DAI.04	Dipartimento medicine specialistiche	131	88.964,92	168	132.760,29	821	646.310,73
4_DAI.05	Dipartimento scienze motorie e riabilitative	409	624.663,61	639	927.939,85	801	1.108.977,79
4_DAI.06	Dipartimento emergenza-urgenza	111	231.217,36	117	208.419,33	79	164.122,63
4_DAI.07	Dipartimento onco-ematologico	1.803	5.580.669,93	1.904	8.046.591,20	2.000	8.599.980,61
4_DAI.08	Dipartimento cardio-vascolare	258	881.596,23	292	855.280,34	378	1.251.151,03
4_DAI.09	Dipartimento salute donna e bambino	1.061	1.637.625,06	850	1.395.670,28	1.099	1.662.023,48
	TOTALI	9.328	18.468.197,90	10.135	22.123.213,72	11.718	24.610.131,24
	* Valore rendicontato in RAS						

PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO*							
COD_DIP	DESCRIZIONE_DIPARTIMENTO	2021		2022		2023	
		Nr.	Valore	Nr.	Valore	Nr.	Valore
4_DAI.01	Dipartimento chirurgico	1.112	5.355.684,13	1.114	5.463.141,86	1.199	5.485.836,01
4_DAI.02	Dipartimento medico	4.463	13.537.557,42	3.954	13.118.897,47	3.887	13.313.149,21
4_DAI.03	Dipartimento chirurgia specialistiche	1.873	7.360.609,47	2.267	9.436.181,43	2.423	10.022.037,86
4_DAI.04	Dipartimento medicine specialistiche	1.476	6.215.099,79	1.485	6.389.641,99	1.697	7.249.242,63
4_DAI.05	Dipartimento scienze motorie e riabilitative	1.178	5.250.153,45	1.551	7.032.196,62	1.723	8.179.254,82
4_DAI.06	Dipartimento emergenza-urgenza	3.959	19.003.469,41	3.930	19.222.682,47	3.921	19.423.349,95
4_DAI.07	Dipartimento onco-ematologico	437	3.116.584,30	332	2.543.671,06	420	2.633.418,20
4_DAI.08	Dipartimento cardio-vascolare	2.243	15.364.186,13	2.621	18.355.109,32	3.061	22.297.597,54
4_DAI.09	Dipartimento salute donna e bambino	5.248	9.126.605,22	5.518	9.374.651,57	5.314	9.431.209,51
7_ATTINT	Area Attività Integrate Aziendali (Covid)	102	1.202.006,69	598	3.029.086,27	95	345.912,15
8_ATTINT	Area Attività Integrate Aziendali (Altre UO)	858	2.026.492,91	149	595.770,31	2	34.465,20
	TOTALI	22.949	87.558.448,92	23.519	94.561.030,37	23.742	98.415.473,08
	* Valore rendicontato in RAS						

Mentre nella seguente tabella vengono rappresentate le dimissioni per ASL di provenienza:

	2023		
	Dimessi	Giornate	Valore
200301 - Sassari ()	28.339	222.627	95.113.882
200302 - Gallura ()	3.443	22.625	12.039.770
200303 - Nuoro ()	1.280	8.306	5.447.291
200304 - Ogliastra ()	101	1.041	779.599
200305 - Oristano ()	1.234	9.593	5.223.638
200306 - Medio Campidano ()	77	303	312.412
200307 - Sulcis ()	60	476	357.254
200308 - Cagliari ()	253	1.579	1.015.611

La prima ASL servita è quella di Sassari con un 81% dei dimessi, a fronte di 79% del valore erogato. Segue l'ASL Gallura con il 10% dei dimessi e del valore erogato.

Infine, la tabella riepilogativa dei DRG anno 2023 in regime ordinario, divisi per tipologia, con il peso medio associato:

COD_DIP	DESCRIZIONE_DIPARTIMENTO	Nr.	PESO DRG	TIPO
4_DAI.01	Dipartimento chirurgico	905	1,78	C
4_DAI.02	Dipartimento medico	82	2,69	C
4_DAI.03	Dipartimento chirurgia specialistiche	1.837	1,50	C
4_DAI.04	Dipartimento medicine specialistiche	120	2,84	C
4_DAI.05	Dipartimento scienze motorie e riabilitative	761	1,80	C
4_DAI.06	Dipartimento emergenza-urgenza	2.354	1,99	C
4_DAI.07	Dipartimento onco-ematologico	17	10,58	C
4_DAI.08	Dipartimento cardio-vascolare	1.886	3,27	C
4_DAI.09	Dipartimento salute donna e bambino	1.375	0,87	C
7_ATTINT	Area Attività Integrate Aziendali (Covid)	1	3,01	C
	DRG ORD. CHIRURGICI	9.338	1,99	
4_DAI.01	Dipartimento chirurgico	293	0,99	M
4_DAI.02	Dipartimento medico	3.805	1,17	M
4_DAI.03	Dipartimento chirurgia specialistiche	586	0,92	M
4_DAI.04	Dipartimento medicine specialistiche	1.577	1,25	M
4_DAI.05	Dipartimento scienze motorie e riabilitative	961	0,99	M
4_DAI.06	Dipartimento emergenza-urgenza	1.562	1,19	M
4_DAI.07	Dipartimento onco-ematologico	403	1,34	M
4_DAI.08	Dipartimento cardio-vascolare	1.175	0,89	M
4_DAI.09	Dipartimento salute donna e bambino	2.693	0,45	M
7_ATTINT	Area Attività Integrate Aziendali (Covid)	94	1,01	M
8_ATTINT	Area Attività Integrate Aziendali (Altre UO)	2	1,41	M
	DRG ORD. MEDICI	13.151	0,99	

Di seguito i primi 30 DRG anno 2023 in regime ordinario per valore di frequenza:

ID	TIPO	Codice DRG	Descrizione DRG	Dimessi
1	C	042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	4.044
2	M	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.608
3	M	087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	1.234
4	M	391	Neonato normale	944
5	M	576	Setticemia senza ventilazione meccanica ? 96 ore, età > 17 anni	677
6	M	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	646
7	C	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	466
8	C	371	Parto cesareo senza CC	462
9	M	014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	458
10	M	490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	457
11	M	013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	453
12	C	266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	436
13	M	316	Insufficienza renale	419
14	M	125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	411
15	M	127	Insufficienza cardiaca e shock	347
16	M	298	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	346
17	C	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	341
18	C	518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	336
19	C	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	330
20	C	260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	290
21	M	566	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	266
22	M	383	Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche	252
23	C	557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	243
24	M	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	236
25	M	082	Neoplasie dell'apparato respiratorio	229
26	M	369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	225
27	M	421	Malattie di origine virale, età > 17 anni	219
28	C	219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	210
29	M	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	208
30	C	310	Interventi per via transuretrale con CC	207

3.2.1.3. L'attività in regime ambulatoriale

Le attività in regime ambulatoriale, divise per Branca, sono espresse nella seguente tabella:

COD	BRANCA	2021		2022		2023	
		NUMERO	VALORE	NUMERO	VALORE	NUMERO	VALORE
01	Anestesia	1.399	34.215,92 €	1.412	44.831,76 €	2.825	104.887,73 €
02	Cardiologia	19.843	554.064,49 €	23.299	604.759,31 €	24.885	685.021,92 €
03	Chirurgia Generale	4.165	76.857,18 €	4.151	74.563,01 €	4.376	80.301,68 €
04	Chirurgia Plastica	4.032	93.449,70 €	5.718	128.097,98 €	7.020	152.885,95 €
05	Chirurgia Vascolare - Angiologia	13.109	213.825,18 €	2.231	76.997,90 €	2.408	87.202,01 €
06	Dermosifilopatia	9.154	137.601,30 €	12.624	211.541,19 €	12.569	206.409,15 €
07	Medicina Nucleare	5.663	1.455.542,83 €	6.366	1.573.803,42 €	6.196	1.725.939,38 €
08	Radiologia Diagnostica	52.149	3.431.016,02 €	50.761	3.343.406,14 €	47.165	3.355.147,26 €
09	Endocrinologia	10.194	209.518,67 €	7.452	172.991,10 €	7.562	172.411,68 €
10	Gastroentero – Chir.e Endoscopia dig.	5.892	298.988,79 €	5.248	258.782,03 €	5.149	310.706,15 €
11	Laboratorio Analisi	955.911	8.073.211,62 €	840.274	6.939.589,96 €	881.573	7.178.211,63 €
12	Medicina Fisica e Riabilitazione	22.585	210.493,42 €	26.475	242.063,98 €	30.378	275.374,43 €
13	Nefrologia	29.341	2.167.240,55 €	33.008	2.288.503,31 €	30.586	1.832.774,45 €
14	Neurochirurgia	1.319	31.293,56 €	870	13.084,34 €	1214	19.122,61 €
15	Neurologia	9.163	171.715,99 €	9.995	178.734,80 €	13.207	253.128,67 €
16	Oculistica	4.552	875.836,38 €	5.917	1.475.301,84 €	5.234	1.178.558,57 €
17	Odontostomat. – Chir. Maxillo Facciale	6.636	117.367,88 €	8.269	146.363,27 €	9.238	170.424,82 €
18	Oncologia	3.239	57.426,26 €	3.772	51.942,93 €	2.991	43.949,70 €
19	Ortopedia e Traumatologia	11.282	155.313,40 €	17.490	237.173,32 €	18.122	241.246,49 €
20	Ostetricia e Ginecologia	8.657	199.426,12 €	8.923	205.589,75 €	8.803	202.315,51 €
21	Otorinolaringoiatria	15.691	267.781,26 €	13.481	227.227,58 €	12.912	213.279,66 €
22	Pneumologia	3.855	75.958,89 €	4.782	119.148,64 €	7.936	208.699,62 €
23	Psichiatria	4.858	64.421,73 €	3.282	40.950,77 €	3.805	47.303,96 €
24	Radioterapia	25.762	1.172.590,67 €	24.368	1.102.906,41 €	17.756	1.719.954,91 €
25	Urologia	6.026	157.605,18 €	6.239	157.711,65 €	6.175	160.434,72 €
26	Altre prestazioni	15.435	221.082,25 €	16.168	243.708,93 €	35.617	553.106,42 €
	TOTALI	1.249.912	20.523.845,24 €	1.142.575	20.159.775,32 €	1.205.702	21.178.799,08 €

Il totale delle prestazioni, dopo aver visto un aumento di più del 17% tra il 2020 ed il 2021, ha visto una contrazione di meno del 2% tra il 2021 ed il 2022.

Nel 2023 le prestazioni erogate hanno visto un aumento, rispetto al 2022, in valore assoluto del 5.5% ed un aumento del valore economico del 5.05%; mentre rispetto al 2021 riscontriamo ancora una diminuzione del valore assoluto delle prestazioni erogate pari al -3.53% a fronte di un valore economico aumentato del 8.3%.

Di seguito le prestazioni divise per Dipartimento di erogazione:

COD_DIP	DESCRIZIONE_DIPARTIMENTO	2021		2022		2023	
		Nr.	Valore	Nr.	Valore	Nr.	Valore
2_STAFF.01	Area di STAFF della direzione	19	344,73	1.618	9.939,79	39	664,56
3_PRESID.01	Area funzioni direzione sanitaria di presidio	56	1.419,15	3.539	245.028,40	15	112,65
4_DAI.01	Dipartimento chirurgico	15.075	276.304,33	17.732	336.430,38	12.943	272.048,41
4_DAI.02	Dipartimento medico	20.560	529.613,50	21.035	550.033,08	20.900	555.592,19
4_DAI.03	Dipartimento chirurgia specialistiche	34.672	1.444.432,51	36.205	2.034.616,11	37.264	1.726.023,09
4_DAI.04	Dipartimento medicine specialistiche	65.571	3.026.141,28	70.971	3.111.247,36	88.228	2.994.586,49
4_DAI.05	Dipartimento scienze motorie e riabilitative	33.051	393.280,68	41.874	494.519,71	45.145	534.529,17
4_DAI.06	Dipartimento emergenza-urgenza	19.584	425.048,29	21.124	441.030,02	10.557	161.365,57
4_DAI.07	Dipartimento onco-ematologico	86.879	4.502.553,61	86.068	4.307.447,20	85.905	4.949.117,91
4_DAI.08	Dipartimento cardio-vascolare	11.577	314.803,79	14.319	375.385,99	17.288	461.419,70
4_DAI.09	Dipartimento salute donna e bambino	33.684	688.067,21	31.534	582.687,99	33.338	647.775,51
4_DAI.10	Dipartimento di diagnostica e servizi	924.894	8.869.855,53	796.555	7.671.388,63	846.776	8.673.766,32
8_ATTINT.01	Area attività integrate (altre AOU)	4.290	51.980,63	1	20,66	7.304	201.797,51
TOTALI		1.249.912	20.523.845,24	1.142.575	20.159.775,32	1.205.702	21.178.799,08

Il totale delle prestazioni ambulatoriali possono essere anche divise tra prestazioni fuori regione e prestazioni erogate regionalmente:

File C	2023	
	Numero	Valore
PRESTAZIONI FUORI REGIONE	6.615	96.867,31 €
PRESTAZIONI RAS	1.199.087	21.081.931,77 €
TOTALE	1.205.702	21.178.799,08 €

Il totale delle prestazioni ambulatoriali anno 2023 è esposto nella tabella seguente per Asl di provenienza:

File C	2023	
	Numero	Valore
PRESTAZIONI FUORI REGIONE	6.615	96.867,31 €
ASL SASSARI	1.107.228	18.344.465,56 €
ASL GALLURA	53.223	157.1204,20 €
ASL NUORO	17.823	63.159.179 €
ASL OGLIASTRA	2.030	54.687,80 €
ASL ORISTANO	14.438	383.25176 €
ASL MEDIO CAMPIDANO	689	13.629,52 €
ASL SULCIS	792	13.828,88 €
ASL CAGLIARI	2.864	69.272,26 €
PRESTAZIONI RAS	1.199.087	21.081.931,77 €
TOTALE	1.205.702	21.178.799,08 €

La distribuzione dell'attività ambulatoriale dell'anno 2023 distinta per tipologia di esenzioni invece è rappresentata dalla seguente tabella:

Anno 2023- PRODUZIONE AMBULATORIALE - TIPOLOGIA ESENZIONE					
Posizione Ticket	N. prestazioni	Valore	Importo ticket	Importo RAS	% RAS/TOTALE C
ESENTI per					
Malattie Croniche	248901	€ 6.158.072,98	€ 0,00	€ 6.158.072,98	36,37%
Invalidità Civile	217451	€ 3.073.660,84	€ 0,00	€ 3.073.660,84	18,16%
Reddito	158523	€ 2.547.601,53	€ 0,00	€ 2.547.601,53	15,05%
Maternità	19921	€ 262.658,99	€ 0,00	€ 262.658,99	1,55%
Malattie Rare	14631	€ 276.994,72	€ 0,00	€ 276.994,72	1,64%
Diagnosi Precoce	5962	€ 165.217,02	€ 0,00	€ 165.217,02	0,98%
Lavoro	3478	€ 43.581,38	€ 0,00	€ 43.581,38	0,26%
Invalidi per Servizio	2319	€ 36.001,59	€ 0,00	€ 36.001,59	0,21%
Detenuti	506	€ 16.887,49	€ 0,00	€ 16.887,49	0,10%
Prevenzione	537	€ 14.531,90	€ 0,00	€ 14.531,90	0,09%
Guerra	377	€ 5.223,13	€ 0,00	€ 5.223,13	0,03%
Donazione	337	€ 4.336,47	€ 0,00	€ 4.336,47	0,03%
Vittime L. 302/90	361	€ 6.593,13	€ 0,00	€ 6.593,13	0,04%
Extracomunitari	111	€ 1.210,19	€ 0,00	€ 1.210,19	0,01%
Idoneità	43	€ 1.319,94	€ 0,00	€ 1.319,94	0,01%
Legge n. 210 /92	10	€ 127,45	€ 0,00	€ 127,45	0,00%
Rischio HIV	129	€ 3.019,12	€ 0,00	€ 3.019,12	0,02%
PML	36	€ 162,61	€ 0,00	€ 162,61	0,00%
TDL	3	€ 129,11	€ 0,00	€ 129,11	0,00%
Altro	3	€ 52,16	€ 0,00	€ 52,16	0,00%
Totale Esenti	673639	€ 12.617.381,75	€ 0,00	€ 12.617.381,75	74,53%
NON ESENTI	532063	€ 8.561.417,33	€ 4.249.378,99	€ 4.312.038,34	25,47%
TOTALE FILE C	1205702	€ 21.178.799,08	€ 4.249.378,99	€ 16.929.420,09	100,00%

A fronte di un 55,8% del numero di prestazioni esenti, il valore rappresentato da questo gruppo è pari al 74,53% del valore delle prestazioni in carico del SSR (in aumento rispetto al 2022). Nel complessivo del totale delle prestazioni ambulatoriali, poco meno dell'80% è carico del SSR, mentre la parte restante viene rappresentata dai ticket (stabile rispetto al 2022).

3.3. REPORT DI PRODUZIONE

La fonte del paragrafo è la relazione di rendicontazione a cura del titolare del Programma Assistenziale Performance Sanitarie E Appropriata Organizzativa.

Sintesi degli indicatori di performance negli anni 2021-2023

Principali indicatori inerenti la complessità della casistica trattata, l'appropriatezza, l'utilizzo del livello territoriale e la qualità della codifica delle SDO					
Indicatore	2021	2022	2023	2021-2022	2022-2023
Totale dimessi	32.277	33.654	35.460	1377	1806
Ordinari	22.949	23.519	23.742	570	223
DH	9.328	10.135	11.718	807	1583
Peso medio					
Peso Medio Ordinari	1,3478	1,3715	1,4085	0,0237	0,0370
Peso Medio DH	0,8281	0,8301	0,8520	0,0020	0,0219
Peso Medio DRG Chirurgici	1,4863	1,5355	1,5642	0,0492	0,0287
Peso Medio DRG Medici	0,9672	0,9466	0,9481	-0,0206	0,0015
Peso Medio complessivo	1,1882	1,2025	1,2189	0,0143	0,0164
Degenza media trimmata					
Degenza Media trimmata	8,08	8,06	8,09	-0,02	0,03
Degenza Media DRG chirurgici	8,22	8,03	8,02	-0,19	-0,01
Degenza Media DRG medici	8,00	8,08	8,15	0,08	0,07
Percentuale di ricoveri sopra soglia per acuti					
% Dimessi outlier	6,74%	7,55%	6,73%	0,81%	-0,82%
% Dimessi outlier CHIR	7,49%	6,87%	6,29%	-0,62%	-0,58%
% Dimessi outlier MED	6,30%	7,96%	7,04%	1,66%	-0,92%
Percentuale ricoveri urgenti brevi					
% dimessi <2gg	5,68%	5,87%	4,94%	0,19%	-0,93%
Percentuale DRG a rischio inappropriatezza in DO					
% DRG a rischio inappropriatezza	12,57%	13,24%	13,80%	0,67%	0,56%
% DRG a rischio inappropriatezza CHIR	16,39%	15,83%	15,58%	-0,56%	-0,25%
% DRG a rischio inappropriatezza MED	10,42%	11,66%	12,57%	1,24%	0,91%
Percentuale dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico					
% DRG medici	25,76%	25,97%	24,80%	0,21%	-1,17%
% DRG medici ORD	29,09%	29,90%	26,99%	0,81%	-2,91%
% DRG medici DH	21,05%	20,17%	21,53%	-0,88%	1,36%
Percentuale DRG complicati sul totale di DRG omologhi					
% DRG complicati sul totale di DRG omologhi	36,46%	37,86%	31,73%	1,40%	-6,13%
% DRG con CC su DRG omologhi ORD	43,53%	44,30%	37,84%	0,77%	-6,46%
% DRG con CC su DRG omologhi DH	11,32%	14,56%	12,38%	3,24%	-2,18%
Utilizzo post acuzie					
% Dimessi modalità 7 e 8 (lungodenza e riabilitazione)	3,95%	1,76%	1,38%	-2,19%	-0,38%
Continuità ospedale-territorio					
% Dimessi modalità 3,4,9 (RSA, osp. domiciliare, ADI)	2,26%	1,93%	2,09%	-0,33%	0,16%
Importo degenza					
Rimborso ritorno	106.026.647	116.684.244	123.025.604	10,05%	5,43%
Rimborso ritorno Ordinari	87.558.449	94.561.030	98.415.473	8,00%	8,00%
Rimborso ritorno Day Hospital	18.468.198	22.123.214	24.610.131	19,79%	19,79%
Degenza pre-post operatoria					
Degenza media preoperatoria	2,44	2,47	2,30	0,03	-0,17
Degenza media postoperatoria	7,03	7,08	7,01	0,05	-0,07
LEA 17. Rapporto tra DRG a rischio di inappropriatezza e non in regime ordinario					
Rapporto tra DRG a rischio di inapp e non	0,1386	0,1418	0,1506	0,0032	0,0088
<i>punteggio ponderato / trend</i>	22,5	22,5	22,5	=	=
LEA 18.1.1 Percentuale parti cesarei primari					
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	32,87%	29,61%	33,04%	-3,25%	3,43%
<i>punteggio ponderato / trend</i>	3	6	0	+	-
LEA 19. Percentuale di pazienti over 65 operati entro 48h per frattura collo femore					
Proporzione di interventi entro 2 giorni (%)	75,30%	68,37%	61,49%	-6,93%	-6,88%
<i>punteggio ponderato / trend</i>	13,5	13,5	13,5	=	=
Percentuale errori di codifica (edit DQE 3,9,23,24,26,49)					
% edit DQE	14,69%	15,01%	16,01%	0,32%	1,00%

Totale dimessi e valore della produzione

Anno di dimissione	Totale dimessi	dimessi ORD	dimessi DH	Importo totale	Importo ORD	Importo DH
2021	32 277	22 949	9 328	106 026 647	87 558 449	18 468 198
2022	33 654	23 519	10 135	116 684 244	94 561 030	22 123 214
2023	35 460	23 742	11 718	123 025 604	98 415 473	24 610 131
2021-2022	1 377	570	807	10 657 597	7 002 581	3 655 016
2022-2023	1 806	223	1 583	6 341 360	3 854 443	2 486 918
2021-2022 %	4.27%	2.48%	8.65%	10.05%	8.00%	19.79%
2022-2023 %	5.37%	0.95%	15.62%	5.43%	4.08%	11.24%

Nel 2022 si evidenzia un incremento del valore della produzione (+10,05%) sia per i ricoveri ordinari (+8%) che per quelli diurni (19,8%), verosimilmente dovuto ad un aumento della complessità del *case mix*. Si ricordi che dal 1 gennaio 2022 è stato incorporato lo stabilimento "Ospedale Marino Regina Margherita di Alghero", tuttavia i relativi flussi informativi sono stati trasmessi dalla ASSL di Sassari fino al 31 marzo 2022; pertanto, l'elaborazione contempla le dimissioni effettuate tra il 1 aprile al 31 dicembre 2022. Nel 2023 si ha un aumento del numero di dimessi (+5,37%) principalmente dovuto alla crescita del volume di attività in regime diurno (+15,62%), mentre per il regime ordinario non si registrano grandi variazioni (+0,95%). L'importo della degenza aumenta (+5,43%) soprattutto grazie al contributo dell'attività in regime ordinario (+4,08%).

Peso medio

Anno di dimissione	Totale dimessi	dimessi ORD	dimessi DH	dimessi med	dimessi chir	Peso DRG (Media)	Peso DRG ORD	Peso DRG DH	Peso DRG med	Peso DRG chir
2021	30.363	21.035	9.328	17.426	12.933	1,1882	1,3478	0,8281	0,9672	1,4863
2022	32.463	22.328	10.135	18.335	14.119	1,2025	1,3715	0,8301	0,9466	1,5355
2023	34.390	22.673	11.717	19.265	15.121	1,2189	1,4085	0,8520	0,9481	1,5642
Confronto 2021-2022	2.100	1.293	807	909	1.186	0,0143	0,0237	0,0020	-0,0206	0,0492
Confronto 2022-2023	1.927	345	1.582	930	1.002	0,0164	0,0370	0,0219	0,0015	0,0287

Nel 2022 si ha un complessivo aumento del peso medio (+0,0143), dipendente dai DRG chirurgici (+0,0492).

Nel 2023 si ha un aumento del peso dell'attività in regime ordinario (+0,037), in particolare si conferma l'aumento del peso dei DRG chirurgici (+0,0287) mentre per i DRG medici non ci sono significative variazioni (+0,0015). Un aumento del peso si registra pure per il regime diurno (+0,0219).

Degenza media trimmata

Anno di dimissione	Totale dimessi	dimessi inlier	Degenza media trimmata	Dimessi inlier DRG medici	Degenza media trimmata DRG medici	Dimessi inlier DRG chirurgici	Degenza media trimmata DRG chirurgici
2021	19 445	16 446	8.08	10 382	8.00	6 064	8.22
2022	20 369	16 749	8.06	10 200	8.08	6 545	8.03
2023	20 886	17 287	8.09	10 074	8.15	7 209	8.02
Confronto 2021-2022	924	303	-0.02	-182	0.08	481	-0.19
Confronto 2022-2023	517	538	0.03	-126	0.07	664	-0.01

Nel 2022 l'indicatore è sostanzialmente invariato (-0,02), i DRG medici vedono un modesto incremento (+0,08) che viene controbilanciato dai DRG chirurgici (-0,19).

Nel 2023 si ha un leggero aumento complessivo delle giornate di degenza (+0,03), dovuto ai DRG medici (+0,07), mentre per l'attività chirurgica il valore è praticamente invariato (-0,01).

Percentuale di ricoveri sopra soglia (outlier) per acuti

Anno di dimissione	Totale dimessi	Dimessi outlier	% dimessi outlier	Dimessi DRG medici	Dimessi outlier DRG medici	% outlier DRG medici	Dimessi DRG chirurgici	Dimessi outlier DRG chirurgici	% outlier DRG chirurgici
2021	20 352	1 371	6.74%	12 909	813	6.30%	7 441	557	7.49%
2022	21 562	1 627	7.55%	13 409	1 067	7.96%	8 149	560	6.87%
2023	21 836	1 470	6.73%	12 876	907	7.04%	8 956	563	6.29%
Confronto 2021-2022	1 210	256	0.81%	500	254	1.66%	708	3	-0.62%
Confronto 2022-2023	274	-157	-0.82%	-533	-160	-0.92%	807	3	-0.58%

Nel 2022 l'indicatore è complessivamente in aumento soprattutto per il marcato incremento dei DRG medici (+1,66%) mentre i DRG chirurgici risultano in calo (-0,62%).

Nel 2023 si evidenzia una riduzione generale (-0,82%), più marcata per i DRG medici (-0,92%) che per i DRG chirurgici (-0,58%).

Percentuale di ricoveri urgenti brevi

Anno di dimissione	Totale dimessi	Ricoveri urgenti	Ricoveri urgenti brevi	% ricoveri urgenti brevi
2021	19 445	14 383	817	5.68%
2022	20 369	14 099	828	5.87%
2023	20 886	13 638	674	4.94%
Confronto 2021-2022	924	-284	11	0.19%
Confronto 2022-2023	517	-461	-154	-0.93%

Il 2022 mostra un lieve peggioramento rispetto al 2021 (+0,19%).

Nel 2023 si assiste ad un netto miglioramento con una importante riduzione dei ricoveri urgenti brevi (-0,93%).

Percentuale di DRG a rischio di inapproprietezza in Degenza Ordinaria

Anno di dimissione	Totale dimessi	Dimessi a rischio di inapproprietezza	Dimessi MED	Dimessi a rischio inapproprietezza MED	Dimessi CHIR	Dimessi a rischio inapproprietezza CHIR	% dimessi a rischio di inapproprietezza	% dimessi MED a rischio inapproprietezza	% dimessi CHIR a rischio inapproprietezza
2021	20.871	2.624	13.338	1.390	7.531	1.234	12,57%	10,42%	16,39%
2022	21.783	2.884	13.501	1.574	8.278	1.310	13,24%	11,66%	15,83%
2023	22.315	3.079	13.210	1.661	9.101	1.418	13,80%	12,57%	15,58%
Confronto 2021-2022	912	260	163	184	747	76	0,67%	1,24%	-0,56%
Confronto 2022-2023	532	195	-291	87	823	108	0,56%	0,91%	-0,25%

Nel 2022 si evidenzia un peggioramento relativo ai DRG medici (+1,24%), mentre per i DRG chirurgici c'è un lieve miglioramento (-0,56%).

Nel 2023 si evidenzia un peggioramento (+0,56%) dovuto ai DRG medici (+0,91%), mentre i DRG chirurgici mostrano un lieve calo (-0,25%).

Percentuale di dimissione da reparti chirurgici con DRG medico

Anno di dimissione	Totale dimessi	Dimessi MED	Dimessi ORD	Dimessi MED ORD	Dimessi DH	Dimessi MED DH	% dimessi MED	% dimessi MED ORD	% dimessi MED DH
2021	15.295	3.940	8.958	2.606	6.337	1.334	25,76%	29,09%	21,05%
2022	16.613	4.314	9.900	2.960	6.713	1.354	25,97%	29,90%	20,17%
2023	17.318	4.295	10.365	2.798	6.953	1.497	24,80%	26,99%	21,53%
Confronto 2021-2022	1.318	374	942	354	376	20	0,21%	0,81%	-0,88%
Confronto 2022-2023	705	-19	465	-162	240	143	-1,17%	-2,91%	1,36%

Nel 2022 si ha un peggioramento dovuto al regime ordinario (+0,81%), mentre il regime diurno registra una lieve diminuzione (-0,88%).

Nel 2023 si ha un notevole miglioramento relativamente al regime ordinario (-2,91%), mentre per il regime diurno si registra un peggioramento (+1,36%).

Percentuale DRG complicati sul totale di DRG omologhi

Anno di dimissione	Totale dimessi	Dimessi ORD	Dimessi DH	Totale dimessi Complicati	Totale DRG omologhi	Dimessi ORD Complicati	Dimessi ORD omologhi	Dimessi DH Complicati	Dimessi DH omologhi	% di DRG complicati sul totale di DRG omologhi	% DRG complicati ORD	% DRG complicati DH
2021	31.745	22.417	9.328	3.553	9.744	3.311	7.607	242	2.137	36,46%	43,53%	11,32%
2022	33.450	23.315	10.135	3.614	9.546	3.313	7.479	301	2.067	37,86%	44,30%	14,56%
2023	35.345	23.627	11.718	3.157	9.951	2.861	7.560	296	2.391	31,73%	37,84%	12,38%
Confronto 2021-2022	1.705	898	807	61	-198	2	-128	59	-70	1,40%	0,77%	3,24%
Confronto 2022-2023	1.895	312	1.583	-457	405	-452	81	-5	324	-6,13%	-6,46%	-2,18%

Il risultato è variabile negli anni, rendendo difficile attribuire le differenze alla qualità della codifica della SDO o invece semplicemente alla variazione della casistica clinica. Nel 2022 si registra un incremento che ha caratterizzato principalmente il regime diurno (+3,24%).

Nel 2023 si evidenzia una riduzione complessiva (-6,13%), soprattutto per il regime ordinario (-6,46%).

Utilizzo post acuzie

Anno di dimissione	Totale dimessi	Dimessi modalità 7	Dimessi modalità 8	Dimessi modalità 7 e 8	% dimessi modalità 7	% dimessi modalità 8	% dimessi modalità 7 e 8
2021	22 417	708	178	886	3.16%	0.79%	3.95%
2022	23 315	247	163	410	1.06%	0.70%	1.76%
2023	23 627	142	185	327	0.60%	0.78%	1.38%
Confronto 2021-2022	898	-461	-15	-476	-2.10%	-0.09%	-2.19%
Confronto 2022-2023	312	-105	22	-83	-0.46%	0.08%	-0.38%

Nel 2022 si osserva un netto peggioramento della modalità 7 (Trasferimento ad altro regime di ricovero o ad altro tipo di attività di ricovero nell'ambito dello stesso istituto, -2,10%) mentre la modalità 8 (Trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione) risulta pressoché invariata (-0,09%).

Nel 2023 si osserva un peggioramento rispetto all'anno precedente (-0,38%), dovuto alla modalità 7 (-0,46%), mentre la modalità 8 registra un leggero miglioramento (+0,08%).

Continuità ospedale-territorio

Anno di dimissione	Totale dimessi	Dimessi modalità 3	Dimessi modalità 4	Dimessi modalità 9	Dimessi modalità 3, 4 e 9	% dimessi modalità 3	% dimessi modalità 4	% dimessi modalità 9	% dimessi modalità 3, 4 e 9
2021	15 595	105	63	184	352	0.67%	0.40%	1.18%	2.26%
2022	17 127	100	40	190	330	0.58%	0.23%	1.11%	1.93%
2023	17 777	88	55	229	372	0.50%	0.31%	1.29%	2.09%
Confronto 2021-2022	1 532	-5	-23	6	-22	-0.09%	-0.17%	-0.07%	-0.33%
Confronto 2022-2023	650	-12	15	39	42	-0.08%	0.08%	0.18%	0.16%

Nel 2022 si registra un peggioramento complessivo di tutte le modalità (-0,33%).

Nel 2023 si ha un modesto miglioramento complessivo (+0,16%), garantito principalmente dalla modalità 9 (attivazione di ospedalizzazione domiciliare ADI, +0,18%).

Degenza pre / post – operatoria

Anno di dimissione	Durata della degenza preoperatoria (Media)	Durata della degenza postoperatoria (Media)
2021	2.44	7.03
2022	2.47	7.08
2023	2.30	7.01
Confronto 2021-2022	0.03	0.05
Confronto 2022-2023	-0.17	-0.07

Nel 2022 sia la degenza pre-operatoria (+0,03) che post-operatoria (+0,05) restano pressoché invariate.

Nel 2023 si osserva un miglioramento dell'indicatore con diminuzione della durata della degenza sia preoperatoria (-0,17) che postoperatoria (-0,07).

LEA 17. Rapporto tra DRG a rischio di inappropriately e non in regime ordinario

Anno di dimissione	Totale dimessi	Dimessi a rischio di inappropriately	Dimessi non a rischio inappropriately	Rapporto tra DRG a rischio di inappropriately e non in regime ordinario
2021	22 417	2 655	19 762	0.1343
2022	23 315	2 895	20 420	0.1418
2023	23 627	3 093	20 534	0.1506

Nel triennio 2021-2023 si raggiunge un buon risultato in termini di valutazione sintetica: il punteggio LEA corrispondente al valore raggiunto permette di rimanere nella categoria più elevata, tuttavia si osserva un continuo peggioramento dell'indicatore nel periodo in esame.

LEA 18.1 Percentuale di parti cesarei primari

Anno di dimissione	N parti cesarei primari	Totale parti	% parti cesarei primari (valutazione griglia LEA 2019)
2021	376	1144	32.87%
2022	329	1 111	29.61%
2023	340	1 029	33.04%

Nel 2021 si ha un leggero miglioramento rispetto al precedente anno che però non consente di raggiungere la soglia del 30%, la valutazione sintetica è quindi "scostamento rilevante ma in miglioramento". Nel 2022 c'è un significativo miglioramento ed il valore scende sotto il 30%, consentendo di ottenere la valutazione di "scostamento minimo".

Nel 2023 si registra un peggioramento tale da comportare la valutazione di "scostamento non accettabile", in quanto la percentuale supera il 30% (33,04%) e l'indicatore risulta in crescita rispetto all'anno precedente.

Anno di dimissione	N parti cesarei primari	Totale parti	% parti cesarei primari (valutazione griglia LEA 2019)	PNE (dal sito)
2021	376	1144	32,87%	38,50%
2022	329	1.111	29,61%	33,56%
2023	340	1.029	33,04%	

LEA 19. Percentuale di pazienti >65 operati <48h per frattura del collo del femore

Anno Dimissione	Numero di interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni	Numero di interventi per frattura del collo del femore	Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore	Proporzione di interventi entro 2 giorni (%) LEA 2019
2021	250	303	332	75.30%
2022	268	363	392	68.37%
2023	297	447	483	61.49%

Nel 2022 l'indicatore peggiora nettamente, contestualmente all'incorporazione dell'Ospedale Marino di Alghero; per questo stabilimento, infatti, il valore dell'indicatore è del 50%, sovrapponibile al 51,06% della Clinica Ortopedica a fronte del 76% della Ortopedia e Traumatologia. Nonostante ciò, il risultato globale medio ottenuto consente di rimanere nella fascia più alta (>60%) di punteggio LEA.

Nel 2023 si registra un peggioramento, con il punteggio più basso nella serie storica esaminata che si avvicina al valore soglia del 60%. A fronte di un valore di 66,1% raggiunto dall'Ortopedia e Traumatologia di Sassari, restano molto negativi i risultati raggiunti dalla Clinica Ortopedica (50%) e dalla Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale Marino (55,5%).

Percentuale errori di codifica

Anno di dimissione	Totale dimessi	dimessi con edit DQE 3,9,23,24,26,49	% dimessi con edit DQE 3,9,23,24,26,49
2021	32 277	4 742	14.69%
2022	33 654	5 050	15.01%
2023	35 460	5 678	16.01%
Confronto 2021-2022	1 377	308	0.32%
Confronto 2022-2023	1 806	628	1.00%

L'andamento dell'indicatore mostra un progressivo peggioramento nell'arco del periodo osservato, minore nel 2022 (+0,32%) e più consistente nel 2023 (+1%).

3.3.1. Conclusioni

Anno 2023

L'anno 2023 ha fatto registrare un incremento complessivo del volume dell'attività di ricovero (+5,37%), in particolare i dimessi in regime ordinario sono aumentati dello 0,95%, mentre per quanto riguarda il regime diurno l'aumento è stato del 15,62%. Allo stesso modo c'è stato un incremento del valore della produzione (+5,43%), che ha riguardato sia il regime ordinario (+4,08%) che quello diurno (+11,24%).

Il peso medio del regime ordinario registra una significativa crescita (+0,037) così come quello del regime diurno, indicando una maggiore complessità della casistica.

La durata della degenza ha un andamento contrastante tra DRG medici in peggioramento (+0,07) e DRG chirurgici sostanzialmente stabili (-0,01); per quanto riguarda la percentuale di ricoveri oltre soglia c'è un miglioramento complessivo (-0,82%), maggiore per i DRG medici (-0,92%) rispetto ai DRG chirurgici (-0,58%).

Si assiste inoltre al miglioramento della percentuale dei ricoveri urgenti brevi (-0,93%) e della percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico (-1,17%), mentre peggiora la percentuale dei DRG a rischio di inappropriatazza in regime ordinario (+0,56%). La percentuale di DRG complicati sul totale di omologhi segna una significativa diminuzione (-6,13%). La degenza preoperatoria media migliora di 0,17.

Sono contrastanti i risultati degli indicatori relativi a ricorso alle discipline post-acuzie (-0,38%) e alla continuità ospedale-territorio (+0,16%), risultando in peggioramento soprattutto il trasferimento a regime post-acute interno (-0,46%) mentre migliora leggermente la dimissione di pazienti con attivazione di ADI (+0,08%) e ospedalizzazione domiciliare (+0,18%).

Gli indicatori della Griglia LEA registrano un peggioramento generale: il peggioramento dei parti con taglio cesareo primario (33,04%) comporta una diminuzione del punteggio, mentre la percentuale di pazienti >65aa operati entro 48h per frattura del collo del femore, pur consentendo di ottenere il punteggio massimo, si avvicina alla soglia del 60% (61,49%), al di sotto della quale si ha una valutazione di "scostamento minimo".

I dati finora disponibili possono dare indicazioni di carattere generale, considerando anche i recenti cambiamenti di carattere organizzativo seguenti all'approvazione del nuovo atto aziendale, così come avvenuto nelle altre AA.SS. della Regione Sardegna in applicazione della L.R.24/2020.

In estrema sintesi, in riferimento ai parti con taglio cesareo primario la valutazione secondo la metodologia della c.d. griglia LEA considerato il peggioramento rispetto al precedente anno ed il superamento della soglia del 30% (33%), attribuirebbe il giudizio di "scostamento non accettabile", il più basso della scala. La provvisorietà del dato e l'approssimazione intrinseca alla metodologia di calcolo potrebbero avere sovrastimato il valore dell'indicatore. La Direzione strategica ha comunque dato indicazioni al fine di monitorare il dato e attuare conseguentemente le eventuali azioni correttive finalizzate al miglioramento del dato.

3.4. VALUTAZIONE DEL PIANO NAZIONALE ESITI

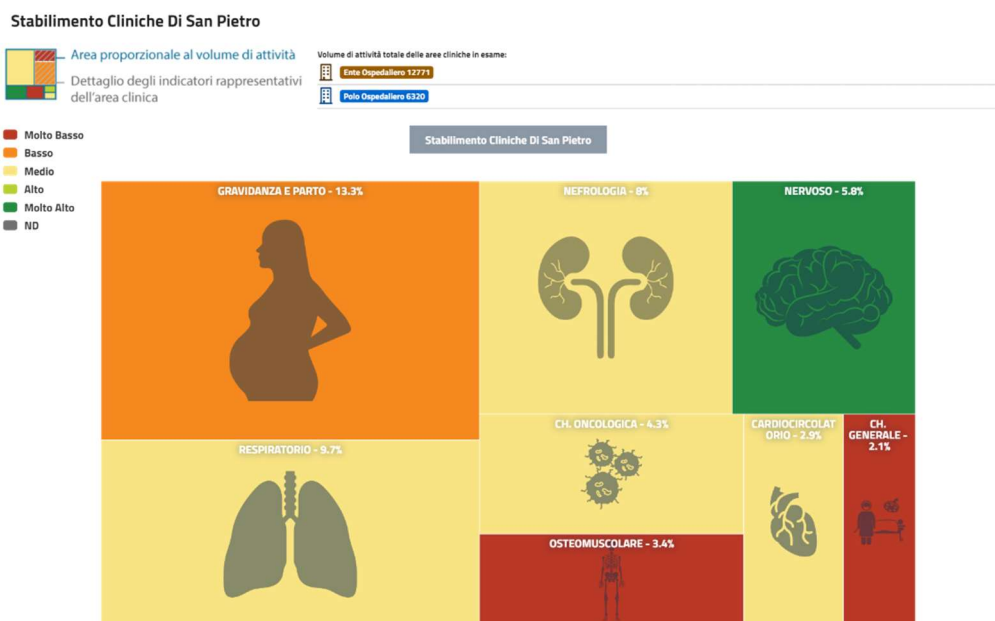
AGENAS ha pubblicato, il 26 Ottobre 2023, l'edizione 2023 del PNE che fa riferimento all'attività assistenziale (ricoveri) effettuata nell'anno 2022: di seguito sono riportati i treemap dei due presidi dell'AOU di Sassari e, a seguire, il dettaglio degli indicatori delle diverse aree cliniche monitorate dal Programma Nazionale Esiti.

LIVELLO DI ADERENZA A STANDARD DI QUALITA' E AL VOLUME DI ATTIVITA' DELLA STRUTTURA

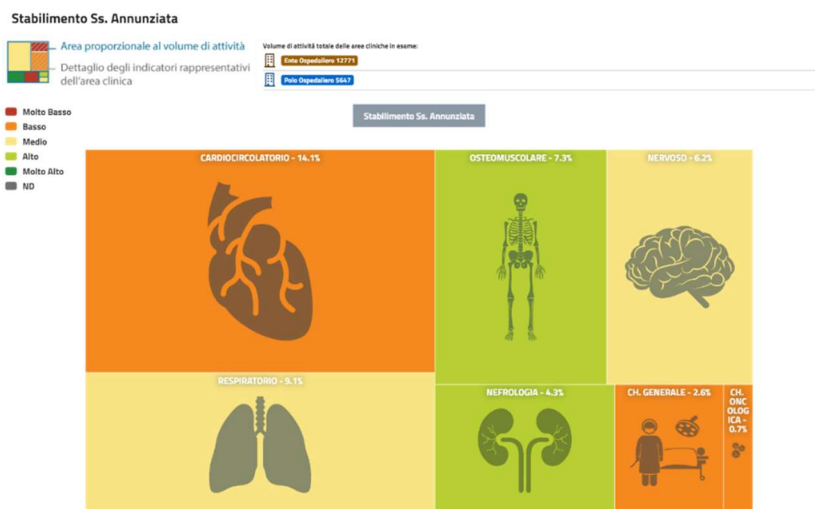
TREEMAP AREE CLINICHE PROPORZIONALI AI VOLUMI DI ATTIVITA'

Treemap: Aree cliniche proporzionali ai volumi di attività delle

Cliniche San Pietro – Fonte PNE 2022 (Dati pubblicati nel 2023)



Presidio Ospedaliero SS Annunziata – Fonte PNE 2022 (Dati pubblicati nel 2023)



La tabella seguente indica il confronto dei dati di riferimento anni 2021/2022 per area di osservazione PNE

Cliniche San Pietro	PNE 2021	PNE 2022
Gravidanza e Parto	16,1%	13,3%
Respiratorio	11,3%	9,7%
Nervoso	6,4%	5,8%
CH. Oncologica	4,9%	4,3%
CH. Generale	2,4%	2,1%
Cardiocircolatorio	-	2,9%
Osteomuscolare	-	3,4%

Presidio Ospedaliero SSA	PNE 2021	PNE 2022
Cardiocircolatorio	17,7%	14,1%
Respiratorio	12,5%	9,1%
Nervoso	8,6%	6,2%
Osteomuscolare	9,0%	7,3%
CH. Generale	3,2%	2,6%
CH. Oncologica	0,9%	0,7%
Nefrologia		4,3%

Negli schemi successivi il dettaglio degli indicatori PNE, edizione anno 2023, è posta a confronto con l'edizione dell'anno precedente 2022.

Cliniche San Pietro		PNE 2022			PNE 2023		
Area Clinica	Indicatore	N°	% ADJ	% Italia	N°	% ADJ	% Italia
CARDIOCIRCOLATORIO	Scompenso cardiaco congestizio: mortalita' a 30 gg 10	n.v.					
	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalita' a 30 gg	n.v.			59	2.52	1.64
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalita' a 30 gg	111	3.5	10.84	138	4.39	10.54
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalita' a 30 gg	81	10	13.77	124	10.47	11.68
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post- operatoria < 3 gg	67	34.2	80.69	52	35.33	82.81
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi eseguiti in reparti con volume di attività > di 90	101	0	70.61			
CH. ONCOLOGICA	Chirurgia TM mammella: % di interventi effettuati in reparti con volume di attività > di 135 casi	250	65.6	78.35			
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalita' a 30 gg	116	3	4.63	129	2.47	4.14
	% di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da chirurgia conservativa per TM mammella	111	7	5.97	153	5.60	5.60
	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalita' a 30 gg	n.v.					
GRAVIDANZA E PARTO	% parti con taglio cesareo primario	1019	38.5	22.4	1081	33.56	23.06
	Parto naturale: % complicanze durante il parto ed il puerperio	n.v.					
	Parto cesareo: % complicanze durante il parto ed il puerperio	n.v.					
	% parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	188	2.1	10.71	207	6.44	10.58

Presidio Ospedaliero Santissima Annunziata		PNE 2022			PNE 2023		
Area Clinica	Indicatore	N°	% ADJ	% Italia	N°	% ADJ	% Italia
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: mortalita' a 30 gg	377	5.1	7.74	339	6.59	7.69
	By-pass Aortocoronarico isolato: mortalita' a 30 gg	210	1.2	2.16	213	3.57	2.17
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 gg	n.v.					
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalita' a 30 gg	128	6.2	2.51	174	6.15	2.42
	Stemi: % trattati con PTCA entro 90 minuti	189	31.9	50.58			
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalita' a 30 gg	353	11.7	11.21	246	9.90	10.73
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalita' a 30 gg	171	12.2	10.84	184	11.50	10.54
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalita' a 30 gg dall'intervento di craniotomia	123	3	290	132	2.09	3.11
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalita' a 30 gg	216	12.8	13.77	233	8.59	11.68
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post operatoria < 3 gg	98	43.8	80.69	121	55.95	82.81
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi eseguiti in reparti con volume di attività > di 90	132	99.2	70.61			
CH. ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM colon: mortalita' a 30 gg	98	7.5	4.63	88	4.11	4.14
	Chirurgia TM mammella: % di interventi effettuati in reparti con volume di attività > di 135 casi	n.v.					
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 gg	276	73.2	48.59	249	63.81	50.16
	Frattura della tibia e del perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	39	2	4			

3.5. LE RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE

La tabella seguente espone le assegnazioni RAS del Bilancio consuntivo 2022, dell'ultimo Bilancio di previsione 2023 adottato con Delibera del Direttore Generale nr. 431 del 28/04/2023 e le "assegnazioni provvisorie" per il Bilancio consuntivo 2023 così come da indicazioni nota RAS 14218 del 20/05/2024.

DESCRIZIONE	Bilancio 2022	Bilancio di previsione 2023	Bilancio 2023*
A.1.A.1.1) Finanziamento indistinto	81.327.531,77	102.414.008,93	102.414.008,93
A.1.A.1.2) Finanziamento indistinto finalizzato da Regione	8.610.096,26	7.138.411,77	11.179.383,92
A.1.A.1.3.A) Funzioni - Pronto Soccorso	9.509.546,41	9.240.299,91	9.240.299,91
A.1.A.1.3.B) Funzioni - Altro	2.669.299,30	3.455.749,46	3.455.749,46
A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	46.374.220,61	29.302.057,30	29.302.057,30
A.4.A.1.1) Prestazioni di ricovero	113.818.638,64	103.856.156,85	103.856.156,85
A.4.A.1.2) Prestazioni di specialistica ambulatoriale	17.430.879,28	17.978.745,35	17.978.745,35
A.4.A.1.3) Prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	2.230.372,46	1.562.993,26	1.562.993,26
A.4.A.1.5) Prestazioni di File F	53.093.003,25	48.732.909,10	48.732.909,10
A.4.A.3.1) Prestazioni di ricovero	1.838.633,21	1.932.738,92	1.932.738,92
A.4.A.3.2) Prestazioni ambulatoriali	80.446,52	43.967,48	43.967,48
A.4.A.3.5) Prestazioni di File F	187.931,30	920.580,85	920.580,85
A.4.A.3.13) Ricavi GSA per differenziale saldo mobilità interregionale	-	711.387,71	711.387,71
A.4.A.3.17) Altre prestazioni sanitarie a rilevanza sanitaria - Mobilità attiva Internazionale rilevata dalle AO, AOU, IRCCS.	568.381,10	369.603,97	369.603,97
Totale assegnazioni RAS	337.738.980,11	327.659.610,86	331.700.583,01

3.6. LA TRASPARENZA E L'ANTICORRUZIONE

Si sintetizzano le principali attività per l'anno 2023 svolte dal Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione (di seguito RTPC):

- aggiornamento 2023 della sezione dedicata alla Prevenzione della Corruzione e alla Trasparenza - Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025 dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari – delibera n. 102 del 31/01/2023;
- gestione della piattaforma informatica per le segnalazioni di illeciti prevista nel progetto “Whistleblowing P.A., relativa al progetto WhistleblowingPA di Transparency International Italia e del Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani e Digitali;
- costante verifica e aggiornamento, della sezione “Amministrazione trasparente” nel sito internet Aziendale e conseguente attività di attuazione degli adempimenti sulla trasparenza previsti dal D.lgs 33 del 14 marzo 2013 e dal D.lgs 97 del 25 maggio 2016, inseriti nella sezione II del “Piano aziendale per la prevenzione della corruzione triennio 2023/2025”;
- pubblicazione nella sezione “amministrazione trasparente” della certificazione dell'O.I.V., relativa al rilascio dell'attestazione dichiarante la veridicità e l'attendibilità di quanto pubblicato nella sezione amministrazione trasparente (ai sensi dell'art. 14 c. 4, lett. g del D.lgs n. 150/2009 e della delibera ANAC n. 203/2023,) al seguente URL: https://www.aousassari.it/documenti/11_578_20231205125141.pdf
- proseguo dell'attività formativa attraverso piattaforme informatiche a distanza e-elearning;
- gestione delle richieste di accesso civico generalizzato;
- gestione e attività di controllo e vigilanza sulle segnalazioni acquisite;
- monitoraggio sullo stato di attuazione del PTPC.

4. VALUTAZIONE OBIETTIVI DIRETTORE GENERALE

Con la deliberazione n. 4/62 del 16.02.2023, la Giunta regionale ha assegnato gli obiettivi per l'anno 2023 ai Direttori generali delle aziende sanitarie regionali, successivamente modificati con la deliberazione n. 19/63 del 01.06.2023 e la Delibera n. 33/6 del 13 ottobre 2023.

Gli obiettivi sono articolati in due Macroaree:

- a) Obiettivi tempi di pagamento dei debiti commerciali, con peso di 30/100
- b) Obiettivi Strategici, con peso di 70/100

A sua volta, gli Obiettivi Strategici si dividono nei seguenti sotto livelli:

- a) Livello dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e della qualità: 42/100
 - a. Area del mantenimento dei Lea, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'efficacia del SSR: 32/100
 - b. Area della Qualità e del Governo clinico: 10/100
- b) Livello della sostenibilità economica e finanziaria: 28/100
 - a. Area della razionalizzazione e contenimento della spesa: 8/100
 - b. Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare: 7/100
 - c. Area della gestione Amministrativo-Contabile: 13/100

A loro volta, i sottolivelli sono divisi negli obiettivi specifici.

OBIETTIVO	PESO	
Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali	30	
Obiettivi Strategici	70	
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità	42	
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	32	42
Area della Qualità e Governo clinico	10	
Livello della sostenibilità economica e finanziaria	28	
Area della razionalizzazione e contenimento della spesa	8	28
Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare	7	
Area della gestione amministrativo-contabile	13	

In data 08/02/2024 con nota nr. PG/2024/0002411 si è provveduto a trasmettere alla Ras il riscontro provvisorio degli obiettivi del Direttore Generale anno 2023 così come di seguito articolati.

Obiettivi di Mandato

1. Tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018.

Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali - 30			
Obiettivo (peso 100)	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2023
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	58,91 gg

Risultato atteso: Numero medio di giornate di ritardo nel pagamento, rispetto ai 60 giorni previsti, pari a zero.

Risultato ottenuto: In merito ai tempi di **pagamento**, si comunica che per la nostra Azienda il risultato è stato di **gg 58,91**.

Si specifica che l'obiettivo risulta raggiunto sia considerando le fatture corrispondenti all'intero mandato del DG di competenza degli anni 2022/2023, che le fatture di competenza esclusivamente dell'anno 2023.

Conclusioni: Obiettivo raggiunto

2. Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato.

Obiettivi strategici -70			
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 42			
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR - 32			
Obiettivo (peso 6)	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2023
Includere nei percorsi di screening oncologico organizzato i centri di secondo livello ubicati presso l'AOU di Sassari	Evidenza di accordi stipulati o rinnovati in base agli indirizzi regionali di cui alla DGR n. 5/32 del 29.1.2019	Almeno un accordo stipulato e/o rinnovato con ASL n. 1 di Sassari entro il 31/12/2023	Del. Nr. 1055 del 24/10/2023: Aggiornamento Convenzione tra l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari e l'Azienda Sanitaria Locale di Sassari per garantire prestazioni specialistiche di approfondimento diagnostico incluse nel percorso di screening organizzato per la prevenzione del tumore della mammella, del colon retto e della cervice uterina.

Nota agli obiettivi di Mandato:

Con l'accorpamento del P.O. SS. Annunziata all'AOU di Sassari è indispensabile definire i rapporti di committenza con la ASL di Sassari per garantire, nell'ambito dei percorsi di screening oncologico organizzato, l'acquisizione di alcune prestazioni di secondo livello non disponibili nel territorio tali da consentire il riavvio e/o un'adeguata estensione dei Programmi. Inoltre, i rapporti interaziendali sono funzionali alla riorganizzazione complessiva dei percorsi su base regionale/area vasta e al miglioramento qualitativo dei Programmi e migliorare la copertura degli stessi coerentemente con quanto definito nella programmazione regionale (PRP 2020-2025 PL 13).

Risultato atteso: ≥ 1

Risultato ottenuto: Pubblicazione aggiornamento delibera

Conclusioni: Obiettivo raggiunto

- 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

Obiettivi strategici -70			
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 42			
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR – 32			
Obiettivo (peso 5)	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2023
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	$\geq 24\%$	33%

Note agli obiettivi di mandato:

DGR n. 23/15 del 29/04/2020 di recepimento degli accordi tra Stato - Regione e le Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di donazione e trapianti d'organi, tessuti e cellule sanciti nelle sedute della Conferenza Stato Regioni del 14 dicembre 2017, del 24 gennaio 2018, 8 marzo 2018, e in particolare l'accordo del 14 dicembre 2017 con il quale sono stati individuati i principi generali che sottendono alla predisposizione degli obiettivi

Risultato atteso: % di segnalazioni ME su numero di decessi con LCA $\geq 24\%$

Risultato ottenuto: Dalla relazione trasmessa dalla referente aziendale, che si allega alla presente nota, si evince una % di raggiungimento pari al 33%. Il dato è provvisorio e si riferisce ai dati in possesso ad oggi dell'azienda al 31/10/2023, come da relazione allegata.

Conclusioni: Obiettivo raggiunto

4. Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA

Obiettivi strategici -70			
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 42			
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR – 32			
Obiettivo (peso 5)	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2023
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), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo *100	50%	46,28%

Note agli obiettivi di mandato:

Si considerano le prestazioni oggetto di monitoraggio PNGLA di primo accesso.

Osservazioni: come da nota **PG/2024/0002258 del 06/02/2024**, che si allega alla presente, si precisa che la Mission aziendale consiste nell’attività di ricovero per acuti e programmato e di Pronto Soccorso. L’attività ambulatoriale deve essere prevalentemente riservata alle prestazioni di 2° e 3° livello e ad altissima complessità, proprie del Dea di II Livello ed HUB. Tali prestazioni, non eseguibili sul territorio, comportano la “presa in carico globale del paziente” e del successivo follow up. Un importante impegno in termini di uomini e mezzi è riservato al follow-up dei pazienti oncologici afferenti all’Azienda, che richiedono un notevole carico di prestazioni, per tutti i servizi coinvolti, quali radiologie medicina nucleare, diagnostica etc. Nonostante quanto su esposto per l’anno 2023 l’AOU è riuscita a dare un contributo nell’erogazione delle prestazioni di primo accesso a CUP superiore al 46% (l’estrpolazione ancora parziale del dato).

Volendo determinare la risultanza dell’indicatore tenuto conto delle osservazioni sopra esposte, il risultato è il seguente.

P_1_ACC: numero di prestazioni prenotate tramite agenda pubblica con 1 accesso	E_1_ACC: numero di prestazioni prenotate tramite agenda esclusiva con 1 accesso	R_1_ACC: numero di prestazioni registrate con 1 accesso
19.977	16.696	6.488

$$(P_1_ACC + R_1_ACC) / (P_1_ACC + E_1_ACC + R_1_ACC) = 61,32\%$$

Risultato atteso: ≥ 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), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo *100 almeno 50%.

Risultato ottenuto: dall’estrazione del report trasmessa dal Referente RUGLA è stato calcolato un indicatore pari al 46,28%

Conclusioni: Obiettivo in attesa di verifica definitiva.

5. Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione

Obiettivi strategici -70			
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 42			
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR – 32			
Obiettivo (peso 6)	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2023
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. ≥ 95% 2. ≤ 5%	1. 100% 2. 4,9%

Note agli obiettivi di mandato:

I record e gli errori sono riferiti alla totalità dei flussi SDO (file A), SAM (file C), SDF (file F), PS (file I) dell'intero anno 2023.

L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per entrambi gli indicatori.

Risultato atteso: 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

Risultato ottenuto: 1. Sono stati trasmessi tutti i record

2. la % di errori calcolata è pari al 4,9%

Il calcolo è stato eseguito sulla somma dei flussi.

Conclusioni: Obiettivo raggiunto

6. Implementare attività previste nel il Piano triennale di attività per l'Alzheimer e le demenze per il triennio 2021-2023.

Obiettivi strategici -70			
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 42			
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR – 32			
Obiettivo (peso 5)	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2023
Implementare le attività previste nel 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, Arnas Brotzu e tutte le ASL (1-8).	n. 2 protocolli di diagnosi precoce e interventi riabilitativi, cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali per i Disturbi Neuro Cognitivi entro il 30/09.2023	Del. 1063 del 26/10/2023 n.1 Protocollo per la diagnosi precoce con disturbo Neurocognitivo

			n. 2 Protocollo riguardante gli interventi riabilitativi cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali per i disturbi Neurocognitivi
--	--	--	--

Risultato atteso: DGR n 31/15 del 13.10.2022 “Fondo per l’Alzheimer e le demenze, istituito ai sensi dell’articolo 1, comma 330, della legge 30 dicembre 2020 n. 178. Approvazione preliminare del Piano triennale di attività per il triennio 2021- 2023 e costituzione del tavolo tecnico regionale per il monitoraggio delle attività del fondo.”

DGR Delibera 20-77 del 30.06.2022 “Recepimento Accordi tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sui documenti recanti “Piano Nazionale Demenze”, “Linee di indirizzo nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze”, “Linee di indirizzo nazionali sull’uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno sulle demenze”, “Linee di indirizzo nazionali per la costruzione di comunità amiche delle persone con demenza” e “Raccomandazioni per la governance e la clinica delle persone con demenza”.

Risultato ottenuto: il risultato è stato raggiunto, ma è da segnalare un lieve ritardo nell’adozione del provvedimento.

A tale proposito è stata inoltrata, con nota formale **PG/2023/0016208 del 25/10/2023**, la richiesta di proroga in RAS per la quale si attende riscontro.

Conclusioni: in attesa di verifica da RAS

7. Implementazione PDTA per conseguimento del risparmio di sangue

Obiettivi strategici -70			
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 42			
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR – 32			
Obiettivo (peso 5)	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 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	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	1) 94,50% 2)94%

algoritmo preoperatorio PBM			
-----------------------------	--	--	--

Risultato atteso: • DM 2 novembre 2015. “Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti.”

- Linee guida per il Patient Blood Management a cura del Centro Nazionale Sangue (27/10/2016)
- DGR n. 52/27 del 23/12/2019 "Piano regionale sangue, emocomponenti e farmaci plasmaderivati – Triennio 2019/2021"
- Fonte informativa potrà essere il Servizio di Preospedalizzazione o la Direzione Sanitaria Ospedaliera in quanto trattandosi di interventi in elezione, il numero totale di pazienti che dovranno sottoporsi ad interventi in ottica PBM saranno solo quelli ad alto rischio emorragico.

Risultato ottenuto:

- 1) N° pazienti inviati a consulenza PBM/N°interventi chirurgici in elezione candidati al percorso di PBM = 94,50%
- 2) N° consulenze PBM efficaci/N° consulenze effettuate. (Delta Hb dopo supporto non trasfusionale >1g) = 94%

Conclusioni: Obiettivo raggiunto

8. Implementazione Sirmes

Obiettivi strategici - 70			
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 42			
Area della della Qualità e Governo clinico - 10			
Obiettivo (peso 6)	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2023
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	Incarichi di progettazione conferiti entro i termini previsti dal cronoprogramma definito in concerto con la RAS

Note agli obiettivi di mandato:

1. Il valore è misurato sui flussi informativi SIRMES relativi al 2023. N segnalazioni per Azienda Sanitaria
 2. Evidenza Documentale (alert report previsto nel SIRMES)
 3. Il valore è misurato sulle aree: chirurgica, medica, servizi ed emergenza-urgenza
- L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto lo standard riferito a tutti gli indicatori.

Risultato atteso: 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

Risultato ottenuto:

Conclusioni: Obiettivo raggiunto

9. Relazione reparti Ospedalieri da accreditare

Obiettivi strategici -70			
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 42			
Area della della Qualità e Governo clinico - 10			
Obiettivo (peso 4)	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2023
Produzione e invio di una relazione con indicazione dei reparti ospedalieri da accreditare	Delibera aziendale di approvazione	Deliberazione entro il 30/09/2023	Delibera n. 1006 del 27 /09/2023: Approvazione relazione con indicazione dei reparti ospedalieri da accreditare. DGR n. 4/62 del 16.02.2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023/09/2023

Risultato atteso: Nella relazione deve essere specificato l'elenco dei reparti, il numero di posti letto e per i servizi/ambulatori/laboratori il numero medio di prestazioni giornaliere/annuali.

Delibera aziendale di approvazione entro il 30/09/2023.

Risultato ottenuto: Delibera n. 1006 del 27/09/2023.

Conclusioni: Obiettivo raggiunto

10. Efficienza Economico finanziaria

Obiettivi strategici -70			
Livello della sostenibilità economica e finanziaria - 28			
Area della razionalizzazione e contenimento della spesa 8			
Obiettivo (peso 8)	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2023
Efficienza economico - finanziaria	Pareggio di bilancio	Ricavi = costi	
A) Razionalizzazione 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	€ 1.856.000	Nel caso in cui i l'obiettivo A non venisse raggiunto 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" (B-F) che concorrono all'area di

			razionalizzazione e contenimento della spesa
B) Razionalizzazione spesa farmaceutica	Incrementare le prescrizioni di medicinali la cui copertura brevettuale è scaduta, di almeno il 5%	Incremento del 5%	Obiettivi da prendere in considerazione se non sarà raggiunto l'obiettivo A) sopra indicato
C) Razionalizzazione spesa farmaceutica	Le prescrizioni dei medici che operano nelle strutture ospedaliere es 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. Le prescrizioni 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	Obiettivi da prendere in considerazione se non sarà raggiunto l'obiettivo A) sopra indicato
D) Razionalizzazione 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 della 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	Obiettivi da prendere in considerazione se non sarà raggiunto l'obiettivo A) sopra indicato
E) Razionalizzazione 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	Obiettivi da prendere in considerazione se non sarà raggiunto l'obiettivo A) sopra indicato
F) Razionalizzazione spesa farmaceutica	Chiusura del 95% schede registri entro 60 giorni dalla fine del trattamento	95% delle schede chiuse	Obiettivi da prendere in considerazione se non sarà raggiunto l'obiettivo A) sopra indicato

Efficienza economico – finanziaria- Pareggio di bilancio

Risultato atteso: Ricavi = costi

Risultato ottenuto: in attesa di riscontro successivamente alla chiusura del bilancio e integrazione fondo sanitario regionale

Conclusioni: in attesa di verifica.

RAZIONALIZZAZIONE SPESA FARMACEUTICA:

Obiettivo a: E' stata trasmessa in RAS la nota Prot. PG/2023/0018772 in data 07/12/2023: "Obiettivo: Area della razionalizzazione e contenimento della spesa: Razionalizzazione spesa farmaceutica" - Richiesta chiarimenti.

Risultato ottenuto: Obiettivo non raggiungibile

Obiettivo b: sono stati utilizzati, ove aggiudicati dal CAT tutti i farmaci equivalenti e biosimilari, le eccezioni sono state previste solo in casi documentati e autorizzati dalla direzione sanitaria, il risparmio poteva essere superiore se si fosse avuto accesso alla lenalidomide generica. A tale proposito si è inviata in Ras la nota: NP/2024/0000377 del 01/02/2024.

Risultato ottenuto: Obiettivo raggiunto

Obiettivo c: sono stati trasmessi in Ras i report con nota: NP/2024/0000377 del 01/02/2024.

Risultato ottenuto: Obiettivo raggiunto

Obiettivo d: è stato trasmesso in Ras il report finale in quanto obiettivo aggiornato dal IV trimestre 2023

Risultato ottenuto: Obiettivo raggiunto

Obiettivo e: NON DI COMPETENZA DI AOU, COME SEGNALATO E PERTANTO NON VERIFICABILE.

Risultato ottenuto: Obiettivo non misurabile.

Obiettivo f: Sono in corso le attività di verifica da parte delle unità operative interessate.

Risultato ottenuto: alla data odierna l'obiettivo risulta provvisoriamente raggiunto.

11. Rispetto delle milestone

Obiettivi strategici -70			
Livello della sostenibilità economica e finanziaria - 28			
Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare 7			
Obiettivo (peso 7)	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2023
Rispetto delle milestone del PNRR e PNC	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2023	100%

Risultato atteso: Rispetto delle milestone del PNRR e PNC relative all'avanzamento procedurale e fisico degli interventi contemplati negli atti di programmazione regionali.

Trasmissione verbali.

Risultato ottenuto: Obiettivo raggiunto

12. Rispetto dei termini di presentazione dei documenti di programmazione

Obiettivi strategici -70			
Livello della sostenibilità economica e finanziaria - 28			
Area della gestione amministrativo-contabile - 13			
Obiettivo (peso7)	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2023
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 dei documenti di programmazione entro il 15/11/2023	Delibera n. 1100 del 15/11/2023 Delibera 1099 del 15/11/2023 Delibera 1098 del 15/11/2023

Risultato atteso: Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2023

Risultato ottenuto: Delibera n. 1100 del 15/11/2023, Delibera 1099 del 15/11/2023, Delibera 1098 del 15/11/2023 approvate e pubblicate sul sito aziendale.

Conclusioni: Obiettivo raggiunto

13. Realizzazione degli studi di fattibilità necessari per l'attuazione dell'art. 42 del L.R. n. 24/2020

Obiettivi strategici -70			
Livello della sostenibilità economica e finanziaria - 13			
Area della gestione amministrativo-contabile - 6			
Obiettivo (peso6)	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2023
Realizzazione degli studi di fattibilità necessari per l'attuazione dell'art. 42 del L.R. n. 24/2020	2 studi di fattibilità trasmessi	2 studi di fattibilità trasmessi entro 60 gg dalla pubblicazione della presente D.G.R. di integrazione degli obiettivi direttori generali anno 2023	Relazione e trasmissione studio di fattibilità

Risultato atteso: 2 studi di fattibilità

Osservazioni: in attesa di riscontro alla nota trasmessa in RAS. Trattasi di uno studio di fattibilità trasmesso con nota **PG/2023/0011942 del 28/07/2023** e non di 2 come indicato nella delibera di aggiornamento degli obiettivi del 13 ottobre 2023. Per tale motivo è stata inoltrata in RAS una richiesta di chiarimenti con nota **PG/2023/0019646 del 22/12/2023**.

Conclusioni: Obiettivo raggiunto

Riepilogo raggiungimento risultato degli obiettivi di mandato del Direttore Generale per l'anno 2023

Nella tabella seguente sono rappresentati sinteticamente i risultati raggiunti per ciascun obiettivo assegnato.

Peso	Obiettivo	Risultato raggiunto
30	Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'arti	SI
6	Includere nei percorsi di screening oncologico organizzato in centri di secondo livello ubicati presso l'AOU di Sassari	SI
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	SI
5	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Subordinato a riscontro Ras
6	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	SI
5	Implementare le attività previste nel il Piano triennale di attività per l'Alzheimer e le demenze per il triennio 2021-2023	Subordinato a riscontro Ras
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) 1) Appropriatelyzza della fase pre-operatoria del PBM 2) Congruità nella fase diagnostica secondo algoritmo preoperatorio	SI
6	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	SI
4	Produzione e invio di una relazione con indicazione dei reparti ospedalieri da accreditare	SI
8	Efficienza economico - finanziaria	Subordinato a riscontro Ras
	A) 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	
	B) Incrementare le prescrizioni di medicinali la cui copertura brevettuale è scaduta, di almeno il 5%	
	C) Le prescrizioni dei medici che operano nelle strutture ospedaliere es 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. Le prescrizioni di medicinali non aggiudicati nelle suddette procedure non può superare il 5% della spesa aziendale per acquisti diretti.	
	D) 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 della Direzione sanitaria di appartenenza, che deve formalmente approvare o non approvare la richiesta. Le Direzioni trasmettono trimestralmente l'elenco delle RMP autorizzate	
	E) 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	
7	F) Chiusura del 95% schede registri entro 60 giorni dalla fine del trattamento	
7	Rispetto delle milestone del PNRR e PNC	SI
7	Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione	SI
6	Realizzazione degli studi di fattibilità necessari per l'attuazione dell'art. 42 del L.R. n. 24/2020	SI

5. IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

Nella Relazione sulla Performance si evidenziano le modalità con le quali si è svolto il processo di misurazione e valutazione.

Durante la fase della misurazione della performance si quantificano mediante indicatori il livello di raggiungimento dei risultati dell'Amministrazione, i contributi delle strutture organizzative, nonché i contributi individuali.

Nella fase della valutazione si analizzano e si interpretano i risultati misurati rispetto agli obiettivi assegnati e target, analizzando i fattori interni ed esterni che possono aver influito sul processo di raggiungimento degli obiettivi assegnati.

L'AOU di SS ha adottato con Deliberazione n. 282 del 11 aprile 2018, poi modificato con la Deliberazione n. 1122 del 29 novembre 2022, il Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) che funge da sentinella durante il processo di misurazione e valutazione

5.1. SOGGETTI INTERVENUTI

Nel processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale sono intervenuti:

- a) La Direzione Aziendale
- b) I Direttori di Dipartimento
- c) I Responsabili delle Strutture Aziendali
- d) Il personale dipendente
- e) L'Organismo Indipendente di Valutazione;

5.2. STRUMENTI UTILIZZATI: SCHEDA BUDGET

La scheda di budget ha riportato le seguenti informazioni:

- Dimensione di valutazione definite nel PIAO;
- Codice e descrizione dell'obiettivo operativo;
- Peso dell'obiettivo operativo (somma dei pesi=100);
- Formula e descrizione dell'indicatore (almeno uno per ogni obiettivo operativo);
- Peso indicatore (la somma dei pesi degli indicatori per uno stesso obiettivo deve essere pari a 100);
- Valore atteso a fine anno;
- Valore rilevato;
- Valore minimo accettabile (sotto il quale si dà punteggio zero).

5.3. FASI

5.3.1 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Gli obiettivi sono stati determinati in sede di negoziazione di budget. In fase di rendicontazione finale e con le modalità previste dal regolamento di budget, è stata determinata la percentuale di raggiungimento degli stessi da parte della struttura operativa, attraverso la raccolta della documentazione inviata da ciascuna U.O e verifica oggettiva del risultato ottenuto. La percentuale

calcolata costituisce la base di calcolo per la performance organizzativa di tutti i dipendenti afferenti a tale struttura quale contributo individuale al raggiungimento degli stessi.

Il riepilogo delle % di raggiungimento della performance organizzativa della Tecnostruttura, delle Strutture sanitarie e degli incarichi di programma sono riassunte nei file allegati alla presente.

Allegato n. 1) Riepilogo performance organizzativa Tecnostruttura al 31/07/2023;

Allegato n. 2) Riepilogo performance organizzativa Strutture sanitarie al 31/07/2023;

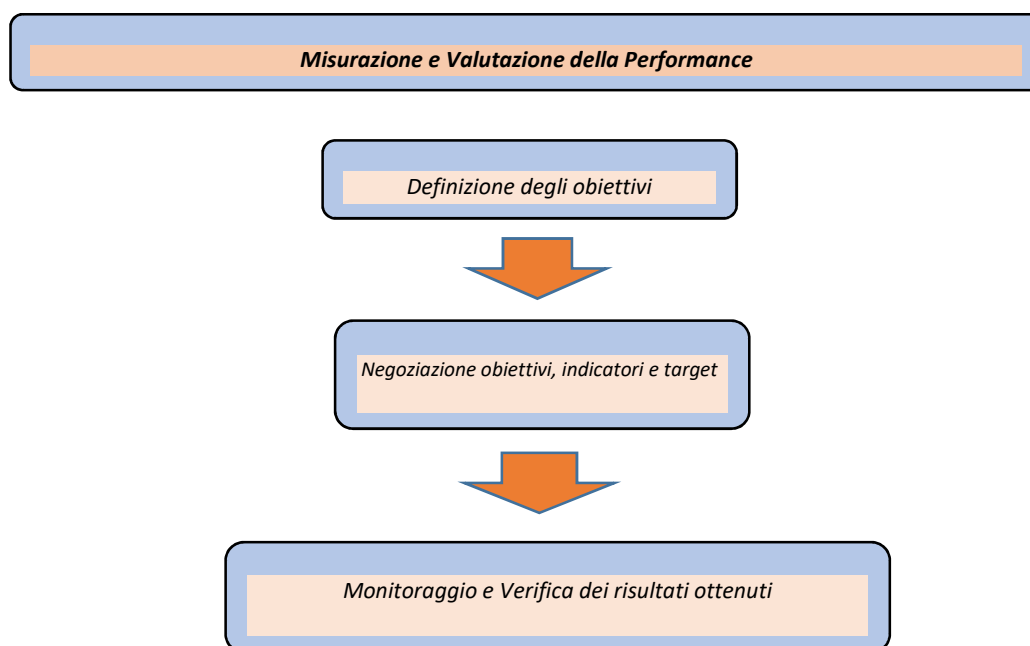
Allegato n. 3) Riepilogo performance organizzativa Tecnostruttura al 31/12/2023;

Allegato n. 4) Riepilogo performance organizzativa Strutture sanitarie al 31/12/2023;

Allegato n. 5) Riepilogo performance organizzativa Incarichi di programma 2023.

5.3.2 PERFORMANCE INDIVIDUALE

Per ogni dipendente è stata predisposta una scheda di valutazione individuale, sottoscritta dal Responsabile della valutazione (valutatore). Anche per l'anno 2023 è stata utilizzata la piattaforma GURU UP che gestisce in tempo reale tutte le attività relative alla **valutazione del personale** e permette di ottenere una reportistica puntuale sullo stato dell'arte delle valutazioni.



La tabella seguente illustra la sintesi dei dipendenti oggetto di valutazione per gli anni 2022 e 2023:

Categoria	Totale Valutati	
	2022	2023
1- Direttori dipartimento	6	7
2- Direttori SC e SSD	76	64
3- Responsabili SS	13	13
4- Dirigenti	722	685
5- Posizioni Organizzative e Coordinatori	52	47
6- Comparto D	1.522	1.519
7- Comparto C	136	119
8- Comparto A e B	358	332
TOTALE COMPLESSIVO	2.885	2.786

La tabella seguente individua la media delle percentuali di valutazione individuale raggiunta per categoria per gli anni 2022 e 2023:

Categoria	ANNO 2022			ANNO 2023		
	Media Valutazioni individuali	Target riferimento	Risultato %	Media Valutazioni individuali	Target riferimento	Risultato %
1- Direttori dipartimento	8	8	100%	8	8	100%
2- Direttori SC e SSD	9,86	10	98,60%	9,71	10	97,10%
3- Responsabili SS	15	15	100,00%	14,83	15	98,86%
4- Dirigenti	18,61	20	93,03%	18,53	20	92,65%
5- Posizioni Organizzative e Coordinatori	39,49	40	98,71%	39,16	40	97,90%
6- Comparto D	48,5	50	96,99%	48,6	50	97,20%
7- Comparto C	57,92	60	96,52%	57,76	60	96,26%
8- Comparto A e B	67,37	70	96,23%	67,2	70	96,00%

5.4. SPUNTI DI MIGLIORAMENTO DEL PROCESSO SMVP

Il SMVP è un processo fluido in continuo mutamento a causa della modifica dell'assetto organizzativo dell'Azienda e del mutare del contesto esterno.

A questo proposito l'Azienda individua le proposte migliorative da implementare nel breve periodo:

1. Adozione di un sistema di monitoraggio intermedio della performance in corso d'anno al fine di verificare anticipatamente la fattibilità e il grado di raggiungimento degli stessi e di mettere in atto eventuali azioni correttive;
2. Migliorare la comunicazione interna tra tutti gli attori partecipanti al processo di budget, affinché siano parte attiva del processo e siano incoraggiati e motivati a fornire un contributo positivo al raggiungimento degli obiettivi dell'UO di appartenenza;
3. Inserire all'interno del processo di negoziazione obiettivi sfidanti nell'ottica della creazione di valore pubblico;
4. Implementare un processo di valutazione partecipativa degli utenti al fine di verificare il grado di soddisfazione percepito e l'effetto sul livello di benessere del paziente stesso;



5. Aggiornare il regolamento del SMVP che disciplini la fattispecie de monitoraggio intermedio.