



AO Brotzu

Deliberazione n. 2481

Adottata dal Commissario Straordinario in data 10.12.2019

OGGETTO: Approvazione Relazione sulla Performance 2018

PDEL/2019/529

---

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 10.12.2019 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

PERRA  
LUISANNA

Firmato digitalmente  
da PERRA LUISANNA  
Data: 2019.12.10  
09:59:38 +01'00'

---

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

SI  NO

---

Su proposta della Struttura Tecnica Permanente

- 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
- VISTE le linee guida emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, Ufficio per la valutazione della performance in materia di Relazione annuale sulla Performance
- VISTO che con deliberazione n. 1501/2013 si è proceduto all'adozione del regolamento aziendale del "Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance"



AO Brotzu

- ATTESO che l'Azienda Ospedaliera G. Brotzu con delibera 895 del 18/04/2018 ai sensi dell'art. 10 comma 1 lett. a) del citato Decreto Legislativo, ha adottato il Piano della Performance 2018-2020 quale documento programmatico triennale.
- DATO ATTO che con nota n. 21690 del 09/10/2019 l'Azienda ha comunicato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Funzione Pubblica, Ufficio per la Valutazione della Performance le motivazioni inerenti il mancato rispetto dell'invio della Relazione sulla Performance entro il 30.06.2019 in applicazione dell'art.10 c.5 del D.Lgs 150/2009.
- DATO ATTO che con nota n. 24897 del 21/11/2019 la relazione è stata trasmessa all'Organismo Indipendente di Valutazione per la validazione ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs 150/2009 e s.m.i.
- PRESO ATTO che L'Organismo Indipendente di Valutazione con nota n. 25183 del 26/11/2019 ha validato la Relazione sulla Performance
- VISTA la Relazione sulla Performance 2018 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 2018 che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale
- 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

CANNAS PAOLO Firmato digitalmente da CANNAS  
PAOLO  
Data: 2019.12.10 08:17:10 +01'00'

Il Direttore Amministrativo  
Dott. Ennio Filigheddu

FILIGHEDDU ENNIO Firmato digitalmente da FILIGHEDDU ENNIO  
Data: 2019.12.09 16:51:38 +01'00'

Il Direttore Sanitario  
Dott. Raimondo Pinna

PINNA  
RAIMONDO Firmato digitalmente  
da PINNA RAIMONDO  
Data: 2019.12.09  
18:45:01 +01'00'

Il Direttore S.C. Contabilità Bilancio e Controllo di Gestione  
Dott.ssa Donatella Floris  
Collab. Tecnico Professionale Analista  
Dott.ssa Luisella Manca

FODDIS Firmato  
digitalmente  
da FODDIS  
AGNESE  
LUISELLA  
MANCA Firmato digitalmente  
da LUISELLA MANCA  
NO=dn:cn=LUISELLA  
MANCA,  
ou=Test, cn=LUISELLA  
MANCA,  
Data: 2019.12.09  
11:40:44 +01'00'



**AO Brotzu**

## **RELAZIONE SULLA PERFORMANCE**



**ANNO 2018**

## Sommaro

<b>PRESENTAZIONE</b> .....	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 .....	18
5. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI.....	20
6. IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE .....	22

## **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.

In applicazione dell'articolo 10, comma 5 del D.Lgs 150/2009, il Commissario Straordinario, con nota n. 21690 del 09/10/2019, ha provveduto alla comunicazione 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 presente Relazione entro i termini. La stessa nota è stata pubblicata nel sito istituzionale aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente sotto la sezione "Performance – Relazione sulla performance".

## 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 2018 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 2018 sono state in tutto 98 tra sanitarie, amministrative e tecniche: 10 Dipartimenti, 54 Strutture Complesse e 32 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 2018 sono state erogate 38.960 prestazioni di ricovero di cui 38.324 per pazienti residenti sul territorio regionale (oltre il 55% relativi alla provincia di Cagliari) e 636 per pazienti residenti extra regione o stranieri. La degenza media per i ricoveri in regime ordinario dei tre ospedali si attesta su 7,8 giorni. Il peso medio dei DRG prodotti, in incremento rispetto agli esercizi precedenti, è pari a 1,26 per gli ospedali San Michele e Businco e 0,75 per il Cao.

Sono stati eseguiti 18.656 interventi chirurgici.

Sono stati eseguiti 36 trapianti di rene, 2 trapianti di cuore, 24 trapianti di fegato, 2 trapianti combinati rene-pancreas, 36 trapianti di cornee e 71 trapianti di midollo osseo.

Sono stati registrati 54.434 accessi in pronto soccorso (di cui 37.213 pazienti adulti e 17.221 pazienti in età pediatrica). La capacità di filtro è pari al 78% per gli adulti e all'89% per il pronto soccorso pediatrico.

Sono state erogate 1.294.467 prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per pazienti esterni non ricoverati, 3.940.038 per pazienti interni ricoverati, 36.182 per altri enti (di cui 28.681 di screening neonatale e 617 di screening per tumore colon retto), 6.668 prestazioni per trapianti, 575 prestazioni LDL aferesi e 17.433 prestazioni per pazienti esterni solventi.

Nel 2018 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.

Per quel che riguarda le misure di contenimento della spesa farmaceutica (DGR 54/11 del 10/11/2015) si riporta il focus prescrittivo del farmaco biosimilare relativo al biennio 2017-2018 rispetto al farmaco biosomilare: prescrizioni di Eritropoietina biosimilare  $\Delta$  2017-2018 = € -1.018.853, prescrizioni di Filgrastim biosimilare  $\Delta$  2017-2018 = € -381.210, prescrizioni di Infliximab biosimilare  $\Delta$  2017-2018 = € -376.238, prescrizioni di Rituximab biosimilare  $\Delta$  2017-2018 = € -4.275, prescrizioni di Adalimumab biosimilare  $\Delta$  2017-2018 = € -36.184, prescrizioni di Somatropina biosimilare  $\Delta$  2017-2018 = € -25.579, prescrizioni di Trastuzumab biosimilare  $\Delta$  2017-2018 = € -114.071.

## 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 2018, 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

Nel corso del 2018 si è proceduto con l'assegnazione degli incarichi delle diverse Strutture già esistenti ante Atto, in taluni casi con la conferma dei Responsabili in carica e in altri, dati i diversi pensionamenti nel corso dell'anno, con la selezione di incarichi di Facente Funzione nelle more della selezione per l'assegnazione definitiva, permettendo così di procedere con l'assegnazione degli obiettivi di Struttura. Per quanto riguarda le SSD di nuova istituzione, una volta assegnati gli incarichi, si è proceduto alla convocazione di una seduta straordinaria di negoziazione a metà del mese di novembre 2018 per l'assegnazione di meri obiettivi organizzativi commisurati alle tempistiche di raggiungimento.

Nel 2018 sono state portate a compimento diverse attività avviate negli anni precedenti a partire dal 2015. Si ricordano brevemente le attività più salienti:

- 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;

Si menziona, perché ha impattato sull'attività assistenziale, che nel 2018, è stato avviato un programma di ristrutturazione delle degenze e delle sale operatorie dell'Ospedale San Michele (lavori cabina elettrica) che ha coinvolto a rotazione i diversi piani dell'Ospedale, determinando, anche se in misura modesta, una contrazione dell'attività ordinaria a garanzia e salvaguardia dell'attività in urgenza che non ha subito alcun detrimento.

Alla luce di quanto esposto l'Azienda ha tenuto conto di tali difficoltà in sede di valutazione degli obiettivi.

Uno strumento utile di supporto per rappresentare i risultati dell'analisi del contesto interno ed esterno è costituito dall'analisi o matrice SWOT (**Strenghts** = punti di forza; **Weaknesses** = punti di debolezza; **Opportunities** = opportunità; **Threats** = minacce) di seguito riportata:

<p style="text-align: center;"><b>PUNTI DI FORZA (contesto interno)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Storica forte attrattività di alcune strutture aziendali</li> <li>• 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)</li> <li>• Coinvolgimento degli operatori a tutti i livelli nel processo di riorganizzazione e rifunzionalizzazione dei servizi</li> <li>• Dotazioni tecnologiche d'avanguardia in ambito diagnostico e terapeutico</li> <li>• Erogazione di prestazioni di particolare complessità chirurgica e medica con approccio multidisciplinare</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>PUNTI DI DEBOLEZZA (contesto interno)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessità di interventi strutturali di riqualificazione ed adeguamento normativo sugli stabilimenti ospedalieri</li> <li>• Difficoltà nell'omogeneizzazione dei processi a seguito dell'incorporazione dei nuovi stabilimenti ospedalieri</li> <li>• Resistenza ai cambiamenti organizzativi e culturali anche a causa dell'elevata età media di alcune figure professionali</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>OPPORTUNITA' (contesto esterno)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sviluppo della rete ospedale – territorio</li> <li>• Accesso ai finanziamenti regionali per lavori di riqualificazione e messa a norma degli stabilimenti</li> <li>• 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</li> <li>• Attivazione del servizio di elisoccorso</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>MINACCE (contesto esterno)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contesto economico finanziario critico a seguito dei vincoli di contenimento della spesa sanitaria</li> <li>• Evoluzione rapida e complessa della normativa e conseguenti adempimenti burocratici non sempre in linea con le capacità organizzative e culturali dell'Azienda (trasparenza, anticorruzione, digitalizzazione, ecc)</li> <li>• Incremento del contenzioso con l'utenza con un impatto economico conseguente alla medicina difensiva</li> </ul>

### 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.

L'Azienda Ospedaliera Brotzu, nel 2016 e nel 2017 ha pienamente raggiunto i target di risparmio assegnati, realizzando addirittura nel 2016 un maggior risparmio di 3.295 mila euro.

Per l'esercizio 2018, l'obiettivo di risparmio assegnato a questa Azienda con DGR n. 23/6 del 8 maggio 2018, è pari a mln. 3.900, da raggiungere con azioni di efficientamento correlate al riordino della rete ospedaliera, da cui si attendono risparmi per €. 600.000, mediante una generale revisione del sistema degli acquisti, con risparmi stimati in €. 1.300.000, nonché mediante la promozione dell'utilizzo di medicinali biotecnologici a brevetto scaduto a minor costo terapia in ambito oncologico e nelle patologie autoimmuni, con un risparmio previsto di €. 2.000.000.

Ciò premesso, si rileva che il Bilancio d'esercizio 2018 evidenzia un costo della produzione complessivamente pari a € 352.471.000, a fronte del corrispondente valore del 2017 pari a € 331.863.000, con un incremento pari a € 20.608.000.

Tuttavia, per poter effettuare una adeguata valutazione, occorre tener presente che tale incremento è determinato in buona misura dalla modifica dell'assetto aziendale conseguente agli accorpamenti di unità operative avvenuti negli anni 2017 e 2018, in attuazione delle deliberazioni della Giunta Regionale riguardanti la riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza sanitaria nell'area di Cagliari. Infatti, i costi della Neurochirurgia dell'Ospedale Marino e della Oftalmologia dell'Ospedale Binaghi, trasferite presso l'Ospedale San Michele il 1° ottobre 2017, sono gravati sul bilancio 2018 per l'intero anno e non per un solo trimestre come nel 2017. Inoltre, sul bilancio 2018 sono rilevati anche i costi relativi alle UU.OO. di Medicina Nucleare e Centro Trapianti di Midollo Osseo, trasferite all'Azienda Brotzu il 01 gennaio 2018. L'incremento di costi 2018 per tale titolo è risultato pari a 2.500 mln.

Ulteriori fattori, indipendenti dalla gestione aziendale, che hanno determinato un incremento dei costi nel 2018 sono:

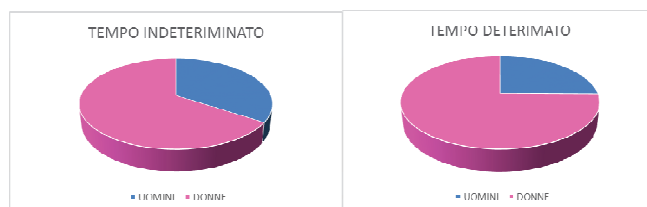
- l'incremento del costo del personale determinato dall'applicazione a regime dei rinnovi contrattuali per il comparto € 3.176.000.
- l'incremento dell'importo da accantonare per i rinnovi contrattuali del personale dipendente, pari a € 922.034.
- la rilevazione di un accantonamento pari a € 985.404 come disposto dalla nota RAS n. 1532 del 22.01.2018, per la copertura del rischio derivante dall'esito dei ricorsi avanzati dalle aziende farmaceutiche che hanno versato risorse alla RAS per il ripiano della spesa farmaceutica 2016
- l'incremento dei costi conseguente all'attivazione del servizio di elisoccorso circa € 175.000.

CONTO ECONOMICO				Importi: Euro	
SCHEMA DI BILANCIO		Anno 2018	Anno 2017	VARIAZIONE 2018/2017	
Decreto Interministeriale				Importo	%
<b>A) VALORE DELLA PRODUZIONE</b>					
1) Contributi in c/esercizio	133.002.688	115.683.477	17.319.210	14,97%	
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	95.029.978	101.715.878	- 6.685.901	-6,57%	
b) Contributi in c/esercizio - (extra fondo)	37.617.584	13.452.599	24.164.985	179,63%	
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	5.471.014	1.392.647	4.078.367	292,85%	
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA	31.355.031	10.529.952	20.825.079	197,77%	
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA	258.000	-	258.000	100,00%	
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Altro	399.360	1.530.000	- 1.130.640	-73,90%	
5) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche - (extra fondo)	-	-	-	-	
6) Contributi da altri soggetti pubblici	134.179	-	134.179	100,00%	
c) Contributi in c/esercizio per ricerca	214.656	180.000	34.656	19,25%	
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente	-	-	-	-	
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	-	-	-	-	
3) da Regione ed altri soggetti pubblici	214.656	180.000	34.656	19,25%	
4) da privati	-	-	-	-	
d) Contributi in c/esercizio da privati	140.470	335.000	- 194.530	-58,07%	
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 4.048.721	- 2.665.433	- 1.383.288	51,90%	
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	412.150	-	412.150	100,00%	
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	208.812.836	197.606.059	11.206.777	5,67%	
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad Aziende sanitarie pubbliche	204.864.758	193.001.230	11.863.528	6,15%	
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	2.898.892	3.210.128	- 311.236	-9,70%	
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	1.049.186	1.394.701	- 345.515	-24,77%	
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	9.031.702	10.380.753	- 1.349.051	-13,00%	
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.264.159	2.235.396	28.763	1,29%	
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	8.754.865	8.923.851	- 168.986	-1,89%	
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-	-	
9) Altri ricavi e proventi	544.660	411.249	133.412	32,44%	
Totale A)	358.774.338	332.575.352	26.198.986	7,88%	
<b>B) COSTI DELLA PRODUZIONE</b>					
1) Acquisti di beni	116.227.142	101.826.603	14.400.539	14,14%	
a) Acquisti di beni sanitari	112.686.276	98.473.703	14.212.573	14,43%	
b) Acquisti di beni non sanitari	3.540.865	3.352.900	187.966	5,61%	
2) Acquisti servizi sanitari	9.489.278	9.948.009	- 458.731	-4,61%	
a) Acquisti servizi sanitari - medicina di base	-	-	-	-	
b) Acquisti servizi sanitari - Farmaceutica	-	-	-	-	
c) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	-	112.965	- 112.965	-100,00%	
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) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	-	-	-	-	
i) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	-	-	-	-	
j) Acquisto prestazioni termali in convenzione	-	-	-	-	
k) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario	644.695	432.055	212.640	49,22%	
l) Acquisto prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	112.228	103.064	9.164	8,89%	
m) Compartecipazione al personale per atti. libero-prof. (intramoenia)	2.195.469	2.560.625	- 365.156	-14,26%	
n) Rimborsi, assegni e contributi sanitari	166.355	57.650	108.705	188,56%	
o) Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	2.131.853	2.564.863	- 433.010	-16,88%	
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	4.238.677	4.116.787	121.890	2,96%	
q) Costi per differenziale tariffe TUC	-	-	-	-	
3) Acquisti di servizi non sanitari	29.593.932	28.740.565	853.367	2,97%	
a) Servizi non sanitari	27.161.819	27.857.907	- 696.088	-2,50%	
b) Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	1.828.886	303.211	1.525.675	503,17%	
c) Formazione	603.228	579.448	23.780	4,10%	
4) Manutenzione e riparazione	11.585.254	12.415.236	- 829.982	-6,69%	
5) Godimento di beni di terzi	4.142.182	4.315.594	- 173.413	-4,02%	
6) Costi del personale	165.922.312	157.044.574	8.877.738	5,65%	
a) personale dirigente medico	70.334.402	68.067.066	2.267.336	3,33%	
b) personale dirigente ruolo sanitario non medico	5.448.127	4.857.393	590.734	12,16%	
c) personale comparto ruolo sanitario	67.195.336	62.423.697	4.771.639	7,64%	
d) personale dirigente altri ruoli	878.395	927.031	- 48.636	-5,25%	
e) personale comparto altri ruoli	22.066.052	20.769.387	1.296.666	6,24%	
7) Oneri diversi di gestione	2.106.289	1.623.911	482.378	29,70%	
8) Ammortamenti	9.364.560	10.018.123	- 653.563	-6,52%	
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	172.162	267.704	- 95.542	-35,69%	
b) Ammortamenti dei fabbricati	3.875.068	3.850.023	25.046	0,65%	
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	5.317.330	5.900.396	- 583.066	-9,88%	
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-	-	-	
10) Variazione delle rimanenze	- 1.875.359	- 733.860	- 1.141.499	155,55%	
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	- 1.863.427	- 703.858	- 1.159.569	164,74%	
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	- 11.932	- 30.002	18.070	-60,23%	
11) Accantonamenti	5.915.057	6.669.087	- 754.029	-11,31%	
a) Accantonamenti per rischi	1.801.448	2.334.389	- 532.941	-22,83%	
b) Accantonamenti per premio operosità	-	-	-	-	
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	1.066.752	2.546.170	- 1.479.418	-58,10%	
d) Altri accantonamenti	3.046.857	1.788.528	1.258.330	70,36%	
Totale B)	352.470.846	331.867.840	20.603.006	6,21%	
<b>DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)</b>					
<b>C) PROVENTI ED ONERI FINANZIARI</b>					
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	0	1	1	-75,51%	
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	194.562	581.650	- 387.088	-66,55%	
Totale C)	- 194.562	- 581.649	387.087	-66,55%	
<b>D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA FINANZIARIE</b>					
1) Rivalutazioni	-	-	-	-	
2) Svalutazioni	-	-	-	-	
Totale D)	-	-	-	-	
<b>E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI</b>					
1) Proventi straordinari	12.262.446	9.252.008	3.010.438	32,54%	
a) Plusvalenze	-	-	-	-	
b) Altri proventi straordinari	12.262.446	9.252.008	3.010.438	32,54%	
2) Oneri straordinari	10.999.945	6.657.042	4.342.903	65,24%	
a) Minusvalenze	-	-	-	-	
b) Altri oneri straordinari	10.999.945	6.657.042	4.342.903	65,24%	
Totale E)	1.262.501	2.594.966	- 1.332.465	-51,35%	
<b>RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)</b>					
<b>Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO</b>					
1) IRAP	11.397.634	10.698.882	698.752	6,53%	
a) IRAP relativa a personale dipendente	11.088.441	10.485.610	602.830	5,75%	
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	158.557	67.251	91.307	135,77%	
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	150.636	146.020	4.615	3,16%	
d) IRAP relativa ad attività commerciali	-	-	-	-	
2) IRES	86.436	86.436	0	0,00%	
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	-	-	
Totale Y)	11.484.070	10.785.318	698.752	6,48%	
<b>UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO</b>					
	- 4.112.438	- 8.064.489	3.952.050	-49,01%	

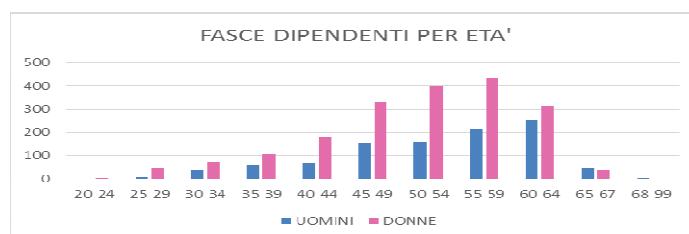
## 2.4 Analisi di genere

L'AOB nel 2018 conta un numero di personale dipendente a tempo indeterminato di 2.922 unità, di cui il 65,67% sono donne, e 236,43 unità teste/anno a tempo determinato, di cui il 74,83% 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 (fonte dato Conto annuale 2018):

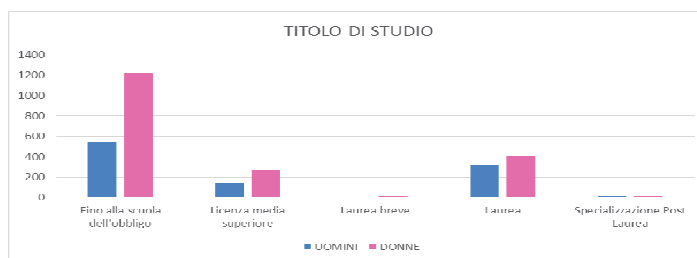
TIPOLOGIA	UOMINI	DONNE	TOT	% UOMINI	% DONNE
<b>Tempo indeterminato</b>	1.003	1.919	2.922	34,33%	65,67%
di cui:					
tempo pieno	994	1.817	2.811	35,36%	64,64%
part-time	9	102	111	8,11%	91,89%
<b>Tempo determinato</b>	59,51	176,92	236,43	25,17%	74,83%



FASCE D' ETÀ'	UOMINI	DONNE
20-24		1
25-29	10	48
30-34	40	71
35-39	59	108
40-44	68	180
45-49	154	333
50-54	157	396
55-59	214	432
60-64	252	312
65-67	46	38
68-99	3	0



TITOLO DI STUDIO	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE
Fino alla scuola dell'obbligo	546	1.220	1.766	30,92%	69,08%	60,44%
Licenza media superiore	136	269	405	33,58%	66,42%	13,86%
Laurea breve	2	12	14	14,29%	85,71%	0,48%
Laurea	311	405	716	43,44%	56,56%	24,50%
Specializzazione Post Laurea	8	13	21	38,10%	61,90%	0,72%



**3 MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

A seguito della nomina del Commissario Straordinario e ultimate le negoziazioni del Budget 2019, è stata premura dell'Amministrazione dare avvio all'istruttoria di valutazione dell'anno 2018 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 trovato conclusione in data 22/10/2019.

Di seguito una sintesi degli obiettivi assegnati alle Strutture per l'anno 2018, 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.

<b>AREA: Trasparenza e prevenzione della corruzione (Delibera del Direttore Generale n. 734/2018)</b>		
<b>OBIETTIVO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE</b>
Monitoraggio dati su obblighi di pubblicazione (Comunicazione al Direttore Generale entro il 31/12/2018).	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita dell'invio della Comunicazione al Direttore Generale	100%
Partecipazione ad un tavolo di lavoro per l'adozione di procedure interne per la rilevazione e comunicazione dei fabbisogni di beni e servizi finalizzato alla Programmazione annuale beni e servizi entro il 31/12/2018 (pag. 33 del PTPCT).	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Revisione codice di comportamento: costituzione di un tavolo tecnico per la definizione dei contenuti oggetto della revisione (pag. 23 PTPCT).	(N. verbali inviati al RPC / N. incontri) *100	0%
Studio fattibilità per definire il programma di rotazione del personale delle aree più a rischio entro il 31/12/2018 (pag. 24 del PTPCT).	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0%
Costituzione di un tavolo per la definizione delle azioni di coinvolgimento della cittadinanza: (pag. 28 PTPCT).	(N. verbali/ N. incontri) *100	100%
Organizzazione giornate della trasparenza e/o altri eventi di oggetto simile.	N. giornate della trasparenza e/o altri eventi simili organizzati	100%
Verifica a cadenza trimestrale (con relazioni accompagnata) ai fini della trasparenza delle liste di attesa dei ricoveri/interventi	N. ricoveri programmati recuperati dalla lista d'attesa /N° Tot ricoveri programmati *100	99%
Verifica e invio per la pubblicazione a cadenza trimestrale ai fini della trasparenza delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali per esterni	N. aggiornamenti	100%

<b>AREA: DG. Obiettivi strategici del Direttore Generale (Deliberazione RAS n. 19/41 del 17/4/2018)</b>		
<b>OBIETTIVO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE</b>
Dimensione della gestione amministrativo contabile - Presentazione nei termini indicati dall'Assessorato della documentazione richiesta, connessa all'attività della programmazione / rendicontazione economico finanziaria	Percentuale di documenti approvati nei termini	100%
Dimensione della gestione amministrativo contabile - Avviare la ricognizione degli ammortamenti non sterilizzati relativi agli anni 2013 e 2014 entro il 31/12/2018	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	STERILIZZATO
Dimensione della gestione amministrativo contabile - Rispettare i termini nella presentazione alla RAS dei documenti di programmazione e rendicontazione regionale corredati dei pareri dei Collegi Sindacali	(N. documenti di Bilancio d'Esercizio da presentare entro i termini / N. documenti di Bilancio d'Esercizio presentati entro i termini) *100	100%
Dimensione della gestione amministrativo contabile - Rispettare i termini nella presentazione alla RAS dei documenti di programmazione e rendicontazione regionale corredati dei pareri dei Collegi Sindacali	(N. documenti di Programmazione da presentare entro i termini / N. documenti di Programmazione presentati entro i termini) *100	100%
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della Salute Umana - Definizione dei rapporti di committenza tra ATS da una parte e Aziende ospedaliero-universitarie e AOB dall'altra, per l'acquisizione di prestazioni di secondo livello da erogare nell'ambito dei programmi di screening mammografico, cervicale e coloretale, laddove necessario sulla base delle esigenze derivanti dalla riorganizzazione dei percorsi su base regionale (o di area vasta ricomprendente più ASSL) in funzione degli standard di qualità e di sostenibilità del sistema. Gli accordi interaziendali dovranno regolamentare sia gli standard di qualità garantiti dal percorso, sia i rapporti economici.	N. di accordi o convenzioni sottoscritte entro il 31/12/2018	100%
Dimensione della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare - Piastra Tecnologica per l'Emergenza-Urgenza P.O. S. Michele: indizione gara servizi di ingegneria entro dicembre 2018.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	STERILIZZATO
Dimensione della gestione delle liste d'attesa - Effettuare le prenotazioni tramite CUP relative all'ALPI	(N. prestazioni inserite in CUP / N. prestazioni documentate) *100	STERILIZZATO
Dimensione della tempistica e del valore informativo dei dati - Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione.	(N. record flussi A, C, F dell'intero anno 2017 trasmessi entro i termini / N. totale record flussi A, C, F 2017) *100	100%
Dimensione della informatizzazione aziendale - Diffusione FSE tra i cittadini e nelle Aziende Sanitarie: Integrazione dei laboratori pubblici con il FSE.	(N. laboratori integrati con il FSE / N. laboratori aziendali da integrare) *100	100%
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'Efficacia del SSR - Attuazione degli audit PNE sulla qualità dei dati 2017	(N. audit effettuati / N. audit richiesti) *100	100%
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'Efficacia del SSR - Miglioramento degli esiti del monitoraggio della griglia LEA.	N. azioni mensili volte al mantenimento o incremento % rispetto al punteggio 2017	100%

<b>AREA: Attività di Staff della Direzione Generale</b>		
<b>OBIETTIVO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE</b>
Analizzare i fabbisogni formativi per l'anno 2019 entro il 30/11/2018 fornendo alla Direzione Generale una congrua Relazione.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	33%
Proseguire il Progetto di formazione Prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze.	(N. dipendenti formati / N. dipendenti da formare come da progetto) *100	100%
Tenere le riunioni periodiche di cui all'art. 35 del D.Lgs. n. 81/2008.	N. riunioni	100%
Redigere dei Reports semestrali, da inviare al Direttore Generale, sull'andamento delle attività inerenti la sicurezza di cui al D.Lgs. n. 81/2008.	N. Reports semestrali inviati al Direttore Generale entro il giorno 15 del mese successivo al relativo semestre	100%
Redigere un'analisi sullo stato dell'arte dell'URP e ipotesi di sviluppo entro il 31/12/2018	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100%
Monitorare il budget assegnato ai Dipartimenti per le attività di formazione e aggiornamento.	N. reports trimestrali inviati ai Direttori di Dipartimento contenenti l'ammontare della spesa e il residuo disponibile	100%
Svolgere l'attività necessaria alla negoziazione degli obiettivi di budget.	(N. sedute di negoziazione / N. strutture di rango budgetario) *100	100%
Supportare l'utilizzo delle procedure informatiche (CUP, ADT/SOWEB).	N. azioni volte a supportare l'utilizzo delle procedure informatiche	100%
Supportare la completezza e congruità delle SDO.	N. azioni volte alla verifica della completezza, congruità e appropriatezza delle SDO	100%
Supportare la scadenza chiusura SDO.	N. azioni volte al rispetto della scadenza chiusura SDO	100%
Redigere la proposta di progetto formativo aziendale 2019 entro il 30/11/2018.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Individuare misure per la sicurezza e salubrità dei luoghi di lavoro.	N. misure congrue predisposte entro il 31/12/2018	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 31/12/2018	N. interventi di aggiornamento dei DVR	100%
Mantenere l'accreditamento standard per l'anno 2019.	(N. documenti e atti prodotti / N. documenti richiesti per il mantenimento dello standard) *10	100%
Attuare il piano formativo aziendale 2018.	(N. corsi programmati / N. corsi realizzati) *100	STERILIZZATO
Conseguimento 1°step - s.c.i.a. a seguito di sopralluoghi VV.F. ospedale Businco 2a. Raggiungimento attestazione 1° fase antincendio (Decreto 19 Marzo 2015)	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%

<b>AREA: Attività amministrativa, informatica, tecnica e sanitaria amministrativa</b>		
<b>OBIETTIVO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE</b>
Programmazione annuale beni e servizi entro il 31/10/2018 (pag. 33 del PTPCT).	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Studio fattibilità per definire il programma di rotazione del personale delle aree più a rischio entro il 31/12/2018 (pag. 24 del PTPCT).	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Riconciliare trimestralmente la contabilità sezionale cespiti con la contabilità generale (Art. 20 del Regolamento gestione beni immobili e mobili di cui alla delibera n. 1794/2015).	N. reports corretti sulle risultanze del registro cespiti elaborati, verificati e trasmessi entro il giorno 15 del mese successivo a ciascun trimestre (15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre e 15/1/2019) alla SC Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione	100%
Riconciliare trimestralmente la contabilità sezionale cespiti con la contabilità generale (Art. 20 del Regolamento gestione beni immobili e mobili di cui alla delibera n. 1794/2015).	% di scostamento tra le risultanze del registro cespiti e la contabilità generale	STERILIZZATO
Revisione del Regolamento ticket con contenuti congrui entro il 31/12/2018.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita per la presentazione di un congruo documento	100%
Redigere n. 2 procedure amministrative (di cui una è Definire una congrua procedura per la liquidazione delle fatture nel rispetto dei termini di pagamento delle stesse) entro il 31/12/2018.	N. procedure predisposte e inviate al Direttore di Dipartimento entro il 31/12/2018	100%
Redigere n. 2 congrue procedure amministrative o tecniche entro il 31/12/2018.	N. procedure congrue predisposte entro il 31/12/2018	75%
Adempimenti in materia di GDPR: predisposizione delle credenziali personali nel sistema di richiesta degli esami di laboratorio	N. di utenti medici con credenziali personali / N. totale dei dipendenti Medici che utilizzano il sistema	100%
Redigere un Regolamento per l'istituzione e il funzionamento dell'albo dei formatori entro il 31/12/2018.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Adempimenti in materia di GDPR: consolidamento server e attivazione della nuova infrastruttura di virtualizzazione.	Step 1: Predisposizione progetto tecnico Step 2: Acquisizione apparecchiature Step 3: Installazione e collaudo apparecchiature Step 4: Migrazione dei server sulla nuova infrastruttura Step 5: Avvio in operatività Indicatore: Step raggiunto/Step totali.	100%
Redigere un Regolamento per l'istituzione e il funzionamento dell'albo dei tutor d'aula entro il 31/12/2018.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Adeguamento SISaR ADT per la gestione dei trasferimenti entro presidio unico per le prestazioni in regime di ricovero	Step 1: Analisi Step 2: Censimento anagrafico strutture Step 3: Profilazione utenti Step 4: Configurazione Integrazioni Step 5: Avvio in operatività Indicatore: Step raggiunto/Step totali.	100%
Recupero crediti. Attivare le verifiche sulle casistiche dell'art. 16 del Regolamento Ticket nonché verificare i crediti di qualunque natura.	(N. pratiche di recupero inviate alla SSD Affari Legali / N. pratiche esistenti al 31/12/2017) *100	STERILIZZATO
Recupero crediti. Attivare le verifiche sulle casistiche dell'art. 16 del Regolamento Ticket.	(N. pratiche di recupero attivate / N. pratiche esistenti al 31/12/2017) *100	STERILIZZATO
Redigere un piano di stabilizzazione del precariato entro il 31/12/2018.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Redigere il piano del fabbisogno di personale entro il 31/12/2018.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Supportare la Direzione Strategica nella definizione della con-trattazione integrativa e dei fondi	(N. Accordi integrativi e Fondi redatti / N. Accordi integrativi e Fondi da redigere) *100	100%

Gestire lo sviluppo del personale e i percorsi di carriera	(N. schede di valutazione annuale professionale e gestionale anno 2017 inviate/ N. schede di valutazione annuale professionale e gestionale anno 2017 da inviare) *100	STERILIZZATO
Informatizzare il repertorio di contratti e convenzioni entro il 31/12/2018	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0%
Predisporre attività correlate all'avvio delle attività di organi e organismi istituzionali (Collegio di Direzione, Consiglio delle Professioni Sanitarie ecc.)	(N. attività svolte / N. attività richieste) *100	100%
Completamento del percorso PAC - Aggiornare il Regolamento sulle Immobilizzazioni in base al nuovo assetto aziendale entro il 31/12/2018.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita per l'invio alla Direzione Amministrativa di una proposta dai contenuti congrui	100%
Completamento del percorso PAC - Redigere un Regolamento sul Fuori Uso entro il 31/12/2018.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita per l'invio alla Direzione Amministrativa di una proposta dai contenuti congrui	100%
Supportare i processi di dematerializzazione: Attivazione cartella oncoematologica	(N. utenze abilitate / N. utenze da abilitare) *100	100%
Verificare la compatibilità, prima dell'installazione, tra le apparecchiature elettromedicali e biomedicali e le strutture e gli impianti esistenti.	(N. verbali di verifica della compatibilità / N. apparecchiature installate) *100	50%
Condurre un'analisi costi-benefici di convenienza per l'Azienda sulla gestione logistica degli automezzi (proprietà, leasing, altre soluzioni)	Step 1) Analisi particolareggiata dello stato attuale = 0% - 33,33%; Step 2) Analisi alternativa delle diverse soluzioni logistiche = 33,34% - 66,66%; Step 3) Proposta alla Direzione della soluzione logistica migliore = 66,67% - 100%	100%
Redigere una congrua proposta di organizzazione del servizio entro il 31/10/2018.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Implementare la contabilità costi standard N.I.San: Step 2 entro il 31/12/2018.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Rispettare i termini di invio dei modelli LA, CE e SP all'Assessorato e certificazione quadratura.	(N. rilievi da parte dell'Assessorato e/o del Ministero / N. modelli inviati) *100	100%
Monitorare i consumi dei prodotti farmaceutici.	N. reports di monitoraggio inviati alla Direzione Generale	100%
Contabilizzazione dei lavori in corso - Contabilizzazione dell'incremento di valore nell'opportuno conto patrimoniale entro il 15/2/2019 (Art. 24 del Regolamento gestione beni immobili e mobili di cui alla delibera n. 1794/2015).	N. giorni di ritardo della corretta contabilizzazione rispetto alla scadenza stabilita	67%
Contabilizzazione dei lavori in corso - Riconciliare le scritture del mastro "Immobilizzazioni in corso" (Art. 24 del Regolamento gestione beni immobili e mobili di cui alla delibera n. 1794/2015).	% di scostamento tra le risultanze del mastro "Immobilizzazioni in corso" e il report della SC Gestione Immobili, Impianti e Nuove Realizzazioni	100%
Contabilizzazione dei lavori in corso collaudati al 31/12/2018 - Registrazione nel libro cespiti dell'incremento di valore dei fabbricati entro il 31/1/2019 (Art. 24 del Regolamento gestione beni immobili e mobili di cui alla delibera n. 1794/2015).	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita per la corretta registrazione	100%
Programmazione: redazione piano investimenti triennale entro 30 settembre 2018	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Proposta regolamento contratti sotto soglia ex art. 36 D.Lgs. 50/16 ENTRO IL 31/12/2018	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Riconciliare le risultanze del libro cespiti con la contabilità generale ai fini della chiusura del bilancio - Proposta di atto deliberativo attestante le risultanze dell'inventario entro il 15/2/2019 (Art. 20 del Regolamento gestione beni immobili e mobili di cui alla delibera n. 1794/2015).	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita per la proposta di una delibera dai contenuti congrui	100%
Redigere n. 2 procedure amministrative (di cui una è Definire una congrua procedura per la liquidazione delle fatture nel rispetto dei termini di pagamento delle stesse) entro il 31/12/2018.	N. procedure predisposte e inviate al Direttore di Dipartimento entro il 31/12/2018	100%
Adempimenti di cui alla legge 191/2009 art. 2 comma 71 in materia di limite del costo del personale entro il 07.09.2018	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	100%
Azioni tese alla promozione dell'attività del dipartimento	N. incontri del comitato di dipartimento	100%
Partecipazione agli incontri RAS in materia di personale.	N. Convocazioni della RAS in materia di personale/ N° partecipazioni	100%
Predisposizione Piano triennale del fabbisogno del personale 2019-2021	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza del Bilancio preventivo economico annuale triennale 2019-2021 (15.11.2018)	100%
Ricognizione sull'organizzazione del personale intra dipartimentale sulla gestione della pronta disponibilità	Comunicazione delle risultanze agli organi direttivi aziendali entro il 31/12/18	100%

<b>AREA: Governance</b>		
<b>OBIETTIVO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE</b>
Implementazione programma di interscambiabilità personale di sala operatoria	N. Interventi eseguiti in presenza di personale extra (non specificatamente assegnato)	100%
Implementazione programma di interscambiabilità personale tecnico nei Servizi	N. Scambi interservizi	STERILIZZATO
Supporto raggiungimento attestazione 1° fase antincendio (Decreto 19 Marzo 2015)	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Divulgazione piano di Emergenza con esercitazione e supporto attivo GSA	N° audit verbalizzati con il coinvolgimento delle Strutture	100%
Attivo supporto ai Monitoraggi nell'ambito del progetto " Save Lives Clean your hands".	N. Monitoraggi/anno	100%
Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	N. verbali del Comitato Infezioni Ospedaliere	100%
Attivazione progetto di unificazione magazzini farmaceutici per dispositivi medici e soluzioni infusionali entro il 31.12.2018	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%
Applicazione del regolamento sulle Rimanenze entro il 15.12.2018	N° incontri	100%
Miglioramento qualità dati del flusso File F	N° record trasmessi entro i termini	100%
Miglioramento qualità flusso File F	% di errori di 1 e 2 livello	100%

<b>AREA: Organizzativo gestionale</b>		
<b>OBIETTIVO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE</b>
Monitoraggio degli scarichi dall'armadietto di reparto	N. ispezioni a campione nei magazzini di reparto verbalizzate	100%
Monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni	N. incontri di approfondimento con le Strutture verbalizzati	100%
Monitoraggio percorsi di recupero farmaci AIFA -	N. verifiche e solleciti /anno verbalizzati	100%
Caricamento ordini dei Dispositivi in service entro il 10 del mese successivo alla competenza (giorni di ritardo)	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100%



Presentazione programma fabbisogni beni sanitari e non sanitari entro il 30/09/2018 ai rispettivi servizi Farmacia e Acquisizione beni e servizi	N. giorni ritardo rispetto alla data stabilita	0%
Invio entro 5 giorni dal ricevimento da parte della ditta del riepilogo sottoscritto relativo alle bolle di consegna dei Disposti in service	N. giorni ritardo rispetto alla data stabilita	100%
Invio foglio terapia in dimissione sistema SISAR (per erogazione PCT)	N. invii foglio terapia in dimissione sistema Sisar/ erogazioni PCT	100%
Predisposizione capitolati per gare di dispositivi impiantabili attivi	N. richieste da capitolato/n° richieste totali	100%

<b>AREA: Performance organizzative e cliniche (appropriatezza clinica e organizzativa)</b>		
<b>Informatizzazione attività</b>		
<b>OBIETTIVO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE</b>
Mantenimento tempi d'attesa dal triage alla visita medica dei codici verdi (ORE)	Tempi medi attesa codice verde espresso in ore	100%
Progetto accreditamento Istituzionale Centro Nazionale Trapianti /JACIE entro il 31/12/2018	N. giorni ritardo rispetto alla data stabilita	STERILIZZATO
Redazione di procedure e/o protocolli relativi alle attività della nuova struttura	N. procedure e/o protocolli inoltrati alla Direzione Aziendale	100%
Verifica e monitoraggio della partecipazione alla costituzione dei Percorsi Clinico Assistenziali trasversali tra i Dipartimenti assegnati alle Strutture	Relazioni sui PCA presentati alla Direzione	97%
Implementazione della Cartella Riabilitativa: presenza della Cartella Riabilitativa nella Cartella Clinica delle Strutture Riabilitative delle Strutture di Riabilitazione Fisica, Neuroriabilitazione, Cardioreabilitazione	(N cartelle Riabilitative / N Cartelle Cliniche controllate) *100	STERILIZZATO
% GRADIMENTO pazienti	N. questionari somministrati con valutazione positiva/n° questionari somministrati	100%
Consegna referti entro 24h per interni	Tempo medio di consegna dei referti per interni espresso in ore	100%
Completa e corretta registrazione dell'attività nelle procedure informatiche (Order Entry)	% di Utilizzo Order Entry: N prestazioni refertate/ Numero prestazioni richieste *100	83%
Definizione di una proposta organizzativa del nuovo Servizio da presentare entro il 31.12.2018	N. giorni ritardo rispetto alla data stabilita	100%
Governo Liste d'Attesa: supporto al controllo dei tempi d'attesa ambulatoriali - appropriato e completo inserimento delle prestazioni SSN e contenimento dei tempi d'attesa: relazione al 31.12.2018	N. giorni ritardo rispetto alla data stabilita	100%
Organizzazione del nuovo Servizio e definizione delle modalità di ripartizione delle attività tra le varie figure: almeno 2 incontri verbalizzati con il personale del servizio	N. incontri verbalizzati	100%
Partecipazione attiva al Progetto Trauma Center e all'accreditamento del nuovo Hub per la gestione dei traumi: Progetto (ed eventuale accreditamento)	N. giorni ritardo rispetto alla data stabilita	100%
Raggiungimento obiettivi di attività: PNE Riduzione % CESAREI PRIMARI senza rischio aggiustato	% Parti cesarei primari	0%
PNE: % Interventi di Frattura di femore operati entro due giorni	Frattura del femore operate entro 2 gg (paz >65 anni)	17%
Abbattimento Tempi attesa prestazioni per interni	Tempo medio di erogazione prestazioni per interni espresso in ore	93%
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
2b- Effettuazione colonscopie per ricoverati entro 72 ore dalla richiesta (il valore è espresso in ore)	Tempo medio di erogazione colonscopie per interni espresso in ore	STERILIZZATO
Progetti di ricerca	N. progetti di ricerca attivati rispetto alla scadenza	100%
Valutazione appropriatezza cartelle cliniche	N. totale cartelle appropriate / N. totale cartelle campionate (comprese Schede SISPAC)	83%
Quantità di plasma inviate al frazionamento (Kedrion) in KG _ Mantenimento	KG di plasma inviate al frazionamento	100%
Puntuale compilazione cartella anestesilogica	N. interventi / N. Cartelle anestesilogiche	97%
Assicurare una equa distribuzione dei ricoveri nei 2 presidi secondo le linee guida aziendali		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	100%
Monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni	N. incontri di approfondimento con le Strutture	100%
Governo Liste d'Attesa: Aggiornamento liste attesa informatizzate dei ricoveri programmati - appropriato e completo inserimento in lista d'attesa: completo inserimento dei ricoveri programmati in lista d'attesa informatica (% ricoveri programmati inseriti e presi dalla lista d'attesa)	Numero ricoveri programmati presenti in lista d'attesa/ numero ricoveri programmati eseguiti *100	75%
Completa e corretta registrazione dell'attività nelle procedure informatiche (Order Entry, SOWeb)	SOWEB N° Interventi chiusi entro la scadenza SDO	92%
Completa e corretta registrazione delle attività nelle procedure informatiche (cupweb)	Numero prestazioni prenotate / Numero prestazioni erogate in CUPweb *100	100%
Miglioramento delle performance organizzative e della efficienza nell'utilizzo delle sale operatorie e aumento dell'attività chirurgica	% DRG chirurgici ORD sul tot DRG ORD	100%
Rispetto scadenze validazione SDO	N. SDO chiuse entro il 10 del mese successivo a quello di riferimento/ N SDO totali	84%
Rispetto scadenze validazione SDO	Tempestiva compilazione verbale operatorio (%interventi non inseriti/non confermati nella procedura alla scadenza mensile)	100%
Effettuare le prenotazioni delle prestazioni SSN tramite CUP	N. prestazioni prenotate in CUP/ N prestazioni documentate * 100	STERILIZZATO
Sviluppare attività di donazione (PROC2)	% osservazioni sui decessi encefalici	33%
Controllo dell'attività effettuata in regime di Intramoenia, a supporto alla Direzione Medica, al fine di garantire la prenotazione e la massima tracciabilità, correttezza e trasparenza delle prestazioni ALPI su procedura informatica CUP web (Relazione al 31.12.2018)	N. giorni ritardo rispetto alla data stabilita	0%
Migliorare la qualità dei dati della sorveglianza delle interruzioni di gravidanza (IVG) e degli aborti spontanei (SPO)	A) N modelli D11 e D12 trasmessi entro i termini / N modelli totali anno*100; B) N campi compilato modelli D11 e D12 / N campi Tot * 100	100%

Controllo infezioni ospedaliere (in particolare riduzione dell'incidenza delle batteriemie CVC correlate al di sotto di 7 batteriemie per 1000gg)	N. infezioni ospedaliere riscontrate	100%
Diagnostica RM: ridefinizione dei Regolamenti di Sicurezza dei tre siti RM aziendali uniformando tutti i protocolli inseriti. Presentazione dei 3 Regolamenti alla Direzione entro il 31.12.2018	N. giorni ritardo rispetto alla data stabilita	100%
Diffusione FSE: Integrazione dei laboratori con il FSE (certificati firmati digitalmente e inseriti nel FSE)	N. laboratori che usano FSE / tot (Lab centrale, Genetica e genomica, Lab screening)	100%
Mantenimento della capacità filtro	% pazienti ospedalizzati dal PS/ tot accessi PS	97%
Medicina Nucleare: ridefinizione del Protocollo Gestione Rifiuti contaminati con radioisotopi prodotti negli stabilimenti San Michele e Businco. Presentazione alla Direzione entro il 31.12.2018	N. giorni ritardo rispetto alla data stabilita	100%
Miglioramento appropriatezza dei ricoveri in particolare dei ricoveri PI	N. Ricoveri PI dal PS sul totale dei PI S. Michele *100	100%
Nell'ambito della informatizzazione aziendale: creazione di un portale ad uso della Struttura e delle Strutture interessate per il monitoraggio, verifica e consultazione dei controlli effettuati nei 5 ambiti dalla Fisica Sanitaria (Radiodiagnostica, Risonanza Magnetica, Radioterapia, Medicina Nucleare, Radioprotezione). N° ambiti implementati al 31.12.2018 rendicontati alla Direzione di Presidio	N. giorni ritardo rispetto alla data stabilita	100%
Partecipazione attiva al percorso di Accreditamento Istituzionale della Struttura: Delibera Aziendale di Accreditamento entro il 31.12.2018	N. giorni ritardo rispetto alla data stabilita	100%
PNE - Proporzioni PTCA entro 2 gg da IMA	IMA trattati con PTCA entro 2 gg	100%
Predisporre i regolamenti per la standardizzazione dei processi intra aziendali	N. giorni ritardo rispetto alla data stabilita	100%
Produzione di report annuali per ciascun settore (tot 5) in cui vengono riportate elaborazioni statistiche di sintesi di dati di attività e parametri dosimetrici stratificati secondo numerose variabili (settori inclusi: TC, mammografia, interventistica cardiologica, interventistica vascolare, interventistica cerebrale e periferica). Presentazione dei 5 Report alla Direzione entro il 31.12.2018	N. giorni ritardo rispetto alla data stabilita	100%
Promozione dell'attività finalizzata alla donazione di CSE presso Consulitori/territorio	N. incontri relazionati	100%
Radioprotezione: Stesura di protocolli operativi Aziendali riguardanti la radioprotezione.	N. protocolli operativi redati entro la scadenza	50%
Riduzione sangue importato	N. sacche di sangue importato	100%
Supporto all' applicazione rete ospedaliera regionale e rete ospedaliera di Medicina Trasfusionale: Relazione di programmazione e pianificazione per l'attuazione della rete medicina Trasfusionale (sec. DRG n.2/14 del 16/01/2018) inviata alla Direzione entro il 31.12.2018	N. giorni ritardo rispetto alla data stabilita	100%

AREA: Produttività		
OBIETTIVO	INDICATORE	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE
Raggiungere gli obiettivi di attività: prestazioni totali	N. prestazioni tot	100%
Obiettivi Attività - Riduzione inappropriata organizzativa: % DH diagnostici	(DH diagnostici / tot DH medici) *100	65%
Raggiungimento obiettivi di attività: aumento dell'attività chirurgica N° interventi chirurgici	N. interventi chirurgici	100%
Raggiungimento obiettivi di attività: Mantenimento dell'attività (N ricoveri ORD)	N. numero ricoveri ordinari	91%
Raggiungimento obiettivi di attività: mantenimento interventi in tecnica robotica	N. interventi chirurgici in tecnica robotica	100%
Raggiungimento obiettivi di attività: mantenimento attività interventistica	(N. angioplastiche/interventistica non diagnostica) *100	100%
Raggiungimento Obiettivi di Attività: N° interventi con presenza di anestesista	N. interventi con presenza di anestesista	92%
Raggiungimento Obiettivi Attività: aumento delle prestazioni per interni	N. prestazioni per interni/n° prestazioni tot	100%
Raggiungimento Obiettivi Attività: mantenimento/aumento dell'attività SSN	N. prestazioni SSN	87%
Raggiungimento Obiettivi Attività: riduzione DRG Potenzialmente inappropriati	% DRG PI sul tot DRG ORD	62%
Supportare attivamente la Direzione e favorire la riorganizzazione del Dipartimento attraverso l'implementazione delle nuove Strutture previste nell'atto aziendale e l'integrazione inter e intra dipartimentale. Relazione al 31.12.2018	N. giorni ritardo rispetto alla data stabilita	100%
Miglioramento delle performance organizzative e della efficienza nell'utilizzo delle sale operatorie e aumento dell'attività chirurgica: % DRG chirurgici ORD sul tot DRG ORD	(DRG chirurgici ORD / tot DRG ORD)*100	92%
Raggiungimento Obiettivi Attività: riduzione del n° di PET per esterni	N. PET per esterni	90%
Raggiungimento Obiettivi di Attività: mantenimento peso medio DRG	Peso medio TOTALE (sec DGR 1/14 del 2015 All. A)	89%
Raggiungimento Obiettivi di Attività: mantenimento attività interventistica (N° TAVI)	N. procedure TAVI	100%
Obiettivi Attività - Appropriata organizzativa: aumento dell'attività e del Indice di Occupazione N° DRG ORD	Indice di occupazione ORD acuti (sec DGR 1/14 del 2015 All. A)	76%
Attività Screening Fibrosi Cistica a regime al 31.12.2018	(N. screening fibrosi cistica dicembre 2018/n. totale neonati da sottoporre a screening) *100	STERILIZZATO
Raggiungimento obiettivi di attività: aumento interventi chirurgia Vitreoretinica	N° interventi chirurgia Vitreoretinica	83%

AREA: Qualità e appropriatezza		
OBIETTIVO	INDICATORE	% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE
1a. Implementazione della Cartella Infermieristica: presenza della Cartelle Infermieristica nella Cartelle Clinica	(N cartelle Infermieristiche / N Cartelle Cliniche controllate) *100	99%
1c. Procedura sul nuovo Modello di turnistica da adottare nei tre stabilimenti: utilizzo della nuova modulistica secondo Procedura applicata dalla Struttura al 31.12.2018	(N° strutture che usano la nuova modulistica/ totale delle strutture) *100	STERILIZZATO
5. Analisi attenta e a giustificazione del ricorso a prestazioni aggiuntive del personale	1 STEP: analisi preventiva per reparto/servizio 0-50%; 2 STEP: Verifica svolgimento attività in prestazione aggiuntiva 50%-75%; 3 STEP: verbale trimestrale a giustificazione delle prestazioni aggiuntive svolte 75%-100%	100%

Implementazione Procedura generale per l'inserimento e l'addestramento del personale dipendente neoassunto o assegnato a nuove funzioni (DEL. N° 2022 del 25.10.2017)	(Schede di valutazione compilate per i nuovi assunti o diversa assegnazione prevista dal Percorso / Totale di nuovi assunti o diversa assegnazione) * 100	100%
---	---	------

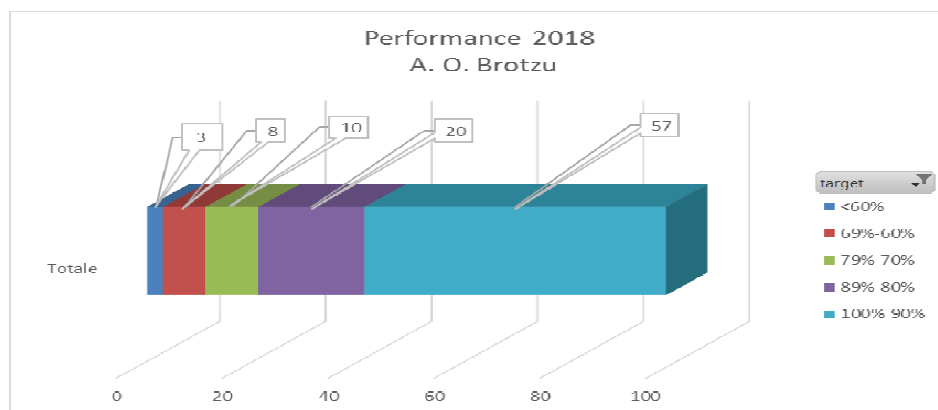
<b>AREA: Controllo Spesa Farmaceutica</b>		
<b>OBIETTIVO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>% RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE</b>
Corretto utilizzo Emoderivati Piano sangue	% Consumo di Emoderivati acquisiti del piano sangue	15%
Controllo spesa farmaceutica in ambito oncologico	Costo medio per paziente delle terapie somministrate in ambito ospedaliero (flusso CMO) in oncologia	97%
Controllo spesa farmaceutica in ambito della Sclerosi Multipla	Costo medio per paziente delle terapie di sclerosi multipla (Delibera Ras 54/11 del 10-11-15 Allegato 1, pag. 6/18)	100%
Prescrizione di Somatropina biosimilare rispetto al farmaco originator ( Delibera Ras 54/11 e nota RAS n. 12142 Del 15/05/2018)	Consumo Somatropina Biosimilare/Somatropina tot	100%
Consumo di Epoetina biosimilare rispetto al farmaco originator ( Delibera Ras 54/11 e nota Ras n. 12142 Del 15/05/2018)	Consumo Epoetina biosimilare/ Epoietina tot	100%
Consumo di Filgrastim biosimilare rispetto al farmaco originator (Delibera Ras 54/11 e nota Ras n. 12142 Del 15/05/2018)	Consumo Filgrastim biosimilare/ Filgrastim tot	100%
Consumo di Infliximab biosimilare rispetto al farmaco originator (Delibera RAS 54/11 del 10.11.2015 e nota Ras n. 12142 Del 15/05/2018)	Consumo Infliximab biosimilare/Infliximab tot	76%
Aderenza alle gare regionali in merito alla prescrizione di Follitropina alfa (Delibera RAS 54/11 del 10.11.2015 e nota Ras n. 12142 Del 15/05/2018)	Prescrizione Follitropina alfa da gare regionali/tot prescrizione Follitropina alfa	100%
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	STERILIZZATO
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	100%
Chiudere le schede farmaci AIFA entro 30 giorni dalla fine del trattamento	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	41%
Corretto utilizzo sistema Dose Unitaria: Percentuale di prescrizioni aderenti ai farmaci presenti in farmacia	Farmaci prescritti nel sistema D.U. presenti in farmacia/tot farmaci prescritti	96%

**4. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA**

Di seguito la tabella riepilogativa della performance organizzative conseguita da ciascuna struttura a valenza budgetaria nel 2018:

<b>STRUTTURA ORGANIZZATIVA</b>	<b>PERFORMANCE2018</b>
<b>AOB - DIPARTIMENTO CHIRURGICO</b>	<b>61,63%</b>
SC BUSINCO - CHIRURGIA ONCOLOGICA E SENOLOGIA	81,24%
SC BUSINCO - CHIRURGIA TORACICA	69,06%
SC S. MICHELE - CHIRURGIA GENERALE E DEI TRAPIANTI	75,90%
SC S. MICHELE - OCULISTICA	64,70%
SSD AOB - ENDOSCOPIA DIGESTIVA	98,89%
SSD BUSINCO - DERMATOLOGIA	97,50%
SSD S. MICHELE - CHIRURGIA DELL'OBESITA'	100,00%
SSD S. MICHELE - CHIRURGIA D'URGENZA	84,44%
SSD S. MICHELE - CHIRURGIA ORL E FACCIALE	100,00%
SSD S. MICHELE - MEDICINA TRAPIANTI FEGATO E PANCREAS	100,00%
SSD S. MICHELE - T.I.P.O. TRAPIANTI	100,00%
<b>AOB - DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE</b>	<b>63,25%</b>
SC BUSINCO - CARDIOLOGIA	80,83%
SC S. MICHELE - CARDIOCHIRURGIA	94,89%
SC S. MICHELE - CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA CON S.S. EMODINAMICA	100,00%
SC S. MICHELE - CHIRURGIA VASCOLARE	81,22%
SC S. MICHELE - CARDIOLOGIA CON UNITA' DI TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA	94,87%
SSD S. MICHELE - CARDIOANESTESIA	71,09%
SSD S. MICHELE - CARDIORIABILITAZIONE	94,69%
SSD S. MICHELE - CONSULENZA E VALUTAZIONE CARDIOLOGICA	100,00%
<b>AOB - DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA</b>	<b>69,41%</b>
SC BUSINCO - ANESTESIA E RIANIMAZIONE	84,73%
SC S. MICHELE - ANESTESIA E RIANIMAZIONE	80,75%
SC S. MICHELE - MEDICINA D'URGENZA	87,33%
SC S. MICHELE - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	81,95%
SC S. MICHELE - PRONTO SOCCORSO E OBI	100,00%
SSD S. MICHELE - MEDICINA D'URGENZA PEDIATRICA	98,00%
<b>AOB - DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE</b>	<b>57,50%</b>
S. MICHELE - NEUROLOGIA STROKE UNIT	90,69%
SC BUSINCO - TERAPIA DEL DOLORE	66,31%
SC S. MICHELE - NEUROCHIRURGIA	90,48%
SC S. MICHELE - NEURORIABILITAZIONE	83,67%
SSD AOB - RIABILITAZIONE	84,58%
SSD AOB - SERVIZIO PSICOLOGIA	100,00%
SSD S. MICHELE - NEUROFISIOLOGIA E DISTURBI DEL MOVIMENTO	100,00%
<b>AOB - DIPARTIMENTO ONCOLOGICO E INTERNISTICO</b>	<b>46,20%</b>
SC AOB - MEDICINA NUCLEARE CLINICA E TERAPIA RADIOMETABOLICA	97,11%
SC BUSINCO - EMATOLOGIA E CTMO	70,96%
SC BUSINCO - ONCOLOGIA MEDICA	74,79%
SC BUSINCO - RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	92,22%
SC S. MICHELE - GASTROENTEROLOGIA	89,26%
SC S. MICHELE - MEDICINA GENERALE	77,50%
SSD AOB - FARMACIA CLINICA E ONCOLOGICA	100,00%
<b>AOB - DIPARTIMENTO RIPRODUZIONE, GENITOURINARIO, MALATTIE E TRAPIANTI DI RENE</b>	<b>54,12%</b>
SC BUSINCO - GINECOLOGIA ONCOLOGICA	76,54%
SC CAO - FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA E DIAGNOSI PRENATALE	96,75%
SC S. MICHELE - NEFROLOGIA E DIALISI	90,52%
SC S. MICHELE - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	81,48%
SC S. MICHELE - UROLOGIA	92,18%
SSD S. MICHELE - MEDICINA TRAPIANTO RENALE	92,63%
<b>AOB - DIPARTIMENTO SERVIZI</b>	<b>62,50%</b>
SC AOB - ANATOMIA PATOLOGICA	97,74%
SC AOB - FARMACIA	100,00%
SC AOB - FISICA SANITARIA	90,00%
SC AOB - LABORATORIO ANALISI	96,31%
SC S. MICHELE - DIABETOLOGIA E MALATTIE DISMETABOLICHE	90,55%
SC S. MICHELE - IMMUNOEMATOLOGIA E CENTRO TRASFUSIONALE	100,00%
SC S. MICHELE - NEURORADIOLOGIA E INTERVENTISTICA VASCOLARE	94,67%
SC S. MICHELE - RADIOLOGIA	100,00%
SSD BUSINCO - RADIOLOGIA ONCOLOGICA ED INTERVENTISTICA	100,00%
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%
<b>AOB - DIPARTIMENTO PEDIATRICO E DELLE MICROCITEMIE</b>	<b>72,50%</b>
CAO - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	84,61%
SC CAO - CLINICA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA	73,33%
SC CAO - CLINICA PEDIATRICA E MALATTIE RARE	86,98%
SC S. MICHELE - CARDIOLOGIA PEDIATRICA E CARDIOPATIE CONGENITE-PIATTAFORMA AMBULATORIALE	88,89%
SC S. MICHELE - CHIRURGIA PEDIATRICA	90,50%
SC S. MICHELE - PEDIATRIA	95,06%
SSD CAO - C.T.M.O PEDIATRICO	85,92%
SSD CAO - DIABETOLOGIA PEDIATRICA	100,00%
SSD CAO - ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA E CENTRO SCREENING NEONATALI	88,13%

SSD CAO - NEUROLOGIA E EPILETTOLOGIA PEDIATRICA	88,33%
SSD CAO - TALASSEMIA	Direttore nominato nel 2019
SSD S. MICHELE - ANESTESIA PEDIATRICA	97,60%
SSD S. MICHELE - DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO	75,40%
SSD S. MICHELE - NEONATOLOGIA - NIDO	92,45%
<b>AOB - STAFF DIREZIONE STRATEGICA AZIENDALE</b>	<b>non istituito</b>
SC AOB - COMUNICAZIONE E RELAZIONI ESTERNE	92,50%
SSD AOB - AFFARI LEGALI	100,00%
SSD AOB - CONTROLLO PERFORMANCE SANITARIE E SVILUPPO STRATEGICO	100,00%
SSD AOB - FORMAZIONE	88,24%
SSD AOB - SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	100,00%
<b>AOB - AREA FUNZIONALE DI IGIENE, ORGANIZZAZIONE, GOVERNO CLINICO, QUALITA'</b>	<b>non istituito</b>
SC DIREZIONE SANITARIA P.O. BUSINCO	100,00%
SC DIREZIONE SANITARIA P.O. CAO	100,00%
SC DIREZIONE SANITARIA P.O. SAN MICHELE	99,63%
<b>AOB - DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE</b>	<b>non istituito</b>
SC AOB - AREA INFERMIERISTICA OSTETRICA	99,82%
SC AOB - AREA TECNICA, RIABILITAZIONE E PREVENZIONE	100,00%
<b>AOB - DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO</b>	<b>100,00%</b>
SC AOB - GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE	82,35%
SC AOB - ACQUISTI BENI E SERVIZI	100,00%
SC AOB - CONTABILITA', BILANCIO E CONTROLLO DI GESTIONE	97,92%
SSD AOB - AFFARI GENERALI	70,00%
<b>AOB - DIPARTIMENTO TECNICO</b>	<b>100,00%</b>
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	66,67%



## 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 2018 e 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);
- 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.

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.

Sulla base delle risultanze del processo di verifica, condotto da parte dell’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 rispetto della pubblicazione della presente Relazione entro il 30.06.2019 è dovuto all’assenza del vertice aziendale il quale, dopo le dimissioni del precedente, è stato nominato con DGR n. 21/28 del 04/06/2019 avente ad oggetto “Azienda Ospedaliera “G. Brotzu”. Nomina Commissario Straordinario.” Recepita dall’AOB con deliberazione n. 1381 del 14/06/2019. A seguito della su richiamata nomina, onde evitare il rischio di ulteriori ritardi e pregiudizi allo svolgimento del ciclo della performance, si è prioritariamente proceduto a ridare tempestivo impulso al processo di negoziazione del budget 2019 e successivamente si è avviata la valutazione delle performance 2018. Come anticipato nella presentazione, in applicazione dell’articolo 10, comma 5 del D. Lgs 150/2009 il Commissario Straordinario ha provveduto alla comunicazione delle suddette motivazioni alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, Ufficio per la valutazione della performance e proceduto alla pubblicazione della nota in oggetto nel sito aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente, Performance, Relazione sulla Performance.