

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 18 APR. 2018

OGGETTO: Approvazione del Piano della Performance 2018-2020.

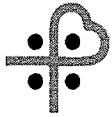
Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 19 APR. 2018 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

IL DIRETTORE GENERALE	Dr.ssa Graziella Pintus
Coadiuvato dal	
Direttore Amministrativo	Dr.ssa Laura Balata
Direttore Sanitario	Dott. Vinicio Atzeni

Su proposta della Direzione Aziendale:

- VISTO** il decreto legislativo n. 165/2001 e s.m.i.;
- VISTO** il decreto legislativo n. 150/2009 di "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 decreto n. 150/2009 "Piano della performance e Relazione sulla performance";
- VISTO** l'art. 15 c. 2 del decreto n. 150/2009, secondo il quale il Direttore Generale definisce in collaborazione con i vertici amministrativi aziendali il Piano della performance;
- VISTO** altresì l'art. 16 c. 2 del decreto 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 decreto;
- VISTA** pertanto, nelle more dell'emissione delle Linee Guida sia da parte della Regione sia da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica, la deliberazione della ex CIVIT n. 112/2010, con cui la Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle pubbliche amministrazioni ha fornito istruzioni operative per la predisposizione del documento programmatico che dà avvio al ciclo di gestione della performance;
- VISTI** i C.C.N.L. 17/10/2008 della Dirigenza Medica e della Dirigenza Sanitaria non medica, amministrativa, professionale e tecnica, e in particolare l'art. 5 c. 1 lett. e) riguardante la disciplina del "Coordinamento regionale" ai sensi del quale, ferma restando l'autonomia contrattuale delle aziende, nel rispetto dell'art. 40 del decreto legislativo n. 165/2001 le Regioni, previo confronto con le organizzazioni sindacali firmatarie degli stessi C.C.N.L., possono emanare linee generali di indirizzo, tra l'altro, nella materia relativa ai criteri generali dei sistemi e dei meccanismi di valutazione dei dirigenti;



segue deliberazione n. 895 del 18 APR. 2018

- VISTE** pertanto le deliberazioni della Giunta Regionale n.38/26 del 6/8/2009 "Linee di indirizzo della Regione Sardegna in applicazione dell'art.5 del CCNL sottoscritto il 17.10.2008 per l'area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa Aziende ed Enti del S.S.N. e Arpas" e n.38/27 del 6/8/2009 "Linee di indirizzo della Regione Sardegna in applicazione dell'art. 5 del CCNL sottoscritto il 17.10.2008 per l'area della Dirigenza Medico e Veterinaria Aziende ed Enti del S.S.N. e Arpas";
- ATTESO** che, al fine di assicurare la qualità, la comprensibilità e attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, ogni pubblica amministrazione ha l'obbligo di pubblicare sul proprio sito istituzionale il Piano stesso, come da art. 11 c. 8 del decreto legislativo n. 150/2009 e, da ultimo, come da decreto legislativo n. 33/2013;
- VISTO** che con deliberazione n. 1501/2013 si è proceduto all'adozione del documento per il "Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance";
- ATTESO** altresì che il Piano della performance dell'Azienda Ospedaliera Brotzu allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale è stato predisposto in applicazione delle disposizioni contenute nel decreto legislativo n. 150/2009, in coerenza con la delibera ex CIVIT n. 112/2010 nonché in coerenza con i contenuti del sistema aziendale di pianificazione con il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- CONSIDERATO** che il Piano della Performance 2018-2020 è stato redatto tenendo conto delle modifiche organizzative apportate dall'Atto Aziendale adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 1857 del 28/9/2017;
- RITENUTO** di adottare il Piano della Performance per il triennio 2018-2020, allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale, i cui obiettivi strategici sono declinati in obiettivi generali e relativi indicatori;
- VISTA** la legge regionale n. 10/2006;
- CON** il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

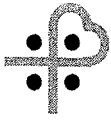
DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa:

- di adottare il Piano della performance per il triennio 2018 - 2020, predisposto in conformità alle disposizioni normative richiamate in premessa e allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;
- di disporre la pubblicazione del Piano nel sito istituzionale dell'Azienda Ospedaliera Brotzu nell'apposita Sezione e nelle sottosezioni di primo e secondo livello come previsto dalla normativa vigente;

%

A



AO Brotzu

- di dare atto che il presente provvedimento è adottato su proposta della Direzione Strategica Aziendale, il cui Comitato di Budget provvederà alla declinazione degli obiettivi strategici in obiettivi dipartimentali, specifici di struttura e individuali.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dr.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO

Dr. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE

Dr.ssa Graziella Pintus



AO Brotzu

**PIANO TRIENNALE
DELLA PERFORMANCE**

2018 - 2020

**STORIA DEL DOCUMENTO**

EMISSIONE DEL DOCUMENTO

Azione	Data	Estensori	Funzione
<i>Redazione</i>		<i>Luisella Manca</i>	<i>Collab. Ammin.</i>
Verifica		<i>Fabrizio Balloi</i>	<i>Coordinatore STP</i>
<i>Rettifica/Integrazione</i>			

REGISTRO DELLE VERSIONI

N. Ver/Rev/Bozza	Data	Paragrafo	Modifiche apportate	Osservazioni
<i>1.0</i>	<i>26/1/2018</i>	<i>/</i>	<i>Inizio prima versione del documento</i>	
<i>1.1</i>	<i>05/02/2018</i>	<i>/</i>	<i>Incontro e discussione sui contenuti della prima versione del documento con CO.GE.</i>	<i>Analisi contenuti e coerenza con i documenti di programmazione 2018-2020</i>
<i>1.2</i>	<i>06/02/2018</i>	<i>/</i>	<i>Stesura seconda versione del documento</i>	<i>STP/CO.GE</i>
<i>1.3</i>	<i>06/02/2018</i>		<i>Presentazione al Comitato di Budget</i>	
<i>1.4</i>	<i>15/03/2018</i>		<i>Indicatori per obiettivi delle Strutture Sanitarie</i>	<i>CO.GE/Programmazione strategica</i>
<i>1.5</i>	<i>09/04/2018</i>		<i>Indicatori per obiettivi delle Strutture Amministrative-Tecniche e Staff</i>	<i>STP</i>





PRESENTAZIONE DEL PIANO

Il Piano della Performance (PP) è un documento programmatico di durata triennale (ad aggiornamento annuale) che, ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. n. 150/2009, ha lo scopo di assicurare qualità, comprensibilità e attendibilità alla rappresentazione della performance di una organizzazione pubblica, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio (sia in termini di associazione delle risorse agli obiettivi, sia in termini di gestione del processo e dei soggetti coinvolti) e conformemente alle prescrizioni di cui al Programma Triennale per l'Integrità e la Trasparenza (PTIT) e al Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC).

Misurare le performance e quindi costruire un sistema di indicatori atti a dimensionare le prestazioni di un'Azienda Ospedaliera permette la rilevazione tempestiva di fatti e criticità che altrimenti potrebbero non essere rilevate o essere conosciute troppo tardi. Grazie a ciò, il management può non solo misurare i fenomeni aziendali nel tempo e nello spazio (nei confronti della "concorrenza", del settore sanitario, etc.), ma può pianificare e programmare le attività (definendo obiettivi misurabili nel breve e medio periodo), verificare gli scostamenti (gap) tra obiettivi attesi e risultati ottenuti e intraprendere le azioni necessarie per correggere i gap, ovvero può gestire con metodo (pianificazione > controllo > correzioni tempestive) l'Azienda o la parte di essa di cui è responsabile. Il ciclo della performance, infatti, è anche un presupposto fondamentale per responsabilizzare gli attori del sistema e per conoscere quali interventi porre in essere per incrementare l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza e l'economicità delle prestazioni sanitarie erogate.

Tra le principali novità del PP 2018-2019-2020, nelle more delle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica per la sua redazione, vi è l'implementazione dell'atto aziendale adottato con deliberazioni del Direttore Generale n. 1857 del 28/9/2017 e n. 1961 del 16/10/2017 di verifica di conformità e accoglimento da parte della Giunta Regionale. Il 2018 si propone dunque come l'anno della riorganizzazione aziendale al nuovo status di presidio ospedaliero di II livello nell'ambito dell'area territoriale SUD-EST.

Dr.ssa Graziella Pintus
Direttore Generale





Sommario

1 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI	6
1.1 RIFERIMENTI LEGISLATIVI E DI INDIRIZZO METODOLOGICO	6
1.2 TERMINOLOGIA DEL PP	7
1.3 CHI SIAMO	9
1.3.1 Presidio Ospedaliero San Michele	9
1.3.2 Presidio Ospedaliero Businco	9
1.3.3 Presidio Ospedaliero Cao	9
1.4 COSA FACCIAMO	9
1.5 COME OPERIAMO	11
2 IDENTITA'	19
2.1 L'AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU IN CIFRE	19
2.2 MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE	26
2.3 POPOLAZIONE ASSISTIBILE	27
2.4 PERSONALE	27
2.5 PRINCIPALI DATI ECONOMICO FINANZIRI	29
3. ALBERO DELLA PERFORMANCE	31
3.1 ANALISI DEL CONTESTO	31
3.1.1 Contesto interno	31
3.1.2 Fattori endogeni	33
3.1.3 Ambiente Esterno	33
3.1.4 Analisi SWOT	34
3.2 OBIETTIVI STRATEGICI	35
3.4 FOCUS SU TRE OBIETTIVI STRATEGICI CON DECORRENZA ANNO 2017	43
4 DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI	44
4.1 OBIETTIVI ANNUALI	44
4.2 COLLEGAMENTO CON IL SISTEMA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE E CON GLI OBIETTIVI ASSEGNATI AL PERSONALE DIRIGENZIALE	45
5 PROCESSO SEGUITO E AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE	45
5.1 FASI, SOGGETTI E TEMPI DEL PROCESSO DI REDAZIONE DEL PIANO	45
5.2 COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E DI BILANCIO	46
5.3 AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	47



1 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI

1.1 RIFERIMENTI LEGISLATIVI E DI INDIRIZZO METODOLOGICO

L'art 10 c. 1 lett. a) del D.Lgs. n. 150/2009 individua nel PP il documento attraverso il quale gli Enti della Pubblica Amministrazione, ivi comprese le Aziende Sanitarie, consolidano e razionalizzano una serie di strumenti di pianificazione, di documentazione e di rendicontazione previsti oramai da diversi decenni e adottati nel corso del tempo.

Il Piano, secondo quanto stabilito dall'art. 10 c. 1 lett. a), del decreto:

- è un documento programmatico, con orizzonte temporale triennale, da emanarsi entro il 31 gennaio di ogni anno secondo il principio dello scorrimento annuale;
- è adottato in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- dà compimento alla fase di pianificazione del Ciclo di gestione della performance di cui all'art. 4 del decreto.

Il PP dell'A OB comprende:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi ai sensi dell'art. 10 c. 4 del decreto;
- gli obiettivi e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance;
- gli obiettivi e/o criteri di flessibilità dei dipendenti (performance individuale).

Il PP è lo strumento base che, validato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), consente all'A OB di avviare il conseguente Ciclo di gestione della performance. In tale documento programmatico triennale, in coerenza con le risorse rese disponibili da parte della Regione Autonoma della Sardegna, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i valori target correlati. Le verifiche finali e la rendicontazione della prestazione, infatti, sono il presupposto per svolgere le valutazioni della performance, previa istruttoria della Struttura Tecnica Permanente (STP) e proposta alla direzione da parte dell'OIV aziendale.

Secondo quanto previsto dall'art. 10 c. 1 del decreto, il Piano è redatto con lo scopo di assicurare *"la qualità, comprensibilità e attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance"*. All'interno del Piano vengono riportati:

- 1 - gli indirizzi strategici e operativi;
- 2 - gli obiettivi strategici e operativi;
- 3 - gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance.

In via metodologica, al fine di assicurare la doverosa trasparenza dei procedimenti amministrativi, l'A OB specifica le caratteristiche degli obiettivi previste dall'art. 5 c. 2:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche e alle strategie dell'amministrazione;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- riferibili ad un arco temporale determinato corrispondente ad un anno;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, con valori storici Aziendali, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.



Gli indicatori vengono definiti tenendo conto degli ambiti individuati dall'art. 8 del decreto, sulla base del Sistema di misurazione e valutazione della performance di cui all'art. 7 del decreto stesso (deliberazione AOB n. 1501/2013).

Come detto, nelle more dell'emissione delle Linee Guida da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica, il PP dell'AOB è definito secondo le modalità di redazione e i principi di cui alla delibera n. 112/2010 della ex CIVIT. Il documento include gli obiettivi strategici assegnati dalla Regione Autonoma della Sardegna descritti in coerenza con le scelte di pianificazione triennale della Direzione Generale e, a scalare, dei Dipartimenti e delle Strutture.

Nella redazione del PP si è inoltre tenuto conto della delibera ANAC n. 6/2013 (Linee guida sul ciclo di gestione della performance), del D.Lgs. n. 33/2013 di riordino della disciplina sugli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle PA ed, in particolare, l'art. 10, c. 8, lett. B sull'obbligo di pubblicazione del Piano in apposita sezione del sito istituzionale, di facile accesso e consultazione, denominata "Amministrazione Trasparente".

1.2 TERMINOLOGIA DEL PP

Per una migliore comprensibilità del PP si ritiene di doverne elencare le fondamentali definizioni ed esprimerne la terminologia fondamentale:

- ACCOUNTABILITY: il dover rendere conto del risultato di un'azione. Ha un significato diverso da *responsibility* che, invece, esprime il "dover agire". Essere *accountable* significa essere "trasparenti", assicurando che siano adottati sistemi che forniscono informazioni su una certa entità, in modo tale da permettere giudizi da parte degli *stakeholder*;
- APPROPRIATEZZA: attributo legato a un giudizio di coerenza circa la relazione che esiste tra l'oggetto della misurazione e lo strumento che si utilizza per misurare.
- AUDIT: in questo contesto si intende attività di controllo e monitoraggio, a valere su differenti oggetti di natura finanziaria, organizzativa, di processo, etc.;
- BENCHMARKING: il processo di confronto attraverso cui identificare, comprendere e importare, adattandole, buone pratiche sviluppate in altri contesti al fine di migliorare la *performance* organizzativa. Analisi di *benchmarking* possono essere effettuate relativamente a strategie, processi, prodotti e servizi. Il '*benchmark*' è un punto di riferimento per finalità comparative o di misurazione;
- CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE: è il processo posto in essere per la definizione degli obiettivi e per i piani di attività ad essi legati, attraverso cui si provvede alla misurazione, valutazione e rendicontazione dei risultati alla fine del ciclo;
- MAPPA STRATEGICA: è una rappresentazione visuale della strategia di un'organizzazione nella quale sono evidenziate le relazioni causa - effetto che esistono tra gli obiettivi che descrivono la strategia lungo le prospettive che costituiscono l'architettura della mappa stessa;
- MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE: attività di riscontro degli scostamenti tra i singoli obiettivi prefissati e i conseguenti risultati raggiunti, rapportati a indicatori misurabili in termini quantitativi e/o economici ovvero riferiti a processi di qualità e/o impatti sui cittadini;
- OBIETTIVO: è la descrizione di un traguardo che l'organizzazione si prefigge di raggiungere per eseguire con successo i propri indirizzi; può essere strategico od operativo. L'obiettivo è espresso attraverso



una descrizione sintetica e deve essere sempre misurabile, quantificabile e, possibilmente, condiviso. Non deve essere confuso con lo specifico valore desiderato in corrispondenza di un'attività o processo (vedi *target*).

- **OUTCOME**: impatto, risultato ultimo di un'azione. Nella misurazione della *performance* ci si riferisce agli *outcome* per indicare la conseguenza di un'attività o processo dal punto di vista dell'utente del servizio e, più in generale, degli *stakeholder*. Esempi di *outcome* sono: il miglioramento della qualità della vita, della salute dei cittadini, ecc.. Un *outcome* può riferirsi al risultato immediato di un servizio o di un intervento (ad es. riduzione della percentuale di fumatori), oppure allo stato finale raggiunto (ad es. la riduzione dell'incidenza dei tumore ai polmoni). Il rapporto tra l'utilizzo di un *input* e l'ottenimento di un *outcome* può essere rappresentato in termini di efficacia;
- **OUTPUT**: è il risultato che si ottiene immediatamente al termine di una attività o di un processo. Ogni attività può essere descritta in sistema con *input* consumati ed *output* ottenuti secondo la catena logica: *input* - attività - *output*. Quando l'*output* si lega all'*input* in termini finanziari, si esprime il concetto di economicità. Quando tale relazione non è espressa in termini finanziari, ma fisico-tecnici, si esprime il concetto di efficienza.
- **PERFORMANCE**: è il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita; pertanto il suo significato si lega strettamente all'esecuzione di un'azione, ai risultati della stessa e alle modalità di rappresentazione. Come tale, pertanto, si presta ad essere misurata e gestita;
- **PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**: è la performance ottenuta dall'Azienda nel suo complesso ovvero dalle singole Strutture Operative nelle quali si articola;
- **PERFORMANCE INDIVIDUALE**: è la performance ottenuta dai singoli individui o microgruppi di individui;
- **PIANO DELLA PERFORMANCE**: l'insieme degli obiettivi strategici ed operativi su cui si fonda l'attività dell'Azienda, approvato e revisionato annualmente;
- **SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE**: l'insieme dei criteri che fissano le metodologie da utilizzarsi, i vari steps ed il ruolo dei soggetti coinvolti nel processo di misurazione e valutazione della performance;
- **STAKEHOLDER**: è un qualsiasi individuo o gruppo di individui che possono influenzare o essere influenzati dall'ottenimento degli obiettivi da parte dell'organizzazione stessa. Gli *stakeholder* possono essere sia interni che esterni rispetto ai confini di ogni singola organizzazione e possono essere portatori di diritti e di interessi;
- **TARGET**: è il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere, ovvero il valore desiderato in corrispondenza di un'attività o processo. Tipicamente questo valore è espresso in termini quantitativi entro uno specifico intervallo temporale e può riferirsi a obiettivi sia strategici che operativi;
- **VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE**: attività di analisi e valutazione dei risultati ottenuti sulla base della misurazione della performance, delle aspettative e del grado di soddisfacimento dei bisogni di pazienti e cittadini.





1.3 CHI SIAMO

L'AOB ha sede legale in Cagliari, piazzale Ricchi n. 1, in un'area a forte vocazione ospedaliera. E' intitolata al Prof. Giuseppe Brotzu (1885 – 1976), insigne scienziato sardo il cui nome è legato alla scoperta delle cefalosporine, e dal 1/7/2015 è organizzata in tre stabilimenti ospedalieri.

1.3.1 Istituto Ospedaliero San Michele

Sito in Cagliari, piazzale Ricchi n. 1. Inaugurato nel 1982, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8/04/1993 è stato riconosciuto Ospedale di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione. Di seguito con decreto del Presidente della giunta Regionale 29/07/1996 n. 168, è stato costituito in Azienda Ospedaliera Autonoma. L'ospedale è una struttura monoblocco che dispone di 564 posti letto, articolata su 14 piani, di cui 2 seminterrati, più un corpo separato che ospita ambulatori, con funzioni di DEA di II livello. Il presidio è circondato da ampi spazi verdi e numerosi posti auto. I servizi di trasporto pubblico sono adeguati alle necessità degli utenti.

1.3.2 Istituto Ospedaliero Businco

Sito in Cagliari, via Jenner n. 1. Inaugurato nel 1972, è una struttura monoblocco dotata di 192 posti letto, articolata su 11 piani più 3 corpi separati, con funzioni di HUB regionale della rete delle malattie oncologiche.

1.3.3 Istituto Ospedaliero Cao

Sito in Cagliari, via Jenner n. 3. Inaugurato nel 1982, è una struttura monoblocco dotata di 72 posti letto, articolata su 8 piani, con funzioni di HUB dell'assistenza pediatrica a livello regionale e centro di riferimento per le talassemie e le malattie rare.

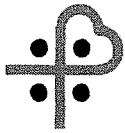
1.4 COSA FACCIAMO

L'accorpamento degli istituti ospedalieri Oncologico Businco e Pediatrico Microcitemico Cao al nucleo originario costituito dall'istituto ospedaliero San Michele ha acquisito piena efficacia giuridica a decorrere dal 01/07/2015. Il processo di accorpamento è proseguito con l'ulteriore trasferimento dell'unità operativa di Chirurgia Pediatrica, dal Presidio Ospedaliero SS. Trinità dell'ex A.S.L. n. 8 di Cagliari, avvenuto il 14/11/2016. A decorrere dal 01/10/2017, sono transitate presso l'AOB le unità operative di Neurochirurgia, dal P.O. Marino, e di Oftalmologia, dal P.O. Binaghi. Dal 01/01/2018 è avvenuto il trasferimento delle unità operative di Medicina nucleare, dal P.O. SS.Trinità e dell'Ematologia CTMO, dal P.O. Binaghi dell'ASSL Cagliari. Al riguardo, vi è da precisare che l'acquisizione delle unità operative di Neurochirurgia, Oftalmologia, Medicina nucleare e Ematologia-CTMO non comporta un incremento di strutture complesse in quanto le medesime si andranno ad integrare in una unica struttura con quelle già presenti nell'AOB.

L'assetto organizzativo generale è definito nell'Atto Aziendale, 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.

L'AOB ha personalità giuridica pubblica ed è dotata di autonomia imprenditoriale. 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. Costituisce HUB di riferimento regionale per le reti di cura oncologica, pediatrica, trapiantologica, terapia del dolore e malattie rare, e HUB di riferimento per il Sud Sardegna per le altre reti di patologia individuate dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 6/15 del 02/02/2016 come approvato dal Consiglio regionale nella seduta del 25/10/2017 (Programma di riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna) pubblicato nel BURAS n. 58 del 11/12/2017.

L'AOB inoltre, con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'08/04/1993, è riconosciuta come Azienda di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione, con particolare riferimento alla chirurgia dei trapianti.

L'attività dell'AOB è rivolta ad un bacino d'utenza teorico di 600.000 abitanti e 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.

L'AOB promuove l'innovazione terapeutica e tecnologica, lo sviluppo di attività di ricerca e la formazione del personale nell'ottica della centralità del paziente-utente e svolge le proprie funzioni assistenziali in modo unitario e inscindibile nell'ambito del servizio sanitario al fine di concorrere al raggiungimento degli obiettivi di tutela globale della salute dei cittadini.

L'AOB riconosce la centralità dei bisogni sanitari del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, che si esprime sia a livello individuale che collettivo. La partecipazione degli utenti alle fasi di programmazione delle attività, all'erogazione e alla valutazione della qualità dei servizi offerti e alla tutela dei diritti degli stessi trova i suoi strumenti nella Carta dei Servizi, nell'Ufficio relazioni con il Pubblico (URP), nel sito internet ufficiale nelle sezioni "Diamo voce agli utenti" e "Amministrazione trasparente", nell'organizzazione di audit tematici, eventi e altri incontri aperti e nelle relazioni strutturate con associazioni o singoli utenti.

L'AOB promuove la qualità sia dell'attività assistenziale, sia dell'attività amministrativa.

La qualità dell'attività assistenziale è perseguita attraverso azioni volte a:

- promuovere percorsi assistenziali in grado di avvalersi delle diverse e specifiche competenze professionali allo scopo di realizzare un'assistenza appropriata basata sui bisogni complessivi dei destinatari tramite il lavoro d'equipe e un'organizzazione sinergica tra unità operative coinvolte;
- assicurare agli utenti, la conoscenza dell'offerta assistenziale e la possibilità di usufruire, in maniera appropriata, dei servizi dei quali necessitano, nel tempo e nel luogo più opportuno, entro i limiti delle risorse disponibili;
- offrire prestazioni in condizioni di tutela del rischio legato a possibili fattori ambientali relativamente agli aspetti strutturali, tecnologici ed organizzativi, sia per gli utenti che per gli operatori;
- garantire la tracciabilità delle attività assistenziali erogate attraverso una corretta gestione della documentazione sanitaria e la trasparenza dei processi decisionali clinici, nel rispetto e nella tutela del trattamento dei dati riguardanti lo stato di salute dell'assistito.

La qualità dell'attività amministrativa è perseguita attraverso l'adozione di procedure basate sui principi di legalità, trasparenza, riservatezza, buon andamento, efficacia, efficienza ed economicità che garantiscano la correttezza e l' incisività dell'azione amministrativa e la fruizione dei servizi da parte dei cittadini.





L'AOB, attraverso una specifica attività di integrazione programmata con le articolazioni operative delle aziende sanitarie regionali, si impegna nella realizzazione di specifici percorsi assistenziali nell'ambito della gestione integrata dei pazienti nei percorsi ospedale-territorio. E' considerata prioritaria la funzione-obiettivo della continuità trasversale dei percorsi di cura, intesa come presa in carico globale dell'assistito con integrazione di tutti i momenti del percorso tra i vari attori dei servizi assistenziali.

1.5 COME OPERIAMO

Come precedentemente accennato, l'assetto organizzativo generale dell'Azienda Ospedaliera Brotzu è stato ridefinito, sulla base degli indirizzi regionali dettati con la DGR n. 29/2 del 16/06/2017, con l'Atto Aziendale 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.

La struttura organizzativa della AOB, secondo quanto previsto dall'Atto Aziendale, è articolata in:

- Vertice strategico, costituito dalla Direzione aziendale (Direttore generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario), cui è demandata la definizione delle strategie e delle politiche aziendali sulla base della pianificazione nazionale e regionale, nonché la verifica del corretto impiego delle risorse assegnate rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- Staff della Direzione strategica aziendale, che svolge funzioni strumentali e di supporto alle attività di programmazione e controllo strategico orientate allo sviluppo della produzione dei servizi sanitari e all'efficientamento organizzativo;
- Nucleo operativo, che svolge il complesso delle attività sanitarie di organizzazione, produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie, delle attività di supporto diretto (servizi alberghieri e tecnici operanti nelle strutture sanitarie con attività che concorrono direttamente alla produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie) e delle attività amministrative e tecniche non direttamente coinvolte nella produzione/erogazione dei servizi, mediante le quali vengono acquisite, organizzate e gestite le risorse destinate alle unità di produzione.

L'AOB definisce la sua organizzazione su un modello di gestione operativa fondato sui dipartimenti, in applicazione di quanto previsto dal D.lgs. 502/99 e s.m.i. e dall'art. 9 della Legge Regionale 10/2006.

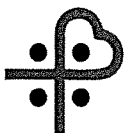
I dipartimenti possono essere strutturali o funzionali.

- I *dipartimenti strutturali* sono un aggregato di strutture organizzative proprie, omologhe e complementari sotto il profilo delle attività, risorse umane e tecnologiche impiegate e delle procedure adottate, dedicate e permanenti, che svolgono un'attività di produzione di servizi sanitari o attività di supporto all'azienda per la gestione tecnica, logistica ed amministrativa.

Il dipartimento strutturale è dotato di autonomia tecnico-professionale, nonché di autonomia gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti.

- I *dipartimenti funzionali* sono finalizzati esclusivamente al coordinamento dello sviluppo organizzativo di strutture omologhe o complementari, già aggregate nei dipartimenti strutturali o direttamente afferenti alla direzione aziendale, non sono dotati di risorse e budget dipartimentale, sono equiparati a gruppi di progetto permanenti. Hanno la funzione di coordinare e integrare attività multidisciplinari e multiprofessionali finalizzate ad obiettivi organizzativi e/o assistenziali comuni, gestire percorsi di cura integrati, PDTA. I di-





partimenti funzionali rappresentano un modello organizzativo appunto trasversale che consente, anche o non solo per un periodo di tempo definito, in relazione a determinati processi organizzativi, assistenziali o di ricerca di rilievo aziendale, la programmazione e l'organizzazione unitaria di attività e competenze fornite da professionisti afferenti a strutture organizzative anche diverse.

All'interno dei dipartimenti operano le strutture organizzative, articolazioni aziendali nelle quali si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali) finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione e di committenza, o di produzione di prestazioni e di servizi sanitari.

Gli elementi per l'individuazione delle strutture organizzative sono la valenza strategica e la complessità organizzativa. La valenza strategica di una struttura è definita dal livello di interfaccia con istituzioni od organismi esterni all'AOB, dal volume delle risorse da allocare, dalla rilevanza delle problematiche trattate, dal livello di intersettorialità, dal contributo al raggiungimento dei risultati di salute di cui agli indicatori di monitoraggio esterni (D.M. 21/6/2016, Piano Nazionale Esiti, Griglia LEA). La complessità organizzativa di una struttura è definita dalla numerosità e dalla eterogeneità delle risorse professionali, dal dimensionamento tecnologico e dal valore della produzione.

Le strutture organizzative possono essere complesse o semplici.

- Le *strutture complesse* rappresentano, dopo il dipartimento, le aggregazioni più ampie di risorse umane e tecniche e ricomprendono al loro interno altre eventuali strutture organizzative. Sono caratterizzate da una significativa dimensione quali-quantitativa dell'attività e delle risorse professionali utilizzate. La struttura complessa opera, per le proprie specifiche competenze, in autonomia tecnico-professionale e gestionale-organizzativa, con responsabilità piena dell'utilizzo delle risorse assegnate e degli obiettivi stabiliti e dei programmi negoziati e assegnati in modo specifico.

- Le *strutture semplici* sono articolazioni organizzative o funzionali che possono afferire direttamente al dipartimento (struttura semplice dipartimentale SSD), oppure possono essere articolazioni interne a una singola struttura complessa (struttura semplice SS). Le SSD sono caratterizzate da una adeguata dimensione quali-quantitativa delle attività e delle risorse professionali utilizzate, autonomia funzionale e organizzativa, limitatamente alle risorse e agli obiettivi negoziati e assegnati in modo specifico. Le strutture semplici (SS) sono delle articolazioni organizzative delle strutture complesse, con autonomia organizzativa in termini di attività, sulla base delle risorse assegnate dalla struttura complessa di riferimento, strumentazioni e risorse professionali assegnate.

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

Medico competente che svolge i compiti attribuiti dal Decreto legislativo 81/2008 e s.m.i.,

Coordinamento del Sistema di Gestione Sicurezza Antincendio ai sensi del Decreto 19.03.2015

Gruppo Tecnico di Supporto alle politiche aziendali per il Governo Clinico ed Economico

Area funzionale di Igiene, Organizzazione, Governo Clinico, Qualità

L'Area è organizzata in un dipartimento funzionale finalizzato al coordinamento di strutture complementari, direttamente afferenti alla direzione sanitaria aziendale con la funzione di coordinare e integrare attività multidisciplinari con obiettivi organizzativi, di qualità assistenziale, di sicurezza e gestione del rischio, di attuazione di percorsi di cura integrati, PDTA, e di sperimentazione e ricerca. E' costituita dalle seguenti unità operative:

- SC Direzione medica unica di Presidio Ospedaliero
- SC Gestione rischio sanitario, percorsi integrati per l'emergenza-urgenza
- SC Qualità e appropriatezza, accreditamento, percorsi integrati per patologie oncologiche
- SC Sperimentazioni e ricerca, umanizzazione, percorsi integrati per patologie pediatriche, malattie rare e talassemie

Dipartimento delle Professioni Sanitarie

La direzione Infermieristica e Tecnica è organizzata secondo il modello dipartimentale strutturale nel Dipartimento delle Professioni Sanitarie, che assicura la gestione complessiva di tutte le professioni sanitarie ed è costituito dalle seguenti strutture:

- SC Area Infermieristica e Ostetrica
- SC Area Tecnica, Riabilitazione e Prevenzione
- SC Sviluppo risorse umane e dei processi assistenziali

Il Dipartimento delle Professioni Sanitarie, nell'ambito delle funzioni assegnate, ricerca e promuove sulla base di specifici protocolli e accordi, l'integrazione multi professionale e il valore dell'equipe, fatta salva la responsabilità della direzione delle strutture specialistiche prevista dalle norme vigenti. Sviluppa i processi assistenziali in accordo con le strategie aziendali e con gli standard richiesti dai direttori dei dipartimenti sanitari ospedalieri, in coerenza con gli obiettivi assegnati a questi ultimi dai programmi di budget e valutazione della performance, nel rispetto dei principi della normativa di cui alla Legge 10.08.2000, n. 251.

Il Dipartimento delle Professioni Sanitarie coadiuva e supporta la Direzione Aziendale nelle attività di governo assistenziale, concorre alla definizione degli obiettivi di pianificazione strategica aziendale, assicura la gestione integrata delle risorse umane e materiali secondo il modello dipartimentale.

Nella AOB sono istituiti i seguenti dipartimenti sanitari strutturali di produzione:

- 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 (presso l'Istituto ospedaliero San Michele), dotata di posti letto
- SC Anestesia e Rianimazione (presso l'Istituto ospedaliero Businco), dotata di posti letto
- SC Medicina d'Urgenza, dotata di posti letto
- SC Ortopedia e Traumatologia, dotata di posti letto
- SC Pronto Soccorso e OBI
- SSD Medicina d'Urgenza Pediatrica

Dipartimento Cardiovascolare

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

- SC Cardiocirurgia, dotata di posti letto
- SC Cardiologia (presso l'Istituto ospedaliero Businco)
- SC Cardiologia interventistica con SS Emodinamica, dotata di posti letto
- SC Chirurgia Vascolare, dotata di posti letto
- SC Unità Coronarica nell'ambito della Cardiologia, dotata di posti letto
- SSD Cardioanestesia, dotata di posti letto
- SSD Cardioriabilitazione, dotata di posti letto
- 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, dotata di posti letto
- SC Chirurgia Oncologica e Senologia, dotata di posti letto
- SC Chirurgia Toracica, dotata di posti letto
- SC Oculistica, dotata di posti letto
- SSD Chirurgia dell'Obesità, utilizza posti letto gestiti a livello dipartimentale
- SSD Chirurgia d'Urgenza, utilizza posti letto gestiti a livello dipartimentale
- SSD Chirurgia ORL e Facciale, utilizza posti letto gestiti a livello dipartimentale
- SSD Dermatologia
- SSD Medicina Trapianti Fegato e Pancreas, utilizza posti letto gestiti a livello dipartimentale
- SSD TIPO Trapianti, dotata di posti letto
- SSD Endoscopia Digestiva



Dipartimento Oncologico e Internistico

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

- SC Ematologia e CTMO, dotata di posti letto
- SC Gastroenterologia, dotata di posti letto
- SC Medicina Generale, dotata di posti letto
- SC Medicina Nucleare Clinica e Terapia Radiometabolica, dotata di posti letto
- SC Oncologia Medica, dotata di posti letto
- SC Radioterapia Oncologica, dotata di posti letto
- SSD Farmacia Clinica e Oncologica

Dipartimento Neuroscienze e Riabilitazione

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

- SC Neurochirurgia, dotata di posti letto
- SC Neurologia e Stroke Unit, dotata di posti letto
- SC Neuroriabilitazione, dotata di posti letto
- SC Terapia del Dolore
- SSD Neurofisiologia e Disturbi del Movimento, utilizza posti letto gestiti a livello dipartimentale
- 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, dotata di posti letto
- SC Clinica Pediatrica e Malattie rare (presso l'Istituto ospedaliero Cao), dotata di posti letto
- SC Clinica di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, dotata di posti letto
- SC Oncoematologia Pediatrica, dotata di posti letto
- SC Pediatria (presso l'Istituto ospedaliero San Michele), dotata di posti letto
- SC Cardiologia Pediatrica e Cardiopatie congenite - piattaforma ambulatoriale
- SSD Anestesia Pediatrica
- SSD CTMO Pediatrico, dotata di posti letto
- SSD Diabetologia Pediatrica, utilizza, ove necessario, letti tecnici gestiti a livello dipartimentale
- SSD Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, utilizza, ove necessario, letti tecnici gestiti a livello dipartimentale
- SSD Endocrinologia Pediatrica e Centro Screening neonatali
- SSD Neonatologia – Nido, dotata di posti letto
- SSD Neurologia ed Epilettologia Pediatrica, utilizza, ove necessario, letti tecnici gestiti a livello dipartimentale
- SSD Talassemia, dotata di posti letto

Dipartimento Riproduzione, Genitourinario, Malattie e Trapianti di rene

A



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

- SC Fisiopatologia della riproduzione umana e diagnosi prenatale (presso l'Istituto ospedaliero Cao), dotata di posti letto
- Ginecologia Oncologica (presso l'Istituto ospedaliero Businco), dotata di posti letto
- SC Nefrologia e Dialisi, dotata di posti letto
- SC Ostetricia e Ginecologia, dotata di posti letto
- SC Urologia, dotata di posti letto
- SSD Medicina Trapianto Renale - Nefrologia abilitata a trapianto, utilizza posti letto gestiti a livello dipartimentale

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

Nell'AOB sono istituiti inoltre i seguenti dipartimenti funzionali:

- Trauma Center
- Breast Unit
- Promozione della donazione e gestione del trapianto

Trauma Center

Inserito nel contesto del Dipartimento d'Emergenza-Urgenza, con letti tecnici dipartimentali dedicati, finalizzato al coordinamento e allo sviluppo organizzativo delle strutture complementari che intervengono nella gestione trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche poli-distrettuali o che necessitano di alte specialità. Afferiscono al dipartimento funzionale le seguenti strutture: Pronto soccorso e OBI, medicina d'Urgenza Pediatrica, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Medicina d'Urgenza, Chirurgia d'Urgenza, Chirurgia Pediatrica, Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare, Neurochirurgia, Chirurgia ORL e Facciale, Neuroradiologia e Interventistica Vascolare, Laboratorio Analisi, Radiologia, Immunoematologia e Centro Trasfusionale, Servizio Psicologia.





A seconda delle specifiche esigenze il Direttore del Trauma Center può individuare la partecipazione di ulteriori articolazioni aziendali finalizzate alla gestione del trauma maggiore. Il Trauma Center si interfaccia per le attività di competenza con il servizio 118 dell'AREUS e SIAT.

Breast Unit

Relativa alla presa in carico multidisciplinare delle pazienti affette da neoplasia mammaria. Afferiscono al dipartimento funzionale: Chirurgia Oncologica e Senologia, Oncologia Medica, Radioterapia Oncologica, Medicina Nucleare Clinica e Terapia Radiometabolica, Anatomia Patologica, Cardiologia Businco, Farmacia Clinica e Oncologica, Laboratorio di Genetica e Genomica, Radiologia Oncologica e Interventistica, Riabilitazione, Servizio Psicologia.

A seconda delle specifiche esigenze il Direttore della Breast Unit può individuare la partecipazione di ulteriori articolazioni aziendali finalizzate alla gestione della neoplasia mammaria. La Breast Unit si interfaccia per le attività di competenza con i servizi ospedalieri e territoriali della rete delle patologie oncologiche.

Promozione della donazione e gestione del trapianto

Finalizzata alle attività di promozione della donazione, coordinamento delle fasi correlate al prelievo d'organo, integrazione delle attività multidisciplinari e multi-professionali nei percorsi di trapianto. Afferiscono al dipartimento funzionale: Struttura di Coordinamento Aziendale ex Legge 91/1999, Anestesia e Rianimazione, Cardiocirurgia, Chirurgia Generale e dei Trapianti. Urologia, Ematologia e CTMO, CTMO Pediatrico, Anatomia Patologica, Laboratorio Analisi, Immunoematologia e Centro Trasfusionale, Radiologia, Cardioanestesia, Medicina dei Trapianti di Fegato e Pancreas, Medicina del Trapianto Renale – Nefrologia abilitata al trapianto, Neurofisiologia e Disturbi del Movimento, TIPO Trapianti, Unità Coronarica nell'ambito della cardiologia, Endoscopia Digestiva, Dermatologia, Servizio Psicologia.

A seconda delle specifiche esigenze il Direttore del Dipartimento Funzionale Promozione della donazione e gestione del trapianto può individuare partecipazione di ulteriori articolazioni aziendali utili alle finalità del dipartimento. Il Dipartimento si interfaccia per le attività di competenza con i servizi ospedalieri e territoriali della rete trapiantologica regionale e con la Struttura di Coordinamento Regionale.

L'assetto organizzativo dell'AOB è orientato ad organizzare i servizi in modo da garantire all'utenza interna/esterna, compatibilmente con le risorse disponibili, la fruizione di percorsi tecnico amministrativi appropriati e tempestivi, in coerenza con i bisogni accertati e intende favorire una gestione integrata dei processi e delle attività che pone al centro l'unitarietà del livello di risposta all'utente e la sua soddisfazione.

Di seguito vengono riportate le strutture organizzative comprese nei Dipartimenti Amministrativo e Tecnico che adempiono alle funzioni suddette.

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

La costituzione dei Dipartimenti sanitari trasversali agli istituti ospedalieri della AOB costituisce un elemento fondamentale per assicurare la continuità della presa in carico diagnostica, terapeutica e assistenziale, ulteriormente supportata dall'utilizzo di PDTA interdipartimentali.

Inoltre per assicurare la continuità assistenziale con i servizi sanitari e sociosanitari operanti sul territorio, nell'ambito della Direzione medica unica di Presidio Ospedaliero è costituita una articolazione organizzativa con il compito di identificare precocemente gli assistiti che potrebbero presentare difficoltà alla dimissione o che necessitino di specifici percorsi di presa in carico territoriale per i quali sia opportuno concordare con i competenti servizi dell'ATS, percorsi specifici di dimissione protetta.

La nuova organizzazione ospedaliera regionale, basata sul sistema a rete (modello assistenziale HUB e SPOKE) per offrire ai cittadini tutte le risposte di cui necessitano, ulteriormente orienta l'organizzazione e le attività dell'AOB verso sistemi a forte contenuto di integrazione con le altre Aziende sanitarie regionali. AOB partecipa attraverso la completa integrazione delle competenze, strutture, tecnologie e percorsi alla configurazione e operatività delle specifiche "reti assistenziali" con il ruolo di HUB di riferimento regionale o del Sud Sardegna.

In quanto HUB, l'AOB partecipa ai processi di standardizzazione delle procedure assistenziali di riferimento regionale, ai percorsi di accreditamento dei centri specialistici nelle reti di cura, avvalendosi delle competenze sviluppate, di processi adottati e implementati, della casistica sanitaria e scientifica prodotta.

L'AOB partecipa, inoltre allo sviluppo e applicazione delle metodologie di governo delle reti assistenziali.

A tale scopo il Direttore Sanitario cura il coordinamento con le aziende sanitarie regionali, tenendo conto dell'evoluzione del sistema e del ruolo dell'ospedale nella rete dei servizi: monitora il livello dei servizi e delle prestazioni erogate, l'accesso tempestivo e appropriato ai servizi sanitari, la continuità dell'assistenza, l'integrazione dei percorsi assistenziali fra l'AOB e i servizi sanitari dell'ATS, dell'AREUS e delle Aziende Ospedaliere Universitarie regionali.

Al fine di assicurare il raccordo delle funzioni attribuite all'ATS dall'art. 2, comma 1, della legge regionale n. 17 del 27/07/2016, si prevede l'attivazione di Dipartimenti Funzionali Interaziendali che si configurano come un modello organizzativo trasversale che tende ad integrare le competenze e le conoscenze in una



specifica area fra strutture omologhe o complementari, attraverso l'adozione, l'attivazione e la gestione di percorsi, protocolli comuni e linee guida condivise, al fine di garantire la coerenza di sistema delle azioni aziendali e lo sviluppo integrato delle relative risorse professionali.

I dipartimenti funzionali interaziendali istituiti sono i seguenti:

- Dipartimento funzionale interaziendale gestione accentrata gare
- Dipartimento funzionale interaziendale formazione, reclutamento e gestione economica risorse umane
- Dipartimento funzionale interaziendale logistica e ICT.

Tenuto conto delle aree oggetto di accentramento previste della L.R. 17/2016, le Strutture dell'AO Brotzu integrate nei Dipartimenti Funzionali Interaziendali sono le seguenti (tra parentesi il riferimento alla lettera di cui all'art. 2 comma 1):

- Acquisti Beni e Servizi (lettera c) Dipartimento funzionale interaziendale gestione accentrata gare
- Gestione e Sviluppo Risorse Umane (lettera d) (Dipartimento funzionale interaziendale formazione, reclutamento e gestione economica risorse umane)
- Formazione (lettera d) (Dipartimento funzionale interaziendale formazione, reclutamento e gestione economica risorse umane)
- Tecnologie Sanitarie (lettera d) (Dipartimento funzionale interaziendale gestione accentrata gare)
- Tecnologie Informatiche e Servizi Informativi (lettera d) (Dipartimento funzionale interaziendale logistica e ICT)
- Gestione Immobili e Impianti e Nuove Realizzazioni (lettera e) (Dipartimento funzionale interaziendale gestione accentrata gare)
- Patrimonio e Logistica (lettere d ed e) (Dipartimento funzionale interaziendale logistica e ICT).

Come disposto nella DGR n. 29/2 del 16/06/2017, in seguito all'approvazione della rete ospedaliera da parte del Consiglio regionale, l'atto aziendale potrà essere soggetto agli adeguamenti che dovessero rendersi necessari per assicurare la coerenza con le scelte di pianificazione regionale.

2 IDENTITA'

In questa sezione del PP vengono presentati alcuni dati indicativi delle caratteristiche dell'AOB.

2.1 L'AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU IN CIFRE

Con D.P.C.M. 8/4/1993 all'AOB sono state assegnate funzioni di Ospedale di Alta Specializzazione e di Rilievo Nazionale, con particolare riferimento alla chirurgia dei trapianti.

Per lo svolgimento di tale ruolo l'AOB attiva livelli di responsabilizzazione diffusa, intesa come ricorso a forme organizzative basate sui principi della responsabilità e della fiducia assegnata al personale, attraverso i presupposti dell'affidabilità, del coinvolgimento ai vari livelli e del "farsi carico" del proprio lavoro, e di flessibilità operativa come orientamento strategico che consente di affrontare il cambiamento, la variabilità e l'incertezza di un ambiente in costante evoluzione sia interna che esterna.

L'AOB eroga assistenza sanitaria polispecialistica, anche di rilievo nazionale e internazionale, nell'ambito dell'emergenza-urgenza in qualità di DEA di II° livello e polo di riferimento regionale, della medicina dei



trapianti, delle patologie oncologiche, delle patologie pediatriche, delle patologie rare e talassemie e della terapia del dolore.

In attesa dei documenti di attuazione della rete ospedaliera recentemente approvata, la dotazione dei posti letto, nell'anno 2017, per acuti e post acuti complessiva è stata di 828, suddivisi in 697 per ricoveri in regime ordinario, 105 per ricoveri in regime di day hospital e 26 per ricoveri in regime di day surgery.

Le tabelle di seguito riportate mostrano la situazione dei posti letto per istituto ospedaliero e per disciplina:

DESCR. STABILIMENTO	CLASSIFICAZIONE di Struttura	TIPO LETTO	D.O.	D.H.	D.S.	TOT
SAN MICHELE	CARDIOCHIRURGIA	ACUTI	24			24
SAN MICHELE	CARDIOLOGIA	ACUTI	41	1	1	43
SAN MICHELE	CHIRURGIA GENERALE e dei TRAPIANTI di FEGATO e PANCREAS	ACUTI	23	1	2	26
SAN MICHELE	CHIRURGIA d'URGENZA	ACUTI	24		1	25
SAN MICHELE	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	ACUTI	1	1	2	4
SAN MICHELE	CHIRURGIA PEDIATRICA	ACUTI	10		2	12
SAN MICHELE	CHIRURGIA PLASTICA	ACUTI	3		1	4
SAN MICHELE	CHIRURGIA TORACO VASCOLARE	ACUTI	22		1	23
SAN MICHELE	MEDICINA II	ACUTI	33	1		34
SAN MICHELE	MEDICINA I	ACUTI	38	1		39
SAN MICHELE	NEUROCHIRURGIA	ACUTI	28			28
SAN MICHELE	NIDO	ACUTI	28			28
SAN MICHELE	NEUROLOGIA	ACUTI	27	4		31
SAN MICHELE	STROKE UNIT	ACUTI	13			13
SAN MICHELE	OCULISTICA	ACUTI			2	2
SAN MICHELE	ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	ACUTI	18		1	19
SAN MICHELE	OSTETRICIA e GINECOLOGIA	ACUTI	34		1	35
SAN MICHELE	CHIRURGIA del PAVIMENTO PELVICO	ACUTI	3		1	4
SAN MICHELE	GINECOLOGIA DISFUNZIONALE ed ENDOSCOPICA	ACUTI	2		1	3
SAN MICHELE	CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA	ACUTI	1		1	2
SAN MICHELE	PEDIATRIA	ACUTI	20	2		22
SAN MICHELE	UROLOGIA	ACUTI	24	1		25
SAN MICHELE	UROLOGIA AMBULATORIALE E DH	ACUTI		1	1	2
SAN MICHELE	NEFROLOGIA e DIALISI	ACUTI	20	2	1	23
SAN MICHELE	TRAPIANTO RENE	ACUTI	10			10
SAN MICHELE	RIANIMAZIONE e TERAPIA INTENSIVA	ACUTI	12			12
SAN MICHELE	CARDIOANESTESIA	ACUTI	9			9
SAN MICHELE	UNITA' CORONARICA	ACUTI	8			8
SAN MICHELE	CARDIORIABILITAZIONE	POST ACUTI		10		10
SAN MICHELE	GASTROENTEROLOGIA	ACUTI	24	1		25
SAN MICHELE	NEONATOLOGIA	ACUTI	2			2
SAN MICHELE	NEURORIABILITAZIONE	POST ACUTI	11	1		12
SAN MICHELE	CENTRO DISTURBI PERVASIVI dello SVILUPPO	POST ACUTI		5		5
	TOTALE		513	32	19	564

DESCR. STABILIMENTO	CLASSIFICAZIONE di Struttura	TIPO LETTO	D.O.	D.H.	D.S.	TOT
A. BUSINCO	CHIRURGIA SPERIMENTALE	ACUTI	6		2	8
A. BUSINCO	ONCOLOGIA CHIRURGICA	ACUTI	14		2	16
A. BUSINCO	CHIRURGIA TORACICA	ACUTI	8			8
A. BUSINCO	EMATOLOGIA	ACUTI	19	13		32
A. BUSINCO	CENTRO TRAPIANTI MIDOLLO OSSEO	ACUTI	8			8
A. BUSINCO	ONCOLOGIA GINECOLOGICA	ACUTI	9		2	11
A. BUSINCO	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	ACUTI	6			6
A. BUSINCO	TERAPIA DEL DOLORE	ACUTI	4	2		6
A. BUSINCO	MEDICINA NUCLEARE	ACUTI	11			11
A. BUSINCO	ONCOLOGIA MEDICA	ACUTI	42	28		70
A. BUSINCO	RADIOTERAPIA SPERIMENTALE	ACUTI	16			16
	TOTALE		143	43	6	192



DESCR. STABILIMENTO	CLASSIFICAZIONE di Struttura	TIPO LETTO	D.O.	D.H.	D.S.	TOT
A. CAO	DH TALASSEMIE	ACUTI		17		17
A. CAO	CENTRO TRAPIANTI MIDOLLO OSSEO	ACUTI	4			4
A. CAO	ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	ACUTI		1		1
A. CAO	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	ACUTI	6	4		10
A. CAO	GINECOLOGIA, DIAGNOSI PRENATALE E PMA	ACUTI		1	1	2
A. CAO	CLINICA PEDIATRICA E TALASSEMIE	ACUTI	13	4		17
A. CAO	1 CLINICA PEDIATRICA	ACUTI	13			13
A. CAO	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	ACUTI	5	3		8
	TOTALE		41	30	1	72

I dati sul numero degli istituti ospedalieri e il numero di posti letto degli istituti ospedalieri San Michele, Businco e Cao sono coerenti con quelli desumibili dai modelli HSP 11 e HSP 12 per l'anno 2017.

Nelle tabelle seguenti sono riportati dati di attività relativi all'anno 2016 per i tre istituti ospedalieri dell'AOB

ISTITUTO OSPEDALIERO SAN MICHELE

Indicatori attività erogata in regime di ricovero	anno 2016
DRG complessivi	25.934
DRG chirurgici totali	10.187
Indice di operatività	39%
DRG ordinari totali	19.892
DRG ordinari chirurgici	6.300
% DRG chirurgici ordinari sul totale dei DRG ordinari	32%
DRG ordinari medici	13.592
DRG ordinari acuti (esclusi TI e DRG 395)	18.887
GG degenza ordinaria (circ. dicembre 2015, esclusi TI e DRG 391)	133.475
Degenza media DRG ordinari acuti	6,7
Indice occupazione DRG ordinari acuti (circ. 2015)	82%
Indice di turnover DRG ordinari acuti (circ. 2015)	1,5
Indice di rotazione DRG ordinari acuti (circ. maggio 2015)	42
GG degenza ordinaria post-acuti (circ. maggio 2015)	3.438
Indice occupazione DRG ordinari post-acuti (circ. maggio 2015)	86%
Indice di turnover DRG ordinari post-acuti (circ. maggio 2015)	9
Indice di rotazione DRG ordinari post-acuti (circ. maggio 2015)	6
DRG diurni	6.042
di cui DRG DH	2.155
di cui DRG DS	3.887
Totale accessi	16.932
Accessi DH acuti (escluse specialità 56 e 75)	8.383
Accessi DH post-acuti	8.549
Indice occupazione DH/DS acuti (250gg) (circ. maggio 2015)	95,80%
Indice di turnover diurno acuti (circ. maggio 2015)	0
Indice di rotazione diurno acuti (circ. maggio 2015)	239,5
Indice occupazione DH/DS post-acuti (250gg) (circ. maggio 2015)	213,73%
Indice di turnover diurno post-acuti (circ. maggio 2015)	2,1
Indice di rotazione diurno post-acuti (circ. maggio 2015)	534,3

Indicatori attività chirurgica	anno 2016
Interventi complessivi	14.355
Interventi in presenza di anestesisti	7.372
Interventi ordinari	9.355
Interventi DH	4.111
Interventi DS/ambulatoriali	889
Interventi tecnica robotica	103
TAVI (impianto valvolare aortico transcateretere)	37
Degenza media preoperatoria	2,35



Indicatori attività trapianti	anno 2016
Segnalazioni donazioni	25
Donatori effettivi	14
Trapianto rene	37
Trapianto rene vivente	1
Trapianto rene doppio	5
Trapianto cuore	5
Trapianto fegato	40
Trapianto cornee	82
Trapianto combinato rene- pancreas	3
Trapianto pancreas isolato	1

Indicatori sui parti	anno 2016
Parti (interventi)	883
Totale Parti (DRG 370-375)	886
Parti cesarei (DRG 370 - 371)	456
Parti cesarei primari	298
Parti di donne cesareizzate	158
% Parti cesarei primari	40,90%
Parti spontanei (DRG 372-373-374-375)	430

Indicatori prestazioni specialistica ambulatoriale	anno 2016
Prestazioni ambulatoriali per SSN (da FILE C)	956.390
Prestazioni ambulatoriali per interni	2.868.089
Prestazioni ambulatoriali per altri Enti	25.850
<i>di cui screening</i>	20.009
Trapianto	7.272
LDL aferesi	554
Solventi	21.098

Indicatori prestazioni di diagnostica per immagini	anno 2016
TAC COMPLESSIVE	23.781
<i>di cui SSN</i>	4.550
<i>di cui per interni</i>	19.182
<i>di cui per altri enti/solventi</i>	49
RMN COMPLESSIVE	6.288
<i>di cui SSN</i>	3.337
<i>di cui per interni</i>	2.831
<i>di cui per altri enti/solventi</i>	16
ANGIOGRAFICA COMPLESSIVE	1.864
<i>di cui SSN</i>	101
<i>di cui per interni</i>	1.714
<i>di cui per altri enti/solventi</i>	49
ECOGRAFIA COMPLESSIVE	14.053
<i>di cui SSN</i>	5.454
<i>di cui per interni</i>	8.583
<i>di cui per altri enti/solventi</i>	16
MAMMOGRAFIE COMPLESSIVE	2.262
<i>di cui SSN</i>	2.177
<i>di cui per interni</i>	85
<i>di cui per altri enti/solventi</i>	2.113
PET COMPLESSIVE	1.859
<i>di cui SSN</i>	179
<i>di cui per interni</i>	75
<i>di cui per altri enti/solventi</i>	51.646
TRADIZIONALE COMPLESSIVE	7.030

a



di cui SSN	44.533
di cui per interni	83
di cui per altri enti/solventi	23.781

Indicatori prestazioni attività di dialisi	anno 2016
Totale dialisi	32.449
Emodialisi complessive	18.437
Emodialisi paz. ricoverati	2.596
Emodialisi SSN	15.841
Dialisi Peritoneali complessive	14.012
Dialisi Peritoneali SSN	13.596
Dialisi Peritoneali per interni (compresi i ricoverati in Nefrologia)	416

Indicatori attività di pronto soccorso	anno 2016
Accessi -PS adulti	38.424
Ricoveri - PS adulti	8.044
Trasferiti - PS adulti	67
Capacità filtro - PS adulti	79%
Accessi - OBI	4.914
Ricoveri - OBI	713
Trasferiti - OBI	12
Capacità filtro - OBI	85%
Accessi - PS pediatrico	14.117
Ricoveri - PS pediatrico	1.490
Trasferiti - PS pediatrico	375
Capacità filtro - PS pediatrico	87%
Prestazioni di PS complessive	80.678
Prestazioni richieste alle strutture aziendali dai PS	502.275

Indicatori di complessità	anno 2016
Peso medio totale	1,22
Peso medio DRG ordinario	1,32
Peso medio DRG DH/DS	0,89
Peso medio DRG DH	0,77
Peso medio DRG DS	0,95
% DRG ordinari alta complessità su totale DRG ordinari	11%

Indicatori di appropriatezza	anno 2016
DRG ordinari PI (all. B patto salute)	2.131
DRG ordinari PI / ordinari non PI (griglia LEA)	0,12
% DRG ordinari PI su totale DRG ordinari (all. B patto salute)	11%
% DH diagnostici (su totale DH medici)	23,50%
DH DIAGNOSTICI	385
DH medici (senza cod. 56, 75)	1.640
DRG ordinari medici brevi (0-2 GG dimessi a domicilio)	4.105
% DRG ordinari medici brevi (solo per i dimessi a domicilio)	24%
% Re-ricoveri ordinari entro 30 gg stessa MDC	4,92%
% PI DS / totale chirurgici PI	85,33%



ISTITUTO OSPEDALIERO A. BUSINCO

Indicatori attività erogata in regime di ricovero	anno 2016
DRG complessivi	8.775
DRG chirurgici totali	2308
Indice di operatività	26%
DRG ordinari totali	4.004
DRG ordinari chirurgici	1.711
% DRG chirurgici ordinari sul totale dei DRG ordinari	43%
DRG ordinari medici	2.293
GG degenza ordinari	31267
Degenza media DRG ordinari acuti	7,8
Indice occupazione DRG ordinari	60%
DRG diurni	4.771
di cui DRG DH	4.174
di cui DRG DS	597
Totale accessi	30.512
di cui accessi DH	8.383
di cui accessi DS	8.549
Indice occupazione DH/DS (250gg)	255%

Indicatori attività chirurgica	anno 2016
Interventi complessivi	2.494
Interventi in presenza di anestesisti	1.812
Interventi ordinari	1.625
Interventi DH	863
Interventi DS/ambulatoriali	6
Degenza media preoperatoria	1,6

Indicatori attività trapianti	anno 2016
Trapianto midollo osseo	47

Indicatori prestazioni specialistica ambulatoriale	anno 2016
Prestazioni ambulatoriali per SSN (da FILE C)	209.258

Indicatori prestazioni di diagnostica per immagini	anno 2016
Totale immagini SSN	10.547
Totale immagini per interni	8.995
TAC COMPLESSIVE	3.546
di cui SSN	2.142
di cui per interni	1.404
RMN COMPLESSIVE	2.833
di cui SSN	2.106
di cui per interni	727
di cui per altri enti/solventi	51
ECOGRAFIA COMPLESSIVE	3.884
di cui SSN	2.198
di cui per interni	1.631
di cui per altri enti/solventi	55
MAMMOGRAFIE COMPLESSIVE	2.114
di cui SSN	1.992
di cui per interni	122
PET COMPLESSIVE	1.212
di cui SSN	1.190
di cui per interni	22



TRADIZIONALE COMPLESSIVE	6.007
<i>di cui SSN</i>	919
<i>di cui per interni</i>	5.088

Indicatori di complessità	anno 2016
Peso medio totale	1,12
Peso medio DRG ordinario	1,33
Peso medio DRG DH/DS	0,95
% DRG ordinari alta complessità su totale DRG ordinari	12%

Indicatori di appropriatezza	anno 2016
DRG ordinari PI (all. B patto salute)	1.309
% DRG ordinari PI / ordinari non PI (griglia LEA)	0,49
% DRG ordinari PI su totale DRG ordinari (all. B patto salute)	32,70%
% DH diagnostici (su totale DH medici)	12%
DH diagnostici	518
DH medici	4.356
DRG ordinari medici brevi (0-2 GG dimessi a domicilio)	651
% DRG ordinari brevi	32%

ISTITUTO OSPEDALIERO A. CAO

Indicatori attività erogata in regime di ricovero	anno 2016
DRG complessivi	5.335
DRG chirurgici totali	739
DRG ordinari totali	1.621
DRG ordinari chirurgici	14
% DRG chirurgici ordinari sul totale dei DRG ordinari	0,86%
DRG ordinari medici	1.607
GG degenza ordinari	9520
Degenza media DRG ordinari acuti	5,9
Indice occupazione DRG ordinari	64%
DRG diurni	3.714
<i>di cui DRG DH</i>	2.989
<i>di cui DRG DS</i>	725
Totale accessi	15.774
<i>di cui accessi DH</i>	15.032
<i>di cui accessi DS</i>	742
Indice occupazione DH/DS (250 gg)	204%

Indicatori attività chirurgica	anno 2016
Interventi complessivi	1.668
Interventi in presenza di anestesisti	644
Interventi DH	1.668

Indicatori attività trapianti	anno 2016
Trapianto midollo	10

Indicatori prestazioni specialistica ambulatoriale	anno 2016
Prestazioni ambulatoriali per SSN (da FILE C)	121.204

d



Indicatori prestazioni di diagnostica per immagini	anno 2016
RMN SSN	994
ECOGRAFIA SSN	1.737
TRADIZIONALE SSN	924

Indicatori di complessità	anno 2016
Peso medio totale	0,71
Peso medio DRG ordinario	0,72
Peso medio DRG DH/DS	0,70

Indicatori di appropriatezza	anno 2016
DRG ordinari PI (all. B patto salute)	155
% DRG ordinari PI su totale DRG ordinari (all. B patto salute)	9,56%
% DH diagnostici (su totale DH medici)	35%
DH diagnostici	1.053
DH medici	2.995

2.2 MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE

L'AOB eroga assistenza sanitaria polispecialistica, anche di rilievo nazionale e internazionale, nell'ambito dell'emergenza-urgenza in qualità di DEA di II livello, della medicina dei trapianti, delle patologie oncologiche, delle patologie pediatriche e delle patologie rare.

Costituisce HUB di riferimento regionale per le reti di cura oncologica, pediatrica, trapiantologica, terapia del dolore e malattie rare, ed HUB di riferimento per il Sud Sardegna per le altre reti di patologia individuate dalla Deliberazione Giunta Regionale n. 6/15 del 2.2.2016 ["Programma di riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna"].

L'AOB promuove l'innovazione, sia terapeutica che tecnologica, e la formazione dei propri dipendenti nell'ottica della centralità del paziente-utente.

L'AOB svolge le proprie funzioni assistenziali in modo unitario e inscindibile quale elemento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale (di seguito SSN), e in particolare del SSR Sardegna, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento degli obiettivi di tutela globale della salute dei cittadini.

L'AOB promuove l'attivazione di processi di avanzamento diagnostico, terapeutico e tecnologico in grado di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini che, per complessità, gravità e rarità, necessitano di soluzioni innovative collegate allo sviluppo dell'attività di ricerca, anche in collaborazione con altre strutture regionali, nazionali e internazionali.

Inoltre l'AOB promuove l'innovazione gestionale attraverso lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi e riconosce il valore della ricerca clinica e gestionale, anche attivata sulla base di specifici progetti.





Assicura lo sviluppo delle attività di ricerca presso le proprie articolazioni organizzative mediante l'attivazione di specifiche funzioni di promozione, coordinamento e monitoraggio delle stesse e valorizza il patrimonio biomedico, conoscitivo e gestionale derivante dall'assistenza erogata a sostegno dell'attività di ricerca e innovazione.

2.3 POPOLAZIONE ASSISTIBILE

Nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale l'AOB entra a far parte del DEA macroarea SUD, con un presidio ospedaliero di II livello (stabilimento San Michele) di riferimento per un bacino teorico di 600.000 utenti, un presidio di riferimento regionale per le patologie pediatriche (stabilimento Cao) e un presidio di riferimento regionale per le patologie oncologiche (stabilimento Businco).

2.4 PERSONALE

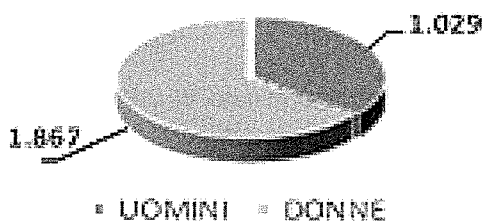
L'AOB nel 2016 conta un totale personale dipendente a tempo indeterminato di 2.896 unità di cui il 64,47% sono donne e 154 unità a tempo determinato di cui il 77% donne. Di seguito si riportano le tabelle riepilogative del bilancio di genere Aziendale per tipologia di ruolo, fasce di età e titolo di studio:

	UOMINI	DONNE	TOT	% UOMINI	% DONNE
tempo indeterminato	1.029	1.867	2.896	35,53%	64,47%
di cui:					
tempo pieno	1.017	1.759	2.776	36,64%	63,36%
part-time	12	108	120	10,00%	90,00%
dirigenti	311	343	654	47,55%	52,45%
di cui:					
tempo pieno	311	339	650	47,85%	52,15%
part-time		4	4	0,00%	100,00%
comparto	718	1.524	2.242	32,02%	67,98%
di cui:					
tempo pieno	706	1.420	2.126	33,21%	66,79%
part-time	12	104	116	10,34%	89,66%

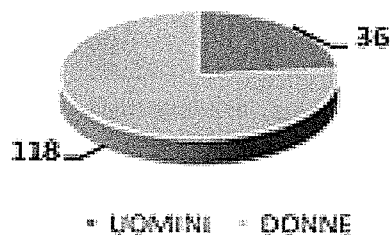
	UOMINI	DONNE	TOT	% UOMINI	% DONNE
tempo determinato	36	118	154	23%	77%
dirigenti	4	26	30	13,33%	86,67%
comparto	32	92	124	25,81%	74,19%



TEMPO INDETERMINATO

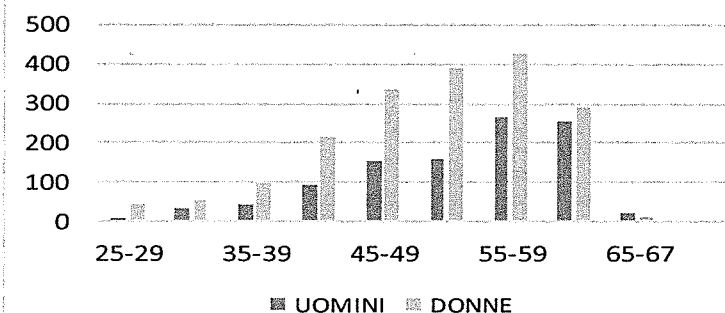


TEMPO DETERMINATO



Fascia d'età	UOMINI	DONNE
25-29	8	42
30-34	35	54
35-39	41	97
40-44	92	213
45-49	152	338
50-54	157	392
55-59	266	427
60-64	253	290
65-67	24	14
68-99	1	

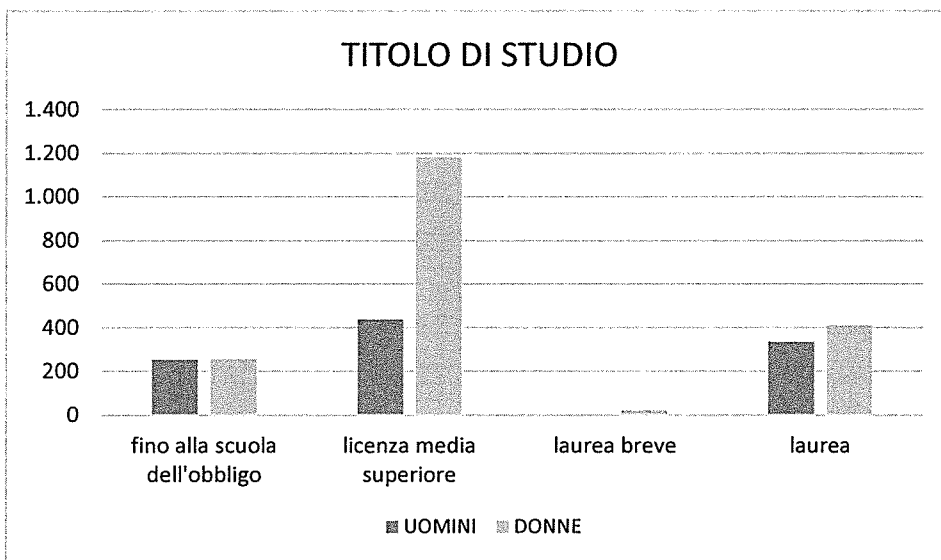
FASCIA DI ETA'



✍



Titolo di studio	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE
fino alla scuola dell'obbligo	254	256	510	49,80%	50,20%	17,61%
licenza media superiore	439	1.181	1.620	27,10%	72,90%	55,94%
laurea breve	1	20	21	4,76%	95,24%	0,73%
laurea	335	410	745	44,97%	55,03%	25,73%



Sono in previsione per il triennio 2018-2020 le attività volte all'analisi del benessere organizzativo e al bilancio di genere.

2.5 PRINCIPALI DATI ECONOMICO FINANZIARI

Conto economico preventivo annuale e pluriennale, redatto secondo il nuovo schema di conto economico previsto dall'art. 26 del Decreto legislativo 118/2011 e ss.mm.ii. (importi €/mg)





BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNUALE E PLURIENNALE	ANNUALE				PLURIENNALE	
	Anno 2018	Anno 2017	VARIAZIONE 2018/2017		Anno 2019	Anno 2020
			Importo	%		
A) VALORE DELLA PRODUZIONE						
1) Contributi in c/esercizio	113.656	113.614	42	0,04%	106.652	101.822
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	100.544	99.662	882	0,88%	100.544	100.544
b) Contributi in c/esercizio - (extra fondo)	12.912	13.458	-546	-4,06%	5.908	1.078
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	508	1.493	-985	-65,97%	508	508
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA	11.834	10.435	1.399	13,41%	4.830	
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA	570		570	100,00%	570	570
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Altro		1.530	-1.530	-100,00%		
5) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche - (extra fondo)						
6) Contributi da altri soggetti pubblici						
c) Contributi in c/esercizio per ricerca		180	-180	-100,00%		
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente						
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata						
3) da Regione ed altri soggetti pubblici		180	-180	-100,00%		
4) da privati						
d) Contributi in c/esercizio da privati	200	314	-114	-36,31%	200	200
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-1.020	-1.641	621	-37,84%	-714	-500
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti						
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	213.453	206.061	7.392	3,59%	213.453	213.453
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad Aziende sanitarie pubbliche	207.455	199.614	7.841	3,93%	207.455	207.455
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	2.819	3.110	-291	-9,36%	2.819	2.819
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	3.179	3.337	-158	-4,73%	3.179	3.179
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	1.306	3.692	-2.386	-64,63%	1.306	1.306
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.250	2.229	21	0,94%	2.250	2.250
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	7.315	7.202	113	1,57%	7.212	6.811
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni						
9) Altri ricavi e proventi	495	544	-49	-9,01%	495	495
Totale A)	337.455	331.701	5.754	1,73%	330.654	325.637
B) COSTI DELLA PRODUZIONE						
1) Acquisti di beni	106.496	101.293	5.203	5,14%	106.496	106.496
a) Acquisti di beni sanitari	103.117	97.999	5.118	5,22%	103.117	103.117
b) Acquisti di beni non sanitari	3.379	3.294	85	2,58%	3.379	3.379
2) Acquisti servizi sanitari	8.840	10.176	-1.336	-13,13%	8.840	8.840
a) Acquisti servizi sanitari - medicina di base						
b) Acquisti servizi sanitari - Farmaceutica						
c) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale						
d) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	113	113	0	0,00%	113	113
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 temali in convenzione						
k) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario	444	441	3	0,68%	444	444
l) Acquisto prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	92	491	-399	-81,26%	92	92
m) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)	2.203	2.436	-233	-9,56%	2.203	2.203
n) Rimborsi, assegni e contributi sanitari		54	-54	-100,00%		
o) Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	1.842	2.530	-688	-27,19%	1.842	1.842
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	4.146	4.111	35	0,85%	4.146	4.146
q) Costi per differenziale tariffe TUC						
3) Acquisti di servizi non sanitari	29.022	28.369	653	2,30%	29.022	29.022
a) Servizi non sanitari	28.131	27.521	610	2,22%	28.131	28.131
b) Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	394	355	39	10,99%	394	394
c) Formazione	497	493	4	0,81%	497	497
4) Manutenzione e riparazione	13.592	13.895	-303	-2,18%	13.592	13.592
5) Godimento di beni di terzi	4.549	4.358	191	4,38%	4.549	4.549
6) Costi del personale	168.490	157.890	10.600	6,71%	168.073	168.186
a) personale dirigente medico	72.946	68.469	4.477	6,54%	72.798	72.880
b) personale dirigente ruolo sanitario non medico	5.781	4.874	907	18,61%	5.504	5.535
c) personale comparto ruolo sanitario	66.786	62.678	4.108	6,55%	66.737	66.737
d) personale dirigente altri ruoli	988	936	52	5,56%	1.045	1.045
e) personale comparto altri ruoli	21.989	20.933	1.056	5,04%	21.989	21.989
7) Oneri diversi di gestione	1.690	1.671	19	1,14%	1.690	1.690
8) Ammortamenti	9.585	9.580	-5	-0,98%	9.411	8.442
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	97	127	-30	-23,62%	73	57
b) Ammortamenti dei fabbricati	3.876	3.845	31	0,81%	4.134	4.151
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	5.612	5.708	-96	-1,68%	5.204	4.234
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti						
10) Variazione delle rimanenze		-1.337	1.337	-100,00%		
a) Variazione delle rimanenze sanitarie		-1.307	1.307	-100,00%		
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie		-30	30	-100,00%		
11) Accantonamenti	1.356	5.024	-1.530	-30,25%	1.356	1.356
a) Accantonamenti per rischi	1.006	910	96	10,55%	1.006	1.006
b) Accantonamenti per premio operosità						
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati		2.138				
d) Altri accantonamenti	350	1.976	-1.626	-82,29%	350	350
Totale B)	343.620	331.019	14.739	4,48%	343.029	342.173
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	-6.165	682	-8.985	-318,62%	-12.375	-16.536
C) PROVENTI ED ONERI FINANZIARI						
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari						
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	393	484	-91	-18,80%	352	310
Totale C)	-393	-484	91	-18,80%	-352	-310
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA FINANZIARIE						
1) Rivalutazioni						
2) Svalutazioni						
Totale D)						
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI						
1) Proventi straordinari		5.277	-5.277	-100,00%		
a) Plusvalenze						
b) Altri proventi straordinari		5.277	-5.277	-100,00%		
2) Oneri straordinari		4.412	-4.412	-100,00%		
a) Minusvalenze						
b) Altri oneri straordinari		4.412	-4.412	-100,00%		
Totale E)		855	-855	-100,00%		
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A+B+C+D+E)	-5.558	1.063	-14.171	-442,71%	-12.727	-16.846
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO						
1) IRAP	11.817	10.726	1.091	10,17%	11.571	11.580
a) IRAP relativa a personale dipendente	11.610	10.512	1.098	10,45%	11.384	11.373
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	61	68	-7	-10,29%	61	61
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	146	146	0	0,00%	146	146
d) IRAP relativa ad attività commerciali						
2) IRES	86	86	0	0,00%	86	86
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)						
Totale Y)	11.903	10.812	1.091	10,09%	11.657	11.666
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	-18.461	-9.749	-13.080	171,86%	-24.384	-28.512



3. ALBERO DELLA PERFORMANCE

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)".

3.1 ANALISI DEL CONTESTO

La presente sezione del PP è finalizzata a rappresentare in modo chiaro e di rapida consultazione l'analisi dell'AOb, sia in merito all'assetto organizzativo, all'assetto economico e tecnologico nonché alle consistenze del personale (contesto interno), sia all'ambito territoriale di competenza, con attenzione agli stakeholder di riferimento e ai soggetti con cui l'Amministrazione interagisce (ambiente esterno); tutto ciò al fine di evidenziare al meglio l'esistenza del "legame" sussistente tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le strategie, gli obiettivi e gli indicatori dell'Azienda.

3.1.1 Contesto interno

Il 2016 è il primo anno che permette la rappresentazione dell'attività prodotta dall'AOb nella sua nuova configurazione derivante dall'accorpamento degli istituti ospedalieri Businco e Cao.





Le attività dei tre istituti ospedalieri si diversificano notevolmente e hanno un impatto su alcuni indicatori calcolati a livello aziendale differente rispetto alla situazione in cui operava il solo istituto ospedaliero San Michele.

Di seguito si riporta una tabella che mette a confronto alcuni indicatori relativi all'anno 2015 per il solo ospedale San Michele e all'anno 2016 con la nuova configurazione dell'AOB che comprende anche gli ospedali Businco e Cao

Indicatori di attività	S. Michele	AOB
	Anno 2015	Anno 2016
DRG complessivi	26.308	40.044
DRG chirurgici totali	10.136	13.234
Indice di operatività	39%	33%
DRG ordinari totali	19.995	25.517
GG degenza ordinaria acuti (circ. Dic 2015, esclusi TI e DRG 391)	133.151	176.689
Degenza media DRG ordinari acuti	7	7,2
Indice occupazione DRG ordinari acuti (circ. 2015)	82%	77%
Indice occupazione DRG ordinari post-acuti (circ. Mag 2015)	85%	86%
Indice di turnover DRG ordinari post-acuti (circ. Mag 2015)	6.313	14.527
DRG diurni	105,80%	95,80%
Indice occupazione DH/DS (250gg) (delib. 67/16)	26.308	40.044
Peso medio totale	1,19	1,15
Peso medio DRG ordinario	1,29	1,32
Peso medio DRG DH/DS	0,87	0,86
DRG ordinari PI (all. B patto salute)	1.964	3.595
% DRG ordinari PI su totale DRG ordinari (all. B patto salute)	10%	14%
% DRG ordinari medici brevi (solo per i dimessi a domicilio)	25%	23,5%
% Re-ricoveri ordinari entro 30 gg stessa MDC	4,68%	6,0%

L'occupazione dei posti letto ordinari ha subito una riduzione dovuta alla minore incidenza dei ricoveri in regime ordinario degli ospedali Businco e Cao. L'occupazione dei posti letto diurni, per contro, ha subito un notevole incremento causato dall'elevato numero degli accessi dei ricoveri nei reparti dove prevale il DH ciclico per il trattamento tumorale con i chemioterapici.

La riduzione dell'indice di operatività è dovuto essenzialmente all'incorporazione dell'ospedale Cao che non possiede posti letto ordinari chirurgici. Circa il 50% degli interventi sono programmati e di questi il 64% provengono dalla lista d'attesa. La lista d'attesa rimane ancora alta per gli interventi di patologie tumorali (polmone, mammella, tiroide, urologici e ginecologici), per gli interventi di cardiocirurgia, di chirurgia vascolare, per il trattamento della grande obesità e di PMA.

La complessità della casistica, misurata con il peso medio dei DRG, analizzando i singoli presidi, è risultata in notevole miglioramento nell'ospedale San Michele (da 1,19 nel 2015 a 1,26 nel 2016) e nell'ospedale Businco (da 1,10 nel 2015 a 1,12 nel 2016). Il dato aziendale in diminuzione risente dell'attività di scarso peso medio dei DRG pediatrici dell'ospedale Cao. Ha contribuito all'incremento del peso medio dei due ospedali la cospicua attività trapiantologica del San Michele e l'abbattimento dell'inappropriatezza di alcuni ricoveri, specialmente nell'ospedale Businco; infatti l'inappropriatezza è scesa dell'8% (dal 39% al 32%); complessivamente l'inappropriatezza si attesta al 14%.



Il miglioramento dell'appropriatezza assistenziale, a seguito di stretto monitoraggio dell'Azienda, con conseguenti linee guida e indicazioni, si è evidenziato anche con gli altri indicatori, DRG medici brevi e ricoveri ripetuti; entrambi gli indicatori hanno raggiunto gli standard richiesti.

Nell'anno 2018 l'attività di ricovero dell'AOB sarà in incremento a seguito dell'incorporazione, a decorrere dal 01/10/2017, delle unità operative di neurochirurgia e oculistica, provenienti, rispettivamente, dal presidio ospedaliero Marino e dal presidio ospedaliero Binaghi dell'Assl di Cagliari e, a decorrere dal 01/01/2018, del CTMO proveniente dal presidio ospedaliero Binaghi dell'Assl di Cagliari. Nell'anno 2016 le tre unità operative hanno erogato 2.513 prestazioni in regime di ricovero ordinario e diurno per un valore economico pari a € 8.003.000. Anche l'attività di specialistica ambulatoriale sarà in incremento a seguito dell'incorporazione delle tre unità operative suddette e della medicina nucleare proveniente dal presidio ospedaliero SS. Trinità dell'Assl di Cagliari. Nell'anno 2016 le quattro unità operative hanno prodotto 21.711 prestazioni di specialistica ambulatoriale per pazienti esterni per un valore economico pari a € 755.000.

3.1.2 Fattori endogeni

I fattori endogeni si distinguono in punti di forza e punti di debolezza, ossia tutte quelle variabili che fanno parte integrante del sistema Azienda e sulle quali è possibile intervenire per perseguire gli obiettivi. I punti di forza e di debolezza, infatti, sono propri del sistema in analisi e sono modificabili grazie alle politiche o agli interventi proposti dal decisore.

L'incorporazione degli stabilimenti ospedalieri Businco e Cao rappresenta ancora il principale fattore endogeno anche per il triennio 2018-2019-2020. Tale evento impone sviluppo di attitudini al cambiamento sia dal punto di vista strategico che organizzativo e necessita di un adeguato riposizionamento dell'AOB nel "mercato" sanitario.

Con delibera 38/12 del 28/7/2015 e successive la Giunta Regionale ha adottato il Programma di riorganizzazione della rete ospedaliera, in base al quale nell'ambito del DEA SUD per l'area territoriale SUD-EST l'AOB acquisisce i seguenti status:

- Presidio di II livello (centro HUB) per l'ospedale San Michele (elevata complessità di diagnosi e cura);
- Stabilimento di riferimento regionale per le patologie pediatriche e le malattie rare per l'ospedale Cao;
- Stabilimento di riferimento regionale per le patologie oncologiche per l'ospedale Businco.

3.1.3 Ambiente Esterno

I cosiddetti fattori esogeni sono solitamente distinti in opportunità e minacce. Tra questi figurano variabili esterne al sistema azienda che possono condizionarlo positivamente o negativamente. In quest'ultimo caso non è possibile intervenire direttamente sul fenomeno ma è opportuno predisporre strutture di controllo che individuino gli agenti esogeni e ne analizzino l'evoluzione al fine di prevenire gli eventi negativi e mettere a profitto quelli positivi. Le opportunità e i rischi derivano infatti dal contesto esterno e non sono quindi modificabili dal decisore (sono fuori delle sue possibilità di controllo).





L'Azienda, pur operando in un contesto regionale a scarsa densità abitativa, serve un bacino teorico di 600.000 abitanti per quanto riguarda l'attività di emergenza/urgenza e l'intera popolazione regionale con riferimento alle patologie oncologiche e pediatriche.

3.1.4 Analisi SWOT

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

<p>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 e rifunionalizzazione dei servizi• Dotazioni tecnologiche d'avanguardia in ambito diagnostico e terapeutico• Erogazione di prestazioni di particolare complessità chirurgica e medica con approccio multidisciplinare	<p>PUNTI DI DEBOLEZZA (contesto interno)</p> <ul style="list-style-type: none">• Necessità di interventi strutturali di riqualificazione ed adeguamento normativo sugli stabilimenti ospedalieri• Difficoltà nell'omogeneizzazione dei processi a seguito dell'incorporazione dei nuovi stabilimenti ospedalieri• Resistenza ai cambiamenti organizzativi e culturali anche a causa dell'elevata età media di alcune figure professionali
<p>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	<p>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 non sempre in linea con le capacità organizzative e culturali dell'Azienda (trasparenza, anticorruzione, digitalizzazione, ecc)• Incremento del contenzioso con l'utenza con un impatto economico conseguente alla medicina difensiva



3.2 OBIETTIVI STRATEGICI

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.

Al riguardo, occorre meglio precisare quanto previsto dalle disposizioni nazionali e regionali sopraccitate, volte a migliorare le performance e a perseguire l'efficienza dei fattori produttivi e dell'allocazione delle risorse delle aziende ospedaliere. Ciò, in quanto tali disposizioni condizionano fortemente la programmazione 2018/2020.

A livello regionale, 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 ultimi anni, 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. In particolare, nello stesso piano, articolato come un vero e proprio piano di rientro, vengono illustrate le azioni da intraprendere nel triennio 2016/2018, per ricondurre il sistema in equilibrio. In attuazione di detto piano, negli anni 2016 e 2017 gli obiettivi di razionalizzazione ed efficientamento sono stati declinati sulle Aziende sanitarie regionali, cui sono stati assegnati specifici target di risparmio, da realizzare secondo indirizzi specificati in più deliberazioni della Giunta Regionale riguardanti le varie aree di intervento. Per l'Azienda Ospedaliera Brotzu, le aree di intervento sono essenzialmente quelle del personale, della spesa farmaceutica, degli acquisti di altri beni e servizi sanitari e non sanitari e le azioni da porre in essere devono essere finalizzate al contenimento della spesa farmaceutica e, più in generale, all'efficientamento dell'organizzazione ospedaliera.

A livello nazionale, le disposizioni dell'art. 1, commi da 524 a 530, della legge 28 dicembre 2015 n.208 (Legge di stabilità 2016), stabiliscono che le aziende che presentano una o entrambe le seguenti condizioni:

- a) uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività, ai sensi dell'art. 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, pari o superiore al 10 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro,
- b) il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, devono presentare alla propria Regione di riferimento un piano di rientro di durata non superiore al triennio, contenente le misure atte al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale e al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta, al fine di superare ciascuno dei disallineamenti rilevati alle predette lettere a) e b).

Con la disposizione del comma 390 dell'art.1 della legge di bilancio 2017 n. 232 del 11.12.2016, i valori dello scostamento tra i costi e i ricavi che costituiscono il presupposto dei piani di rientro, precedentemente fissati nel 10% dei ricavi e, in valore assoluto, in 10 milioni di euro, sono stati ridotti, rispettivamente, al 7% e a 7 milioni di euro.

Con il Decreto del Ministero della Salute del 21 giugno 2016, "Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208," pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 15 luglio 2016, al fine di dare concreta attuazione alle predette disposizioni legislative, è stata definita la metodologia di valutazione dello scostamento di cui alla predetta lettera a), sono stati individuati gli ambiti assistenziali e i parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure di cui alla predetta lettera b) e, inoltre sono state definite le linee guida per la predisposizione dei piani di rientro aziendali.

Come sancito dalla DGR n. 63/44 del 25 novembre 2016, la valutazione effettuata sulla base dei dati di consuntivo 2015, ha evidenziato che con riferimento all'Azienda Ospedaliera Brotzu non sono state rilevate le condizioni previste dal D.M. 21 giugno 2016 per la sottoposizione obbligatoria ad un piano di rientro.



Peraltro, a tutt'oggi, non essendo stato formalmente accertato il livello di scostamento tra costi e ricavi relativi al 2016, non risulta ancora esattamente definito l'obiettivo economico dell'Azienda, né per il 2017, né per gli anni successivi. Pertanto, il presente documento, in continuità con i precedenti, individua obiettivi volti a garantire la razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse disponibili e a migliorare il livello di scostamento tra costi della produzione e correlativi ricavi, determinati con le metodologie del D.M. 21 giugno 2016.

Con riferimento agli obiettivi di produzione sanitaria, sulla base delle analisi degli ultimi dati epidemiologici e delle liste d'attesa, si è evidenziata l'esigenza per l'AOB di incrementare, nei limiti definiti a livello regionale, la produzione dell'attività delle specialità di cardiocirurgia, chirurgia vascolare, chirurgia tumorale, chirurgia addominale e pelvica e chirurgia bariatrica. Tale potenziamento dell'attività comporterà necessariamente una riorganizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie e del personale dedicato.

Coerentemente con la programmazione e gli indirizzi regionali, è previsto il potenziamento, non ancora stimabile allo stato attuale, delle attività di neurochirurgia, oculistica, medicina nucleare e CTMO, per effetto del trasferimento presso l'AOB delle unità operative provenienti dai presidi ospedalieri Marino, Bina-ghi e SS. Trinità di Cagliari.

E' stata inoltre rilevata l'esigenza di potenziare le misure già in atto finalizzate alla razionalizzazione e attivazione dei percorsi dei ricoveri fra gli istituti ospedalieri all'interno dell'Azienda.

Nell'ambito dell'area strategica di governo clinico, sono stati individuati obiettivi tendenti allo sviluppo di misure di razionalizzazione organizzativa, in parte già in atto soprattutto nell'area dei servizi, e al miglioramento del sistema di emergenza – urgenza, soprattutto pediatrica (dal mese di luglio 2016 è operativa la struttura di medicina d'urgenza pediatrica), ma anche obiettivi di appropriatezza, sicurezza e qualità delle cure (ulteriore implementazione e integrazione dei percorsi assistenziali, miglioramento delle performance aziendali, aumento dell'efficienza delle sale operatorie), nonché di sviluppo dei rapporti con le strutture del territorio per la gestione dei pazienti secondo percorsi condivisi.

Nell'area strategica di governo dei processi, sono stati individuati obiettivi che tendono al miglioramento della governance, a garantire maggiore trasparenza e sviluppo di misure di prevenzione della corruzione e a migliorare la rilevazione e circolazione dei dati clinici, mediante una sempre maggiore integrazione dei flussi informatizzati, e l'attento monitoraggio dell'attività (DGR 67/16 del 29.12.2015).

Nella tabella seguente sono indicati più specificatamente gli obiettivi che l'Azienda intende portare avanti nel prossimo triennio nell'ambito dell'obiettivo strategico generale di incremento dell'efficacia e dell'efficienza della produzione attraverso la revisione dei modelli organizzativi:

OBIETTIVO STRATEGICO	ARTICOLAZIONE DELL'OBIETTIVO STRATEGICO
Aumentare l'efficacia e l'efficienza della produzione attraverso la revisione dei modelli organizzativi	Identificare i percorsi di presa in carico dei pazienti secondo la complessità clinico-assistenziale
	Alte specialità chirurgiche: implementare le attività di alta complessità chirurgica in modo tale da soddisfare le domande e i bisogni (abbattere liste d'attesa)
	Migliorare l'efficienza organizzativa delle sale operatorie sfruttando al meglio le potenzialità dell'azienda
	Coordinare l'attività operatoria e la terapia intensiva
	Continuare lo sviluppo dell'informatizzazione aziendale, sia in ambito sanitario che amministrativo



Migliorare le performance aziendali rispetto agli obiettivi Regionali e al PNE
Adozione del piano di rientro sulla base delle disposizioni nazionali entro 90 giorni dall'approvazione della relativa DGR
Stimolare la sensibilità sui costi delle risorse utilizzate anche in funzione del nuovo contesto organizzativo
Trasparenza e prevenzione della corruzione (Delibera del Direttore Generale 734 del 28/03/2018)
Attività amministrativa, informatica, tecnica e sanitaria amministrativa
Attività di Staff della Direzione Generale

Nella tabella seguente l'obiettivo strategico è articolato nelle linee d'azione da intraprendere nei tre esercizi del presente programma:

	Articolazione dell'Obiettivo Strategico	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
1	Identificare percorsi di presa in carico dei pazienti secondo la complessità clinico-assistenziale	1) Applicazione dei PDTA già deliberati ed organizzazione di Audit Clinici periodici 2) Predisposizione di percorsi specifici di presa in carico dei pazienti (es. tumorali, trapiantati, pediatrici)	Ulteriore coinvolgimento delle Strutture implementando nuovi modelli di presa in carico e modelli organizzativi (Area chirurgica: Ambulatoriale chirurgica, Day surgery, week surgery, chirurgia d'elezione e chirurgia d'urgenza)	Consolidamento dei risultati e Processi di Auditing
2	Alte specialità chirurgiche: implementare le attività di alta complessità chirurgica in modo tale da soddisfare le domande e i bisogni (abbattere liste d'attesa)	Aumento delle attività chirurgiche di alta complessità: cardiocirurgia, chirurgia vascolare, chirurgia dei tumori (mammella, polmone, colon-retto, fegato, pancreas, utero e annessi), chirurgia bariatrica	Consolidamento e mantenimento dell'attività	Consolidamento e mantenimento dell'attività
3	Migliorare l'efficienza organizzativa delle sale operatorie sfruttando al meglio le potenzialità dell'azienda	1) Proseguimento nell'aumento delle attività chirurgiche nelle sale operatorie dei tre istituti ospedalieri 2) Perseguimento dell'aumento dell'efficienza nell'impiego delle sale operatorie.	1) Definizione delle regole di funzionamento delle sale operatorie e di responsabilità. 2) Creazione del modello Week Surgery presso lo stabilimento Businco sulla base degli indirizzi regionali e implementazione delle attività di Day surgery e Chirurgia Ambulatoriale	Consolidamento dei risultati e ulteriore miglioramento
4	Coordinare l'attività operatoria e la terapia intensiva	1) Pianificazione e coordinamento tra attività chirurgica in elezione delle diverse strutture. 2) Definizione di posti letto di Terapia Intensiva a supporto della chirurgia elettiva (es. cardiocirurgia). 3) Definizione di percorsi per pazienti cronici postoperatori in Terapia Intensiva (es. pazienti post cardiocirurgici che cronicizzano)	Attivazione di posti letto di Terapia Intensiva a supporto della chirurgia in elezione e urgenza.	Consolidamento dei risultati
5	Continuare lo sviluppo dell'informatizzazione aziendale, sia in ambito sanitario che amministrativo	1) Completamento della informatizzazione delle attività di utilizzo di Order Entry (richieste informatiche e refertazione per pazienti ricoverati), Cup Web, ricetta dematerializzata. 2) Implementazione utilizzo del SIO per le Liste d'attesa e per la gestione delle attività operatorie (programmazione liste operatorie, SOweb) secondo le nuove Linee Guida ministeriali. 3) Attivazione di procedure per il monitoraggio continuo delle attività e dei ricavi aziendali ai fini del rispetto del piano di rientro	Consolidamento e ulteriore miglioramento	Consolidamento e ulteriore miglioramento



	Articolazione dell'Obiettivo Strategico	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
6	Migliorare le performance aziendali rispetto agli obiettivi Regionali e al PNE	<ol style="list-style-type: none">1) Miglioramento delle criticità di alcuni indicatori rilevati negli anni precedenti (Rapporto DRG chirurgici sul totale dei DRG).2) Riduzione dei 108 DRG potenzialmente inappropriati.3) Miglioramento dell'appropriatezza della codifica delle SDO con la formazione specifica del Personale Medico	Proseguimento della formazione	Proseguimento della formazione
7	Stimolare la sensibilità sui costi delle risorse utilizzate anche in funzione del nuovo contesto organizzativo	<ol style="list-style-type: none">1) Assegnazione di obiettivi di budget economico in particolare con riferimento alla spesa farmaceutica per il mantenimento promozione del ricorso all'utilizzo dei farmaci biosimilari a minor costo terapia, razionalizzazione della prescrizione di farmaci oncologici ed oncoematologici ad alto costo, mantenimento costo medio terapia per paziente per pazienti affetti da sclerosi multipla.2) Mantenimento dei livelli delle rimanenze di beni sanitari.3) Assegnazione di obiettivi di budget economico con riferimento all'utilizzo razionale dei dispositivi medici.4) Assegnazione di obiettivi con riferimento al recupero dei rimborsi dalle case farmaceutiche.5) Razionalizzazione delle procedure di rilevazione dei fabbisogni di beni e servizi.6) Assegnazione di obiettivi finalizzati al rispetto delle tempistiche di realizzazione di lavori di rilevanza strategica7) Assegnazione di obiettivi relativi alla gestione delle risorse umane, strumentali e logistiche ai Capi Dipartimento.	Consolidamento	Consolidamento
8	Trasparenza e prevenzione della corruzione (Delibera del Direttore Generale 734 del 28/03/2018)	<ol style="list-style-type: none">1) Monitoraggio dati su obblighi di pubblicazione (Comunicazione al Direttore Generale entro il 31/12/2018).2) Costituzione di 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 30/5/2018.3) Programmazione annuale beni e servizi entro il 31/10/2018.4) Revisione codice di comportamento (Costituzione tavolo tecnico per la definizione dei contenuti oggetto della revisione)5) Studio fattibilità per definire il programma di rotazione del personale delle aree più a rischio entro il 31/12/2018.6) Definizione di un tavolo per la definizione delle azioni di coinvolgimento della cittadinanza (Costituzione tavolo tecnico per la definizione delle azioni di coinvolgimento della cittadinanza)	<ol style="list-style-type: none">1) Monitoraggio dati su obblighi di pubblicazione (Comunicazione al Direttore Generale entro il 31/12/2018).2) Definizione di una procedura per il controllo delle scadenze contrattuali.3) Procedura per il ricorso ad accordi quadro per la verifica di quelli già in essere.4) Revisione codice di comportamento (Avvio "procedura aperta alla partecipazione" – Adozione codice)5) Avvio rotazione del personale6) Definizione di un tavolo per la definizione delle azioni di coinvolgimento della cittadinanza (Individuazione delle strutture coinvolte e priorità delle azioni da intraprendere).7) Organizzazione giornate della trasparenza e/o altri eventi di oggetto simile.	<ol style="list-style-type: none">1) Monitoraggio dati su obblighi di pubblicazione (Comunicazione al Direttore Generale entro il 31/12/2018).2) Obblighi di comunicazione/informazione al RPC3) Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati o con le associazioni di categoria4) Revisione codice di comportamento (monitoraggio)5) Definizione di un tavolo per la definizione delle azioni di coinvolgimento della cittadinanza (Avvio delle azioni).6) Avvio delle azioni di coinvolgimento della cittadinanza.7) Organizzazione giornate della trasparenza e/o altri eventi di oggetto simile.



	Articolazione dell'Obiettivo Strategico	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
		za). 7) Organizzazione giornate della trasparenza e/o altri eventi di oggetto simile.		
9	Attività amministrativa, informatica, tecnica e sanitaria amministrativa	<p>1) Riconciliare trimestralmente la contabilità sezionale cespiti con la contabilità generale.</p> <p>2) Completamento del percorso PAC – Redigere un Regolamento sulle Rimanenze e integrazione del Regolamento sulle Immobilizzazioni (fuori uso) entro il 31/12/2018.</p> <p>3) Implementare contabilità costi standard N.I.San: Step 2 entro il 31/12/2018.</p> <p>4) Rispettare i termini di invio dei modelli LA, CE e SP all'Assessorato.</p> <p>5) Monitorare i consumi dei prodotti farmaceutici.</p> <p>6) Contabilizzazione dei lavori in corso – Riconciliare trimestralmente le scritture del mastro "Immobilizzazioni in corso".</p> <p>7) Riconciliazione delle risultanze del libro cespiti con la contabilità generale – Inviare entro il 31/1/2019 alla SC Contabilità, Bilancio e controllo di gestione le risultanze, debitamente sottoscritte, del registro dei cespiti ammortizzabili per consentire la quadratura e se necessario correggerne eventuali differenze.</p> <p>8) Definire una congrua procedura per la liquidazione delle fatture nel rispetto dei termini di pagamento delle stesse entro il 31/12/2018.</p> <p>9) Monitorare trimestralmente la gestione della cassa.</p> <p>10) Revisione del Regolamento ticket con contenuti congrui entro il 31/12/2018.</p> <p>11) Redigere congrue procedure amministrative o tecniche entro il 31/12/2018.</p> <p>12) Recupero crediti. Attivare le verifiche sulle casistiche dell'art. 16 del Regolamento Ticket nonché verificare i crediti di qualunque natura.</p> <p>13) Redigere un piano di stabilizzazione del precariato entro il 31/12/2018.</p> <p>14) Redigere il piano del fabbisogno di personale entro il 31/12/2018</p> <p>15) Supportare la Direzione nella definizione della contrattazione integrativa e dei fondi</p> <p>16) Gestire lo sviluppo del personale e i percorsi di carriera</p> <p>17) Aggiornare il repertorio di contratti e convenzioni entro il 31/12/2018</p> <p>18) Redigere regolamenti non rientranti nelle specifiche competenze di altri servizi</p>	<p>1) Riconciliare trimestralmente la contabilità sezionale cespiti con la contabilità generale.</p> <p>2) Rispetto del Regolamento.</p> <p>3) Contabilità costi standard: Step 3.</p> <p>4) Rispettare i termini di invio dei modelli LA, CE e SP all'Assessorato.</p> <p>5) Monitorare i consumi dei prodotti farmaceutici.</p> <p>6) Contabilizzazione dei lavori in corso – Riconciliare trimestralmente le scritture del mastro "Immobilizzazioni in corso".</p> <p>7) Riconciliazione delle risultanze del libro cespiti con la contabilità generale – Inviare entro il 31/1/2020 alla SC Contabilità, Bilancio e controllo di gestione le risultanze, debitamente sottoscritte, del registro dei cespiti ammortizzabili per consentire la quadratura e se necessario correggerne eventuali differenze.</p> <p>8) Definire una congrua procedura per la liquidazione delle fatture nel rispetto dei termini di pagamento delle stesse entro il 30/9/2018.</p> <p>9) Monitorare trimestralmente la gestione della cassa.</p> <p>12) Recupero crediti. Attivare le verifiche sulle casistiche dell'art. 16 del Regolamento Ticket nonché verificare i crediti di qualunque natura.</p> <p>14) Redigere il piano del fabbisogno di personale entro il 31/12/2018</p> <p>15) Supportare la Direzione nella definizione della contrattazione integrativa e dei fondi</p> <p>16) Gestire lo sviluppo del personale e i percorsi di carriera</p> <p>17) Aggiornare il repertorio di contratti e convenzioni entro il 31/12/2019</p> <p>18) Redigere regolamenti non rientranti nelle specifiche competenze di altri servizi</p>	<p>1) Riconciliare trimestralmente la contabilità sezionale cespiti con la contabilità generale.</p> <p>2) Rispetto del Regolamento.</p> <p>3) Contabilità costi standard: Step 4.</p> <p>4) Rispettare i termini di invio dei modelli LA, CE e SP all'Assessorato.</p> <p>5) Monitorare i consumi dei prodotti farmaceutici.</p> <p>6) Contabilizzazione dei lavori in corso – Riconciliare trimestralmente le scritture del mastro "Immobilizzazioni in corso".</p> <p>7) Riconciliazione delle risultanze del libro cespiti con la contabilità generale – Inviare entro il 31/1/2021 alla SC Contabilità, Bilancio e controllo di gestione le risultanze, debitamente sottoscritte, del registro dei cespiti ammortizzabili per consentire la quadratura e se necessario correggerne eventuali differenze.</p> <p>8) Definire una congrua procedura per la liquidazione delle fatture nel rispetto dei termini di pagamento delle stesse entro il 30/9/2018.</p> <p>9) Monitorare trimestralmente la gestione della cassa.</p> <p>12) Recupero crediti. Attivare le verifiche sulle casistiche dell'art. 16 del Regolamento Ticket nonché verificare i crediti di qualunque natura.</p> <p>14) Redigere il piano del fabbisogno di personale entro il 31/12/2018</p> <p>15) Supportare la Direzione nella definizione della contrattazione integrativa e dei fondi</p> <p>16) Gestire lo sviluppo del personale e i percorsi di carriera</p> <p>17) Aggiornare il repertorio di contratti e convenzioni entro il 31/12/2021</p> <p>18) Redigere regolamenti non rientranti nelle specifiche competenze di altri servizi</p>



	Articolazione dell'Obiettivo Strategico	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
		<p>19) Predisporre attività correlate all'avvio delle attività di organi e organismi istituzionali</p> <p>20) Supportare i processi di dematerializzazione</p> <p>21) Verificare la compatibilità, prima dell'installazione, tra le apparecchiature elettromedicali e biomedicali e le strutture e gli impianti esistenti.</p> <p>22) Elaborare i documenti di gara</p>	<p>19) Predisporre attività correlate all'avvio attività di organi e organismi istituzionali</p> <p>20) Supportare i processi di dematerializzazione</p> <p>21) Verificare la compatibilità, prima dell'installazione, tra le apparecchiature elettromedicali e biomedicali e le strutture e gli impianti esistenti.</p> <p>22) Elaborare i documenti di gara</p>	<p>Predisporre attività correlate all'avvio delle attività di organi e organismi istituzionali</p> <p>20) Supportare i processi di dematerializzazione</p> <p>21) Verificare la compatibilità, prima dell'installazione, tra le apparecchiature elettromedicali e biomedicali e le strutture e gli impianti esistenti.</p> <p>22) Elaborare i documenti di gara</p>
10	Attività di Staff della Direzione Generale	<p>1) Analizzare i fabbisogni formativi per l'anno 2019 entro il 30/11/2018 fornendo alla Direzione Generale una congrua Relazione.</p> <p>2) Redigere la proposta di progetto formativo aziendale 2019 entro il 30/11/2018.</p> <p>3) Mantenere l'accreditamento standard per l'anno 2019.</p> <p>4) Attuare del piano formativo aziendale 2018.</p> <p>5) Migliorare la qualità dei dati della sorveglianza delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) e degli aborti spontanei (SPO).</p> <p>6) Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione.</p> <p>7) Produrre consulenze legali per le Strutture aziendali.</p> <p>8) Condurre attività legale di conciliazione a favore dell'Azienda.</p> <p>9) FSC 2014/2020 – Attivare procedure per piastra tecnologica Emergenza-Urgenza P.O. S. Michele. Rispetto cronoprogramma 2018 (deliberazione DG n. 958 del 9/5/2017) entro il 31/7/2018.</p> <p>10) Proseguire il Progetto di formazione Prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze.</p> <p>11) Tenere le riunioni periodiche di cui all'art. 35 del D.Lgs. n. 81/2008.</p> <p>12) 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 31/12/2018.</p> <p>13) Redigere la Carta dei Servizi a seguito dell'adozione del nuovo Atto Aziendale entro il 31/12/2018.</p> <p>14) Verificare la percezione della qualità delle prestazioni erogate: avviare la raccolta di informazioni volta alla customer satisfaction.</p> <p>15) Gestire le pratiche di infortunio.</p> <p>16) Monitorare il budget assegnato ai Dipartimenti per le attività di formazione e aggiornare</p>	<p>1) Analizzare i fabbisogni formativi per l'anno 2020 entro il 30/11/2019 fornendo alla Direzione Generale una congrua Relazione.</p> <p>2) Redigere la proposta di progetto formativo aziendale 2020 entro il 30/11/2019.</p> <p>3) Mantenere l'accreditamento standard per l'anno 2020.</p> <p>4) Attuare del piano formativo aziendale 2019.</p> <p>7) Produrre consulenze legali per le Strutture aziendali.</p> <p>8) Condurre attività legale di conciliazione a favore dell'Azienda.</p> <p>9) FSC 2014/2020 – Attivare procedure per piastra tecnologica Emergenza-Urgenza P.O. S. Michele. Rispetto cronoprogramma 2019 (deliberazione DG n. 958 del 9/5/2017) entro il 31/7/2018.</p> <p>13) Eventuale aggiornamento</p> <p>14) Verificare la percezione della qualità delle prestazioni erogate: predisposizione di una apposita scheda per gli stakeholder.</p> <p>15) Migliorare la gestione delle pratiche di infortunio.</p> <p>16) Monitorare il budget assegnato ai Dipartimenti per le attività di formazione e aggiornare</p>	<p>1) Analizzare i fabbisogni formativi per l'anno 2021 entro il 30/11/2020 fornendo alla Direzione Generale una congrua Relazione.</p> <p>2) Redigere la proposta di progetto formativo aziendale 2021 entro il 30/11/2020.</p> <p>3) Mantenere l'accreditamento standard per l'anno 2021.</p> <p>4) Attuare del piano formativo aziendale 2020.</p> <p>7) Produrre consulenze legali per le Strutture aziendali.</p> <p>8) Condurre attività legale di conciliazione a favore dell'Azienda.</p> <p>9) FSC 2014/2020 – Attivare procedure per piastra tecnologica Emergenza-Urgenza P.O. S. Michele. Rispetto cronoprogramma 2020 (deliberazione DG n. 958 del 9/5/2017) entro il 31/7/2018.</p> <p>13) Eventuale aggiornamento</p> <p>14) Verificare la percezione della qualità delle prestazioni erogate.</p> <p>15) Mantenere l'efficienza nella gestione delle pratiche di infortunio.</p> <p>16) Monitorare il budget assegnato ai Dipartimenti per le attività di formazione e aggiornare</p>



Articolazione dell'Obiettivo Strategico	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
	<p>namento.</p> <p>17) Svolgere l'attività necessaria alla negoziazione degli obiettivi di budget.</p> <p>18) Supportare l'utilizzo delle procedure informatiche (CUP, ADT/SOWEB), il rispetto della scadenza chiusura SDO, la verifica della completezza e congruità delle SDO e l'appropriatezza delle codifiche SDO.</p> <p>19) Svolgere gli audit per il Piano Nazionale Esiti</p>	<p>giornamento.</p> <p>17) Svolgere l'attività necessaria alla negoziazione degli obiettivi di budget.</p> <p>18) Supportare l'utilizzo delle procedure informatiche (CUP, ADT/SOWEB), il rispetto della scadenza chiusura SDO, la verifica della completezza e congruità delle SDO e l'appropriatezza delle codifiche SDO.</p> <p>19) Svolgere gli audit per il Piano Nazionale Esiti</p>	<p>namento.</p> <p>17) Svolgere l'attività necessaria alla negoziazione degli obiettivi di budget.</p> <p>18) Supportare l'utilizzo delle procedure informatiche (CUP, ADT/SOWEB), il rispetto della scadenza chiusura SDO, la verifica della completezza e congruità delle SDO e l'appropriatezza delle codifiche SDO.</p> <p>19) Svolgere gli audit per il Piano Nazionale Esiti</p>

	INDICATORI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA / STRUTTURA	TARGET 2018
1.1	Organizzare Audit Clinici periodici per i PDTA già deliberati: N° audit eseguiti	4
1.2	Predisporre percorsi di presa in carico dei pazienti secondo la complessità clinico assistenziale: n° percorsi predisposti	Da definire
2.1	N° DRG alta complessità / N° DRG ordinari tot.	+ 0.5 % rispetto allo storico
2.2	Peso medio TOTALE (sec DGR 1/14 del 2015 All. A)	+ 0.1% rispetto allo storico
2.3	Peso medio DRG ORDINARIO (sec DGR 1/14 del 2015 All. A)	+ 0.1% rispetto allo storico
2.4	Peso medio DRG DH/DS (sec DGR 1/14 del 2015 All. A)	+ 0.05% rispetto allo storico
2.5	Indice di Operatività (N DRG chirurgici / N DRG tot.)	+ 0.2% rispetto allo storico
2.6	% DRG chirurgici ordinari sul totale dei DRG ordinari	+ 0.2% rispetto allo storico
2.7	Degenza Media - ORDINARIO acuti	7gg
2.8	Degenza Media Pre-operatoria	- 0.5% rispetto allo storico
2.9	Indice di occupazione ORD acuti (sec DGR 1/14 del 2015 All. A)	>80%
2.10	% DRG ORD PI su TOT DRG ORD (sec DGR 1/14 del 2015 All. A)	< 29% (vedi griglia LEA)
2.11	% DH DIAGNOSTICI (sul totale dei DH medici)	<24
2.12	% DRG ORD MEDICI BREVI (0-2gg) sul tot dei ricoveri ORD MEDICI	23%
2.13	% PI in DS / Tot CHIRURGICI PI (ORD+DS)	85%
2.14	ICM (Indice di Case Mix)	>1.12
2.13	ICP (Indice Comparativo di Performance)	< o = 0,95
3.1	Numero di sedute anestesologiche pomeridiane programmate	+5%
3.2	N° interventi chirurgici programmati pomeridiani	+5%
5.1	% di Utilizzo Order Entry: N prestazioni refertate/ Numero prestazioni richieste *100	100%
5.2	% Utilizzo Soweb: Numero interventi chiusi / numero totale interventi in Soweb *100	100%
5.3	% Utilizzo CUP web: Numero prestazioni prenotate / Numero prestazioni erogate in CUPweb *100	100%
5.4	% utilizzo Liste d'attesa: Numero ricoveri programmati presenti in lista d'attesa/ numero ricoveri programmati eseguiti *100	100%
5.5	Numero prestazioni prenotate in Agenda ALPI/ Numero prestazioni ALPI totali	100%
5.6	N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo a quello di riferimento/ N SDO totali	100%
5.7	N° schede SDO DH ciclici chiuse entro il 15 gennaio dell'anno successivo/ N° tot schede DH ciclici.	100%
6.1	N° ricoveri in DH medico con finalità diagnostiche/ N° ricoveri in DH medico *100	<=23%
6.2	N° ricoveri ordinari medici brevi/ N° di ricoveri ordinari medici *100	<=17%
6.3	N° ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG LEA chirurgici / N° totale di ricoveri per i DRG LEA chirurgici *100	>=87%
6.4	Frattura del femore operate entro 2 gg (paz >65 anni)	100%
6.5	% DRG ordinari a rischio inappropriatezza	<=30%
6.6	IMA trattati con PTCA entro 2 gg	>60%
6.7	% Parti cesarei primari	-5% rispetto allo storico
6.8	Miglioramento degli esiti del monitoraggio della griglia LEA	vedi punteggio Griglia LEA
6.9	Valutazione appropriatezza cartelle cliniche: N. cartelle appropriate/N. tot. cartelle campionate * 100	100%
7.1	Costo medio paziente delle terapie di sclerosi multipla	<= 8.900
7.2	Consumo Somatropina Biosimilare/ Consumo Somatropina	>= 40%
7.3	Consumo Epoietina Biosimilare/ Consumo Epoietina	>=60%
7.4	Consumo Filgrastim Biosimilare/ Consumo Filgrastim	>=60%
7.5	Consumo Farmaci fuori PTR/ tot consumo di Farmaci	<=10%
7.6	N° schede AIFA chiuse entro 30 giorni dalla fine del trattamento/ Totale schede AIFA	100%



	INDICATORI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA / STRUTTURA	TARGET 2018
8.1	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
8.2	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
8.3	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
8.4	(N. verbali di contenuto congruo all'oggetto inviati al RPC / N. incontri) *100	100%
8.5	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
8.6	(N. verbali di contenuto congruo all'oggetto inviati al RPC / N. incontri) *100	100%
8.7	N. giornate della trasparenza e/o altri eventi simili organizzati	4
9.1	N. reports quadrati al giorno 15 di ciascun trimestre	4
9.2	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
9.3	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
9.4	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
9.5	N. reports di monitoraggio	3
9.6	N. reports inviati alla SC Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione con i contenuti previsti dall'apposito regolamento (pag. 6-7)	4
9.7	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
9.8	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
9.9	N. reports inviati alla Direzione Amministrativa	4
9.10	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
9.11	N. procedure congrue predisposte entro il 31/12/2018	2
9.12	(N. pratiche di recupero attivate dagli Uffici / N. pratiche esistenti al 31/12/2017) *100	50%
9.13	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
9.14	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
9.15	(N. Accordi integrativi e Fondi redatti / N. Accordi integrativi e Fondi da redigere) *100	100%
9.16	(N. schede di valutazione annuale professionale e gestionale anno 2017 inviate/ N. schede di valutazione annuale professionale e gestionale anno 2017 da inviare) *100	100%
9.17	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
9.18	(N. Regolamenti predisposti / N. Regolamenti richiesti dalle Direzioni) *100	
9.19	(N. attività svolte / N. attività richieste) *100	0
9.20	(N. utenze da abilitare / N. utenze abilitate) *100	100%
9.21	(N. verbali di verifica della compatibilità / N. apparecchiature installate) *100	100%
9.22	(N. documenti elaborati / N. gare) *100	100%
10.1	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
10.2	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
10.3	N. documenti e atti prodotti / N. documenti richiesti per il mantenimento dello standard (x 100)	100%
10.4	N. corsi programmati / N. corsi realizzati (x 100)	100%
10.5.1	(N. modelli D11 e D12 trasmessi entro i termini / N. modelli totali anno) *100	>=70%
10.5.2	(N. campi compilati modelli D11 e D12 / N. campi totale) *100	>=89%
10.6.1	(N. record flussi A, C, F dell'intero anno 2017 trasmessi entro i termini / N. totale record flussi A, C, F 2017) *100	>=95%
10.6.2	(N. errori di 1° e 2° livello rilevati per i flussi A, C, F dell'intero anno 2017 al termine previsto / N. totale dei record flussi F 2017 (x 100)	<=5%
10.7	(N. Consulenze rese / N. Consulenze richieste) *100	100%
10.8	N. conciliazioni effettuate	5
10.9	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
10.10	(N. dipendenti formati / N. dipendenti da formare come da progetto) *100	100%
10.11	N. riunioni	4
10.12	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
10.13	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
10.14	Step 1	Vedi focus 3.4 1)
10.15	(N. pratiche chiuse al 31/12/2018 / N. infortuni avvenuti nel 2018) *100	50%
10.16	N. reports trimestrali inviati ai Direttori di Dipartimento	4
10.17	(N. sedute di negoziazione / N. strutture di rango budgetario) *100	100%
10.18	N. di azioni svolte	165
10.19	N. audit effettuati nell'anno	4

3.4 FOCUS SU DUE OBIETTIVI STRATEGICI CON DECORRENZA ANNO 2018

A partire dal 2018 l'AOB ha deciso di implementare tipologie di attività strategiche:

1) Customer Satisfaction

L'AOB intende avviare la raccolta di informazioni volta alla customer satisfaction e alla rendicontazione sociale. L'obiettivo prevede la raccolta di informazioni (economiche e sanitarie da rielaborare - secondo i principi internazionali di rendicontazione sociale - per poterle comunicare a terzi secondo un linguaggio



non tecnico e facilmente comprensibile alle diverse categorie di stakeholder), l'identificazione e il coinvolgimento degli stakeholder (predisporre un'apposita scheda per ciascuna tipologia di stakeholder) entro il 31/12/2019.

2) Benchmarking

Con l'intenzione di superare le anacronistiche attività di budget "a base storica" o "spesa/tariffato" – che per l'incongruenza insita nelle tariffe non permette un serio confronto tra fattori produttivi specifici (per esempio: non si può mettere a confronto la spesa per dispositivi sanitari con la tariffa che non distingue tra fattori produttivi) – questa Amministrazione ritiene sia giunto il momento di lavorare con il sistema dei "costi standard" secondo la metodologia internazionale del Healthcare Patient Costing (HPC). L'HPC rappresenta il riferimento internazionale per la determinazione dei costi standard delle prestazioni e dei "prodotti" in Sanità, ciò presuppone tre punti fondamentali: il costo per utente; l'analisi organizzativa (activity costing); l'adozione della tecnica budgetaria dell'HealthActivity-based Costing. Il costo standard rappresenta al contempo una regola-obiettivo (il costo al quale tendere) e una misura, rappresentando dunque un parametro/valore di riferimento verso il quale tendere e mediante il quale comprendere e avviare giudizi sugli eventi gestionali (costi, volumi di attività, proventi ecc.).

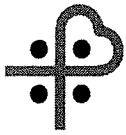
Nella convinzione che questa strada rappresenti non già il futuro, bensì l'attualità del Controllo di Gestione per una Sanità in costante divenire e con sempre più stretti vincoli di bilancio, l'Amministrazione intende aderire al Network Italiano Sanitario (N.I.San.) composto da 21 tra Aziende Ospedaliere, Aziende Sanitarie Locali e IRCCS (in totale 34 ospedali) che da qualche anno implementano il Budgeting Optimization Project (BOP), ovvero condividono costi standard, indicatori e risultati in rete, nell'ottica del benchmarking. Grazie al network i partecipanti hanno costruito strumenti metodologico-operativi che consentono di migliorare le modalità per realizzare i budget non in un'ottica burocratica ("tagli lineari") ma mediante l'activity-based budgeting (ABB), attraverso il concreto utilizzo dei costi standard del N.I.San. Non solo, i risultati scaturiti dall'utilizzo dell'ABB hanno consentito alle diverse Direzioni Strategiche di prendere delle decisioni migliori circa l'allocazione delle risorse aziendali.

4 DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

All'interno della logica di albero della performance, ogni obiettivo strategico stabilito nella fase precedente è articolato in obiettivi operativi che vengono assegnati dalla Direzione Aziendale ai responsabili di Dipartimento che a loro volta ribaltano gli obiettivi alle Strutture ad esso afferenti. Si precisa che le azioni strategiche a base del presente Piano rispecchiano la connessione tra la pianificazione della performance e la programmazione economica-finanziaria e di bilancio.

4.1 OBIETTIVI ANNUALI

Vedi le tabelle degli indicatori sopra riportati.



4.2 COLLEGAMENTO CON IL SISTEMA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE E CON GLI OBIETTIVI ASSEGNATI AL PERSONALE DIRIGENZIALE.

Tale collegamento avviene attraverso la declinazione degli obiettivi di struttura (performance organizzativa) in obiettivi individuali (performance individuale) secondo il regolamento aziendale di cui alla deliberazione n. 1501 del 1/10/2013 e dei relativi protocolli applicativi (deliberazioni n. 538 del 4/4/2014 per il personale non dirigente, n. 606 del 9/4/2014 per la dirigenza SPTA e n. 781 del 13/5/2014 per la dirigenza medica).

5 PROCESSO SEGUITO E AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

5.1 FASI, SOGGETTI E TEMPI DEL PROCESSO DI REDAZIONE DEL PIANO

Il Comitato di budget, sulla base della programmazione strategica Aziendale, individua gli obiettivi specifici dei centri di responsabilità ed i risultati da conseguire ed organizza appositi incontri di negoziazione con i singoli responsabili. Le negoziazioni seguono l'articolazione dei Centri di Responsabilità che corrispondono all'Atto aziendale ed all'organigramma consolidato.

Al fine di rendere possibile il conseguimento degli obiettivi di livello strategico, il Direttore Generale individua, negozia ed assegna ai Direttori di Dipartimento obiettivi di macrostruttura nell'assolvimento delle funzioni di coordinamento e di raccordo delle attività svolte dalle singole Strutture.

Coerentemente con gli obiettivi strategici, i responsabili delle macrostrutture partecipano all'attribuzione degli obiettivi specifici alle Strutture afferenti.

In seguito alla predisposizione delle proposte di obiettivi specifici da parte del CdR, avviene la negoziazione e l'assegnazione formale degli obiettivi a livello di ciascuna Struttura.

Gli obiettivi vengono formalizzati nella scheda di budget predisposta per ogni centro di responsabilità, per essere sottoscritta congiuntamente dalla Direzione, da Direttore di Dipartimento e dal titolare del CdR stesso.

La negoziazione del budget verte sulle risorse assegnate, sugli obiettivi specifici da raggiungere nel corso dell'anno di riferimento, nonché sulla scelta degli indicatori più adatti ed i correlati valori cardine di riferimento (Valore Atteso e Valore Minimo Accettabile).

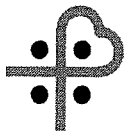
Nelle annualità iniziali, ovvero fin quando il sistema è a regime, i Direttori di Dipartimento sono affiancati dal Comitato di Budget per stabilire gli obiettivi e le modalità di declinazione degli stessi in specifici target di struttura ai fini della successiva negoziazione con i singoli responsabili di Struttura, assolvendo alla funzione di raccordo e di coordinamento per le attività che saranno discusse da ogni CdR afferente sì da garantire nel tempo l'integrazione ed il buon funzionamento del Dipartimento.

Si realizzeranno i seguenti Livelli di negoziazione:

1° Livello: la Direzione negozia con i Direttori di Dipartimento;

2° Livello: i Direttori di Dipartimento negoziano il budget direttamente con le Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali ad essi afferenti.

I preposti servizi garantiscono in ambedue i livelli il supporto tecnico alle negoziazioni; ad essi, inoltre, è attribuito il compito del "monitoraggio" continuo dei risultati e l'allerta sugli interventi correttivi eventualmente da assumere dal CdR medesimo.



Nell'ipotesi in cui da una verifica intermedia si dovesse riscontrare l'impossibilità di raggiungere uno o più obiettivi per motivazioni espresse dal Direttore della Struttura, ritenute accoglibili dalla Direzione Aziendale, viene attivata una procedura di revisione.

Ogni Responsabile di Struttura a sua volta predispone le schede individuali di valutazione del personale assegnando obiettivi per aree omogenee di attività su apposite schede di facile compilazione. Per calcolare il "punteggio differenziale" della flessibilità, sono allestite griglie parzialmente precompilate, chiedendo ai partecipanti di completarle in funzione delle loro esigenze.

Alla conclusione del processo di valutazione si procede con la rendicontazione dei risultati alla Direzione Strategica, ai competenti Organi esterni, ai cittadini interessati, agli utenti, agli stakeholder.

La rappresentazione sinottica del Ciclo di Gestione della Performance è sintetizzata nella tabella sottostante che ne rappresenta le fasi:

ATTIVITA'		SOGGETTI COINVOLTI				
FASI DEL PROCESSO	TERMINE	Comitato di Budget	S.T.P.	O.I.V.	DIRETTORE DIPARTIMENTO	DIRETTORE/ RESPONSABILE DI STRUTTURA
Definizione obiettivi strategici, precisazione degli <i>output</i> od <i>outcome</i>	28/02/2018	C	-	-	-	-
Predisposizione delle schede di Budget	09/03/2018	C	C	I	-	-
Predisposizione delle schede di performance individuale dei Direttori di Dipartimento	09/03/2018	C	C	I	-	-
Negoziante Schede di Budget Dipartimento (Sia organizzativa che individuale)	19/03/2018	C	C	I	C	I
Presentazione degli obiettivi del Dipartimento alle strutture afferenti	20/03/2018	-	-	-	C	C
Presentazione delle schede individuali dei Direttori/Responsabili di Struttura	20/03/2018	-	-	-	C	C
Sottoscrizione e consegna delle schede negoziate del Dipartimento alla Direzione Generale	25/03/2018	C	I	-	C	I
Predisposizione delle schede di Budget per struttura e negoziazione delle stesse con i Direttori/Responsabili afferenti allo stesso.	13/04/2018	I	C	I	C	C
Ricognizione da parte del Direttore di Dipartimento delle schede sottoscritte delle Strutture afferenti e consegna alla direzione Generale	30/04/2018	C	C	I	C	C
Negoziante delle schede di Valorizzazione Individuale preventiva	30/04/2018	-	I	-	I	C
Eventuali richieste di revisione di Obiettivi	30/09/2018	-	C	C	C	C
Redazione e Consegna relazione annuale	28/02/2019	-	C	C	C	C
Chiusura schede individuali	28/02/2019	-	I	I	C	C
Calcolo risultati di Budget 2018						

Le tempistiche indicate in tabella risultano essere indicative in quanto alla data della redazione del presente PP la procedura di attribuzione degli incarichi di struttura è ancora in essere.

5.2 COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E DI BILANCIO

La definizione degli obiettivi nell'ambito del PP è avvenuta in modo integrato con il processo di programmazione e di bilancio economico previsionale e pluriennale, attraverso l'inclusione all'interno del PP degli obiettivi strategici ivi previsti.



E' stata posta particolare attenzione al collegamento tra gli obiettivi strategici e operativi e le risorse finanziarie aziendali e/o regionali, umane e strumentali, evitando incoerenza e disallineamento tra gli obiettivi previsti e le risorse utili al loro conseguimento.

5.3 AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

L'adozione del PP rappresenta il punto di partenza del ciclo di gestione delle performance dell'AOB. Tale Piano è dinamico e può essere aggiornato periodicamente, anche in corso d'anno, nell'ottica del miglioramento continuo della gestione delle performance.

Sempre in tale ottica si segnalano le seguenti azioni:

- è stato costituito l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) per garantire la correttezza e il regolare funzionamento del sistema di misurazione e valutazione della performance;
- è in animo dell'Amministrazione redigere un Manuale delle procedure operative della Pianificazione Programmazione e controllo strategico, direzionale e operativo nonché la revisione del regolamento che disciplina il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa e individuale;
- il PP include gli obiettivi del Piano aziendale anticorruzione e per l'integrità e la trasparenza, anch'essi declinati in performance organizzative e individuali;
- il PP sarà pubblicato nel sito internet aziendale.



