

**RELAZIONE  
PERFORMANCE  
ANNO 2022  
ASL GALLURA**

**Giugno 2023**

## INDICE

<b>PREMESSA.....</b>	<b>3</b>
<b>1.ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE.....</b>	<b>3</b>
1.1 <i>Analisi di contesto esterno .....</i>	<i>3</i>
1.2 <i>Analisi di contesto interno e organizzazione aziendale.....</i>	<i>5</i>
1.3 <i>Analisi delle risorse umane ed economiche finanziarie .....</i>	<i>7</i>
<b>2. IL SISTEMA DI GESTIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE .....</b>	<b>10</b>
<b>3.LA MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DELL'AZIENDA SOCIO-SANITARIA LOCALE N°2 DELLA GALLURA ANNO 2022 .....</b>	<b>13</b>
3.1 <i>Misurazione e valutazione della performance organizzativa .....</i>	<i>13</i>
3.2 <i>Misurazione e valutazione della performance individuale .....</i>	<i>35</i>
<b>4. PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE.....</b>	<b>38</b>
4.1 <i>Pari Opportunità e Valorizzazione del benessere.....</i>	<i>38</i>
4.2 <i>Analisi di genere del personale dipendente .....</i>	<i>39</i>
4.3 <i>Organizzazione del lavoro agile .....</i>	<i>40</i>
4.4 <i>Formazione del personale .....</i>	<i>41</i>
<b>5. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....</b>	<b>42</b>
<b>6. LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E DEGLI UTENTI .....</b>	<b>43</b>
<b>7.IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE.....</b>	<b>46</b>
7.1 <i>Fasi, soggetti e responsabilità.....</i>	<i>46</i>
7.2 <i>Punti di forza e di debolezza del Ciclo delle Performance .....</i>	<i>46</i>

## Premessa

La presente Relazione è redatta a conclusione del Ciclo di gestione della Performance 2022, ai sensi dell'art. 10, comma 1 lettera b) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, che prevede l'obbligo di predisporre un documento che evidenzi, a consuntivo, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse assegnate nell'anno di riferimento, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

La Relazione annuale sulla performance persegue le seguenti finalità:

- la Relazione è uno strumento di miglioramento gestionale grazie al quale l'azienda può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente e migliorando progressivamente il funzionamento del ciclo della performance;
- la Relazione è uno strumento di accountability attraverso il quale l'azienda può rendicontare a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel periodo considerato e gli eventuali scostamenti – e le relative cause – rispetto agli obiettivi programmati.

Nella presente relazione, dopo una presentazione generale dell'Azienda e dei risultati a livello macro, si riassume la mission aziendale e la misura di raggiungimento delle strategie ideate per darne attuazione.

La presente Relazione sulla Performance descrive i risultati raggiunti nel 2022 per il livello di:

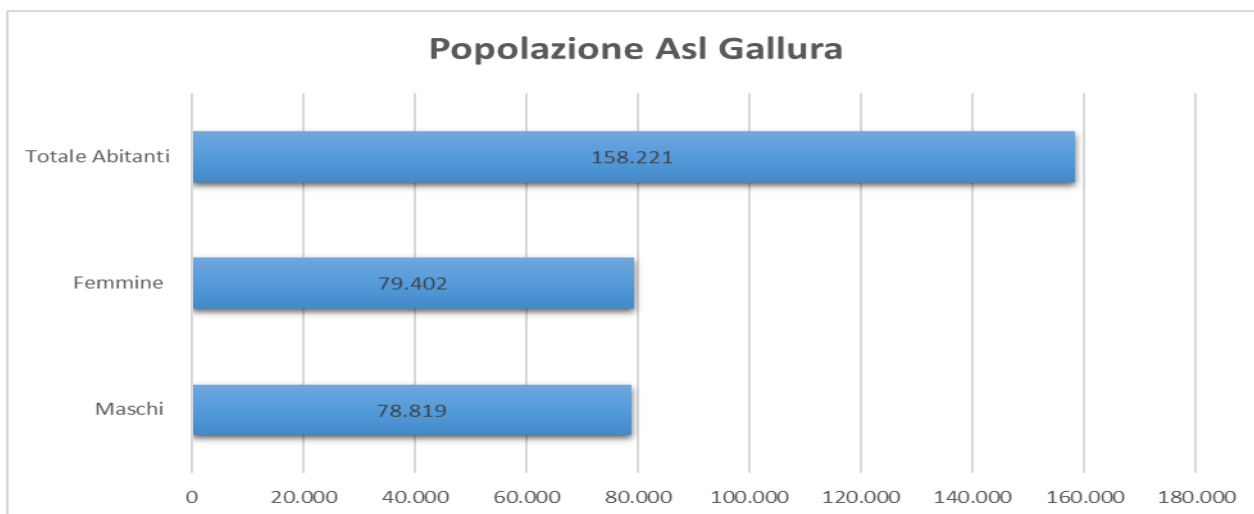
- **Performance organizzativa dell'Azienda** rispetto al raggiungimento degli obiettivi definiti dalla Regione e assegnati al Direttore Generale;
- **Performance organizzativa delle articolazioni**, in cui è strutturata l'Azienda, rispetto agli obiettivi annualmente assegnati mediante il budget, secondo la procedura definita nel PIAO e nel Sistema di Misurazione e Valutazione della performance;
- **Performance individuale dei Direttori/Responsabili di struttura e del restante personale** rispetto agli obiettivi annualmente assegnati mediante il budget, secondo la procedura definita nel PIAO e nel Sistema di Misurazione e Valutazione della performance;
- **Trasparenza e Prevenzione della Corruzione.**

## 1. Analisi del contesto e delle risorse

### 1.1 Analisi di contesto esterno

La popolazione del territorio di competenza della ASL Gallura al **31.12.2022** ammonta a 158.221 residenti. La caratteristica dell'area geografica del Nord-Est Sardegna è stata quella di un costante incremento della propria popolazione residente; elemento che l'ha differenziata dalle tendenze in atto nel resto del territorio regionale. Nel periodo 2001-2019, la popolazione residente nel Nord-Est, ha avuto il più alto tasso di incremento (+16,9%) rapportato alle altre province della Sardegna. Fra il 1971 ed il 2018, l'incidenza della popolazione in Gallura, sul totale Sardegna, passa dal 26% al 33%; infatti, negli ultimi 50 anni la popolazione è cresciuta mediamente di circa il 57% con valori percentuali importanti nei Comuni costieri a discapito di

un significativo decremento nei Comuni interni. Quanto accaduto può aiutare a ritenere che la crescita della popolazione sia stata alimentata da altre Regioni d'Italia e da altre aree dell'Isola concorrendo a determinare un contesto territoriale in cui la popolazione ha stabilito la propria residenza nei Comuni costieri.

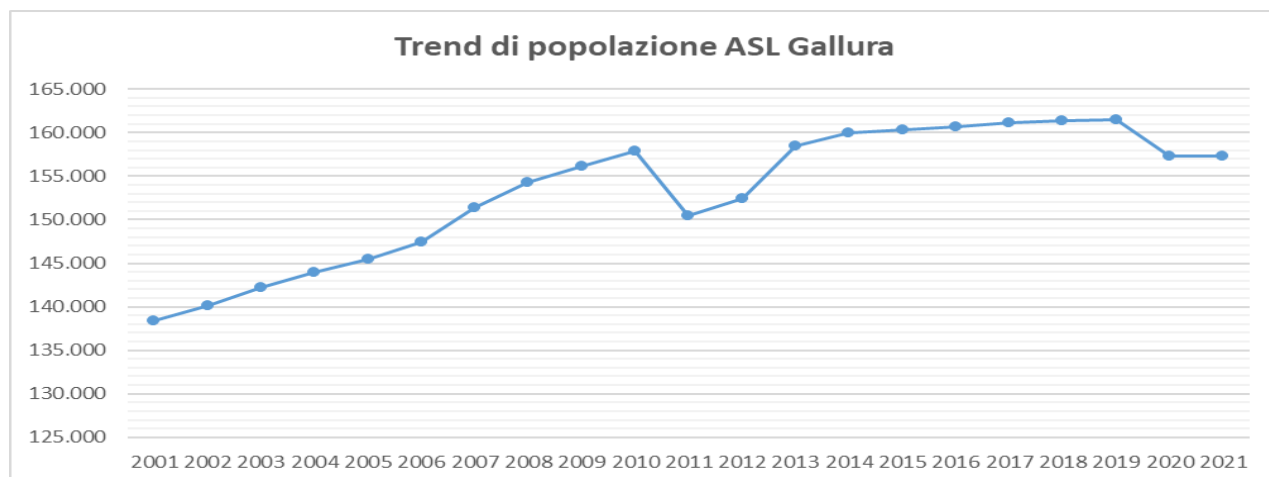


Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2022) aggiornato Gen.2023

La maggior parte della popolazione risiede nei comuni di Olbia (60.711 abitanti) Tempio Pausania (13.329 abitanti), Arzachena (13.328 abitanti) e La Maddalena (10.687 abitanti) e quindi prevalentemente lungo la costa nord orientale.

La maggioranza dei comuni che compongono il territorio di competenza della ASL Gallura sono di piccole dimensioni ed altro elemento caratterizzante sono i nuclei residenziali di matrice rurale, che si manifestano con diversi gradi di densità abitativa.

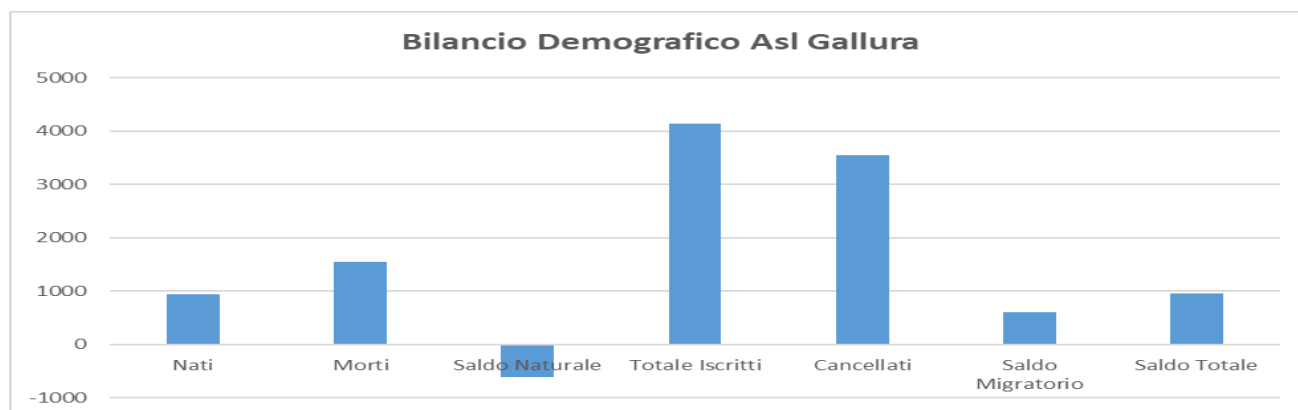
Nonostante la densità demografica molto bassa (47 ab/km<sup>2</sup>) ed una estensione di 3.397 kmq, una popolazione ancora non particolarmente "invecchiata" (specie nel contesto sardo) si traduce in saldi tendenzialmente positivi. La positività del tasso di crescita totale, in questi ultimi anni, è stato determinato da un positivo saldo migratorio totale.



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2022)

Analizzando i dati l'Azienda Sanitaria della Gallura registra in valore assoluto per il periodo 2001-2021, un incremento della popolazione di circa 19.838 abitanti. La città di Olbia cresce in maniera costante superando i 60mila abitanti, numero che non tiene conto delle migliaia di persone che

vivono in città ma non risultano residenti. Vero punto di forza della Gallura è sempre stato il suo essere un punto focale per i lavoratori e per chi cerca un impiego, vista l'alta densità di aziende e attività.



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (31.12.2022) aggiornato Gen.2023

In Gallura è accaduto che stimoli, investimenti e risorse economiche abbiano introdotto elementi di dinamicità che ne stanno caratterizzando, nella storia recente, l'importante crescita economica e sociale. Lo sviluppo del settore del turismo ha sicuramente svolto un ruolo ed una funzione trainante su una molteplicità di attività non tutte ad esso strettamente connesse, ma capaci di interconnettersi e di creare nuove ulteriori occasioni di crescita.

## 1.2 Analisi di contesto interno e organizzazione aziendale

La RAS con DGR 4/65 del 16.02.2023 "Atto aziendale dell'Azienda socio-sanitaria locale della Gallura. Esito verifica di conformità ai sensi dell'art. 16, comma 2, L.R. 11.9.2020, n. 24", ha dichiarato conforme, ai sensi dell'art. 16, comma 2, della L.R. 11 settembre 2020, n. 24, l'atto aziendale definitivo approvato dall'Azienda socio-sanitaria locale n. 2 della Gallura, con la deliberazione n. 44 del 27.1.2023, e con delibera del Direttore Generale n. 94 del 24.02.2023 l'Atto Aziendale dell'ASL n. 2 della Gallura è stato adottato in via definitiva.

L'atto aziendale individua in particolare le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale soggette a rendicontazione analitica, le competenze dei relativi responsabili e disciplina l'organizzazione dell'ASL secondo il modello dipartimentale e i compiti e le responsabilità dei direttori di dipartimento e di distretto socio-sanitario;

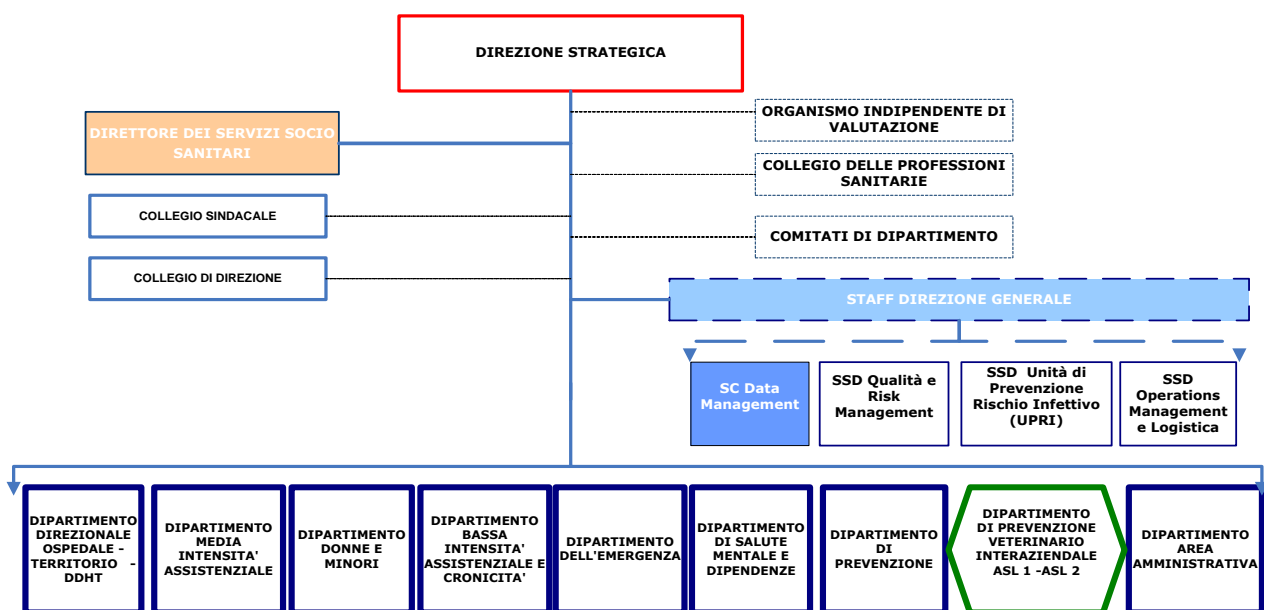
Il dipartimento è il modello ordinario di gestione operativa a livello aziendale quale struttura sovraordinata e di coordinamento, di orientamento, di consulenza, di supervisione, di governo unitario dell'offerta e di gestione integrata delle risorse assegnate alle strutture in esso aggregate, essendo costituito da articolazioni aziendali che svolgono processi comuni, simili o affini, omogenei o complementari, per i profili tecnici e disciplinari o processi che richiedono un coordinamento unitario delle funzioni attribuite alle unità operative afferenti, ovvero una tensione specifica al conseguimento di un comune risultato, per strategicità rispetto al governo dell'Azienda o di un'area assistenziale e/o organizzativa. I Dipartimenti strutturali sono costituiti dall'aggregazione di più strutture complesse e di strutture semplici dipartimentali; sono dotati di autonomia tecnico-professionale nonché possono essere dotati, di autonomia gestionale, nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti, e di apposito budget, assegnato dal Direttore

Generale, la cui gestione è affidata al Direttore di Dipartimento; sono finalizzati a migliorare l'efficiente utilizzo delle risorse, in particolare di quelle professionali, e l'efficacia dei servizi e delle prestazioni.

L'ASL GALLURA attraverso il modello dipartimentale, intende perseguire, per quanto più possibile, l'aggregazione di compiti, processi e percorsi al fine di razionalizzare le risorse, di realizzare economie di apprendimento o di esperienza, di scala e di gestione, e di migliorare la qualità delle prestazioni in coesione multiprofessionale; ciò, inoltre, al fine di perseguire il massimo coordinamento di processi unitari o omogenei che interessano più presidi ospedalieri, più dipartimenti, più distretti e, contestualmente, ospedale e territorio.

Il modello organizzativo delineato evidenzia la:

- o direzione strategica: direzione aziendale (Direttore generale, Direttore sanitario e Direttore amministrativo);
- o strutture di staff della direzione aziendale: supporto tecnico e metodologico alla direzione aziendale per lo svolgimento delle attività di governo ed indirizzo strategico, di pianificazione, programmazione e controllo e di definizione degli standard di funzionamento dell'Azienda;
- o strutture e funzioni amministrative e tecniche della direzione aziendale organizzate in dipartimenti strutturali: attività di supporto operativo per l'efficiente ed efficace gestione dell'Azienda; ricerca dell'efficienza organizzativa attraverso la realizzazione di buone pratiche gestionali; gestione dei processi al servizio della produzione ed erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- o strutture della linea intermedia, individuate nelle Direzioni di distretto e di presidio;
- o strutture della linea operativa: complesso delle attività di produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, nonché delle connesse attività di stretto supporto che concorrono direttamente alla produzione ed erogazione dei detti servizi e prestazioni.



## 1.3 Analisi delle risorse umane ed economiche finanziarie

### RISORSE UMANE

L'organico attuale rappresenta l'elemento fondamentale, caratterizzante e distintivo dell'ASL Gallura nel perseguimento della missione aziendale. Di seguito l'organico dell'azienda suddiviso per Ruolo e per tipologia contrattuale. Al 01/01/2022 I dipendenti Asl Gallura sono 1513, di cui 1352 a tempo indeterminato e 161 a tempo determinato.

PERSONALE ASL GALLURA AL 01.01.2022			
RUOLO	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO E ALTRO	Totale
RUOLO AMMINISTRATIVO	94	23	117
RUOLO PROFESSIONALE	1	0	1
RUOLO SANITARIO	1.037	122	1.159
RUOLO TECNICO	220	16	236
<b>TOTALE</b>	<b>1.352</b>	<b>161</b>	<b>1.513</b>

### RISORSE ECONOMICHE

Con riferimento al costo e al valore della produzione si evidenzia che nel Modello CE in ottemperanza al decreto L.gs n. 118/2011 sono rilevati i ricavi e i costi relativi alla mobilità sanitaria attiva e passiva, infraregionale ed extraregionale, di competenza.

Nell'analizzare i principali dati economici aziendali riferiti all'anno 2022 è doveroso premettere che gli stessi potrebbero essere suscettibili di rettifica in quanto il bilancio consuntivo 2022 è stato elaborato tenendo conto delle risultanze del bilancio di verifica consapevoli che alcune voci di costo erano ancora mancanti o non esaustive in quanto non presenti le relative scritture di assestamento o non ancora definitivi i relativi ribaltamenti.

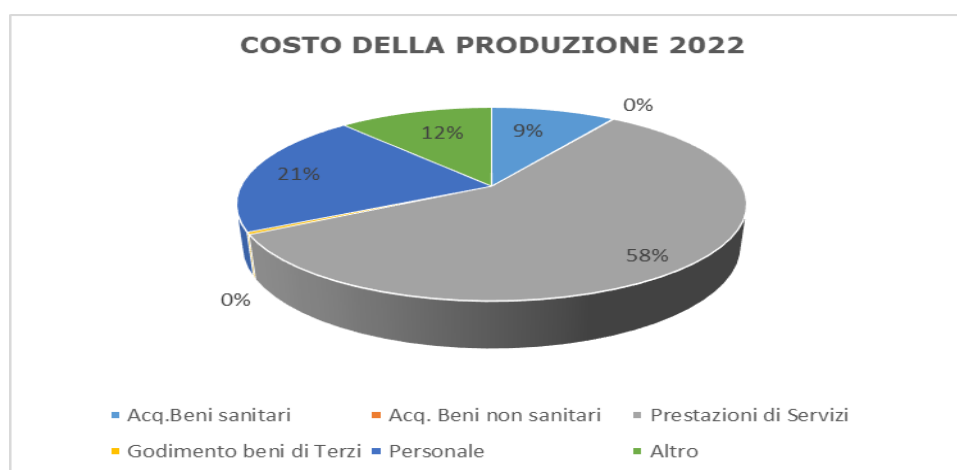
### COSTI DI PRODUZIONE

Con riferimento ai costi della produzione, da una prima analisi dei suddetti dati, si evince che il Costo della Produzione riferito all'anno 2022 ha un valore totale pari ad euro 442.009.175.

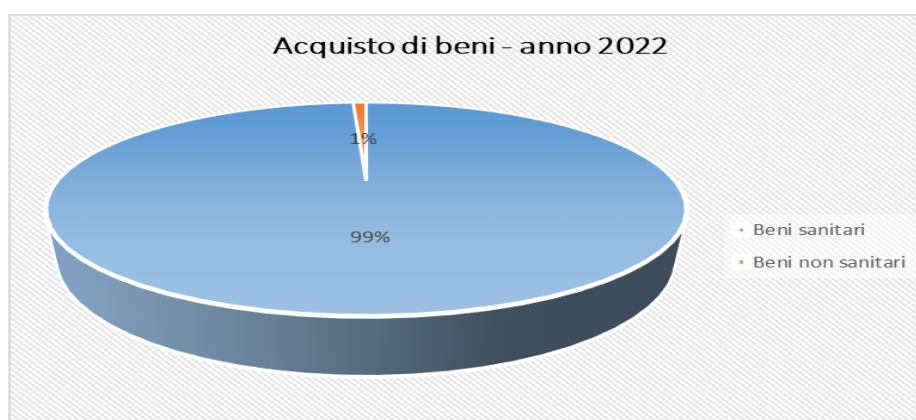
COSTI DELLA PRODUZIONE	
VARIABILI ECONOMICHE	ANNO 2022
<b>Acquisti</b>	<b>€ 41.924.932</b>
Beni sanitari	€ 41.563.581
Beni non sanitari	€ 361.351
<b>Prestazioni di Servizi</b>	<b>€ 254.981.341</b>
<b>Godimento beni di Terzi</b>	<b>€ 1.630.184</b>
<b>Personale</b>	<b>€ 91.762.804</b>
Sanitario	€ 78.643.975
Professionale	€ 52.254
Tecnico	€ 8.169.303
Amministrativo	€ 4.897.272
<b>Ammortamenti</b>	<b>€ 9.279.860</b>
<b>Variazione Rimanenze di Magazzino</b>	<b>€ 0</b>

COSTI DELLA PRODUZIONE	
VARIABILI ECONOMICHE	ANNO 2022
<b>Accantonamenti</b>	<b>€ 41.356.966</b>
Accantonamenti per rischi e Oneri	€ 12.164.177
Altri Accantonamenti	€ 29.192.789
<b>Oneri diversi di gestione</b>	<b>€ 1.073.089</b>
<b>Totale Costi Della Produzione</b>	<b>€ 442.009.175</b>

Nell'ambito del costo totale di produzione occorre evidenziare il peso significativo del costo delle Prestazioni di Servizi pari al 58% e del costo del Personale pari al 21% del costo totale come si evincono dal seguente grafico.

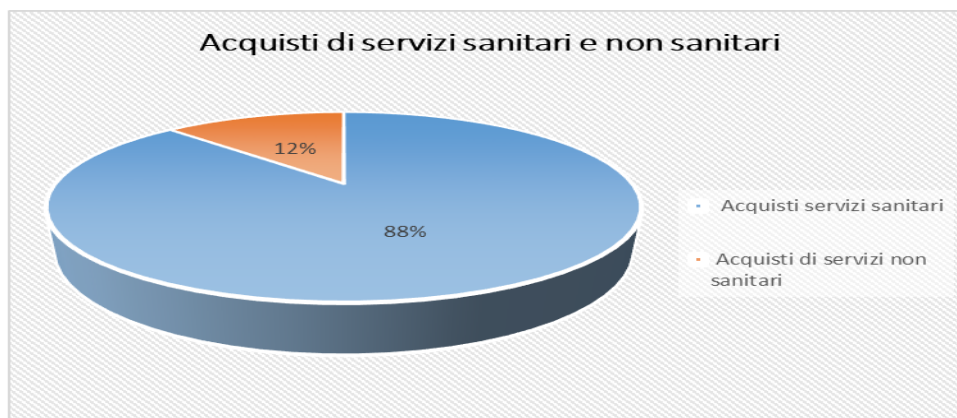


Nel grafico seguente si evidenzia la composizione della voce "Acquisto di beni" che ha un valore totale di euro € 41.924.932 ed è rappresentato da circa il 99% circa dal costo dei beni sanitari e solo l'1% circa dal costo dei beni non sanitari.

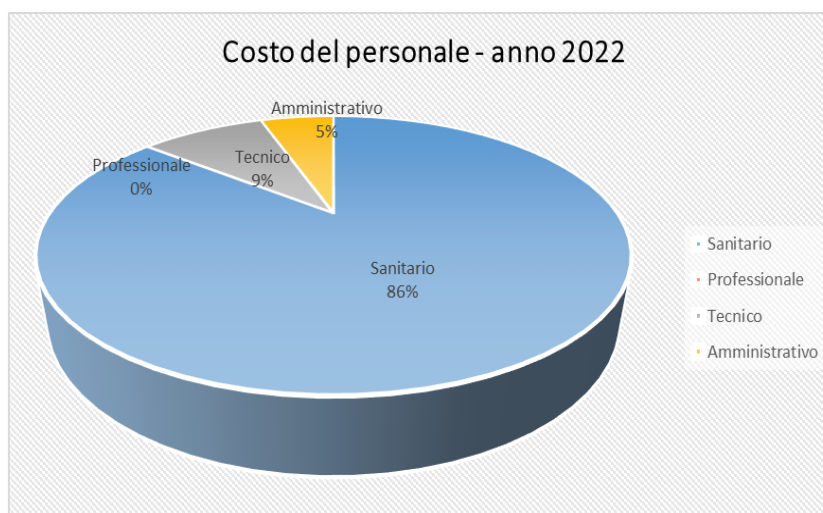


Con riferimento alla voce di costo riferita alla voce "Acquisto di servizi", il grafico seguente evidenzia la rilevanza del costo delle Prestazioni di Servizi Sanitari che rappresenta l'88% circa del costo totale dei servizi.





A riguardo si specifica che l'orientamento aziendale è rivolto essenzialmente al potenziamento dell'integrazione ospedale-territorio, ove la centralità del paziente richiede, necessariamente, l'intervento integrativo di strutture socio-assistenziali le quali, nel medio termine, costituiranno una concreta soluzione all'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri, pertanto si può ragionevolmente affermare che, tale costo è determinato principalmente oltre che da un aumento della popolazione residente, dall'aumento degli ultra 65 enni presi in carico soprattutto per le forme di cronicità e per un maggior ricorso all'utilizzo delle strutture socio-assistenziali e alle strutture convenzionate per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali di riabilitazione fisica e sensoriale. Altra voce significativa del costo della produzione 2022 è il costo del Personale che ammonta ad euro 91.762.804,46. Nella sua scomposizione si rileva il grande peso del costo del Personale Sanitario che rappresenta l'86% del costo totale.



## Valore della produzione

L'analisi dei dati relativi al valore della produzione evidenzia un valore totale pari ad euro 448.242.831,09. Di seguito si riporta una tabella riepilogativa delle principali voci ad esso legate.

<b>VALORE DELLA PRODUZIONE</b>	
<b>VARIABILI ECONOMICHE</b>	<b>ANNO 2022</b>
<b>Contributi in c/esercizio</b>	330.378.709
<b>Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti</b>	<b>-2.000.000</b>
<b>Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti</b>	<b>364.833</b>

<b>VALORE DELLA PRODUZIONE</b>	
<b>VARIABILI ECONOMICHE</b>	<b>ANNO 2022</b>
<b>Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria</b>	<b>92.344.917</b>
<b>Concorsi, recuperi e rimborsi</b>	<b>16.635.732</b>
<b>Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)</b>	<b>1.870.124</b>
<b>Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio</b>	<b>8.447.782</b>
<b>Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni</b>	<b>0</b>
<b>Altri ricavi e proventi</b>	<b>200.734</b>
<b>Totale valore della produzione</b>	<b>448.242.831</b>

Nella composizione del Valore della Produzione si evidenzia il peso significativo dei Contributi in conto esercizio pari al 74% del Valore totale.

## **2. Il Sistema di Gestione del Ciclo della performance**

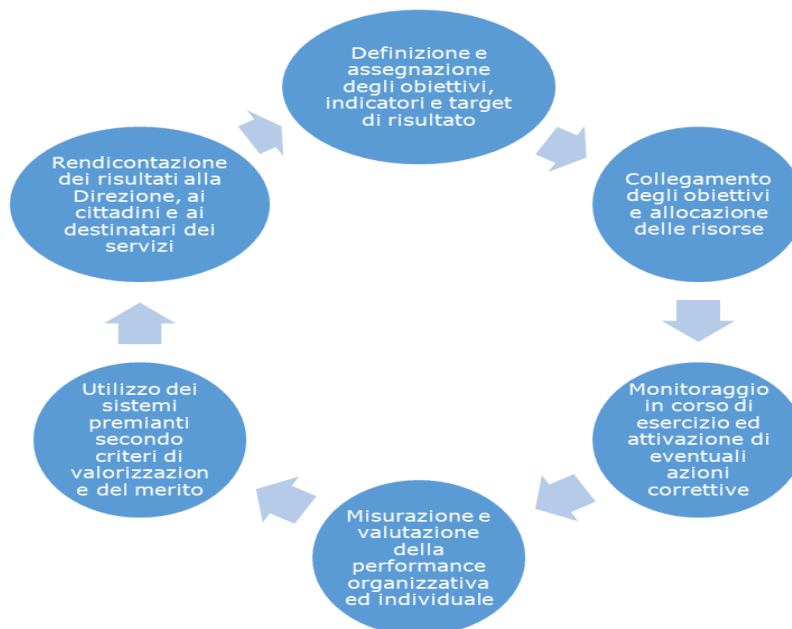
Il ciclo di funzionamento delle pubbliche amministrazioni prende avvio con la programmazione, nell'azienda sanitaria prende avvio con la programmazione socio sanitaria dell'offerta di servizi assistenziali con l'obiettivo di garantire livelli di fruibilità e di disponibilità delle prestazioni in grado di saturare il bisogno di assistenza reale. L'individuazione della tipologia e della natura dei bisogni sanitari, e quindi della domanda di salute, è di prioritaria importanza per poter individuare le scelte strategiche di programmazione sanitaria in linea con le specifiche esigenze territoriali. Una programmazione basata sui bisogni di salute deve svilupparsi, prioritariamente, dalla conoscenza del territorio, dalla sua complessità e dalla variabilità dal punto di vista demografico, socio economico ed epidemiologico

L'azienda opera in relazione alle politiche regionali ed agli obiettivi assegnati dall'Assessorato alla sanità e alle Politiche Sociali, al fine di raggiungere i risultati individuati nella programmazione regionale in un'ottica di sinergia sistemica.

Al fine di dare attuazione alle disposizioni della L.R.24/2020 e a quanto contenuto nei provvedimenti regionali di programmazione, la RAS con deliberazione n° 14/28 del 29/04/2022 ha assegnato ai Direttori generali gli obiettivi di mandato di cui all'art.11, comma 9, della suddetta legge regionale; gli obiettivi strategici dei Direttori Generali sono sintetizzabili come segue:

- Area della sostenibilità economico-finanziaria
- Area del rispetto delle milestone del piano Nazionale di ripresa e resilienza(PNRR);
- Area dell'avvio dei processi di riforma;
- Area della trasparenza.

Il ciclo di programmazione della performance dell'azienda sanitaria è un processo circolare ad ampio raggio che parte da una prima fase di pianificazione degli obiettivi attraverso il Piano delle Performance, una seconda fase che è quella della misurazione della performance attraverso lo sviluppo del Sistema di Misurazione e valutazione della Performance e termina con la fase di rendicontazione attraverso la Relazione sulla Performance, come di seguito evidenziato;



L'Azienda ha avviato il Sistema di Gestione del Ciclo della Performance con la finalità di adeguarsi agli adempimenti richiesti dal Decreto legislativo 150/2009 e ss.mm.ii. in materia di valutazione delle performance organizzative e individuali. Le finalità di tale impianto metodologico sono ravvisabili da un lato nel miglioramento della qualità dei servizi pubblici, e dall'altro nell'ottimizzazione dei costi dei servizi erogati attraverso un progressivo miglioramento degli standard economici.

Di fatto va riconosciuto che la valutazione delle performance rappresenta un ambito di iniziativa che richiede un grande sforzo e in questo senso, l'attuazione degli indirizzi e degli adempimenti previsti dal Decreto Legislativo 150/2009 e ss.mm.ii costituiscono in questo momento di crescita un obbligo/stimolo a compiere un salto di qualità per il miglior funzionamento dell'intero sistema gestionale della azienda sanitaria. L'impianto metodologico si basa, in particolare, sulla definizione e adozione del:

- PIAO;
- Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance;
- Relazione sulla Performance.

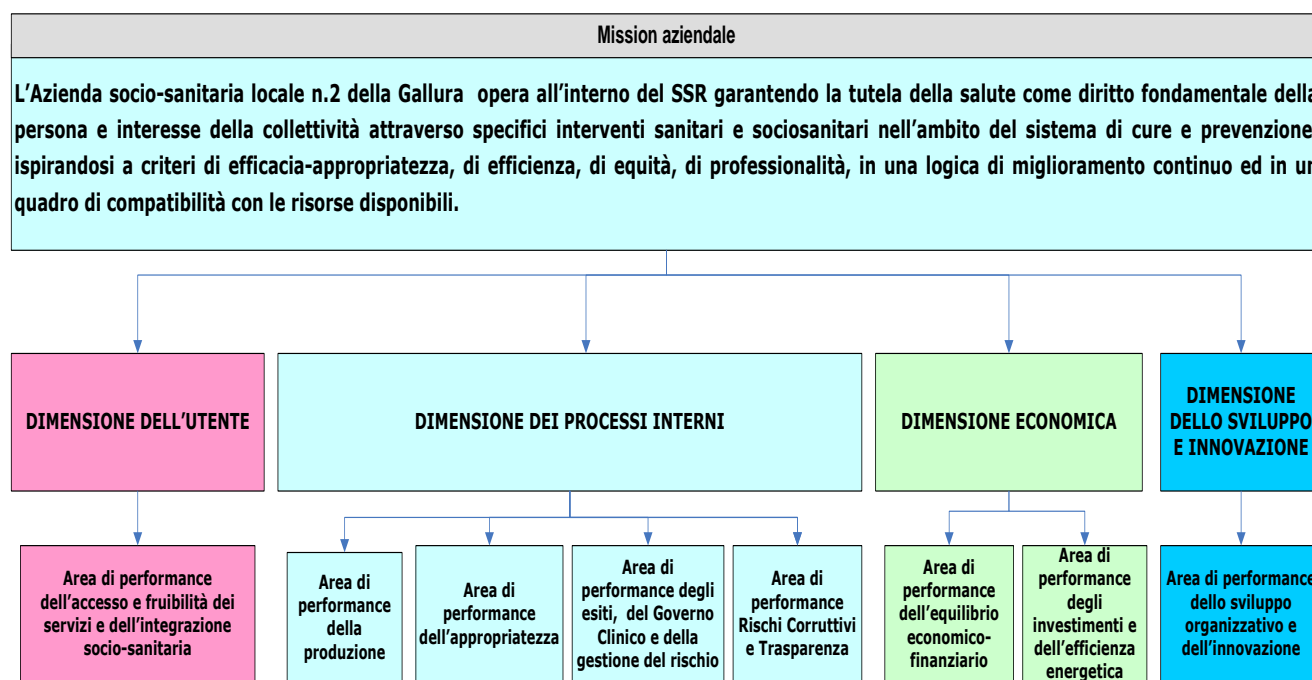
Il Ciclo di Gestione della Performance dell'Azienda si è sviluppato secondo le fasi qui di seguito sinteticamente descritte:

1. analisi degli obiettivi aziendali di interesse regionale su cui è misurata la performance aziendale;
2. negoziazione degli obiettivi di budget su cui è misurata la performance organizzativa con i Direttori di macrostruttura e di struttura sottoscrizione delle relative schede di budget;
3. monitoraggio periodico e reporting della performance aziendale e della performance organizzativa;
4. valutazione della performance individuale;
5. validazione del ciclo di gestione della performance organizzativa, in ogni sua fase, da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance.

Le dimensioni di performance dell’Azienda socio-sanitaria locale della Gallura richiamano le tipiche dimensioni della Balance Scorecard, la quale consente di attivare un processo di traduzione e scomposizione della missione e delle strategie dell’azienda lungo quattro prospettive per ciascuna delle quali sono stati individuati obiettivi, indicatori e target. L’Albero della Performance dell’Azienda socio-sanitaria locale della Gallura è un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. Tale rappresentazione grafica dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all’interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla missione. Ricevute le indicazioni regionali (da Piano sanitario regionale e da obiettivi annuali assegnati alla Direzione Generale), integrate con le esigenze strategiche aziendali correlate all’analisi del contesto interno ed esterno, le stesse vengono tradotte in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi strategici e obiettivi operativi assegnati ai Direttori di macrostruttura e di struttura. Le strategie, gli obiettivi e le azioni sono riferibili alle seguenti dimensioni di performance:

1. Dimensione dell’utente/paziente
2. Dimensione dei processi interni
3. Dimensione economica
4. Dimensione dello sviluppo e innovazione

Ogni dimensione identifica specifiche Aree di performance e obiettivi strategici.



L'albero della performance

Rispetto alle quattro Dimensioni sono individuate specifiche Aree strategiche di performance e definiti gli obiettivi strategici da conseguire.

**Dimensione dell’Utente/paziente** sono individuate Aree di performance tese a garantire l’accessibilità e fruibilità dei servizi, l’integrazione socio-sanitaria e l’appropriatezza dei percorsi assistenziali quale capacità nel dare risposta adeguata e tempestiva al bisogno di salute, nella fase di prevenzione e cura.

- Area di performance dell'accesso e fruibilità dei servizi e dell'integrazione socio-sanitaria;

**Dimensione dei processi interni** sono individuate Aree di performance tese a garantire il governo della assistenza ospedaliera e territoriale, l'attività di prevenzione e promozione della salute, il governo clinico e la gestione del rischio e tutte le attività tese alla prevenzione della corruzione e all'attuazione della trasparenza.

- Area di performance della produzione;
- Area di performance dell'appropriatezza;
- Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio;
- Area di performance dei Rischi Corruttivi e Trasparenza.

**Dimensione economica** sono individuate Aree di performance tese a garantire il perseguimento dell'equilibrio economico attraverso il monitoraggio della spesa con la finalità di garantire la razionalizzazione e il contenimento della spesa e l'utilizzo appropriato delle risorse disponibili in funzione della migliore efficacia.

- Area di Performance dell'equilibrio economico;
- Area di performance degli investimenti e dell'efficienza energetica;

**Dimensione dello sviluppo e innovazione** sono individuate Aree di performance tese a garantire la promozione di attività formative e la valorizzazione delle capacità tecniche e umane del personale,

- Area di performance dello sviluppo organizzativo e dell'innovazione.

## **3.La misurazione e valutazione delle Performance dell'Azienda Socio-Sanitaria Locale n°2 della Gallura Anno 2022**

### **3.1 Misurazione e valutazione della performance organizzativa**

Con riferimento alla valutazione della Performance Organizzativa, la SC Programmazione e controllo di gestione ha misurato il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti alle Strutture nell'ambito del Processo di Budget 2022 confrontando il livello di *Performance Attesa* (target dell'indicatore associato all'obiettivo) e livello di *Performance effettivamente conseguita* (valore dell'indicatore misurato a consuntivo).

La verifica degli obiettivi di Budget al 31/12/2022 è stata definita alla fine del mese di maggio 2023 una volta acquisite le informazioni relative agli obiettivi oggetto di negoziazione. Il livello di performance organizzativa è stato determinato attribuendo ad ogni indicatore il 100% di Performance se a consuntivo è stato raggiunto il valore atteso, lo 0% di Performance se è stato raggiunto il valore minimo. Pertanto, la percentuale di realizzazione dell'obiettivo viene calcolato considerando la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo stesso rispetto al valore atteso e al valore minimo.

La performance organizzativa annuale è l'elemento principale del processo di budget ed è espressa prevalentemente in termini di efficacia, efficienza, economicità e appropriatezza ed è riferita sia all'azienda nel suo complesso, sia alle singole strutture organizzative. La Direzione ha definito gli obiettivi strategici che ritiene coerenti rispetto ai bisogni degli assistiti e alle finalità

istituzionali aziendali oltreché alle scelte strategiche relative all'attuale contesto di riorganizzazione del servizio sanitario.

Per tutto l'anno 2022, l'azione dell'Azienda socio-sanitaria locale n.2 della Gallura è stata finalizzata in maniera fondamentale al miglioramento dello stato di salute della popolazione, alla qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati, all'appropriatezza e continuità di cura nei percorsi assistenziali, alla capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico-finanziario nella gestione del sistema azienda. Al tempo stesso la sua azione si è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sulla continuità e sulla qualità dei servizi offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni, persegue la tutela della salute degli individui e della popolazione realizzando un sistema organizzativo capace di assicurare appropriatezza, efficacia, orientato al miglioramento continuo della qualità, alla valorizzazione degli operatori e all'uso ottimale delle risorse assegnate. L' Azienda socio-sanitaria locale n.2 della Gallura ha svolto la propria attività nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità ed assicura, attraverso i servizi direttamente gestiti:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- l'assistenza distrettuale;
- l'assistenza ospedaliera.

I principi-guida e i valori fondamentali ai quali l'Azienda ha ispirato l'azione gestionale per la creazione di valore pubblico sono:

- il rispetto della dignità umana, l'equità e l'etica professionale;
- la centralità della persona, intesa come singolo soggetto autonomo, responsabile e capace ed il costante riferimento alla comunità locale;
- la qualità clinico-assistenziale, l'appropriatezza, il coinvolgimento e la qualificazione continua delle risorse umane;
- la compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti.

Per l'anno 2022 la Direzione ha definito i seguenti obiettivi strategici:

**OBIETTIVI STRATEGICI: I 7 PILASTRI DEL PROCESSO DI BUDGET**

1. Garantire l'efficiamento della rete territoriale attraverso lo sviluppo di un modello di assistenza territoriale in linea con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi definiti dal DM 77/2022;
2. Garantire l'efficiamento della rete ospedaliera attraverso il miglioramento degli indicatori del PNE e l'individuazione delle attività a basso volume di erogazione o con scarsi esiti in coerenza con il PNE e il DM 70/2015;
3. Garantire il recupero delle attività di ricovero ospedaliero e ambulatoriale non erogate a causa della pandemia da SARS-CoV-2;
4. Garantire l'efficienza dei fattori produttivi impiegati con la finalità di massimizzare l'output (beni prodotti e/o servizi erogati) minimizzando i costi di produzione;
5. Promuovere l'adozione del ciclo di clinical competence/privilege con la finalità di definire una mappa delle conoscenze specialistiche e garantire un efficace sviluppo del personale;
6. Promuovere il benessere organizzativo dell'equipè al fine di tutelare e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale di tutte le risorse che operano al suo interno;
7. Rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti in relazione ai servizi erogati.

## RENDICONTAZIONE E ANALISI DELL'ATTIVITA' DI RICOVERO OSPEDALIERO PRINCIPALI INDICATORI – RICOVERO ORDINARIO

Nei primi dodici mesi dell'anno 2022 si osserva una diminuzione del volume di attività erogata dai presidi ospedalieri dell'Asl Gallura rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente: il numero complessivo di dimissioni per acuti, e il corrispondente volume complessivo di giornate si riducono, le dimissioni in regime di ricovero ordinario di 651 (totale casi Ord. 6.661 anno 2022; totale casi Ord. 7.312 anno 2021) casi così come le giornate di degenza che passano da 60.550 dei primi dodici mesi del 2021 a 54.560 dello stesso periodo del 2022. Con riferimento all'attività di ricovero in regime ordinario per il biennio 2022-2021 si osserva una flessione dei DRG CH del 6% e si rileva anche una riduzione dei DRG MD del 10%.

ATTIVITA' DI RICOVERO ASL Gallura					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2022	2021	2020	DELTA 2022 - 2021
ORDINARIO	POSTI LETTO	304	304	304	
ORDINARIO	TOTALE CASI	6661	7312	7513	-8,9%
ORDINARIO	DRG MEDICI	4.239	4.725	4.941	-10,3%
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	2.356	2.510	2.508	-6,1%
ORDINARIO	% DRG CHIRURGICI	35,37%	34,33%	33,38%	3,0%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	8,44%	7,85%	5,78%	7,5%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	14,20%	12,86%	12,29%	10,4%
ORDINARIO	GG DEGENZA	54.560	60.550	61.660	-9,9%
ORDINARIO	DEGENZA MEDIA	8,2	8,3	8,2	-1,2%
ORDINARIO	PUNTI DRG	7.616	8.378	8.425	-9,1%
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,14	1,15	1,12	-0,9%
ORDINARIO	TASSO OCCUPAZIONE POSTI LETTO	49,17%	54,57%	55,78%	-9,9%
ORDINARIO	% DRG "LEA" NON APPROPRIATI (all. B Patto della salute)	8,0%	8,4%	9,4%	-5%
ORDINARIO	% DRG "LEA" APPROPRIATI CH (all. B Patto della salute)	89,2%	88,1	86,2	-99%

In relazione al peso medio dei DRG, si evidenzia complessivamente una lieve riduzione a livello aziendale passando da un valore di 1,15 del 2021 ad un valore pari a 1,14 del 2022; da un'analisi più dettagliata si evidenzia un aumento del peso medio ascrivibile al presidio di Tempio, il quale registra nel 2022 un valore pari a 1,21 rispetto al valore di 1,10 del 2021. Per il Presidio Ospedaliero di La Maddalena il dato è riferibile all'anno 2021 con un valore 1,09 rispetto al 1,02 registrato nel 2020. È sempre opportuno ricordare che il P.O. di La Maddalena sconta l'accorpamento di alcuni reparti sul P.O. di Olbia.

L'appropriatezza del setting assistenziale del ricovero ospedaliero si conferma su valori positivi. In particolare, confrontando i dati aggregati dei Presidi Ospedalieri della Asl Gallura dei dodici mesi dell'anno 2022 con quelli dello stesso intervallo temporale dell'anno precedente, si osserva una sostanziale stabilità della percentuale dei DRG Lea a rischio di inappropriatezza in regime ordinario con valore pari al 8,4% del 2021 al 8,0 % del 2022. Questo dato potrebbe essere influenzato da una riduzione del volume dei ricoveri ordinari. Il numero totale di ricoveri ordinari afferenti ai 108 DRG a rischio inappropriatezza si riduce passando da 667 unità a 588 unità.

Preme evidenziare che l'indicatore va interpretato come segno di una maggior selezione della casistica e del passaggio di prestazioni precedentemente erogate in regime ordinario al regime ambulatoriale e di DH, si sottolinea comunque che l'analisi dell'indicatore per UU.OO. consente una lettura più approfondita e accurata in relazione alla casistica trattata

Si conferma su base triennale la capacità attrattiva intra-regionale dei presidi ospedalieri della Asl Gallura con una media del 13,12% in regime ordinario nel triennio considerato.

L'attrattività extra regione registra un valore pari a 8.44% nel 2022 e una media nel triennio pari a 8.08%.

L'attività di ricovero ordinario del PO Giovanni Paolo rileva una lieve riduzione per i DRG medici pari a -2% e per DRG chirurgici pari a -5% mentre per il presidio Paolo Dettori la riduzione si attesta ad un valore pari a -37% per i DRG medici e -13% per quelli chirurgici.

ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO PO GIOVANNI PAOLO II OLBIA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2022	2021	2020	DELTA 2022 - 2021
ORDINARIO	POSTI LETTO	166	166	164	0
ORDINARIO	DRG MEDICI	3.780	3.848	3.648	-2%
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	2.132	2.253	2.078	-5%
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,14	1,15	1,15	-1%

ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO PO PAOLO DETTORI TEMPIO					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2022	2021	2020	DELTA 2022 - 2021
ORDINARIO	POSTI LETTO	108	108	108	
ORDINARIO	DRG MEDICI	459	731	1.019	-37%
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	224	257	430	-13%
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,21	1,10	1,05	10%

ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO PO PAOLO MERLO LA MADDALENA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2022	2021	2020	DELTA 2022 - 2021
ORDINARIO	POSTI LETTO	30	30	30	0
ORDINARIO	DRG MEDICI	0	146	274	-100%
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	0	0	0	0
ORDINARIO	PESO MEDIO	0	1,09	1,02	-100%

Il trend del tasso di occupazione dei posti letto in regime di ricovero ordinario mostra un andamento decrescente con una significativa riduzione del 10%. La tendenza si conferma su tutti e tre i presidi ospedalieri. Il Presidio Giovanni Paolo II di Olbia rileva un valore pari a 80,21% nel 2021 e di 75.83% nel 2022 per il presidio Paolo Dettori di Tempio Pausania si rileva una riduzione del 17% rispetto al 2021. Per il Paolo Merlo de La Maddalena i dati del triennio 2022/2020 non sono comparabili in quanto non ha registrato alcun ricovero nei primi dodici mesi del 2022.

ASL Gallura				
TASSO DI OCCUPAZIONE LETTI ORDINARI	2022	2021	2020	DELTA 2022 - 2021
ASL Gallura	49,17%	54,57%	55,78%	-10%
PRESIDIO GIOVANNI PAOLO II DI OLBIA	75,83%	80,21%	76,19%	-5%



ASL Gallura				
TASSO DI OCCUPAZIONE LETTI ORDINARI	2022	2021	2020	DELTA 2022 - 2021
PRESIDIO PAOLO DETTORI TEMPIO	21,85%	26,47%	32,84%	-17%
PRESIDIO PAOLO MERLO LA MADDALENA	0,00%	13,86%	26,86%	-100%

L'indicatore relativo alla Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi misura l'appropriatezza del ricorso all'ospedalizzazione, vista la bassa complessità delle prestazioni erogate e della brevità della degenza sono da ricomprendere nei ricoveri evitabili.

ASL Gallura					
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	2022	2021	2020
Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici *100	17%	12,60%	9,76%	9,65%

La riduzione dei cosiddetti Ricoveri Brevi è un dato rilevante, questa tendenza positiva nel biennio 2020/2021 come espresso in tabella con valori appena sotto il 10%, registra invece un aumento del 2,6% per l'annualità 2022, dato probabilmente influenzato dalla rimodulazione dei reparti ospedalieri del P.O. di La Maddalena sul P.O. di Olbia. È importante sottolineare che il dato aziendale è ben al di sotto delle linee guida nazionali come da Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n.70. Questi ricoveri sono presumibilmente inappropriati in regime di ricovero ordinario, questo fenomeno è più marcato nel presidio di Tempio P. dove l'aumento rispetto al 2021 è pari al 43%, anche il presidio ospedaliero di Olbia registra un aumento della casistica pari al 25%. Per il presidio di La Maddalena vale il discorso fatto in precedenza.

RIDUZIONE DELLA PERCENTUALE DI RICOVERI ORDINARI MEDICI BREVI							
OBIETTIVO	INDICATORE	SEDE	TARGET	2022	2021	2020	DELTA 2022 - 2021
Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici *100	OLBIA	17%	13%	10,40%	10,39%	25,00%
		TEMPIO		10%	6,98%	7,95%	43,27%
		LA MADDALENA		0%	6,85%	5,84%	-100,00%

## RENDICONTAZIONE E ANALISI DELL'ATTIVITA' DI RICOVERO OSPEDALIERO PRINCIPALI INDICATORI – RICOVERO DAY HOSPITAL

L'analisi dell'attività ospedaliera rileva per gli accessi in Day Hospital un incremento passando dai 6.550 del 2021 ai 6.987 del 2022; aumentano i casi dai 2.073 del 2021 ai 2.225 del 2022 (+ 8,8%)\*. In relazione all'attività di ricovero in regime diurno per il biennio 2022-2021 si osserva un aumento dei DRG CH del 6% e si registra un incremento dei DRG MD del 10%.

ATTIVITA' DI RICOVERO ASL GALLURA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2022	2021	2020	DELTA 2022 - 2021
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	32	32	32	
DAY HOSPITAL	NUMERO ACCESSI	6987	6550	5969	6.7%

ATTIVITA' DI RICOVERO ASL GALLURA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2022	2021	2020	DELTA 2022 - 2021
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	1.393	1.262	1.021	10%
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	862	811	826	6%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	2,75%	3,04%	1,84%	-10%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	17,12%	13,41%	12,87%	28%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	1.661	1.553	1.408	7%
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,74	0,75	0,76	-1%

La tendenza all'aumento della capacità di attrattività intraregionale dei Presidi Ospedalieri della ASL Gallura è riscontrata anche per il regime diurno; da un 13,41% per il 2021 fino ad un 17,12% per il 2022. Il rapporto tra i valori ascrivibili al biennio 2022/2021 evidenzia un aumento del 28%. Per la capacità di attrattività extraregionale il delta riferito al 2022/2021 registra un valore negativo del - 10%. Si ritiene opportuno far presente che tale dato è calcolato su 62 pz. nel 2022 e 63 pz. nel 2021.

ATTIVITA' DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL PO GIOVANNI PAOLO					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2022	2021	2020	DELTA 2022 - 2021
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	15	15	15	
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	1.174	1.097	814	7%
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	539	480	559	12%
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,73	0,73	0,74	0%

Con riferimento ai ricoveri con DRG medici si evidenzia un aumento del 7% nel Presidio Ospedaliero di Olbia. I valori ascrivibili ai DRG CH sono in crescita passando da 480 per l'anno 2021 ai 539 del 2022, registrando un aumento del 12%.

ATTIVITA' DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL PO PAOLO DETTORI TEMPIO					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2022	2021	2020	DELTA 2022 - 2021
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	12	12	12	
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	219	143	169	53%
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	323	331	267	-2%
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,77	0,81	0,82	-5%

Con riferimento ai ricoveri con DRG medici si evidenzia un aumento del 53% nel Presidio Ospedaliero di Tempio Pausania. I valori ascrivibili ai DRG CH sono in leggera diminuzione passando da 331 per l'anno 2021 ai 323 del 2022, registrando una flessione del 5%.

ATTIVITA' DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL PO PAOLO MERLO LA MADDALENA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2022	2021	2020	DELTA 2022 - 2021
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	5	5	5	
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	0	22	38	-100%
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	0	0	0	0
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0	0,84	0,86	-100%

Per l'attività in Day Hospital del P.O. Paolo Merlo di La Maddalena non è possibile alcuna comparazione per i DRG medici biennio 2022/2021 come si evince dalla tabella. Analogo discorso per i ricoveri con DRG chirurgico.

## RENDICONTAZIONE E ANALISI ATTIVITÀ DI PRONTO SOCCORSO

In ambito ospedaliero merita menzione l'attività relativa al Pronto Soccorso che è per sua natura una delle aree più problematiche all'interno di una struttura ospedaliera, sia perché è il maggiore punto di accesso ai servizi sanitari, sia perché è volto al trattamento di una casistica molto variegata e complessa.

Le caratteristiche organizzative dei PS riguardano fondamentalmente due aspetti relativi a:

- l'impossibilità di programmare l'attività (i PS sono attivi tutti i giorni per 24 ore, i pazienti vi accedono senza prenotazione, non vi è la possibilità di prevedere né il volume, né la tipologia, né la distribuzione nel tempo della casistica);
- garantire dotazioni organizzativo-strutturali minime obbligatorie (in relazione alla dotazione di personale medico ed infermieristico e alla disponibilità di apparecchiature sanitarie), stabilite dalla normativa nazionale e regionale, e differenziate in base alla tipologia di emergenza (PS, DEA I, DEA II).

Il Pronto Soccorso, quale prima porta di accesso all'ospedale, rappresenta pertanto il più importante punto di contatto tra il sistema sanitario e i bisogni dei cittadini.

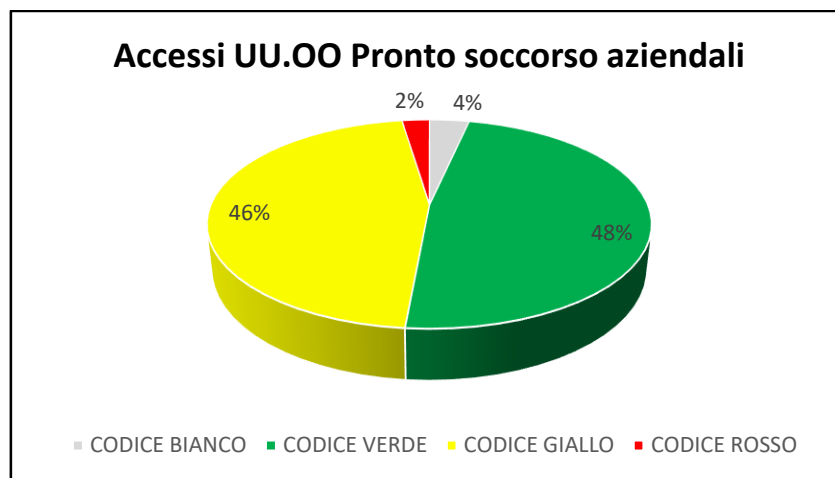
L'attività del Pronto Soccorso, in termini di efficienza e qualità del servizio fornito, è stata più volte oggetto di attenzione da parte dell'azienda, al fine di ridurre da un lato l'afflusso e aumentare l'appropriatezza degli accessi al pronto soccorso, e dall'altro all'interno del Pronto soccorso al fine di selezionare in modo adeguato le problematiche per indirizzare il paziente nel percorso idoneo e rendere così più fluidi i percorsi.

Nel 2022 gli accessi ai Pronto Soccorso aziendali, come evidenzia la tabella sottostante, sono stati pari a 54.438 di cui il **10,57 %** si sono trasformati in ricovero

PRONTO SOCCORSO								
PRONTO SOCCORSO	CODICE BIANCO	CODICE VERDE	CODICE GIALLO	CODICE ROSSO	TOTALE ACCESSI ANNO 2022	TOTALE ACCESSI ANNO 2021	DELTA 2022/2021	N°ACCESSI CON RICOVERO/N°TOTALE ACCESSI
ASL Gallura	<b>1870</b>	<b>26.143</b>	<b>25.130</b>	<b>1295</b>	<b>54.438</b>	<b>47.665</b>	14,21%	<b>10,57%</b>
	3,44%	48,02%	46,16%	2,38%				
PO OLBIA	<b>756</b>	<b>15.903</b>	<b>17.301</b>	<b>1.080</b>	<b>35.040</b>	<b>32.487</b>	7,86%	<b>13,18%</b>
	2,16%	45,39%	49,38%	3,08%				
PO TEMPIO	<b>725</b>	<b>5.446</b>	<b>5.448</b>	<b>128</b>	<b>11.747</b>	<b>10.384</b>	13,13%	<b>7,13%</b>
	6,17%	46,36%	46,38%	1,09%				
PO LA MADDALENA	<b>389</b>	<b>4.794</b>	<b>2.381</b>	<b>87</b>	<b>7.651</b>	<b>4.794</b>	59,60%	<b>3,88%</b>
	5,08%	62,66%	31,12%	1,14%				

L'analisi dettagliata dei pazienti che hanno avuto accesso alle UU. OO di pronto soccorso aziendali, in linea con il trend Nazionale, dimostra una generalizzata tendenza all'incremento del ricorso ai Servizi di Pronto Soccorso da parte dell'utenza, anche in condizioni di non-emergenza-

urgenza. Si evidenzia infatti che la percentuale prevalente di codice colore assegnata al Triage nelle UU. OO di Pronto Soccorso aziendali è rappresentata dal "codice verde" con una percentuale a livello aziendale pari al **48,02%** rispetto agli altri codici colore e del **62,66%** nel pronto soccorso del PO Paolo Merlo.



**L'analisi aggregata della distribuzione degli accessi dell'Asl Gallura evidenzia, inoltre, che i codici Verdi e Gialli rappresentano circa il 94,19% degli accessi in Pronto Soccorso. I codici Rossi sono il 2,38%.**

Appare opportuno fare un focus specifico sugli accessi al pronto soccorso attribuibili ai non residenti per evidenziare che nell'Azienda Socio-Sanitaria della Gallura si registra una delle più alte percentuali di flusso turistico dell'intera Regione con un numero di accessi extra Regione e di stranieri di **9.953** pari al **18,28%** del totale.

#### ANALISI DEI PRINCIPALI INDICATORI DI STRUTTURA E DI PROCESSO

I trend descritti riferiti all'attività ospedaliera per il biennio 2022-2021 si ripercuotono su altri indicatori quali ad esempio l'indice di rotazione dei PL, l'intervallo di turnover, il numero di giorni di degenza media pre-operatoria. Nella seguente tabella si riportano nel dettaglio i dati più importanti riferiti ai tre Stabilimenti Ospedalieri dell'ASL Gallura.

Stabilimento	Voce	2022	2021	Delta Assoluto	%
P.O. Giovanni Paolo II Olbia - (Olbia)	Occupazione PL DH	152,60%	138,90%	0,14	9,86%
	Occupazione PL RO	69,90%	74,50%	-0,05	-6,17%
	RO - Indice di rotazione	36,82	38,9	-2,08	-5,35%
	RO - Turn Over	2,99	2,39	0,60	25,10%
	Degenza media	7,17	7,26	-0,09	-1,24%
	RO - Giorni Deg.MediaPreoperatoria	1,74	1,78	-0,04	-2,25%
	Peso Medio DH	0,73	0,73	0,00	0,00%
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	43,00%	41,40%	0,02	3,86%
	Dimessi 0_2 giorno (dimessi vivi)	1.545	1.405	140,00	9,96%
	% Ricoveri urgenti brevi	6,70%	7,70%	-0,01	-12,99%
	% DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati	8,10%	8,10%	0,00	0,00%
% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	16,96%	17,59%	-0,01	-3,58%	
P.O. Paolo Dettori - Tempio P. - (Tempio Pausania)	Occupazione PL DH	38,50%	40,30%	-0,02	-4,47%
	Occupazione PL RO	20,30%	26,50%	-0,06	-23,40%
	RO - Indice di rotazione	5,9	9,18	-3,28	-35,73%
	RO - Turn Over	49,31	29,25	20,06	68,58%
	Degenza media	12,61	10,55	2,06	19,53%
	RO - Giorni DegMediaPreoperatoria	8.613	10.433	-1.820,00	-17,44%
	Peso Medio DH	0,77	0,79	-0,02	-2,53%
% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	18,70%	36,00%	-0,17	-48,06%	

Stabilimento	Voce	2022	2021	Delta Assoluto	%
	Dimessi 0_2 giorno (dimessi vivi)	130	180	-50,00	-27,78%
	% Ricoveri urgenti brevi	7,30%	5,20%	0,02	40,38%
	% DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati	9,70%	14,00%	-0,04	-30,71%
	% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	5,94%	14,87%	-0,09	-60,05%
P.O. Paolo Merlo La Maddalena - (La Maddalena)	Occupazione PL DH	0,00%	11,50%	-0,12	-100,00%
	Occupazione PL RO	0,00%	13,90%	-0,14	-100,00%
	RO - Indice di rotazione	0	4,9	-4,90	-100,00%
	RO - Turn Over	0,00%	64,16	-64,16	-100,00%
	Degenza media	0,00%	10,33	-10,33	-100,00%
	RO - Giorni DegMediaPreoperatoria	0,00%	0,00%	0,00	0,00%
	Peso Medio DH	0	0,84	-0,84	-100,00%
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	0,00%	0,00%	0,00	0,00%
	Dimessi 0_2 giorno (dimessi vivi)	0	11	-11,00	-100,00%
	% Ricoveri urgenti brevi	0,00%	4,50%	-0,05	-100,00%
	% DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati	0,00%	2,40%	-0,02	-100,00%
	% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	0,00%	0,00%	0,00	0,00%

Fonte Abaco 2022

Per quanto attiene invece agli indicatori di appropriatezza, nel biennio 2022-2021, si riportano più nel dettaglio gli scostamenti per i tre Stabilimenti Ospedalieri:

- **Indicatore dei Dimessi 0\_2 giorno (dimessi vivi) -riduzione ricoveri evitabili-** i ricoveri medici brevi ossia quelli fino a 2 giorni, che sono ricoveri spesso evitabili, nel corso del 2022 sono aumentati nel P.O. di Olbia mentre sono diminuiti nello Stabilimento Ospedaliero di Tempio;
- **Indicatore % dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico:** tale indicatore è lievemente aumentato rispetto al 2021 nel P.O. di Olbia mentre è notevolmente diminuito nello Stabilimento Ospedaliero di Tempio;
- **Indicatore % Ricoveri urgenti brevi:** tale indicatore è diminuito rispetto all'anno 2021 nello Stabilimento Ospedalieri di Olbia, in aumento nello Stabilimento Ospedaliero di Tempio;
- **Indicatore % DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati:** tale indicatore registra un andamento positivo (decrescente rispetto al 2021) in tutti e tre gli Stabilimenti Ospedalieri della ASSL di Olbia;
- **Indicatore % ricoveri DH Medici finalità diagnostiche (riduzione ricoveri evitabili):** tale indicatore rispetto all'anno 2021 è diminuito negli Stabilimenti di Olbia e di Tempio mostrando una diminuzione degli accertamenti diagnostici erogati con ricovero ospedaliero.

#### **ANALISI DEI RISULTATI DEI PRINCIPALI OBIETTIVI E INDICATORI SPECIFICI PRESIDIO OSPEDALIERO**

In dettaglio, si riportano i dati suddivisi per presidio. In relazione all'indicatore riduzione dei parti cesarei si assiste ad un lieve aumento pari al 1,61% rispetto al 2021. Tale incremento nel 2022 potrebbe essere riconducibile ad una condizione di elevato stress che accompagna le donne nell'ultima parte della gravidanza.

RIDUZIONE DELLE PERCENTUALE DI PARTI CESAREI							
OBIETTIVO	INICATORE	SEDE	TARGET	2022	2021	2020	DELTA 2022 -2021
Riduzione delle percentuale di parti cesarei	N° parti cesari / N° totale parti * 100	OLBIA	15	37,30%	36,70%	35,70%	1,61%

AUMENTO DELLA PERCENTUALE DI INTERVENTI PER FRATTURA DI FEMORE OPERATA ENTRO 2 GG							
OBIETTIVO	INICATORE	SEDE	TARGET	2022	2021	2020	DELTA 2022 -2021
Aumento della percentuale di interventi per frattura di femore operata entro 2 gg	N° interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=2 gg / N° interventi per frattura del femore *100	OLBIA		62,07%	73,92%	80,59%	-16,03%
		TEMPIO		42,19%	44,76%	67,90%	-5,74%

L'indicatore relativo all'aumento della percentuale di interventi per frattura di femore operata entro 2 gg, valuta la capacità di prendere in carico il paziente e intervenire, se necessario entro le 48 ore. Diversi studi hanno dimostrato che attese oltre il limite di due giorni per l'esecuzione dell'intervento chirurgico comporta un aumento del rischio di mortalità e di disabilità. L'indicatore evidenzia un lieve peggioramento per il presidio di Olbia e per il presidio di Tempio, dovuto anche alla carenza del personale medico (soprattutto degli anestesisti).

RIDUZIONE RICOVERI IN REGIME ORDINARIO PER I DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA							
OBIETTIVO	INICATORE	SEDE	TARGET	2022	2021	2020	DELTA 2022 -2021
Riduzione ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatazza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012	% DRG LEA non appropriati (Allegato B Patto per la salute 2010-2012)	OLBIA		7,86%	7,73%	8,12%	1,60%
		TEMPIO		9,08%	12,94%	15,31%	-25,21%

Una cura può considerarsi appropriata quando è associata a un beneficio netto o, più precisamente, quando è in grado di massimizzare il beneficio e minimizzare il rischio al quale un paziente va incontro quando accede a determinate prestazioni o servizi.

L'indicatore relativo alla Riduzione ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatazza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012 è volto a valutare l'organizzazione della rete ospedaliera misurando la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato.

AUMENTARE LA % DEI RICOVERI IN DAY SURGERY DEI DRG A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA							
OBIETTIVO	INICATORE	SEDE	TARGET	2022	2021	2020	DELTA 2022 -2021
Aumentare la % dei ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriatazza (All. B Patto per la salute 2010/2012)	% DRG LEA appropriati Chirurgici (Allegato B Patto per la salute 2010-2012)	OLBIA	>80%	89,30%	88,70%	88,10%	0,68%
		TEMPIO		89,10%	83,10%	76,60%	7,22%

## INDICATORI DI ESITO

Oltre agli indicatori di appropriatezza sopra analizzati di seguito si riporta una disamina degli indicatori più rilevanti del Piano Nazionale Esiti. Di seguito si analizzano il gruppo degli indicatori riferiti ad attività non procrastinabili ossia quelle attività/interventi che secondo le indicazioni

nazionali sono prioritari e non differibili. In riferimento al volume degli interventi chirurgici al tumore del colon retto con priorità A il P.O. di Olbia registra nel 2022, rispetto all'anno precedente, un aumento degli interventi di 6 casi come da tabella sottostante.

#### Interventi chirurgici tumore colon Priorità A

Interventi chirurgici tumore colon Priorità A	2021			2022			Delta 2022-2021		
	Struttura	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	% Indicatore	Num	Den
P.O. Giovanni Paolo II Olbia	1	1	100%	7	7	100%	6	6	0%

Fonte dati: ABACO

Nel corso del 2022 si rilevano cinque interventi chirurgici al tumore del retto (Priorità A).

#### Interventi chirurgici tumore retto Priorità A

Interventi chirurgici tumore retto Priorità A	2021			2022			Delta 2022-2021		
	Struttura	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	% Indicatore	Num	Den
P.O. Giovanni Paolo II Olbia	0	0	0	5	5	100,00%	5	5	100,00%

Fonte dati: ABACO

Gli interventi al tumore della mammella (Priorità A) registrano rispetto al 2021 una contrazione dei casi.

#### Interventi tumore mammella Priorità A - Strutture ospedaliere pubbliche

Interventi chirurgici tumore mammella Priorità A	2021			2022			Delta 2022-2021		
	Struttura	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	% Indicatore	Num	Den
P.O. Giovanni Paolo II Olbia	4	5	80,00%	1	1	100,00%	-3	-4	20,00%

Fonte dati: ABACO

Nel P.O. di Olbia, nel corso del 2022 il rapporto tra il numero di pazienti colpiti da infarto acuto del miocardio (IMA) che sono stati sottoposti a PTCA entro 48 ore dal ricovero, rispetto al totale dei pazienti ricoverati per questa patologia è diminuito del 7,67%. Si può affermare che tale indicatore è stato probabilmente influenzato dall'efficacia in linea generale dei miglioramenti nell'organizzazione dei servizi di emergenza territoriale (prevenzione primaria e riduzione dei tempi del primo contatto medico).

#### Proporzione di IMA trattati con PTCA entro 2 giorni

Proporzione di IMA trattati con PTCA entro 2 giorni	2021			2022			Delta 2022-2021
	Struttura	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	% Indicatore
P.O. Giovanni Paolo II Olbia	347	587	59,11%	107	208	51,44%	-7,67%
P.O. Paolo Dettori - Tempio P.	0	22	0,00%	0	8	0,00%	0,00%
P.O. Paolo Merlo La Maddalena	0	0	0	0	0	0,00%	0,00%

Fonte dati: 3M 360

L'indicatore riferito alla percentuale dei parti cesarei (PCP) ha rilevato nel corso del 2022 un lieve peggioramento registrando un lievissimo aumento (+0.74%).

#### Percentuale parti cesarei primati (PCP)

Percentuale parti cesarei primari (PCP)	2021			2022			Delta 2022-2021		
	Struttura	Total e dime	Total e	Indicat ore	Total e dime	Total e	Proporzi one PCP	Delta Numerat ore	Delta Denominat ore

	ssi PCP	dime ssi		ssi PCP	dime ssi				
P.O. Giovanni Paolo II Olbia	509	1885	27,00%	182	656	27,74%	-327	-1229	0,74%

Fonte dati: 3M 360

L'indicatore di processo riferito alla degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni negli interventi di Colectomia laparoscopica riferito allo Stabilimento Ospedaliero di Olbia, ha mostrato, nel corso del 2021, anch'esso un decremento (-13,82%) mentre per quanto riguarda il P.O. di Tempio non si registrano nel corso del 2022 interventi in tal senso.

#### Colecistectomia laparoscopica: degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

COLECISTOMIA	2021			2022			Delta 2022-2021		
	Struttura	Num	Den	Proporzione	Num	Den	Proporzione	Num	Den
P.O. Giovanni Paolo II Olbia	78	103	75,73%	117	189	61,90%	39	86	-13,82%
P.O. Paolo Dettori - Tempio P.	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%

Fonte dati: 3M 360

### INDICATORI DI EFFICIENZA GESTIONALE ORGANIZZATIVA

In riferimento agli obiettivi e agli indicatori di attività, l'Azienda si è soffermata sugli indicatori di Efficienza gestionale e organizzativa al fine di misurare l'appropriatezza dei percorsi assistenziali ed assicurare risposte adeguate al bisogno di salute nella fase di prevenzione e di cura. Si rileva un miglioramento per l'indicatore relativo alla riduzione del tasso di ospedalizzazione ordinario e diurno standardizzato per mille con un valore pari al 5,64% del 2022 con un decremento del 6% rispetto al 2021. Per quanto concerne l'indicatore relativo alla Riduzione della percentuale di ricoveri diurni medici con finalità diagnostica che valuta l'appropriatezza del ricorso all'ospedalizzazione in regime di Day Hospital misurando i ricoveri diurni di tipo medico effettuati unicamente per procedere ad accertamenti diagnostici che possono generalmente essere effettuati ricorrendo alla rete ambulatoriale, si rileva un trend positivo nel biennio 2021-2022 (-10%) rispetto allo standard del <23%. Rispetto all'Indicatore relativo alla Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi si osserva un lieve aumento seppur sempre nel range di riferimento che risulta essere del 17%. Si tratta di ricoveri medici (0-1-2 giorni) evitabili con una riduzione dell'occupazione impropria di reparti ordinari realizzabile attraverso un potenziamento di servizi adeguati sul territorio, più efficaci e meno dispendiosi.

L'indicatore relativo all'aumento della percentuale dei ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriatezza (All. B Patto per la salute 2010/2012) registra un aumento del 13% rispetto al 2021 così come per l'Indicatore Riduzione ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012 si evidenzia un incremento del 5 % rispetto al 2021 con un valore pari a 7,98.

L'indicatore relativo alla riduzione del N° di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico rileva un valore pari a 43,41% con un incremento pari al 18% rispetto al 2021 evidenziando un valore distante dal rispetto allo standard del 20%.

Per quanto riguarda l'Indicatore relativo all'aumento del N° interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <2 gg / N° interventi per frattura del femore



\*100 si evince una riduzione del 15% rispetto al 2021. Il dato risulta in linea con le medie regionali. La riduzione del valore di tale indicatore è stato ulteriormente aggravato dalla cronica carenza di medici anestesisti.

Con riferimento all'obiettivo di riduzione dei parti cesarei si assiste ad un lieve aumento pari al 2% rispetto al 2021. Tale incremento risulta riconducibile alla condizione di elevato stress che ha accompagnato le gravide nel 2022. In particolare, in seguito all'impossibilità di effettuare la partoanalgesia valido strumento per il controllo del dolore da parto, è stato richiesto un maggiore numero di tagli cesarei.

OBIETTIVO OPERATIVO		STANDARD	INDICATORE	2022	2021	2020	DELTA 2022-2021
<b>1</b>	Riduzione del tasso di ospedalizzazione ordinario e diurno standardizzato per mille		Riduzione % del Tasso di ospedalizzazione	5,64%	5,97%	5,80%	<b>-6%</b>
<b>3</b>	Riduzione della percentuale di ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	<b>≤23%</b>	N° di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica / N° ricoveri in DH medico * 100	14,64%	16,24%	10,70%	<b>-10%</b>
<b>4</b>	Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi		N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici *100	12,60%	9,76%	9,65%	<b>29%</b>
<b>5</b>	Aumentare la % dei ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriata ( All. B Patto per la salute 2010/2012)		N° ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG LEA chirurgici/ N° totale di ricoveri per i DRG LEA chirurgici *100	67,70%	60,10%	53,78%	<b>13%</b>
<b>6</b>	Riduzione della % di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico.	<b>≤20%</b>	N° dimessi da reparti chirurgici con DRG medico / N° totale dimessi	43,41%	36,67%	35,68%	<b>18%</b>
<b>8</b>	Riduzione delle percentuali di parti cesarei	<b>28%</b>	N° parti cesari / N° totale parti * 100	37,30%	36,67%	35,68%	<b>2%</b>
<b>9</b>	Aumento della percentuale di interventi per frattura di femore operata entro 2 gg		N° interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤2 gg / N° interventi per frattura del femore *100	57,30%	67,53%	77,53%	<b>-15%</b>
<b>10</b>	Riduzione ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriata di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012		N° DRG inappropriati / N° totale DRG * 100	7,98%	8,38%	9,37%	<b>-5%</b>

## RENDICONTAZIONE E ANALISI DEI PRINCIPALI OBIETTIVI DI DISTRETTO

Il contesto in cui opera l'azienda è caratterizzato da una pluralità di bisogni e da rapidi mutamenti della struttura socio-demografica che comportano perciò una gestione improntata alla ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi. Lo sviluppo di soluzioni per fronteggiare i rapidi mutamenti delle variabili demografiche ed epidemiologiche, rende necessario l'introduzione di politiche di governo clinico, ossia di un sistema incentrato sull'integrazione di numerosi fattori

tra loro complementari, tra i quali la formazione continua, la gestione del rischio clinico, i percorsi assistenziali, la gestione del personale e l'accountability verso il cittadino.

Vale la pena ricordare la complessità dei processi di riorganizzazione assistenziali che l'azienda ha affrontato nel corso del 2022 e dovrà affrontare nel prossimo futuro e che daranno origine ad un profondo ripensamento nella organizzazione e gestione dei servizi con importanti cambiamenti sia nell'area ospedaliera che in quella territoriale, con una prospettiva che va verso la deospedalizzazione ed il potenziamento delle cure domiciliari, l'attivazione delle Case della Comunità e l'aumento del servizio di filtro territoriale per le patologie croniche, con l'auspicio che l'intero servizio Socio- Sanitario del territorio si orienti verso una assistenza proattiva, ossia si attivi quella che viene definita medicina di iniziativa, sia nella fase di prevenzione che nell'assistenza primaria ed integrata.

Le linee strategiche aziendali in ossequio a quanto definito dalle linee Nazionali e regionali sono state indirizzate a definire un processo di riorientamento del SSR con l'obiettivo di garantire:

- lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione di riferimento;
- l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale che promuova lo sviluppo di équipe multidisciplinari che si prendano carico della persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità;
- l'integrazione ospedale-territorio e il potenziamento di forme alternative al ricovero;
- il potenziamento delle cure domiciliari integrate;
- la riorganizzazione della rete delle strutture territoriali per la salute mentale e le dipendenze;
- la riqualificazione dell'assistenza specialistica con l'obiettivo prioritario di ridurre le liste d'attesa

L'obiettivo strategico di *"garantire lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione di riferimento"* è stato raggiunto presso il Distretto di La Maddalena dove, nell'anno 2022, è nata la Casa della Comunità, la prima delle nove previste in Gallura. La Casa della Comunità (CdC), così definita, rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale il cittadino può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

L'edificio, già esistente, è quello che ospitava il poliambulatorio nella località di Padule, ma la missione è più ambiziosa. L'obiettivo raggiunto è stato di *"umanizzare"* l'assistenza, anticipando le necessità del paziente in modo che le patologie non debbano poi fare i conti con le complicanze e che non vadano più ad impattare su strutture ospedaliere già in grande difficoltà. La Direttrice del Distretto di La Maddalena e del neonato Dipartimento Ospedale Territorio della Asl Gallura sostiene che *«La Casa della Comunità deve aiutare il sistema a cambiare approccio perché non*

sono più i pazienti cronici a dover ricercare la prestazione, ma sono gli operatori sanitari, attraverso un lavoro di formazione ed'equipe, a dover trovare le soluzioni per il paziente, a verificare periodicamente le sue condizioni attraverso consulenze, visite ed esami a domicilio e a modificare le terapie". Al Distretto La Maddalena il percorso è cominciato un anno fa in via sperimentale con l'istituzione dell'infermiere di famiglia, una delle figure chiave del progetto, in quanto non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la riposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari e sociosanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute.

La Casa della Comunità, afferente al distretto di La Maddalena, è un luogo dove l'integrazione socio-sanitaria è pensata in modo da non essere solo funzionale, ma anche strutturale e fisica, con la condivisione degli spazi e la promozione del lavoro di équipe multidisciplinare, infatti oltre agli ambulatori, ospita anche due medici di medicina generale che hanno la possibilità di confrontarsi con altri colleghi specialisti, di condividere la conoscenza di un paziente cronico in comune, di fare una valutazione a 360 gradi sul suo stato di salute e sui suoi bisogni.

L'attività dei Distretti è volta prevalentemente ad assicurare una continuità tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio attraverso un potenziamento delle cure domiciliari che costituiranno una soluzione all'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri.

La presa in carico, da parte dell'assistenza territoriale, all'atto della dimissione ospedaliera ha permesso in questi anni di offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati.

L'integrazione tra ospedale e territorio ha un ruolo centrale per assicurare la continuità delle cure.

POTENZIAMENTO CURE DOMICILIARI CDI I - II - III LIVELLO		2022	2021	2020
<b>DISTRETTO OLBIA-LA MADDALENA</b>	N°pazienti inseriti in CDI I - II livello	245	234	248
	N°pazienti inseriti in CDI III livello	102	89	95
	<b>TOTALE PAZIENTI</b>	<b>347</b>	<b>323</b>	<b>343</b>
	<b>POPOLAZIONE ULTRA 65 enne</b>	<b>27.850</b>	<b>28.276</b>	<b>26.849</b>
<b>DISTRETTO TEMPIO</b>	N°pazienti inseriti in CDI I - II livello	112	104	125
	N°pazienti inseriti in CDI III livello	8	14	15
	<b>TOTALE PAZIENTI</b>	<b>120</b>	<b>118</b>	<b>140</b>
	<b>POPOLAZIONE ULTRA 65 enne</b>	<b>7.659</b>	<b>7.633</b>	<b>7.552</b>

Fonte dati Distretti

Rispetto al potenziamento delle cure domiciliari di I-II livello i dati evidenziano un incremento degli utenti assistiti che passano da 234 del 2021 ai 245 del 2022. Rispetto al livello assistenziale gli incrementi più consistenti si evidenziano per le CDI di I-II livello (+11 casi nel 2022 rispetto al 2021) e per le CDI di III livello (+13 casi nel 2022 rispetto al 2021). Il distretto di Tempio è interessato da un aumento dei pazienti inseriti nelle CDI I-II livello. Le CDI di terzo livello si rivolgono a persone che presentano dei bisogni con un grado di complessità assistenziale elevato,

in presenza di criticità specifiche, con instabilità clinica e sintomi di difficile controllo. Una delle strategie perseguite in ambito distrettuale è stata l'abbattimento delle liste d'attesa al fine di garantire una tempestiva esecuzione della prestazione, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e la gestione delle priorità cliniche. La percentuale di prestazioni oggetto di monitoraggio garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità UBDP registra un dato del 60,62% nel distretto di Olbia e un dato del 71,36% nel distretto di Tempio, sottolineando che il codice di priorità U (urgente) richiede un'esecuzione nel più breve tempo possibile e comunque entro 72 ore, il codice B (breve) ha un tempo massimo di attesa di 10 giorni, il codice D (differibile) riguarda prestazioni da eseguire entro 30 giorni se prima visita specialistica ed entro 60 giorni se primo esame di diagnostica strumentale, infine il codice P (Programmata) è riferito esclusivamente alle prestazioni di primo accesso da garantire al massimo entro 120 giorni. A seguito della pandemia Sars Cov-2 si è proceduto a garantire il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate durante la pandemia anche in riferimento al ruolo svolto dai consultori. Il dato aggregato dei tre distretti sociosanitari registra una percentuale del 100% sul numero delle gravidanze a basso rischio prese in carico.

DISTRETTO		OLBIA	TEMPIO PAUSANIA	LA MADDALENA
Garantire il governo delle liste d'attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio al fine di garantire la tempestiva esecuzione della prestazione, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e la gestione delle priorità cliniche.	% di prestazioni oggetto di monitoraggio garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità UBDP	60,62%	71,36%	55,70%
Garantire l'attuazione del Piano Regionale dei Servizi sanitari 2020/2024 di cui al DGR 9/22 del 24.03.22	Definizione del Piano di riorganizzazione della rete assistenziale territoriale entro il 30.11.2022	SI	SI	SI
Garantire il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate a causa della pandemia da SARS CoV-2	N° di gravidanze fisiologiche e a basso rischio prese in carico	100%		
	N° visite area ginecologica	1034		
Garantire l'appropriatezza dell'assistenza in gravidanza attraverso il servizio di ecografia ostetrica	N° di ecografie eseguite	272		
Garantire la promozione e la tutela della salute della donna, della famiglia e della età evolutiva.	Numero di consulenze psicologiche /numero totale di consulenze psicologiche richiesti*100	29,53%		
	N° colloqui problemi adolescenziali	292		

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	2022	2021	2020	DELTA 2022-2021
<b>AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO E FRUIBILITA' DEI SERVIZI E DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA</b>	<b>1</b> Migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale nell'anziano.	% di vaccinazioni effettuate ultra 65-enni /totale popolazione residente ultra 65-enni	32,42%	49,21%	32,45%	<b>-34%</b>

<b>AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO E FRUIBILITA' DEI SERVIZI E DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA</b>	<b>2</b>	Garantire lo sviluppo delle CDI a favore degli anziani non autosufficienti : percentuale di anziani $\geq 65$ anni	n° anziani $\geq 65$ assistiti in CDI/totale popolazione residente anziana età $\geq 65 \cdot 100$	1,01%	1,12%	1,15%	<b>-10%</b>
<b>AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO E FRUIBILITA' DEI SERVIZI E DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA</b>	<b>3</b>	Sviluppare le Cure palliative Oncologiche favore dei malati terminali al fine di ridurre i ricoveri inappropriati nei reparti di medicina	n° pazienti oncologici seguiti al proprio domicilio	277	270	270	<b>3%</b>
<b>AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO E FRUIBILITA' DEI SERVIZI E DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA</b>	<b>4</b>	Migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale della popolazione a rischio.	Numero di vaccinazioni effettuate nella popolazione a rischio residente nella ASL2	5.632	9.020	5.534	<b>-38%</b>

Rispetto all'obiettivo di migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale nell'anziano si osserva un dato in diminuzione rispetto al 2021. Tuttavia è prevedibile che lo stesso sia stato influenzato da una non completa adesione dei medici di medicina generale al progetto.

Per quanto riguarda l'obiettivo di sviluppare le cure domiciliari integrate nel corso del 2022 si osserva una variazione in diminuzione del 10% delle CDI nel territorio a favore degli anziani ultra 65 anni non autosufficienti.

Un trend positivo è confermato per le CDI di III livello oncologiche, dove si registra un aumento del 3% rispetto al 2021. Tale aumento è ricondotto ad un maggior inserimento dei pazienti presi in carico dalla SC Oncologia aziendale attraverso l'equipè di Cure palliative domiciliari oncologiche (CPDO) al fine di assicurare una maggiore appropriatezza dei percorsi assistenziali. La riorganizzazione dell'assistenza territoriale, attraverso il potenziamento delle Cure Domiciliari deve favorire lo sviluppo di percorsi di presa in carico della cronicità e della fragilità. Lo spostamento del sistema di cura verso il domicilio richiede un coinvolgimento di tutti gli altri soggetti (familiari, caregiver di riferimento, volontariato) che intervengono a vari livelli nell'assistenza delle persone.

## **RENDICONTAZIONE E ANALISI DEI PRINCIPALI OBIETTIVI DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

Il Dipartimento rappresenta, attraverso i differenti ruoli e le relative responsabilità in esso ricomprese, lo strumento fondamentale per il perseguimento degli obiettivi di governo clinico, la verifica ed il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie.

Il dipartimento di prevenzione, facendo proprio il concetto di rete espresso dal Piano di prevenzione regionale garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità.

L'attività del dipartimento di prevenzione, tramite interventi finalizzati a modificare i comportamenti soggettivi, promuove azioni volte al miglioramento della qualità della vita dedicando un ruolo di rilievo alle campagne di screening oncologici per la prevenzione dei tumori, alle attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura ed alle attività di controllo ufficiale sugli operatori del sistema alimentare. Sul versante dell'Igiene e sanità pubblica è importante ricordare come l'attività

ordinaria di prevenzione delle malattie infettive nel 2022 abbia mostrato un andamento crescente rispetto agli anni precedenti, in conseguenza dell'attività legata alla gestione dell'emergenza da SarsCov-2 sul territorio (attività di contact tracing e di sorveglianza).

Covid 19				
Classi d'età	Numero soggetti vaccinati	I Dose	II Dosi	III Dosi
12-19	19.385	9.073	8.207	385
20-39	66.442	26.837	24.903	5.187
40-59	108.313	44.345	42.137	18.479
60-79	84.051	33.046	31.529	18.301
>69	26.191	9.710	9.468	7.220

Fonte dati Avacs

In relazione al mancato raggiungimento degli obiettivi di screening per l'annualità 2022 si ritiene di dover evidenziare le seguenti criticità, di carattere esogeno rispetto alla struttura organizzativa e gestionale dell'azienda. Gli obiettivi assegnati dall'Assessorato, relativi all'adesione reale, tengono conto del rapporto tra gli aderenti e il target. Ciò determina un notevole abbassamento dei risultati conseguiti, che sarebbero stati ben diversi, e di certo molto più rispondenti a realtà, se il rapporto fosse stato tra aderenti e invitati. Nel misurare il livello di adesione vi sono inoltre altri elementi da considerare come per esempio la percentuale di lettere di invito inesitate, che risulta mediamente del 10%, e che deriva dal mancato aggiornamento dell'anagrafica e dalle carenze dei servizi postali. Questa criticità va ad incidere sensibilmente sui risultati ottenuti. A tale criticità si aggiunge il problema della pulizia delle liste, di fatto un importante numero di soggetti inseriti tra gli aventi diritto non dovrebbero comparire in quanto affetti da problemi oncologici; una migliore collaborazione con i MMG consentirebbe di dare risposta al problema e diminuirebbe ulteriormente la numerosità del denominatore. Risultano pienamente raggiunti tutti gli altri obiettivi strategici relativi alle attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura ed alle attività di controllo ufficiale sugli operatori del sistema alimentare e del controllo della salute animale.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		2022
Migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale della popolazione a rischio.	N° vaccinazioni effettuate ultra 65-enni/ totale popolazione residente ultra 65-enni	32,42%
Mantenimento della copertura vaccinale obbligatoria e facoltativa	% Copertura vaccinale popolazione target/ popolazione target	Piattaforma AVACS coorte 2020 residenti tutti i comuni <b>n. 898</b> , cicli completi (3 dosi) 824 = <b>91,76%</b>
Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	N° di persone che hanno aderito allo screening mammografico / popolazione di riferimento (50-69 anni) *100	0,00%
	N° di persone che hanno aderito allo screening cervice uterina / popolazione di riferimento (25-41 anni) *100	7,15%
	N° di persone che hanno aderito allo screening colon retto /popolazione di riferimento (50-69 anni) *100	13,47%
Incrementare l'adesione ai sistemi di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la salute in Italia) e PASSI d'argento (La qualità della vita vista dalle persone ultra 65enni)	Numero interviste caricate in piattaforma / Numero di interviste target definito dall'ISS*100	PASSI 80,5% PASSI ARG. 94,5%

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		2022
Migliorare la completezza dell'archivio delle schede di morte (RENCAM) per almeno tre annualità consecutive, comprese tra il 2018 e il 2020	N° schede codificate / N° annuale deceduti residenti *100	Anno 2017 80,16% Anno 2018 80,76% Anno 2019 97,78% Anno 2020 dato ND
Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura.	N° di cantieri edili sottoposti a vigilanza /n° di cantieri edili da sottoporre a vigilanza programmata	100%
	N° di aziende agricole sottoposte a vigilanza / n° di aziende agricole da sottoporre a vigilanza programmata	100%
Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare .	N° verbali ispezioni nei caseifici riconosciuti	95%
	n°controlli sulle attività di produzione, distribuzione, trasporto di acqua destinata al consumo umano	99%
Garantire la gestione delle attività di studio dei siti contaminati/inquinatiti	Partecipazione agli studi nei siti contaminati /numero totale degli studi programmati nei siti contaminati	100%
Garantire la realizzazione in modalità videoconferenza di almeno un corso di formazione/informazione sui prodotti chimici anche in relazione all'emergenza Pandemica	Numero di operatori che hanno partecipato ad almeno un corso Fad /Numero totale degli Operatori del Servizio	100%
Garantire la gestione del Piano annuale dei controlli e dei campionamenti previsti in applicazione del Regolamento Reach e CLP sui prodotti chimici	Numero controlli ufficiali effettuati nel 2022/numero controlli ufficiali programmati nel 2022*100	100%
Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare e delle strutture che producono alimenti di origine animale. Consolidare il sistema di audit negli stabilimenti del settore lattiero - caseario	Numero di controlli ufficiali sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte/ Numero di controlli ufficiali programmati sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte	95%
Garantire le verifiche di appropriatezza e di efficacia sull' attività di controllo ufficiale	Numero di verifiche di efficacia eseguite sull' attività di controllo ufficiale/numero totale di verifiche programmate sull' attività di controllo ufficiale	100%
Garantire l'attuazione del Piano Nazionale di controllo ufficiale sull'alimentazione degli animali (PRAA)	Numero di campioni effettuati/numero totale dei campioni programmati *100	85%
Garantire la ripresa delle attività di prevenzione in fase di riattivazione dei servizi nel post emergenza COVID 19	Numero di controlli ufficiali effettuati nel 2022 / Numero di controlli ufficiali programmati nel 2022*100	118%
Garantire il campionamento di alimenti al fine di ridurre i rischi alimentari batteriologici e/o chimici	Numero di campioni ufficiali effettuati nel 2022 / Numero di campioni ufficiali programmati nel 2022*100	107%
Garantire la categorizzazione del rischio negli stabilimenti riconosciuti	numero di stabilimenti categorizzati 2022 / numero totale di stabilimenti da categorizzare programmati 2022	103%
Garantire l'attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR) di farmaci, sostanze illecite e contaminati nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale	Numero di campioni ufficiali effettuati nel 2022 / Numero di campioni ufficiali programmati nel 2022*100	97%
Anagrafe Animale - Controllo della popolazione animale per la prevenzione della salute animale ed umana: % di aziende controllate per anagrafe zootecnica	Numero check list compilate e registrate in BDN in relazione ai controlli per gli allevamenti ovini-caprini /numero check list programmate a livello regionale	100%
Ottenere i risultati attesi dalla road map stilata da Bruxelles	Ottenere il 100% degli obiettivi stabiliti ai sensi della road map stilata in risposta alle raccomandazioni dell'audit FVO novembre 2021: 1) Sorveglianza attiva e passiva nel domestico raggiungendo il 100% degli obiettivi fissati dell'OEV. 8 carcasse al mese per la ASL di Sassari; 4 carcasse al mese per la ASL Gallura; 2) Recuperare i censimenti ancora mancanti tra quelli da registrare a sistema il 31 marzo	4 carcasse/mese ASL GAL (marzo-dicembre 2022). Censimenti: 99,6% ASL GAL.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		2022
Ottenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne da Tubercolosi	Reg. (CE) 17/12/2019, n. 2020/689/UE REGOLAMENTO DELEGATO DELLA COMMISSIONE che integra il regolamento (UE) 2016/429 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda le norme relative alla sorveglianza, ai programmi di eradicazione e allo status di indenne da malattia per determinate malattie elencate ed emergenti (Testo rilevante ai fini del SEE). L'obiettivo si intende raggiunto se sono perseguiti entrambi gli standard (a e b)	ASL GAL 101,23%
Garantire il controllo e la eradicazione delle encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE) negli allevamenti ovini attraverso l'incremento della frequenza dell'allele di resistenza alla scrapie classica nella popolazione ovina	Numero di aziende ovine con livello di qualifica I,II,III/Numero di aziende ovine presenti	83%

### RENDICONTAZIONE E ANALISI DEI PRINCIPALI OBIETTIVI DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		2022
Garantire l'attuazione del processo di revisione del sistema regionale dei servizi pubblici residenziali e semi residenziali per la tutela della salute mentale degli adulti realizzando lo spostamento progressivo dell'offerta dalla alta alla media e alla bassa intensità di cura, anche attraverso la riqualificazione della produzione diretta dei servizi pubblici	Adozione del Piano aziendale di riqualificazione dell'offerta dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti ai sensi della DGR 13/12 del 09/04/2021  Adozione di un Piano aziendale degli acquisti di servizi residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti da erogatori privati accreditati che valorizzando la riduzione del fabbisogno nel livello di cura SRP1 ed il contestuale aumento del fabbisogno nel livello di cura SRP2 e SRP3	Il DSMD ha definito un Piano di riqualificazione dell'offerta dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali prevedendo per tutte le strutture del centro di salute mentale un trasferimento progressivo dei pazienti da strutture ad alta intensità ad un profilo di media e bassa intensità riabilitativa. Il Piano aziendale di riqualificazione dell'offerta dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti, ai sensi della DGR 13/12 del 09/04/2021 ha permesso la presa in carico dei pazienti in trattamento semiresidenziale al Centro diurno di Olbia e Tempio Pausania, di un maggior numero di pazienti riducendo di fatto la richiesta di inserimenti in strutture residenziali tuttavia si specifica che lo stesso non è stato adottato con un formale atto deliberativo.
Garantire la riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012	% DRG a rischio di inappropriatelyzza in DO	6,9%
Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria e di pronto soccorso - SPDC	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/numero di giornate anno	100,0%

### RENDICONTAZIONE E ANALISI DEI PRINCIPALI OBIETTIVI STRATEGICI DELL'AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO E DELL'INNOVAZIONE

La tabella seguente riporta la rendicontazione degli obiettivi strategici che riguardano la promozione di attività formative e la valorizzazione delle capacità tecniche e umane del



personale, nonché il coinvolgimento e la soddisfazione degli utenti e dei cittadini, l'informazione e la comunicazione interna ed esterna.

AREA DI PERFORMANCE	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	ANNO 2022
AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO E DELL'INNOVAZIONE	Garantire la dematerializzazione nei processi amministrativi/sanitari attraverso il corretto utilizzo dei sistemi informatici (atti, protocollo, e-prescription...) in linea con le disposizioni nazionali, regionali e con i regolamenti	numero atti firmati digitalmente (delibere/determine) in linea con i regolamenti /numero totale di atti pubblicati	100%
AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO E DELL'INNOVAZIONE	Promozione delle attività formative per la valorizzazione delle capacità tecniche e del benessere del personale.	N° eventi formativi	100% eventi formativi programmati
AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO E DELL'INNOVAZIONE	Rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti in relazione ai servizi erogati.	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>7
AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO E DELL'INNOVAZIONE	Promuovere l'adozione del ciclo di clinical competence/privileges con la finalità di definire una mappa delle conoscenze specialistiche e garantire un efficace sviluppo del personale	Numero schede competence/privileges definite per Dirigente di U.O./Numero totale dei Dirigenti di U.O.	100% Dirigenti medici
AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO E DELL'INNOVAZIONE	Garantire l'attuazione dei processi connessi alla programmazione del fabbisogno di risorse umane al fine di rendere l'assetto organizzativo coerente e funzionale alle scelte strategiche aziendali	Predisposizione del PTFP entro i termini	Adottato il 15.11.2022 nel rispetto dei termini

## RENDICONTAZIONE E ANALISI DEI PRINCIPALI OBIETTIVI STRATEGICI DELL'AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO

L'adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo disposto dalla legge regionale n. 24 dell'11 settembre 2020 ha avviato una nuova fase di *governance* del SSR, e l'istituenda azienda della Gallura è stata chiamata, oltreché, a garantire il conseguimento dei livelli essenziali di assistenza in maniera omogenea su tutto il territorio di riferimento della Gallura e la progressiva riduzione dei tempi d'attesa nell'accesso alle prestazioni sanitarie anche a garantire il pieno governo dei fattori di produzione con una metodologia di analisi e valutazione dell'efficienza economico – gestionale. Più specificatamente nell'ambito della gestione delle politiche di acquisto l'azienda, ha perseguito diverse azioni di efficientamento, tentando di assicurare i massimi livelli di sicurezza operativa (verso l'utente e verso il personale dipendente) e contestualmente di ridurre il più possibile i costi (diretti/indiretti), e di garantire massima trasparenza e tracciabilità nei processi d'acquisizione con specifiche azioni finalizzate a programmare le procedure di acquisizione e loro razionalizzazione

AREA DI PERFORMANCE	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	ANNO 2022
AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire il rispetto del tempo medio di pagamento nei termini di legge e/o contrattuali al fine di ridurre gli interessi di mora	Tempo medio di pagamento <= 60gg	<= 60gg*

AREA DI PERFORMANCE	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	ANNO 2022
AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO		Numero medio di giornate di ritardo	0*
AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire il monitoraggio trimestrale del volumi di attività e dei costi per C.D.R.	Monitoraggio volumi di attività/costi per CDR	report trimestrali
AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire l'efficienza dei fattori produttivi impiegati con la finalità di massimizzare l'output (beni prodotti e/o servizi erogati) e minimizzare i costi di produzione	Pareggio di bilancio	Ricavi =costi su CE preconsuntivo IV Trim.
AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire il controllo di tutte le macro-autorizzazioni di spesa per ogni ufficio autorizzativo nell'ambito del Budget Autorizzativo	Monitoraggio macro-autorizzazione di spesa	report trimestrali
AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire il rispetto delle milestone del PNRR	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	100% target previsti PROGETTI PNRR ASL GALLURA
AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire l'approvazione dell'atto aziendale entro i termini definiti dalla legge regionale 24/2020	Approvazione entro i termini stabili dalla normativa regionale (Legge 24/2020)	deliberazione n. 44 del 27.1.2023
AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire il rispetto dei termini nella presentazione dei documenti di programmazione e rendicontazione regionale corredati dei pareri dei collegi sindacali	N° documenti approvati entro i termini/N°totale di documenti da approvare	Approvazione entro il 15/11/2022
AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire l'efficienza dei fattori produttivi impiegati con la finalità di massimizzare l'output (beni prodotti e/o servizi erogati) e minimizzare i costi di produzione	Margine operativo lordo (MOL) di Unità Operativa	report semestrale MOL Positivo per n°4 UU.OO

Di seguito si riporta la tabella con i risultati di Performance delle strutture dell'ASL GALLURA riferite all'anno 2022.

Nella lettura della sottostante tabella si raccomanda di tener conto che la percentuale di raggiungimento di Performance Organizzativa delle strutture aziendali non è indicativa della qualità complessiva delle prestazioni erogate o delle "Competence" professionali dei responsabili e degli operatori coinvolti, ma evidenzia unicamente, il grado di raggiungimento di specifici obiettivi negoziati con la Direzione aziendale, al cui conseguimento o meno influiscono molteplici fattori, anche incidentali, che possono pregiudicare il raggiungimento degli stessi.

Descrizione CdR	% performance organizzativa
SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - OLBIA	95,71
SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - TEMPIO	95,78
SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA AZIENDALE	91,07
SC CHIRURGIA GENERALE - OLBIA	100
SC CHIRURGIA GENERALE - TEMPIO	71,63
SC OTORINOLARINGOIATRIA - TEMPIO	85,00
ANESTESIA E RIANIMAZIONE AZIENDALE	87,53

Descrizione CdR	% performance organizzativa
SC MEDICINA GENERALE - OLBIA	94,38
SC MEDICINA GENERALE - TEMPPIO	93,57
SC UNITA' CORONARICA - OLBIA	100
SC PEDIATRIA AZIENDALE	100
SC NEUROLOGIA - OLBIA	100
SC ONCOLOGIA - OLBIA	100
SC DIABETOLOGIA TERRITORIALE NORD	100
SC MCAU OLBIA - OLBIA	97,10
SC MCAU TEMPPIO	97,10
SC MCAU LA MADDALENA	97,10
SC EMODIALISI AZIENDALE	100
S SERVIZIO CONSULTORIALE AZIENDALE	100
DISTRETTO OLBIA	84,39
DISTRETTO TEMPPIO	94,01
DISTRETTO LA MADDALENA	90,87
SERVIZIO RADIOLOGIA OLBIA	92
SERVIZIO RADIOLOGIA TEMPPIO	93,24
SC LABORATORIO ANALISI	100,00
SC ANATOMIA PATOLOGICA	96,01
SSD MEDICINA TRASFUSIONALE	93,64
SC RECUPERO RIABILITAZIONE FUNZIONALE	100,00
SC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	100,00
SC SERVIZIO GIURIDICO AMMINISTRATIVO ASSL OLBIA	96,29
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE NORD	86,25
SC CURE TERRITORIALI CSM OLBIA-TEMPPIO	86,25
SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	86,25
SC AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE OLBIA - TEMPPIO	86,25
SC SPDC OLBIA	86,25
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE NORD	94,60
SC SANITÀ ANIMALE	100
SC IGIENE DELLE PRODUZIONI ZOOTECHNICHE	100
SC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	100
SC SALUTE E AMBIENTE	100
SC SPRESAL	100
SC IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE (SIAN)	100
SC IGIENE E SANITÀ PUBBLICA NORD	95,00
DIREZIONE DI PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO DI AREA OMOGENEA ASL OLBIA	98,33
SC SERVIZIO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE	93,33

### 3.2 Misurazione e valutazione della performance individuale

La misurazione e valutazione della performance individuale è finalizzata principalmente ad evidenziare il risultato individuale conseguito dal personale valutato rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza, e a chiarire che cosa ci si attende dalla singola persona in termini di risultati e comportamenti. Con deliberazione del Direttore Generale n°8 del 14/02/2022, è stato recepito il Sistema di Misurazione della performance adottato da ATS SARDEGNA, il quale, definisce le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti, le responsabilità del processo di misurazione e valutazione della performance e le procedure di conciliazione. La valutazione della performance individuale è determinata da diverse

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

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

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

Per il restante personale la valutazione è legata:

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

Così come già sperimentato nelle valutazioni degli anni precedenti, anche per il 2022, è stato adottato il sistema software Gestione Unificata Risorse Umane (G.U.R.U.) per la gestione del processo di valutazione della performance. Il sistema consente agli attori coinvolti nel processo di valutazione della performance, secondo il proprio livello di autorizzazione, di svolgere le attività relative alla compilazione e consultazione delle schede di valutazione e la consultazione della reportistica relativa ai risultati della valutazione. Di seguito si riportano i risultati di Performance individuale dell'ASL Gallura per l'anno 2022 specificando che nell'analisi non sono ricomprese le valutazioni individuali del personale comandato presso altri enti:

### **1. Valutazione complessiva generale**

Il processo complessivo della valutazione della Performance individuale nell'anno 2022 ha coinvolto 1516 dipendenti e alla data della stesura della presente relazione risultano completate le valutazioni di tutti i dipendenti, conseguendo una valutazione media di 94,70 come riportato nella figura 1.



Figura 1 Media della valutazione complessiva ASL GALLURA

La figura 2 *Media di valutazione per scheda di valutazione ASL GALLURA* evidenzia che i Responsabili di struttura semplice e le posizioni organizzative e coordinatori hanno riportato una media di valutazione superiore alla media complessiva di ASL.

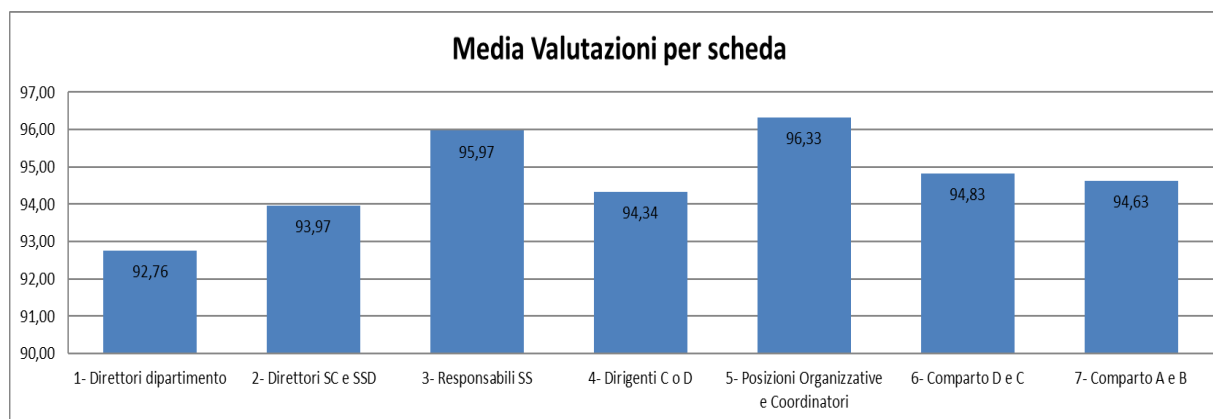


Figura 2 Media di valutazione per scheda di valutazione ASL GALLURA

## 2. Valutazione per range di punteggio

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

ASL GALLURA	Range di Valori						Totale Valutazioni
	96-100	91-95	86-90	81-85	76-80	<=75	
Numero persone	936	313	118	74	30	45	1516

Risulta che circa il 62% dei dipendenti ha conseguito una valutazione compresa tra i valori 96 - 100, il 20% tra il 91-95, l'8% tra il 86-90. Solamente il 5% ha conseguito una valutazione inferiore all'85, e di questi solamente il 3% ha conseguito una valutazione al di sotto del 75.

ASL GALLURA	% Distribuzione Range di Valori						Totale Valutazioni
	96-100	91-95	86-90	81-85	76-80	<=75	
Numero persone	61,74%	20,65%	7,78%	4,88%	1,98%	2,97%	100,00%

## 3. Valutazioni medie per scheda

Entrando nel dettaglio della valutazione della performance per scheda associata, quindi per profilo professionale, il grafico evidenzia il numero complessivo di persone per scheda di valutazione associata e la media del punteggio conseguito. La media registra sempre valori superiori al 93, ad eccezione delle schede dei Direttori di Dipartimento.

Il valore medio più alto si registra nelle schede delle Posizioni Organizzative e Coordinatori, con un punteggio superiore a 96, seguito dai Responsabili di Struttura Semplice.

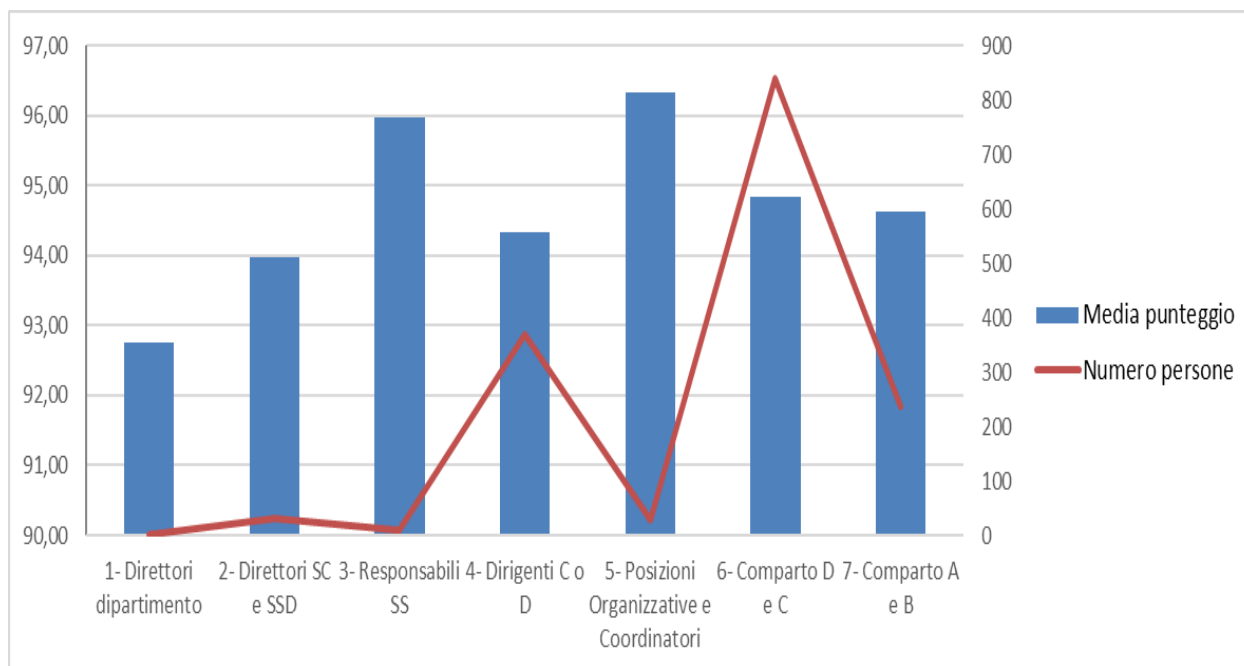


Figura 3 Visualizzazione grafica dei punteggi conseguiti, suddivisi per Scheda di Valutazione associata

## 4. Pari Opportunità e Bilancio di Genere

### 4.1 Pari Opportunità e Valorizzazione del benessere

Un importante fattore che influenza la performance aziendale è determinato dalle risorse umane che operano all'interno dell'organizzazione.

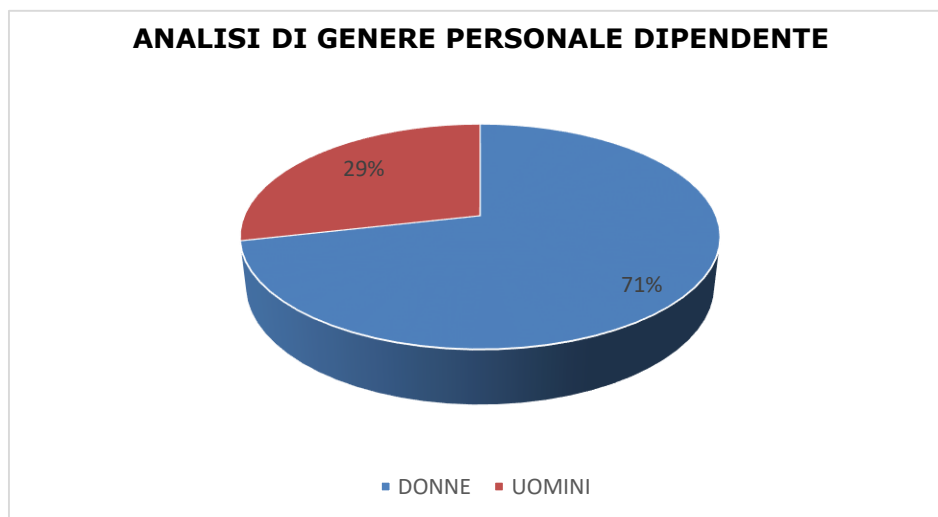
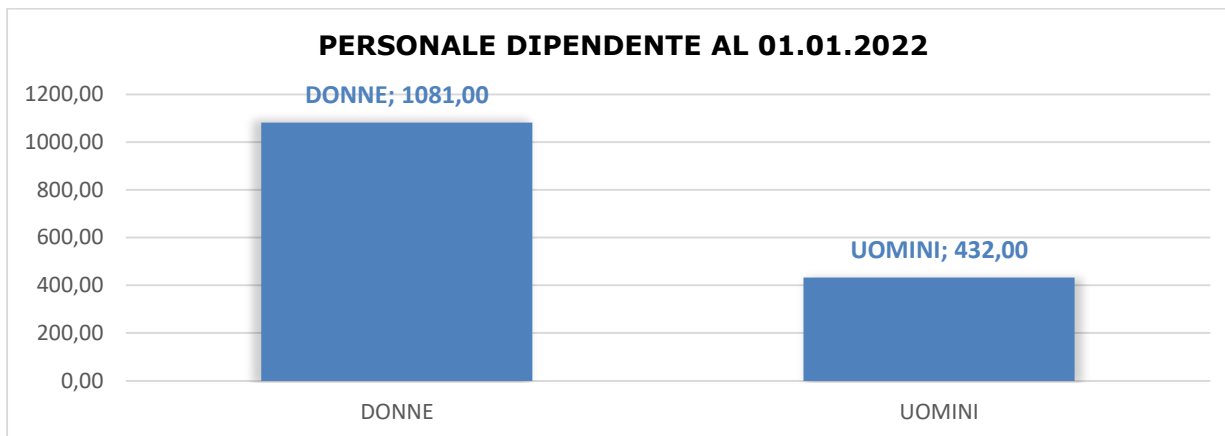
Il tema delle pari opportunità risulta essere un elemento fondamentale nell'ottica dello sviluppo delle risorse umane e ancor più nelle pubbliche amministrazioni, dove si caratterizza come elemento trasversale per il perseguimento della missione e il rispetto dei valori che guidano le attività e i processi decisionali, sia di carattere strategico che operativo. La costituzione del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (C.U.G.) rappresenta un adempimento obbligatorio per le Pubbliche Amministrazioni, previsto dall'articolo 21 della Legge n. 183 del 4 novembre 2010, che recepisce i principi più volte enunciati dalla legislazione europea circa l'ampliamento delle garanzie da rivolgere oltre che alle discriminazioni legate al genere, anche ad ogni altra forma di discriminazione, diretta od indiretta in relazione all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione ed alla lingua. La ASL Gallura in conformità a quanto sopra, ha provveduto con deliberazione del Direttore Generale n. 200 del 12/04/2023 alla costituzione del C.U.G. aziendale. Uno degli obiettivi primari del CUG è quello di assicurare, nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità contrastando discriminazioni di genere, di età, di orientamento sessuale, di etnia, di disabilità, di religione, e di lingua e garantire l'assenza di violenze morali e psicologiche per favorire il benessere dei dipendenti e l'ottimizzazione della produttività, migliorando l'efficacia delle prestazioni lavorative in un'ottica di razionalizzazione dell'organizzazione aziendale.

L'azienda nel corso dell'anno 2022 ha avuto un importante ruolo propositivo e propulsivo ai fini della promozione e dell'attuazione del principio delle pari opportunità e della valorizzazione nelle politiche del personale, sia nell'ambito del reclutamento e della gestione del personale, che della formazione e della cultura organizzativa. L'azienda ha inoltre favorito i dipendenti nell'individuazione di strumenti normativi e regolamentari che consentono di migliorare la conciliazione della vita familiare con quella lavorativa attraverso la diffusione e il costante aggiornamento della normativa in materia di tutela della maternità e paternità.

AZIONE	OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2022
<b>Contrasto a qualsiasi forma di discriminazione e di violenza</b>	Predisposizione e adozione del Codice di Condotta contro le molestie sessuali e morali per la tutela della dignità delle persone	Delibera di adozione del Codice di comportamento	Predisposto nel corso dell'anno 2022 ma in fase di ulteriore revisione per l'approvazione entro il 30.06.2023 come da indicazioni ANAC
<b>Benessere Organizzativo</b>	Garantire la realizzazione di un'indagine per la rilevazione del livello di benessere organizzativo, rivolta ad acquisire ogni informazione utile sullo stato di salute della condizione lavorativa nell'ASL GALLURA	Rilevazione del livello di benessere organizzativo	Obiettivo sterilizzato
<b>Politiche di conciliazione</b>	Garantire adeguata pubblicità attraverso la rete INTRANET e il costante aggiornamento della normativa in materia di tutela della maternità e paternità.	Aggiornamento INTRANET aziendale	Costante aggiornamento
	Garantire la partecipazione dei dipendenti ai corsi di formazione e aggiornamento professionale attraverso la promozione dell'utilizzo di modalità organizzative idonee a favorirne la partecipazione e consentire la conciliazione tra vita professionale e vita familiare	% corsi di formazione in modalità FAD sincrona e asincrona	100% delle richieste
<b>Promozione delle pari Opportunità e della cultura di genere</b>	Promuovere l'attivazione di percorsi formativi sui temi delle pari opportunità e della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro	% di percorsi formativi sui temi delle pari opportunità e della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro	100% delle richieste

## 4.2 Analisi di genere del personale dipendente

Dall'analisi del personale dipendente in servizio al 01.12.2022 disaggregato per genere e per ruolo si evidenzia la prevalenza del genere femminile su quello maschile nel ruolo sanitario, tecnico e amministrativo, pertanto non occorre stabilire il riequilibrio della presenza femminile in azienda. Si sottolinea inoltre che la presenza delle donne è garantita dalla nostra azienda anche nelle posizioni apicali ai vertici delle Macrostrutture aziendali Ospedaliere, Distrettuali e Amministrative



Come si evince dal grafico appartiene al genere femminile il 71% del personale dipendente a tempo indeterminato e a tempo determinato mentre il genere maschile rappresenta il 29% del totale.

### 4.3 Organizzazione del lavoro agile

L'ASL Gallura intende attuare e sviluppare il lavoro agile con l'obiettivo di fornire indicazioni per la definizione di una disciplina che garantisca condizioni di lavoro trasparenti, che favorisca la produttività e l'orientamento ai risultati, che concili le esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori con le esigenze organizzative delle pubbliche amministrazioni, consentendo, ad un tempo, il miglioramento dei servizi pubblici e dell'equilibrio fra vita professionale e vita privata.

In relazione alla fase di sperimentazione del lavoro agile ordinario, nel corso dell'anno 2022, l'azienda ha individuato le condizioni abilitanti del lavoro agile concentrandosi soprattutto sui fattori che fanno riferimento ai livelli di stato delle risorse o livelli di salute dell'ente funzionali all'implementazione del lavoro agile, ossia quei fattori abilitanti del processo di cambiamento che l'azienda ha misurato prima dell'implementazione della policy e sui quali dovrebbe incidere in itinere o a posteriori, tramite opportune leve di miglioramento, al fine di garantire il raggiungimento di livelli standard ritenuti soddisfacenti.

Più specificatamente l'ASL GALLURA, ha proceduto ad un'analisi preliminare del suo stato di salute, al fine di individuare eventuali elementi critici che potessero ostacolare l'implementazione



del lavoro agile, oltre che di eventuali fattori abilitanti che potrebbero favorirne il successo. In particolare, ha valutato la:

- salute organizzativa
- salute professionale
- salute digitale.

Da un'analisi preliminare dello stato di salute organizzativa è emerso che:

CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE	DIMENSIONI	INDICATORI	FASE DI AVVIO ANNO 2022	
	SALUTE ORGANIZZATIVA	<b>SALUTE ORGANIZZATIVA: Adeguatezza dell'organizzazione dell'azienda sanitaria all'introduzione del lavoro agile</b>		
		Presenza di un sistema di programmazione per obiettivi, per progetti e per processi		SI
		Presenza di un coordinamento organizzativo del lavoro agile		SI
		Presenza di un sistema di monitoraggio del lavoro agile		SI
		Presenza di un Help desk informatico dedicato al lavoro agile		SI
	SALUTE PROFESSIONALE	<b>SALUTE PROFESSIONALE: Adeguatezza dei profili professionali dell'azienda sanitaria rispetto a quelli necessari</b>		
		<b>Competenze direzionali: capacità di programmazione, coordinamento, misurazione e valutazione da parte del management</b>		
		% Dirigenti/posizioni organizzative che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno		NESSUNA RICHIESTA
		% Dirigenti/posizioni organizzative che adottano un approccio per obiettivi e per progetti per coordinare i collaboratori		100%
<b>Competenze organizzative: capacità di lavorare per obiettivi, per progetti, per processi, capacità di autorganizzarsi</b>				
% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile nell'ultimo anno		NESSUNA RICHIESTA		
<b>Competenze digitali: capacità di utilizzare le tecnologie</b>				
% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali nell'ultimo anno		NESSUNA RICHIESTA		
% lavoratori agili che utilizzano le tecnologie digitali a disposizione		100%		
SALUTE DIGITALE	<b>SALUTE DIGITALE</b>			
	% di lavoratori agili che possono accedere al sistema VPN		100%	
	% di lavoratori agili che utilizzano sistemi di collaboration (documenti in cloud)		100%	
	% di applicativi consultabili in lavoro agile		100%	

#### 4.4 Formazione del personale

La formazione intesa come sviluppo professionale del personale è un asset strategico dell'Azienda che ha il fine di supportare il personale nell'operatività quotidiana, permettendo il raggiungimento di elevati livelli di efficacia e qualità, promuovendo un clima di lavoro positivo e collaborativo e contribuendo alla cultura di genere.

La formazione in sanità svolge una funzione strategica, in quanto strumento di innovazione e diffusione delle conoscenze, volto al miglioramento continuo della organizzazione, all'umanizzazione dei Servizi, allo sviluppo complessivo delle competenze e relazionali della comunità professionale, alla realizzazione degli obiettivi programmatici del sistema sanitario regionale.

La formazione contribuisce in modo determinante alla diffusione della cultura della tutela della salute e ad assicurare un'offerta di servizi sanitari efficienti, efficaci ed appropriati.

Nell'anno 2022 la gran parte dell'attività formativa è stata realizzata in house con la collaborazione anche di strutture esterne avanzate nel campo della simulazione e delle nontechnical skills, e si è sviluppata attraverso corsi residenziali interattivi e corsi di formazione sul campo.

## **5. Rischi corruttivi e Trasparenza**

Alla luce delle precisazioni fatte dall' ANAC con il documento "Orientamenti per la Pianificazione Anticorruzione e Trasparenza 2022" l'azienda ha proceduto alla stesura della Sezione Rischi corruttivi e trasparenza nel PIAO.

La formulazione della strategia nazionale di prevenzione della corruzione si basa principalmente sui seguenti obiettivi:

- conseguire la riduzione delle opportunità di manifestazione dei fenomeni di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Questi tre obiettivi si sviluppano a livello decentrato, in ogni pubblica amministrazione, nella individuazione e attuazione di una serie di misure obbligatorie e specifiche che sono indicate all'interno del Piano triennale di prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza. L'Azienda ha inserito gli strumenti introdotti dalla normativa anticorruzione al suo interno omogeneizzandoli in un sistema di meccanismi di controllo interno orientati al miglioramento continuo dell'efficienza e qualità dei processi aziendali di supporto e di erogazione delle prestazioni. La scelta dell'Azienda nella prevenzione della corruzione è quella di prediligere un **approccio culturale, orientato alla diffusione dei valori dell'etica, della legalità e dell'integrità** piuttosto che basato solo su regole e misure repressive.

Nell'anno 2022 con deliberazione del Direttore Generale n. 83/2022, si è provveduto ad individuare e nominare il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza della ASL n. 2 della Gallura, che ha provveduto a predisporre la sezione Rischi corruttivi e trasparenza ai sensi della legge n. 190 del 2012 e formulati in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore pubblico, con riferimento alle indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2022 dell'ANAC.

È stato verificato il corretto adempimento da parte dell'Azienda degli obblighi di pubblicazione sul sito aziendale sezione Amministrazione Trasparente, dell'informazione e degli atti di interesse pubblico.

Da un'analisi dello stato di attuazione delle misure indicate nella sezione Rischi corruttivi e trasparenza è emerso che:

DIMENSIONE	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	ANNO 2022
	Valutazione dell'indice di rischio corruttivo dei processi aziendali a rischio corruzione	Aggiornare il livello di rischio di corruzione dei processi aziendali	MONITORAGGIO SEMESTRALE
	Trattamento dei rischi specifici di corruzione di elevata priorità	Definire/aggiornare/attuare le misure di trattamento dei rischi specifici valutati e classificati per Indice di Rischio (IR)	MONITORAGGIO SEMESTRALE
		Valutare/Monitorare l'efficacia delle misure di trattamento / controlli	MONITORAGGIO SEMESTRALE
	Garantire l'inserimento e la pubblicazione di dati, informazioni e documenti nella sezione "Amministrazione Trasparente".	Pubblicazione di dati, informazioni e documenti nella sezione "Amministrazione Trasparente" da parte dei Responsabili indicati nell'Elenco Obblighi di Pubblicazione (EOP)	MONITORAGGIO SEMESTRALE

## 6. La partecipazione dei cittadini e degli utenti

L'ASL Gallura, sulla base degli indirizzi emanati dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP), per l'anno 2022 ha rilevato la soddisfazione il modello di valutazione partecipativa; promuove la partecipazione dei cittadini utenti alla valutazione delle performance organizzative, attraverso le indagini di customer satisfaction volte a rilevare il grado di soddisfazione degli utenti in relazione ai servizi erogati.

Il questionario è stato strutturato su dimensioni della qualità percepita e tale struttura è stata mantenuta omogenea rispetto ai diversi strumenti prodotti in relazione ai settori di assistenza analizzati. Questo ha consentito di fare confronti tra diverse aree assistenziali con la possibilità di integrare con altri item ritenuti di approfondimento per lo specifico ambito considerato. I questionari di valutazione costruiti in modo uniforme hanno la stessa scala e le stesse dimensioni per ogni area assistenziale.

L'area di indagine adottata per la rilevazione della qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari per l'anno 2022 ha riguardato i seguenti eventi clinici:

- Accessi in Pronto Soccorso
- Ricoveri Ospedalieri
- Visite Ambulatoriali con l'utilizzo della cartella clinica SISAR

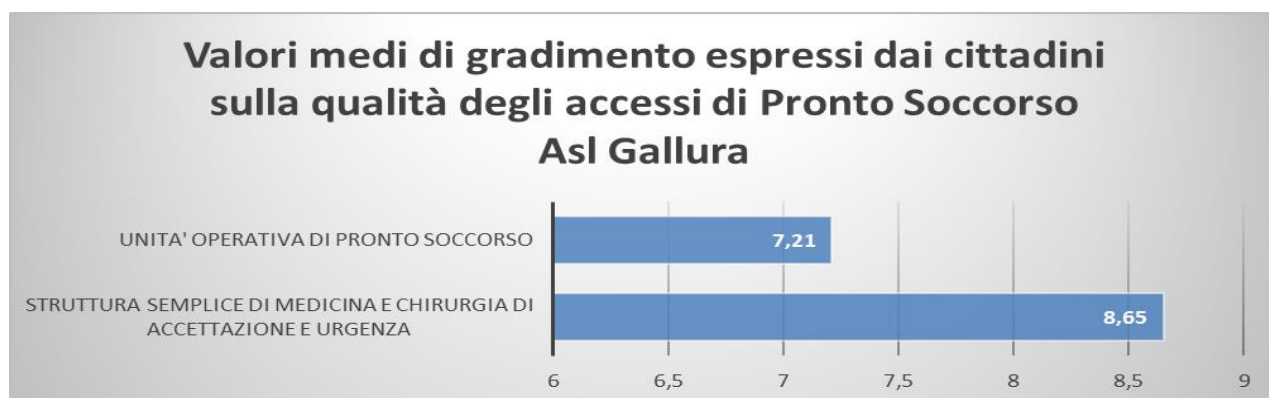
Il software adottato per la rilevazione del grado di soddisfazione dell'utente per le prestazioni sanitarie ricevute dal paziente è perfettamente integrato con i sistemi SISAR (PSWEB, ADTWEB, e AMBWEB) che gestiscono tali processi. Con il sistema adottato, i sistemi SISAR coinvolti (PSWEB, ADTWEB e AMBWEB, generano per ciascun accesso un codice univoco all'interno del territorio regionale (token). Questo codice è presentato (unitamente al link a cui collegarsi per effettuare il questionario di gradimento) all'interno delle stampe prodotte dagli applicativi e consegnate al paziente. Nello specifico queste informazioni sono inserite nelle seguenti stampe:

- Verbale di dimissione di Pronto Soccorso
- Lettera di dimissione di Ricovero
- Referto Prestazione Ambulatoriale

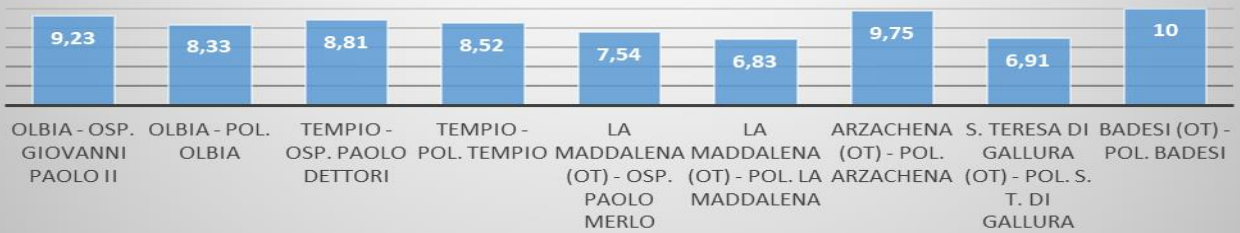
Si può affermare, nonostante il campione relativamente rappresentativo sotto il profilo della numerosità dei questionari compilati, che il giudizio e la valutazione sui vari item analizzati risulta mediamente adeguato/molto adeguato.

L'accessibilità alla struttura, la valutazione del comfort degli ambienti, la pulizia dei locali, le informazioni dal personale medico, infermieristico e tecnico, come pure la refertazione, sono aspetti corrispondenti a percentuali alte e medio alte. Minore soddisfazione è stata espressa relativamente ai tempi di attesa per una prenotazione per le visite ambulatoriali.

In Ambito ospedaliero il tempo di presa in carico, le informazioni da medici e infermieri, la somministrazione della terapia, il comfort offerto dalla struttura, dai risultati analizzati hanno registrato valori tra adeguato/molto adeguato. Si registra un'elevata variabilità nelle risposte nei pazienti che si rivolgono ai PS in riferimento ai codici di priorità assegnati. La durata dell'attesa condiziona la valutazione complessiva finale della prestazione ricevuta.



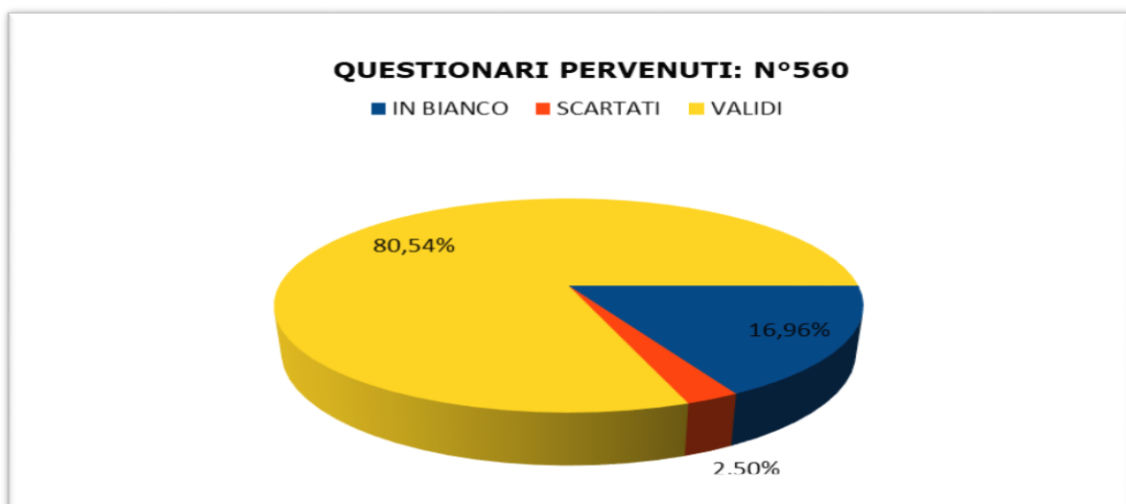
## Valori Medi di gradimento espressi dai cittadini sulla qualità delle visite ambulatoriali

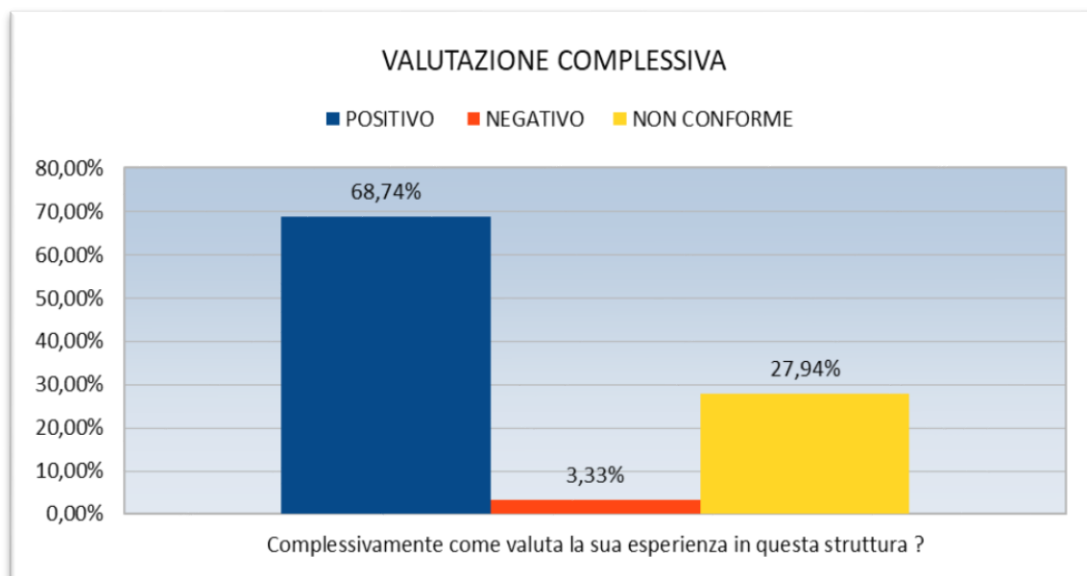


## Valori medi di gradimento dei cittadini per diverse aree assistenziali



L'indagine di customer satisfaction è avvenuta anche attraverso la distribuzione di questionari in formato cartaceo nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali di radiologia, laboratorio analisi e per quelle strutture che erogano prestazioni ambulatoriali ma che non utilizzano la cartella clinica SISAR. In totale sono pervenuti 560 questionari di cui 451 compilati correttamente, 95 in bianco e 14 scartati perché non conformi. L'analisi della valutazione complessiva evidenzia un risultato positivo per il 68,74% dei questionari analizzati.





## 7.II processo di redazione della Relazione sulla performance

### 7.1 Fasi, soggetti e responsabilità

La Misurazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi strategici attribuiti alle unità operative aziendali nel 2022 è avvenuta nel mese di maggio e giugno 2023 a cura della SC Programmazione e Controllo di Gestione. La struttura ha provveduto inoltre alla redazione del presente documento al fine di consentire l'adozione da parte della Direzione Generale e la validazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

Di seguito la tabella evidenzia il processo di redazione della relazione sulla performance con l'indicazione, per ogni fase, dei soggetti e dei tempi.

FASI	SOGGETTI COINVOLTI	TEMPI
Misurazione del raggiungimento degli obiettivi specifici delle UU.OO complesse, Semplici e Semplici dipartimentali	SC Programmazione e controllo	MAGGIO 2023
Misurazione della performance individuale	SC Programmazione e controllo	MAGGIO 2023
Redazione della Relazione sulla Performance 2020	SC Programmazione e controllo	GIUGNO 2023
Validazione e adozione della Relazione sulla Performance 2022	Direzione strategica	GIUGNO 2023

### 7.2 Punti di forza e di debolezza del Ciclo delle Performance

Nel corso del 2022 sono stati adottati tutti gli strumenti del Ciclo di Gestione della Performance e gli stessi saranno comunque nel tempo perfezionati sia nei contenuti che nella forma.

#### **SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE**

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance adottato ha ad oggetto sia la misurazione e la valutazione della performance organizzativa che quella individuale, con specifico riferimento, in quest'ultimo caso:

- al personale dirigente;
- al personale non dirigenziale cui è stata attribuita la posizione organizzativa;
- al personale non dirigenziale.

Il Sistema, pertanto, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 7 del Decreto 150/2009 e s.m.i. ed in base alle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica, individua:

- le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione e valutazione della performance;
- le modalità di raccordo e integrazione con i sistemi di controllo esistenti e con il sistema informativo;
- le modalità di raccordo e integrazione con i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio.

Con riferimento alla valutazione della Performance Organizzativa la struttura di Programmazione e Controllo di Gestione procede alla misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti nell'ambito del Processo di Budget (risultati gestionali), ossia verificano il confronto tra livello di *Performance Attesa* (target dell'indicatore associato all'obiettivo) e livello di *Performance effettivamente conseguita* (valore dell'indicatore misurato a consuntivo).

Per quanto attiene invece la valutazione della Performance Individuale, scopo prioritario è quello di evidenziare l'importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza, di chiarire e comunicare che cosa ci si attende – in termini di risultati e comportamenti – dalla singola persona, in modo tale da contribuire a creare e a mantenere un clima organizzativo favorevole ma precipuamente di premiare le Performance positive mediante opportuni sistemi incentivanti. Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance copre tutte le aree previste dal D. Lgs. 150/2009, ossia la performance organizzativa di tutti Centri di responsabilità aziendali e la performance individuale di tutti i dirigenti e di tutto il personale del comparto.

### **SISTEMA DI BUDGET**

Il Budget in quanto strumento di programmazione ha tradotto i programmi e gli obiettivi strategici contenuti nella sezione Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione del PIAO in obiettivi operativi e specifici annuali assegnandoli ai centri di responsabilità. Gli obiettivi di Budget sono stati definiti in coerenza con i vincoli di bilancio aziendali e il loro conseguimento costituisce condizione necessaria per l'erogazione della premialità prevista dalla contrattazione collettiva nazionale e integrativa aziendale. Il processo di Budget è infatti lo strumento principale su cui è ancorata la valutazione delle Performance organizzative dell'azienda sanitaria nel suo complesso e di tutte le strutture aziendali, e consente inoltre di definire il contributo dell'apporto dei singoli operatori in termini di Performance individuale.

## **CICLO PERFORMANCE E PROCESSO DI BUDGET 2022**

Con riferimento alla performance organizzativa permangono comunque alcune criticità connesse spesso alla difficoltà di assegnare obiettivi sfidanti ma soprattutto di poterli assegnare secondo una logica bottom-up in quanto nella maggior parte dei casi le proposte di obiettivi provenienti da parte delle strutture sono annoverabili tra le attività istituzionali e ordinarie che mal si attagliano con la definizione di obiettivi specifici di budget e da ciò consegue la necessità per la Direzione di dover da un lato accogliere le proposte, ma per alcuni obiettivi di ricorrere ad una logica di attribuzione Top Down. Un'ulteriore criticità è rappresentata dalla difficoltà dei Direttori di struttura ad accettare risultati di misurazione della performance organizzativa inferiori a 100 in quanto i risultati ricompresi nel range (60 -80) sono percepiti come risultati punitivi.

Con riferimento alla performance individuale le criticità sono connesse alla mancata comunicazione alla struttura tecnica permanente dell'attribuzione degli obiettivi individuali evidenziando talvolta comportamenti opportunistici finalizzati a privilegiare alcuni a danni di altri con obiettivi individuali attribuiti in sede di valutazione solo ad alcuni e in epoca successiva posto che la valutazione della performance è riferita al ciclo precedente.

Un'ulteriore criticità è relativa alla differenziazione delle valutazioni, com'è noto il decreto 150/2009 ha da sempre rimarcato l'importanza della differenziazione delle valutazioni individuali e ciò spiega perché la *"capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi"* costituisce una delle dimensioni obbligatorie nella valutazione del valutatore e del co-valutatore, tuttavia, come rappresentato anche dalle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica, l'esperienza applicativa ha fatto emergere una diffusa difficoltà a restituire risultati valutativi in linea con la naturale "diversità" delle prestazioni rese. Le cause sono da ricercare sia nella mancanza di una sedimentata cultura della valutazione sia nello stretto legame che, di fatto, si è venuto a creare tra i risultati della valutazione e i sistemi premiali. Questa impostazione ha orientato i comportamenti dei valutatori e dei valutati a mettere in atto atteggiamenti difensivi per disinnescare gli effetti dei sistemi di valutazione percepiti come negativi, determinando, in particolare, l'originarsi di forti resistenze interne alla differenziazione dei giudizi.

Nella pratica organizzativa, l'appiattimento verso l'alto delle valutazioni non solo non consente di individuare e premiare il merito ma ha anche depotenziato la leva dell'incentivazione trasformando il premio in un fattore che, da un lato, non è in grado di motivare i dipendenti, ma, dall'altro, qualora non erogato nella modalità e nella misura attesa, è causa di malcontento ed insoddisfazione. La differenziazione dei giudizi costituisce quindi un utile indicatore di qualità in quanto il sistema di valutazione funziona se è in grado di restituire una rappresentazione veritiera del contributo fornito dai singoli, ovviamente diverso in natura, sia in termini di obiettivi organizzativi o di gruppo/individuali raggiunti che di comportamenti attesi.