



PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE

2019 - 2021



Sommario

PREMESSA.....	3
1 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI.....	3
1.1 RIFERIMENTI LEGISLATIVI E DI INDIRIZZO METODOLOGICO	3
1.2 TERMINOLOGIA DEL PP.....	4
1.3 CHI SIAMO.....	6
1.3.1 Stabilimento Ospedaliero San Michele	6
1.3.2 Stabilimento Ospedaliero Businco	6
1.3.3 Stabilimento Ospedaliero Cao	6
1.4 COSA FACCIAMO.....	6
1.5 COME OPERIAMO.....	8
2 IDENTITA'.....	16
2.1 L'AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU IN CIFRE	16
2.2 MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE	22
2.3 PERSONALE.....	23
2.4 PRINCIPALI DATI ECONOMICO FINANZIARI	25
3. ALBERO DELLA PERFORMANCE	26
3.1 ANALISI DEL CONTESTO	28
3.1.1 Contesto interno	28
3.1.2 Fattori endogeni.....	28
3.1.3 Ambiente Esterno	28
3.1.4 Analisi SWOT	29
3.2 OBIETTIVI STRATEGICI.....	29
4 DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI.....	42
4.1 OBIETTIVI ANNUALI.....	42
4.2 COLLEGAMENTO CON IL SISTEMA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE E CON GLI OBIETTIVI ASSEGNATI AL PERSONALE DIRIGENZIALE.....	42
5 PROCESSO SEGUITO E AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE	42
5.1 FASI, SOGGETTI E TEMPI DEL PROCESSO DI REDAZIONE DEL PIANO	42
5.2 COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E DI BILANCIO.....	44
5.3 AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	44



PREMESSA

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.

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 (di seguito decreto) individua nel Piano della Performance (di seguito 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 è lo strumento base che consente all'AOB 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". Il PP dell'AOB 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).

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

- 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, approvato con deliberazione AOB n. 1501/2013.

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 e D.Lgs. n.97/2016 di riordino della disciplina sugli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle PA e in particolare, dell'art. 10, c. 8, lett. B sull'obbligo di pubblicazione del Piano in apposita sezione del sito istituzionale, di facile accesso e consultazione. Il PP viene infatti pubblicato nella sezione del sito aziendale denominata "Amministrazione Trasparente".

1.2 TERMINOLOGIA DEL PP

Per una migliore comprensibilità del PP si ritiene di doverne elencare le fondamentali definizioni ed esplicitarne 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, è 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 Stabilimento 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, con particolare riferimento alla chirurgia dei trapianti. 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 580 posti letto, articolata su 14 piani, di cui 2 seminterrati, più un corpo separato che ospita ambulatori, con funzioni di DEA di II livello.

1.3.2 Stabilimento Ospedaliero Businco

Sito in Cagliari, via Jenner n. 1. Inaugurato nel 1972, è una struttura monoblocco dotata di 191 posti letto, articolata su 11 piani più 3 corpi separati, con funzioni di HUB regionale della rete delle malattie oncologiche.

1.3.3 Stabilimento Ospedaliero Cao

Sito in Cagliari, via Jenner n. 3. Inaugurato nel 1982, è una struttura monoblocco dotata di 69 posti letto, articolata su 8 piani, con funzioni di HUB dell'assistenza pediatrica a livello regionale e centro di riferimento regionale per le talassemie e le malattie rare.

1.4 COSA FACCIAMO

L'accorpamento degli stabilimenti ospedalieri Oncologico Businco e Pediatrico Microcitemico Cao al nucleo originario costituito dallo stabilimento 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 sono andate ad integrare quelle già presenti nell'A.OB.

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. Con deliberazione n. 2113 del 28/09/2018, è stato approvato il I° Atto di modifica dell'Atto aziendale, divenuto efficace a seguito di valutazione di conformità dello stesso agli indirizzi regionali, espressa con DGR n. 29/2 del 16/06/2017, di cui si è preso atto con deliberazione n. 2399 del 08/11/2018. L'A.OB ha personalità giuridica pubblica ed è dotata di autonomia imprenditoriale. Erogare 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'attività dell'A.OB 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'A.OB 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'A.OB 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'A.OB 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. Lo stesso atto è stato oggetto di modifica con Delibera n. 2113 del 28/09/2018 avente ad oggetto: "Adozione del I Atto di modifica dell'Atto Aziendale"

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 dipartimenti 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 intersectorialità, 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 stabilimento ospedaliero San Michele), dotata di posti letto
- SC Anestesia e Rianimazione (presso stabilimento 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 Cardiochirurgia, dotata di posti letto
- SC Cardiologia (presso stabilimento ospedaliero Businco)
- SC Cardiologia interventistica con SS Emodinamica, dotata di posti letto
- SC Chirurgia Vascolare, dotata di posti letto
- SC Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica, 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 stabilimento 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 stabilimento 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

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

- SC Fisiopatologia della riproduzione umana e diagnosi prenatale (presso stabilimento ospedaliero Cao), dotata di posti letto
- Ginecologia Oncologica (presso stabilimento ospedaliero Businco), dotata di posti letto
- SC Nefrologia e Dialisi, dotata di posti letto
- SC Ostetricia e Ginecologia, dotata di posti letto
- SC Urologia, Chirurgia Robotica e del Trapianto Renale, 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, Cardiochirurgia, 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'area amministrativa e tecnica dell'A.O.B. 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 stabilimenti 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 della L.R. 17/2016):

- 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 del proprio ruolo nell'ambito della rete ospedaliera regionale, 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.



In attesa dei documenti di attuazione della rete ospedaliera recentemente approvata e della ridefinizione dei posti letto secondo quanto indicato nella DGR 59/1 del 04.12.2018, la dotazione dei posti letto, nell'anno 2018, per acuti e post acuti complessiva è stata di 840, suddivisi in 695 per ricoveri in regime ordinario, 116 per ricoveri in regime di day hospital e 29 per ricoveri in regime di day surgery.

Le tabelle di seguito riportate mostrano la situazione dei posti letto per stabilimento 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 VASCOLARE	ACUTI	22		1	23
SAN MICHELE	MEDICINA D' URGENZA	ACUTI	38	1		39
SAN MICHELE	MEDICINA GENERALE	ACUTI	38	1		39
SAN MICHELE	NEUROCHIRURGIA	ACUTI	33		1	34
SAN MICHELE	NIDO	ACUTI	20			20
SAN MICHELE	NEUROLOGIA	ACUTI	27	4		31
SAN MICHELE	STROKE UNIT	ACUTI	13			13
SAN MICHELE	OCULISTICA	ACUTI	2		4	6
SAN MICHELE	ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	ACUTI	18		1	19
SAN MICHELE	OSTETRICIA e GINECOLOGIA	ACUTI	39		3	42
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	MEDICINA TRAPIANTO RENALE	ACUTI	10			10
SAN MICHELE	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	ACUTI	12			12
SAN MICHELE	CARDIOANESTESIA	ACUTI	10			10
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	10			10
SAN MICHELE	NEURORIABILITAZIONE	POST ACUTI	11	1		12
SAN MICHELE	CENTRO DISTURBI PERVASIVI dello SVILUPPO	POST ACUTI		5		5
TOTALE			526	32	22	580

DESCR. STABILIMENTO	CLASSIFICAZIONE di Struttura	TIPO LETTO	D.O.	D.H.	D.S.	TOT
A. BUSINCO	CHIRURGIA ONCOLOGICA E SENOLOGIA	ACUTI	20		2	22
A. BUSINCO	CHIRURGIA TORACICA	ACUTI	8		2	10
A. BUSINCO	EMATOLOGIA	ACUTI	23	17		40
A. BUSINCO	CENTRO TRAPIANTI MIDOLLO OSSEO	ACUTI	8			8
A. BUSINCO	GINECOLOGIA ONCOLOGICA	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 CLINICA E TERAPIA RADIOMETABOLICA	ACUTI	8			8
A. BUSINCO	ONCOLOGIA MEDICA	ACUTI	42	32		74
A. BUSINCO	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	ACUTI	6			6
TOTALE			134	51	6	191

DESCR. STABILIMENTO	CLASSIFICAZIONE di Struttura	TIPO LETTO	D.O.	D.H.	D.S.	TOT
A. CAO	TALASSEMIA	ACUTI		20		20
A. CAO	CENTRO TRAPIANTI MIDOLLO OSSEO PEDIATRICO	ACUTI	4			4
A. CAO	ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	ACUTI		1		1
A. CAO	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA	ACUTI	6	4		10
A. CAO	GINECOLOGIA, DIAGNOSI PRENATALE E PMA	ACUTI		1	1	2



A. CAO	CLINICA PEDIATRICA E MALATTIE RARE	ACUTI	20	4		24
A. CAO	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	ACUTI	5	3		8
TOTALE			35	33	1	69

I dati sul numero degli stabilimenti ospedalieri e il numero di posti letto degli stabilimenti ospedalieri San Michele, Businco e Cao sono coerenti con quelli desumibili dai modelli HSP 11 e HSP 12 per l'anno 2018.

Nelle tabelle seguenti sono riportati dati di attività relativi all'anno 2017 per i tre stabilimenti ospedalieri dell'AOB

STABILIMENTO OSPEDALIERO S. MICHELE

ATTIVITA' DI DEGENZA	2017
DRG complessivi	24.831
DRG chirurgici totali	10.047
Indice di operatività	40%
DRG ordinari totali	18.871
DRG ordinari chirurgici	6.300
% DRG chirurgici ordinari sul totale dei DRG ordinari	33%
DRG ordinari medici	12.571
DRG ordinari acuti (esclusi TI e 395)	17.522
GG degenza ordinaria (circ. Dic 2015, esclusi TI e DRG 391)	135.076
Degenza media DRG ordinari acuti	7,2
Indice occupazione DRG ordinari acuti (circ. 2015)	83%
Indice di turnover DRG ordinari acuti (circ. 2015)	1,6
Indice di rotazione DRG ordinari acuti (circ. Mag 2015)	39
GG degenza ordinaria post-acuti (circ. Mag 2015)	3.365
Indice occupazione DRG ordinari post-acuti (circ. Mag 2015)	84%
Indice di turnover DRG ordinari post-acuti (circ. Mag 2015)	12
Indice di rotazione DRG ordinari post-acuti (circ. Mag 2015)	5,0
DRG diurni	5.959
<i>di cui</i> DRG DH	2.212
<i>di cui</i> DRG DS	3.747
Totale accessi	15.881
Accessi DH acuti (esclusi 56 e 75)	10.772
Accessi DH post-acuti	5.109
Indice occupazione DH/DS acuti (250gg) (circ. Mag 2015)	123%
Indice di turnover diurno acuti (circ. Mag 2015)	-0,2
Indice di rotazione diurno acuti (circ. Mag 2015)	308
Indice occupazione DH/DS post-acuti (250gg) (circ. Mag 2015)	128%
Indice di turnover diurno post-acuti (circ. Mag 2015)	1,3
Indice di rotazione diurno post-acuti (circ. Mag 2015)	319

ATTIVITA' CHIRURGICA	2017
Interventi complessivi	13.746
Interventi in presenza di anestesisti	7.689
Interventi ordinari	9.403
Interventi DH	4.037
Interventi tecnica robotica	90
TAVI	59
Degenza media preoperatoria	2,72

ATTIVITA' TRAPIANTI	2017
Segnalazioni donazioni	17
Donatori effettivi	13
Trapianto rene	29
Trapianto rene vivente	4
Trapianto rene doppio	1
Trapianto cuore	3
Trapianto fegato	24
Trapianto cornee	2
Trapianto combinato rene- fegato	1



Trapianto combinato rene- pancreas	1
Trapianto pancreas isolato	

PARTI	2017
Parti (interventi)	787
Totale Parti (DRG 370-375)	790
Parti cesarei (DRG 370 - 371)	367
Parti spontanei (DRG 372-373-374-375)	420

PRESTAZIONI AMBULATORIALI	2017
Prestazioni ambulatoriali per SSN (da FILE C)	930.431
Prestazioni ambulatoriali per interni	2.670.696
Prestazioni ambulatoriali per altri Enti	24.003

ATTIVITA' RADIOLOGICA / IMMAGINI	2017
TAC COMPLESSIVE	25.355
<i>di cui SSN</i>	4.832
<i>di cui per interni</i>	20.482
<i>di cui per altri enti / solventi</i>	41
RMN COMPLESSIVE	6.299
<i>di cui SSN</i>	3.338
<i>di cui per interni</i>	2.870
<i>di cui per altri enti / solventi</i>	91
ANGIOGRAFICA COMPLESSIVE	1.906
<i>di cui SSN</i>	48
<i>di cui per interni</i>	1.822
<i>di cui per altri enti / solventi</i>	36
ECOGRAFIA COMPLESSIVE	13.033
<i>di cui SSN</i>	5.020
<i>di cui per interni</i>	8.012
<i>di cui per altri enti / solventi</i>	1
MAMMOGRAFIE COMPLESSIVE	2.452
<i>di cui SSN</i>	2.411
<i>di cui per interni</i>	39
<i>di cui per altri enti / solventi</i>	2
PET COMPLESSIVE	2.218
<i>di cui SSN</i>	1.713
<i>di cui per interni</i>	452
<i>di cui per altri enti / solventi</i>	53
TRADIZIONALE COMPLESSIVE	50.120
<i>di cui SSN</i>	6.599
<i>di cui per interni</i>	43.498
<i>di cui per altri enti / solventi</i>	23

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO	2017
Accessi -PS adulti	37.514
Ricoveri - PS adulti	8.020
Trasferiti - PS adulti	132
Capacita' filtro - PS adulti	78%
Accessi - OBI	4.967
Ricoveri - OBI	657
Trasferiti - OBI	16
Capacita' filtro - OBI	86%
Accessi - PS pediatrico	18.250
Ricoveri - PS pediatrico	1.846
Trasferiti - PS pediatrico	114
Capacita' filtro - PS pediatrico	89%
Prestazioni di PS complessive	83.886

INDICATORI DI COMPLESSITA'	2017
Peso medio totale	1,29
Peso medio DRG ordinario	1,41



Peso medio DRG DH/DS	0,88
Peso medio DRG DH	0,77
Peso medio DRG DS	0,93
% DRG ordinari alta complessità su totale DRG ordinari	12%

INDICATORI DI APPROPRIATEZZA	2017
DRG ordinari PI (all. B patto salute)	1.734
DRG ordinari PI / ordinari non PI (griglia LEA)	0,09
% DRG ordinari PI su totale DRG ordinari (all. B patto salute)	9%
% DH diagnostici (su totale DH medici)	29,9%
DH DIAGNOSTICI	519
DH medici (senza cod. 56, 75)	1.737
DRG ordinari medici brevi (0-2 GG dimessi a domicilio)	2.698
% DRG ordinari medici brevi (solo per i dimessi a domicilio)	25%
% DRG brevi urgenti (circ Mag 2015)	21%
% Re-ricoveri ordinari entro 30 gg stessa MDC	4,79%
% PI DS / totale chirurgici PI	86,77%

STABILIMENTO OSPEDALIERO BUSINCO

ATTIVITA' DI DEGENZA	2017
DRG complessivi	8.363
DRG chirurgici totali	2.242
Indice di operatività	27%
DRG ordinari totali	3.820
DRG ordinari chirurgici	1.559
% DRG chirurgici ordinari sul totale dei DRG ordinari	41%
DRG ordinari medici	2.261
GG degenza ordinari	31.395
Degenza media DRG ordinari acuti	8,2
Indice occupazione DRG ordinari	62%
DRG diurni	4.543
<i>di cui DRG DH</i>	3.860
<i>di cui DRG DS</i>	683
Totale accessi	27.475
<i>di cui accessi DH</i>	26.770
<i>di cui accessi DS</i>	705
Indice occupazione DH/DS (250gg)	233%

ATTIVITA' CHIRURGICA	2017
Interventi complessivi	2.399
Interventi in presenza di anestesisti	1.771
Interventi ordinari	1.540
Interventi DH	855
Degenza media preoperatoria	1,62

ATTIVITA' TRAPIANTI	2017
Trapianto midollo osseo	36

PRESTAZIONI AMBULATORIALI	2017
Prestazioni ambulatoriali per SSN (da FILE C)	232.961
Attività per interni	814.438
Prestazioni ambulatoriali per altri Enti	2.038

ATTIVITA' RADIOLOGICA / IMMAGINI	2017
Totale immagini SSN	11.865
Totale immagini per interni	16.609
TAC COMPLESSIVE	6.526
<i>di cui SSN</i>	2.064
<i>di cui per interni</i>	4.462
RMN COMPLESSIVE	2.711



<i>di cui SSN</i>	1.416
<i>di cui per interni</i>	1.295
<i>di cui per altri enti / solventi</i>	
PET COMPLESSIVE	1.315
<i>di cui SSN</i>	1.035
<i>di cui per interni</i>	280
ECOGRAFIA COMPLESSIVE	5.169
<i>di cui SSN</i>	2.754
<i>di cui per interni</i>	2.414
<i>di cui per altri enti / solventi</i>	1
MAMMOGRAFIE COMPLESSIVE	2.897
<i>di cui SSN</i>	2.572
<i>di cui per interni</i>	325
TRADIZIONALE COMPLESSIVE	9.851
<i>di cui SSN</i>	2.064
<i>di cui per interni</i>	7.787

INDICATORI DI COMPLESSITA'	2017
Peso medio totale	1,18
Peso medio DRG ordinario	1,41
Peso medio DRG DH/DS	1,00
% DRG ordinari alta complessità su totale DRG ordinari	15%

INDICATORI DI APPROPRIATEZZA	2017
DRG ordinari PI (all. B patto salute)	1.301
% DRG ordinari PI / ordinari non PI (griglia LEA)	0,52
% DRG ordinari PI su totale DRG ordinari (all. B patto salute)	34,0%
% DH diagnostici (su totale DH medici)	12%
DH diagnostici	448
DH medici	3.859
DRG ordinari medici brevi (0-2 GG dimessi a domicilio)	621
% DRG ordinari brevi	31%
% rricoveri ORDINARI entro 30 gg stessa MDC	18%

STABILIMENTO OSPEDALIERO CAO

ATTIVITA' DI DEGENZA	2017
DRG complessivi	4.734
DRG chirurgici totali	689
DRG ordinari totali	1.660
DRG ordinari chirurgici	19
% DRG chirurgici ordinari sul totale dei DRG ordinari	1,14%
DRG ordinari medici	1.641
GG degenza ordinari	10.077
Degenza media DRG ordinari acuti	6,1
Indice occupazione DRG ordinari	67%
DRG diurni	3.074
<i>di cui</i> DRG DH	2.404
<i>di cui</i> DRG DS	670
Totale accessi	14.903
<i>di cui accessi</i> DH	14.233
<i>di cui accessi</i> DS	670
Indice occupazione DH/DS (250 gg)	192%

ATTIVITA' CHIRURGICA	2017
Interventi complessivi	1.563
Interventi in presenza di anestesisti	659
Interventi DH	1.529

ATTIVITA' TRAPIANTI	2017
Trapianto midollo	12



PRESTAZIONI AMBULATORIALI	2017
Prestazioni ambulatoriali per SSN (da FILE C)	116.445
Prestazioni ambulatoriali per interni	271.063
Prestazioni ambulatoriali per altri Enti	26.486

ATTIVITA' RADIOLOGICA / IMMAGINI	2017
RMN COMPLESSIVE	2.558
<i>di cui SSN</i>	1.606
<i>di cui per interni</i>	952
ECOGRAFIA COMPLESSIVE	3.671
<i>di cui SSN</i>	2.244
<i>di cui per interni</i>	1.427
TRADIZIONALE COMPLESSIVE	1.038
<i>di cui SSN</i>	437
<i>di cui per interni</i>	601

INDICATORI DI COMPLESSITA'	2017
Peso medio totale	0,74
Peso medio DRG ordinario	0,73
Peso medio DRG DH/DS	0,74
% DRG ORD Alta Complessità su TOTALE DRG ORD	0,6%

INDICATORI DI APPROPRIATEZZA	2017
DRG ordinari PI (all. B patto salute)	230
% DRG ordinari PI su totale DRG ordinari (all. B patto salute)	14%
% DH diagnostici (su totale DH medici)	16%
DH diagnostici	389
DH medici	2.404
DRG ordinari medici brevi (0-2 gg – dim a domicilio)	314
% DRG ORD MEDICI BREVI	20%
% ricoveri ORDINARI entro 30 gg stessa MDC	10%

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 dal documento di "Ridefinizione della rete ospedaliera della Regione autonoma della Sardegna", approvato dal Consiglio Regionale nella seduta del 25/10/2017 e pubblicato nel BURAS n. 58 del 11/12/2017.

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.

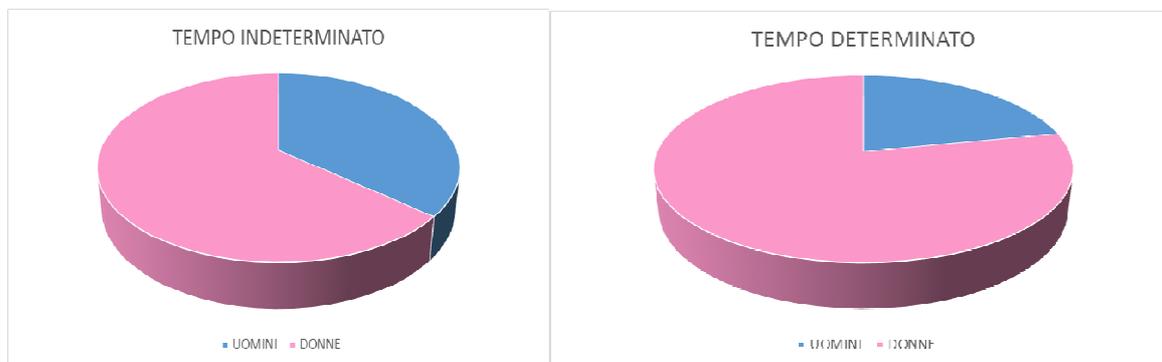
Inoltre l'AOB promuove l'innovazione gestionale attraverso lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi e riconosce il valore della ricerca clinica e gestionale, anche attivata sulla base di specifici progetti.

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 PERSONALE

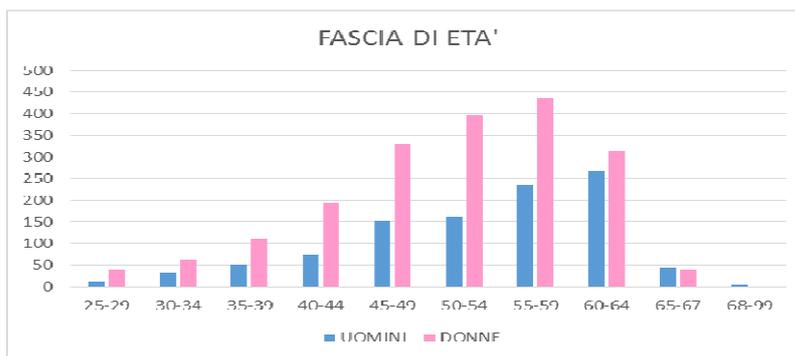
L'AOB nel 2017 conta un numero di personale dipendente a tempo indeterminato di 2.962 unità, di cui il 65,12% sono donne, e 115 unità a tempo determinato, di cui il 78,26% sono donne. Di seguito si riportano le tabelle riepilogative del bilancio di genere Aziendale per tipologia di ruolo, fasce di età e titolo di studio:

TIPOLOGIA	UOMINI	DONNE	TOT	% UOMINI	% DONNE
Tempo indeterminato	1.033	1.929	2.962	34,88%	65,12%
di cui:					
tempo pieno	1.022	1.825	2.847	35,90%	61,10%
part-time	11	104	115	9,57%	90,43%
Tempo determinato	25	90	154	21,74%	78,26%

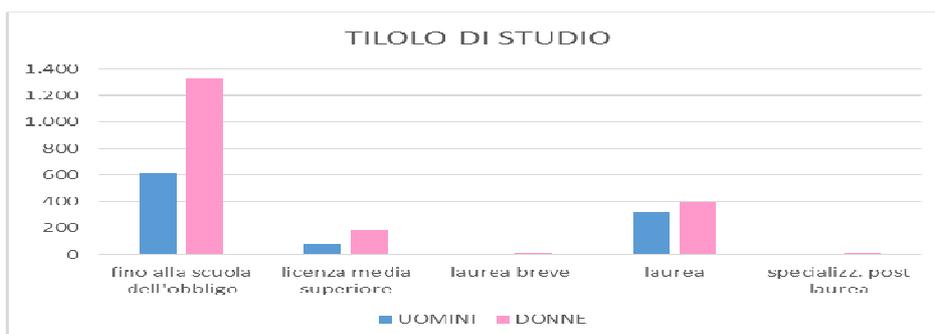




	UOMINI	DONNE
25-29	10	40
30-34	32	64
35-39	51	110
40-44	74	195
45-49	151	331
50-54	163	398
55-59	236	437
60-64	269	315
65-67	44	39
68-99	3	0

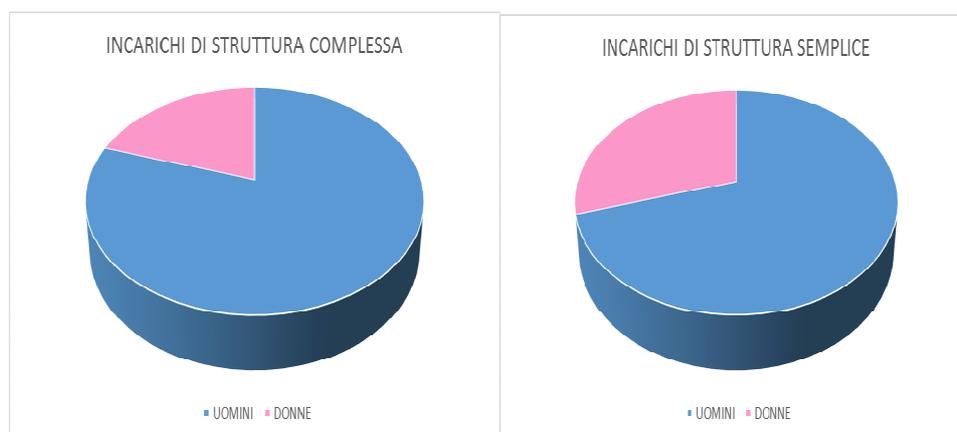


TITOLO DI STUDIO	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE
Fino alla scuola dell'obbligo	612	1.332	1.944	31,48%	68,52%	65,63%
Licenza media superiore	86	180	266	32,33%	67,67%	8,98%
Laurea breve	0	9	9	0,00%	100%	0,30%
Laurea	327	397	724	45,17%	54,83%	24,44%
Specializzazione Post Laurea	8	11	19	42,11%	57,89%	0,64%



INCARICHI DI STRUTTURA	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE
Struttura Complessa	40	10	50	80,00%	20,00%	64,94%
Struttura Semplice	19	8	27	70,40%	29,60%	39,06%

NB: negli incarichi sono compresi quelli di "facente funzioni".



Sono in previsione per il triennio 2019-2021 le attività volte all'analisi del benessere organizzativo e al bilancio di genere



2.4 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). Il dato del previsionale 2018 è stato rimodulato, sulla base di indicazioni regionali, con le deliberazioni n. 368 del 20/02/2018, n. 611 del 14/03/2018, n. 1776 del 03/08/2018 e n. 2024 del 19/09/2018. Nel prospetto sottostante il dato è l'ultimo deliberato.

BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNUALE E PLURIENNALE	ANNUALE		VARIAZIONE		PLURIENNALE	
	Anno 2019	Anno 2018	Importo	%	Anno 2020	Anno 2021
A) VALORE DELLA PRODUZIONE						
1) Contributi in c/esercizio	141.587	114.013	27.574	24,18%	141.587	141.587
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	100.148	100.544	- 396	-0,39%	100.148	100.148
b) Contributi in c/esercizio - (extra fondo)	41.439	13.369	28.070	209,96%	41.439	41.439
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	671	508	163	32,09%	671	671
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA	40.318	12.491	27.827	222,78%	40.318	40.318
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA	450	370	80	21,62%	450	450
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Altro						
5) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche - (extra fondo)						
6) Contributi da altri soggetti pubblici						
c) Contributi in c/esercizio per ricerca						
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente						
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata						
3) da Regione ed altri soggetti pubblici						
4) da privati						
d) Contributi in c/esercizio da privati	-	100	- 100	-100,00%	-	-
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-	- 1.020	1.020	-100,00%	-	-
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	264	368	- 104	-28,26%	208	-
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	203.938	208.635	- 4.697	-2,25%	203.938	203.938
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad Aziende sanitarie pubbliche	200.195	204.272	- 4.077	-2,00%	200.195	200.195
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	2.608	3.008	- 400	-13,30%	2.608	2.608
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	1.135	1.355	- 220	-16,24%	1.135	1.135
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	5.478	6.543	- 1.065	-16,28%	5.536	5.513
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.255	2.250	5	0,22%	2.255	2.255
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	8.474	8.023	451	5,62%	7.826	6.561
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni						
9) Altri ricavi e proventi	405	440	- 35	-7,95%	405	405
Totale A)	362.401	339.252	23.149	6,82%	361.755	360.259
B) COSTI DELLA PRODUZIONE						
1) Acquisti di beni	111.166	111.065	101	0,09%	110.254	109.569
a) Acquisti di beni sanitari	107.706	107.742	- 36	-0,03%	106.794	106.109
b) Acquisti di beni non sanitari	3.460	3.323	137	4,12%	3.460	3.460
2) Acquisti servizi sanitari	9.241	9.186	55	0,60%	9.298	9.275
a) Acquisti servizi sanitari - medicina di base						
b) Acquisti servizi sanitari - Farmaceutica						
c) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	113	113	-	0,00%	113	113
d) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa						
e) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa						
f) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica						
g) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera						
h) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale						
i) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F						
j) Acquisto prestazioni termali in convenzione						
k) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario	749	543	206	37,94%	749	749
l) Acquisto prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	118	98	20	20,41%	118	118
m) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)	2.016	2.302	- 286	-12,42%	2.016	2.016
n) Rimborsi, assegni e contributi sanitari	-	50	- 50	-100,00%	-	-
o) Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	1.939	1.833	106	5,78%	1.996	1.973
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	4.306	4.247	59	1,39%	4.306	4.306
q) Costi per differenziale tariffe TUC						
3) Acquisti di servizi non sanitari	29.109	29.237	- 128	-0,44%	28.996	28.996
a) Servizi non sanitari	25.839	26.909	- 1.070	-3,98%	25.789	25.789
b) Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	2.682	1.801	881	48,92%	2.619	2.619
c) Formazione	588	527	61	11,57%	588	588
4) Manutenzione e riparazione	11.986	13.575	- 1.589	-11,71%	12.027	11.982
5) Godimento di beni di terzi	4.808	4.668	140	3,00%	4.768	4.750
6) Costi del personale	169.046	164.853	4.193	2,54%	169.403	169.323
a) personale dirigente medico	71.086	72.218	- 1.132	-1,57%	71.156	71.156
b) personale dirigente ruolo sanitario non medico	5.747	5.265	482	9,15%	5.931	5.931
c) personale comparto ruolo sanitario	67.387	65.451	1.936	2,96%	67.430	67.350
d) personale dirigente altri ruoli	942	819	123	15,02%	942	942
e) personale comparto altri ruoli	23.884	21.100	2.784	13,19%	23.944	23.944
7) Oneri diversi di gestione	1.574	1.610	- 36	-2,24%	1.574	1.574
8) Ammortamenti	8.922	9.585	- 663	-6,92%	8.324	7.238
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	104	97	7	7,22%	87	66
b) Ammortamenti dei fabbricati	3.883	3.876	7	0,18%	3.923	3.933
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	4.935	5.612	- 677	-12,06%	4.314	3.239
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti						
10) Variazione delle rimanenze						
a) Variazione delle rimanenze sanitarie						
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie						
11) Accantonamenti	4.328	2.576	1.752	68,01%	4.902	5.393
a) Accantonamenti per rischi	2.200	68	2.132	3135,29%	2.200	2.200
b) Accantonamenti per premio operosità						
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	-	284	- 284	-100,00%	-	-
d) Altri accantonamenti	2.128	2.224	- 96	-4,32%	2.702	3.193
Totale B)	350.180	346.355	3.825	1,10%	349.546	348.100



DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	12.221	- 7.103	19.324	-272,05%	12.209	12.159
C) PROVENTI ED ONERI FINANZIARI						
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari						
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	201	243	- 42	-17,28%	159	116
Totale C)	- 201	- 243	42	-17,28%	- 159	- 116
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITÀ FINANZIARIE						
1) Rivalutazioni						
2) Svalutazioni						
Totale D)						
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI						
1) Proventi straordinari						
a) Plusvalenze						
b) Altri proventi straordinari						
2) Oneri straordinari						
a) Minusvalenze						
b) Altri oneri straordinari						
Totale E)						
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	12.020	- 7.346	19.366	-263,63%	12.050	12.043
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO						
1) IRAP	11.934	12.236	- 302	-2,47%	11.964	11.957
a) IRAP relativa a personale dipendente	11.515	11.881	- 366	-3,08%	11.545	11.538
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	277	201	76	37,81%	277	277
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (Intramoenia)	142	154	- 12	-7,79%	142	142
d) IRAP relativa ad attività commerciali						
2) IRES	86	86	-	0,00%	86	86
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)						
Totale Y)	12.020	12.322	- 302	-2,45%	12.050	12.043
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	0	- 19.668	19.668	-100,00%	0	0

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. 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)";
 - delibera Giunta Regionale n. 54/22 del 6.11.2018 "Criteri di riparto delle risorse destinate al finanziamento indistinto del Servizio Sanitario Regionale tra le Aziende Sanitarie, anni 2018-2019-2021. Approvazione preliminare";



3.1 ANALISI DEL CONTESTO

3.1.1 Contesto interno

L'attività dell'AOB si sviluppa in prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di ricovero ordinario (in area medica e chirurgica), in elezione e di pronto soccorso, in regime di day surgery e day hospital, e in prestazioni ambulatoriali e di day service. Le attività dei tre stabilimenti dell'Azienda ospedaliera "G. Brotzu" si diversificano notevolmente:

- l'ospedale S. Michele è identificato quale DEA di II livello, pertanto tutta l'attività è incentrata sull'emergenza/urgenza: al Pronto Soccorso si presentano mediamente un numero di utenti superiore a 55.000 all'anno. Un'altra attività che distingue l'ospedale è l'attività trapianti, per la quale è identificato come centro regionale di riferimento, e l'alta specializzazione, rappresentata dalle attività di Cardiocirurgia, di Neurochirurgia, di Chirurgia Vascolare e Urologia, erogate con una dotazione di apparecchiature ad alta tecnologia, sia radiologica che strumentale come ad es. il robot, utilizzato per i tumori urologici;
- l'ospedale "A. Businco" è caratterizzato da un'attività prevalentemente rivolta alle patologie tumorali epidemiologicamente più frequenti (mammella, tiroide, polmone, cute, sangue e midollo) per quanto riguarda sia l'aspetto diagnostico che terapeutico, per cui è stato identificato come centro di riferimento regionale, in particolare per l'attività chemioterapica e radioterapica per il trattamento dei pazienti tumorali e con malattie rare provenienti dall'intera Regione e per l'attività di trapianto midollare;
- l'ospedale "A. Cao" è un presidio dotato delle strutture necessarie alla completa gestione del paziente pediatrico, anche tumorale. Particolare rilievo assume l'attività diagnostica delle malattie genetiche, delle malattie rare, la procreazione medicalmente assistita e il trapianto di midollo nei casi pediatrici.

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.

Tra i fattori endogeni si identifica anche l'istituzione dei dipartimenti aziendali trasversali sui tre stabilimenti dell'AOB.

Sulla base della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, in base alla quale nell'ambito dell'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, inoltre l'attivazione del servizio di elisoccorso, avvenuta il 01/07/2018, potrà comportare un ulteriore incremento degli accessi per pazienti critici e politraumatizzati, in particolare per le patologie tempo dipendenti.

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 (**Strengths** = punti di forza; **Weaknesses** = punti di debolezza; **Opportunities** = opportunità; **Threats** = 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 rifunzionalizzazione 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• Attivazione del servizio di elisoccorso	<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

Come previsto dalle Direttive di programmazione per le Aziende Sanitarie, adottate con DGR n. 58/16 del 27.12.2017, e in conformità alle disposizioni degli art. 13 e 27 della L.R. n. 10 del 28/07/2006, come modificate dagli art. 7 e 10 della L. R. n. 17 del 27/07/2016, per la prima volta, nel triennio 2019/2021, la programmazione del Servizio Sanitario Regionale è articolata in un unico Programma Sanitario, annuale e triennale, adottato dal Direttore Generale dell'Azienda per la tutela della Salute e nei bilanci preventivi economici, annuali e triennali, adottati dai Direttori Generali di ciascuna delle Aziende sanitarie regionali.



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

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

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

Pare pertanto fondamentale, per la completezza del documento, far precedere la definizione degli obiettivi strategici perseguiti nel triennio da una sintetica rappresentazione del contesto organizzativo e dei servizi offerti, in termini di volumi di attività erogata nel 2017 e da erogare nel triennio 2019/2021.

Inoltre, si descrivono di seguito gli scenari e i programmi di intervento che si prevedono invece per il triennio 2019/2021, sulla base dei quali sono stati stimati i dati di produzione di prestazioni sanitarie.

In primo luogo, nell'area dell'emergenza - urgenza, si ritiene possa verificarsi un incremento degli accessi in pronto soccorso, che nell'anno 2017, per la popolazione adulta e in età pediatrica, sono stati pari a 55.764. Infatti, l'attivazione del servizio di elisoccorso, avvenuta il 01/07/2018, potrà consentire un ulteriore incremento degli accessi per pazienti critici e politraumatizzati, in particolare per le patologie tempo dipendenti.

Con riferimento agli obiettivi di produzione delle prestazioni in regime di ricovero, sulla base dell'analisi dei dati epidemiologici e delle liste d'attesa, è previsto un incremento in relazione ad alcune attività chirurgiche di alta specialità, come la cardiocirurgia, la chirurgia vascolare, la chirurgia dei tumori, la chirurgia addomino-pelvica e la chirurgia dell'obesità, per effetto del processo di riorganizzazione ed efficientamento della sale operatorie e del personale, già iniziato negli anni precedenti. Tale incremento potrebbe anche portare ad un possibile recupero della mobilità passiva extraregione, ad esempio per la chirurgia dei pazienti oncologici. Altra attività di cui si stima un aumento, è l'attività chirurgica di neuroradiologia e interventistica vascolare, che effettuano interventi di II livello e di alta complessità sull'intera popolazione della regione Sardegna.

Nel triennio, saranno nel contempo attuate strategie d'azione per la riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri e dei DRG potenzialmente inappropriati, ad esempio attraverso il passaggio delle attività della radioterapia e della chemioterapia dal regime di ricovero al regime ambulatoriale.

Si rileva inoltre la necessità di ricondurre a più appropriati setting assistenziali alcune attività svolte all'interno dell'azienda che possono trovare una graduale riallocazione sul territorio, in quanto attività di I livello o di base, tipicamente ambulatoriale, che non necessitano di supporto ospedaliero (ad esempio l'area dei disturbi pervasivi dello sviluppo e delle malattie diabetologiche e dismetaboliche).



In relazione alle problematiche che si verificano nella gestione dei pazienti ricoverati, e ai fini dell'efficientamento delle prestazioni di ricovero, sarà necessario definire con ATS accordi operativi per la gestione di dimissioni protette e precoci dei pazienti e la continuità di presa in carico, in particolare, dei pazienti cronici che possono essere gestiti a livello territoriale, come ad esempio pazienti cardiopatici complessi, nefropatici complessi in dialisi, pazienti oncologici, che in assenza di percorsi e protocolli condivisi tra azienda e territorio permangono in carico alle strutture con un notevole incremento delle giornate di degenza.

Con riferimento agli obiettivi di produzione di prestazioni di specialistica ambulatoriale si ritiene invece che possano essere garantiti i volumi di attività erogati negli anni precedenti, anche per le discipline erogate prevalentemente o esclusivamente dall'AOB. In particolare:

- verranno mantenuti i volumi di prestazioni di diagnostica per immagini di II livello (PET, TC, RMN, ecografie specialistiche); si precisa che per le prestazioni PET non esistono tempi d'attesa in quanto vengono erogate mediamente in tempi brevi, mentre si prevede di riuscire ad incrementare le prestazioni di RMN cuore, come richiesto da ATS, erogate al territorio esclusivamente dall'AOB, ovviamente a discapito di altre prestazioni; non si prevede invece di incrementare le prestazioni diagnostiche TC e RMN per esterni, per la necessità di dover garantire appropriati tempi d'attesa ai pazienti ricoverati e/o in carico alle strutture, in particolare ai pazienti oncologici, sottoposti a continui controlli o in follow-up come da protocolli o secondo i PCA aziendali;
- si continueranno a garantire le prestazioni specialistiche di II livello nell'ambito dello screening del tumore del colon retto, attraverso esami endoscopici e attraverso prestazioni di anatomia patologica, e nell'ambito dello screening dei tumori della mammella attraverso prestazioni di anatomia patologica;
- verrà garantito lo screening neonatale metabolico ed esteso per tutti i neonati della Sardegna, inoltre è in fase di attivazione lo screening per la fibrosi cistica, per cui l'AOB è riconosciuta come centro di riferimento regionale.

In coerenza con quanto appena rappresentato, è stato elaborato il piano dei volumi di attività riportato analiticamente nelle tabelle sottostanti, che soprattutto per effetto dell'incremento dei volumi delle attività chirurgiche, determinerà un migliore rapporto tra costi e ricavi della produzione (tra valore prodotto e fattori produttivi utilizzati), con ricadute positive a livello di sistema regione. E' infatti previsto che i volumi di attività programmati per l'anno 2019 determinino un aumento dei ricavi rispetto agli importi stimati per l'anno 2018, tale incremento si consoliderà nel biennio successivo, per il quale si ipotizza che i volumi di attività ed i corrispettivi ricavi crescano in misura minima.

Per quanto riguarda le prestazioni di specialistica ambulatoriale, come già detto, non si stima un incremento di volumi di attività nel triennio 2019-2021, ma si auspica che si provveda all'aggiornamento del nomenclatore tariffario, in quanto numerose prestazioni effettuate non sono comprese in quello attualmente vigente o, se presenti, risultano avere tariffe ormai non più adeguate e notevolmente sottostimate.

Nelle tabelle successive si riportano i volumi di produzione previsti per il triennio 2019-2021 per l'attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale.

**Stima di volumi di produzione per il triennio 2019-2021 - Attività di ricovero**

		ANNO 2017	ANNO 2018	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021
COD DISC	DESCRIZIONE DISCIPLINA	Totale DIMESSI	Totale DIMESSI	Totale DIMESSI	Totale DIMESSI	Totale DIMESSI
02	Day hospital Talassemia	525	525	525	525	525
07	Cardiochirurgia	511	522	621	621	621
08	Cardiologia	2.266	2410	2410	2.410	2.410
09	Chirurgia generale	3.678	3.678	4.000	4.000	4.000
10	Chirurgia maxillo-facciale	1.493	1506	1.493	1.493	1.493
11	Chirurgia pediatrica	914	928	928	928	928
12	Chirurgia plastica	238	119	0	0	0
13	Chirurgia toracica	416	404	450	450	450
14	Chirurgia vascolare	766	848	900	900	900
18	Ematologia	1.515	1.515	1.600	1.600	1.600
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	96	62	62	62	62
26	Medicina generale	3.770	3.906	3.906	3.906	3.906
30	Neurochirurgia	1.067	1098	1150	1150	1150
31	Nido	635	520	520	520	520
32	Neurologia	1.818	1.818	1.818	1.818	1.818
33	Neuropsichiatria infantile	1.240	334	320	320	320
34	Oculistica	559	1.172	1.172	1.172	1.172
36	Ortopedia e traumatologia	551	592	592	592	592
37	Ostetricia e ginecologia	3.642	3.642	3.717	3.717	3.717
38	Otorinolaringoiatria	203	220	220	220	220
39	Pediatria	2.672	2.672	2.672	2.672	2.672
43	Urologia	1.193	1.193	1.193	1.193	1.193
48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010
49	Terapia intensiva	1.235	1.235	1.235	1.235	1.235
50	Unità coronarica	56	56	56	56	56
56	Recupero e riabilitazione funzionale	336	336	336	336	336
58	Gastroenterologia	999	999	1.000	999	999
61	Medina nucleare	244	244	244	244	244
62	Neonatologia	169	169	169	169	169
64	Oncologia	3.325	3.325	3.000	3.000	3.000
65	Oncoematologia pediatrica	590	590	590	590	590
75	Neuro-riabilitazione	195	195	195	195	195
Totale complessivo		37.927	37.843	38.104	38.103	38.103

Stima di volumi di produzione per il triennio 2019-2021 - Attività ambulatoriale

COD	DISCIPLINA	Prestazioni 2017	Prestazioni 2018	Prestazioni 2019	Prestazioni 2020	Prestazioni 2021
00	Laboratorio	675.046	675.046	675.046	675.046	675.046
01	Allergologia	3.230	3.230	3.230	3.230	3.230
03	Anatomia ed istologia patologica	6.309	6.309	6.309	6.309	6.309
07	Cardiochirurgia	931	931	931	931	931
08	Cardiologia	36.602	36.602	36.602	36.602	36.602
09	Chirurgia generale	11.635	11.635	11.635	11.635	11.635
10	Chirurgia maxillo-facciale	1.504	1.504	1.504	1.504	1.504
11	Chirurgia pediatrica	1.397	1.397	1.397	1.397	1.397
12	Chirurgia plastica	2.122	2.122	2.122	2.122	2.122
13	Chirurgia toracica	1.503	1.503	1.503	1.503	1.503
14	Chirurgia vascolare	3.039	3.039	3.039	3.039	3.039
18	Ematologia	122.304	122.304	122.304	122.304	122.304
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	30.713	30.713	30.713	30.713	30.713
20	Immunologia	558	558	558	558	558
26	Medicina generale	2.620	2.620	2.620	2.620	2.620
29	Nefrologia	1	1	1	1	1
30	Neurochirurgia	1.978	1.978	1.978	1.978	1.978
31	Nido	0	0	0	0	0
32	Neurologia	6.695	6.695	6.695	6.695	6.695
33	Neuropsichiatria infantile	3.247	3.247	3.247	3.247	3.247
34	Oculistica	3.811	3.811	3.811	3.811	3.811
36	Ortopedia e traumatologia	6.120	6.120	6.120	6.120	6.120
37	Ostetricia e ginecologia	7.103	7.103	7.103	7.103	7.103
38	Otorinolaringoiatria	2.320	2.320	2.320	2.320	2.320
39	Pediatria	14.936	14.936	14.936	14.936	14.936
40	Psichiatria	755	755	755	755	755
43	Urologia	2.662	2.662	2.662	2.662	2.662
48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	46.061	46.061	46.061	46.061	46.061
49	Terapia intensiva	0	0	0	0	0



52	Dermatologia	21.024	21.024	21.024	21.024	21.024
54	Emodialisi	0	0	0	0	0
56	Recupero e riabilitazione funzionale	40.554	40.554	40.554	40.554	40.554
57	Fisiopatologia della riproduzione umana	25.600	25.600	25.600	25.600	25.600
58	Gastroenterologia	15.254	15.254	15.254	15.254	15.254
61	Medina nucleare	17.947	17.947	17.947	17.947	17.947
62	Neonatologia	791	791	791	791	791
64	Oncologia	18.553	18.553	18.553	18.553	18.553
65	Oncoematologia pediatrica	2.059	2.059	2.059	2.059	2.059
68	Pnemologia	2.867	2.867	2.867	2.867	2.867
69	Radiologia	38.413	38.413	38.413	38.413	38.413
70	Radioterapia	85.280	85.280	85.280	85.280	85.280
71	Reumatologia	789	789	789	789	789
75	Neuro-riabilitazione	4.321	4.321	4.321	4.321	4.321
99	Cure palliative/hospice	10.877	10.877	10.877	10.877	10.877
TOTALI		1.279.531	1.279.531	1.279.531	1.279.531	1.279.531

Si illustrano di seguito le principali strategie di intervento che verranno attuate nel triennio, volte ad aumentare l'efficacia e l'efficienza della produzione attraverso la revisione dei modelli organizzativi.

- Migliorare l'efficienza organizzativa dell'assistenza ospedaliera definendo reti di cura col territorio, in particolare per le patologie complesse e le patologie tempo dipendenti: urgenze cardiovascolari/infarto, traumatologia, ictus, ecc.
- Implementare i PCA e PDTA già redatti negli anni precedenti e ufficializzati con atti deliberativi, come PCA Tumore della mammella, PCA IMA, PCA ICTUS, PCA Trauma e PCA Talassemia, attraverso Audit Clinici e monitoraggi ed integrazioni col territorio.
- Identificare ulteriori percorsi PCA di presa in carico dei pazienti secondo la complessità clinico-assistenziale (es tumorali, trapiantati, pediatrici) ritenuti strategici per l'Azienda attraverso il coinvolgimento e l'integrazione col territorio in modo tale da definire una presa in carico globale delle patologie croniche e degenerative, nonché delle malattie rare invalidanti.
- Implementare nuovi modelli organizzativi attraverso una rivalutazione del più appropriato setting assistenziale, sia in area medica che in area chirurgica (es. Chirurgia Ambulatoriale, Day surgery, Week surgery, chirurgia d'elezione e chirurgia d'urgenza) con ulteriore coinvolgimento delle Strutture.
- Implementare le attività di alta complessità chirurgica in modo da soddisfare le domande e i bisogni (abbattimento liste d'attesa) con aumento di alcune attività: cardiocirurgia, chirurgia vascolare, chirurgia dei tumori (mammella, polmone, colon-retto, fegato, pancreas, utero e annessi), chirurgia dell'obesità.
- Migliorare l'efficienza organizzativa delle sale operatorie sfruttandone al meglio le potenzialità. Creazione del modello Week Surgery presso il PO Businco sulla base degli indirizzi regionali e implementazione delle attività di Day surgery e Chirurgia Ambulatoriale
- Coordinare al meglio l'attività operatoria e la terapia intensiva: pianificazione e coordinamento tra attività chirurgica in elezione delle diverse Strutture con definizione di posti letto di Terapia Intensiva a supporto della chirurgia elettiva (es. cardiocirurgia e chirurgia vascolare). Definizione di percorsi per pazienti cronici postoperatori in Terapia Intensiva (es. pazienti post cardiocirurgici che cronicizzano) anche attraverso il supporto di altre strutture a livello territoriale.
- Migliorare le performance aziendali rispetto agli obiettivi Regionali e al PNE.
- Migliorare i valori degli indici di complessità della casistica ospedaliera (ICM) e dell'efficienza (ICP).
- Implementare il sistema aziendale per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico, come da indirizzi regionali.



- Migliorare l'accessibilità ai servizi.
- Migliorare l'appropriatezza prescrittiva.

Inoltre, l'impegno dell'Azienda, nel triennio considerato, sarà rivolto a dare ulteriore impulso al complesso e lungo processo volto alla completa attivazione dell'assetto organizzativo previsto dall'Atto Aziendale, mediante la definizione delle procedure per l'attribuzione degli incarichi di struttura complessa non ancora coperti, l'attivazione dei Dipartimenti funzionali, la definizione del sistema degli incarichi, ecc..

Peraltro, si evidenzia che in conseguenza dell'attivazione dei Dipartimenti strutturali previsti dal nuovo Atto Aziendale, avvenuta nel corso del 2018, e del maggior impulso dato all'attuazione del modello dipartimentale, nel triennio 2019/2021 potranno rilevarsi ulteriori effetti positivi per effetto dell'utilizzo comune delle risorse umane e tecnologiche.

Come stabilito dalla DGR n. 47/22 del 25/09/2018, avente ad oggetto "Assistenza ospedaliera. Riconversione dell'offerta assistenziale degli ospedali pubblici e privati e ripartizione tendenziale dei posti letto tra i presidi ospedalieri afferenti alle Aree omogenee Nord-ovest e Sud-est Approvazione preliminare" e successivo aggiornamento (DGR n. 64/17 DEL 28.12.2018), l'Azienda sarà poi impegnata presumibilmente nella definizione, in accordo con le altre Aziende Sanitarie ed in particolare con ATS, del programma di azioni volte alla graduale riconversione dello stabilimento Marino di Cagliari (prioritariamente il trasferimento dell'U.O di Chirurgia della mano) e al trasferimento delle unità operative che dovranno essere ricollocate presso diversi stabilimenti, in coerenza con la distribuzione tendenziale delle discipline specialistiche.

Riguardo all'area strategica di governo economico, si osserva quanto segue.

Nel proprio impegno di programmazione, l'AOB assume come riferimento le strategie e gli indirizzi definiti a livello nazionale (Piano Sanitario Nazionale, disposizioni legislative in materia sanitaria e provvedimenti di attuazione delle stesse), in sede di Conferenza Stato-Regioni (Patto per la Salute) e dalla Regione Autonoma della Sardegna (Piano Sanitario Regionale, provvedimenti di razionalizzazione della rete ospedaliera e della rete territoriale, indirizzi riferiti a settori specifici).

La programmazione per l'anno 2019 e per il biennio successivo è orientata oltre che al rispetto delle indicazioni ministeriali dettate dal Piano Nazionale Esiti e dal monitoraggio dei LEA, dal Decreto Ministeriale n. 70 del 02/04/2015 e dai più recenti atti della Conferenza permanente Stato Regioni (miglioramento 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), dalle indicazioni regionali riguardanti la razionalizzazione della rete ospedaliera e quelle inerenti la razionalizzazione della spesa farmaceutica.

In applicazione degli indirizzi nazionali e regionali, continua lo sforzo dell'Azienda nel contenimento e riqualificazione della spesa farmaceutica attraverso la sensibilizzazione verso la prescrizione dei farmaci biosimilari, in attuazione della DGR n. 54/11 del 2015, il monitoraggio dei consumi dei farmaci oncologici e della chiusura delle relative schede con adeguata sollecitudine, che consente di beneficiare tempestivamente dei rimborsi AIFA (DGR n. 46/54 del 16/11/2011).

In particolare, in Azienda sta trovando rigorosa applicazione la direttiva regionale di cui alla nota RAS n. 12142 del 15/05/2018, che, riguardo agli acquisti di prodotti farmaceutici per il consumo ospedaliero/ambulatoriale e per la distribuzione diretta, dà precise indicazioni volte a perseguire l'obiettivo



della promozione dell'utilizzo di medicinali biotecnologici a brevetto scaduto a minor costo terapia in ambito oncologico e nelle patologie autoimmuni.

In tale prospettiva, continuerà anche nel triennio 2019-2021 il lavoro del gruppo tecnico multidisciplinare istituito per il contenimento della spesa farmaceutica, prevedendo in particolare la standardizzazione di un adeguato sistema di reporting.

Tra l'altro, si intendono attivare analoghe misure per il contenimento della spesa per dispositivi medici, con la costituzione di un gruppo tecnico multidisciplinare apposito.

Per quel che riguarda in generale l'area degli approvvigionamenti, saranno ulteriormente implementate misure atte a razionalizzare la rilevazione dei fabbisogni di beni e servizi, mentre per quel che riguarda le procedure di acquisizione degli stessi, le politiche aziendali saranno fortemente influenzate e condizionate dall'attuazione delle disposizioni della legge regionale n. 17 del 27/07/2016, che, al riguardo, attribuiscono all'ATS un ruolo centrale. Si ritiene peraltro che già nel 2019 possano rilevarsi gli effetti della razionalizzazione ed efficientamento del sistema degli approvvigionamenti.

Con riferimento agli investimenti, le scelte aziendali, esplicitate nel Programma triennale delle opere pubbliche 2019-2021, sono coerenti con le indicazioni regionali e sono volte a garantire l'adeguamento tecnologico e strutturale dell'Azienda in funzione del ruolo che la stessa deve svolgere nell'ambito della rete ospedaliera regionale.

Peraltro, malgrado le misure e gli interventi programmati, il bilancio economico preventivo annuale e triennale 2019-2021 approvato con deliberazione n. 2463 del 15/11/2018, chiudeva con un risultato negativo pari a € 12.035.000 nel 2019, € 12.317.000 nel 2020 e € 12.304.000 nel 2021. Nel documento si precisava che il valore della produzione era determinato sulla base delle indicazioni di cui alla nota RAS n. 24878 del 22/10/2018, con la quale sono stati comunicati gli importi provvisoriamente definiti delle assegnazioni FSR 2019 e di ulteriori assegnazioni di finanziamenti regionali di parte corrente, mentre il costo della produzione era determinato sulla base di una stima realistica e prudentiale dei costi da sostenere per garantire i volumi di produzione previsti.

A seguito dei rilievi mossi dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale con nota n. 27603 del 23/11/2018, nell'esercizio delle funzioni di controllo di cui all'art. 29 bis della L.R. n. 10/2006 e s.m.i., si è proceduto ad una revisione dei dati del bilancio previsionale 2019/2021, che ha condotto ad una riformulazione del documento, garantendo l'equilibrio di bilancio deliberato con atto n. 2684 del 18/12/2018.

Al riguardo preme inoltre evidenziare che il risultato dell'equilibrio di bilancio è stato raggiunto fondamentalmente grazie ad una modifica delle stime di costi e ricavi resa possibile da fatti verificatisi successivamente all'approvazione del documento precedente, avvenuta il 15/11/2018, nonché per effetto di un consistente incremento delle risorse aggiuntive assegnate dalla Regione per garantire la copertura dei Livelli essenziali di assistenza (nota RAS n. 29121 dell'11/12/2018).

Infatti, il pareggio di bilancio consegue essenzialmente alla rilevazione di contributi regionali ulteriori, pari a €. 5.616.000, all'applicazione di una modalità di calcolo degli accantonamenti per rinnovi contrattuali indicata dalla RAS in data 30/11/2018, che ha determinato nel 2019 una riduzione dei costi pari a €. 4.160.000, ad una più puntuale stima dei costi e dei ricavi correlati al contributo reso dall'Azienda nell'organizzazione del servizio di elisoccorso, scaturita dalla nota AREUS del 30/11/2018, ad una revisione della stima dei costi per acquisti di farmaci in conseguenza della comunicazione RAS n. 27418



del 22/11/2018, relativa all'aggiudicazione, da parte della Centrale Regionale di Committenza, della gara riguardante i medicinali Adalimumab e Trastuzumab.

Differenze marginali sia nei valori di ricavo che in quelli di costo, sono state infine determinate dagli esiti delle operazioni di circolarizzazione delle partite *intercompany* effettuate tra le Aziende sanitarie, con il coordinamento degli uffici regionali.

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).

Con Delibera Giunta Regionale n. 3 del 15/01/2019 recante "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie Regionali. Anno 2019" sono stati assegnati al Direttore Generale dell'A.O.B. i seguenti obiettivi strategici e operativi per l'anno 2019:

Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici attribuiti alle Aziende Ospedaliere sono anch'essi articolati in tre livelli:

- a) erogazione dei livelli essenziali di assistenza e della qualità (punti 30);
- b) sostenibilità economico finanziaria (punti 50);
- c) Sistema Informativo Sanitario (punti 20)

Obiettivi operativi

Livello dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e della qualità (punti 30)

All'interno del livello dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza è stata individuata un'unica dimensione dell'assistenza ospedaliera in cui ricade l'area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR (punti 30).

Livello della sostenibilità economico finanziaria (punti 50)

All'interno del livello della sostenibilità economico – finanziaria i pesi sono stati ripartiti tra:

- dimensione della razionalizzazione e contenimento della spesa, punti 30;
- dimensione della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare, punti 10;
- dimensione della gestione amministrativo-contabile, punti 10.

Livello del Sistema Informativo Sanitario (punti 20)

All'interno del livello sistema informativo sanitario i pesi sono stati ripartiti tra:

- dimensione della gestione delle liste d'attesa, punti 10;
- dimensione della tempistica e del valore informativo dei dati, punti 10.



Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - AO, AOU					
Dimensione dell'Assistenza ospedaliera					
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR					
Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni	
Punti 30	6	Miglioramento degli esiti del monitoraggio della griglia LEA	Punteggio griglia anno 2019	>= 24	Il punteggio complessivo è calcolato sugli indicatori 16 (Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari) e 17 (Rapporto ricoveri DRG a rischio di inappropriatezza/ricoveri non DRG a rischio di inappropriatezza in regime ordinario)
	7	Miglioramento degli indicatori PNE	Incremento % rispetto al punteggio 2016	Variazione positiva di almeno il 50% degli indicatori visibili con il "treemap" e critici (sotto la media) per ciascuna delle strutture monitorate con il PNE; mantenimento dei valori medi e superiori alla media	Il Valore dello standard è calcolato sui dati 2018 (vedasi DGR 19/41 del 17.04.2018 - Allegato 1)
	5	Attuazione degli audit PNE sulla qualità dei dati 2018	(N. Audit effettuati/N. Audit richiesti)*100	>=90%	Le attività di Audit hanno come riferimento l'attività del 2017
	12	Governo liste e tempi di attesa	1. N°prestazioni ricadenti nel PRGLA gestite in agende informatizzate CUP / Totale prestazioni erogate ricadenti nel PRGLA*100 2. N°prestazioni ricadenti nel PRGLA gestite in agende informatizzate CUP con classe di priorità indicata / prestazioni ricadenti nel PRGLA gestite in agende informatizzate CUP*100	1. Erogazione del 90% delle prestazioni di cui al PRGLA gestite in agende informatizzate CUP 2. Erogazione del 90% delle prestazioni di cui al PRGLA gestite in agende informatizzate CUP con classe di priorità indicata.	1. Fonti: Prestazioni in agende CUP effettivamente erogate vs File C (SAM) . Sono escluse le prenotazioni non erogate. 2. Fonti: Prestazioni in agende CUP effettivamente erogate. Si escludono prestazioni con classe di priorità NA e quelle prenotate per cui non vi è stata erogazione.

Livello della Sostenibilità economico-finanziaria - AO, AOU				
Dimensione della razionalizzazione e contenimento della spesa				
Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
30	Efficienza economico - finanziaria	Pareggio di bilancio	Ricavi = costi*	DGR del 28 dicembre 2018, n. 64/17
Dimensione della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare				
Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
10	AOB: Piastra Tecnologica per l'Emergenza-Urgenza - P.O. S. Michele	100%	Approvazione progettazione preliminare entro dicembre 2019	FSC 2014 - 2020
Dimensione della gestione amministrativo-contabile				
Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
5	Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione Sardegna dei documenti di programmazione e rendicontazione regionale corredati dei pareri dei Collegi sindacali (non si considera rispetto dell'adempimento la presentazione del progetto di bilancio)	n. documenti approvati nei termini	l'obiettivo si considera perseguito se tutti i documenti saranno presentati nei termini, non si considera perseguito se anche solo un documento non è presentato nei termini	Per la presentazione del bilancio d'esercizio 2017 può essere prorogato, in via eccezionale, al 30 giugno 2018. I documenti di programmazione regionale (bilancio preventivo economico annuale e pluriennale, programma degli investimenti etc. possono essere presentati anche con un'unica deliberazione
5	Presentazione nei termini indicati dall'Assessorato della documentazione richiesta	n. documenti presentati nei termini	l'obiettivo si considera perseguito se tutti i documenti saranno presentati nei termini, non si considera perseguito se anche solo un documento non è presentato nei termini	Ai fini della valutazione del target si terrà conto di tutte le note assessoriali che recano il riferimento agli obiettivi 2018

* Il 100% del punteggio è raggiunto se il valore del risultato è > 0 = al target; verrà progressivamente ridotto (in proporzione allo scostamento), con limite a zero nel caso in cui lo scostamento sia >= al 30%.

Livello del Sistema Informativo Sanitario - AO, AOU					
Dimensione della gestione delle liste d'attesa					
Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni	
Punti 20	10	Effettuare le prenotazioni tramite CUP	(N. prestazioni inserite in CUP/N. prestazioni documentate)*100	>= 70%	Le prestazioni documentate sono rilevate dai flussi informativi correnti
	Dimensione della tempistica e del valore informativo dei dati				
Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni	
10	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione*	1. (N. record Flussi A, C, F dell'intero anno 2019 trasmessi entro i termini /N. totale record Flussi A, C, F 2019)*100 2. (N. errori di 1° e 2° livello rilevati per i flussi A, C, F dell'intero anno 2019 al termine previsto/N. totale dei record flussi A, C, F anno 2019)*100	1. >=95%; 2. <=5%	Le tempistiche sono definite per ciascuna tipologia di flusso (A, C, F) nel disciplinare regionale flussi e si riferiscono all'intera annualità	

* Per ciascun obiettivo, il risultato è raggiunto nel caso di ottemperanza ad entrambi i valori di risultato dei due indicatori

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 187 del 23/01/2019)
	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 2019	Anno 2020	Anno 2021
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 stabilimenti 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



	Articolazione dell'Obiettivo Strategico	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
5	Continuare lo sviluppo dell'informatizzazione aziendale, sia in ambito sanitario che amministrativo	<ol style="list-style-type: none">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
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.2) Riduzione dei 108 DRG potenzialmente inappropriati.3) Miglioramento dell'appropriatezza della codifica delle SDO con la formazione specifica del Personale Medico	Consolidamento e ulteriore miglioramento	Consolidamento e ulteriore miglioramento
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	Governo liste e tempi d'attesa secondo il PRGLA (Piano Regionale Governo Liste d'Attesa)	<ol style="list-style-type: none">1) Monitoraggio delle prestazioni ricadenti nel PRGLA attraverso la registrazione su agende informatizzate CUP.2) Stratificazione delle Agende CUP secondo Classi di priorità per le prestazioni indicate nel PRGLA, con monitoraggio della percentuale di erogazione delle prestazioni tracciate su CUP web	<ol style="list-style-type: none">1) Implementazione della stratificazione delle Agende secondo Classi di priorità per le prestazioni indicate nel PRGLA.2) Monitoraggio delle prestazioni ricadenti nel PRGLA attraverso la registrazione su agende informatizzate CUP.	Consolidamento e ulteriore miglioramento
9	Trasparenza e prevenzione della corruzione (Delibera del Direttore Generale 187 del 23/01/2019)	<ol style="list-style-type: none">1) Rispetto di quanto previsto dalla normativa in tema di trasparenza sull'obbligo di pubblicazione in capo alle strutture.2) Definizione di una procedura per il controllo delle scadenze contrattuali entro il 31/12/20193) Programmazione annuale beni e servizi entro il 31/10/2019.4) Revisione codice di comportamento (Costituzione tavolo tecnico per la definizione dei contenuti oggetto della revisione) entro il 31/12/2019.5) Studio fattibilità per definire il programma di rotazione del personale delle aree più a rischio entro il 31/12/2019.	<ol style="list-style-type: none">1) Rispetto di quanto previsto dalla normativa in tema di trasparenza sull'obbligo di pubblicazione in capo alle strutture.2) Revisione della procedura per il controllo delle scadenze contrattuali.3) Programmazione annuale beni e servizi entro il 31/10/2020.4) Revisione codice di comportamento5) Avvio rotazione del personale	<ol style="list-style-type: none">1) Rispetto di quanto previsto dalla normativa in tema di trasparenza sull'obbligo di pubblicazione in capo alle strutture.2) Obblighi di comunicazione/informazione al RPC3) Programmazione annuale beni e servizi entro il 31/10/2021.4) Revisione codice di comportamento



	Articolazione dell'Obiettivo Strategico	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
10	Attività amministrativa, informatica, tecnica e sanitaria amministrativa	<ol style="list-style-type: none">1) Riconciliare trimestralmente la contabilità sezionale cespiti con la contabilità generale.2) Revisione Regolamento sulle Immobilizzazioni (fuori uso e donazioni) entro il 31/12/20193) Implementare contabilità costi standard N.I.San:4) Rispettare i termini di invio dei modelli LA, CE e SP all'Assessorato.5) Monitorare i consumi dei prodotti farmaceutici.6) Contabilizzazione dei lavori in corso – Riconciliare trimestralmente le scritture del mastro "Immobilizzazioni in corso".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.8) Monitoraggio applicazione procedura per la liquidazione delle fatture nel rispetto dei termini di pagamento delle stesse.9) Redigere/aggiornare congrue procedure amministrative o tecniche entro il 31/12/2019.10) Recupero crediti. Attivare le verifiche sulle casistiche dell'art. 16 del Regolamento Ticket nonché verificare i crediti di qualunque natura.11) Supportare la Direzione nella definizione della contrattazione integrativa e dei fondi12) Gestire lo sviluppo del personale e i percorsi di carriera13) Aggiornare il repertorio di contratti e convenzioni entro il 31/12/201914) Supportare i processi di dematerializzazione15) Verificare la compatibilità, prima dell'installazione, tra le apparecchiature elettromedicali e biomedicali e le strutture e gli impianti esistenti.	<ol style="list-style-type: none">1) Riconciliare trimestralmente la contabilità sezionale cespiti con la contabilità generale.3) Implementare contabilità costi standard N.I.San.4) Rispettare i termini di invio dei modelli LA, CE e SP all'Assessorato.5) Monitorare i consumi dei prodotti farmaceutici.6) Contabilizzazione dei lavori in corso – Riconciliare trimestralmente le scritture del mastro "Immobilizzazioni in corso".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.8) Monitoraggio applicazione procedura per la liquidazione delle fatture nel rispetto dei termini di pagamento delle stesse.10) Recupero crediti. Attivare le verifiche sulle casistiche dell'art. 16 del Regolamento Ticket nonché verificare i crediti di qualunque natura.11) Supportare la Direzione nella definizione della contrattazione integrativa e dei fondi12) Gestire lo sviluppo del personale e i percorsi di carriera13) Aggiornare il repertorio di contratti e convenzioni entro il 31/12/202014) Supportare i processi di dematerializzazione15) Verificare la compatibilità, prima dell'installazione, tra le apparecchiature elettromedicali e biomedicali e le strutture e gli impianti esistenti.	<ol style="list-style-type: none">1) Riconciliare trimestralmente la contabilità sezionale cespiti con la contabilità generale.3) Implementare contabilità costi standard N.I.San.4) Rispettare i termini di invio dei modelli LA, CE e SP all'Assessorato.5) Monitorare i consumi dei prodotti farmaceutici.6) Contabilizzazione dei lavori in corso – Riconciliare trimestralmente le scritture del mastro "Immobilizzazioni in corso".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.8) Monitoraggio applicazione procedura per la liquidazione delle fatture nel rispetto dei termini di pagamento delle stesse.10) Recupero crediti. Attivare le verifiche sulle casistiche dell'art. 16 del Regolamento Ticket nonché verificare i crediti di qualunque natura.11) Supportare la Direzione nella definizione della contrattazione integrativa e dei fondi12) Gestire lo sviluppo del personale e i percorsi di carriera13) Aggiornare il repertorio di contratti e convenzioni entro il 31/12/202114) Supportare i processi di dematerializzazione15) Verificare la compatibilità, prima dell'installazione, tra le apparecchiature elettromedicali e biomedicali e le strutture e gli impianti esistenti.
11	Attività di Staff della Direzione Generale	<ol style="list-style-type: none">1) Analizzare i fabbisogni formativi per l'anno 2020 entro il 30/11/2019 fornendo alla Direzione Generale una congrua Relazione.2) Redigere la proposta di progetto formativo aziendale 2020 entro il 30/11/2019.3) Mantenere l'accreditamento standard per l'anno 2020.4) Attuare del piano formativo aziendale 2019.5) Migliorare la qualità dei dati della sorveglianza delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) e degli aborti spontanei (SPO).6) Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione.7) Produrre consulenze legali per le Strutture aziendali.8) Condurre attività legale di conciliazione a favore dell'Azienda.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).10) Proseguire il Progetto di formazione Prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle	<ol style="list-style-type: none">1) Analizzare i fabbisogni formativi per l'anno 2021 entro il 30/11/2020 fornendo alla Direzione Generale una congrua Relazione.2) Redigere la proposta di progetto formativo aziendale 2021 entro il 30/11/2020.3) Mantenere l'accreditamento standard per l'anno 2021.4) Attuare del piano formativo aziendale 2020.7) Produrre consulenze legali per le Strutture aziendali.8) Condurre attività legale di conciliazione a favore dell'Azienda.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).	<ol style="list-style-type: none">1) Analizzare i fabbisogni formativi per l'anno 2022 entro il 30/11/2021 fornendo alla Direzione Generale una congrua Relazione.2) Redigere la proposta di progetto formativo aziendale 2022 entro il 30/11/2021.3) Mantenere l'accreditamento standard per l'anno 2022.4) Attuare del piano formativo aziendale 2021.7) Produrre consulenze legali per le Strutture aziendali.8) Condurre attività legale di conciliazione a favore dell'Azienda.9) FSC 2014/2020 – Attivare procedure per piastra tecnologica Emergenza-Urgenza P.O. S. Michele. Rispetto cronoprogramma 2021 (deliberazione DG n. 958 del 9/5/2017).



Articolazione dell'Obiettivo Strategico	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
	<p>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 31/12/2019.</p> <p>13) Redigere la Carta dei Servizi a seguito dell'adozione del nuovo Atto Aziendale entro il 31/12/2019.</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 aggiornamento.</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 a livello aziendale.</p> <p>19) Svolgere gli audit per il Piano Nazionale Esiti</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 aggiornamento.</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>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 aggiornamento.</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 2019
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	N° interventi chirurgici programmati pomeridiani	+5%
5.1	% di Utilizzo Order Entry: N prestazioni refertate/ Numero prestazioni richieste *100	100%
5.2	% Utilizzo Sowe: Numero interventi chiusi / numero totale interventi in Sowe *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 diagnostici che/ 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 inappropriata	<=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%
8.1	N. prestazioni recanti nel PRGLA gestite in agende informatizzate CUP/Totale prestazioni erogate ricadenti nel PRGLA *100	>90
8.2	N. prestazioni ricadenti nel PRGLA gestite in agende informatizzate CUP con classe di priorità indicata/ prestazioni ricadenti nel PRGLA gestite in agende informatizzate CUP *100	>90
9.1	Pubblicazione sul sito Amministrazione Trasparente dei dati assegnati con la griglia sul P.T.P.C.T.	100%
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. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
10.1	N. reports quadrati al giorno 15 di ciascun trimestre	4
10.2	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0



INDICATORI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA / STRUTTURA		TARGET 2019
10.3	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
10.4	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
10.5	N. reports di monitoraggio	3
10.6	N. reports inviati alla SC Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione con i contenuti previsti dall'apposito regolamento (pag. 6-7)	4
10.7	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
10.8	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
10.9	N. procedure congrue predisposte entro il 31/12/2019	2
10.10	(N. pratiche di recupero attivate dagli Uffici / N. pratiche esistenti al 31/12/2018) *100	50%
10.11	(N. Accordi integrativi e Fondi redatti / N. Accordi integrativi e Fondi da redigere) *100	100%
10.12	(N. schede di valutazione annuale professionale e gestionale anno 2018 inviate/ N. schede di valutazione annuale professionale e gestionale anno 2018 da inviare) *100	100%
10.13	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
10.14	(N. utenze da abilitare / N. utenze abilitate) *100	100%
10.15	(N. verbali di verifica della compatibilità / N. apparecchiature installate) *100	100%
11.1	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
11.2	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
11.3	N. documenti e atti prodotti / N. documenti richiesti per il mantenimento dello standard (x 100)	100%
11.4	N. corsi programmati / N. corsi realizzati (x 100)	100%
11.5.1	(N. modelli D11 e D12 trasmessi entro i termini / N. modelli totali anno) *100	>=70%
11.5.2	(N. campi compilati modelli D11 e D12 / N. campi totale) *100	>=89%
11.6.1	(N. record flussi A, C, F dell'intero anno 2017 trasmessi entro i termini / N. totale record flussi A, C, F 2017) *100	>=95%
11.6.2	(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%
11.7	(N. Consulenze rese / N. Consulenze richieste) *100	100%
11.8	N. conciliazioni effettuate	5
11.9	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
11.10	(N. dipendenti formati / N. dipendenti da formare come da progetto) *100	100%
11.11	N. riunioni	4
11.12	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
11.13	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0
11.14	Step 1	Vedi focus 3.4 1)
11.15	(N. pratiche chiuse al 31/12/2018 / N. infortuni avvenuti nel 2018) *100	50%
11.16	N. reports trimestrali inviati ai Direttori di Dipartimento	4
11.17	(N. sedute di negoziazione / N. strutture di rango budgetario) *100	100%
11.18	N. di azioni svolte	165
11.19	N. audit effettuati nell'anno	4

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 stessi obiettivi alle Strutture afferenti al Dipartimento stesso. 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

Gli obiettivi annuali e i relativi indicatori sono indicati nelle tabelle sopra riportate.

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

Il collegamento con il sistema di valutazione individuale con gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale 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, in collaborazione con il Comitato di Budget, 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, dal Direttore del Dipartimento di riferimento 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.

La Struttura Tecnica Permanente garantisce 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 predispose 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, mediante la redazione e pubblicazione della Relazione sulla performance.

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 od outcome</i>	29/01/2019	C	-	-	-	-
Predisposizione delle schede di Budget	09/03/2019	C	C	I	-	-
Predisposizione delle schede di performance individuale dei Direttori di Dipartimento	09/03/2019	C	C	I	-	-
Negoziazione Schede di Budget Dipartimento (Sia organizzativa che individuale)	15/03/2019	C	C	I	C	I
Presentazione degli obiettivi del Dipartimento alle strutture afferenti	15/03/2019	-	-	-	C	C
Presentazione delle schede individuali dei Direttori/Responsabili di Struttura	15/03/2019	-	-	-	C	C
Sottoscrizione e consegna delle schede negoziate del Dipartimento alla Direzione Generale	20/03/2019	C	I	-	C	I
Predisposizione delle schede di Budget per struttura e negoziazione delle stesse con i Direttori/Responsabili afferenti allo stesso.	20/03/2019	I	C	I	C	C
Ricognizione da parte del Direttore di Dipartimento delle schede sottoscritte delle Strutture afferenti e consegna alla direzione Generale	28/03/2019	C	C	I	C	C
Negoziazione delle schede di Valorizzazione Individuale preventiva	15/02/2019	-	I	-	I	C
Eventuali richieste di revisione di Obiettivi	30/09/2019	-	C	C	C	C
Redazione e Consegna relazione annuale	28/02/2020	-	C	C	C	C
Chiusura schede individuali	28/02/2020	-	I	I	C	C
Calcolo risultati di Budget 2019		I	C	C		
Redazione Relazione sulla performance 2019		I	C	I		

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'A.O.B. 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.