

Deliberazione n. 1250

Adottata dal Commissario Straordinario in data 14.09.2020

OGGETTO: Approvazione Relazione sulla Performance 2019

PDEL/2020/1371

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 14.09.2020 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

Il Commissario Straordinario Dott. Paolo Cannas
Coadiuvato da
Direttore Amministrativo Dott. Ennio Filigheddu
Direttore Sanitario Dott. Raimondo Pinna

S.S.D. Affari Generali Ufficio Delibere

La presente Deliberazione prevede un impegno di spesa a carico dell'Azienda Ospedaliera Brotzu

SI NO

Su proposta della Struttura Tecnica Permanente

- VISTO il D.Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni;
- VISTA la Legge Regionale n. 10/2006;
- VISTO il Decreto Legislativo n. 165/2001 e s.m.i.;
- VISTO il Decreto Legislativo n. 150/2009 e s.m.i. recante: "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
- VISTO in particolare l'art. 10 del D.Lgs. n. 150/2009, recante "Piano della performance e Relazione sulla performance";
- VISTO altresì l'art. 16 c. 2 del D.Lgs. n. 150/2009, in base al quale le Regioni e gli enti locali adeguano i propri ordinamenti ai principi contenuti negli artt. 3, 4, 5 c. 2, 7, 9 e 15 c. 1 del medesimo D.Lgs.;
- VISTE le modifiche apportate al D.Lgs n. 150/2009 con il D.Lgs 74/2017;
- VISTO che con deliberazione n. 1501/2013 si è proceduto all'adozione del regolamento aziendale del "Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance";
- ATTESO che l'Azienda Ospedaliera G. Brotzu con delibera 190 del 30/01/2019 ai sensi dell'art. 10 comma 1 lett. a) del citato Decreto Legislativo, ha adottato il Piano della Performance 2019-2021 quale documento programmatico triennale;



AO Brotzu

DATO ATTO che con Delibera n. 1014 del 16/07/2020 l'Azienda Ospedaliera G. Brotzu ha provveduto alla nomina del Presidente e dei Componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione per il triennio 2020-2023.

CONSIDERATO che la Relazione annuale sulla Performance (art. 10 c.1 letr. b) d.lgs. 150/2009) è un documento da redigere secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della Funzione pubblica (Linee guida n. 3/2018), approvato dalla Direzione e validato dall'Organismo indipendente di valutazione.

DATO ATTO che con nota n. 16180 del 08/09/2020 la direzione aziendale ha comunicato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, Ufficio per la Valutazione della Performance le motivazioni inerenti il mancato rispetto dell'invio della relazione sulla Performance 2019 entro i termini.

VISTA la Relazione sulla Performance 2019 allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

- Di approvare la Relazione sulla Performance 2019 allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;
- Di inviare la presente deliberazione all'Organismo indipendente di Valutazione al fine di dare luogo al processo di validazione di loro competenza ai sensi dell'art. 14 c. 4 lett. C) d.lgs. 150/2009;
- Di provvedere alla sua pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda Ospedaliera G. Brotzu nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale sotto la voce Performance.

Il Commissario Straordinario
Dott. Paolo Cannas

Il Direttore Amministrativo
Dott. Ennio Filigheddu

Il Direttore Sanitario
Dott. Raimondo Pinna



AO Brotzu

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE



ANNO 2019

Sommaro

PRESENTAZIONE	3
1. I PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI	4
2.1 Contesto.....	5
2.2 Eventi significativi	7
2.3 Risorse	8
2.4 Analisi di genere	11
4. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA	17
5. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI.....	19
6. IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	21

PRESENTAZIONE

Il presente documento è redatto ai sensi del d.lgs. 150/2009, così come modificato dal d.lgs.74/2017, e secondo le Linee Guida emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, Ufficio per la valutazione della performance a novembre 2018 come previsto dall'articolo 3 comma 1 del dpr 105/2016.

Il 2019 è stato caratterizzato dal cambio di vertice aziendale, infatti con DGR n. 21/28 del 04 giugno 2019 avente ad oggetto "Azienda Ospedaliera "G. Brotzu". Nomina Commissario Straordinario." Recepita dall'AOb con deliberazione n. 1381 del 14 giugno 2019 il Dott. Paolo Cannas è stato nominato Commissario Straordinario (C.S.) dell'AOb e tutt'ora in carica. A seguito della sopra richiamata nomina si è prioritariamente proceduto a ridare tempestivo impulso al processo di negoziazione del budget 2019 convocando nel mese di luglio i Direttori di Struttura a valenza budgetaria per la negoziazione degli obiettivi di performance organizzativa. Gli obiettivi assegnati sono per lo più coerenti con il Piano della Performance approvato con Deliberazione n. 190 del 30/01/2019 ma è doveroso specificare che il cambio di vertice aziendale ha comportato qualche mutamento di indirizzo.

Con Delibera n. 1710 del 23 luglio 2019 il C. S. dichiara conclusa l'istruttoria della negoziazione di Budget 2019 e di dare avvio alla decorrenza del periodo di valutazione degli obiettivi assegnati per l'anno 2019.

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

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

Il mancato adempimento dei termini di legge nell'approvazione da parte dell'organo di indirizzo politico-amministrativo e della validazione da parte dell'OIV è da ricondurre principalmente allo stato di emergenza Covid -19 che ne ha rallentato le tempistiche e dall'avvicendamento dell'OIV. L'organismo uscente ha condotto l'istruttoria di valutazione del ciclo della performance 2019 sino alla valutazione della performance organizzativa di tutte le strutture a valenza budgetaria. L'OIV, nella sua rinnovata composizione, ha preso atto dei lavori svolti dai precedenti colleghi (verbali dal numero 4 al numero 14 del 2020) e procede all'analisi della presente relazione al fine della validazione della stessa ai sensi dell'Art. 14 c.4 del d.lgs. 150/2009, così come modificato dal d.lgs.74/2017.

1. I PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

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

L'Azienda Ospedaliera G. Brotzu serve un bacino teorico di 600.000 abitanti per quanto riguarda l'attività di emergenza/urgenza nonché l'intera popolazione regionale con riferimento all'assistenza sanitaria polispecialistica, nell'ambito dell'emergenza-urgenza, in qualità di DEA di secondo livello, della medicina dei trapianti, delle patologie oncologiche, pediatriche e rare.

Il processo di Misurazione e Valutazione della Performance 2019 tiene conto dell'assetto ridefinito con l'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliera Brotzu (AOB) approvato con deliberazione n. 1857 del 28/09/2017 e divenuto efficace a seguito della valutazione positiva di conformità agli indirizzi regionali espressa con la DGR n. 47/25 del 10/10/2017, di cui si è preso atto con deliberazione n. 1961 del 16/10/2017 e successive modifiche. Le Strutture a valenza Budgetaria nel 2019 sono state in tutto 99 tra sanitarie, amministrative e tecniche: 10 Dipartimenti, 54 Strutture Complesse e 33 Strutture Semplici Dipartimentali.

La dotazione dei posti letto per acuti e post acuti complessiva è di 821, suddivisi in 677 per ricoveri in regime ordinario, 119 per ricoveri in regime di *day hospital* e 25 per ricoveri in regime di *day surgery*.

Nell'anno 2019 sono state erogate 38.689 prestazioni di ricovero di cui 38.039 per pazienti residenti sul territorio regionale (oltre il 69.34% relativi alla provincia di Cagliari) e 650 per pazienti residenti extra regione o stranieri. La degenza media per i ricoveri in regime ordinario dei tre ospedali si attesta su 8,2 giorni. Il peso medio dei DRG ordinari prodotti è in incremento rispetto agli esercizi precedenti, da 1,37 nel 2018 a 1,39 nel 2019.

Sono stati eseguiti 19.166 interventi chirurgici, 510 in più rispetto al 2018.

Sono stati eseguiti 46 trapianti di rene, 5 trapianti di cuore, 26 trapianti di fegato, 41 trapianti di cornee e 65 trapianti di midollo osseo.

Sono stati registrati 55.026 accessi in pronto soccorso (di cui 34.951 pazienti adulti e 20.075 pazienti in età pediatrica). La capacità di filtro è pari al 74% per gli adulti e all'91% per il pronto soccorso pediatrico.

Sono state erogate 1.387.095 prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per pazienti esterni non ricoverati, 4.147.690 per pazienti interni ricoverati, 24.730 per altri enti di cui 21.546 di screening neonatale e 194 di screening per tumore colon retto, 4.640 prestazioni per trapianti, 557 prestazioni LDL aferesi e 12.966 prestazioni per pazienti esterni solventi.

Nel 2019 si è rilevato un incremento dell'attività di diagnostica per immagini ad alto contenuto tecnologico come TAC, RM, PET e prestazioni di neuroradiologia e interventistica vascolare sia per pazienti esterni che per ricoverati che denota una maggiore complessità dei casi dei pazienti trattati.

2 ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE

2.1 Contesto

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

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

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

Area funzionale di Igiene, Organizzazione, Governo Clinico, Qualità: nell'anno 2019, in attesa di dare completa attuazione all'Atto Aziendale, all'interno di questa area hanno operato tre Strutture Complesse di Direzione medica degli ospedali San Michele, Businco e Cao e le SC Area Infermieristica e Ostetrica, SC Area Tecnica, Riabilitazione e Prevenzione.

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

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

Dipartimento Emergenza Urgenza

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

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

Dipartimento Cardiovascolare

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

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

Dipartimento Chirurgico

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

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

Dipartimento Oncologico e Internistico

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

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

Dipartimento Neuroscienze e Riabilitazione

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

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

Dipartimento Pediatrico e delle Microcitemie

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

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

Dipartimento Riproduzione, Genitourinario, Malattie e Trapianti di rene

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

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

Dipartimento Servizi

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

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

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

Dipartimento Amministrativo

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

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

Dipartimento Tecnico

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

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

2.2 Eventi significativi

Il 2019 è stato un anno di attività per il consolidamento di quanto avviato negli anni precedenti a partire dal 01/07/2015, data di accorpamento dei Presidi ospedalieri Oncologico Businco e Pediatrico Microcitemico Cao al nucleo originario, costituito dal Presidio ospedaliero San Michele.

Si ricordano brevemente le attività più salienti (2015-2019):

- Riorganizzazione della rete dei Laboratori generali con “hub” presso il San Michele e uno “spoke” presso il Businco, per risposte in tempi brevi alle peculiari necessità dei due Ospedali Businco e Cao (risposte rapide per valutazione pazienti oncologici da avviare a chemioterapia, attività di farmacogenetica e di specialistica emocoagulativa a supporto delle ematologie e CTMO);
- Riorganizzazione della rete dei laboratori specialistici del Microcitemico con identificazione di 2 strutture: 1) Endocrinologia Pediatrica (Screening neonatale obbligatori per tutto il territorio regionale ed endocrinologia pediatrica); 2) Laboratorio di Genetica e Genomica che eroga prestazioni di Genetica molecolare, Genomica, Citogenetica e Genetica forense. Il Laboratorio di Genetica e Genomica è stato individuato quale “hub” presso l’Azienda Brotzu con DGR n° 35/19 del 10/07/18 (Delibera di riorganizzazione dei laboratori e dei servizi di Genetica Medica della Regione Sardegna);
- Unificazione e centralizzazione presso il San Michele, di tutte le attività laboratoristiche in RIA, precedentemente svolte in ognuno dei tre ospedali;
- Riorganizzazione funzionale delle attività di Anatomia Patologica con fusione delle due precedenti strutture;
- Riorganizzazione delle attività di chirurgia senologica: a partire dal 2016, la SSD Senologia, operante al San Michele, è stata accorpata all’Oncologia Chirurgica del Businco, successivamente le due strutture presenti al Businco di Oncologia Chirurgica e di Chirurgia Sperimentale sono confluite in un’unica SC denominata Chirurgia Oncologica e Senologia a partire dal 1 Gennaio 2018;
- Riorganizzazione delle attività delle due strutture preesistenti (SC di Clinica Pediatrica e SC Clinica pediatrica Talassemia e Malattie Rare) confluite nell’unica SC Clinica Pediatrica e Malattie Rare a partire dal 1 Gennaio 2018;
- Riorganizzazione delle attività delle due strutture complesse preesistenti di Anestesia e di Rianimazione confluite nella SC Anestesia e Rianimazione a partire dal Gennaio 2018;
- Riorganizzazione funzionale, logistica e organizzativa del DH Talassemia che ha comportato la redazione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del Paziente con Talassemia, approvato con Delibera n° 1532 del 10/07/2018;
- Completamento integrazione della SC Neurochirurgia proveniente dall’Ospedale Marino e dell’Oftalmologia

proveniente dall'Ospedale Binaghi, transitate in data 01/10/2017, con le omologhe Strutture presenti al San Michele;

- Acquisizione e integrazione con le omologhe strutture presenti in Azienda dell'Ematologia e CTMO dell'Ospedale Binaghi e della Medicina Nucleare dell'Ospedale SS. Trinità, attuati in data 01/01/2018;
- Riorganizzazione della rete dei laboratori specialistici del Microcitemico con identificazione di 2 strutture: 1) Endocrinologia Pediatrica (Screening neonatale obbligatori per tutto il territorio regionale ed endocrinologia pediatrica). L'Endocrinologia Pediatrica, quale Centro di Riferimento Regionale, nel 2019 ha avviato anche lo screening della Fibrosi Cistica; 2) Laboratorio di Genetica e Genomica che eroga prestazioni di Genetica molecolare, Genomica, Citogenetica e Genetica forense. Il Laboratorio di Genetica e Genomica è stato individuato quale "hub" presso l'Azienda Brotzu con DGR n° 35/19 del 10/07/18 (Delibera di riorganizzazione dei laboratori e dei servizi di Genetica Medica della Regione Sardegna). Nel 2019, il Laboratorio di Genetica e Genomica, ha introdotto una prestazione altamente innovativa, denominata "NIPT – Non Invasive Prenatal Testing – Test DNA fetale su plasma materno mediante sequenziamento massivo parallelo" finalizzato allo screening delle aneuploidie per ridurre il ricorso alle indagini diagnostiche invasive (Delibera n° 317 del 13/02/2019).
- Attivazione dei posti letto di Chirurgia dell'Obesità (nota DG Prot n. 4097 del 19/04/2019), nell'ambito della rimodulazione dei posti letto in adempimento alla Delibera RAS n° 59/1 del 4/12/18;
- Introduzione di due Tecniche radioterapiche innovative: "trattamento ipofrazionato Tumore Prostata con impianto di "spacer"" e "modifica e ottimizzazione di Tecnica Irradiazione Corporea Totale (TBI) per Pazienti Ematologici".

Uno strumento utile di supporto per rappresentare i risultati dell'analisi del contesto interno ed esterno è costituito dall'analisi o matrice SWOT (**S**trengths = punti di forza; **W**eaknesses = punti di debolezza; **O**pportunities = opportunità; **T**hreats = minacce) di seguito riportata:

<p style="text-align: center;">PUNTI DI FORZA (contesto interno)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Storica forte attrattività di alcune strutture aziendali • Presenza nell'ambito degli Stabilimenti Aziendali di tutte le specialità, alcune delle quali svolte in esclusiva per un bacino di utenza regionale (trapianti, oncologia e pediatria) • Coinvolgimento degli operatori a tutti i livelli nel processo di riorganizzazione dei servizi • Dotazioni tecnologiche d'avanguardia in ambito diagnostico e terapeutico • Erogazione di prestazioni di particolare complessità chirurgica e medica con approccio multidisciplinare 	<p style="text-align: center;">PUNTI DI DEBOLEZZA (contesto interno)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necessità di interventi strutturali di riqualificazione ed adeguamento normativo sugli stabilimenti ospedalieri • Resistenza ai cambiamenti organizzativi e culturali anche a causa dell'elevata età media di alcune figure professionali • Carenza di personale a diversi livelli nelle strutture di supporto
<p style="text-align: center;">OPPORTUNITA' (contesto esterno)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo della rete ospedale – territorio • Accesso ai finanziamenti regionali per lavori di riqualificazione e messa a norma degli stabilimenti • Collaborazione con altre strutture sanitarie regionali anche attraverso progetti di telemedicina (es. in ambito cardiologico) con riduzione della mobilità dei pazienti e maggiore tempestività negli interventi • Attivazione del servizio di elisoccorso 	<p style="text-align: center;">MINACCE (contesto esterno)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contesto economico finanziario critico a seguito dei vincoli di contenimento della spesa sanitaria • Evoluzione rapida e complessa della normativa e conseguenti adempimenti burocratici (trasparenza, anticorruzione, digitalizzazione, ecc) • Incremento del contenzioso con l'utenza con impatto economico conseguente alla medicina difensiva

2.3 Risorse

In merito alle risorse assegnate, com'è noto, l'art.29, comma 3, della legge regionale 9 marzo 2015, n. 5, stabilisce che, "a decorrere dal 1° gennaio 2015, il finanziamento del servizio sanitario regionale è assicurato dal Fondo sanitario regionale, costituito in sede di bilancio di previsione, alla luce del fabbisogno determinato a livello nazionale, dell'eventuale finanziamento di livelli assistenziali integrativi, dei costi standard di cui alle norme nazionali in materia, tenuto conto dei maggiori costi derivanti dalle particolari condizioni territoriali insulari" e che, "in presenza di costi

sensibilmente superiori a tale maggiorazione, la Giunta regionale è tenuta a disporre un piano di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso, della durata massima di un triennio”.

In attuazione di tali disposizioni, con deliberazione n. 63/24 del 15 dicembre 2015, la Giunta Regionale, accertato il grave disavanzo della gestione sanitaria degli anni precedenti, ha proceduto all'approvazione di un Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale, mirato alla razionalizzazione e all'efficientamento del servizio stesso, nel quale sono illustrate le azioni da intraprendere nel triennio 2016/2018, per ricondurre il sistema in equilibrio.

Tale Piano è stato successivamente aggiornato con deliberazioni della Giunta Regionale n. 39/4 del 9 agosto 2017, n. 54/18 del 6 dicembre 2017 e n. 23/6 del 8 maggio 2018. In attuazione del Piano, gli obiettivi di razionalizzazione ed efficientamento sono stati declinati sulle Aziende sanitarie regionali, cui sono stati assegnati per gli anni 2016, 2017 e 2018 specifici target di risparmio, da realizzare secondo gli indirizzi esplicitati dalla Giunta Regionale in relazione alle varie aree di intervento.

Per il triennio 2019/2021, il Piano è stato riformulato con la DGR n. 64/17 del 28 dicembre 2018 che stabilisce che gli obiettivi economico – finanziari per il triennio 2019 – 2021 dei Direttori Generali saranno costituiti dal pareggio dei bilanci. L'esercizio 2019 si chiude con un risultato economico positivo, il documento di programmazione prevedeva il pareggio di bilancio.

Il finanziamento è quello di cui alla Delibera della Giunta Regionale numero 29/20 del 12/06/2020 avente ad oggetto “Attribuzione alle aziende sanitarie regionali delle risorse destinate al finanziamento indistinto della spesa sanitaria di parte corrente per l'esercizio 2019”.

Il valore della produzione del 2019 è pari a 372.898.255,63 rispetto a quello del 2018 358.774.338,33 registrando un incremento di circa 14.153.917,30 pari al 3,94%. Risultano in incremento i contributi in conto esercizio per il 3,59%, i ricavi per prestazioni sanitarie per il 3,01% e concorsi recuperi e rimborsi per il 32,89% (prevalentemente payback spesa farmaceutica).

Ciò premesso si rileva che il Bilancio d'esercizio 2019 evidenzia un costo della produzione pari a € 360.782.198,90 a fronte del corrispondente valore del 2018 pari a 352.470.646,15 con un incremento pari a 8.311.552,72.

Tale incremento si rileva principalmente nell'acquisto di prodotti farmaceutici ed emoderivati per il 65% nell'Ospedale Businco, per il 26% nell'Ospedale Cao e per il restante 9% nell'Ospedale San Michele. Per lo più si tratta di farmaci relativi alla cura di patologie come il carcinoma mammario, mieloma multiplo, leucemia, talassemia e la presa in carico di due pazienti affetti da malattia rara particolarmente costosa. In incremento si registra anche l'acquisto di dispositivi per nuove procedure interventistiche. Ulteriore incremento si ha nel costo del personale nel ruolo sanitario per la dirigenza medica e sanitaria non medica, a seguito dell'applicazione a regime del nuovo contratto di lavoro per il biennio 2017/2018.

Di rilievo il fatto che parte dei maggiori costi sostenuti sia contenuto dai minori accantonamenti dell'esercizio.

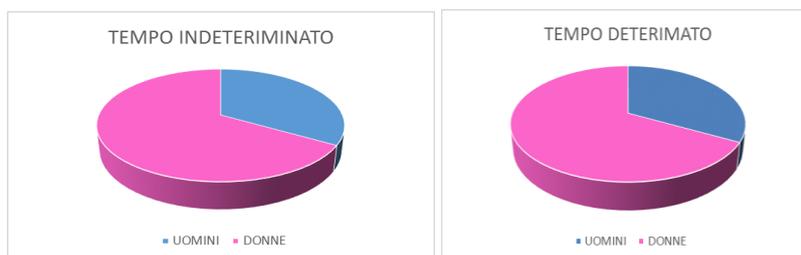
Di seguito l'allegato A conto economico del Progetto di Bilancio 2019 approvato con deliberazione aziendale n. 1024 del 16/07/2020.

CONTO ECONOMICO		Anno 2019		Anno 2018		Importi: Euro	
SCHEMA DI BILANCIO						VARIAZIONE 2019/2018	
Decreto Interministeriale						Importo	
						%	
A) VALORE DELLA PRODUZIONE							
1) Contributi in c/esercizio							
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale		137.773.834,38	133.002.687,54	4.771.146,84	3,59%		
b) Contributi in c/esercizio - (extra fondo)		44.088.069,61	37.617.583,54	6.470.486,07	17,20%		
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati		1.022.862,11	5.471.014,23	- 4.448.152,12	-81,30%		
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA		42.508.674,67	31.355.030,83	11.153.643,84	35,57%		
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA		275.000,00	258.000,00	17.000,00	6,59%		
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Altro		279.532,83	399.359,80	- 119.826,97	-30,00%		
5) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche - (extra fondo)							
6) Contributi da altri soggetti pubblici		2.000,00	134.178,68	- 132.178,68	-98,51%		
c) Contributi in c/esercizio per ricerca							
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente		88.000,00	214.656,00	- 126.656,00	-59,00%		
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata							
3) da Regione ed altri soggetti pubblici							
4) da privati		88.000,00	214.656,00	- 126.656,00	-59,00%		
d) Contributi in c/esercizio da privati							
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti		269.883,62	140.470,40	129.413,22	92,13%		
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti		- 4.621.121,41	- 4.048.721,10	- 572.400,31	14,14%		
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria							
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad Aziende sanitarie pubbliche		752.290,92	412.149,53	340.141,39	82,53%		
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia		215.099.476,02	208.812.835,83	6.286.640,19	3,01%		
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro		211.198.213,05	204.864.757,56	6.333.455,49	3,09%		
d) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro		2.957.772,38	2.898.892,32	58.880,06	2,03%		
e) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro		943.490,59	1.049.185,95	- 105.695,36	-10,07%		
5) Concorsi, recuperi e rimborsi							
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)		12.001.980,24	9.031.702,27	2.970.277,97	32,89%		
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio		2.257.268,81	2.264.158,69	- 6.889,88	-0,30%		
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni		9.138.878,35	8.754.865,35	384.013,00	4,39%		
9) Altri ricavi e proventi		495.648,32	544.660,22	- 49.011,90	-9,00%		
Totale A)		372.898.255,63	358.774.338,33	14.123.917,30	3,94%		
B) COSTI DELLA PRODUZIONE							
1) Acquisti di beni							
a) Acquisti di beni sanitari		126.323.916,30	116.227.141,60	10.096.774,70	8,69%		
b) Acquisti di beni non sanitari		122.584.694,73	112.686.276,24	9.898.418,49	8,78%		
2) Acquisti servizi sanitari							
a) Acquisti servizi sanitari - medicina di base		3.739.221,57	3.540.865,36	198.356,21	5,60%		
b) Acquisti servizi sanitari - Farmaceutica		10.495.975,05	9.489.277,62	1.006.697,43	10,61%		
c) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale							
d) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa							
e) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa							
f) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica							
g) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera							
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale							
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F							
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione							
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario		501.918,12	644.694,84	- 142.776,72	-22,15%		
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria		-	112.227,84	- 112.227,84	-100,00%		
m) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)		2.264.377,12	2.195.469,04	68.908,08	3,14%		
n) Rimborsi, assegni e contributi sanitari		113.897,10	166.355,41	- 52.458,31	-31,53%		
o) Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie		2.793.462,56	2.131.853,02	661.609,54	31,03%		
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria		4.822.320,15	4.238.677,47	583.642,68	13,77%		
q) Costi per differenziale tariffe TUC							
3) Acquisti di servizi non sanitari							
a) Servizi non sanitari		30.167.828,71	29.593.931,98	573.896,73	1,94%		
b) Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie		26.389.942,13	27.161.818,60	- 771.876,47	-2,84%		
c) Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie		3.181.308,99	1.828.885,67	1.352.423,32	73,95%		
d) Formazione		596.577,59	603.227,71	- 6.650,12	-1,10%		
4) Manutenzione e riparazione							
5) Godimento di beni di terzi		10.444.388,89	11.585.253,99	- 1.140.865,10	-9,85%		
6) Costi del personale		4.437.819,56	4.142.181,59	295.637,97	7,14%		
a) personale dirigente medico		168.183.834,21	165.922.312,07	2.261.522,14	1,36%		
b) personale dirigente ruolo sanitario non medico		71.408.834,30	70.334.401,72	1.074.432,58	1,53%		
c) personale comparto ruolo sanitario		5.715.810,89	5.448.126,92	267.683,97	4,91%		
d) personale dirigente altri ruoli		67.900.751,06	67.195.336,22	705.414,84	1,05%		
e) personale comparto altri ruoli		1.007.671,53	878.395,11	129.276,42	14,72%		
f) personale comparto altri ruoli		22.150.766,43	22.066.052,10	84.714,33	0,38%		
7) Oneri diversi di gestione							
8) Ammortamenti		1.711.227,05	2.106.288,89	- 395.061,84	-18,76%		
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali		9.138.878,35	9.364.560,21	- 225.681,86	-2,41%		
b) Ammortamenti dei fabbricati		109.288,50	172.161,67	- 62.873,17	-36,52%		
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali		3.912.192,64	3.875.068,36	37.124,28	0,96%		
d) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali		5.117.397,21	5.317.330,18	- 199.932,97	-3,76%		
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti							
10) Variazione delle rimanenze							
a) Variazione delle rimanenze sanitarie		- 3.067.864,69	- 1.875.359,05	- 1.192.505,64	63,59%		
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie		- 2.996.534,72	- 1.863.427,22	- 1.133.107,50	60,81%		
c) Variazione delle rimanenze non sanitarie		- 71.329,97	- 11.931,83	- 59.398,14	497,81%		
11) Accantonamenti							
a) Accantonamenti per rischi		2.946.195,47	5.915.057,28	- 2.968.861,81	-50,19%		
b) Accantonamenti per premio operosità		657.504,08	1.801.447,85	- 1.143.943,77	-63,50%		
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati		1.222.337,03	1.066.752,17	155.584,86	14,58%		
d) Altri accantonamenti		1.066.354,36	3.046.857,26	- 1.980.502,90	-65,00%		
Totale B)		360.782.198,90	352.470.646,18	8.311.552,72	2,36%		
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)		12.116.056,73	6.303.692,15	5.812.364,58	92,21%		
C) PROVENTI ED ONERI FINANZIARI							
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari							
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari							
Totale C)		144.263,57	194.561,82	- 50.298,25	-25,85%		
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITÀ FINANZIARIE							
1) Rivalutazioni							
2) Svalutazioni							
Totale D)							
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI							
1) Proventi straordinari							
a) Plusvalenze		3.754.774,61	12.262.446,26	- 8.507.671,65	-69,38%		
b) Altri proventi straordinari							
c) Altri proventi straordinari		3.754.774,61	12.262.446,26	- 8.507.671,65	-69,38%		
2) Oneri straordinari							
a) Minusvalenze		2.996.490,47	10.999.945,23	- 8.003.454,76	-72,76%		
b) Altri oneri straordinari		2.996.490,47	10.999.945,23	- 8.003.454,76	-72,76%		
c) Altri oneri straordinari		2.996.490,47	10.999.945,23	- 8.003.454,76	-72,76%		
Totale E)		758.284,14	1.262.501,03	- 504.216,89	-39,94%		
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)		12.730.077,30	7.371.631,36	5.358.445,94	72,69%		
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO							
1) IRAP							
a) IRAP relativa a personale dipendente		11.482.617,06	11.397.633,78	84.983,28	0,75%		
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente		10.963.448,88	11.088.440,69	- 124.991,81	-1,13%		
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)		323.477,69	158.557,46	164.920,23	104,01%		
d) IRAP relativa ad attività commerciali		195.690,49	150.635,63	45.054,86	29,91%		
2) IRES							
a) IRES		86.574,30	86.436,00	138,30	0,16%		
b) IRES							
c) IRES							
Totale Y)		11.569.191,36	11.484.069,78	85.121,58	0,74%		
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO		1.160.885,94	- 4.112.438,42	5.273.324,36	-128,23%		

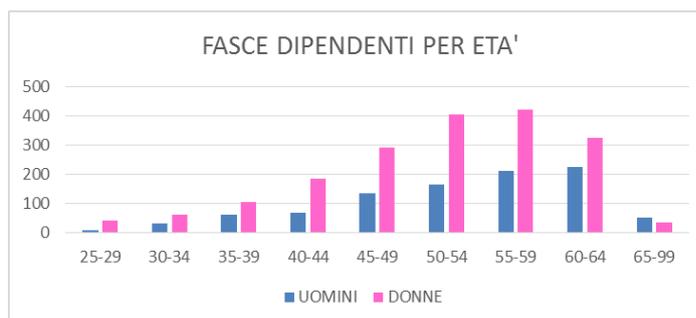
2.4 Analisi di genere

L'AOB nel 2019 conta un numero di personale dipendente a tempo indeterminato di 2.847 unità, di cui il 66,53% sono donne, e 273,61 unità teste/anno a tempo determinato, di cui il 67,09% sono donne. Di seguito si riportano le tabelle riepilogative del bilancio di genere Aziendale per tipologia di ruolo, fasce di età e titolo di studio:

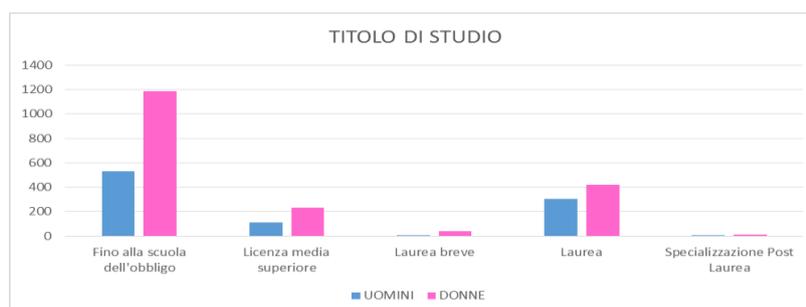
TIPOLOGIA	UOMINI	DONNE	TOT	%UOMINI	%DONNE
Tempo indeterminato	953	1.894	2.847	33,47%	66,53%
di cui:					
tempo pieno	947	1.789	2.736	34,61%	65,39%
part-time	6	105	111	5,41%	94,59%
Tempo determinato	90,04	183,57	273,61	32,91%	67,09%



FASCE D' ETA'	UOMINI	DONNE
25-29	10	41
30-34	31	64
35-39	61	105
40-44	68	184
45-49	135	291
50-54	166	406
55-59	211	423
60-64	227	325
65-99	52	37



TITOLO DI STUDIO	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE
Fino alla scuola dell'obbligo	528	1.189	1.717	30,75%	69,25%	60,44%
Licenza media superiore	112	234	346	32,37%	67,63%	13,86%
Laurea breve	7	40	47	14,89%	85,11%	0,48%
Laurea	304	419	723	42,05%	57,95%	24,50%
Specializzazione Post Laurea	8	13	21	38,10%	61,90%	0,72%



3 MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Nel mese di febbraio 2020 si è dato avvio all'istruttoria a consuntivo dell'anno 2019 attraverso una prima valutazione dei risultati raggiunti dalle Strutture condotta dalla Struttura Tecnica Permanente e successivamente sottoposta ad un'analisi di valutazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione. Tale processo ha subito un periodo di fermo di qualche settimana a causa dell'emergenza COVID-19, riprendendo nonostante il persistere dello stato di pandemia attivando metodologie alternative in ottemperanza alle direttive emanate dalla Funzione Pubblica in merito all'emergenza COVID 19.

Di seguito una sintesi degli obiettivi assegnati alle Strutture per l'anno 2019, gli indicatori con i quali sono stati misurati e la percentuale di raggiungimento a livello aziendale calcolata sulla media del risultato raggiunto da ciascuna struttura rispetto al target assegnato.

AREA: Trasparenza e prevenzione della corruzione (Delibera del Direttore Generale 187 del 23/01/2019)		
OBIETTIVO	INDICATORE	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE
Costituzione gruppo per la revisione codice di comportamento e convocazione incontri verbalizzati entro il 31/12/2019	Numero incontri verbalizzati con il gruppo di revisione entro il 31/12/2019	100%
Programmazione annuale beni e servizi entro il 31/10/2019.	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Proposta di adozione del piano investimenti triennale opere pubbliche entro il 30/09/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100%
Verifica e invio per la pubblicazione a cadenza trimestrale ai fini della trasparenza delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali per esterni	Numero aggiornamenti	100%

AREA: DG. Obiettivi strategici del Direttore Generale (DGR n. 3/21 del 15/01/2019)		
OBIETTIVO	INDICATORE	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE
Governo Liste d'attesa: aggiornamento Liste attese informatizzate dei ricoveri programmati - appropriato e completo inserimento in lista d'attesa: completo inserimento dei ricoveri programmati in lista d'attesa informatica	Numero ricoveri programmati inseriti e presi dalla lista d'attesa/ Totale ricoveri programmati	90%
Governo Liste e tempi d'attesa - Effettuare le prenotazioni delle prestazioni SSN tramite CUP web	Numero prestazioni prenotate in CUP web/ Numero prestazioni documentate * 100	88%
Raggiungimento obiettivi di attività	PNE Riduzione % CESAREI PRIMARI senza rischio aggiustato	30%
PNE - Proporzioni PTCA entro 2 gg da IMA	IMA trattati con PTCA entro 2 gg/ totale IMA	STERILIZZATO
PNE: % Interventi di Frattura di femore operati entro due giorni	Frattura del femore operate entro 2 gg (pazienti >65 anni) /fratture di femore operate (pazienti >65 anni)	100%
PNE - Area sistema cardiovascolare - Mantenimento o miglioramento degli indicatori previsti nella treemap rispetto al punteggio PNE edizione 2018 secondo i livelli standard di qualità previsti	Numero Indicatori maggiori o uguali al valore medio nazionale n-1	STERILIZZATO
Supportare l'utilizzo delle procedure informatiche (CUP, ADT/SOWEB).	Numero azioni volte a supportare l'utilizzo delle procedure informatiche	100%
Dimensione della tempistica e del valore informativo dei dati - Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione.	(Numero invii flussi A, C, F dell'intero anno 2019 trasmessi entro i termini / Numero totale invii flussi A, C, F 2019) *100	100%
Monitoraggio dei flussi trasmessi e notifica degli errori alle strutture interessate	(Numero di comunicazioni trasmesse per i flussi A, C, F entro i termini / Numero totale degli invii flussi A, C, F) * 100	100%
Miglioramento qualità flusso File F (Farmacia centrale):	% di errori di 1 e 2 livello	100%
Presentazione monitoraggio indicatori treemap dati finali 2018 entro il 30/10/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%

AREA Attività di Staff della Direzione Generale		
OBIETTIVO	INDICATORE	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE
Progetto comunicazione canali social, Delibera di approvazione entro il 31/08/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Informativa verso il dipendente con cadenza mensile sulle attività della Direzione Aziendale	Numero informative inviate	100%
Organizzazione eventi di promozione di attività sanitaria aziendale: giornata di prevenzione aneurismi dell'aorta entro il 31/12/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Condurre attività legale di conciliazione a favore dell'Azienda senza conferire incarichi esterni	(Numero incarichi assunti da personale interno / Numero casi presentati) * 100	100%
Supportare la scadenza chiusura SDO	Numero azioni volte al rispetto della scadenza chiusura SDO	100%
Chiusura istruttoria Budget 2018 delle strutture entro il 30/10/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Proposta di delibera di revisione nuovo regolamento sulla formazione entro il 30/08/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Proposta di revisione della composizione del comitato tecnico scientifico entro 30/08/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	93%

Regolarizzazione dell'albo dei docenti con proposta di delibera entro 30/09/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Proseguire il Progetto di formazione Prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze.	(Numero dipendenti formati / Numero dipendenti da formare come da progetto) *100	100%
Tenere le riunioni periodiche di cui all'art. 35 del D.Lgs. n. 81/2008.	Numero riunioni	100%
Aggiornare annualmente la valutazione di tutti i rischi con conseguente elaborazione del documento previsto dall'art. 28 del D.Lgs. n. 81/2008 entro il 31/12/2019.	Numero aggiornamenti tra San Michele e Businco	100%
Aggiornare i DVR relativamente alle modifiche intervenute per effetto di riorganizzazioni ex nuovo atto aziendale o acquisizioni di nuove unità operative da altre aziende sanitarie entro il 31/12/2019	Numero interventi di aggiornamento dei DVR nel presidio Cao	100%

AREA: Attività amministrativa, informatica, tecnica e sanitaria		
OBIETTIVO	INDICATORE	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE
Azioni tese alla promozione dell'attività del dipartimento Amministrativo	Numero incontri del comitato di dipartimento	100%
Azioni tese alla promozione dell'attività del dipartimento Tecnico	Numero incontri del comitato di dipartimento	100%
Azioni tese alla formazione obbligatoria del personale del dipartimento Amministrativo. Proposta formativa 2020 rivolta al personale afferente alle strutture dipartimentali entro il 15/10/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Azioni tese alla formazione obbligatoria del personale del dipartimento Tecnico. Proposta formativa 2020 rivolta al personale afferente alle strutture dipartimentali entro il 15/10/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Miglioramento della gestione dei contratti di acquisizione di Beni e Servizi	Numero procedure aperte pubblicate entro il 31/12/2019	100%
Avvio delle procedura di gara relativa alle protesi Endobronchiali P.04 entro il 31/08/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Mappatura di tutte le proroghe e redigere un grafico di gantt con le tempistiche di rientro	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Redazione del programma acquisti tecnologie informatiche per il biennio 2020/2021 entro il 31/10/2019 nel rispetto del DM 14/2018	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Predisposizione regolamento richieste e gestione delle tecnologie entro il 31/08/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Redazione piano di priorità relativo all'acquisizione di nuove tecnologie entro il 30/09/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Redazione del programma acquisti tecnologie per il triennio 2019-2021 entro il 30/10/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Presentazione programma fabbisogni beni sanitari e non sanitari entro il 30.09.2019 ai rispettivi servizi Farmacia e Acquisizione beni e servizi	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	14%
Presentazione programma fabbisogni beni sanitari e non sanitari entro il 15/09/2019 al dipartimento	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	74%
Presentazione programma fabbisogni tecnologie sanitarie entro il 20.10.2019 secondo la nuova procedura in corso di approvazione per l'acquisizione di nuove tecnologie	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	49%
Invio entro 5 giorni dal ricevimento da parte della ditta del riepilogo sottoscritto relativo alle bolle di consegna dei Dispositivi in service	Numero giorni ritardo rispetto alla data stabilita	100%
Caricamento ordini dei Dispositivi in service entro il 10 del mese successivo alla competenza (giorni di ritardo)	Numero giorni ritardo rispetto alla data stabilita	100%
Riconciliare trimestralmente la contabilità sezionale cespiti con la contabilità generale.	Numero reports quadrati al giorno 15 successivo a ciascun trimestre (15 luglio, 15 ottobre, 15 gennaio n+1)	100%
Sistemazione spazi esterni dell'Azienda secondo le schede di manutenzione predisposte	Numero verifiche condivise con la Direzione Aziendale entro il 31/12/2019	100%
Predisposizione adempimenti relativi ai finanziamenti vincolati con reportistica trimestrale relativa allo stato avanzamento lavori da inoltrare alla Direzione Aziendale	Numero reports inoltrati alla Direzione Aziendale	100%
Contabilizzazione dei lavori in corso collaudati al 31/12/2019. Registrazione nel Libro cespiti dell'incremento di valore dei fabbricati entro il 31/01/2020 (art. 24 del Regolamento gestione beni immobili e mobili di cui alla delibera n. 1794/2015).	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita per la corretta registrazione	100%
Approvazione regolamento per la centralizzazione delle richieste di trasporti sanitari e non sanitari entro il 31/10/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Concludere la procedura per le delibere digitali entro il 30/09/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Adempimenti in materia di GDPR: aggiornamento delle licenze Windows Server 2019 Step 1: Predisposizione progetto tecnico Step 2: Acquisizione licenze Step 3: Installazione e collaudo su almeno 1 server	Numero di step conseguiti	100%
Approvazione regolamento per le attività di prenotazione, registrazione dell'utente nei sistemi informativi aziendali e riscossione ticket e proventi vari (aggiornamento procedura operativa esistente) entro il 30/11/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Verifica del completo inserimento delle prestazioni SSN nel CUPweb- Effettuare le prenotazioni delle prestazioni SSN tramite CUPweb	Numero monitoraggi trimestrali	100%
Fornire con cadenza trimestrale la movimentazione del fondo rischi per cause civili e oneri processuali e fondo rischi per contenzioso personale dipendente alla SC Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione	Numero comunicazioni protocollate entro il 20° successivo alla scadenza del trimestre (es. 20 aprile, 20 luglio, 20 ottobre, 20 gennaio n+1)	100%
Definizione di una procedura per il recupero crediti entro il 31/12/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Predisposizione budget finanziario per i liquidatori entro il 30/09/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Revisione procedura relativa del processo di WORK FLOW entro il 30/11/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	STERILIZZATO
Monitoraggio applicazione procedura per la liquidazione delle fatture nel rispetto dei termini di pagamento delle stesse. step 1: valutazione dei tempi medi di liquidazione fatture al 30.06.19 step 2: Monitoraggio dei tempi medi di liquidazione al 30.09.19 step 3: valutazione finale dei tempi medi annui al 31.12.19	Numero di step conseguiti	100%

Monitoraggio progetti con finanziamenti dedicati	Redazione reportistica funzionale relativa ai progetti aziendali con finanziamento dedicato.	100%
Miglioramento del processo relativo ai progetti con finanziamenti dedicati. Mappatura del processo dei progetti con finanziamento dedicato entro il 30/10/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Miglioramento del processo relativo ai progetti con finanziamenti dedicati. Analisi degli scostamenti tra la mappatura del processo e il regolamento in uso al 31/12/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Applicazione Work Flow entro 10 giorni dall'approvazione della revisione del sistema (procedura atti).	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100%
Redigere una procedura per l'omogeneizzazione della gestione delle presenze negli uffici dislocati all'interno dei 3 stabilimenti entro il 31/12/2019.	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Raggiungimento della percentuale di legge del personale appartenente alle categorie protette step 1: chiusura lavori sulla convenzione con ASPAL step 2: approvazione della convenzione step 3: attivazione delle procedura sull'acquisizione del personale entro il 31/12/2019	Numero di step conseguiti	50%
Supportare la Direzione nella definizione della contrattazione integrativa e dei fondi	(Numero Accordi integrativi e Fondi redatti / Numero Accordi integrativi e Fondi da redigere) *100	100%
Proposta di regolamento per l'attività extraistituzionale entro il 31/12/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	STERILIZZATO
Predisposizione del progetto turnazione ferie per il dipartimento Tecnico entro il 31/12/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100%
Utilizzo delle erogazioni liberali e donazioni al fine del reclutamento di personale	Numero di procedure di selezione pubblicate entro il 31/12/2019	100%
Predisposizione del questionario stato di benessere psicofisico dei lavoratori e proposta di metodologia entro il 30/09/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Somministrazione del questionario stato di benessere psicofisico dei lavoratori entro il 31/12/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	STERILIZZATO

AREA Performance organizzative e cliniche (appropriatezza clinica e organizzativa)		
Informatizzazione attività		
OBIETTIVO	INDICATORE	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE
Percorso Trapianto Fegato o Proposta OBT qualificante entro il 31/12/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100%
Elaborazione di Protocollo operativo di appropriatezza nell'utilizzo dei marcatori biomolecolari di infezione	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100%
Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il passaggio del paziente diabetico dalla struttura pediatrica a quella dell'adulto: transizione dell'adolescente con DMT1 dal Centro Pediatrico a quello dell'Adulto per continuità terapeutica (come da Progetto Pilota Delibera N 863 del 27/03/2019) tra la SSD Diabetologia Pediatrica e la SC Diabetologia e Malattie Dismetaboliche	Numero incontri verbalizzati entro il 31/12/2019	100%
Predisposizione del Ragionamento clinico Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del paziente con insufficienza cardiorespiratoria entro il 31/12/2019.	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100%
Percorso PCA Gestione ricovero paziente pediatrico con patologie neurologiche entro il 31/12/2019.	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100%
Presentazione proposta progetto di coinvolgimento altre Aziende Sanitarie regionali per l'esecuzione del test NIPT entro il 31/12/2019.	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100%
Proposta di un percorso organizzativo di gestione del paziente oncologico/ematologico condiviso entro 31/10/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza	0%
Progetto accreditamento Istituzionale Centro Nazionale Trapianti /JACIE entro il 31/12/2019 (giorni di ritardo) CTMO pediatrico	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100%
Diffusione FSE: Integrazione dei laboratori con il FSE (certificati firmati digitalmente e inseriti nel FSE) -	Numero laboratori che usano FSE / tot (Lab centrale, Genetica e genomica, Lab screening)	100%
Monitoraggio della documentazione sanitaria (comprese schede SISPAK)	Numero cartelle cliniche verificate / Numero totale ricoveri ordinari (x 100)	100%
Valutazione appropriatezza cartelle cliniche	Numero totale cartelle appropriate / Numero totale cartelle campionate (comprese Schede SISPAK)	80%
Relazione Monitoraggio trimestrale appropriata e corretta compilazione cartelle di Trattamento RT	Numero totale cartelle appropriate e correttamente compilate / Numero totale cartelle trattamento RT x 100	100%
Implementazione della Cartella Riabilitativa: presenza della Cartella Riabilitativa nella Cartelle Clinica delle Strutture Riabilitative delle (Strutture di Riabilitazione Fisica, Neuroriabilitazione, Cardiorabilitazione)	(Numero cartelle Riabilitative / Numero cartelle cliniche controllate *100)	100%
Completa e corretta registrazione delle attività nelle procedure informatiche (order-entry)	Prestazioni caricate su OE/ prestazioni erogate*100	100%
Completa e corretta registrazione dell'attività nelle procedure informatiche (SO web):	SOWEB Numero Interventi chiusi entro la scadenza SDO	100%
Registrare in modo corretto e completo le attività nelle procedure informatiche (galileo, cupweb, DNA LAB)	Prestazioni caricate sulle procedure indicate/ prestazioni erogate*100	100%
Completa e corretta registrazione dell'attività effettuata a favore di Altri Enti nelle procedure informatiche (CUP web)	Prestazioni caricate sulle procedure indicate/ prestazioni erogate*101	79%
Rispetto scadenze validazione SDO	Numero SDO chiuse entro il 10 del mese successivo a quello di riferimento/ N SDO totali	97%
Controllo infezioni ospedaliere (in particolare riduzione dell'incidenza delle batteriemie CVC correlate al di sotto di 7 batteriemie per 1000gg)	Numero infezioni ospedaliere riscontrate	73%
Mantenimento tempi d'attesa dal triage alla visita medica dei codici verdi	Tempi medi attesa codice verde espresso in ore	63%
Tempo d'attesa dei codici gialli (in minuti)	Tempi medi attesa codice verde espresso in minuti	92%
Mantenimento della capacità filtro	% pazienti ospedalizzati dal PS/ tot accessi PS	100%

Assicurare una equa distribuzione dei ricoveri dei pazienti pediatrici da PS nei due presidi secondo le linee guida aziendali		100%
Abbattimento Tempi attesa prestazioni per interni	Tempo medio di erogazione prestazioni per interni espresso in ore	100%
Consegna referti entro 24h per interni (Radiologia)	Tempo medio di consegna dei referti per interni espresso in ore	100%
Mantenimento Tempi attesa refertazione prestazioni per interni	Tempo medio di refertazione espresso in GG (data refertazione-data accettazione) Anatomia patologica	100%
Tempi attesa refertazione prestazioni SSN	Tempo medio di refertazione espresso in GG (data refertazione-data accettazione) Anatomia patologica	100%
Effettuazione EGDS per ricoverati entro 48 ore dalla richiesta (il valore è espresso in ore)	Tempo medio di erogazione EGDS per interni espresso in ore	STERILIZZATO
Quantità di plasma inviate al frazionamento (Kedron) in KG: mantenimento	KG di plasma inviate al frazionamento	100%
Condivisione del percorso di miglioramento del SGQ, intrapreso dalla Struttura Trasfusionale, oggetto della verifica ispettiva di sorveglianza del 2019 dell'industria farmaceutica Kedron convenzionata per la lavorazione industriale del plasma prodotto, condivisione dei risultati della verifica da parte del personale operante nel Sit di Cagliari "final audit report" entro il 31/12/2019.	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100%
Audit interno sul processo di congelamento, conservazione e spedizione del plasma prodotto all'industria Kedron per la lavorazione industriale del plasma quale materia prima per la produzione di farmaci emoderivati entro il 31/12/2019.	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100%
Avvio campagna raccolta sangue: presentazione di due progetti per la realizzazione di eventi di promozione con la SC Comunicazione entro il 31/12/2019.	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100%
Proposta di progetto entro il 31/08/2019 sull'utilizzo dei Posti letto Day Surgery per la Dermatologia	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100%
Implementazione di nuove metodiche: 1. PET Amieloide Relazione alla Direzione Aziendale entro il 31/12/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100%
Introduzione Tecniche radioterapiche innovative: 1. Impianto di "spacer" per trattamento ipofrazionato Tumore Prostate; 2. Modifica e ottimizzazione di Tecnica Irradiazione Corporea Totale (TBI) per Pazienti Ematologici. Relazioni (una per ciascuna metodica)	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100%
Numero eventi formativi scuola chirurgia robotica (da misurare dalla data di negoziazione al 31/12/2019)	Numero eventi formativi svolti	100%
Promozione dell'attività finalizzata alla donazione di CSE presso Consulenti/territorio	Numero incontri relazionati	100%
Numero Audit effettuati in Centri e/o Punti Nascita di altre Strutture per attività inerente la raccolta di sangue cordonale	Numero audit effettuati	100%
Inizio attività volta al rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale della Struttura Banca del sangue cordonale previsto per Maggio 2020.	Numero incontri verbalizzati	100%
N. Audit di verifica della qualità del radiofarmaco		100%
Percentuale di gradimento pazienti RIA	Numero questionari somministrati con valutazione positiva/Numero questionari somministrati	100%
Presentazione proposta attuativa supporto relativo al supporto burocratico, medico legale e assicurativo sul teleconsulto entro il 30/09/2019.	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza	STERILIZZATO
Progetto formativo per anestesisti pediatrici "Gestione degli eventi avversi in sala operatoria"	Numero eventi formativi di simulazione	100%
Implementare la completa e corretta registrazione dell'attività nelle procedure informatiche (Order Entry, CUP web) - OBT da completare entro l'anno 2019: 1 STEP - interfaccia con i servizi preposti (SI, Controllo Performance, Controllo di Gestione) per la configurazione della struttura nelle procedure informatiche; 2 STEP - completo inserimento delle codifiche e delle prestazioni svolte nei sistemi informatici; 3 STEP - corretta e completa registrazione delle attività	Numero step raggiunti	100%
Corsi di Radioprotezione per il personale dell'AOb esposto alle radiazioni ionizzanti (D.Lgv 230/95 e s.m.i.).	Numero edizioni	100%
Valutazione dei parametri espositivi medi per le varie tipologie di procedure interventistiche radiologiche eseguite presso le sale operatorie dell'azienda Ospedaliera Brotzu nel 2018. L'elaborazione è effettuata sulla base delle Survey dosimetriche implementate dal Servizio di Fisica Sanitaria sui dati provenienti dai software aziendali e da apposite interfacce web implementate dal servizio stesso. Relazione annuale entro il 31/12/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100%
Attività correlata alla Radioprotezione: Stesura di un protocollo aziendale per la gestione dei Dispositivi di Protezione Individuali (DPI) entro il 31/12/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100%
Rispetto dei tempi di predisposizione piano di trattamento per il carcinoma della mammella entro 10 gg. entro il 31/12/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100%
Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Numero verbali del Comitato Infezioni Ospedaliere	100%
Implementazione di Percorsi Clinico Assistenziali in condivisione con la Direzione Generale (Direzioni Mediche di Presidio)	Numero nuovi percorsi formalizzati entro il 31/12/2019 (ragionamento clinico)	100%
Implementazione programma Aziendale di interscambiabilità personale di sala operatoria: rendicontazione trimestrale stato avanzamento	Numero rendiconti presentati	100%

AREA Attività di produzione		
OBIETTIVO	INDICATORE	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE
Aumento dell'attività chirurgica	Numero interventi chirurgici	100%
Aumento dell'attività interventistica strutturale complessa "procedure TAVI trasfermorali" rispetto allo storico	% procedure TAVI eseguite rispetto allo storico	100%
Mantenimento/aumento del n° di PET Totali (SSN+ interni) rispetto allo storico	Numero PET totali (SSN + interni)	100%
Mantenimento dell'attività di ricovero DH in cardioreabilitazione rispetto allo storico	Numero ricoveri in regime diurno	100%
Mantenimento/aumento dell'attività SSN rispetto allo storico	Numero prestazioni SSN erogate	82%
Aumento/ mantenimento numero prestazioni di riabilitazione totali (SSN + interni) rispetto al dato storico	Numero prestazioni totali (SSN + interni)	100%

Aumento dell'attività chirurgica	Numero interventi con presenza di anestesista	93%
Riduzione % DRG potenzialmente inappropriati sul tot DRG ordinari	% DRG PI /DRG ordinari tot	100%
Implementazione Attività Screening Fibrosi Cistica	Numero screening fibrosi cistica /Numero totale neonati da sottoporre a screening) *100	100%
Aumento/mantenimento prestazioni di Ecoendoscopia (interni + esterni) rispetto allo storico	Numero di prestazioni di Ecoendoscopia (interni + esterni)	100%
Aumento delle prestazioni per interni rispetto allo storico	Numero prestazioni per interni refertate nella cartella ambulatoriale	100%
Mantenimento peso medio DRG	Peso medio TOTALE (sec DGR 1/14 del 2015 All. A)	4%
Potenziamento processo gestione trapianti	Numero segnalazioni di pazienti per decesso cerebrale / Numero decessi per morte ICD9	100%
Potenziamento processo gestione trapianti	Numero segnalazioni di pazienti per decesso cerebrale / Numero casi eleggibili	100%
Potenziamento processo gestione trapianti	Numero segnalazioni di pazienti con gravi lesioni cerebrali acute e coma grave / Numero decessi cause cerebrali entro 72 ore	100%

AREA Controllo Spesa Farmaceutica		
OBIETTIVO	INDICATORE	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE
Efficienza del sistema di Dose Unitaria: Percentuale di prescrizioni aderenti ai farmaci presenti in farmacia entro il 3% di scostamento dal dato storico	Farmaci prescritti nel sistema D.U. presenti in farmacia/tot farmaci prescritti	71%
% Consumo di Emoderivati acquisiti del piano sangue	% Consumo di Emoderivati acquisiti del piano sangue	70%
Prescrizione di Somatropina biosimilare rispetto al farmaco originator ai pazienti naive (Delibera Ras 54/11 e nota RAS n. 12142 Del 15/05/2018)	Consumo Somatropina Biosimilare/Somatropina tot	100%
Aderenza alle direttive relative all'appropriatezza terapeutica e aderenza della prescrizione dei farmaci inseriti nelle gare regionali (DGR 54/11 2015 e nota RAS N. 12142 del 15/05/2018):	Media risultato conseguito dalle strutture afferenti per gli indicatori specifici	97%
Aderenza della prescrizione dei fattori della coagulazione (fattore VIII) inseriti nelle gare regionali (DGR 54/11 2015 e nota RAS N. 12142 del 15/05/2018)	Prescrizione Fattore VIII da gare regionali/tot prescrizione fattore VIII	93%
Chiudere le schede farmaci AIFA entro 30 giorni dalla fine del trattamento	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza	40%
Individuazione e comunicazione alla Direzione Aziendale della scorta minima in giacenza del magazzino UFA entro il 31/08/2019	Numero giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100%
Scostamento della giacenza di magazzino UFA all'ultimo giorno del mese rispetto alla scorta minima individuata dei farmaci.	% di scostamento medio della giacenza mensile rispetto alla scorta minima comunicata	100%
Riduzione delle rimanenze attraverso la gestione degli armadietti di reparto rispetto allo storico	Valore delle giacenze al 31/12/2019	92%
Monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni farmaci oncologici	Numero incontri di approfondimento con le Strutture	25%
Monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni farmaci diversi da quelli oncologici	Numero incontri di approfondimento con le Strutture verbalizzati	100%
Monitoraggio degli scarichi dall'armadietto di reparto	Numero ispezioni a campione nei magazzini di reparto verbalizzate	57%
Monitoraggio percorsi di recupero farmaci AIFA	Numero verifiche e solleciti verbalizzati	100%

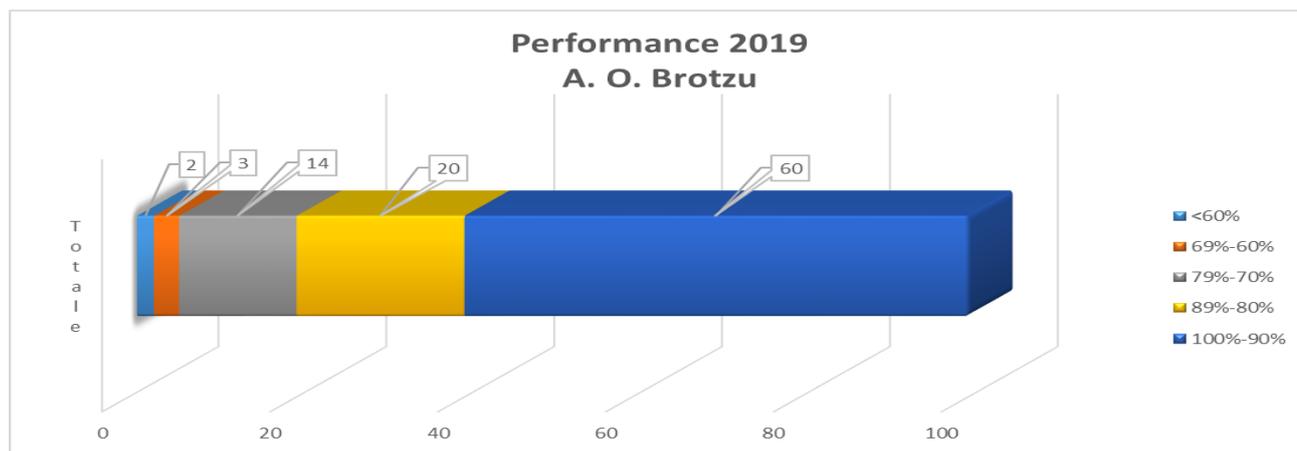
AREA Contributo attività trapiantologica		
OBIETTIVO	INDICATORE	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE
Mantenimento volumi attività trapiantologica rispetto allo storico	Numero trapianti fegato	100%
Mantenimento volumi attività trapiantologica rispetto allo storico	Numero trapianti di cuore	100%
Mantenimento volumi attività trapiantologica rispetto allo storico	Numero osservazioni per attività trapiantologica	100%
Mantenimento volumi attività trapiantologica rispetto allo storico per l'area anestesiologicala	Numero trapianti tot	100%
Mantenimento volumi attività trapiantologica rispetto allo storico	Incremento % ore prestate per attività Trapianti: impegno medio 2018 per osservazione (Numero ore prestate trap 2018/n° osservazioni 2018)* osservazioni 2019	100%

4. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA

Di seguito la tabella riepilogativa della performance organizzative conseguita da ciascuna struttura a valenza budgetaria nel 2019:

STRUTTURA	PERFORMANCE 2019
AOB - DIPARTIMENTO CHIRURGICO	58,06%
SC BUSINCO - CHIRURGIA ONCOLOGICA E SENOLOGIA	78,80%
SC BUSINCO - CHIRURGIA TORACICA	90,00%
SC S. MICHELE - CHIRURGIA GENERALE E DEI TRAPIANTI	86,19%
SC S. MICHELE - OCULISTICA	73,33%
SSD AOB - ENDOSCOPIA DIGESTIVA	95,45%
SSD BUSINCO - DERMATOLOGIA	100,00%
SSD S. MICHELE - CHIRURGIA DELL'OBESITA'	94,80%
SSD S. MICHELE - CHIRURGIA D'URGENZA	83,87%
SSD S. MICHELE - CHIRURGIA ORL E FACCIALE	94,60%
SSD S. MICHELE - MEDICINA TRAPIANTI FEGATO E PANCREAS	78,76%
SSD S. MICHELE - T.I.P.O. TRAPIANTI	83,20%
AOB - DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE	71,67%
SC BUSINCO - CARDIOLOGIA	100,00%
SC S. MICHELE - CARDIOCHIRURGIA	95,83%
SC S. MICHELE - CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA CON S.S. EMODINAMICA	100,00%
SC S. MICHELE - CHIRURGIA VASCOLARE	82,02%
SC S. MICHELE - CARDIOLOGIA CON UNITA' DI TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA	88,33%
SSD S. MICHELE - CARDIOANESTESIA	92,50%
SSD S. MICHELE - CARDIORIABILITAZIONE	99,33%
SSD S. MICHELE - CONSULENZA E VALUTAZIONE CARDIOLOGICA	100,00%
AOB - DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA	75,00%
SC BUSINCO - ANESTESIA E RIANIMAZIONE	71,43%
SC S. MICHELE - ANESTESIA E RIANIMAZIONE	94,67%
SC S. MICHELE - MEDICINA D'URGENZA	97,79%
SC S. MICHELE - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	78,42%
SC S. MICHELE - PRONTO SOCCORSO E OBI	95,96%
SSD S. MICHELE - MEDICINA D'URGENZA PEDIATRICA	80,00%
AOB - DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE	73,50%
S. MICHELE - NEUROLOGIA STROKE UNIT	94,84%
SC BUSINCO - TERAPIA DEL DOLORE	86,60%
SC S. MICHELE - NEUROCHIRURGIA	87,22%
SC S. MICHELE - NEURORIABILITAZIONE	85,18%
SSD AOB - RIABILITAZIONE	100,00%
SSD AOB - SERVIZIO PSICOLOGIA	86,67%
SSD S. MICHELE - NEUROFISIOLOGIA E DISTURBI DEL MOVIMENTO	96,62%
AOB - DIPARTIMENTO ONCOLOGICO E INTERNISTICO	58,08%
SC AOB - MEDICINA NUCLEARE CLINICA E TERAPIA RADIOMETABOLICA	83,46%
SC BUSINCO - EMATOLOGIA E CTMO	73,13%
SC BUSINCO - ONCOLOGIA MEDICA	64,71%
SC BUSINCO - RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	100,00%
SC S. MICHELE - GASTROENTEROLOGIA	84,85%
SC S. MICHELE - MEDICINA GENERALE	94,37%
SSD AOB - FARMACIA CLINICA E ONCOLOGICA	70,00%
AOB - DIPARTIMENTO RIPRODUZIONE, GENITOURINARIO, MALATTIE E TRAPIANTI DI RENE	66,00%
SC BUSINCO - GINECOLOGIA ONCOLOGICA	74,98%
SC CAO - FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA E DIAGNOSI PRENATALE	97,50%
SC S. MICHELE - NEFROLOGIA E DIALISI	87,67%
SC S. MICHELE - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	79,03%
SC S. MICHELE - UROLOGIA	83,06%
SSD S. MICHELE - MEDICINA TRAPIANTO RENALE	91,10%
AOB - DIPARTIMENTO SERVIZI	89,09%
SC AOB - ANATOMIA PATOLOGICA	77,50%
SC AOB - FARMACIA	91,43%
SC AOB - FISICA SANITARIA	100,00%
SC AOB - LABORATORIO ANALISI	88,39%
SC S. MICHELE - DIABETOLOGIA E MALATTIE DISMETABOLICHE	94,70%
SC S. MICHELE - IMMUNOEMATOLOGIA E CENTRO TRASFUSIONALE	98,00%
SC S. MICHELE - NEURORADIOLOGIA E INTERVENTISTICA VASCOLARE	90,00%
SC S. MICHELE - RADIOLOGIA	74,74%
SSD BUSINCO - RADIOLOGIA ONCOLOGICA ED INTERVENTISTICA	62,68%
SSD CAO - LABORATORIO GENETICA E GENOMICA	100,00%
SSD S. MICHELE - BANCA SANGUE CORDONALE	100,00%
SSD S. MICHELE - QUALITA' IN RADIOCHIMICA - LABORATORIO VITRO	100,00%

AOB - DIPARTIMENTO PEDIATRICO E DELLE MICROCITEMIE	98,33%
CAO - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	90,17%
SC CAO - CLINICA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA	89,50%
SC CAO - CLINICA PEDIATRICA E MALATTIE RARE	92,40%
SC S. MICHELE - CARDIOLOGIA PEDIATRICA E CARDIOPATIE CONGENITE-PIATTAFORMA AMBULATORIALE	100,00%
SC S. MICHELE - CHIRURGIA PEDIATRICA	87,64%
SC S. MICHELE - PEDIATRIA	90,53%
SSD CAO - C.T.M.O PEDIATRICO	93,60%
SSD CAO - DIABETOLOGIA PEDIATRICA	100,00%
SSD CAO - ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA E CENTRO SCREENING NEONATALI	100,00%
SSD CAO - NEUROLOGIA E EPILETTOLOGIA PEDIATRICA	95,20%
SSD CAO - TALASSEMIA	81,29%
SSD S. MICHELE - ANESTESIA PEDIATRICA	100,00%
SSD S. MICHELE - DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO	100,00%
SSD S. MICHELE - NEONATOLOGIA - NIDO	96,80%
AOB - STAFF DIREZIONE STRATEGICA AZIENDALE	
SC AOB - COMUNICAZIONE E RELAZIONI ESTERNE	100,00%
SSD AOB - AFFARI LEGALI	100,00%
SSD AOB - CONTROLLO PERFORMANCE SANITARIE E SVILUPPO STRATEGICO	100,00%
SSD AOB - FORMAZIONE	97,77%
SSD AOB - SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	100,00%
AOB - AREA FUNZIONALE DI IGIENE, ORGANIZZAZIONE, GOVERNO CLINICO, QUALITA'	
SC DIREZIONE SANITARIA P.O. BUSINCO	100,00%
SC DIREZIONE SANITARIA P.O. CAO	100,00%
SC DIREZIONE SANITARIA P.O. SAN MICHELE	100,00%
AOB - DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	
SC AOB - AREA INFERMIERISTICA OSTETRICA	100,00%
SC AOB - AREA TECNICA, RIABILITAZIONE E PREVENZIONE	100,00%
AOB - DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	100,00%
SC AOB - GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE	87,50%
SC AOB - ACQUISTI BENI E SERVIZI	100,00%
SC AOB - CONTABILITA', BILANCIO E CONTROLLO DI GESTIONE	100,00%
SSD AOB - AFFARI GENERALI	100,00%
AOB - DIPARTIMENTO TECNICO	100,00%
SC AOB - GESTIONE IMMOBILI E IMPIANTI E NUOVE REALIZZAZIONI	100,00%
SC AOB - PATRIMONIO E LOGISTICA	100,00%
SC AOB - TECNOLOGIE INFORMATICHE E SERVIZI INFORMATIVI	100,00%
SC AOB - TECNOLOGIE SANITARIE	100,00%



5. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI

Di seguito si riportano indicazioni sintetiche sul grado di raggiungimento degli obiettivi individuali del personale dipendente e, in particolare, sul grado di differenziazione dei giudizi, in modo tale da rappresentare adeguatamente i risultati del sistema di valutazione individuale.

Nell'AOB vige un sistema per il calcolo della performance individuale basato su un algoritmo di natura Gaussiana che presuppone un valore minimo della performance pari a 0,5 e un valore massimo pari a 1,5. Poiché le dimensioni dell'Amministrazione impediscono la reportistica su dati individuale, si riportano di seguito alcuni valori medi ritenuti significativi:

TIPOLOGIA DI PERSONALE	MEDIA VALUTAZIONE INDIVIDUALE	DEVIAZIONE STANDARD AZIENDALE
Dirigente Medico e Sanitario	1,40	0,46
Dirigente Amministrativo, Professionale e Tecnico	1,38	
Personale sanitario del comparto	1,44	
Personale non sanitario del comparto	1,45	
Media Aziendale	1,42	

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

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

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

$$[(\text{Punti ott.} - \text{Punti min.}) * (\text{FLmax} - \text{FLmin})]$$

$$\text{FLESSIBILITA}' = \frac{\text{Punti ott.} - \text{Punti min.}}{\text{Punti max} - \text{Punti min.}} + \text{FLmin}$$

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

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

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

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

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

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

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

6 IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

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

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

- Piano Sanitario Nazionale;
 - Piano Sanitario Regionale;
 - Piano Nazionale di Prevenzione;
- nonché del contesto sanitario locale:
- criticità legate alla popolazione di riferimento;
 - spesa sanitaria e finanziamento regionale;
 - analisi comparativa dell'attività a livello regionale;
 - delibera Giunta Regionale n. 54/11 del 10/11/2015 "Interventi per la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica";
 - delibera Giunta Regionale n. 63/24 del 15/12/2015 "Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso. Attuazione dell'articolo 29, comma 3 della legge regionale 9 marzo 2015, n. 5.";
 - delibera Giunta Regionale n. 67/16 del 29/12/2015 "Indirizzi strategici sull'appropriatezza ed efficacia dell'attività ospedaliera. Sistema regionale per il monitoraggio e controllo delle attività di ricovero";
 - delibera Giunta Regionale n. 1/12 del 12/1/2016 "Linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale";
 - delibera Giunta Regionale n. 34/16 del 12/7/2017 "Attuazione del Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso (Delib.G.R. n. 63/24 del 15.12.2015). Programma di riorganizzazione e riqualificazione dell'offerta ospedaliera nell'area omogenea di Cagliari (articolo 9, comma 6, della legge regionale n. 23 del 17 novembre 2014)".

Nella definizione degli obiettivi per l'anno 2019 per il biennio successivo l'AOb si è basata:

- sulle indicazioni ministeriali dettate dal Piano Nazionale Esiti e dal monitoraggio dei LEA, dal Patto per la Salute 2014/2016, dal Decreto Ministeriale n. 70 del 02/04/2015, recante "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", dai più recenti atti della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nonché su quelle desunte dalle disposizioni che disciplinano le procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nella efficienza degli enti del SSN, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e nel rispetto della garanzia dei livelli essenziali di assistenza (art. 1 commi da 521 a 547 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come modificati dall'art. 1, comma 390, della Legge n. 232 del 11 dicembre 2016) ;
- sulle indicazioni regionali afferenti la razionalizzazione della rete ospedaliera;
- sulle indicazioni regionali di cui alla DGR n.63/24 del 15/12/2015, concernente il "Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso. Attuazione dell'art. 29, comma 3 della legge regionale 9 marzo 2015, n. 5", e in particolare su quelle inerenti la razionalizzazione della spesa farmaceutica e gli obiettivi di efficientamento dell'organizzazione ospedaliera;

- sulle indicazioni regionali dettate con provvedimenti riguardanti aree specifiche (ad es. DGR n. 54/11 del 10/11/2015 recante “Interventi per la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica e DGR n. 15/9 del 21/03/2017 recante “Obiettivi di razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica anno 2017);
- Come previsto dalle Direttive di programmazione per le Aziende Sanitarie, adottate con DGR n. 58/16 del 27.12.2017, e in conformità alle disposizioni degli art. 13 e 27 della L.R. n. 10 del 28/07/2006, come modificate dagli art. 7 e 10 della L. R. n. 17 del 27/07/2016, per la prima volta, nel triennio 2019/2021, la programmazione del Servizio Sanitario Regionale è articolata in un unico Programma Sanitario, annuale e triennale, adottato dal Direttore Generale dell’Azienda per la tutela della Salute e nei bilanci preventivi economici, annuali e triennali, adottati dai Direttori Generali di ciascuna delle Aziende sanitarie regionali.

Le citate direttive prevedono, in particolare, che il Programma sanitario, triennale e annuale, da sviluppare sulla base degli obiettivi e delle priorità definite a livello regionale, debba essere espressione della compartecipazione di tutte le aziende del sistema sanitario regionale, pertanto, l’ATS, nel definire le azioni strategiche da porre in essere nel triennio e la programmazione attuativa locale finalizzata a soddisfare la domanda di salute della popolazione residente o presente a qualsiasi titolo nel territorio regionale, deve tener conto dell’offerta di tutte le aziende sanitarie, compresa l’AREUS.

In considerazione di ciò, AOB, collaborando alla redazione del documento di programmazione unitario, ha provveduto a comunicare, con nota n. 25082 del 16/10/2018, la propria offerta potenziale di servizi sanitari per il triennio 2019/2021, definita in coerenza con il ruolo svolto nell’ambito della rete ospedaliera sarda, nonché in funzione dell’analisi dei bisogni della popolazione sarda, dell’offerta del territorio e delle risorse professionali e materiali di cui AOB dispone.

Coerentemente con l’attività programmata per il triennio 2019/2021, sono stati predisposti il bilancio preventivo economico annuale e triennale il cui scopo è quello di evidenziare i collegamenti con gli atti di programmazione aziendale e regionale.

- sull’analisi dei bisogni della popolazione sarda;
- sull’offerta del territorio;
- sulla capacità d’offerta che l’AOB ha dal punto di vista strutturale, di risorse professionali e materiali.

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

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

L’anno 2019 è stato caratterizzato da un ritardo nell’avvio del ciclo della performance, infatti, per quanto il Piano triennale 2019-2021 sia stato approvato nei termini, le negoziazioni hanno trovato avvio solo a seguito della nomina del Commissario Straordinario con DGR n. 21/28 del 04 giugno 2019 avente ad oggetto “Azienda Ospedaliera “G. Brotzu”. Nomina Commissario Straordinario.” Recepita dall’AOB con deliberazione n. 1381 del 14 giugno 2019. Con Delibera n. 1710 del 23 luglio 2019 il C.S. dichiara conclusa l’istruttoria della negoziazione di Budget 2019 con i Dipartimenti e le Strutture Aziendali a valenza budgetaria e di dare avvio alla decorrenza del periodo di valutazione degli obiettivi assegnati.

Nel corso 2019, l'AOB, ha deciso di abbandonare lo strumento di progetto obiettivo su base volontaria per lo svolgimento dell'attività trapiantologica riconvocando in corso d'anno le Strutture coinvolte per una revisione degli obiettivi assegnati nel rispetto del regolamento aziendale in materia di Misurazione e Valutazione della Performance (Del. 1501 del 01/10/2019).

Con il supporto della STP sono stati individuati degli obiettivi oggettivamente misurabili e governabili dalle Strutture, inserendoli all'interno della scheda in un'area specifica dedicata all'attività trapiantologica con una percentuale di partecipazione con totale peso 100%.

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

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

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