



Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 11 GEN. 2019

OGGETTO: Approvazione Relazione sulla Performance anno 2017.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 14 GEN. 2019 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

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

Su proposta della SC Contabilità Bilancio e Controllo di Gestione

PREMESSO che con deliberazione n 793 del 19/04/2017 è stato approvato il Piano della performance per il triennio 2017/2019, recante gli obiettivi strategici aziendali che sono stati poi declinati alle strutture aziendali relativamente all'anno 2017;

ATTESO che ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera b), del Decreto Legislativo n.150/2009 e s.m.i. le amministrazioni pubbliche devono ad adottare annualmente la "Relazione sulla Performance" che evidenzia a consuntivo, i risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi previsti dal Piano ed assegnati alle strutture per l'anno 2017;

PRESO ATTO che a conclusione dell'istruttoria per la verifica dei risultati raggiunti, la Struttura Tecnica Permanente ha provveduto alla redazione della Relazione sulla Performance per l'anno 2017;

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

DELIBERA

per i motivi esposti in premessa:

1. di approvare la Relazione sulla performance 2017, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;



segue deliberazione n. 63 del 11 GEN. 2019

2. di trasmettere la presente deliberazione all' Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) per la validazione ai sensi dell'art. 14 c. 4 lett. c del DLgs n. 150/2009;
3. di trasmettere la presente deliberazione alla S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane affinché, a seguito della validazione, possa provvedere al pagamento della retribuzione di risultato e della produttività per l'anno 2017;

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dr.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE

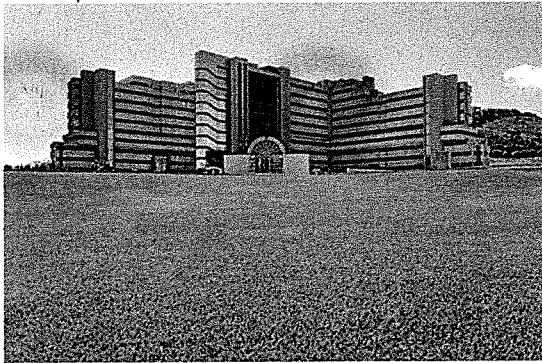
Dott.ssa Graziella Pintus

Direttore SC Contabilità
Bilancio e Controllo di Gestione
Dott. D. Floris



AO Brotzu

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE



AO Brotzu



ANNO 2017



Sommario

1. PRESENTAZIONE.....	3
2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI.....	4
2.1 IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO.....	4
2.2 L'AMMINISTRAZIONE.....	4
2.2.1 INFORMAZIONI RILEVANTI.....	8
2.3 I RISULTATI RAGGIUNTI.....	19
2.4 LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA'.....	20
3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI.....	22
3.1 ALBERO DELLA PERFORMANCE.....	22
3.2 OBIETTIVI STRATEGICI.....	24
3.3 OBIETTIVI E PIANI OPERATIVI.....	28
3.4 DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI.....	28
3.4.1 RISULTATI RAGGIUNTI IN TEMA DI TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	37
3.4.2 RISULTATI RAGGIUNTI IN TEMA DI STANDARD DI QUALITA' DEI SERVIZI.....	41
3.5 OBIETTIVI INDIVIDUALI.....	44
4. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA'.....	46
5. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE.....	50
5.1 ANALISI DI GENERE.....	50
5.2 AZIONI POSITIVE.....	53
6. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE.....	54
6.1 FASI, SOGGETTI, TEMPI E RESPONSABILITA'.....	54
6.2 PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE.....	55
6.2.1 PUNTI DI DEBOLEZZA.....	56
6.2.2 PUNTI DI FORZA.....	57
ALLEGATO 1_ TABELLA OBIETTIVI STRATEGICI.....	58
ALLEGATO 2_ TABELLA DOCUMENTI DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE.....	59



1. PRESENTAZIONE

L'art 10 comma 1 lettera b) del Decreto Legislativo n. 150/2009 individua nella Relazione sulla Performance (di seguito RP) il documento attraverso il quale gli Enti della Pubblica Amministrazione, ivi comprese le Aziende Sanitarie, rappresentano i risultati conseguiti rispetto alle performance programmate nell'ambito del Piano della Performance (di seguito PP) e gli equilibri conseguiti rispetto ai documenti di programmazione economico finanziaria.

La RP, secondo quanto stabilito dall'articolo 10 comma 1 lettera b) del decreto:

- è un documento di sintesi, da adottarsi entro il 30 giugno di ogni anno, o comunque, compatibilmente con il completamento del processo di verifica dei risultati a cura dell'Organismo Indipendente di Valutazione (di seguito OIV);
- è redatto in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- dà le risultanze rispetto alle attività di pianificazione del ciclo di gestione della performance di cui all'articolo 4 del decreto.

Essa comprende:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi ai sensi dell'articolo 10 comma 4 del decreto;
- la valutazione della performance di ciascuna struttura (*performance organizzativa*);
- i criteri per la misurazione e la valutazione della performance di ciascun dipendente (*performance individuale*).

La RP è il documento con il quale si rappresenta lo svolgimento del ciclo di gestione della performance (articolo 4 del decreto). È un documento di sintesi in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi e gli indicatori. Le verifiche finali e la rendicontazione della performance sono basati sui 3 elementi appena citati. Secondo quanto previsto dall'articolo 10 comma 1 del decreto, la RP è redatta con lo scopo di assicurare "la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance". Il presente documento è tuttavia redatto secondo le linee guida della deliberazione ex CIVIT n. 5/2012, i cui indirizzi impongono invece l'utilizzo di concetti complessi e termini stranieri difficili da comprendere da parte di un pubblico non tecnico della materia.



2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI

In questa sezione vengono esposti i contenuti della Relazione di interesse immediato per i cittadini e gli altri stakeholder esterni. La sezione si sviluppa in quattro paragrafi volti a descrivere: il contesto esterno di riferimento; l'amministrazione; i risultati raggiunti; le criticità e le opportunità.

2.1 IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO

Si descrivono le principali caratteristiche del contesto esterno nel quale si è svolta l'azione dell'amministrazione nel corso del 2017 e come esso ha influenzato le attività svolte.

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 nonché l'intera popolazione regionale con riferimento alle patologie oncologiche e malattie pediatriche rare.

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 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.

2.2 L'AMMINISTRAZIONE

La Legge Regionale n. 23/2014 ha previsto dal primo luglio 2015 l'accorpamento nell'AOB, costituita in precedenza dal solo Stabilimento San Michele, degli ospedali "A. Businco" e "A. Cao", provenienti dall'ex Azienda Sanitaria Locale n. 8 di Cagliari. Nel 2016 i processi di accorpamento sono proseguiti con il trasferimento presso il San Michele dell'Unità



Operativa di Chirurgia Pediatrica, proveniente dallo Stabilimento SS. Trinità, come disposto dalla DGR 45/36 del 2/8/2016. Nel corso del 2017, in esecuzione della DGR 45/36, è stato portato a compimento, in accordo con ATS, il progetto di accorpamento nell'AO Brotzu, delle unità operative di Neurochirurgia del P.O. Marino e di Oftalmologia del P.O. Binaghi, che, in data 01/10/2017, sono transitate presso l'AOB e sono andate ad integrarsi con le due strutture omologhe già presenti all'interno del Dipartimento di Chirurgia dello stabilimento San Michele. I progetti di accorpamento sono stati rispettivamente approvati con deliberazioni n. 1856 del 27/09/2017 e n. 1855 del 27/09/2017.

Nello stesso anno, sono stati altresì definiti i progetti di accorpamento all'AO Brotzu, delle unità operative di Medicina nucleare dell'Ospedale SS. Trinità di Cagliari e di Ematologia e Centro trapianti di midollo osseo dell'ospedale Binaghi di Cagliari. I progetti di accorpamento sono stati approvati, rispettivamente, con deliberazioni n. 2355 del 13/12/2017 e n. 2354 del 13/12/2017 e sono stati attuati in data 01/01/2018, con il trasferimento delle suddette unità operative, andate ad integrarsi con le strutture omologhe presenti presso AOB.

ARTICOLAZIONI ESISTENTI

Attualmente l'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" è articolata nei seguenti stabilimenti ospedalieri:

- San Michele: sito in Cagliari, piazzale Ricchi n. 1. Inaugurato nel 1982, è una struttura monoblocco, articolata su 14 piani ed un corpo staccato, dotata di 564 posti letto. E' uno Stabilimento di alta specializzazione e offre un'assistenza all'avanguardia nelle patologie ad alta complessità e nei trapianti d'organo. E' dotato di un dipartimento di emergenza DEA di II livello.
- A. Businco: sito in Cagliari, via Jenner n. 1. Inaugurato nel 1972, è una struttura monoblocco, articolata su 11 piani e tre corpi staccati, dotata di 192 posti letto. Lo Stabilimento è centro di riferimento regionale per le patologie neoplastiche.
- A. Cao: sito in Cagliari, via Jenner n. 3. Inaugurato nel 1982, è una struttura monoblocco, articolata su otto piani, dotata di 72 posti letto. Lo Stabilimento è specializzato in ambito pediatrico, è centro di riferimento regionale per lo studio e la cura delle patologie correlate alla Talassemia ed è tra i principali centri europei per il contributo apportato alla diagnosi e cura delle malattie genetiche e delle patologie rare.

L'Azienda, con il DPCM 8/4/1993 è stata riconosciuta Azienda di rilievo Nazionale e di Alta specializzazione per l'emergenza, le patologie cardiovascolari, per i trapianti e per la patologia neurologica. A seguito dell'accorpamento dei presidi A. Businco e A. Cao, ha assunto un ruolo di riferimento regionale anche per le patologie oncologiche e pediatriche.

Nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, l'AOB è presidio ospedaliero di II livello (HUB) che insiste su una delle due aree più densamente popolate del territorio regionale, l'Area Sud Est, nonché polo di riferimento regionale altamente specialistico per le attività svolte negli stabilimenti Oncologico A. Businco e Pediatrico Microcitemico A. Cao.



Al riguardo, si precisa che l'assetto organizzativo generale dell'Azienda Ospedaliera Brotzu è stato ridefinito con l'Atto Aziendale approvato con deliberazione n. 1857 del 28/09/2017 e divenuto efficace a seguito della valutazione positiva di conformità agli indirizzi regionali, espressa con la DGR n. 47/25 del 10/10/2017, di cui si è preso atto con deliberazione n. 1961 del 16/10/2017. Pertanto, l'Azienda sin da fine anno 2017 è stata impegnata nei numerosi adempimenti da porre in essere per il passaggio al nuovo assetto organizzativo, finalizzati a garantire la piena operatività dell'Atto.

Nel corso dell'anno 2017, anteriormente all'adozione del nuovo Atto Aziendale, l'organizzazione era la seguente:

STABILIMENTO SAN MICHELE

All'interno dello Stabilimento San Michele, secondo quanto previsto dalla Deliberazione del Commissario Straordinario n. 518 del 2/4/2015 sono individuati otto dipartimenti strutturali ai quali afferiscono le strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale come di seguito esposto.

Dipartimento di Chirurgia

Afferiscono al dipartimento le seguenti strutture: Chirurgia Generale, Chirurgia Plastica, Gastroenterologia, Neurochirurgia (alla quale nel corso del 2017 è stata accorpata la struttura di Neurochirurgia dello stabilimento ospedaliero Marino), Oculistica (alla quale nel corso del 2017 è stata accorpata la struttura di Oftalmologia dello stabilimento ospedaliero Binaghi), Ostetricia e Ginecologia, Chirurgia Maxillo Facciale, Coordinamento trapianti di fegato, Ginecologia disfunzionale ed endoscopica, Neonatologia, Patologia della terza età e chirurgia del pavimento pelvico. Fino a metà dell'anno 2016 era presente nel P.O. la struttura di Senologia poi trasferita presso lo Stabilimento Businco. Dal mese di novembre 2016, al dipartimento afferisce anche la struttura di Chirurgia Pediatrica.

Dipartimento Cardio Toraco Vascolare

Afferiscono al dipartimento le seguenti strutture: Cardioanestesia, Cardiochirurgia, Cardiologia e UTIC, Cardiologia Pediatrica, Chirurgia vascolare toracica, Emodinamica, Consulenza e valutazione cardiologica.

Dipartimento di Emergenza/Urgenza

Afferiscono al dipartimento le seguenti strutture: Anestesia, Chirurgia Urgenza, Ortopedia e Traumatologia, Pronto Soccorso e O.B.I., Rianimazione. Dal mese di agosto 2016 afferisce al dipartimento anche la struttura di Medicina d'urgenza pediatrica.

Dipartimento di Medicina interna

Afferiscono al dipartimento le seguenti strutture: Diabetologia e Centro malattie dismetaboliche, Medicina I, Medicina II,



Neurologia e Stroke Unit, Pediatria, Disturbi pervasivi dello sviluppo, Neuroriabilitazione.

Dipartimento di Patologia renale

Afferiscono al dipartimento le seguenti strutture: Nefrologia e Dialisi, Urologia, DH Urologico, Trapianto renale.

Dipartimento Servizi speciali diagnosi e cura

Afferiscono al dipartimento le seguenti strutture: Anatomia Patologica, Immunoematologia e Centro Trasfusionale, Laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologia, Riabilitazione fisica, Cardioriabilitazione, Immunologia Trapianti.

Dipartimento Diagnostica per immagini

Afferiscono al dipartimento le seguenti strutture: Medicina Nucleare (alla quale nel corso del 2017 è stata accorpata la struttura di Medicina Nucleare dello stabilimento ospedaliero SS Trinità), Radiologia, Qualità in radiochimica – Laboratorio vitro.

Dipartimento Amministrativo e Tecnico

Afferiscono al dipartimento le seguenti strutture: Acquisti beni e servizi, Affari generali, Economico finanziario, Servizio Personale, Servizio Manutenzioni, Servizio Tecnico.

All'interno dello Stabilimento sono altresì presenti le unità operative: Direzione medica di presidio, Farmacia, Controllo di gestione; Programmazione strategica, Servizi informativi, Servizio Prevenzione e protezione, Ufficio Formazione, Ufficio legale.

E' presente inoltre il Dipartimento funzionale trapianti.

STABILIMENTO BUSINCO

Per lo Stabilimento Businco l'organizzazione risulta dalla delibera del Commissario Straordinario n. 1013 del 29/06/2015 avente ad oggetto approvazione del piano di scorporo ed incorporazione degli Stabilimenti Microcitemico e Oncologico Businco dalla Asl n. 8 all' AO Brotzu.

Nello Stabilimento sono individuati tre dipartimenti strutturali ai quali afferiscono le strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale come di seguito esposto.

Dipartimento di Chirurgia Oncologica

Afferiscono al dipartimento le seguenti strutture complesse: Anestesia e Rianimazione, Chirurgia generale (oncologia chirurgica), Chirurgia sperimentale, Chirurgia toracica, Ginecologia (oncologia ginecologica), Algologia (terapia del



dolore) e le seguenti strutture semplici dipartimentali: Dermatologia.

Dipartimento di Oncologia Medica

Afferiscono al dipartimento le seguenti strutture complesse: Cardiologia, Ematologia e C.T.M.O., Oncologia Medica e le seguenti strutture semplici dipartimentali: Melanoma e patologie rare.

Dipartimento di Radio Oncologia

Afferiscono al dipartimento le seguenti strutture complesse: Fisica sanitaria, Medicina nucleare, Radioterapia, Radioterapia sperimentale, Radiologia oncologica.

All'interno dello Stabilimento operano le strutture complesse: Direzione medica di presidio, Laboratorio analisi, Anatomia patologica, e le strutture semplici Farmacia, Unità farmaci antitumorali. Nel corso del 2017 è stata accorpata la struttura di CTMO dello stabilimento ospedaliero Binaghi.

STABILIMENTO CAO

Per lo Stabilimento Cao l'organizzazione risulta dalla delibera del Commissario Straordinario n. 1013 del 29/06/2015 avente ad oggetto approvazione del piano di scorporo ed incorporazione dei presidi Microcitemico e Oncologico Businco dalla Asl n. 8 all' AO Brotzu.

Nello Stabilimento Cao era stato individuato un dipartimento strutturale, mai attivato, cui avrebbero dovuto afferire le strutture complesse di seguito indicate: Clinica pediatrica, Clinica pediatrica per le talassemie e patologie complesse, Ginecologia e fisiopatologia della riproduzione, Oncoematologia pediatrica e le seguenti strutture semplici dipartimentali: Anestesia pediatrica, Cardiologia pediatrica, C.T.M.O., Endocrinologia pediatrica, Direzione medica di presidio, Neuropsichiatria infantile e le strutture semplici a valenza dipartimentale: Laboratorio di genetica, Radiologia pediatrica, Centro screening neonatali.

2.2.1 INFORMAZIONI RILEVANTI

RISORSE FINANZIARIE ASSEGNATE

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



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

In attuazione di tali disposizioni, con deliberazione n. 63/24 del 15 dicembre 2015, la Giunta Regionale, accertato il grave disavanzo della gestione sanitaria degli ultimi anni, ha proceduto all'approvazione di un Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale, mirato alla razionalizzazione e all'efficientamento del servizio stesso, nel quale vengono illustrate le azioni da intraprendere nel triennio 2016/2018, per ricondurre il sistema in equilibrio. In attuazione di detto piano, gli obiettivi di razionalizzazione ed efficientamento sono stati declinati sulle Aziende sanitarie regionali, cui sono stati assegnati per gli anni 2016, 2017 e 2018 specifici target di risparmio, da realizzare secondo indirizzi specificati in più deliberazioni della Giunta Regionale riguardanti le varie aree di intervento. Per l'Azienda Ospedaliera Brotzu, le aree di intervento sono essenzialmente quelle del personale, della spesa farmaceutica, degli acquisti di altri beni e servizi sanitari e non sanitari e le azioni da porre in essere devono essere finalizzate al contenimento della spesa farmaceutica e, più in generale, all'efficientamento dell'organizzazione ospedaliera.

L'Azienda Ospedaliera Brotzu, come certificato nella seduta del 19 luglio 2018 dal Comitato Permanente di Monitoraggio dell'andamento della gestione delle aziende sanitarie, istituito con DGR n. 38/27 del 30/9/2014, nel 2016, ha pienamente raggiunto il target di risparmio assegnato, realizzando addirittura un maggior risparmio di 3.295 mila euro.

SERVIZI RESI

L'AOB eroga prestazioni sanitarie nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) come stabiliti ogni anno dal Servizio Sanitario Nazionale.

L'assetto organizzativo generale è definito nell'Atto Aziendale, approvato con deliberazione n. 1857 del 28/09/2017 e divenuto efficace a seguito della valutazione positiva di conformità agli indirizzi regionali espressa con la Delibera di Giunta Regionale n. 47/25 del 10/10/2017, di cui si è preso atto con deliberazione n. 1961 del 16/10/2017.

L'AOB ha personalità giuridica pubblica ed è dotata di autonomia imprenditoriale. Eroga assistenza sanitaria polispecialistica, nell'ambito dell'emergenza-urgenza in qualità di DEA di II° livello, della medicina dei trapianti, delle patologie oncologiche, pediatriche e rare. Costituisce HUB di riferimento regionale per le reti di cura oncologica, pediatrica, trapiantologica, terapia del dolore e malattie rare, e HUB di riferimento per il Sud Sardegna per le altre reti di patologia individuate dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 6/15 del 2/2/2016 (Programma di riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna) pubblicato nel BURAS n. 58 del 11/12/2017.



L'attività dell'AOB è rivolta ad un bacino d'utenza teorico di 600.000 abitanti e si sviluppa in prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di ricovero ordinario (in area medica e in area chirurgica), in elezione e da pronto soccorso, in regime di day surgery e day hospital, nonché in prestazioni ambulatoriali e di day service.

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

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

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

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

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

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



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

UTENTI SERVITI

Relativamente agli utenti serviti, l'AOB nel corso del 2017 ha prodotto i seguenti risultati di attività:

POSTI LETTO

DESCRIZIONE	ANNO 2016	ANNO 2017
POSTI LETTO COMPLESSIVI	828	828
POSTI LETTO INTENSIVI	42	41
POSTI LETTO ACUTI (ORD + DH)	801	801
POSTI LETTO POSTACUTI (ORD + DH)	27	27
POSTI LETTO ORDINARI ACUTI	686	686
- di cui culle	28	28
POSTI LETTO ORDINARI POSTACUTI	11	11
POSTI LETTO DIURNI ACUTI	115	115
- di cui POSTI LETTO DIURNI MEDICI (DH) ACUTI	89	89
- di cui POSTI LETTO DIURNI CHIRURGICI (DS) ACUTI	26	26
POSTI LETTO POSTACUTI DH	16	16

ATTIVITÀ DI DEGENZA

DESCRIZIONE	ANNO 2016	ANNO 2017
DRG COMPLESSIVI	40.044	37.928
- di cui DRG CHIRURGICI TOTALI	13.234	12.978
Indice di Operatività	33%	34%





DESCRIZIONE	ANNO 2016	ANNO 2017
DRG Ordinari		
DRG ORDINARI	25.517	24.351
DRG ORDINARI CHIRURGICI	8.025	7.878
% DRG chirurgici ordinari sul totale dei DRG ordinari	31%	32%
DRG ORDINARI - MEDICI	17.492	16.473
DRG ordinari acuti (esclusi TI e 391)	24.512	23.002
<i>GG degenza ORD acuti secondo circolare Dicembre 2015 (esclusi 391 e TI)</i>	172.087	176.548
Degenza Media – DRG ORDINARI acuti	7,0	7,7
<i>Indice di occupazione DRG ORD acuti (sec circ 2015)</i>	77%	78%
<i>Indice di Turnover ORD acuti (sec circ 2015)</i>	2,2	2,1
<i>Indice di rotazione ORD acuti (sec circ maggio 2015)</i>	40	37
<i>GG degenza ORD postacuti (sec circ Maggio 2015)</i>	3438	3365
<i>Indice di occupazione ORD postacuti (sec circ maggio 2015)</i>	86%	84%
<i>Indice di turnover ORD postacuti (sec circ maggio 2015)</i>	9	12
<i>Indice di rotazione ORD postacuti (sec circ maggio 2015)</i>	6	5
DRG Diurni (DH e/o DS)		
DRG DIURNI	14.527	13.576
- di cui DRG DH	9.318	8.476
- di cui DRG DS	5.209	5.100
TOTALE ACCESSI	63.218	58.259
N. presenze medio giornaliero in DH-DS	252,9	233,0
N. presenze medio giornaliero in DH-DS / Posti Letto	2,2	2,0
<i>ACCESSI DH acuti (esclusi 56 e 75)</i>	53.445	53.150
<i>Accessi DH postacuti</i>	8549	5109



DESCRIZIONE	ANNO 2016	ANNO 2017
<i>Indice di occupazione DH/DS acuti (250gg) sec circ maggio 2015</i>	185,9%	184,9%
<i>Indice di turnover diurno acuti sec circ maggio 2015</i>	-0,5	-0,5
<i>Indice di rotazione diurno acuti sec circ maggio 2015</i>	464,7	462,2
<i>Indice di Occupazione DH/DS postacuti (250gg) sec circ maggio 2015</i>	213,73%	127,73%
<i>Indice di turnover diurno postacuti sec circ maggio 2015</i>	2,1	1,3
<i>Indice di rotazione diurno postacuti sec circ maggio 2015</i>	534,3	319,3

ATTIVITÀ CHIRURGICA

DESCRIZIONE	ANNO 2016	ANNO 2017
INTERVENTI COMPLESSIVI	18.517	17.708
INTERVENTI IN PRESENZA DI ANESTESISTI	9.828	10.119
INTERVENTI-ORDINARI	10.980	10.943
DESCRIZIONE	ANNO 2016	ANNO 2017
INTERVENTI-DH	6.642	6.421
INTERVENTI TECNICA ROBOTICA	103	90
TAVI	37	59
Degenza Media Preoperatoria	2,58	2,35



ATTIVITÀ TRAPIANTI

DESCRIZIONE	ANNO 2016	ANNO 2017
Segnalazione donazioni	25	17
Donatori effettivi	14	13
TRAPIANTO RENE	37	29
TRAPIANTO RENE VIVENTE	1	4
TRAPIANTO RENE DOPPIO	5	1
TRAPIANTO CUORE	5	3
TRAPIANTO FEGATO	40	24
TRAPIANTO COMBINATO RENE-FEGATO	0	1
TRAPIANTO COMBINATO RENE-PANCREAS	3	1
TRAPIANTO PANCREAS ISOLATO	1	0
TRAPIANTO CORNEE	82	2
Trapianto midollo osseo (Businco)	47	36
Trapianti di midollo (Cao)	10	12

PARTI

DESCRIZIONE	ANNO 2016	ANNO 2017
Totale Parti (DRG 370-375)	886	790
Parti cesarei (DRG 370 - 371)	456	367
Parti cesarei primari	298	249
% Parti cesarei primari	40,9%	34%
Parti spontanei (DRG 372-373-374-375)	430	420

**PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

DESCRIZIONE	ANNO 2016	ANNO 2017
Prestazioni ambulatoriali per SSN (da FILE C)	1.286.852	1.279.837
Prestazioni ambulatoriali per interni	2.868.089	3.756.197
Prestazioni ambulatoriali per altri Enti	25.850	30.476
- di cui screening neonatale	20.009	25.119
Trapianto	7.272	8.373
LDL aferesi	554	705
Solventi	21.098	18.256

ATTIVITA' RADIOLOGICA/IMMAGINI

DESCRIZIONE	ANNO 2016	ANNO 2017
TAC complessive	27.327	31.881
- di cui SSN	6.692	6.896
- di cui per Interni	20.586	24.944
- di cui per Altri enti/solventi	49	41
RMN complessive	9.121	11.568
- di cui SSN	5.443	6.360
- di cui per Interni	3.558	5.117
- di cui per Altri enti/solventi	100	1.822
Angiografica complessive	1.864	1.906
- di cui SSN	101	48
- di cui per Interni	1.714	1.555
- di cui per Altri enti/solventi	49	6

X



Ecografie complessive	19.674	21.873
- di cui SSN	9.389	10.018
- di cui per Interni	10.214	11.853
- di cui per Altri enti/solventi	49	2
Mammografie complessive	4.376	5.349
- di cui SSN	4.169	4.983
- di cui per Interni	207	364
PET complessive	3.325	3.533
- di cui SSN	3.049	2.748
- di cui per Interni	201	732
- di cui per Altri enti	75	53
Tradizionale complessive	58.577	61.009
- di cui SSN	8.873	9.100
- di cui per Interni	49.621	51.886
- di cui per Altri enti/solventi	83	23

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO

DESCRIZIONE	ANNO 2016	ANNO 2017
ACCESSI-PS ADULTI	38.424	37.514
RICOVERI-PS ADULTI	8.044	8.020
TRASFERITI-PS ADULTI	67	132
Capacità filtro-PS ADULTI	79%	78%
ACCESSI-OBI	4.914	4.967
RICOVERI-OBI	713	657
TRASFERITI-OBI	12	16



DESCRIZIONE	ANNO 2016	ANNO 2017
Capacità filtro-OBI	85%	86%
ACCESSI-PS PEDIATRICO	14.117	18.250
RICOVERI-PS PEDIATRICO	1.490	1.846
TRASFERITI-PS PEDIATRICO	375	114
Capacità filtro-PS PEDIATRICO	87%	89%
Prestazioni di PS	80.678	83.886

INDICATORI DI COMPLESSITA'

DESCRIZIONE	ANNO 2016	ANNO 2017
Peso medio TOTALE	1,15	1,19
Peso medio DRG ORDINARIO	1,32	1,36
Peso medio DRG DH/DS	0,86	0,89
% DRG ORD Alta Complessità su TOTALE DRG ORD	11%	12%
% DRG Alta Complessità TOTALE	7%	8%

INDICATORI DI APPROPRIATEZZA

DESCRIZIONE	ANNO 2016	ANNO 2017
DRG ORDINARI Potenzialmente Inappropriati (Allegato B patto salute)	3.595	3.265
DRG ORD PI/DRG ORD NON PI (griglia LEA)	0,16	0,15
% DRG ORD PI su TOT DRG ORD (Allegato B patto salute)	14%	13%
%DH DIAGNOSTICI (sul totale dei DH medici)	24%	24%
DH DIAGNOSTICI	2.113	1.356
DH MEDICI (senza cod 56 e 75)	8.991	8.000



DRG ordinari medici brevi (0-2 GG DIM a Domicilio)	4.105	3.633
% DRG ORD MEDICI BREVI (solo per i dimessi a domicilio)	19%	25%
% DRG brevi urgenti (sec circ reg 2015)	27%	20%
% Rericoveri ORDINARI entro 30 gg stessa MDC		7%
% PI DS / Tot CHIRURGICI PI	83%	86%

STAKEHOLDER

I principali stakeholder¹ dell'AOB sono:

- pazienti/utenti;
- dipendenti;
- istituzioni;
- fornitori;
- terzo settore (associazioni ecc.).

BENESSERE ORGANIZZATIVO

Attività del Comitato Unico di Garanzia (di seguito CUG), istituito con Deliberazione n. 938 del 23/6/2015, nel corso dell'anno 2016 ha raccolto le segnalazioni dei dipendenti riferite a disagi di natura lavorativa-organizzativa. L'analisi delle segnalazioni ha condotto all'individuazione di quattro fattori di disagio ampiamente diffusi nell'AOB ai vari livelli:

- 1) Carichi di lavoro eccessivi in alcuni reparti a causa di un forte squilibrio tra le quantità di prestazioni assistenziali da erogare e le potenzialità lavorative in rapporto alle risorse umane messe a disposizione;
- 2) Disagio diffuso in alcuni reparti a causa del calo delle performance per scarsità quantitativa di risorse umane. Da ciò percezioni negative del proprio ruolo e delle attività a esso collegate, deresponsabilizzazione e crisi per mancata realizzazione personale e/o professionale;
- 3) Rapporti conflittuali in alcuni reparti, con aggressioni verbali e/o fisiche a colleghi, superiori gerarchici, utenti e parenti di utenti. Diffusi episodi di disagio psichico-emotivo, cattiva comunicazione orizzontale (collegli) e verticale (superiori), organizzazione non ottimale, assenza di direttive chiare (per esempio nelle relazioni con il pubblico);

¹ 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.



4) Impossibilità, per i lavoratori in difficoltà, di trovare ascolto. Mancanza di una struttura aziendale deputata al sostegno, all'accompagnamento nel vissuto disagiata del lavoratore.

L'analisi dei quattro fattori di disagio ha prima di tutto indotto il CUG a chiedere il reclutamento di ulteriori figure con competenze professionali nel campo della comunicazione e dello stress da lavoro correlato. In secondo luogo il CUG, esplorate le possibili soluzioni operative da proporre all'Amministrazione, ha optato per: A) una Formazione Continua per il miglioramento degli ambienti lavorativi; B) la verifica di fattibilità per l'istituzione di un Osservatorio Permanente sulle criticità di che trattasi; B) una progettazione a medio-lungo termine allo scopo di coinvolgere gli Stabilimenti Ospedalieri Businco e Cao di recente incorporazione.

A) La tematica "Lavoro stress correlato - La gestione delle aggressioni" è stata oggetto di azioni formative nel 2016 (3 edizioni, 135 dipendenti partecipanti), nel 2017 (18 edizioni, 482 dipendenti partecipanti) e nel 2018 (12 edizioni previste per circa 400 dipendenti). Al termine del triennio 2016-2018 risulteranno formati-informati un migliaio di dipendenti, circa un terzo del totale. La formazione è prevista anche per gli anni 2019 e seguenti.

B) La tematica "Comunicazione e Benessere Lavorativo" è stata oggetto di azioni formative nel 2016 (formazione psicologica, 90 dipendenti partecipanti; comunicazione efficace, 14 edizioni per 225 dipendenti partecipanti), nel 2017 (relazioni efficaci, 2 edizioni per 100 dipendenti partecipanti; umanizzazione delle cure, 2 edizione per 54 dipendenti partecipanti; la valorizzazione delle capacità personali, 3 edizioni per 150 dipendenti partecipanti), nel 2018 (la comunicazione efficace nei gruppi di lavoro, 4 edizioni per 64 partecipanti), nel 2019 (stress lavoro correlato in ambito sanitario).

C) In data 13/2/2018 è stato costituito un gruppo di lavoro per il monitoraggio di eventi sentinella.

D) Nel 2017 la Dirigenza delle Professioni Sanitarie ha somministrato un questionario volto alla verifica del clima organizzativo interno. L'attività è stata suddivisa in tre fasi: a) individuazione dei contenuti attraverso l'analisi di diverse pubblicazioni scientifiche e di altri lavori già svolti presso Aziende Sanitarie di rilievo nazionale a alta specializzazione; b) somministrazione di un questionario agli operatori sanitari, mantenendone l'anonimato; c) raccolta delle schede compilate e inserimento dei dati in un database. Sono state raccolte numero 1.112 schede del tipo questionario anonimo (25 domande articolate su 8 aree) il cui responso è stato per il 32% Sufficiente, per il 30% Buono, il 25% scarso e il 13% ottimo. Resta da indagare il 25% che vive evidentemente un disagio lavorativo.

2.3 I RISULTATI RAGGIUNTI

Di seguito alcuni indicatori sintetici relativi alla performance, analisi di trend storici relativi alle attività più importanti che possono essere rilevanti per i cittadini e gli stakeholder esterni per l'anno 2017.

- Realizzazione dei seguenti output (produzione):

a) Valore della produzione = € 332.575.000 (Valore 2016 = € 315.227.000);

b) Numero totale ricoveri (DRG) = 37.928 (Numero 2016 = 40.044);



c) Numero prestazioni sanitarie per utenti esterni = 1.279.837 (Numero 2016 = 1.286.852).

- Il conseguimento dei seguenti outcome (risultati finali di impatto sulla popolazione):

a) Degenza media DRG ordinari acuti = 7,7 (degenza 2016 = 7,2);

b) Tempi medi di attesa = vedi <http://www.aobrotzu.it/index.php?xsl=87&s=9&v=9&c=4464&nodesc=2> (consultazione del 24/8/2018);

c) Degenza media preoperatoria = 2,35 (Valore 2016 = 2,58).

- I seguenti risultati relativi al Piano Nazionale Esiti:

a) % Parti cesarei primari = 34% (% 2016 = 41%);

b) % Interventi di frattura del femore operati entro due giorni = 77% (% 2016 = 83%).

2.4 LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA'

Al fine di meglio descrivere le principali criticità e opportunità occorre analizzare quelli che sono i fattori endogeni ed esogeni del contesto aziendale.

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

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

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

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

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. Uno strumento utile di supporto per rappresentare i risultati dell'analisi del contesto interno ed



esterno è costituito dall'analisi o matrice SWOT (Strengths = punti di forza; Weaknesses = punti di debolezza; Opportunities = opportunità; Threats = minacce).

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

✓



3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

In questa sezione sono presentati i risultati di performance conseguiti dall'amministrazione nel corso dell'anno 2017, secondo una logica a cascata. La sezione si articola in quattro paragrafi: albero della performance; obiettivi strategici; obiettivi e piani operativi; obiettivi individuali.

3.1 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. 54/11 del 10/11/2015 "Interventi per la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica";
 - delibera Giunta Regionale n. 63/24 del 15/12/2015 "Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso. Attuazione dell'articolo 29, comma 3 della legge regionale 9 marzo 2015, n. 5.";
 - delibera Giunta Regionale n. 67/16 del 29/12/2015 "Indirizzi strategici sull'appropriatezza ed efficacia dell'attività ospedaliera. Sistema regionale per il monitoraggio e controllo delle attività di ricovero";
 - delibera Giunta Regionale n. 1/12 del 12/1/2016 "Linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale";
 - delibera Giunta Regionale n. 34/16 del 12/7/2017 "Attuazione del Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso (Delib.G.R. n. 63/24 del 15.12.2015). Programma di riorganizzazione e riqualificazione dell'offerta ospedaliera nell'area omogenea di Cagliari (articolo 9, comma 6, della legge regionale n. 23 del 17 novembre 2014)".

La costruzione dell'albero dell'AOB è partita dagli obiettivi di mandato del Direttore Generale (deliberazione della Giunta Regionale n. 22/23 del 3/5/2017) e dagli obiettivi strategici interni all'AOB individuati dal Comitato di Budget, i quali



sono stati poi declinati in obiettivi specifici di struttura (performance organizzativa) e individuali (performance individuale). Gli obiettivi strategici assegnati al Direttore Generale per l'anno 2017 sono relativi a 4 aree specifiche:

1. Livello dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza – Dimensione dell'assistenza collettiva (peso 10%);
2. Livello dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza – Dimensione dell'assistenza ospedaliera (peso 35%);
3. Livello della sostenibilità economico-finanziaria (peso 40%);
4. Livello del sistema informativo sanitario (peso 15%).

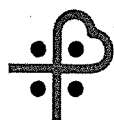
Nel Piano della Performance 2017-2019 sono state individuate tre Aree della performance (ciascuna suddivisa in tre sotto aree) a cui poter associare gli obiettivi di mandato del Direttore Generale.

Di seguito viene proposto l'albero della performance sviluppato nel piano della performance 2017-2019, con i relativi obiettivi strategici e specifici.

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

Alle strutture complesse e semplici dipartimentali sono stati assegnati gli obiettivi sanitari e amministrativi opportunamente declinati per la rispettiva competenza, nonché ulteriori obiettivi incentrati sul miglioramento della qualità sia percepita che oggettiva, all'abbattimento dell'inappropriatezza assistenziale, all'incremento di attività esclusive e di alta specializzazione, non ultimo l'obiettivo di un regolare e attento utilizzo del Sistema Informatico come unico mezzo di rilevazione ed inserimento dell'attività svolta (Data Entry).





3.2 OBIETTIVI STRATEGICI

Gli obiettivi strategici sono stati definiti tenendo conto:

- della normativa nazionale, con particolare riferimento alle ultime leggi di stabilità, che definiscono per le Aziende Ospedaliere (dal 2016) e per i presidi ospedalieri a gestione diretta (dall'anno 2017), livelli massimi di scostamento tra produzione e ricavi e parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure;
- della normativa regionale che nell'ultimo triennio ha segnato una profonda e radicale modifica del sistema di governance delle Aziende Ospedaliere e territoriali ridisegnandone l'assetto organizzativo;
- della Delibera Giunta Regionale n. 63/24 del 15.12.2015 e s.m.i., concernente l'approvazione del piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso in attuazione dell'articolo 29, comma 3, della legge regionale 9 marzo 2015, n. 5, che ha avviato un programma di risparmi pluriennali da conseguire tra il 2016 ed il 2018 in seguito all'avvio di programmi operativi articolati in azioni;
- della deliberazione della Giunta Regionale n. 15/9 del 21/3/2017;
- della deliberazione della Giunta Regionale n. 22/23 del 3/5/2017;
- della deliberazione della Giunta Regionale n. 39/5 del 9/8/2017;
- della deliberazione della Giunta Regionale n. 54/11 del 10/11/2015.

Di seguito sono riportate, in relazione a ciascun obiettivo strategico assegnato al Direttore Generale, le schede sintetiche con i risultati raggiunti (*outcome*), secondo i contenuti indicati nell'allegato n. 2 alla delibera CIVIT n. 5/2012 che è possibile soddisfare da parte di un'amministrazione di grandi dimensioni come l'AOB.

AREA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE AOB A.1	OBIETTIVO STRATEGICO	PESO	VALORE ATTESO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
GOVERNO CLINICO: RETE OSPEDALIERA E LABORATORISTICA	Adesione al progetto dell'OMS "Save Lives Clean Your Hands".	5%	Almeno 2 monitoraggi per PO con N. osservazioni > o = 500 in ciascuna settimana indice	IN FASE DI VALUTAZIONE DA PARTE DELLA RAS
INDICATORE	N. monitoraggi/anno in ciascun presidio ospedaliero	NUMERICO		

AREA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE AOB A.2	OBIETTIVO STRATEGICO	PESO	VALORE ATTESO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
GOVERNO CLINICO: TRAPIANTI DONAZIONE D'ORGANI E SANGUE	Rinnovo dell'Accreditamento del sistema trasfusionale	5%	100%	IN FASE DI VALUTAZIONE DA PARTE DELLA RAS
INDICATORE	(N. strutture trasfusionali accreditate / N. strutture della rete regionale trasfusionale) *100	NUMERATORE		DENOMINATORE
		N. strutture trasfusionali accreditate		N. strutture della rete regionale trasfusionale



AREA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE AOB B.1	OBIETTIVO STRATEGICO	PESO	VALORE ATTESO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
GOVERNO DEI PROCESSI: GOVERNANCE	Applicazione strumenti di governo del rischio clinico nell'Area chirurgica	5%	≥ 80%	IN FASE DI VALUTAZIONE DA PARTE DELLA RAS
INDICATORE	(N. strutture che compilano SISPAAC / N. totale di strutture che effettuano attività chirurgica) *100	NUMERATORE N. strutture che compilano SISPAAC		DENOMINATORE N. totale di strutture che effettuano attività chirurgica

AREA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE AOB B.1	OBIETTIVO STRATEGICO	PESO	VALORE ATTESO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
GOVERNO DEI PROCESSI: GOVERNANCE	Miglioramento degli esiti del monitoraggio della griglia LEA	8%	≥ 24	IN FASE DI VALUTAZIONE DA PARTE DELLA RAS
INDICATORE	Punteggio griglia	NUMERICO		

AREA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE AOB A.3	OBIETTIVO STRATEGICO	PESO	VALORE ATTESO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
GOVERNO CLINICO: QUALITA' E APPROPRIATEZZA	Attuazione degli audit PNE edizione 2016	9%	≥ 80%	IN FASE DI VALUTAZIONE DA PARTE DELLA RAS
INDICATORE	(N. Audit effettuati / N. Audit richiesti) *100	NUMERATORE N. audit effettuati		DENOMINATORE N. audit richiesti

AREA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE AOB A.3	OBIETTIVO STRATEGICO	PESO	VALORE ATTESO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
GOVERNO CLINICO: QUALITA' E APPROPRIATEZZA	Miglioramento casistica e performance dell'ospedale	8%	ICM > 1,12; ICP < 0,95	IN FASE DI VALUTAZIONE DA PARTE DELLA RAS
INDICATORE	ICM e ICP ricoveri ordinari	NUMERICO		

AREA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE AOB C.1	OBIETTIVO STRATEGICO	PESO	VALORE ATTESO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
GOVERNO ECONOMICO: CONTROLLI	Perseguire i target di risparmio attribuiti	26%	≤ Target trasmesso dall'Assessorato	IN FASE DI VALUTAZIONE DA PARTE DELLA RAS
INDICATORE	Differenza tra costi della produzione 2017 e costi della produzione 2016	NUMERICO		

AREA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE AOB B.1	OBIETTIVO STRATEGICO	PESO	VALORE ATTESO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
GOVERNO DEI PRO-	1. Approvazione della pro-	4%	3	IN FASE DI VALUTAZIONE DA



CESSI: GOVERNANCE	gettazione definitiva dei lavori di riqualificazione dei locali di medicina nucleare, radiologia e endoscopia digestiva del PO Businco entro dicembre 2017; 2. Approvazione della progettazione esecutiva dei lavori di riqualificazione delle strutture esistenti in funzione del nuovo assetto organizzativo del PO Microcitemico entro dicembre 2017; 3. Stipula dei contratti per la realizzazione delle opere programmate con DGR n. 63/39 del 25/11/2016 entro dicembre 2017			PARTE DELLA RAS
INDICATORE	Atto formale	NUMERATORE N. atti formali deliberati		DENOMINATORE N. atti totali da deliberare

AREA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE AOB B.1	OBIETTIVO STRATEGICO	PESO	VALORE ATTESO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
GOVERNO DEI PROCESSI: GOVERNANCE	Completamento del percorso PAC	5%	6	IN FASE DI VALUTAZIONE DA PARTE DELLA RAS
INDICATORE	N. di regolamenti approvati	NUMERICO		

AREA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE AOB B.1	OBIETTIVO STRATEGICO	PESO	VALORE ATTESO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
GOVERNO DEI PROCESSI: GOVERNANCE	ADOZIONE DELL'ATTO AZIENDALE	9%	Entro due mesi dall'approvazione definitiva delle linee di indirizzo da parte della Giunta Regionale	IN FASE DI VALUTAZIONE DA PARTE DELLA RAS
INDICATORE	Trasmissione della deliberazione alla Regione	Deliberazione del Direttore Generale n. 1857 del 28/9/2017		

AREA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE AOB B.3	OBIETTIVO STRATEGICO	PESO	VALORE ATTESO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
GOVERNO DEI PROCESSI: INORMATIZZAZIONE	EFFETTUARE LE PRENOTAZIONI TRAMITE CUP	7%	≥ 70%	IN FASE DI VALUTAZIONE DA PARTE DELLA RAS
INDICATORE	(N. prestazioni inserite in CUP / N. prestazioni documentate) *100	NUMERATORE N. prestazioni inserite in CUP		DENOMINATORE N. prestazioni documentate



AREA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE AOB B.3	OBIETTIVO STRATEGICO	PESO	VALORE ATTESO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
GOVERNO DEI PROCESSI: INORMATIZZAZIONE	Migliorare la qualità dei dati della sorveglianza delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG)	1%	≥ 70%	<i>IN FASE DI VALUTAZIONE DA PARTE DELLA RAS</i>
INDICATORE	(N. modelli D11 e D12 trasmessi entro i termini / N. modelli totali anno) *100	NUMERATORE		DENOMINATORE
		N. modelli D11 e D12 trasmessi entro i termini		N. modelli totali anno

AREA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE AOB B.3	OBIETTIVO STRATEGICO	PESO	VALORE ATTESO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
GOVERNO DEI PROCESSI: INORMATIZZAZIONE	Migliorare la qualità dei dati della sorveglianza degli aborti spontanei (SPO)	1%	≥ 89%	<i>IN FASE DI VALUTAZIONE DA PARTE DELLA RAS</i>
INDICATORE	(N. campi compilati modelli D11 e D12 / N. campi totali) *100	NUMERATORE		DENOMINATORE
		N. campi compilati modelli D11 e D12		N. campi totali

AREA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE AOB B.3	OBIETTIVO STRATEGICO	PESO	VALORE ATTESO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
GOVERNO DEI PROCESSI: INORMATIZZAZIONE	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	3%	≥ 95%	<i>IN FASE DI VALUTAZIONE DA PARTE DELLA RAS</i>
INDICATORE	(N. record Flussi A, C, F dell'intero anno 2017 trasmessi entro i termini / N. totale record Flussi A, C, F 2017) *100	NUMERATORE		DENOMINATORE
		N. record Flussi A, C, F dell'intero anno 2017 trasmessi entro i termini		N. totale record Flussi A, C, F 2017

AREA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE AOB B.3	OBIETTIVO STRATEGICO	PESO	VALORE ATTESO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
GOVERNO DEI PROCESSI: INORMATIZZAZIONE	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	3%	≤ 5%	<i>IN FASE DI VALUTAZIONE DA PARTE DELLA RAS</i>
INDICATORE	(N. errori di 1° e 2° livello rilevati per i flussi A, C, F dell'intero anno 2017 al termine previsto / N. totale dei record flussi A, C, F anno 2017) *100	NUMERATORE		DENOMINATORE
		N. errori di 1° e 2° livello rilevati per i flussi A, C, F dell'intero anno 2017 al termine previsto		N. totale dei record flussi A, C, F anno 2017

X



3.3 OBIETTIVI E PIANI OPERATIVI

In questa sezione del documento vengono indicati gli obiettivi operativi (declinazione di obiettivi strategici non direttamente pertinenti all'area Direzionale, azioni e/o attività specifiche di determinate strutture) e i relativi piani di attività. Tuttavia, come stabilito dalla delibera CIVIT n. 5/2012 (pag. 8), in una Amministrazione di grandi dimensioni come l'AOB l'inserimento dei risultati attinenti ai singoli obiettivi comporterebbe una mera elencazione di centinaia di indicatori relativi a ben 85 strutture, con pregiudizio della leggibilità e comprensibilità del documento. Pertanto si preferisce riportare in questo paragrafo una sintetica descrizione dei risultati raggiunti per Stabilimento Ospedaliero, con relativo commento, sufficiente a delineare il quadro generale dei risultati ottenuti nel 2017. Vista, inoltre, la necessaria integrazione tra gli obiettivi individuati nel PP e il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (di seguito PTPC) nonché gli standard di qualità dei servizi, vengono di seguito riportate ulteriori informazioni riguardanti i risultati in tema di trasparenza, sulla base di quanto riportato nel Piano Triennale, e in tema di standard di qualità dei servizi.

3.4 DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

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

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

Sulla base delle risultanze del processo di verifica, condotto da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione, che si è avvalso dell'istruttoria formulata dalla Struttura Tecnica Permanente, dal Servizio Programmazione Strategica e dal Servizio Controllo di Gestione, si è arrivati a definire le performance organizzative delle singole strutture a valenza budgetaria.

Il processo di verifica è parte integrante del Ciclo di Gestione della Performance ed è stato portato a termine dall'Organismo Indipendente di Valutazione in osservanza alle disposizioni contenute nel Sistema di Misura e Valutazione adottato dall'Azienda con deliberazione n. 1501/2013, nonché in conformità alle modalità operative previste dai vigenti Protocolli Applicativi per il Sistema Premiante. Di seguito le verifiche finali su alcuni dei principali obiettivi declinati alle strutture con l'indicazione del risultato raggiunto a livello di Stabilimento ospedaliero. Si precisa che vista la numerosità delle strutture oggetto di valutazione e delle differenti specificità delle prestazioni erogate da ciascuna di esse per semplificarne la lettura di seguito vengono riportati i risultati dei principali obiettivi assegnati alla quasi totalità delle stesse. Per quanto riguarda gli obiettivi di tipo amministrativo si rimanda al paragrafo 3.4.1 "Risultati raggiunti in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione".



OBIETTIVO STRATEGICO	Performance organizzative e cliniche (appropriatezza clinica e organizzativa) Informatizzazione aziendale		
INDICATORE	Aderire e partecipare alla costituzione dei Percorsi Clinico Assistenziali e audit		
STABILIMENTO	S. MICHELE	A. BUSINCO	A. CAO
VALORE ATTESO	100%	100%	100%
RISULTATO	95,24%	90,00%	100,00%

OBIETTIVO STRATEGICO	Performance organizzative e cliniche (appropriatezza clinica e organizzativa) Informatizzazione aziendale		
INDICATORE	Valutazione appropriatezza cartelle cliniche: N. totale cartelle appropriate / N. totale cartelle campionate		
STABILIMENTO	S. MICHELE	A. BUSINCO	A. CAO
VALORE ATTESO	100%	100%	100%
RISULTATO	93,60%	91,88%	77,83%

OBIETTIVO STRATEGICO	Performance organizzative e cliniche (appropriatezza clinica e organizzativa) Informatizzazione aziendale		
INDICATORE	Liste attesa informatizzate dei ricoveri programmati: completo inserimento dei ricoveri programmati in lista d'attesa informatica		
STABILIMENTO	S. MICHELE	A. BUSINCO	A. CAO
VALORE ATTESO	100%	70%	70%
RISULTATO	89,42%	74,11%	76,43

OBIETTIVO STRATEGICO	Performance organizzative e cliniche (appropriatezza clinica e organizzativa) Informatizzazione aziendale		
INDICATORE	Completa e corretta registrazione delle attività nelle procedure informatiche (order-entry, cupweb)		
STABILIMENTO	S. MICHELE	A. BUSINCO	A. CAO
VALORE ATTESO	100%	70%	70%
RISULTATO	92,14%	86,67%	89%

OBIETTIVO STRATEGICO	Performance organizzative e cliniche (appropriatezza clinica e organizzativa) Informatizzazione aziendale		
INDICATORE	Rispetto scadenze validazione SDO		
STABILIMENTO	S. MICHELE	A. BUSINCO	A. CAO
VALORE ATTESO	100%	100%	100%
RISULTATO	93,36%	69,27%	90,93

OBIETTIVO STRATEGICO	Produttività		
INDICATORE	Raggiungimento obiettivi di attività		
STABILIMENTO	S. MICHELE	A. BUSINCO	A. CAO
VALORE ATTESO	100%	100%	100%
RISULTATO	94,46%	80,27%	71,43

X



OBIETTIVO STRATEGICO	Controllo spesa farmaceutica		
INDICATORE	Chiudere le schede farmaci AIFA entro 30 giorni dalla fine del trattamento: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza		
STABILIMENTO	S. MICHELE	A. BUSINCO	A. CAO
VALORE ATTESO	100%	80%	NV
RISULTATO	64%	86%	NV

OBIETTIVO STRATEGICO	Controllo spesa farmaceutica		
INDICATORE	Prescrizione di biosimilare rispetto al farmaco originator (Delibera Ras 54/11)		
STABILIMENTO	S. MICHELE	A. BUSINCO	A. CAO
VALORE ATTESO	100%	100%	100%
RISULTATO	100%	100%	81,50%

Di seguito si riportano i volumi di attività e gli indicatori sanitari distinti per Stabilimento ospedaliero:

STABILIMENTO S. MICHELE

ATTIVITÀ DI DEGENZA	2017	2016
DRG complessivi	24.831	25.934
DRG chirurgici totali	10.047	10.187
Indice di operatività	40%	39%
DRG ordinari totali	18.871	19.892
DRG ordinari chirurgici	6.300	6.300
% DRG chirurgici ordinari sul totale dei DRG ordinari	33%	32%
DRG ordinari medici	12.571	13.592
DRG ordinari acuti (esclusi TI e 391)	17.522	18.887
GG degenza ordinaria (circ. Dic 2015, esclusi TI e DRG 391)	135.076	133.475
Degenza media DRG ordinari acuti	7,2	6,7
Indice occupazione DRG ordinari acuti (circ. 2015)	83%	82%
ATTIVITÀ DI DEGENZA	2017	2016
Indice di turnover DRG ordinari acuti (circ. 2015)	1,6	1,5
Indice di rotazione DRG ordinari acuti (circ. Mag 2015)	39	42
GG degenza ordinaria post-acuti (circ. Mag 2015)	3.365	3.438
Indice occupazione DRG ordinari post-acuti (circ. Mag 2015)	84%	86%
Indice di turnover DRG ordinari post-acuti (circ. Mag 2015)	12	9
Indice di rotazione DRG ordinari post-acuti (circ. Mag 2015)	5,0	6,0
DRG diurni	5.959	6.042
- di cui DRG DH	2.212	2.155
- di cui DRG DS	3.747	3.887
Totale accessi	15.881	16.932
Accessi DH acuti (esclusi 56 e 75)	10.772	8.383
Accessi DH post-acuti	5.109	8.549



Indice occupazione DH/DS acuti (250gg) (circ. Mag 2015)	123,1%	95,8%
Indice di turnover diurno acuti (circ. Mag 2015)	-0,2	0,0
Indice di rotazione diurno acuti (circ. Mag 2015)	307,8	239,5
Indice occupazione DH/DS post-acuti (250gg) (circ. Mag 2015)	127,73%	213,73%
Indice di turnover diurno post-acuti (circ. Mag 2015)	1,3	2,1
Indice di rotazione diurno post-acuti (circ. Mag 2015)	319,3	534,3

ATTIVITÀ CHIRURGICA	2017	2016
Interventi complessivi	13.746	14.355
Interventi in presenza di anestesisti	7.689	7.372
Interventi ordinari	9.403	9.355
Interventi DH	4.037	4.111
Interventi tecnica robotica	90	103
TAVI	59	37
Degenza media preoperatoria	2,72	2,35

ATTIVITÀ TRAPIANTI	2017	2016
Segnalazioni donazioni	17	25
Donatori effettivi	13	14
Trapianto rene	29	37
Trapianto rene vivente	4	1
Trapianto rene doppio	1	5
Trapianto cuore	3	5
Trapianto fegato	24	40
Trapianto cornee	2	82
Trapianto combinato rene-fegato	1	0
Trapianto combinato rene-pancreas	1	3
Trapianto pancreas isolato	0	1

PARTI	2017	2016
Parti (interventi)	787	883
Totale Parti (DRG 370-375)	790	886
Parti cesarei (DRG 370 - 371)	367	456
Parti cesarei primari	249	298
% Parti cesarei primari	34,2%	40,9%
Parti spontanei (DRG 372-373-374-375)	420	430

PRESTAZIONI AMBULATORIALI	2017	2016
Prestazioni ambulatoriali per SSN (da FILE C)	930.431	956.390
Prestazioni ambulatoriali per interni	2.670.696	2.868.089



Prestazioni ambulatoriali per altri Enti	24.003	25.850
Trapianto	8.373	7.272
LDL aferesi	705	554

ATTIVITÀ RADIOLOGICA / IMMAGINI	2017	2016
TAC COMPLESSIVE	25.355	23.781
- di cui SSN	4.832	4.550
- di cui per interni	20.482	19.182
- di cui per altri enti / solventi	41	49
RMN COMPLESSIVE	6.299	6.288
- di cui SSN	3.338	3.337
- di cui per interni	2.870	2.831
- di cui per altri enti / solventi	91	16
ANGIOGRAFICA COMPLESSIVE	1.906	1.864
- di cui SSN	48	101
- di cui per interni	1.822	1.714
- di cui per altri enti / solventi	36	49
ECOGRAFIA COMPLESSIVE	13.033	14.053
- di cui SSN	5.020	5.454
- di cui per interni	8.012	8.583
- di cui per altri enti / solventi	1	16
MAMMOGRAFIE COMPLESSIVE	2.452	2.262
- di cui SSN	2.411	2.177
- di cui per interni	39	85
- di cui per altri enti / solventi	2	0
PET COMPLESSIVE	2.218	2.113
- di cui SSN	1.713	1.859
- di cui per interni	452	179
- di cui per altri enti / solventi	53	75
TRADIZIONALE COMPLESSIVE	50.120	51.646
- di cui SSN	6.599	7.030
- di cui per interni	43.498	44.533
- di cui per altri enti / solventi	23	83

ATTIVITÀ PRONTO SOCCORSO	2017	2016
Accessi - PS adulti	37.514	38.424
Ricoveri - PS adulti	8.020	8.044
Trasferiti - PS adulti	132	67
Capacità filtro - PS adulti	78%	79%
Accessi - OBI	4.967	4.914
Ricoveri - OBI	657	713



ATTIVITÀ PRONTO SOCCORSO	2017	2016
Trasferiti - OBI	16	12
Capacità filtro - OBI	86%	85%
Accessi - PS pediatrico	18.250	14.117
Ricoveri - PS pediatrico	1.846	1.490
Trasferiti - PS pediatrico	114	375
Capacità filtro - PS pediatrico	89%	87%
Prestazioni di PS complessive	83.886	80.678

INDICATORI DI COMPLESSITÀ	2017	2016
Peso medio totale	1,29	1,22
Peso medio DRG ordinario	1,41	1,32
Peso medio DRG DH/DS	0,88	0,89
Peso medio DRG DH	0,77	0,77
Peso medio DRG DS	0,93	0,95
% DRG ordinari alta complessità su totale DRG ordinari	12%	11%

INDICATORI DI APPROPRIATEZZA	2017	2016
DRG ordinari PI (all. B patto salute)	1.734	2.131
DRG ordinari PI / ordinari non PI (griglia LEA)	0,09	0,12
% DRG ordinari PI su totale DRG ordinari (all. B patto salute)	9%	11%
% DH diagnostici (su totale DH medici)	29,9%	23,5%
DH DIAGNOSTICI	519	385
DH medici (senza cod. 56, 75)	1.737	1.640
DRG ordinari medici brevi (0-2 GG dimessi a domicilio)	2.698	4.105
% DRG ordinari medici brevi (solo per i dimessi a domicilio)	25%	24%
% Re-ricoveri ordinari entro 30 gg stessa MDC	4,79%	4,92%
% PI DS / totale chirurgici PI	86,77%	85,33%

STABILIMENTO BUSINCO

ATTIVITÀ DI DEGENZA	2017	2016
DRG complessivi	8.363	8.775
DRG chirurgici totali	2.242	2.308
Indice di operatività	27%	26%
DRG ordinari totali	3.820	4.004
DRG ordinari chirurgici	1.559	1.711
% DRG chirurgici ordinari sul totale dei DRG ordinari	41%	43%
DRG ordinari medici	2.261	2.293
GG degenza ordinari	31.395	31.267
Degenza media DRG ordinari acuti	8,2	7,8
Indice occupazione DRG ordinari	62%	60%



DRG diurni	4.543	4.771
- di cui DRG DH	3.860	4.174
- di cui DRG DS	683	597
Totale accessi	27.475	30.512
- di cui accessi DH	26.770	29.769
- di cui accessi DS	705	743
Indice occupazione DH/DS (250gg)	233%	255%

ATTIVITÀ CHIRURGICA	2017	2016
Interventi complessivi	2.399	2.494
Interventi in presenza di anestesisti	1.771	1.812
Interventi ordinari	1.540	1.625
Interventi DH	855	863
Degenza media preoperatoria	1,6	1,6

ATTIVITÀ TRAPIANTI	2017	2016
Trapianto midollo osseo	36	47

PRESTAZIONI AMBULATORIALI	2017	2016
Prestazioni ambulatoriali per SSN (da FILE C)	232.961	209.258

ATTIVITÀ RADIOLOGICA / IMMAGINI	2017	2016
Totale immagini SSN	11.865	9.553
Totale immagini per interni	16.609	8.995
TAC COMPLESSIVE	6.526	3.546
- di cui SSN	2.064	2.142
- di cui per interni	4.462	1.404
RMN COMPLESSIVE	2.711	1.839
- di cui SSN	1.416	1.112
- di cui per interni	1.295	727
- di cui per altri enti / solventi	0	51
ECOGRAFIA COMPLESSIVE	5.169	3.884
- di cui SSN	2.754	2.198
- di cui per interni	2.414	1.631
- di cui per altri enti / solventi	1	55
MAMMOGRAFIE COMPLESSIVE	2.897	2.114
- di cui SSN	2.572	1.992
- di cui per interni	325	122
PET COMPLESSIVE	1.315	1.212



- di cui SSN	1.035	1.190
- di cui per interni	280	22
TRADIZIONALE COMPLESSIVE	9.851	6.007
- di cui SSN	2.064	919
- di cui per interni	7.787	5.088

INDICATORI DI COMPLESSITÀ	2017	2016
Peso medio totale	1,18	1,12
Peso medio DRG ordinario	1,41	1,33
Peso medio DRG DH/DS	1,00	0,95
% DRG ordinari alta complessità su totale DRG ordinari	15%	12%

INDICATORI DI APPROPRIATEZZA	2017	2016
DRG ordinari PI (all. B patto salute)	1.301	1.309
% DRG ordinari PI / ordinari non PI (griglia LEA)	0,52	0,49
% DRG ordinari PI su totale DRG ordinari (all. B patto salute)	34,0%	32,7%
% DH diagnostici (su totale DH medici)	12%	12%
DH diagnostici	448	518
DH medici	3.859	4.356
DRG ordinari medici brevi (0-2 GG dimessi a domicilio)	621	651
% DRG ordinari brevi	31%	32%

STABILIMENTO OSPEDALIERO CAO

ATTIVITÀ DI DEGENZA	2017	2016
DRG complessivi	4.734	5.335
DRG chirurgici totali	689	739
DRG ordinari totali	1.660	1.621
DRG ordinari chirurgici	19	14
% DRG chirurgici ordinari sul totale dei DRG ordinari	1,14%	0,86%
DRG ordinari medici	1.641	1.607
GG degenza ordinari	10.077	9.520
Degenza media DRG ordinari acuti	6,1	5,9
Indice occupazione DRG ordinari	67%	64%
DRG diurni	3.074	3.714
- di cui DRG DH	2.404	2.989
- di cui DRG DS	670	725
Totale accessi	14.903	15.774



- di cui accessi DH	14.233	15.032
- di cui accessi DS	670	742
Indice occupazione DH/DS (250 gg)	192%	204%

ATTIVITÀ CHIRURGICA	2017	2016
Interventi complessivi	1.563	1.668
Interventi in presenza di anestesisti	659	644
Interventi DH	1.529	1.668

ATTIVITÀ TRAPIANTI	2017	2016
Trapianto midollo	12	10

PRESTAZIONI AMBULATORIALI	2017	2016
Prestazioni ambulatoriali per SSN (da FILE C)	116.445	121.204

ATTIVITÀ RADIOLOGICA / IMMAGINI	2017	2016
RMN SSN	1.606	994
ECOGRAFIA SSN	2.244	1.737
TRADIZIONALE SSN	1.038	924

INDICATORI DI COMPLESSITÀ	2017	2016
Peso medio totale	0,74	0,71
Peso medio DRG ordinario	0,73	0,72
Peso medio DRG DH/DS	0,74	0,70

INDICATORI DI APPROPRIATEZZA	2017	2016
DRG ordinari PI (all. B patto salute)	230	155
% DRG ordinari PI su totale DRG ordinari (all. B patto salute)	14,00%	9,56%
% DH diagnostici (su totale DH medici)	16%	35%
DH diagnostici	389	1.053
DH medici	2.404	2.995



3.4.1 RISULTATI RAGGIUNTI IN TEMA DI TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Con Determinazione n. 12/2015 l'ANAC ha disposto che le Amministrazioni devono porre particolare attenzione alla coerenza tra PTPC e PP secondo quanto segue: a) le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione; b) le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi e individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti; c) utilizzare la trasparenza come misura di prevenzione della corruzione. Ciò agevola l'individuazione di misure ben definite in termini di obiettivi, le rende più efficaci e verificabili e conferma la piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguimento della funzionalità amministrativa.

L'AOB ha adottato il PTPC 2017-2019 con Deliberazione n. 191 del 31/1/2017 e le misure ivi previste sono state inserite nel PP 2017-2019 come obiettivi operativi assegnati alle strutture interessate. Di seguito l'elenco degli obiettivi assegnati alle strutture e discendenti dal PTPC:

AREA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE AOB B.2	OBIETTIVO OPERATIVO	PESO	VALORE ATTESO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
GOVERNO DEI PROCESSI: LEGALITA' E TRASPARENZA	Monitorare semestralmente l'obbligo di astensione in caso di conflitto d'interessi	Il peso varia a seconda della struttura di assegnazione	6 (2 per 3 strutture)	66,66%
INDICATORE	N. note inviate al Responsabile della prevenzione della corruzione con l'effettiva acquisizione agli atti delle dichiarazioni	NUMERATORE		DENOMINATORE
ESITO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	4		6
RESPONSABILI	SC ACQUISTI BENI E SERVIZI, SC PERSONALE E SC MANUTENZIONI			

AREA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE AOB B.2	OBIETTIVO OPERATIVO	PESO	VALORE ATTESO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
GOVERNO DEI PROCESSI: LEGALITA' E TRASPARENZA	Pubblicare tempestivamente gli obblighi di trasparenza e prevenzione della corruzione	Il peso varia a seconda della struttura di assegnazione	100%	91,67%
INDICATORE	N. obblighi pubblicati / N. obblighi da pubblicare come da griglia (x 100)	NUMERATORE		DENOMINATORE
ESITO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	N. obblighi pubblicati		N. obblighi da pubblicare come da griglia PTPC
RESPONSABILI	8 STRUTTURE AMMINISTRATIVE E TECNICHE			



AREA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE AOB B.2	OBIETTIVO OPERATIVO	PESO	VALORE ATTESO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
GOVERNO DEI PROCESSI: LEGALITA' E TRASPARENZA	Studiare la fattibilità di un programma di rotazione del personale delle aree più a rischio entro il 31/12/2017	Il peso varia a seconda della struttura di assegnazione	12 (2 per 6 strutture)	0%
INDICATORE	N. di soluzioni proposte alla Direzione Generale	NUMERATORE		DENOMINATORE
ESITO	NON RAGGIUNTO	0		12
RESPONSABILI	6 STRUTTURE AMMINISTRATIVE E TECNICHE			

AREA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE AOB B.2	OBIETTIVO OPERATIVO	PESO	VALORE ATTESO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
GOVERNO DEI PROCESSI: LEGALITA' E TRASPARENZA	Monitorare l'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro entro il 31/12/2017	Il peso varia a seconda della struttura di assegnazione	100%	100%
INDICATORE	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza dell'invio al Responsabile della prevenzione della corruzione della comunicazione di regolarità in ordine al prescritto normativo	NUMERATORE		DENOMINATORE
ESITO	RAGGIUNTO	----		----
RESPONSABILI	SC ACQUISTI BENI E SERVIZI E SC PERSONALE			

AREA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE AOB B.2	OBIETTIVO OPERATIVO	PESO	VALORE ATTESO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
GOVERNO DEI PROCESSI: LEGALITA' E TRASPARENZA	Monitorare la formazione di Commissioni, assegnazione uffici entro il 31/12/2017	Il peso varia a seconda della struttura di assegnazione	100%	100%
INDICATORE	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza dell'invio al Responsabile della prevenzione della corruzione della comunicazione di effettiva acquisizione agli atti delle dichiarazioni	NUMERATORE		DENOMINATORE
ESITO	RAGGIUNTO	----		----
RESPONSABILI	SC ACQUISTI BENI E SERVIZI E SC PERSONALE			



AREA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE AOB B.2	OBIETTIVO OPERATIVO	PESO	VALORE ATTESO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
GOVERNO DEI PROCESSI: LEGALITA' E TRASPARENZA	Organizzare giornate della trasparenza e/o altri eventi correlati	Il peso varia a seconda della struttura di assegnazione	100%	100%
INDICATORE	N. giornate della trasparenza e/o altri eventi correlati organizzati	NUMERATORE		DENOMINATORE
		8		3
ESITO	RAGGIUNTO			
RESPONSABILE	SC AFFARI GENERALI			

AREA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE AOB B.2	OBIETTIVO OPERATIVO	PESO	VALORE ATTESO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
GOVERNO DEI PROCESSI: LEGALITA' E TRASPARENZA	Monitorare a campione gli atti deliberativi dei patti di integrità negli affidamenti	15% (per la struttura assegnataria dell'obiettivo)	2%	24,42%
INDICATORE	N. delibere aventi per oggetto "Affidamento" / N. totale delibere (x 100)	NUMERATORE		DENOMINATORE
		21		86
ESITO	RAGGIUNTO			
RESPONSABILE	SC AFFARI GENERALI			

AREA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE AOB B.2	OBIETTIVO OPERATIVO	PESO	VALORE ATTESO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
GOVERNO DEI PROCESSI: LEGALITA' E TRASPARENZA	Monitorare semestralmente l'attività e gli incarichi extraistituzionali entro il 30/6/2017 e il 31/12/2017	Il peso varia a seconda della struttura di assegnazione	0	100%
INDICATORE	N. giorni di ritardo dell'invio delle note inviate al Responsabile della prevenzione della corruzione con l'effettiva acquisizione agli atti delle dichiarazioni	NUMERATORE		DENOMINATORE
		-----		-----
ESITO	RAGGIUNTO			
RESPONSABILE	SC PERSONALE			



AREA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE AOB B.2	OBIETTIVO OPERATIVO	PESO	VALORE ATTESO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
GOVERNO DEI PROCESSI: LEGALITA' E TRASPARENZA	Monitorare l'effettiva acquisizione agli atti delle dichiarazioni di assenza di incompatibilità entro il 31/12/2017	Il peso varia a seconda della struttura di assegnazione	0	100%
INDICATORE	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza dell'invio della comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione	NUMERATORE		DENOMINATORE
		----		----
ESITO	RAGGIUNTO			
RESPONSABILE	SC PERSONALE			

Relativamente ai risultati in materia di trasparenza e integrità si riportano le seguenti valutazioni sintetiche sull'efficacia dell'attuazione del PTPC in termini di miglioramento del livello di trasparenza dell'Amministrazione verso l'interno e verso l'esterno, in relazione a:

i) **Stato di attuazione del piano triennale.** Nel corso dell'anno 2017 l'AOb è stata fortemente impegnata dal processo di armonizzazione delle attività derivanti dall'accorpamento degli stabilimenti Businco e Cao, volte alla soluzione di diverse criticità in attesa della definizione dell'Atto Aziendale (poi adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1961 del 16/10/2017). Pertanto non tutte le misure previste dal PTPC per il 2017 sono state concluse o avviate, in ogni caso si segnala quanto segue: nel mese di aprile 2017 si è concluso il Progetto di Formazione, iniziato nel 2016, articolato su tre diverse linee d'azione per raggiungere gli obiettivi formativi dei dipendenti imposti dalla normativa vigente (Formez PA – Progetto Aretè AOB); per la valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio corruzione, l'AOb ha avviato il percorso di gestione del rischio (risk management) in coerenza con i principi della norma ISO 31000:2009, come suggerito dal Piano Nazionale Anticorruzione 2013; l'analisi dei contesti esterno e interno è stata effettuata nel 2016 e aggiornata secondo lo scorrimento annuale nel 2017; nel 2017 è stata condotta la mappatura dei processi relativamente alla Libera Professione, al Decesso in ambito ospedaliero e all'Area di acquisizione e progressione del personale; la costituzione in via sperimentale del Comitato di Vigilanza e Garanzia - Area Prevenzione Corruzione e Trasparenza previsto nel piano 2017, ha già trovato attuazione nel 2018 (Deliberazione del Direttore Generale n. 1739 del 31/7/2018) e vede tra i suoi componenti un avvocato delegato di Transparency International Sardegna per la disciplina e la gestione delle segnalazioni, così come ha già trovato attuazione nel 2018 (Deliberazione del Direttore Generale n. 1787 del 8/8/2018) la costituzione in via sperimentale del Gruppo Operativo - Area Prevenzione Corruzione e Trasparenza per le attività di mappatura dei processi, di identificazione, valutazione e trattamento dei potenziali rischi corruttivi; per l'adozione di procedure interne per la rilevazione e comunicazione dei fabbisogni di beni e servizi finalizzate alla programmazione annuale degli acquisti, la fase di individuazione del tavolo di lavoro è stata fatta nell'anno 2017, mentre per il 2018 è prevista la proposta di una procedura.



ii) **Partecipazione dei cittadini e degli stakeholder, in termini di feedback sui dati pubblicati e conseguente individuazione di ulteriori dati da pubblicare oltre a quelli obbligatori.** Uno degli obiettivi dell'azione di prevenzione della corruzione è quello dell'emersione di fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi, diventa pertanto strategico il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza. Nel triennio l'AOB si è posta l'obiettivo di individuare soluzioni organizzative volte a creare un dialogo con l'esterno, attraverso opportune iniziative di comunicazione e ascolto dell'utenza esterna/interna. Tali misure sono state però rinviate all'anno 2018 per le ragioni organizzative sopra descritte (Atto Aziendale, riorganizzazione interna delle strutture).

iii) **Coinvolgimento e relativi feedback di cittadini e degli altri stakeholder nelle iniziative per la trasparenza e integrità realizzate.** Il PTPC prevedeva per l'anno 2017 l'adozione di azioni di sensibilizzazione nei confronti della Società Civile e l'instaurazione di apposite relazioni sociali previa costituzione di un Tavolo Tecnico per la definizione delle azioni di coinvolgimento della cittadinanza. Tale misura è stata rinviata all'anno 2018 per le ragioni organizzative sopra descritte (Atto Aziendale, riorganizzazione interna delle strutture). Ad ogni modo il 23/11/2017 si è svolta la prima "storica" Giornata della Trasparenza organizzata dall'AOB, nel corso della quale il Direttore Generale ha sottoscritto un protocollo d'intesa con Transparency International allo scopo di avviare una collaborazione volta a favorire la prevenzione e il contrasto dei fenomeni di cattiva amministrazione (partecipazione al progetto "Curiamo la Corruzione"). Altri eventi degni di nota sono stati la Campagna Sangue, la Terapia Intensiva Aperta, la Campagna di sensibilizzazione al corretto uso del Pronto Soccorso, la Campagna di Sensibilizzazione contro l'Obesità (Obesity Day).

3.4.2 RISULTATI RAGGIUNTI IN TEMA DI STANDARD DI QUALITÀ DEI SERVIZI

Le Delibere dell'ex CIVIT n. 88/2010 e n. 3/2012 dispongono le Linee Guida per il miglioramento degli strumenti per la qualità dei servizi pubblici, ai fini dell'adeguamento ai principi contenuti nei Decreti Legislativi n. 198/2009 e n. 150/2009 in materia di definizione degli standard di qualità dei servizi pubblici e di misurazione e valutazione della performance. Solitamente le dimensioni rilevanti per rappresentare la qualità effettiva dei servizi sono individuate da quattro parametri, il cui peso specifico deve essere valutato in relazione alla tipologia del servizio erogato: accessibilità, tempestività, trasparenza ed efficacia. La successiva azione consiste nell'elaborazione degli indicatori per la misurazione del livello di qualità dei servizi erogati, tenendo conto di sei requisiti che gli indicatori della qualità dei servizi devono soddisfare: rilevanza, accuratezza, temporalità, fruibilità, interpretabilità e coerenza. Gli standard della qualità dei servizi devono essere agevolmente accessibili e comprensibili agli utenti. In tal senso l'Amministrazione deve pubblicare i dati sul sito istituzionale, nonché attivare tutte le altre azioni idonee a garantirne la trasparenza. Ora, fare questo lavoro in relazione all'attività di un'Azienda Ospedaliera di grandi dimensioni potrebbe risultare arduo. Ad ogni modo è intento di questa Amministrazione accettare la sfida e rimettere i risultati al giudizio dell'OIV.

Relativamente ai servizi offerti dall'AOB e ai relativi standard di qualità si riportano le seguenti informazioni sintetiche:





i) **Stato di avanzamento del processo di definizione degli standard e relativo grado di copertura dei servizi erogati all'utenza.** L'atto di riferimento per la definizione degli standard di qualità è la Carta dei Servizi (Deliberazione ex CIVIT n. 3/2012, pagina 6), insieme ai relativi aggiornamenti annuali e alle sue eventuali revisioni. La Carta dei Servizi attualmente in vigore in AOB è del settembre 2011, precedente alla Deliberazione n. 3/2012 e pertanto senza definizione degli standard e relativi gradi di copertura dei servizi erogati all'utenza. Va detto che, nell'imminenza della riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale (di seguito SSR) la revisione della Carta è stata più volte rinviata e ora, a riforma viepiù compiuta - quantomeno per l'AOB -, è in animo dell'Amministrazione procedere alla stesura di una Carta completamente nuova. Altri atti o documenti vanno analizzati per lo scopo qui proposto e invero nel corso degli anni sono state implementate diverse attività volte a gestire e organizzare il cambiamento nella direzione del miglioramento della qualità dei servizi e dell'individuazione di appositi standard. Se ne propongono alcuni:

- 1) Progetto Accredimento all'Eccellenza JCAHO (Joint Commission on Accreditation for Healthcare Organizations): nei primi anni 2000 fu istituita una Joint Commission interna per adeguare l'assistenza agli standard della Joint Commission International (Standard centrati sul paziente, Requisiti di gestione dell'organizzazione sanitaria);
- 2) Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali: dove lo standard è dato dal modo in cui vengono condotti gli Audit;
- 3) Carta della qualità in Chirurgia proposta dal Tribunale per i Diritti del Malato: da tempo l'AOB si è impegnata a rispettare i 14 diritti (standard) del malato e a trarne ispirazione per l'organizzazione dell'assistenza. La Carta è attenta a sette situazioni: accoglienza, informazione, organizzazione, consenso informato, sicurezza e igiene, innovazione e dimissioni.
- 4) Nucleo di Qualità Aziendale: istituito nel 2010 al fine di garantire la qualità nell'assistenza ai cittadini, per coordinare e implementare le relative attività;
- 5) Carta dei Diritti del Bambino in Ospedale: ispirata alla Carta EACH (European Association for Children in Hospital);
- 6) Atto Aziendale (Deliberazione del Direttore Generale n. 1857 del 28/9/2017): all'articolo 7 è stabilito che l'AOB deve promuovere la qualità sia dell'attività assistenziale, sia dell'attività amministrativa.

ii) **Tipologie di standard, ovvero generali o specifici, come definite nella delibera ex CIVIT n. 3/2012.** Gli standard generali riguardano l'insieme delle prestazioni afferenti al servizio in un dato intervallo di tempo assunto come riferimento (valori medi), mentre gli standard specifici riguardano le singole prestazioni direttamente esigibili dall'utente in termini quantitativi, qualitativi e temporali. E' in programma per il 2019 il Piano di Attuazione degli Standard, onde assicurare la completa definizione e/o aggiornamento degli standard di qualità per tutti i servizi erogati, con l'impegno di: a) definire un elenco dei servizi, da pubblicare sul sito istituzionale e da inserire all'interno della nuova Carta dei Servizi; b) definire progressivamente gli standard di qualità dei servizi inclusi nell'elenco definito. Tutto ciò, ovviamente, entro i li-



miti in cui è possibile processare i servizi pubblici erogati agli utenti da un'Azienda Ospedaliera (si prendano a esempio le attività amministrative e tecniche, rivolte per la gran parte ai dipendenti dell'AOB).

iii) **Variazioni, migliorative o peggiorative, eventualmente intervenute nel corso dell'anno.** Nel corso del 2017 con deliberazione del Direttore Generale n. 2022 del 25/10/2017 il Servizio delle Professioni Sanitarie nel redigere una "Procedura Generale per l'inserimento e addestramento del personale dipendente neoassunto o assegnato a nuove funzioni" ha previsto:

- una *Guida per il neoassunto* ove, tra l'altro, sono previste azioni che in futuro, se regolarmente applicate, potranno incidere sostanzialmente su alcune dimensioni della qualità (*Patto Infermiere e Cittadino*, dove l'infermiere neoassunto s'impegna nei confronti del cittadino a rispettare e mettere in pratica 17 criteri di comportamento positivi; *Laboratorio Gestuale* orientato a pratiche di governo clinico che consentano di porre i cittadini al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari [si tratta di incentivare l'uso di abilità tecniche e gestuali per il miglioramento dell'approccio al paziente]);

- Sei indicatori e parametri di controllo: 1 - $(N. \text{ neoassunti e/o neoassegnati informati degli obiettivi all'inizio dell'inserimento} / N. \text{ neoassunti e/o neoassegnati totale}) \times 100$ Il Standard 95%; 2 - $(N. \text{ neoassunti e/o neoassegnati per i quali è stata compilata la valutazione intermedia} / N. \text{ neoassunti e/o neoassegnati totale}) \times 100$ Il Standard 100%; 3 - $(N. \text{ neoassunto e/o neoassegnati che hanno completato il percorso d'inserimento} / N. \text{ neoassunti e/o neoassegnati totale}) \times 100$ Il Standard 95%; 4 - $(N. \text{ schede di valutazione con esito negativo} / N. \text{ schede di valutazione totali}) \times 100$ Il Standard 5%; 5 - $(N. \text{ valutazioni negative contestate} / N. \text{ valutazioni totali}) \times 100$ Il Standard 5%; 6 - $(N. \text{ valutazioni negative del percorso di apprendimento} / N. \text{ valutazioni totali}) \times 100$ Il Standard 5%.

iv) **Realizzazione di indagini sul livello di soddisfazione dell'utenza sui servizi erogati e relativi risultati.**

E' in programma per il 2019, tramite il CUG e URP, la realizzazione di indagini sul livello di soddisfazione dell'utenza sui servizi erogati.

v) **Reclami ricevuti, procedure di indennizzo e azioni di risarcimento collettivo (class action) eventualmente in corso o concluse.**

In merito a reclami ricevuti, procedure di indennizzo e azioni di risarcimento eventualmente in corso o concluse non risulta nessuna rilevazione.

4



3.5 OBIETTIVI INDIVIDUALI

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

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

TIPOLOGIA DI PERSONALE	MEDIA VALUTAZIONE INDIVIDUALE	DEVIAZIONE STANDARD AZIENDALE
Dirigente Medico e Sanitario	1,39	0,55
Dirigente Amministrativo, Professionale e Tecnico	1,29	
Personale sanitario del comparto	1,44	
Personale non sanitario del comparto	1,41	
Media Aziendale	1,42	

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

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



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

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

$$\text{FLESSIBILITA}' = \frac{\quad}{(\text{Punti max} - \text{Punti min})} + \text{FLmin}$$

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

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

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

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

Per l'anno 2017 l'intero processo si è svolto con i passaggi delineati di seguito nel paragrafo 6.1. per ciascun centro di responsabilità.

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

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



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

Con riferimento all'anno 2017 si è dovuto ricorrere alle procedure di conciliazione per numero 5 contenziosi.

4. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA'

In questo capitolo vengono sviluppate sinteticamente le informazioni di carattere economico-finanziario desumibili dal ciclo di bilancio, a integrazione degli obiettivi e risultati riportati nei precedenti paragrafi. In particolare si esplicitano i valori di bilancio e i risultati in termini di efficienza ed economicità. Il principale documento di riferimento è il seguente bilancio consuntivo:

CODICE	VOCE MODELLO CE		cons 2016	prev 2017	cons 2017
	A)	Valore della produzione			
AA0010	A.1)	Contributi in c/esercizio	98.635	87.789	115.684
AA0020	A.1.A)	Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	95.309	85.358	101.716
AA0050	A.1.B)	Contributi c/esercizio (extra fondo)	3.119	2.181	13.453
AA0180	A.1.C)	Contributi c/esercizio per ricerca	0	250	180
AA0240	A.2)	Rettifiche contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-2.411	-7.162	-2.665
AA0270	A.3)	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	0	0	0
AA0320	A.4)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	206.817	212.834	197.604
AA0330	A.4.A)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici	202.399	208.582	193.153
AA0610	A.4.B)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	0	0	0
AA0660	A.4.C)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati	922	925	1.241
AA0670	A.4.D)	Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	3.496	3.327	3.210
AA0750	A.5)	Concorsi, recuperi e rimborsi	2.225	1.166	10.381
AA0760	A.5.A)	Rimborsi assicurativi	268	268	332
AA0770	A.5.B)	Concorsi, recuperi e rimborsi da Regione	141	395	208
AA0800	A.5.C)	Concorsi, recuperi e rimborsi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	261	62	6.948
AA0840	A.5.D)	Concorsi, recuperi e rimborsi da altri soggetti pubblici	133	0	149
AA0880	A.5.E)	Concorsi, recuperi e rimborsi da privati	1.422	441	2.744
AA0940	A.6)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.303	2.300	2.235
AA0980	A.7)	Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	7.063	4.294	8.923
AA1050	A.8)	Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0	0
AA1060	A.9)	Altri ricavi e proventi	595	548	411
AZ9999		Totale valore della produzione (A)	315.227	301.769	332.573
	B)	Costi della produzione			
BA0010	B.1)	Acquisti di beni	98.903	103.227	101.827
BA0020	B.1.A)	Acquisti di beni sanitari	95.797	99.634	98.474
BA0030	B.1.A.1)	Prodotti farmaceutici ed emoderivati	55.389	59.054	55.150
BA0070	B.1.A.2)	Sangue ed emocomponenti	1.593	1.710	1.774
BA0210	B.1.A.3)	Dispositivi medici	38.509	38.540	41.210
BA0250	B.1.A.4)	Prodotti dietetici	59	65	72
BA0260	B.1.A.5)	Materiali per la profilassi (vaccini)	3	3	1
BA0270	B.1.A.6)	Prodotti chimici	116	121	64
BA0280	B.1.A.7)	Materiali e prodotti per uso veterinario	0	0	0
BA0290	B.1.A.8)	Altri beni e prodotti sanitari	128	141	203
BA0300	B.1.A.9)	Beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0	0	0
BA0310	B.1.B)	Acquisti di beni non sanitari	3.106	3.593	3.353



BA0390	B.2)	Acquisti di servizi	38.645	38.658	38.686
BA0400	B.2.A)	Acquisti servizi sanitari	11.038	10.054	9.947
BA0410	B.2.A.1)	Acquisti servizi sanitari per medicina di base	0	0	0
BA0490	B.2.A.2)	Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	0	0	0
BA0530	B.2.A.3)	Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	80	105	113
BA0640	B.2.A.4)	Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	0	0	0
BA0700	B.2.A.5)	Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	0	0	0
BA0750	B.2.A.6)	Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	0	0	0
BA0800	B.2.A.7)	Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	0	0	0
BA0900	B.2.A.8)	Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0	0
BA0960	B.2.A.9)	Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	0	0	0
BA1030	B.2.A.10)	Acquisto prestazioni termali in convenzione	0	0	0
BA1090	B.2.A.11)	Acquisto prestazioni di trasporto sanitario	572	458	432
BA1140	B.2.A.12)	Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	89	106	103
BA1200	B.2.A.13)	Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)	2.753	2.776	2.561
BA1280	B.2.A.14)	Rimborsi, assegni e contributi sanitari	66	66	58
BA1350	B.2.A.15)	Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	2.887	1.983	2.564
BA1490	B.2.A.16)	Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	4.591	4.560	4.116
BA1550	B.2.A.17)	Costi per differenziale tariffe TUC	0	0	0
BA1560	B.2.B)	Acquisti di servizi non sanitari	27.607	28.604	28.739
BA1570	B.2.B.1)	Servizi non sanitari	26.629	27.882	27.857
BA1750	B.2.B.2)	Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	404	315	303
BA1880	B.2.B.3)	Formazione (esternalizzata e non)	574	407	579
BA1910	B.3)	Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	12.813	13.811	12.415
BA1990	B.4)	Godimento di beni di terzi	4.359	4.480	4.315
BA2000	B.4.A)	Fitti passivi	0	0	0
BA2010	B.4.B)	Canoni di noleggio	4.359	4.480	4.315
BA2040	B.4.C)	Canoni di leasing	0	0	0
BA2070	B.4.D)	Locazioni e noleggi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0	0	0
BA2080		Totale Costo del personale	155.010	157.883	157.044
BA2090	B.5)	Personale del ruolo sanitario	133.903	136.164	135.348
BA2100	B.5.A)	Costo del personale dirigente ruolo sanitario	72.280	74.084	72.924
BA2190	B.5.B)	Costo del personale comparto ruolo sanitario	61.623	62.080	62.424
BA2230	B.6)	Personale del ruolo professionale	381	390	370
BA2240	B.6.A)	Costo del personale dirigente ruolo professionale	260	268	249
BA2280	B.6.B)	Costo del personale comparto ruolo professionale	121	122	121
BA2320	B.7)	Personale del ruolo tecnico	16.280	16.861	16.855
BA2330	B.7.A)	Costo del personale dirigente ruolo tecnico	70	69	69
BA2370	B.7.B)	Costo del personale comparto ruolo tecnico	16.210	16.792	16.786
BA2410	B.8)	Personale del ruolo amministrativo	4.446	4.468	4.471
BA2420	B.8.A)	Costo del personale dirigente ruolo amministrativo	617	627	609
BA2460	B.8.B)	Costo del personale comparto ruolo amministrativo	3.829	3.841	3.862
BA2500	B.9)	Oneri diversi di gestione	1.341	1.495	1.624
BA2510	B.9.A)	Imposte e tasse (escluso IRAP e IRES)	694	696	844
BA2520	B.9.B)	Perdite su crediti	0	0	0
BA2530	B.9.C)	Altri oneri diversi di gestione	647	799	780
BA2560		Totale Ammortamenti	10.059	10.597	10.018
BA2570	B.10)	Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	267	283	268
BA2580	B.11)	Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	9.792	10.314	9.750
BA2590	B.12)	Ammortamento dei fabbricati	3.842	3.833	3.850
BA2620	B.13)	Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	5.950	6.481	5.900
BA2630	B.14)	Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0	0	0
BA2660	B.15)	Variazione delle rimanenze	1.723	0	-734
BA2670	B.15.A)	Variazione rimanenze sanitarie	1.699	0	-704
BA2680	B.15.B)	Variazione rimanenze non sanitarie	24	0	-30
BA2690	B.16)	Accantonamenti dell'esercizio	2.205	5.115	6.668
BA2700	B.16.A)	Accantonamenti per rischi	1.136	735	2.334
BA2760	B.16.B)	Accantonamenti per premio di operosità (SUMAI)	0	0	0
BA2770	B.16.C)	Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	0	0	2.546
BA2820	B.16.D)	Altri accantonamenti	1.069	4.380	1.788
BZ9999		Totale costi della produzione (B)	325.058	335.266	331.863

A



	C)	Proventi e oneri finanziari			
CA0010	C.1)	Interessi attivi	0	0	0
CA0050	C.2)	Altri proventi	0	0	0
CA0110	C.3)	Interessi passivi	522	286	582
CA0150	C.4)	Altri oneri	0	0	0
CZ9999		Totale proventi e oneri finanziari (C)	-522	-286	-582
	D)	Rettifiche di valore di attività finanziarie			
DA0010	D.1)	Rivalutazioni	0	0	0
DA0020	D.2)	Svalutazioni	0	0	0
DZ9999		Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0
	E)	Proventi e oneri straordinari			
EA0010	E.1)	Proventi straordinari	10.877	0	9.251
EA0020	E.1.A)	Plusvalenze	0	0	0
EA0030	E.1.B)	Altri proventi straordinari	10.877	0	9.251
EA0040	E.1.B.1)	Proventi da donazioni e liberalità diverse	0	0	0
EA0050	E.1.B.2)	Sopravvenienze attive	10.496	0	7.563
EA0150	E.1.B.3)	Insussistenze attive	381	0	1.688
EA0250	E.1.B.4)	Altri proventi straordinari	0	0	0
EA0260	E.2)	Oneri straordinari	7.548	0	6.658
EA0270	E.2.A)	Minusvalenze	0	0	0
EA0280	E.2.B)	Altri oneri straordinari	7.548	0	6.658
EA0290	E.2.B.1)	Oneri tributari da esercizi precedenti	0	0	0
EA0300	E.2.B.2)	Oneri da cause civili ed oneri processuali	0	0	0
EA0310	E.2.B.3)	Sopravvenienze passive	6.906	0	5.088
EA0460	E.2.B.4)	Insussistenze passive	642	0	1.570
EA0560	E.2.B.5)	Altri oneri straordinari	0	0	0
EZ9999		Totale proventi e oneri straordinari (E)	3.329	0	2.593
XA0000		Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	-7.024	-33.783	2.721
		Imposte e tasse			
YA0010	Y.1)	IRAP	10.656	11.237	10.699
YA0060	Y.2)	IRES	99	99	86
YA0090	Y.3)	Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	0	0	0
YZ9999		Totale imposte e tasse	10.755	11.336	10.785
ZZ9999		RISULTATO DI ESERCIZIO	-17.779	-45.119	-8.064

Con deliberazione del Direttore Generale n. 1 del 5/1/2017 sono state integralmente recepite le Linee Guida di cui al Decreto dell'Assessore Igiene e Sanità n. 45 del 28/12/2016 recante il "Percorso attuativo della certificabilità dei bilanci delle Aziende Sanitarie della Regione Sardegna (PAC), approvato con DGR n. 29/8 del 24/7/2013".

Per l'esercizio 2017, il target di risparmio assegnato a questa Azienda, comunicato con note dell'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale n.4801 del 29/12/2016, n. 253 del 09/01/2017, n. 248 del 26/01/2017 e n. 6150 del 02/03/2017 e, successivamente, confermato con deliberazione n. 54/18 del 6/12/2017, è pari a mln. 2,964 in meno sul consuntivo 2016, da raggiungere con azioni di contenimento della spesa per farmaci biosimilari, per 1,5 mln., e con altre azioni di efficientamento, per 1,464 mln.

Premesso che l'Azienda ha posto in essere, costantemente, azioni volte al contenimento della spesa sanitaria, nel rispetto delle indicazioni dettate dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, per valutare il raggiungimento degli obiettivi economico finanziari 2017, occorre quindi porre a confronto, secondo la metodologia stabilita a livello regionale, gli importi della voce di CE consuntivo BZ9999 - Totale costo della produzione - degli esercizi 2016 e 2017, per valutare se vi sia stata effettivamente una riduzione almeno pari al target di risparmio di mln. 2,964.



Tuttavia, per poter effettuare una adeguata valutazione, come previsto anche dalla metodologia regionale, è necessario rendere omogenei i due termini di confronto. A tal fine, occorre tener conto di quanto di seguito specificato:

- Nell'esercizio 2017 è mutata la modalità di contabilizzazione dei costi per l'acquisto di plasmaderivati. Con DGR n. 49/35 del 26/11/2013, l'Azienda Brotzu, essendo sede della Struttura Regionale di Coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali, è stata incaricata di gestire l'Accordo Interregionale della Plasmaderivazione stipulato con le regioni Piemonte e Lombardia e di provvedere al pagamento delle spese relative alla fornitura per l'intera Regione dei plasmaderivati, mediante un apposito finanziamento regionale. Poiché la fatturazione avviene sempre successivamente alla chiusura del bilancio di competenza, fino al 2016, i costi venivano rilevati tra le sopravvenienze passive e il finanziamento regionale a copertura tra le sopravvenienze attive. Nel 2017, è venuto meno il finanziamento regionale e i rapporti tra le Aziende sanitarie regionali sono stati regolati da apposite convenzioni, per cui nel valore della produzione sono stati rilevati i ricavi derivanti dalla fatturazione diretta alle aziende sanitarie utilizzatrici, mentre i costi derivanti dall'applicazione del citato accordo interregionale sono rilevati in competenza tra i costi della produzione come fatture da ricevere, per l'importo stimato di 2,860 mln.
- Per rendere confrontabili i costi 2016 e 2017, è altresì necessario tener conto degli accorpamenti di unità operative avvenuti tra il 2016 e il 2017, in attuazione delle deliberazioni della Giunta Regionale riguardanti la riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza sanitaria nell'area di Cagliari. Infatti, i costi della Chirurgia Pediatrica, trasferita a metà novembre 2016, sono gravati sul bilancio 2017 per l'intero anno, mentre i costi relativi alle UU.OO. di Neurochirurgia e Oftalmologia, trasferite il 01/10/2017, sono gravati sul bilancio per 1 trimestre. L'incremento di costi 2017 per tale titolo è risultato pari a 2,500 mln.
- La L.R. n.23/2014, nell'ambito di un più generale processo di riassetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale, ha previsto l'incorporazione nell'Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale "G.Brotzu" dei PP.OO. Microcitemico Cao e Oncologico Businco, stabilendo altresì che, a seguito dell'accorpamento dei tre presidi ospedalieri, dovesse essere avviato uno specifico piano di valorizzazione e sviluppo delle attività di ricerca sanitaria (i.e. attività di sperimentazione clinica profit e non-profit di Fase I, II, III e IV), al fine di verificare il possibile riconoscimento del nuovo polo ospedaliero – universitario, quale istituto di ricovero e cura di carattere scientifico. Successivamente, la L.R. n.17 del 27.07.2016, all'art.5, comma 5, allo scopo di sostenere un piano di valorizzazione e sviluppo delle attività di ricerca sanitaria presso l'Azienda Brotzu, ha autorizzato l'acquisizione del ramo d'azienda "Ricerca e sperimentazione clinica" della società partecipata della RAS Fase 1 Srl, riconoscendo anche un contributo per finanziare l'avvio dell'attività. Tale acquisizione ha comportato un incremento dei costi nel 2017 per € 263.000.
- Infine, la metodologia regionale applicata per la verifica del rispetto del target di risparmio prevede che il totale costo della produzione debba essere depurato del valore della voce di CE BA2770 - Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati, trattandosi di costi effettivamente non sostenuti. Il valore di detta voce nel 2016 è pari a 0, mentre nel 2017 è pari 2,546 mln.

K



Ulteriori fattori, indipendenti dalla gestione aziendale, che hanno determinato un incremento dei costi nel 2017 sono:

- l'incremento dell'importo da accantonare per i rinnovi contrattuali del personale dipendente, pari a 1,006 mln.
- l'incremento del premio INAIL in conseguenza del passaggio dell'aliquota dal 12% al 18%, pari a € 686.000

Nella tabella che segue sono riportati i risultati della verifica del rispetto del target di risparmio

	2016	2017	Importo risparmi realizzati	Target di risparmio assegnato	Maggior risparmio realizzato
Voce CE BZ9999	325.058	331.863			
Costi plasmaderivati		2.860			
Costi strutturali accorpate		2.500			
Fase 1		263			
Accantonamento quote inutilizzate contributi vincolati		2.546			
Accantonamenti per rinnovi contrattuali	619	1.626			
Assicurazione INAIL	925	1.611			
	323.514	320.457	3.057	2.964	93

Pertanto, nel 2017 è stato realizzato un risparmio di 3,057 mln rispetto al 2016, leggermente superiore rispetto al target di risparmio assegnato (2,964 mln).

Si rileva altresì un miglioramento del risultato d'esercizio, con una riduzione della perdita da -17,779 mln a -8,064 mln.

Nel prospetto che segue i dati di consuntivo 2017 sono posti a confronto con i dati di consuntivo 2016 e previsionali 2017. Il CE previsionale 2017 rappresenta il conto economico tendenziale, definibile come inerziale, ovvero rappresentativo delle dinamiche già insite nell'azienda senza considerare le manovre che creano eventuali contrazioni dei costi (richiesta obiettivi di risparmio).

5. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE

In questa sezione si devono elencare gli obiettivi dell'Amministrazione in tema di pari opportunità di genere.

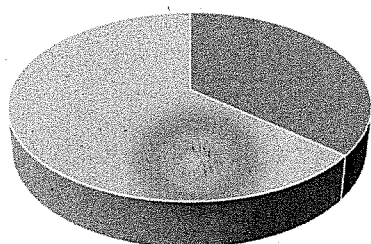
5.1 ANALISI DI GENERE

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



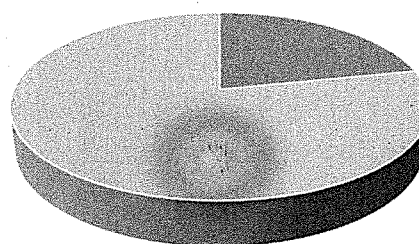
TIPOLOGIA	UOMINI	DONNE	TOT	% UOMINI	% DONNE
Tempo indeterminato	1.033	1.929	2.962	34,88%	65,12%
di cui:					
tempo pieno	1.022	1.825	2.847	35,90%	61,10%
part-time	11	104	115	9,57%	90,43%
Tempo determinato	25	90	154	21,74%	78,26%

TEMPO INDETERMINATO



■ UOMINI ■ DONNE

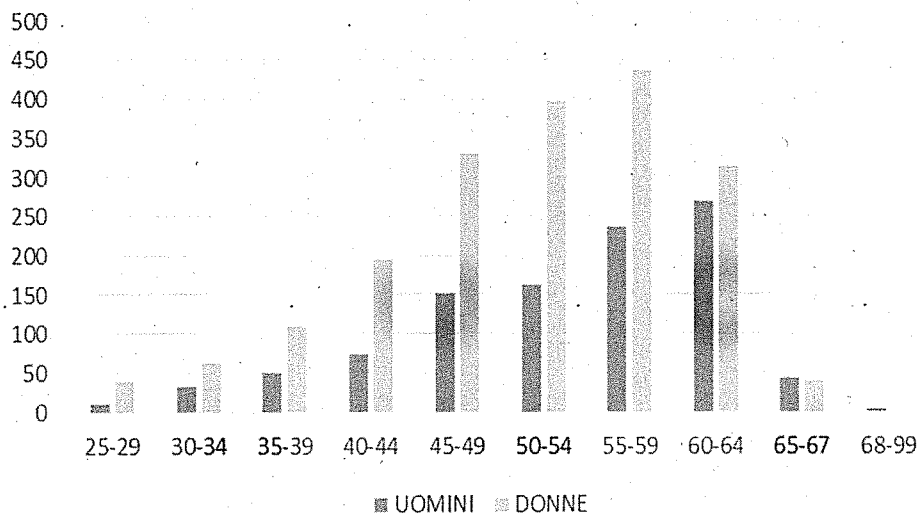
TEMPO DETERMINATO

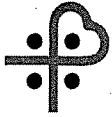


■ UOMINI ■ DONNE

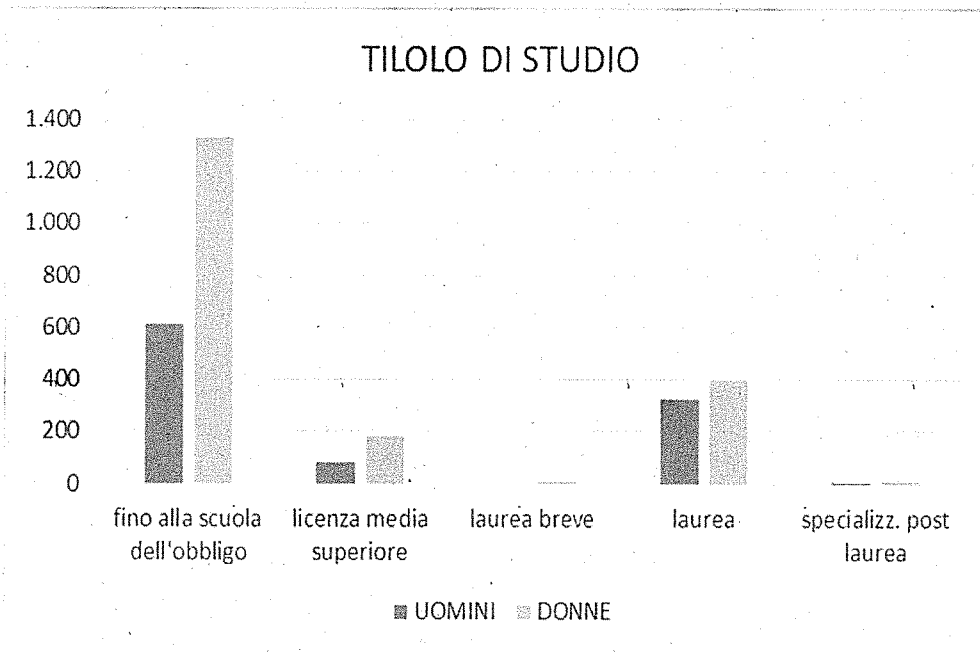
0	UOMINI	DONNE
25-29	10	40
30-34	32	64
35-39	51	110
40-44	74	195
45-49	151	331
50-54	163	398
55-59	236	437
60-64	269	315
65-67	44	39
68-99	3	0

FASCIA DI ETA'





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

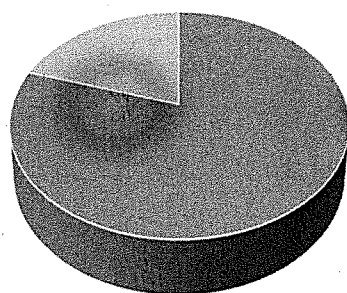




INCARICHI DI STRUTTURA	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE
Struttura Complessa	40	10	50	80,00%	20,00%	64,94%
Struttura Semplice	19	8	27	70,40%	29,60%	39,06%

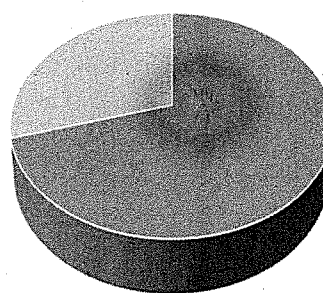
NB: negli incarichi sono compresi quelli di "facente funzioni".

INCARICHI DI STRUTTURA COMPLESSA



• UOMINI • DONNE

INCARICHI DI STRUTTURA SEMPLICE



• UOMINI • DONNE

5.2 AZIONI POSITIVE

Vengono di seguito indicate alcune azioni positive implementate nel periodo considerato

- Dal 2015 l'AOB ha aderito alla Carta Informativa sulla violenza nei confronti degli adulti, promossa dalla Commissione Pari Opportunità e dall'Assessorato alle Politiche Sociali e Salute del Comune di Cagliari; si tratta di uno strumento rivolto agli adulti che subiscono violenza e agli operatori/operatrici pubblici e privati che operano in favore dei soggetti deboli. La Carta garantisce un accesso consapevole alle modalità e alle forme di erogazione dei servizi e contribuisce a far emergere il fenomeno della violenza e a incoraggiare la denuncia e la richiesta di aiuto. Il documento è disponibile on line presso il link http://www.aobrotzu.it/documenti/9_112_20160426120200.pdf ed è distribuito in forma cartacea in diversi spazi delle strutture dell'AOB.

- Benvenuta Mamma, Benvenuta Donna è invece l'iniziativa di sensibilizzazione e di prevenzione a favore della donna, svoltosi il 13/5/2017 in occasione delle Giornata Nazionale della Salute della Donna. Quest'anno i medici della UOC di Chirurgia Sperimentale dell'Ospedale Businco - facenti parte della Società Italiana di Chirurgia Oncologica (SICO) -





hanno organizzato, in occasione della Festa della Mamma, una giornata di visite senologiche gratuite finalizzate alla diffusione della cultura della prevenzione oncologica. La locandina dell'evento è scaricabile al link: https://www.aobrotzu.it/documenti/9_112_20170428115444.pdf

- Bollini Rosa. L'Azienda Ospedaliera Brotzu ha ottenuto per il biennio 2016-2017 due Bollini Rosa (www.bollinirosa.it) che rappresentano un importante riconoscimento attribuito da O.N.Da (Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna: <https://www.ondaosservatorio.it>) agli ospedali italiani per la loro attenzione specifica all'utenza femminile, offrendo servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle più comuni patologie femminili, ponendo la donna al centro della cura.

- L'8/3/2018, in occasione della Giornata Mondiale del Rene, il reparto di Nefrologia e Dialisi dell'A.O.B., ha partecipato all'iniziativa volta alla sensibilizzazione e alla prevenzione delle malattie renali, offrendo uno screening nefrologico gratuito. La malattia renale cronica è l'ottava causa di morte nelle donne, con più di 600 mila decessi l'anno; 195 milioni di donne nel mondo ne soffrono. La malattia colpisce più facilmente le donne rispetto agli uomini con una prevalenza in media del 14% nelle donne e del 12% negli uomini. La giornata mondiale del rene ha pertanto promosso l'accesso equo e garantito all'educazione alla salute, alla cura e alla prevenzione delle malattie renali in particolare per tutte le donne e le ragazze. La locandina dell'evento è scaricabile al link: http://www.aobrotzu.it/documenti/9_434_20180302102930.pdf

- Sempre l'8/3/2018 in occasione della Festa della Donna, presso il reparto di Ostetricia e Ginecologia dello stabilimento San Michele, il Direttore della Struttura ha effettuato delle visite di screening e di valutazione ecografica delle pazienti con problemi di fibromatosi uterina fornendo una prospettiva di trattamento chirurgico o medico a seconda delle singole situazioni (https://www.aobrotzu.it/documenti/9_434_20180307095558.pdf).

6. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

In questa sezione viene descritto il processo seguito per la redazione della relazione, indicando le fasi, i soggetti, i tempi e le responsabilità, con l'evidenziazione dei punti di forza e di debolezza del ciclo della performance.

6.1 FASI, SOGGETTI, TEMPI E RESPONSABILITA'

Gli obiettivi organizzativi sono stati definiti dagli organi di vertice e dal Comitato di Budget sulla base degli obiettivi strategici regionali. Sempre dagli stessi attori sono stati poi individuati gli obiettivi operativi di natura aziendale e, infine, si è svolta la negoziazione con tutti i responsabili di struttura. Gli obiettivi individuali sono stati predisposti da ciascun Direttore/Responsabile delle strutture complesse o semplici. Viene di seguito riproposto lo schema di riferimento:



FASI	ATTIVITA'	OBIETTIVO
A	RIUNIONE CON L'EQUIPE	Illustrazione degli obiettivi aziendali e della Struttura.
B	PRESENTAZIONE DEL PIANO OPERATIVO	Illustrazione dei contenuti del piano, delle azioni da intraprendere per raggiungere gli obiettivi, delle risorse a disposizione.
C	PRESENTAZIONE DELLA PROCEDURA PER LA VALORIZZAZIONE	Presentazione della <u>metodologia</u> e dei <u>criteri</u> per l'attribuzione del livello di flessibilità individuale e della <u>modulistica</u> allegata. Compilazione della modulistica (<i>Verbale di Illustrazione</i>).
D	EFFETTUAZIONE DELLA VALORIZZAZIONE INIZIALE DEGLI OPERATORI	Redazione concordata delle <i>Schede di Valorizzazione INIZIALE</i> per tutti gli operatori dell'equipe.
E	EFFETTUAZIONE DELLA VALORIZZAZIONE FINALE DEGLI OPERATORI	Redazione delle <i>Schede di Valorizzazione FINALI</i> per tutti gli operatori dell'equipe con verifica del mantenimento dell'impegno previsto.

Il processo di redazione della Relazione sulla performance comincia a settembre dell'anno X, ossia nel momento in cui vengono effettuate eventuali rinegoziazioni sugli obiettivi e indicatori di misura assegnati. Dopodiché viene impostata la stesura della bozza di Relazione utilizzando i dati a disposizione. La stesura definitiva avviene a seguito delle verifiche sui risultati raggiunti e con la proposta delle performance da parte dell'OIV al Direttore Generale.

La Relazione è un documento redatto a più mani dai componenti della Struttura Tecnica Permanente, che culmina con l'adozione tramite delibera da parte del Direttore Generale.

6.2 PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

La presente relazione (e la relativa validazione da parte dell'OIV) costituisce il documento conclusivo del Ciclo di gestione della Performance. Vengono pertanto riportati in questo paragrafo i punti di forza e di debolezza dell'intero Ciclo.

A



6.2.1 PUNTI DI DEBOLEZZA

La tabella che segue mostra la tempistica ideale e normativa del ciclo della performance:

TEMPISTICHE	AZIONI	ATTORE	FASI
ENTRO 31/12 ANNO X	Emanazione Obiettivi Regionali e Atto di indirizzo strategico interno	Regione Autonoma della Sardegna e Comitato di Budget AOB (Direzioni Aziendali)	Ciclo di Programmazione e Controllo
31/1 ANNO X + 1	Proposta e approvazione del Piano della Performance	Direzione Strategica Aziendale	Adempimenti Decreto Legislativo n. 150/2009
31/1 ANNO X + 1	Proposta e approvazione del Piano Triennale della Trasparenza e di Prevenzione della Corruzione	Responsabile Aziendale Trasparenza e Prevenzione Corruzione	Adempimenti Trasparenza e Prevenzione Corruzione
31/1 ANNO X + 1	Attestazione obblighi di Trasparenza per anno X	OIV	Adempimenti Trasparenza e Prevenzione Corruzione
31/1 - 30/4 ANNO X + 1	Processo di negoziazione obiettivi di budget	Comitato di Budget, STP, Direzione Strategica Aziendale	Ciclo di Programmazione e Controllo
1/3 - 30/4 ANNO X + 1	Verifica obiettivi di struttura e individuali anno X, presentazione documento all'OIV	STP, OIV e Direzione Strategica	Ciclo di Programmazione e Controllo
1/4 - 31/5 ANNO X + 1	Chiusura processo di negoziazione Obiettivi di struttura e individuali anno X + 1	Comitato di Budget, STP, Direzione Strategica Aziendale, Direttori di Struttura	Ciclo di Programmazione e Controllo
30/4 ANNO X + 1	Approvazione Bilancio d'Esercizio anno X	SC Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione, Direzione Strategica Aziendale	Ciclo del Bilancio
30/6 ANNO X + 1	Proposta e approvazione Relazione sulla Performance anno X + 1	STP, OIV e Direzione Strategica	Adempimenti Decreto Legislativo n. 150/2009
1/9 - 31/10 ANNO X + 1	Verifica intermedia obiettivi di struttura ed eventuali rinegoziazioni anno X + 1, invio documentazione all'OIV	STP, Comitato di Budget, Direzione Strategica Aziendale, OIV	Ciclo di Programmazione e Controllo
30/9 ANNO X + 1	Validazione Relazione sulla Performance anno X + 1	OIV	Ciclo di Programmazione e Controllo
10/11 ANNO X + 1	Approvazione Bilancio Annuale e Pluriennale di Previsione anno X + 2	SC Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione, Direzione Strategica Aziendale	Ciclo del Bilancio
15/12 ANNO X + 1	Relazione annuale sull'attività di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione anno X + 1	Responsabile Aziendale Trasparenza e Prevenzione Corruzione	Adempimenti Trasparenza e Prevenzione Corruzione
31/12 ANNO X + 1	Piano Triennale della Formazione comprendente attività formativa anticorruzione per anno X + 2	SSD Formazione e Responsabile Aziendale Trasparenza e Prevenzione Corruzione	Adempimenti Trasparenza e Prevenzione Corruzione

- Lo schema sopra riportato rappresenta l'ideale situazione di un ciclo di performance integrato tra i vari soggetti coinvolti e coerente con il ciclo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio. In realtà per il ciclo della performance tali tempi vengono rispettati con difficoltà vuoi per la complessità insita in un'Azienda Ospedaliera, vuoi per coniugare il bilancio con gli obiettivi strategici o operativi, vuoi perché la RAS delibera con forte ritardo gli obiettivi annuali da assegnare ai Direttori delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, vuoi perché i dati di attività sanitaria non sono di immediata e tempestiva disponibilità. Ne consegue uno slittamento delle date previste.

- Difficoltà di coinvolgimento e collaborazione;



- Resistenza al cambiamento;
- Difficoltà a accettare la cultura del "rendere conto" (*accountability*).

6.2.2 PUNTI DI FORZA

- Chiara attribuzione delle responsabilità per ciascuna fase del Ciclo della Performance;
- Puntuale e attenta supervisione e coordinamento da parte delle Struttura Tecnica Permanente, SC Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione e SSD Controllo Performance Sanitarie e Sviluppo Strategico su tutte le fasi di definizione o aggiornamento del sistema;
- Costante coinvolgimento dei componenti dell'OIV nel promuovere la cultura della responsabilità e verifica dei risultati;
- Consapevolezza delle difficoltà economiche nazionali e regionali;
- Riorganizzazione dell'intera rete ospedaliera e territoriale sia a livello aziendale che regionale;
- Ottimo sviluppo della tecnologia informatica a supporto dei processi di regolazione della *Governance* e dei sistemi operativi-gestionali.



**ALLEGATO 1_TABELLA OBIETTIVI STRATEGICI**

	Articolazione dell'Obiettivo Strategico	Anno 2017
1	Identificare percorsi di presa in carico dei pazienti secondo la complessità clinico-assistenziale	1) Applicazione dei PDTA già deliberati ed organizzazione di Audit Clinici periodici 2) Predisposizione di percorsi specifici di presa in carico dei pazienti (es. tumorali, trapiantati, pediatrici)
2	Alte specialità chirurgiche: implementare le attività di alta complessità chirurgica in modo tale da soddisfare le domande e i bisogni (abbattere liste d'attesa)	Aumento delle attività chirurgiche di alta complessità: cardiocirurgia, chirurgia vascolare, chirurgia dei tumori (mammella, polmone, colon-retto, fegato, pancreas, utero e annessi), chirurgia bariatrica
3	Migliorare l'efficienza organizzativa delle sale operatorie sfruttando al meglio le potenzialità dell'azienda	1) Proseguimento nell'aumento delle attività chirurgiche nelle sale operatorie dei tre istituti ospedalieri 2) Perseguimento dell'aumento dell'efficienza nell'impiego delle sale operatorie.
4	Continuare lo sviluppo dell'informatizzazione aziendale, sia in ambito sanitario che amministrativo	1) Completamento della informatizzazione delle attività di utilizzo di Order Entry (richieste informatiche e refertazione per pazienti ricoverati), Cup Web, ricetta dematerializzata. 2) Implementazione utilizzo del SIO per le Liste d'attesa e per la gestione delle attività operatorie (programmazione liste operatorie, SOweb) secondo le nuove Linee Guida ministeriali. 3) Attivazione di procedure per il monitoraggio continuo delle attività e dei ricavi aziendali ai fini del rispetto del piano di rientro
5	Migliorare le performance aziendali rispetto agli obiettivi Regionali e al PNE	1) Miglioramento delle criticità di alcuni indicatori (Rapporto DRG chirurgici sul totale dei DRG). 2) Riduzione dei 108 DRG potenzialmente inappropriati. 3) Miglioramento dell'appropriatezza della codifica delle SDO con la formazione specifica del Personale Medico
6	Stimolare la sensibilità sui costi delle risorse utilizzate anche in funzione del nuovo contesto organizzativo	1)Assegnazione di obiettivi di budget economico in particolare con riferimento alla spesa farmaceutica per il mantenimento promozione del ricorso all'utilizzo dei farmaci biosimilari a minor costo terapia, razionalizzazione della prescrizione di farmaci oncologici ed oncoematologici ad alto costo, mantenimento costo medio terapia per paziente per pazienti affetti da sclerosi multipla. 2)Assegnazione di obiettivi con riferimento al recupero dei rimborsi dalle case farmaceutiche.
7	Attività amministrativa, informatica, tecnica e sanitaria amministrativa	1) Riconciliare trimestralmente la contabilità sezionale cespiti con la contabilità generale. 2) Implementare contabilità costi standard N.I.San: 3) Rispettare i termini di invio dei modelli LA, CE e SP all'Assessorato. 4) Monitorare i consumi dei prodotti farmaceutici. 5) Contabilizzazione dei lavori in corso - Riconciliare trimestralmente le scritture del mastro "Immobilizzazioni in corso". 6) Riconciliazione delle risultanze del libro cespiti con la contabilità generale - Inviare entro il 31/1/2017 alla SC Contabilità, Bilancio e controllo di gestione le risultanze, debitamente sottoscritte, del registro dei cespiti ammortizzabili per consentire la quadratura e se necessario correggerne eventuali differenze. 7) Elaborare i documenti di gara

**ALLEGATO 2_TABELLA DOCUMENTI DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE**

DOCUMENTO	DATA DI APPROVAZIONE	DATA DI PUBBLICAZIONE	LINK DOCUMENTO
Sistema Aziendale di Misura e Valutazione della Performance	Delibera n. 1501 del 1/10/2013	1/10/2013	http://www.aobrotzu.it/documenti/9_295_20140516130948.pdf
Piano della Performance 2017-2019	Deliberazione n.793 del 19/04/2017	19/4/2017	http://www.aobrotzu.it/documenti/9_204_20170420082548.pdf
Struttura Tecnica Permanente	Delibera n. 860 del 18/4/2018	18/4/2018	http://www.aobrotzu.it/documenti/9_414_20180423135345.pdf
Comitato di Budget	Delibera n. 861 del 18/4/2018	18/4/2018	http://www.aobrotzu.it/documenti/9_414_20180423134800.pdf
Fondi CCNL 2017-2018 Dirigenza Medica	Delibera n. 742 del 4/4/2018	4/4/2018	http://www.aobrotzu.it/documenti/9_414_20180409182505.pdf
Fondi CCNL 2017-2018 Dirigenza Sanitaria non Medica	Delibera n. 740 del 4/4/2018	4/4/2018	http://www.aobrotzu.it/documenti/9_414_20180920111025.pdf
Fondi CCNL 2017-2018 Dirigenza Amministrativa, Professionale e Tecnica	Delibera 739 del 4/4/2018	4/4/2017	http://www.aobrotzu.it/documenti/9_414_20180920111558.pdf
Fondi CCNL 2017-2018 Personale non dirigente del comparto Sanità	Delibera 245 del 8/2/2017	8/2/2017	http://www.aobrotzu.it/documenti/9_384_20170907100941.pdf
Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2018-2020	Delibera 734 del 28/3/2018	28/3/2018	http://www.aobrotzu.it/documenti/9_383_20180330092825.pdf

