REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda OspedalieraBrotzu

Deliberazione 1383

Adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 27 LUG. 2016

OGGETTO: Rettifica deliberazione n. 1206 del 30/6/2016.

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 28 LUG. 2016 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO	Dott.ssa Graziella Pintus
Coadiuvato dal	
Direttore Amministrativo	Dott.ssa Laura Balata
Direttore Sanitario	Dott.ssa Maria Gabriella Nardi

SU proposta della Direzione Strategica Aziendale:

PREMESSO che con deliberazione n. 1206 del 30/6/2016 è stato adottato il Piano della Performance per il periodo 2016-2018;

VERIFICATO che a pagina 27 del testo del Piano per mero errore materiale l'articolazione del Dipartimento Pediatrico e Malattie Rare, afferente al presidio ospedaliero Cao acquisito per incorporazione dall'Azienda Ospedaliera Brotzu con decorrenza 1/7/2015, è mancante della Struttura di Ginecologia e Diagnosi Prenatale;

VERIFICATO inoltre che nella tabella a pagina 29 del testo del Piano per mero errore materiale non è stata inserita, relativamente all'anno 2012, la performance organizzativa del Servizio Prevenzione e Protezione pari a 89,50%;

RITENUTO di dover provvedere alla formale correzione degli errori materiali sopra illustrati secondo la nuova Redazione del Piano, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

CON il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

D E L I B E R A

Per le motivazioni espresse in premessa:

- di rettificare la deliberazione n. 1206 del 30/6/2016 come da nuova Redazione del Piano della Performance, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

%

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda OspedalieraBrotzu

segue deliberazione n. 1383 del 27 LUG. 2016

- di disporre la pubblicazione del Piano nel sito istituzionale dell'Azienda Ospedaliera Brotzu nell'apposita Sezione e nelle sottosezioni di primo e secondo livello previsti dalla normativa vigente;

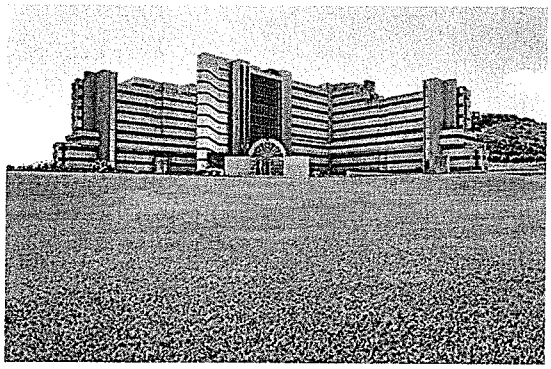
- di trasmettere una copia del piano all'Assessorato regionale all'Igiene e alla Salute, alla CiVIT (così come previsto dall'art. 10 c. 2 del decreto legislativo n. 150/2009) ora DPF e al Collegio Sindacale.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Maria Gabriella Nardi

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Graziella Pintus

PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE



AO Brotzu

2016-2017-2018

STORIA DEL DOCUMENTO

EMISSIONE DEL DOCUMENTO

Azione	**Data**	**Estensore**	**Funzione**
Redazione	*22/7/2016*	*Fabrizio Balloi*	*Coordinatore STP*
Verifica			
Rettifica			

REGISTRO DELLE VERSIONI

N. Ver/Rev/Bozza	Data	Paragrafo	Modifiche apportate	Osservazioni
1.0	*30/9/2015*	*/*	*Prima versione del documento*	*/*
1.1	*30/11/2015*	*Albero della performance*	*Integrazioni come da Deliberazioni G.R.*	*/*
1.2	*31/12/2015*	*Albero della performance*	*Ulteriori integrazioni come da Deliberazioni G.R.*	*Individuazione definitiva obiettivi e declinazione indicatori*
1.3	*31/1/2016*	*Obiettivi strategici*	*Declinazione in obiettivi di struttura*	*Versione definitiva per le strutture di staff e tecnico-amministrative*
1.4	*30/5/2016*	*Obiettivi strategici*	*Declinazione in obiettivi di struttura*	*Versione definitiva per le strutture sanitarie*
1.5	*22/7/2016*	*Pagg. 27 e 29*	*Rettifiche e correzioni*	*/*

PRESENTAZIONE DEL PIANO

Il Piano della Performance (PP) è un documento programmatico di durata triennale (ad aggiornamento annuale) che, ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. n. 150/2009, ha lo scopo di assicurare qualità, comprensibilità ed 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.

Le strategie dell'Azienda Ospedaliera Brotzu (AOB), già definite inizialmente nel PP 2015-2016-2017 di questa Amministrazione Commissariale (deliberazione n. 1014/2015), vengono ora meglio esplicitate anche a seguito dell'incorporazione degli stabilimenti ospedalieri Businco e Cao. Il presente documento rappresenta infatti l'aggiornamento, a scorrimento, per il triennio 2016-2017-2018.

Tra le principali novità, nelle more dell'implementazione dell'atto aziendale (per cui si è in attesa delle linee guida da parte dell'Assessorato all'Igiene, Sanità e Assistenza sociale), vi sono gli atti inerenti la riorganizzazione della rete ospedaliera regionale (delibera

Giunta Regionale n. 38/12 del 28/7/2015), ossia il riposizionamento interno ed esterno dell'AOB nel contesto del sistema sanitario regionale, necessario a seguito dell'acquisizione del nuovo status di presidio ospedaliero di II livello nell'ambito dell'area territoriale SUD-EST e l'incorporazione degli stabilimenti ospedalieri sopra citati, con particolare riferimento ai dipartimenti di Chirurgia oncologica, di Oncologia medica, di Radio oncologia e Pediatrico-prenatale.

Infine è stata migliorata la coerenza del PP con la programmazione finanziaria e di bilancio, con aggiornamento del crono-programma degli interventi di ristrutturazione e di investimento.

Dr.ssa Graziella Pintus
Commissario Straordinario

INDICE

1 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI ..... pag. 6

2 IDENTITA' ..... pag. 16

3 ALBERO DELLA PERFORMANCE ..... pag. 21

4 DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI ..... pag. 47

5 PROCESSO SEGUITO E AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE ..... pag. 48

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

1.1 RIFERIMENTI LEGISLATIVI E DI INDIRIZZO METODOLOGICO

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

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

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

Il PP dell'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 di ciascuna struttura (performance organizzativa);
- gli obiettivi e/o criteri di flessibilità dei dipendenti (performance individuale).

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

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

1 - gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;

2 - gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;

3 - gli obiettivi assegnati ai titolari delle strutture dirigenziali dotate di autonomia di budget e i relativi indicatori.

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:

- 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. Per ogni indicatore viene dichiarata l'unità di misura, il Valore Storico dell'esercizio precedente, il Valore Minimo Accettabile (performance = 0%) ed il Valore Atteso (performance = 100%);
- riferibili ad un arco temporale determinato corrispondente ad un anno;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Gli indirizzi strategici (art. 15, c. 2 lett. b del decreto) sono programmati su base triennale e vengono definiti, ben prima dell'inizio del rispettivo esercizio, da parte della Direzione Generale (Organo di indirizzo tecnico-amministrativo). L'AOB li definisce in:

- obiettivi strategici (regionali o aziendali);
- obiettivi operativi (di macro e microstruttura);
- obiettivi individuali.

Per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori, con i relativi target, ai fini di consentire la misurazione della performance. Gli indicatori vengono definiti tenendo conto degli ambiti individuati dall'art. 8 del decreto, sulla base del Sistema di misurazione e valutazione della performance di cui all'art. 7 del decreto stesso (deliberazione AOB n. 1501/2013).

Il PP dell'AOB è definito secondo le modalità di redazione e i principi di cui alla delibera n. 112/2010 della CIVIT. Il documento rispecchia le scelte organizzative contenute nelle deliberazioni n. 518/2015, n. 732/2015, n. 827/2015 e, infine, nella Legge Regionale n. 23/2014 che ha previsto la fusione per incorporazione nell'AOB dei presidi ospedalieri Businco e Microcitemico con decorrenza 1/7/2015. Include inoltre gli obiettivi descritti in coerenza con le scelte di pianificazione triennale della Direzione Generale e, a scalare, dell'Alto management e delle Strutture.

Nella redazione del PP si è inoltre tenuto conto della delibera ANAC n. 6/2013 (Linee guida sul ciclo di gestione della performance), del D.Lgs. n. 33/2013 di riordino della disciplina sugli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle PA ed, in particolare, l'art. 10, c. 8, lett. B sull'obbligo di pubblicazione del Piano in apposita sezione del sito istituzionale, di facile accesso e consultazione, denominata "Amministrazione Trasparente", e del documento "Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione delle aziende sanitarie della Regione Sardegna" proposto dal Gruppo di Lavoro costituito all'uopo dall'Assessorato.

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 ridu-

zione dell'incidenza dei tumore ai polmoni). Il rapporto tra l'utilizzo di un *input* e l'ottenimento di un *outcome* può essere rappresentato in termini di efficacia;

- OUTPUT: è il risultato che si ottiene immediatamente al termine di una attività o di un processo. Ogni attività può essere descritta in sistema con *input* consumati ed *output* ottenuti secondo la catena logica: *input* - attività - *output*. Quando l'*output* si lega all'*input* in termini finanziari, si esprime il concetto di economicità. Quando tale relazione non è espressa in termini finanziari, ma fisico-tecnici, si esprime il concetto di efficienza.
- PERFORMANCE: è il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita; pertanto il suo significato si lega strettamente all'esecuzione di un'azione, ai risultati della stessa e alle modalità di rappresentazione. Come tale, pertanto, si presta ad essere misurata e gestita;
- PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: è la performance ottenuta dall'Azienda nel suo complesso ovvero dalle singole Strutture Operative nelle quali si articola;
- PERFORMANCE INDIVIDUALE: è la performance ottenuta dai singoli individui o microgruppi di individui;
- PIANO DELLA PERFORMANCE: l'insieme degli obiettivi strategici ed operativi su cui si fonda l'attività dell'Azienda, approvato e revisionato annualmente;
- SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE: l'insieme dei criteri che fissano le metodologie da utilizzarsi, i vari steps ed il ruolo dei soggetti coinvolti nel processo di misurazione e valutazione della performance;
- STAKEHOLDER: è un qualsiasi individuo o gruppo di individui che possono influenzare o essere influenzati dall'ottenimento degli obiettivi da parte dell'organizzazione stessa. Gli *stakeholder* possono essere sia interni che esterni rispetto ai confini di ogni singola organizzazione e possono essere portatori di diritti e di interessi;
- TARGET: è il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere, ovvero il valore desiderato in corrispondenza di un'attività o processo. Tipicamente questo valore è espresso in

termini quantitativi entro uno specifico intervallo temporale e può riferirsi a obiettivi sia strategici che operativi;

- VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE: attività di analisi e valutazione dei risultati ottenuti sulla base della misurazione della performance, delle aspettative e del grado di soddisfacimento dei bisogni di pazienti e cittadini.

1.3 Chi siamo

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

1.3.1 Presidio Ospedaliero San Michele

Sito in Cagliari, piazzale Ricchi n. 1. Inaugurato nel 1982, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8/04/1993 è stato riconosciuto Ospedale di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione. Di seguito con decreto del Presidente della giunta Regionale 29/07/1996 n. 168, è stato costituito in Azienda Ospedaliera Autonoma. L'ospedale è una struttura monoblocco che dispone di circa 600 posti letto, articolata su 14 piani, di cui 2 seminterrati, e un corpo staccato che ospita i nuovi ambulatori. Il presidio è circondato da ampi spazi verdi e numerosi parcheggi.

1.3.2 Presidio Ospedaliero Businco

Sito in Cagliari, via Jenner n. 1. Inaugurato nel 1972, è una struttura monoblocco dotata di 196 posti letto per ricoveri ordinari e 73 posti letto per ricoveri in day hospital.

1.3.3 Presidio Ospedaliero Cao

Sito in Cagliari, via Jenner n. 3. Inaugurato nel 1982, è una struttura monoblocco dotata di 22 posti letto per ricoveri ordinari e 27 posti letto per ricoveri in day hospital.

1.4 Cosa facciamo

Nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale (delibera G.R. n 38/12 del 28/7/2015) l'AOB è classificata come presidio ospedaliero di II livello, all'interno del quale sussiste un polo di riferimento regionale altamente specialistico così suddiviso:

Cao (riferimento regionale per le patologie pediatriche), Businco (riferimento regionale per le patologie oncologiche) e San Michele (riferimento regionale per le emergenze e urgenze).

Il presidio ospedaliero di II livello rappresenta un hub della rete, ossia un centro che offre cure altamente specialistiche, e deve garantire, oltre a quanto già previsto per il Presidio di primo livello (specialità: medicina, chirurgia, anestesia e rianimazione, ortopedia, ostetricia e ginecologia, pediatria, cardiologia con UTIC, neurologia, psichiatria, oncologia, oculistica, otorinolaringoiatria, urologia, osservazione breve intensiva e terapia sub-intensiva multidisciplinare, radiologia con TAC ed ecografia, laboratorio e servizio immunotrasfusionale, centro trauma di zona, *Stroke Unit* di 1° livello, emodinamica), ulteriori servizi legati alle seguenti specialità: cardiologia con emodinamica interventistica H24, cardiochirurgia e rianimazione cardiochirurgica, neurochirurgia, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica, endoscopia digestiva a elevata complessità, broncoscopia interventistica, radiologia interventistica, rianimazione pediatrica e neonatale, medicina nucleare, radiologia con TAC ecografia con presenza medica, centro trauma ad alta specializzazione, *Stroke Unit* 2° livello.

L'attività dell'AOB 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.

In quanto presidio ospedaliero di II livello (hub) l'AOB tratta patologie di alta complessità e di più alta qualificazione specialistica. Nell'ambito della nuova organizzazione della rete ospedaliera, l'AOB ha dunque competenze di alta specializzazione nei seguenti campi:

- Emergenza-Urgenza.

  L'AOB è sede di Dipartimento di emergenza-urgenza ove è presente una superficie per Elisoccorso. Accoglie e risponde alle richieste sanitarie non programmabili che affluiscono al pronto soccorso in maniera non preordinata e con necessità di cure diverse. Riceve e tratta i pazienti con un grado di criticità elevato, orienta i ricoveri e/o le dimissioni con un primo step diagnostico. Per lo svolgimento di ta-

le attività si avvale delle consulenze specialistiche dei professionisti presenti in Azienda, da quelle cliniche a quelle laboratoristiche e radiologiche.

L'Emergenza viene svolta anche al di fuori del Dipartimento, infatti il Pronto Soccorso Pediatrico, attualmente inserito nel Dipartimento Internistico, accoglie giornalmente più di 30 bambini con patologie internistiche. Entro il 2018 l'intera attività di emergenza-urgenza pediatrica, anche chirurgica, verrà svolta presso lo stabilimento ospedaliero Cao di via Jenner.

- Patologia cardiaca.

  L'AOB è sede di Dipartimento di patologia cardiaca ove sono presenti le Strutture Complesse (SC) di Cardioanestesia, Cardiochirurgia (l'unica nella Regione ad effettuare attività trapiantologica), Cardiologia (riferimento regionale per le patologie cardiache ad elevata complessità), Cardiologia pediatrica (in cui vengono svolte tecniche invasive di angiocardiologia ad alta complessità), Chirurgia Vascolare-Toracica ed Emodinamica.

- Patologia Urologica e Nefrologica.

  L'AOB è sede di Dipartimento con una SC di Urologia che oltre ad occuparsi della patologia urologica generale e oncologica, effettua Trapianti singoli di rene, combinati di rene e pancreas, nonché interventi di alta tecnologia con l'utilizzo del Robot. Essa è supportata da una struttura semplice dipartimentale (SSD) di Trapianto Rene che gestisce i pazienti candidati al trapianto, con gravi insufficienze renali, nella fase pre e post-trapianto.

  E' presente inoltre una SC di Nefrologia con 26 posti rene per trattamenti dialitici di pazienti critici con alti indici di comorbidità. A regime della riorganizzazione della rete ospedaliera tale struttura potrebbe essere trasferita presso le attività sanitarie distrettuali.

- Attività chirurgica

  L'AOB è sede di Dipartimento con una SC di Chirurgia generale che effettua trapianti epatici e di pancreas singoli o combinati (unico centro regionale). Sono inoltre presenti le SC di Chirurgia Plastica, Oculistica (che da luglio 2015 effettua trapianti lamellari di cornea) e Ostetricia-Ginecologia (che a regime della riorga-

nizzazione della rete ospedaliera potrebbe essere trasferita presso le attività sanitarie distrettuali).

- Patologia Neurologica.
  Nell'AOB sono presenti una SC di Neurologia con 12 posti letto di Stroke Unit per il trattamento degli ictus, una SC di Neurochirurgia e una SSD di Neuroriabilitazione che tratta i pazienti affetti da patologie neurologiche vascolari critiche nell'immediata post-acuzie.
- Patologia Oncologica.
  L'AOB è specializzata in patologie neoplastiche, per le quali lo stabilimento ospedaliero Businco è l'unico centro di riferimento sul territorio regionale.
- Patologie rare.
  L'AOB, presso lo stabilimento ospedaliero Cao, è punto di riferimento regionale per lo studio e la cura delle patologie correlate alla thalassemia e si colloca anche tra i principali centri europei per il contributo apportato alla diagnosi e cura delle malattie genetiche e di patologie rare.
- Dipartimento Servizi.
  L'AOB è sede di un Dipartimento Servizi ove sono presenti una SC di Radiologia (che affronta la diagnostica radiografica con apparecchiature ad alta tecnologia quali TAC, RMN, angiografi per la diagnostica interventistica ed ecografi ad altissima risoluzione), di Immunoematologia, di Laboratorio Analisi, di Anatomia Patologica e di Medicina Nucleare dotata di PET. E' presente inoltre la sede della Banca del Sangue Cordonale.

L'attività dell'AOB mira al miglioramento del benessere sociale e dello stato di salute della popolazione, alla qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati, all'appropriatezza e continuità di cura nei percorsi assistenziali, alla capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico-finanziario nella gestione del sistema azienda.

Le finalità di cui sopra si concretizzano nelle seguenti condotte:

- prendersi cura dei pazienti, rispondendo in modo adeguato e nel rispetto delle conoscenze elaborate dalla medicina ai loro bisogni di salute, ponendo attenzione alla cen-

tralità della persona e perseguendo l'umanizzazione nei rapporti interpersonali tra operatori sanitari e utenti-pazienti;
- prendersi cura di coloro che mettono la loro professionalità a servizio dell'Azienda, assicurando idonei percorsi formativi e di crescita professionale in relazione alle capacità di ognuno, nonché assicurando la tutela della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro;
- prendersi cura della legalità, assicurando che gli atti e i comportamenti posti in essere siano rispondenti alle disposizioni normative vigenti, sia a livello nazionale che a livello regionale;
- prendersi cura dei portatori di interessi (stakeholders), garantendo relazioni trasparenti, volte al confronto costruttivo e collaborativo con le istituzioni locali, le organizzazioni sindacali, le associazioni di volontariato esponenti di interessi diffusi, nel rispetto dei principi ispiratori di uguaglianza, imparzialità, efficacia ed efficienza.

1.5 Come operiamo

A partire dal 2000 è stato avviato il processo di dipartimentalizzazione dell'AOB, facendo convergere competenze ed esperienze scientifiche, tecniche e assistenziali, allo scopo di fornire al paziente una risposta diagnostico-terapeutica più completa, costruendo così l'organizzazione interna con un'attenzione sempre maggiore alle esigenze dei cittadini-utenti. Questo assetto organizzativo, inteso come aggregazione di Strutture (Complesse e Semplici/Semplici Dipartimentali) che conservano la propria autonomia e responsabilità, al contempo garantisce l'interdipendenza delle stesse al fine di raggiungere obiettivi comuni (anche in termini di performance e di utilizzo di risorse).
Le diverse Strutture afferenti a ciascun Dipartimento adottano codici di comportamento clinico-assistenziali concordati e condivisi, d'intesa con la Direzione Strategica, attraverso l'elaborazione di protocolli/percorsi finalizzati a ottenere una omogeneità di comportamento durante tutto il percorso assistenziale.
L'attività dell'AOB si concretizza nei tre stabilimenti ospedalieri attraverso le seguenti strutture dipartimentali:

- Cardio-toraco-vascolare (San Michele);

- Chirurgia (San Michele);
- Emergenza/Urgenza (San Michele);
- Chirurgia oncologica (Businco);
- Oncologia medica (Businco);
- Radio oncologia (Businco);
- Pediatrico e prenatale (Microcitemico);
- Medicina interna (San Michele);
- Patologia renale (San Michele);
- Funzionale trapianti (San Michele);
- Diagnostica per immagini;
- Servizi speciali diagnosi e cura;
- Amministrativo e tecnico.

Dal 01/01/2016 l'Azienda ha accresciuto ulteriormente le proprie attività e specialità con l'accorpamento dall'Azienda Ospedaliera Universitaria dei servizi di Neuropsichiatria Infantile e della I Clinica di Pediatria .

2 IDENTITA'

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

2.1 L'AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU IN CIFRE

Alcuni dati di attività dell'ultimo triennio.

ATTIVITA'	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015
Numero posti letto ordinari	511	511	693
Numero ricoveri ordinari	20.040	19.527	22.962
Numero posti letto diurni	49	49	129
Numero ricoveri diurni	6.969	6.358	11.918
Numero totale ricoveri	27.009	25.885	34.880

Numero interventi chirurgici in ricovero ordinario	8.996	9.139	10.458
Numero interventi chirurgici in day surgery	4.382	4.166	5.364
Numero interventi chirurgici in day service	1.241	800	1.340
Numero trapianti	57	78	48
Numero prestazioni ambulatoriali SSN	731.843	740.862	1.040.894
Numero accessi al pronto soccorso adulti	37.498	37.676	38.882
Numero accessi al pronto soccorso pediatrico	11.733	12.894	12.227

NB: I dati 2015 sono comprensivi dell'incorporazione dei presidi ospedalieri Businco e Cao.

2.2 MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE

L'AOB è un Ente del Servizio Sanitario Nazionale il cui mandato istituzionale risponde ai fabbisogni di salute della popolazione attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie. La sua Mission è quella di soddisfare i bisogni di cure intensive di alta specialità in regime di ricovero e non, secondo le aspettative dei cittadini, gestendo con efficacia le risorse disponibili e garantendo le prestazioni di assistenza ospedaliera.

E' compito dell'AOB promuovere e tutelare la salute, prevenire e curare le malattie, prevenire il disagio sociale correlato alla situazione sanitaria, incentivare le forme di prevenzione atte a tutelare il benessere del singolo nell'ambito delle comunità territoriali delle Aziende Sanitarie Locali competenti. I valori di riferimento con i quali opera l'AOB sono:

- equità nell'accesso con uguali opportunità di utilizzo dei servizi;
- centralità del cittadino-utente;
- solidarietà, con particolare attenzione all'accoglienza delle persone più deboli;
- garantire l'appropriatezza delle prestazioni;
- valorizzazione e crescita professionale di tutti i dipendenti dell'Azienda.

Nel proprio impegno di programmazione l'AOB assume come riferimento le strategie e gli indirizzi definiti dal Ministero (Piano Sanitario Nazionale) e dalla Regione Autonoma della Sardegna (Piano Sanitario Regionale) e si pone come ulteriore obiettivo quello di

coinvolgere positivamente e attivamente i cittadini, la comunità locale e tutti gli stakeholder potenzialmente interessati a conoscere l'Azienda e le sue attività.

E' impegno dell'Amministrazione garantire la trasparenza nelle decisioni, affinché tutti gli stakeholder, a prescindere dal ruolo, possano sentirsi coinvolti nel contesto aziendale.

L'AOB, come parte integrante dell'ampio e complesso Servizio Sanitario Regionale, ritiene di dover continuare a svolgere funzioni di rilievo regionale-nazionale relativamente all'alta specialità delle prestazioni in alcune attività assistenziali, nonché sviluppare la sua attività attraverso un sistema aperto, attento e sensibile al cambiamento della domanda di salute in generale e nel settore ospedaliero di alta specializzazione in particolare.

Tale Mission impone una elevata attitudine al cambiamento, una rivisitazione critica degli attuali modelli culturali e organizzativi nonché un impegno costante verso l'innovazione secondo i seguenti ulteriori principi:

- approccio professionale di tipo multidisciplinare;
- sviluppo dell'alta specializzazione nel quadro previsto dal Piano Sanitario Regionale della Sardegna;
- apertura alle collaborazioni e alla ricerca con altre Istituzioni sia nazionali che internazionali;
- aumentare il grado di soddisfazione degli utenti e degli operatori e promuovere la qualità dell'assistenza;
- messa a punto di modalità gestionali atte a coniugare l'eccellenza delle prestazioni alla razionalizzazione nell'uso delle risorse;
- miglioramento della posizione di eccellenza per il trattamento delle patologie relative all'alta specialità, con riferimento alle aree:

1) delle emergenze cliniche complesse riferibili ad insufficienza acuta e cronica di uno o più organi e dei percorsi di emergenza con particolare attenzione alle patologie traumatiche complesse, cardiovascolari, neuro vascolari, nefro-urologiche;
2) dei trapianti d'organo;
3) della chirurgia di alta complessità clinico-tecnologica e della robotica.

Per queste finalità l'AOB si impegna a consolidare al proprio interno competenze professionali e scientifiche e risorse tecnologiche, integrandosi armonicamente con le altre strutture che nel contesto regionale, nazionale e internazionale operano negli specifici campi, in una logica di complementarietà di ruoli e di continuità assistenziale. Inoltre l'AOB riconosce nella propria Mission, in quanto presidio di rilievo nazionale e di alta specializzazione, la creazione di condizioni che favoriscano la divulgazione di conoscenze e competenze tecniche nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere Universitarie e dei Centri di riferimento della Regione Autonoma della Sardegna.

L'AOB, per orientare le proprie azioni, si configura come un'organizzazione che:

- persegue la qualità delle cure attraverso l'adozione di strumenti adeguati quali l'applicazione della medicina basata sull'evidenza, linee guida condivise, audit clinico e misure per la gestione dei rischi;
- cura il proprio capitale umano impegnandosi a fornire opportunità di crescita professionale a quanti sappiano distinguersi per competenza, autorevolezza e impegno.

Sul piano gestionale l'Azienda ha come costante punto di riferimento l'esigenza di coniugare gli obiettivi di salute e della ricerca con le risorse disponibili al fine di rendere sostenibile, anche dal punto di vista economico, il proprio sistema organizzativo, attraverso strumenti quali:

- la quantificazione delle risorse disponibili in termini finanziari, strutturali, strumentali e umani;
- l'individuazione dei criteri per l'allocazione delle risorse, che deve essere orientata al contenimento della spesa e che deve garantire prestazioni efficaci e appropriate;
- il rafforzamento del processo di aziendalizzazione;
- la riconversione e la riqualificazione dell'offerta verso livelli di assistenza più appropriati (day hospital, day service e attività ambulatoriale di alta specialità);
- l'aggiornamento delle strumentazioni tecnologiche in dotazione;
- la formazione continua e l'adozione di procedure clinico-terapeutiche standardizzate attraverso il processo di accreditamento.

L'AOB intende rafforzare il proprio ruolo di riferimento regionale e nazionale, anche a seguito dell'avvenuta incorporazione degli stabilimenti ospedalieri Businco e Cao, nelle aree specialistiche consolidate dei suddetti, oltre che nelle aree specialistiche, già individuate nella Mission, in stretto collegamento con tutte le realtà ospedaliere di interesse scientifico nazionale e internazionale.

2.3 POPOLAZIONE ASSISTIBILE

Nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale l'AOB entra a far parte del DEA macroarea SUD (n. abitanti 1.410.000), con un presidio ospedaliero di II livello (stabilimento San Michele) di riferimento per un bacino teorico di 600.000 utenti, un presidio di riferimento regionale per le patologie pediatriche (stabilimento Cao) e un presidio di riferimento regionale per le patologie oncologiche (stabilimento Businco).

2.4 PERSONALE

La tabella seguente illustra la composizione media del personale dell'AOB:

PERSONALE	AL 31/12/2014	AL 31/12/2015
Numero dirigenti medici	425	629
Numero dirigenti sanitari non medici	25	61
Numero dirigenti amministrativi, professionali e tecnici	10	10
Numero di personale non dirigente	1.475	2.135
Costo del personale	99.709.000	127.437.000

N.B.: per il 2015 i dati si riferiscono agli stabilimenti Businco, Cao e San Michele

Sono in previsione per il triennio 2016-2018 le attività volte all'analisi del benessere organizzativo e al bilancio di genere.

2.5 ORGANIZZAZIONE

Nelle more delle Linee Guida regionali per la definizione degli Atti Aziendali l'AOB risulta organizzata così come descritto nel punto **1.5** precedente.

3. ALBERO DELLA PERFORMANCE

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta, anche graficamente, 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. 38/12 del 28/7/2015 "Programma di riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna";
- delibera Giunta Regionale n. 54/11 del 10/11/2015 "Interventi per la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica";
- delibera Giunta Regionale n. 63/23 del 15/12/2015 "Disegno di legge concernente Ulteriore proroga del commissariamento di cui all'articolo 9 della legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale. Modifiche alle leggi regionali n. 23 del 2005, n. 10 del 2006 e n. 21 del 2012)";
- 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. 67/21 del 29/12/2015 "Attribuzione alle aziende sanitarie regionali delle risorse destinate al finanziamento indistinto della spesa sanitaria di parte corrente per l'esercizio 2015";
- delibera Giunta Regionale n. 67/30 del 29/12/2015 "Proroga incarico Commissari straordinari delle Aziende Sanitarie e aggiornamento degli obiettivi di mandato. Legge regionale 28 dicembre 2015, n. 36, art. 1";
- delibera Giunta Regionale n. 1/12 del 12/1/2016 "Linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale";
- delibera Giunta Regionale n. 6/15 del 2/2/2016 "Proposta di ridefinizione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna".

Partendo da quanto sopra riportato, dal mandato istituzionale/Mission dell'AOB e in considerazione della mole di attività svolte e ancora da svolgere a seguito dell'incorporazione dei nuovi stabilimenti ospedalieri (le quali lasciano poco spazio a ulteriori margini di manovra), sono state individuate tre macroaree strategiche di intervento per il triennio 2016-2018, di seguito rappresentate, che si caratterizzano per essere trasversali alle unità organizzative aziendali.

A - AREA STRATEGICA DI GOVERNO CLINICO	**EFFETTI ECONOMICI**
MACRO OBIETTIVI STRATEGICI	
Rete ospedaliera e laboratoristica con obiettivi di: - sviluppo dei rapporti con gli altri soggetti del territorio per la gestione di pazienti attraverso percorsi condivisi -riorganizzazione (adeguamento posti letto e adozione Atto Aziendale) e di integrazione con gli stabilimenti Businco e Cao nonché con la ASL di Cagliari (hub e spoke) - redazione del piano di settore rischio Clinico - Aumento di servizi assistenziali (Efficienza sale operatorie e attività ambulatoriale)	Trattandosi di attività orientata prevalentemente su miglioramenti organizzativi interni e dei rapporti esterni, le azioni legate al perseguimento di questo obiettivo non comporteranno aumenti nei costi aziendali ma a parità di costi una maggiore qualità dell'assistenza. Inoltre la razionalizzazione della attività doppie (Anatomia Patologica, Medicina Nucleare, Chirurgia della Mammella, Radiologia e Laboratorio Analisi) comporterà una riduzione nel costo del personale sia dirigenziale che del comparto cui contribuirà la riconversione verso strutture territoriali di attività quali diabeto-

	logia, centro dismetabolico etc;
Trapianti, donazione di organi e sangue con obiettivi di: - utilizzazione dei percorsi già definiti - promozione dell'attività di donazione - redazione del piano del buon uso del sangue e relativo monitoraggio - graduale trasferimento all'Areus	Le azioni per il raggiungimento di questo obiettivo potrebbe portare ad un irrilevante (rispetto al valore della produzione) aumento dei costi con riferimento all'attività di promozione dell'attività di donazione che potrebbe neutralizzarsi con il ricorso a finanziamenti privati o donazioni. Anche su questa area comunque si prevedono costi in calo soprattutto sul buon utilizzo del sangue
Qualità ed esito delle cure, appropriatezza con obiettivi di: - Miglioramento delle performance aziendali - Umanizzazione delle cure - Implementazione dei percorsi assistenziali - Miglioramento del sistema di emergenza - urgenza	Trattandosi di attività orientata prevalentemente su miglioramenti organizzativi interni e dei rapporti esterni, le azioni legate al perseguimento di questo obiettivo non comporteranno aumenti nei costi aziendali ma a parità di costi una maggiore qualità dell'assistenza.

AREA STRATEGICA DI GOVERNO DEI PROCESSI **MACRO OBIETTIVI STRATEGICI**	**EFFETTI ECONOMICI**
Governance con obiettivi di: - Identificazione dei percorsi di presa in carico del paziente - Centralizzazione dell'attività di DH/DS per dipartimento - Miglioramento dell'accessibilità ai servizi e di trasporto interno	Trattandosi di attività orientata prevalentemente su miglioramenti organizzativi interni, le azioni legate al perseguimento di questo obiettivo non comporteranno aumenti nei costi aziendali.
Legalità e trasparenza con obiettivi di potenziamento delle attività di trasparenza e anticorruzione	Attività che verranno svolte prevalentemente con l'utilizzazione delle risorse umane interne
Informatizzazione con obiettivi di potenziamento della condivisione telematica dei dati clinici e della consultazione on line delle cartelle cliniche e dei referti nonché dell'utilizzo di tutti i software aziendali finalizzati alla circolazione delle informazioni e alla rilevazione dei dati clinici/economici	Eventuali costi di licenza

AREA STRATEGICA DI GOVERNO ECONOMICO **MACRO OBIETTIVI STRATEGICI**	**EFFETTI ECONOMICI**
Controlli con obiettivi di potenziamento delle	

attività di controllo d gestione e di contabilità analitica ai fini di acquisire tutte le informazioni utili per individuare le aree di intervento specifiche ai fini della riduzione dei costi aziendali e/o ai fini di un più razionale utilizzo delle risorse disponibili. Puntuale ricognizione dei fabbisogni ed esteso utilizzo dei sistemi di budget	Attività che verranno svolte prevalentemente con l'utilizzazione delle risorse umane interne
Personale con obiettivi: - contenimento dei costi - rispetto dei piani di rientro condivisi con l'Assessorato - Individuazione di eventuali attività di area amministrativa/tecnica da svolgere in comune con altre aziende al fine di ridurre rischi di rallentamenti delle attività burocratica causa il blocco del turn over del personale dei ruoli tecnico ed amministrativo	

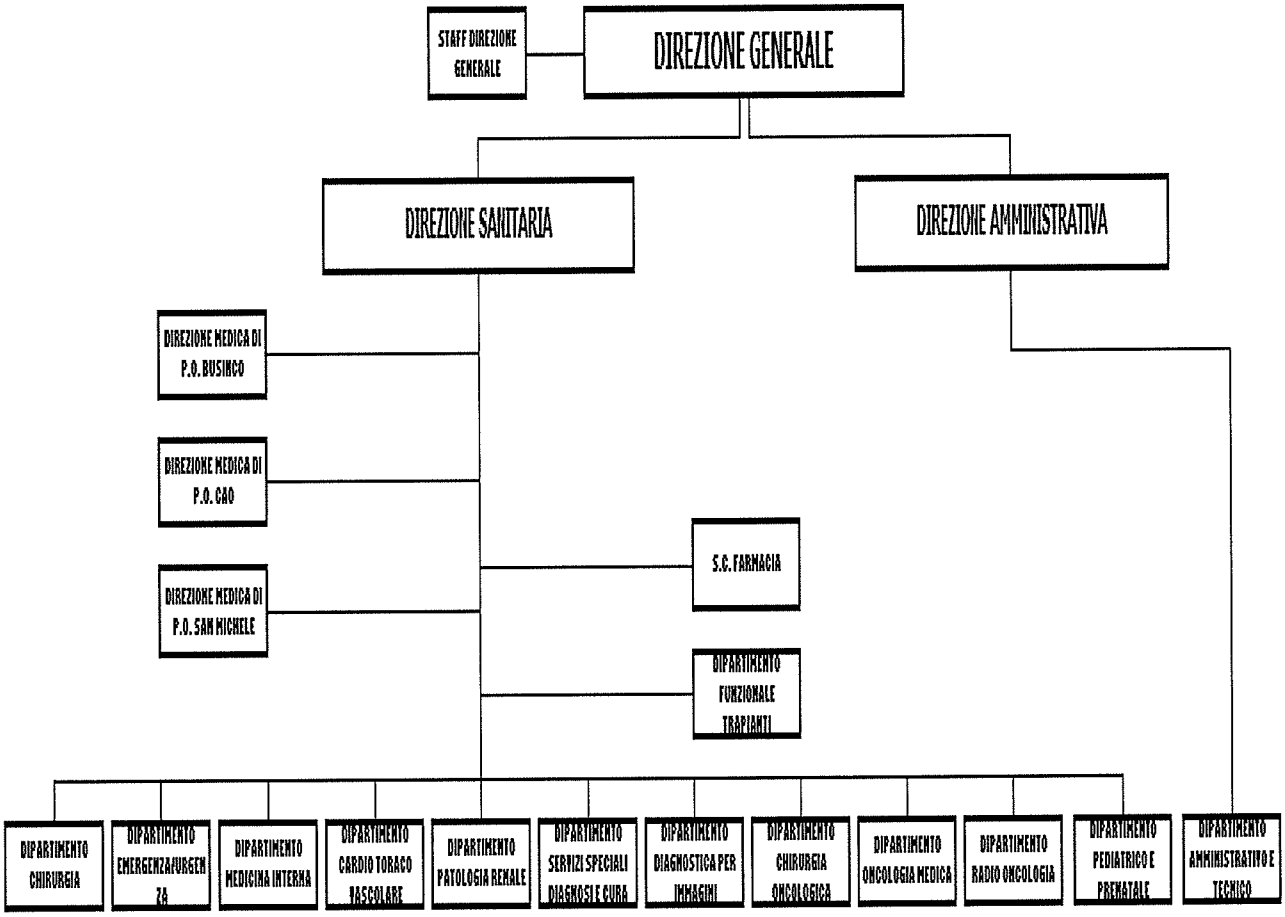
ALBERO DELLA PERFORMANCE 2016-2017-2018		
A – GOVERNO CLINICO	**B – GOVERNO DEI PROCESSI**	**C – GOVERNO ECONOMICO**
A.1 Rete ospedaliera e laboratoristica	B.1 Governance	C.1 Controlli
A.2 Trapianti, donazione d'organi e sangue	B.2 Legalità e trasparenza	C.2 Personale
A.3 Qualità e appropriatezza	B.3 Informatizzazione	C.3 Spesa farmaceutica

3.1 ANALISI DEL CONTESTO

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

3.1.1 Contesto interno

Nelle more dell'implementazione dell'Atto Aziendale (per cui si è in attesa delle linee guida da parte dell'Assessorato all'Igiene, Sanità e Assistenza sociale), l'organigramma dell'AOB risulta definito dallo schema seguente:



I Dipartimenti sono così articolati:

- Dipartimento Amministrativo e Tecnico: SC Acquisti Beni e Servizi; SC Affari Generali; SC Economico Finanziario; SC Servizio Personale; SC Servizio Manutenzioni; SSD Servizio Tecnico.
- Dipartimento Chirurgia: SC Chirurgia Generale; SC Chirurgia Plastica; SC Gastroenterologia; SC Oculistica; SC Ostetricia e Ginecologia; SSD Chirurgia Maxillo-Facciale; SSD Coordinamento Trapianti di Fegato; SSD Endoscopia Digestiva; SSD Ginecologia Disfunzionale ed Endoscopica; SSD Neonatologia; SSD Patologia della Terza Età e Chirurgia del Pavimento Pelvico; SSD Senologia.
- Dipartimento Emergenza/Urgenza: SC Anestesia; SC Chirurgia d'Urgenza; SC Ortopedia e Traumatologia; SC Pronto Soccorso e OBI; SC Rianimazione.
- Dipartimento Medicina Interna: SC Diabetologia; SC Medicina I; SC Medicina II; SC Neurologia e Stroke; SC Pediatria; SSD Centro Malattie Dismetaboliche; SSD Disturbi Pervasivi dello Sviluppo; SSD Neurofisiologia; SSD Neuroriabilitazione.
- Dipartimento Cardio Toraco Vascolare: SC Cardioanestesia; SC Cardiochirurgia; SC Cardiologia Pediatrica; SC Cardiologia e Utic; SC Chirurgia Vascolare e Toracica; SC Emodinamica; SSD Assistenza Postoperatoria Cardiochirurgica; SSD Consulenza e Valutazione Cardiologica.
- Dipartimento Patologia Renale: SC Nefrologia e Dialisi; SC Urologia; SSD DH Urologico; SSD Dialisi Acuti e Chirurgia Accessi Vascolari; SSD Dialisi Cronici; SSD Trapianto Renale.
- Dipartimento Servizi Speciali di Diagnosi e Cura: SC Anatomia Patologica; SC Immunoematologia e Centro Trasfusionale; SC Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologia; SC Riabilitazione Fisica; SSD Cardioriabilitazione; SSD Immunologia Trapianti.
- Dipartimento Diagnostica per Immagini: SC Medicina Nucleare; SC Radiologia; SSD Qualità in Radiochimica – Laboratorio Vitro.
- Dipartimento Chirurgia Oncologica: SC Algologia; SC Anestesia e Rianimazione; SC Chirurgia Generale; SC Chirurgia Sperimentale; SC Chirurgia Toracica; SC Dermatologia; SC Ginecologia.
- Dipartimento Oncologia Medica: SC Cardiologia; SC Ematologia e CTMO; SC Oncologia Medica; SC Melanoma e Patologie Rare; SC Patologia Mammella; SSD Apparato Ga-

stroenterico; SSD Apparato Toraco Polmonare; SSD Apparato Urogenitale; SSD Patologia Encefalo, Capo e Collo.

- Dipartimento Radio Oncologia: SC Fisica Sanitaria; SC Medicina Nucleare; SC Radioterapia; SC Radioterapia Sperimentale; SC Radiologia Oncologica.
- Dipartimento Pediatrico e Malattie Rare: SC Clinica Pediatrica; SC Clinica Pediatrica per Talassemie e Patologie Complesse; SC Chirurgia Pediatrica; SC Ginecologia e Diagnosi Prenatale; SC Oncoematologia Pediatrica; SC Neuropsichiatria Infantile; SSD Anestesia Pediatrica; SSD Cardiologia Pediatrica; SSD Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica; SSD Neurologia ed Epilettologia Pediatrica; SSD CTMO Pediatrico; SSD Laboratorio Genetica-Genomica; SSD Radiologia Pediatrica, Centro Screening Neonatale.

Negli ultimi anni la Direzione ha ritenuto strategico porre l'attenzione sul controllo dell'inappropriatezza dei ricoveri e sull'aumento della complessità della casistica. L'impegno profuso nella formazione e responsabilizzazione del personale sull'appropriatezza dei ricoveri e il continuo monitoraggio dell'attività hanno consentito di raggiungere livelli di appropriatezza dei DRG superiori alla media nazionale sia per i ricoveri in regime ordinario sia per quelli in regime diurno.

Le attività che connotano l'AOB quale ospedale ad alta specialità sono aumentate soprattutto nell'ambito della chirurgia complessa, con un conseguente incremento del peso medio DRG. Alle tipologie di trapianti si è inoltre aggiunta quella dei trapianti di pancreas isolati. Gli interventi effettuati in chirurgia robotica costituiscono un'eccellenza in ambito regionale e nazionale, essendo la diffusione di tale metodica ancora oggi limitata.

Sono di seguito riportate le performance conseguite nel triennio 2012-2013-2014, validate dall'OIV e adottate dalla Direzione Generale con deliberazioni n. 1504/2013, n. 2003/2014 e n. 1337/2015.

Descrizione Struttura	Performance 2012	Performance 2013	Performance 2014
Dipartimento di chirurgia	75%	91,99%	82,94%
Dipartimento di emergenza	82%	73,26%	77,22%
Dipartimento di medicina interna	86%	90,61%	91,75%
Dipartimento di patologia cardiaca	92%	76,12%	83,24%
Dipartimento di patologia renale	92%	90,57%	73,08%

Dipartimento servizi e immagini	80%	75,01%	69,55%
Dipartimento di neuroscienze			86,07%
Programmazione strategica e di indirizzo	95%	91,25%	100%
S.C. Anatomia Patologica	85%	95,48%	92,71%
S.C. Anestesia	85%	78,43%	72,95%
S.C. Cardioanestesia	81%	63,61%	77,60%
S.C. Cardiochirurgia	84%	78,74%	91,58%
S.C. Cardiologia	80%	80,27%	81,55%
S.C. Cardiologia Pediatrica (nel 2012 era S.S.D.)	65%	71,44%	67,66%
S.C. Chirurgia d'Urgenza	85%	71,00%	80,87%
S.C. Chirurgia Generale	85%	81,41%	78,02%
S.C. Chirurgia Plastica	72%	88,87%	65,65%
S.C. Chirurgia Vascolare e Toracica	80%	69,44%	48,48%
S.C. Controllo di gestione			76,67%
S.C. Diabetologia	75%	83,62%	80,00%
S.C. Emodinamica	83%	71,26%	80,82%
S.C. Farmacia	90%	89,80%	95,00%
S.C. Gastroenterologia	80%	93,01%	79,91%
S.C. Governo clinico e organizzazione ospedaliera	95%	90,00%	100%
S.C. Immunoematologia	80%	96,72%	93,88%
S.C. Laboratorio Analisi	86%	78,16%	51,23%
S.C. Medicina I	80%	88,65%	79,64%
S.C. Medicina II	87%	92,58%	87,62%
S.C. Medicina Nucleare	90%	91,67%	87,85%
S.C. Nefrologia e Dialisi	85%	86,18%	82,21%
S.C. Neurochirurgia	90%	75,73%	85,97%
S.C. Neurologia e Stroke Unit	84%	91,29%	75,92%
S.C. Oculistica	72%	86,57%	61,05%
S.C. Ortopedia e Traumatologia	82%	91,94%	78,82%
S.C. Ostetricia e Ginecologia	67%	78,56%	63,81%
S.C. Pediatria	84%	96,84%	79,60%
S.C. Pronto Soccorso e O.B.I.	85%	93,65%	81,19%
S.C. Radiologia	81%	90,94%	88,51%
S.C. Riabilitazione Fisica	88%	81,24%	90,10%
S.C. Rianimazione	85%	69,44%	93,97%
S.C. Servizio Affari Generali		92,22%	95,00%
S.C. Servizio Economico Finanziario	94%	93,25%	79,74%
S.C. Servizio Manutenzioni	94%	95,00%	93,19%
S.C. Servizio Personale	94%	93,21%	90,01%
S.C. Servizio Acquisti beni e servizi	94%	91,48%	80,24%
S.C. Urologia, trapianto rene e chirurgia robotica	90%	96,05%	57,17%
S.S.D. Cardioriabilitazione	85%	87,35%	87,39%
S.S.D. Centro disturbi pervasivi dello sviluppo	86%	89,40%	86,93%

S.S.D. Centro malattie dismetaboliche	81%	95,02%	79,94%
S.S.D. Chirurgia Maxillo Facciale	82%	85,37%	84,59%
S.S.D. Chirurgia Otorinolaringoiatrica			85,07%
S.S.D. Consulenza e valutazione cardiologica ambulatoriale			100%
S.S.D. Day Hospital urologico	90%	93,65%	88,38%
S.S.D. Endoscopia Digestiva		68,46%	81,48%
S.S.D. Ginecologia disfunzionale ed endoscopica	75%	89,00%	87,16%
S.S.D. Neonatologia	77%	100%	85,83%
S.S.D. Neuroriabilitazione	88%	89,77%	88,60%
S.S.D. Patologia della III età e chirurgia del pavimento pelvico	80%	88,20%	83,50%
S.S.D. Radiologia e neuroradiologia vascolare interventistica			79,86%
S.S.D. Senologia	80%	96,28%	84,82%
S.S.D. Servizio qualità in radiodinamica e laboratorio vitreo	86%	96,24%	100%
S.S.D. Trapianto di fegato	79%	74,23%	
S.S.D. Trapianto renale	90%	96,00%	83,04%
Servizio Informativo			95,00%
Servizio Prevenzione e Protezione	89,50%		
Staff Direzione Amministrativa	94%	89,24%	92,50%
Staff Direzione Generale	94%	84,71%	80,00%

N.B.: si precisa che, nell'ambito del Sistema di budgeting aziendale, gli obiettivi assegnati alle strutture divergono nel tempo e nei contenuti (difficoltà, livelli di impegno organizzativo e individuale), a seconda degli obiettivi annuali e della tipologia delle strutture cui sono assegnati (sanitarie, amministrative e tecniche). Ne consegue che le variazioni di performance nel tempo e tra le strutture non sono tra loro confrontabili ai fini di una corretta valutazione differenziale.

3.1.2 Fattori endogeni

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

L'incorporazione degli stabilimenti ospedalieri Businco e Cao rappresenta il principale fattore endogeno del triennio 2016-2017-2018. Tale evento impone lo sviluppo di attitudini al cambiamento sia dal punto di vista strategico che organizzativo e necessita di un adeguato riposizionamento dell'AOB nel "mercato" sanitario.

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

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

La riorganizzazione regionale prevede la riduzione dei posti letto di Urologia, Chirurgia generale e Pediatria: ma i posti letto di tali specialità possono essere ridotti solo a seguito della effettiva specializzazione dell'offerta ospedaliera conseguente all'applicazione della delibera, pertanto si dovrebbe procedere: a) alla loro immediata riduzione nella misura del 50% rispetto al numero di posti letto in eccedenza rispetto alla programmazione; b) a una ulteriore progressiva riduzione nell'arco del triennio sulla base della diminuzione del tasso di occupazione per un valore pari o inferiore all'85%.

Dall'analisi del contesto interno si evidenziano i seguenti punti di debolezza:

- vincoli nazionali e regionali stringenti (sia normativi che economici) indurranno gravi carenze di organico (dipendenti cessati o con limitazioni) per personale non tempestivamente sostituibile a ruolo. In tal senso, ultima in termini cronologici la deliberazione di Giunta Regionale n. 43/9 del 1/9/2015 di "Disposizioni alle Aziende sanitarie in materia di contenimento della spesa per il personale. Blocco del turnover";
- nelle more delle linee guida regionali per la predisposizione dell'Atto Aziendale sussistono problemi di identità organizzativa;
- bassa motivazione del personale;
- bassa capacità di creare economie di scala;
- carenza di meccanismi efficaci di controllo interno;
- problematiche legate ad un sistema aziendale informativo ed informatico non ancora perfettamente adeguato, scarsamente integrato e carente di utility anche elementari;
- scarsa disponibilità di locali;
- forte resistenza al cambiamento a tutti i livelli;
- storiche carenze di organico in alcune Strutture.

Dall'analisi del contesto interno si evidenziano i seguenti punti di forza:

- tra le risorse immateriali si segnala particolarmente valida la reputazione aziendale in termini di percezione da parte dell'utenza, la quale indubbiamente attribuisce all'AOB una stabile leadership regionale tra le strutture assistenziali ospedaliere. La qualità delle prestazioni nonché le relazioni instaurate con gli stakeholder hanno condotto alla costruzione di una solida e attraente immagine che permette all'organizzazione stessa di vivere e crescere in sintonia con l'ambiente di riferimento;
- miglioramento degli indicatori di performance dell'attività ospedaliera;
- riequilibrio economico, conseguito attraverso interventi di:
  - efficienza della spesa per beni e servizi (centralizzazione degli acquisti e gare consorziate);
  - efficienza e razionalizzazione della spesa, attraverso sistemi metodologici concernenti i tetti di spesa per attività di erogazione diretta;
  - contenimento della spesa per il personale, quale logica conseguenza della razionale riorganizzazione aziendale;
- abnegazione, senso di responsabilità e del sacrificio da parte di uno "zoccolo duro" di dipendenti (sia sanitari che amministrativi e tecnici);
- polo ospedaliero ad alta concentrazione tecnologica;
- presenza di eliporto per le emergenze.

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.

Si evidenzia una forte discontinuità territoriale (tempi di percorrenza) e infrastrutturale (bassa equità), nonché una disomogenea concentrazione dei servizi assistenziali di rango elevato. Ciò costituisce una complicanza ai fini di un efficiente governo della domanda, anche perché, malgrado la forte cultura "ospedale-centrica" della popolazione, va rilevato che gli utenti manifestano una forte propensione alla mobilità infraregionale per accedere a soglie assistenziali ritenute di qualità superiore. Da qui la propensione alla scelta dell'AOB, evidentemente percepita come struttura assistenziale di alto rango, e i conseguenti problemi in ordine alla gestione delle liste e dei tempi di attesa delle prestazioni chirurgiche e ambulatoriali anche di non elevata complessità.

La riorganizzazione della rete ospedaliera secondo il principio a rete dell'HUB & SPOKE dovrebbe limitare gli accessi in AOB ai soli casi di alta complessità di diagnosi e cura, attraverso la presa in carico del paziente senza interruzione tra il presidio di II livello e la "periferia", oltre ad una completa integrazione dei professionisti che lavorano in rete nelle diverse strutture del Servizio Sanitario Regionale, con una definizione di protocolli condivisi tra operatori sanitari anche afferenti a diversi livelli di erogazione delle cure (presidi di II livello, presidi di I livello, ospedali di base, medici di medicina generale ecc.). Da qui la necessità di integrazione delle strutture e attività dell'AOB con i diversi attori della nuova organizzazione sanitaria regionale. Fondamentale nel percorso di riorganizzazione è infatti la ridefinizione dell'accesso appropriato alla struttura ospedaliera, che deve sempre rappresentare il livello di più elevata complessità di diagnosi, cura e assistenza.

Il concetto di rete HUB & SPOKE presuppone nodi e maglie che collegano il contesto alla rete in cui si opera. Rete, nodi e maglie sono i tre elementi del sistema che si influenzano a vicenda operando in modo sinergico. L'idea (e la pratica) di rete assistenziale comporta profondi e importanti cambiamenti che possono essere così sintetizzati:

- a livello dei nodi occorre cambiare le regole che sottendono le relazioni tra le parti interessate superando l'attuale separatezza tra unità di cura;
- a livello delle maglie che collegano i nodi bisogna passare dalla erogazione della singola prestazione alla strutturazione di una catena di eventi assistenziali tra di loro coordinati (governo del processo) superando le criticità delle interfacce;

- agire in rete significa assumere il concetto di "co-produzione" dei servizi tra le parti interessate, attraverso la "compliance all'accordo", il negare e superare la competizione fra le singole unità produttive della rete perseguendo la cooperazione, secondo i diversi livelli di complessità di intervento attribuita.

Gli organi istituzionali, la Regione e conseguentemente le politiche di programmazione regionale, rappresentano degli stakeholders vincolanti per la Governance aziendale. A questi vanno aggiunte le aspettative dell'utente finale del servizio, ossia le esigenze afferenti alla qualità delle prestazioni, alla loro accessibilità ed equità, alla possibilità di scegliere e di personalizzare l'assistenza, sino a conseguire un vero e proprio rapporto fiduciario. Pertanto i cambiamenti che il sistema sanitario regionale deve affrontare sono relativi al miglioramento della sicurezza e dell'accesso, all'aumento dell'efficienza e della responsabilità, al rafforzamento della prevenzione, alla riduzione dell'iniquità e delle disuguaglianze.

La molteplicità ed eterogeneità delle esigenze da accogliere e soddisfare rendono il quadro di sistema particolarmente complesso e difficilmente governabile, richiedendo una appropriata attività di programmazione e controllo aziendale. A ciò, come detto, si aggiunge il processo di riforma del Sistema Sanitario Regionale, che ha preso avvio con la Legge Regionale n. 3/2009 ma deve ancora trovare compimento ordinamentale e strutturale.

Il Servizio Sanitario Regionale è ancora troppo centrato sull'assistenza ospedaliera, a danno dell'assistenza territoriale. Difatti lo stesso Assessorato Regionale alla Sanità relativamente all'assistenza ospedaliera ha rilevato:

- una rete eccedente lo standard nazionale, con diversi presidi con meno di 120 posti letto (standard minimo nazionale);
- la conseguente sovra-dotazione di personale, in particolare medico;
- un tasso di ospedalizzazione elevato, in larga parte correlato all'eccesso di offerta (infatti le ASL con basso tasso di ospedalizzazione sono quelle con minore dotazione di posti letto);

- inappropriatezza nel sistema di risposta ai bisogni sanitari: troppi ricoveri ripetuti, ricoveri medici con finalità diagnostiche, ricoveri per patologie trattabili domiciliarmente, ricoveri medici in reparti chirurgici;
- inefficienza organizzativa: degenza media dei DRG chirurgici, totale e preoperatoria, elevata, ricoveri ordinari in luogo di diurni;
- un costo ospedaliero dei farmaci molto elevato.

Specularmente l'assistenza territoriale presenta evidenti lacune:
- inadeguato sviluppo dei servizi per i soggetti fragili: bassa dotazione di posti letto per anziani disabili e per pazienti terminali, basso numero di soggetti assistiti a livello domiciliare;
- inappropriato utilizzo della riabilitazione residenziale extraospedaliera: eccessiva durata della degenza media, dovuta allo scarso sviluppo dell'assistenza domiciliare e semiresidenziale.

Dall'analisi dell'ambiente esterno si evidenziano le seguenti opportunità:
- riorganizzazione del personale e delle strutture a seguito dell'accorpamento dei presidi ospedalieri Businco e Microcitemico;
- valorizzazione delle eccellenze;
- accesso a finanziamenti regionali;
- innovazione del sistema organizzativo;
- miglioramento della performance e qualità dell'offerta sanitaria;
- sviluppo delle reti e dei percorsi assistenziali coerentemente con i bisogni del cittadino/utente;
- innovazione di condotte organizzative gestionali finalizzate a nuovi processi di valutazione.

Dall'analisi dell'ambiente esterno si evidenziano le seguenti minacce:
- basso livello di programmazione strategica sanitaria a livello regionale che comporta duplicazioni e spesso triplicazioni di strutture concentrate nell'area pan-cagliaritana per svolgere la medesima attività;

- assegnazione tardiva degli obiettivi annuali ai direttori generali delle Azienda sanitarie e ospedaliere (il 12/7/2011 per il 2011, il 21/12/2012 per il 2012, l'8/8/2013 per il 2013 e il 25/11/2014 per il 2014);
- necessità di scorporo di determinate attività sanitarie, da erogarsi al di fuori dell'assistenza ospedaliera (riconversione verso strutture territoriali, ospedali di comunità, case della salute ecc.);
- alti tempi di attesa;
- la mancata condivisione degli impegni aziendali assunti con l'Amministrazione da parte di ciascun operatore, nonché la mancata cognizione dei percorsi di innovazione in termini di performance aziendale, potrebbe tradursi in un depauperamento della qualità e quantità dell'offerta assistenziale. Infatti il forte coinvolgimento di tutti i soggetti interessati contribuisce al risultato strutturale e aziendale, ecco perché diviene indispensabile il fattore comunicazione anche all'interno delle strutture aziendali.

3.1.4 Analisi SWOT

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

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA

- Storica forte attratività di alcune Strutture aziendali; - Interventi di riequilibrio economico; - Miglioramento degli indicatori di performance; - Presenza nell'ambito dei presidi ospedalieri aziendali di tutte le specialità, alcune delle quali svolte in esclusiva per un bacino di utenza sovra provinciale regionale; - Elevata competenza tecnico professionale; - Capacità di gestire le emergenze attraverso le strutture di Pronto Soccorso Generale e Pediatrico; - Gestione delle emergenze cardiologiche per il trattamento di casi di particolare complessità; - Presenza di eliporto per le emergenze; - Dotazioni tecnologiche complete e di avanguardia sia nell'ambito diagnostico che terapeutico, attive nell'arco delle 24 ore; - Garanzia dell'espletamento di prestazioni di particolare complessità sia in ambito chirurgico che medico garantite da un approccio multi specialistico; - Organizzazione del governo delle attività e della spesa e di definizione degli obiettivi aziendali; - Abnegazione del personale; - Diffusa cultura della qualità e della minimizzazione del rischio clinico.	- Necessità di ricorrere a prestazioni aggiuntive e lavoro straordinario; - Assenza dell'Atto Aziendale; - Resistenza al cambiamento da parte di parecchi responsabili di Struttura; - Articolazione dell'Azienda in Presidi separati, benché vicini fra loro, ma da meglio collegare e integrare anche per lo spostamento di pazienti o il trasporto dei materiali (es.: laboratorio analisi); - Vetustà strutturale degli stabilimenti; - Rispetto della normativa sulla sicurezza (es.: antincendio); - Insufficienza di spazi disponibili; - Processo di incorporazione da completare sotto l'aspetto della condivisione di procedure, percorsi diagnostico terapeutici e modalità di gestione dell'assistenza rivolta al paziente; - Sistema informativo da integrare a vari livelli; - Bassa motivazione del personale; - Bassa capacità di creare economie di scala; - Carenza di meccanismi efficaci di controllo interno.
OPPORTUNITA'	**MINACCE**
- Sviluppo della rete ospedale - territorio; - Sviluppo dell'integrazione con i presidi Businco e Microcitemico; - Accesso a finanziamenti regionali; - Informatizzazione; - Valorizzazione delle eccellenze.	- Vincoli economico finanziari collegati ai piani di contenimento della spesa sanitaria e al blocco del turnover del personale; - Eventuali difficoltà a garantire la continuità assistenziale fra ospedale e territorio a seguito della riforma del SSR.

3.2 INDIVIDUAZIONE DEGLI OUTCOME

In relazione alla Missione istituzionale dell'AOB sono stati individuati i seguenti indicatori di outcome per la valutazione della qualità dell'attività svolta:

- Dimissioni volontarie;
- Trasferimenti tra strutture;
- Ritorno in sala operatoria;
- Ricoveri ripetuti (entro 30 giorni dalla dimissione);
- Mortalità totale (mortalità ospedaliera + mortalità a 30 giorni dalla dimissione).

Tali indicatori sono detti di efficacia "ex-post", in quanto verificano il risultato dell'attività sanitaria al termine dell'erogazione della stessa.

Atri indicatori di outcome sono reperibili tramite il Programma Nazionale Esiti, benché la maggior parte sia riferibile al contesto operativo delle Aziende Sanitarie Locali.

3.3 OBIETTIVI STRATEGICI

MANDATO ISTITUZIONALE E MISSION

Soddisfare i bisogni di cure intensive di alta specialità in regime di ricovero e non, secondo le aspettative dei cittadini e gestendo le risorse con efficienza, efficacia ed economicità

A – GOVERNO CLINICO	B – GOVERNO DEI PROCESSI	C – GOVERNO ECONOMICO
A.1 Rete ospedaliera e laboratoristica	B.1 Governance	C.1 Controlli
A.2 Trapianti, donazione d'organi e sangue	B.2 Legalità e trasparenza	C.2 Personale
A.3 Qualità e appropriatezza	B.3 Informatizzazione	C.3 Spesa farmaceutica

Di seguito la declinazione degli obiettivi strategici in obiettivi operativi e relativi indicatori:

A – OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE				
OBIETTIVO A.1 RETE OSPEDALIERA E LABORATORISTICA				
INDICATORI		**2016**	**2017**	**2018**
A.1.1	Aderire e partecipare alla costituzione di percorsi clinico assistenziali: % di presenze	**100%**	**100%**	**100%**
A.1.2	Analisi sui tassi di occupazione dei posti letto del periodo 2014 – 2015 entro il 30/4/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
OBIETTIVO A.2 TRAPIANTI, DONAZIONE D'ORGANI E SANGUE				
INDICATORI		**2016**	**2017**	**2018**
A.2.1	Vigilanza sull'applicazione dei PCA Trapianti: N. audit	**3**	**3**	**3**
A.2.2	Promozione della donazione organi: N. azioni di promozione	**6**	**6**	**6**
A.2.3	Accompagnamento al trapianto/donazione: N. pazienti/familiari sottoposti a colloquio preliminare / N. totale pazienti trapiantati (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
OBIETTIVO A.3 QUALITA' E APPROPRIATEZZA				
INDICATORI		**2016**	**2017**	**2018**
A.3.1	Valutazione appropriatezza cartelle cliniche: N. totale cartelle inappropriate / N. totale cartelle campionate (x 100)	**0%**	**0%**	**0%**
A.3.2	Valutazione strategie controllo del dolore: N. schede rilevazione dolore / N. totale cartelle campionate (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
A.3.3	Riduzione inappropriatezza organizzativa: N. DH diagnostici (N. assoluto)	Da definire	Da definire	Da definire
A.3.4	Liste d'attesa informatizzate dei ricoveri programmati: % inserimento dei ricoveri programmati in lista d'attesa informatica	**100%**	**100%**	**100%**
A.3.5	Attività ambulatoriale ALPI informatizzata: % inserimento prestazioni informatiche	**100%**	**100%**	**100%**

A.3.6	% SDO non validate rispetto alle scadenze stabilite	**0%**	**0%**	**0%**
A.3.7	Riduzione inappropriatezza organizzativa: N. DRG medici brevi (0-2 gg) / N. totale DRG medici (x 100)	Da definire	Da definire	Da definire
A.3.8	Valutazione e analisi dell'inappropriatezza delle codifiche SDO: Step 1) Analisi delle determinanti dell'inappropriatezza = 0% - 33,33%; Step 2) Individuazione delle azioni correttive = 33,34% - 66,66%; Step 3) Relazione finale = 66,67% - 100%	**Step 3**	**Step3**	**Step3**
A.3.9	Monitoraggio degli indicatori del Piano Nazionale Esiti: N. verifiche effettuate nell'anno	**2**	**2**	**2**
A.3.10	Monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) attraverso gli outliers: N. reparti per cui si sono calcolati outliers con presenza di infezioni	**15**	**15**	**15**

B – OBIETTIVI DI GOVERNO DEI PROCESSI

OBIETTIVO B.1 GOVERNANCE

	INDICATORI	2016	2017	2018
B.1.1	Mantenere l'attività	VEDI SCHEDE	VEDI SCHEDE	VEDI SCHEDE
B.1.2	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA): N. verbali del Comitato Infezioni Ospedaliere	**4**	**4**	**4**
B.1.3	Monitoraggio degli eventi sentinella 2015 come da 5° Monitoraggio del Ministero della salute entro il 31/12/2016 (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2353_allegato.pdf): N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.1.4	Ospedale senza dolore: N. strutture complesse e semplici dipartimentali monitorate / N. totale strutture da monitorare (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.5	Monitoraggio della documentazione sanitaria: N. cartelle cliniche verificate e verbalizzate / N. totale ricoveri ordinari (x 100)	**5%**	**5%**	**5%**
B.1.6	Divulgazione del Piano Emergenza: N. strutture coinvolte / N. strutture totali X (100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.7	Monitoraggio degli ambienti di lavoro: N. di sopralluoghi effettuati	**20**	**20**	**20**
B.1.8	Attività di prevenzione e controllo: N. visite preventive su neo assunti o su richiesta dei dipendenti / N. totale dipendenti neo assunti e richieste (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.9	Attività di prevenzione e controllo: N. visite di controllo / N. totale dipendenti (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.10	Analisi dei bisogni formativi per l'anno 2017 entro il 30/11/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.1.11	Redazione della proposta di progetto formativo aziendale 2017 entro il 30/11/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B1.12	Mantenimento dell'accreditamento standard per l'anno 2017: N. documenti e atti prodotti / N. documenti richiesti per il mantenimento dello standard (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.13	Attuazione del piano formativo aziendale 2016: N. proposte dei Direttori di corso / N. eventi realizzati (x 100)	**90%**	**90%**	**90%**
B.1.14	Coordinamento dei tirocini: N. tirocinanti coordinati / N. tirocinanti (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.15	Progetto di formazione prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze: N. dipendenti formati / N. dipendenti da formare come da progetto (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.16	Tenuta delle riunioni periodiche di cui all'art. 35 del DLgs n. 81/2008: N. riunioni convocate	**5**	**7**	**10**
B.1.17	Cura delle informazioni da fornire ai lavoratori ai sensi dell'art. 36 del DLgs n. 81/2008: N. comunicazioni informative	**4**	**6**	**8**
B.1.18	Riorganizzazione degli spazi ambulatoriali per l'ALPI: N. dirigenti medici ALPI operativi nel corpo separato / N. totale dirigenti medici ALPI (x 100)	**20%**	**40%**	**60%**
B.1.19	Procedura di individuazione cespiti sulla base delle fonti di finanziamento - Alimentazione del segmento di chiave contabile "Fonti di finanziamento" all'atto della registrazione del cespite: Media intervalli temporali (giorni)	**0**	**0**	**0**

B.1.20	Procedura di individuazione cespiti sulla base delle fonti di finanziamento - Elaborazione e verifica report trimestrale "Fonti di finanziamento": N. Reports predisposti	**4**	**4**	**4**
B.1.21	Procedura di individuazione cespiti sulla base delle fonti di finanziamento - Riconciliazione della contabilizzazione delle "Fonti di finanziamento": Scostamento tra valori contabilità sezionale cespiti e contabilità generale	**0%**	**0%**	**0%**
B.1.22	Procedura di individuazione cespiti sulla base delle fonti di finanziamento - Attestazione relativa alla "Fonte di finanziamento" all'atto della predisposizione del provvedimento di liquidazione: N. provvedimenti con attestazione "Fonte di Finanziamento" / N. atti liquidiazione cespiti (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.23	Predisposizione della proposta di adozione dell'atto deliberativo attestante le risultanze dell'inventario entro il 30/6/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scedenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.1.24	Contabilizzazione dei lavori in corso - Elaborazione report trimestrale sullo stato di avanzamento dei lavori in corso	**4**	**4**	**4**
B.1.25	Contabilizzazione dei lavori in corso - Riconciliazione trimestrale delle scritture del mastro "Immobilizzazioni in corso" con il report della SC Manutenzioni: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.1.26	Redazione di un inventario fisico straordinario entro il 30/6/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	**0**	**0**	**0**
B.1.27	Riconciliazione della contabilità sezionale cespiti con la contabilità generale a seguito dell'inventario fisico straordinario (scostamento tra valori contabilità sezionale cespiti e contabilità generale = € 0,00) entro il 30/6/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.1.28	Direzione lavori appalto impianto solare integrato: Step 3, Step 4 e Step 5	Step 5		
B.1.29	Contestuale caricamento delle bolle dei beni sanitari alla consegna al reparto: N. bolle caricate il giorno della consegna / N. bolle totali (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.30	Attuare il Piano triennale lavori pubblici: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.1.31	Aggiornare tempestivamente l'inventario dei cespiti entro 15 giorni dall'acquisizione del bene: Media degli intervalli temporali (giorni) tra la consegna del cespite e il suo inserimento nel sistema informatico (inventariazione)	**15**	**15**	**15**
B.1.32	Riconciliazione della contabilità sezionale cespiti con la contabilità generale nei termini della presentazione del bilancio 2015: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.1.33	APQ Sanità Cabina elettrica - Avvio dei lavori entro il 30/11/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.1.34	APQ Sanità Locali spogliatorio personale infermieristico - Avvio dei lavori entro il 30/11/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.1.35	APQ Sanità Rifacimento bagni degenze - Avvio dei lavori entro il 30/11/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.1.36	Implementazione dei processi organizzativi inerenti l'oncologia: N. azioni predisposte	**2**	**2**	**2**
B.1.37	Incentivare la partecipazione e l'implementazione dei PCA (Luiss): N. incontri effettuati	**6**		

B.1.38	Incentivare la partecipazione e l'implementazione dei PCA (Luiss): N. partecipanti agli incontri / N. totale dipendenti coinvolti (x 100)	**80%**		
B.1.39	Azioni volte al rispetto delle scadenze di chiusura SDO: N. SDO aperte alla scadenze / N. SDO totali (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.40	Divulgazione dei processi di ricovero ai reparti ai fini della standardizzazione degli stessi: N. incontri	**3**	**3**	**3**
B.1.41	Registrazione informatica dei dipendenti sottoposti a controllo nell'anno in corso: N. dipendenti registrati / N. dipendenti sottoposti a controllo (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.42	Adeguamenti alla normativa antincendio di cui al D.M. 3/8/2015: N. interventi effettuati / N. interventi previsti dal D.M. (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.43	Consulenza, su richiesta delle Strutture, relativa alle singole fasi di procedimenti amministrativi avviati: N. consulenze rese / N. consulenze richieste (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.44	Attività legale di conciliazione a favore dell'Azienda: N. conciliazioni effettuate / N. contenziosi (x 100)	**90%**	**90%**	**90%**
B.1.45	Gestione polizze sinistri - Mantenimento tempistica: N. giorni per la gestione della polizza	**≤ 60**	**≤ 60**	**≤ 60**

OBIETTIVO B.2
LEGALITA' E TRASPARENZA

	INDICATORI	**2016**	**2017**	**2018**
B.2.1	Redazione autoanalisi organizzativa di cui alla Determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2015, verifiche per Step (ogni step = 10%): Step 1) Proroghe contrattuali non dovute a eventi eccezionali; Step 2) Importo medio contratti; Step 3) Procedure non aperte; Step 4) Affidamenti diretti e relative modalità; Step 5) Rispetto dei tempi di esecuzione e/o entità media degli scostamenti; Step 6) Rispetto degli obblighi di approvvigionamento centralizzato e mediante strumenti elettronici di acquisto; Step 7) Varianti in corso d'opera; Step 8) Proroghe di affidamenti; Step 9) Bandi annullati in via di autotutela o in sede giurisdizionale; Step 10) opere incompiute rispetto alle programmate.	**100%**	**100%**	**100%**
B.2.2	Analisi delle misure di controllo di cui alla Determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2015, verifiche per Step (ogni step = 10%): Step 1) Appalti affidati tramite procedure non concorrenziali; Step 2) Procedure con un solo offerente; Step 3) Affidamenti OEPV; Step 4) Regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari"; Step 5) Disciplina del conflitto di interessi; Step 6) Ricorrenza nelle aggiudicazioni degli stessi operatori economici; Step 7) Rotazione dei dipendenti; Step 8) Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento; Step 9) Semplificazione dell'organizzazione/riduzione dei livelli/riduzione del numero degli uffici; Step 10) Formazione dei dipendenti.	**100%**	**100%**	**100%**
B.2.3	N. giornate della trasparenza e/o altri eventi organizzati	**3**	**4**	**4**
B.2.4	N. di proroghe e rinnovi / N. totale di affidamenti	**≤ 10%**	**≤ 10%**	**≤ 10%**
B.2.5	Elaborazione delle procedure relative al Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) dei bilanci entro il 30/4/2016. N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.2.6	Aggiornamento e pubblicazione ai fini della trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali per esterni: N. prestazioni pubblicate / N. prestazioni totali (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.2.7	Aggiornamento dichiarazioni di incompatibilità Dirigenti Apicali entro il 31/7/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.2.8	Inserimento nei contratti di lavoro dell'obbligo del rispetto delle disposizioni di cui all'art. 53 c. 16 D.Lgs n. 165/2001 e disposizioni P.T.P.C. entro il 31/7/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.2.9	Inserimento nei documenti di gara dell'attestazione del rispetto delle disposizioni di cui all'art. 53 c. 16 D.Lgs n. 165/2001 e disposizioni P.T.P.C. entro il	**0**	**0**	**0**

	31/7/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita			
B.2.10	Diffusione del codice di comportamento dei dipendenti entro il 31/7/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.2.11	Tempestività e puntualità nel rispetto degli obblighi di trasparenza e anticorruzione: N. segnalazioni/richiami scritti da parte del Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	**0**	**0**	**0**
B.2.12	Monitoraggio su Anticorruzione e Trasparenza: N. segnalazioni ai servizi interessati / N. totale di anomalie o inadempienze (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.2.13	Aggiornamento dei procedimenti amministrativi di competenza ai fini della pubblicazione per la trasparenza: N. procedimenti amministrativi pubblicati / N. totale di procedimenti amministrativi (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.2.14	Attivazione sistema di monitoraggio delle attività assistenziali in raccordo con quello regionale e in coerenza con il Piano nazionale esiti. Pubblicazione esiti 2015 indicatori PNE entro il 30/6/2016 come da art. 1 comma 522 Legge Stabilità 2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.2.15	Aggiornamento e pubblicazione ai fini della trasparenza delle liste d'attesa dei ricoveri/interventi attraverso il SIO: N. ricoveri programmati di pazienti in lista d'attesa / N. riceoveri interventi (x 100)	**80%**	**100%**	**100%**
	OBIETTIVO B.3 INFORMATIZZAZIONE			
	INDICATORI	**2016**	**2017**	**2018**
B.3.1	Attivazione del modulo SISAR di flusso atti: N. atti informatizzati / N. atti totali (x 100)	**25%**	**80%**	**100%**
B.3.2	Implementazione cruscotto direzionale: ridefinizione del piano dei Centri di Costo in coerenza con i Centri di Attività entro il 31/12/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	**0**		
B.3.3	N. azioni volte all'utilizzo dei sistemi informatici	**12**	**12**	**12**
B.3.4	Attivazione software modulo turni entro il 30/9/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.3.5	Utilizzo Order-Entry: N. prestazioni per interni inserite / N. prestazioni per interni totali (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.3.6	Correttezza inserimento dati sul SIO e sul DB trapianti: N. difformità / N. totale dati trapianti e donazioni (x 100)	**0%**	**0%**	**0%**
B.3.7	Acquisizione Cartella Clinica Oncoematologica: Step 1) Stesura capitolato tecnico = 0% - 30%; Step 2) Valutazione offerte tecniche = 30,01% - 70%; Step 3) Avviamento contratto = 70,01% - 100%	**Step 3**	**ACQUISIZIONE**	**ACQUISIZIONE**
B.3.8	Acquisizione Cartella Clinica Nefrologica: Step 1) Stesura capitolato tecnico = 0% - 30%; Step 2) Valutazione offerte tecniche = 30,01% - 70%; Step 3) Avviamento contratto = 70,01% - 100%	**Step 3**	**ACQUISIZIONE**	**ACQUISIZIONE**
B.3.9	Sala server e Progetto regionale H-Cloud: Step 1) Acquisizione armadi = 0% - 25%; Step 2) Realizzazione collegamento in fibra con la sala attuale = 25,01% - 50%; Step 3) Predisposizione capitolato per nuovo centro stella di rete = 50,01% - 75%; Step 4) Installazione dell'infrastruttura prevista su H-Cloud = 75,01% -	**Step 4**	**ACQUISIZIONE**	**ACQUISIZIONE**

	100%			
B.3.10	Accorpamento Businco e Cao: Integrazione sistemi informativi Anatomia Patologica = 35%; Migrazione sistema informativo per screening neonatale = 35%; Acquisizione e installazione storage per dati condivisi Businco e Cao = 30%	**100%**	**INTEGRAZIONE**	**INTEGRAZIONE**
B.3.11	Attivazione del modulo SISAR Work Flow ciclo passivo (fatture): N. fatture inserite nel modulo / N. fatture totali	**100%**	**100%**	**100%**
B.3.12	Attivazione modulo ciclo passivo (caricamento concatenato di ordine, ricevimento e fattura per acquisto di beni): N. acquisti informatizzati / N. totale acquisti (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.3.13	Predisposizione di una convenzione per la conservazione sostitutiva di atti e documenti entro il 30/9/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.3.14	Attivazione informatica del processo del ciclo passivo (caricamento concatenato di ordine, ricevimento e fattura per acquisto di beni) attraverso la redazione di una procedura formalizzata entro il 30/6/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.3.15	Acquisizione Software per la valutazione della performance: Step 1) Stesura capitolato tecnico = 0% - 50%; Step 2) Valutazione offerte tecniche = 50,01% - 70%; Step 3) Avviamento contratto = 70,01% - 100%	**Step 3**		
B.3.16	Acquisizione Cartella Clinica Oncoematologica: Step 1) Stesura capitolato tecnico = 0% - 30%; Step 2) Valutazione offerte tecniche = 30,01% - 70%; Step 3) Avviamento contratto = 70,01% - 100%	**Step 3**		
B.3.17	Acquisizione Cartella Clinica Nefrologica: Step 1) Stesura capitolato tecnico = 0% - 30%; Step 2) Valutazione offerte tecniche = 30,01% - 70%; Step 3) Avviamento contratto = 70,01% - 100%	**Step 3**		
B.3.18	Sala server e Progetto regionale H-Cloud: Step 1) Acquisizione armadi = 0% - 25%; Step 2) Realizzazione collegamento in fibra con la sala attuale = 25,01% - 50%; Step 3) Predisposizione capitolato per nuovo centro stella di rete = 50,01% - 75%; Step 4) Installazione dell'infrastruttura prevista su H-Cloud = 75,01% - 100%	**Step 4**		
B.3.19	Accorpamento Businco e Cao: Integrazione sistemi informativi Anatomia Patologica = 35%; Migrazione sistema informativo per screening neonatale = 35%; Acquisizione e installazione storage per dati condivisi Businco e Cao = 30%	**100%**		
B.3.20	Informatizzazione attività ambulatoriale - CUPWEB: N. prenotazioni inserite / N. prenotazioni totali (x 100)	**80%**	**100%**	**100%**

C – OBIETTIVI DI GOVERNO ECONOMICO

OBIETTIVO C.1 CONTROLLI

	INDICATORI	2016	2017	2018
C.1.1	Redazione di un regolamento sulla gestione dei progetti finalizzati, fondi di reparto entro il 30/4/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	**0**	**0**	**0**
C.1.2	Aggiornamento semestrale della valutazione di tutti i rischi con la conseguente elaborazione del documento previsto dall'articolo 28 del DLgs n. 81/2008: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.3	Aggiornamento del protocollo di sorveglianza sanitaria entro il 30/11/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.4	Rispettare le Linee di Indirizzo Regionali per le Unioni d'Acquisto (cronoprogramma): N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**

C.1.5	Redazione di un regolamento sulla determinazione dei fabbisogni e sulla programmazione degli acquisti entro il 30/9/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.6	Redazione di un regolamento sui fuori uso entro il 30/9/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.7	Redazione di un regolamento per il protocollo informatico entro il 30/6/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.8	Redazione di un regolamento per la Privacy entro il 30/9/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.9	Redazione di un regolamento per la conservazione a norma di atti e documenti informatici entro il 30/9/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.10	Redazione di un regolamento per l'accesso agli atti entro il 30/9/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.11	Aggiornamento del regolamento per la richiesta di copia degli atti (con previsione del recupero forzoso dei crediti) entro il 30/9/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.12	Coerenza dei flussi LA, CE e SP: N. Rilievi da parte dell'Assessorato	**0**	**0**	**0**
C.1.13	Redazione di un regolamento per i tirocinii entro il 31/3/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.14	Redazione di un accordo con l'AOU per l'accesso degli specializzandi entro il 31/3/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.15	Redazione di un regolamento per le progressioni orizzontali entro il 30/9/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.16	Redazione di un regolamento sull'orario di lavoro entro il 30/9/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.17	Redazione di un regolamento per le relazioni sindacali entro il 30/9/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.18	Attività ispettiva ALPI: N. ispezioni effettuate	**10**	**10**	**10**
C.1.19	Controlli trimestrali sul rispetto del regolamento per l'utilizzo della mensa aziendale: N. controlli effettuati	**4**	**4**	**4**
C.1.20	Produzione di una reportistica trimestrale su presenze/assenze del personale (ferie, debiti/crediti orari ecc.): N. reports inviati alle strutture	**4**	**4**	**4**
C.1.21	Procedure per il monitoraggio dei costi: N. procedure di monitoraggio individuate	**3**	**5**	**7**

C.1.22	Monitoraggio degli scarichi dall'armadietto di reparto: N. ispezioni a campione nei magazzini di reparto	12	12	12
C.1.23	Monitoraggio Progetto Trapianti: N. verifiche a campione su coerenza turni, debiti orari e correttezza dei pagamenti	12	12	12
C.1.24	Verificare i requisiti per l'accreditamento ministeriale per l'attività trapianti	Relazione	Relazione	Relazione
C.1.25	Fondi aggiornamento - Reportistica quadrimestrale sull'utilizzo dei fondi: N. report inviati ai reparti	3	3	3
	OBIETTIVO C.2 PERSONALE			
	INDICATORI	**2016**	**2017**	**2018**
C.2.1	Analisi del personale attualmente in servizio, suddiviso per: azienda, dipartimento / unità operativa, ruolo, qualifica, etc. entro il 30/4/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0	0	0
C.2.2	Analisi delle assenze medie del personale operante nelle strutture di riferimento entro il 30/4/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0	0	0
C.2.3	Adozione della delibera aziendale di approvazione della pianta organica entro il 30/6/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0	0	0
C.2.4	Approvazione delibere aziendali di rideterminazione dei fondi contrattuali entro il 30/9/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	0	0	0
C.2.5	Piano di rientro del fondo Comparto indennità accessorie e condizioni di lavoro: % Riduzione del disavanzo su fondo ex S. Michele	15%	15%	15%
	OBIETTIVO C.3 SPESA FARMACEUTICA			
	INDICATORI	**2016**	**2017**	**2018**
C.3.1	Riduzione del costo medio per paziente delle terapie orali (flusso DD) in oncologia/ematologia			≤ € 8.050
C.3.2	Riduzione del costo medio per paziente delle terapie somministrate in ambito ospedaliero (flusso CMO) in oncologia/ematologia	5.100,00	5.000,00	≤ € 4.900
C.3.3	Riduzione del costo medio per paziente delle terapie di sclerosi multipla			≤ € 8.900
C.3.4	Riduzione del costo medio per paziente delle terapie di artrite reumatoide			≤ € 9.000
C.3.5	Aumento del consumo di Somatropina biosimilare rispetto al farmaco originator			≥ 40%
C.3.6	Aumento del consumo di Epoetina alfa biosimilare rispetto al farmaco originator			≥ 60%
C.3.7	Aumento del consumo di Filgrastim biosimilare rispetto al farmaco originator			≥ 60%
C.3.8	% acquisto e dispensazione di farmaci non inseriti in PTR rispetto alla spesa farmaceutica totale aziendale			≤ 10%
C.3.9	Chiudere le schede farmaci AIFA entro 30 giorni dalla fine del trattamento: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	0	0	0
C.3.10	Rinegoziazione affidamento di farmaci e presidi: N. affidamenti rinegoziati / N. affidamenti da rinegoziare in base alla normativa vigente (x 100)	100%	100%	100%
C.3.11	Monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni: N. incontri di approfondimento con le Strutture	10	10	10
C.3.12	Progetto deliberazione AOB n. 1378/2014: Risparmio annuo su spesa farmaceutica 2014	1.090.000	1.090.000	1.090.000
C.3.13	Progetto deliberazione AOB n. 1378/2014: Risparmio annuo su spesa dispositivi medici 2014	1.900.000	1.900.000	1.900.000
C.3.14	Progetto deliberazione AOB n. 1378/2014: Risparmio annuo su riduzione rischio clinico (prolungamento degenza e costi assicurativi) 2014	647.000	647.000	647.000
C.3.15	Progetto deliberazione AOB n. 1378/2014: Risparmio annuo su costo personale di farmacia dedicato al confezionamento dose unitaria 2014	140.000	140.000	140.000

La Direzione Strategica dell'AOB, visti gli obiettivi di cui alle deliberazioni GR n. 54/11 del 10/11/2015, n. 67/16 del 29/12/2015, n. 67/30 del 29/12/2015, n. 6/15 del 2/2/2016 e n. 16/1 del 31/3/2016, vista la determinazione ANAC del 28/10/2015, analizzato il contesto esterno di riferimento nonché le necessità clinico assistenziali ad alta specializzazione, considerate le necessità organizzative e gestionali interne, ha individuato per il triennio 2016-2018 gli obiettivi strategici di cui alle tabelle più sotto riportate. L'attenzione si è concentrata su linee di attività che rappresentano il raccordo tra il sistema della programmazione regionale e il sistema degli obiettivi assegnati ai Commissari Straordinari delle aziende sanitarie pubbliche. Gli Obiettivi Strategici Regionali, dunque, sono stati fatti propri dall'Azienda Ospedaliera e sono stati declinati per il triennio 2016-2018 nei seguenti obiettivi di macroarea:

OBIETTIVI STRATEGICI DIREZIONE GENERALE	
A.1	Rete ospedaliera e laboratoristica (nell'ambito degli obiettivi di mandato del Commissario Straordinario)
A.2	Trapianti, donazione d'organi e sangue (nell'ambito degli obiettivi di mandato del Commissario Straordinario)
A.3	Qualità e appropriatezza
B.1	Governance
B.2	Legalità e trasparenza
B.3	Informatizzazione
C.1	Controlli
C.2	Personale
C.3	Spesa farmaceutica

Alla Direzione Sanitaria e Amministrativa sono stati assegnati col metodo a cascata, per relativa competenza, i medesimi obiettivi. Di seguito il prospetto relativo alla Direzione Sanitaria.

OBIETTIVI STRATEGICI DIREZIONE SANITARIA	
A.1	Rete ospedaliera e laboratoristica (nell'ambito degli obiettivi di mandato del Commissario Straordinario)
A.2	Trapianti, donazione d'organi e sangue (nell'ambito degli obiettivi di mandato del Commissario Straordinario)
A.3	Qualità e appropriatezza
B.1	Governance
B.2	Legalità e trasparenza
B.3	Informatizzazione
C.1	Controlli
C.2	Personale
C.3	Spesa farmaceutica

Di seguito il prospetto relativo alla Direzione Amministrativa.

OBIETTIVI STRATEGICI DIREZIONE AMMINISTRATIVA	
B.1	Governance

B.2	Legalità e trasparenza
B.3	Informatizzazione
C.1	Controlli
C.2	Personale

Alle strutture complesse e semplici dipartimentali sono assegnati gli obiettivi sanitari e amministrativi sopra riportati, con i relativi indicatori, i pesi e i target annuali secondo i prospetti seguenti:

OBIETTIVI STRATEGICI DIPARTIMENTI SANITARI	
A.1	Rete ospedaliera e laboratoristica (nell'ambito degli obiettivi di mandato del Commissario Straordinario)
A.2	Trapianti, donazione d'organi e sangue (nell'ambito degli obiettivi di mandato del Commissario Straordinario)
A.3	Qualità e appropriatezza
B.1	Governance
B.3	Informatizzazione
C.1	Controlli
C.3	Spesa farmaceutica

OBIETTIVI STRATEGICI DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO	
B.1	Governance
B.2	Legalità e trasparenza
B.3	Informatizzazione
C.1	Controlli
C.2	Personale

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 illustratati in apposite schede riassuntive specifiche per Dipartimenti o aggregazione di Strutture. Si precisa che le azioni strategiche a base del presente Piano rispecchiano la connessione tra la pianificazione della performance e la programmazione economica-finanziaria e di bilancio.

4.1 OBIETTIVI ANNUALI

Vedi le tabelle degli indicatori sopra riportati.

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

Tale collegamento avviene attraverso la declinazione degli obiettivi di struttura (performance organizzativa) in obiettivi individuali (performance individuale) secondo il regolamento aziendale di cui alla deliberazione n. 1501 del 1/10/2013 e dei relativi protocolli

applicativi (deliberazioni n. 538 del 4/4/2014 per il personale non dirigente, n. 606 del 9/4/2014 per la dirigenza SPTA e n. 781 del 13/5/2014 per la dirigenza medica).

5 PROCESSO SEGUITO E AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

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

Le attività di misurazione e valutazione della performance costituiscono una fase del ciclo generale di gestione della performance che, con riferimento ad un periodo pluriennale, è così articolato:

- definizione ed assegnazione alle macrostrutture aziendali degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi;
- ribaltamento degli obiettivi operativi ai responsabili di Struttura complessa e semplice;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali correttivi;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa ed individuale, al termine del periodo considerato;
- utilizzo dei sistemi premianti, in ossequio ai criteri di valorizzazione del merito (stabiliti ex ante) e del contributo dato alla performance organizzativa;
- rendicontazione dei risultati agli Organi di indirizzo politico-amministrativo (Assessorato), alla Direzione Strategica, ai competenti Organi esterni, ai cittadini interessati, agli utenti, agli stakeholder.

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

FASI	ATTIVITA'	SOGGETTI COINVOLTI
Fase 1	**Definizione del contesto istituzionale: Mission regionale e principi della Vision aziendale**	- Direzione aziendale
Fase 2	**Rappresentazione della struttura di cui all'Atto Aziendale, regolamento di funzionamento, definizione di responsabilità e deleghe**	- Direzione aziendale - Uffici di staff
Fase 3	**Definizione obiettivi strategici, precisazione degli *output* od *outcame* attesi per Aree Omogenee**	- Direzione aziendale - Uffici di staff
Fase 4	**Definizione obiettivi di Macroarea e varo dei**	- Direzione aziendale

	Piani di Dipartimento e/o Macrostruttura	- Alta Direzione
Fase 5	**Definizione obiettivi specifici, di struttura (CdR) ed articolazione delle sottofasi per la prescritta negoziazione**	- Capi Dipartimento - Uffici di staff
Fase 6	**Validazione del Piano e del processo attuativo proposto in riferimento alle linee guida CiVIT**	- OIV
Fase 7	**Predisposizione delle schede e loro varo ufficiale a livello del management più alto**	- Comitato budget - Direzione strategica
Fase 8	**Connessione funzionale con il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità**	- Direzione aziendale - Uffici di staff
Fase 9	**Collegamento/Integrazione coi documenti di programmazione economico finanziaria**	- Direzione aziendale - Uffici di staff

Si distingue tra Obiettivi Strategici e Operativi sulla base dell'arco temporale a cui fanno riferimento, di lungo periodo o, comunque, pluriennale nel caso di Obiettivi strategici, di breve periodo nel caso di Obiettivi operativi.

La periodica misurazione dei risultati ottenuti ed il confronto con gli obiettivi individuati fa si che ad ogni livello dell'organizzazione si possa svolgere la funzione di gestione, misurando e "controllando" le performance gestionali. A tal proposito assumono rilevanza fondamentale e determinante i sistemi informativi contabili ed extracontabili a cui l'Azienda farà affidamento.

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, con particolare riferimento a quelle del Piano degli investimenti.

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

5.3 AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

L'adozione del PP rappresenta il punto di partenza del ciclo di gestione delle performance dell'AOB. Tale Piano è dinamico e può essere aggiornato periodicamente, anche in corso d'anno, nell'ottica del miglioramento continuo della gestione delle performance.
Sempre in tale ottica si segnalano le seguenti azioni:
- è stato costituito l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) per garantire la correttezza e il regolare funzionamento del sistema di misurazione e valutazione della performance;
- è in animo dell'Amministrazione redigere un Manuale delle procedure operative della Pianificazione Programmazione e controllo strategico, direzionale e operativo nonché la revisione del regolamento che disciplina il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa e individuale;
- il PP include gli obiettivi del Piano aziendale anticorruzione e per l'integrità e la trasparenza, anch'essi declinati in performance organizzative e individuali;
- il PP sarà pubblicato nel sito internet aziendale.