REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda OspedalieraBrotzu

Deliberazione 793

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 19 APR. 2017

OGGETTO: Approvazione del Piano della performance 2017-2019.

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 19 APR. 2017 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

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

Su proposta della Direzione Strategica Aziendale:

VISTO il decreto legislativo n. 165/2001 e s.m.i.;

VISTO il decreto legislativo n. 150/2009 di "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";

CONSIDERATO che il sopra citato decreto n. 150/2009 reca una riforma organica della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 2 c. 2 del decreto legislativo n. 165/2001 e introduce, tra l'altro, disposizioni sulla misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;

VISTO in particolare l'art. 10 del decreto n. 150/2009 "Piano della performance e Relazione sulla performance";

VISTO l'art. 15 c. 2 del decreto n. 150/2009, secondo il quale il Direttore Generale definisce in collaborazione con i vertici amministrativi aziendali il Piano della performance;

VISTO altresì l'art. 16 c. 2 del decreto n. 150/2009, in base al quale le Regioni e gli enti locali adeguano i propri ordinamenti ai principi contenuti negli artt. 3, 4, 5 c. 2, 7, 9 e 15 c.1 del medesimo decreto;

VISTA la deliberazione della ex CiVIT n. 112/2010, con cui la Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle pubbliche amministrazioni ha fornito istruzioni operative per la predisposizione del documento programmatico che dà avvio al ciclo di gestione della performance;

CONSIDERATE le modifiche apportate al decreto n. 150/2009 dal decreto legislativo n. 141/2011 "Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, a norma dell'articolo 2, comma 3, della legge 4 marzo 2009, n. 15";

%

segue deliberazione n. 793 del 19 APR. 2017

VISTI i C.C.N.L. 17/10/2008 della Dirigenza Medica e della Dirigenza Sanitaria non medica, amministrativa, professionale e tecnica, e in particolare l'art. 5 c. 1 lett. e) riguardante la disciplina del "Coordinamento regionale" ai sensi del quale, ferma restando l'autonomia contrattuale delle aziende, nel rispetto dell'art. 40 del decreto legislativo n. 165/2001 le Regioni, previo confronto con le organizzazioni sindacali firmatarie degli stessi C.C.N.L., possono emanare linee generali di indirizzo, tra l'altro, nella materia relativa ai criteri generali dei sistemi e dei meccanismi di valutazione dei dirigenti;

VISTE pertanto le deliberazioni della Giunta Regionale n. 38/26 del 6/8/2009 "Linee di indirizzo della Regione Sardegna in applicazione dell'art. 5 del CCNL sottoscritto il 17.10.2008 per l'area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa Aziende ed Enti del S.S.N. e Arpas" e n. 38/27 del 6/8/2009 "Linee di indirizzo della Regione Sardegna in applicazione dell'art. 5 del CCNL sottoscritto il 17.10.2008 per l'area della Dirigenza Medico e Veterinaria Aziende ed Enti del S.S.N. e Arpas";

ACQUISITE le deliberazioni della Giunta Regionale n. 1/14 del 13/1/2015, n. 54/11 del 10/11/2015, n. 67/16 del 29/12/2015, n. 67/30 del 29/12/2015, n. 6/15 del 2/2/2016 e n. 16/1 del 31/3/2016;

SENTITO l'Organismo Indipendente di Valutazione, costituito con deliberazione n. 477/2014, giusto il parere OIV espresso nella seduta del 15/02/2017;

ATTESO che, al fine di assicurare la qualità, la comprensibilità e attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, ogni pubblica amministrazione ha l'obbligo di pubblicare sul proprio sito istituzionale il Piano stesso, come da art. 11 c. 8 del decreto legislativo n. 150/2009 e, da ultimo, come da decreto legislativo n. 33/2013;

ATTESO altresì che il Piano della performance dell'Azienda Ospedaliera Brotzu allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale è stato predisposto in applicazione delle disposizioni contenute nel decreto legislativo n. 150/2009, in coerenza con la delibera ex CiVIT n. 112/2010 nonché in coerenza con i contenuti del sistema aziendale di pianificazione ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;

VISTO che con deliberazione n. 1501/2013 si è proceduto all'adozione del documento per il "Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance";

RITENUTO necessario adottare il Piano della performance triennio 2017-2019 allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale, i cui obiettivi strategici sono declinati in obiettivi dipartimentali, specifici di struttura e individuali;

VISTA la legge regionale n. 10/2006;

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

DELIBERA

%

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda OspedalieraBrotzu

segue deliberazione n. 793 del 19 APR. 2017

Per le motivazioni espresse in premessa:

- di adottare il Piano della performance per il triennio 2017 - 2019, predisposto in conformità alle disposizioni normative richiamate in premessa e allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

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

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

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

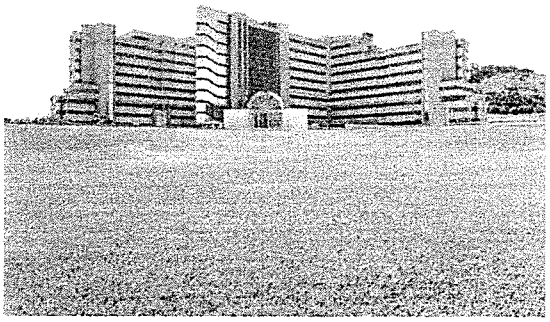
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dr.ssa Laura Balata

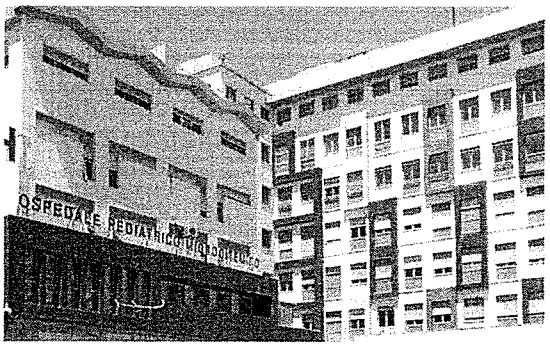
IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE
Dr.ssa Graziella Pintus

PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE

AO Brotzu





2017-2018-2019

STORIA DEL DOCUMENTO

EMISSIONE DEL DOCUMENTO

Azione	**Data**	**Estensore**	**Funzione**
Redazione		*Fabrizio Balloi*	*Coordinatore STP*
Verifica			
Rettifica/Integrazione			

REGISTRO DELLE VERSIONI

N. Ver/Rev/Bozza	**Data**	**Paragrafo**	**Modifiche apportate**	**Osservazioni**
1.0	*5/1/2017*	*/*	*Prima versione del documento*	*Invio al Resp. Programmazione Strategica*
1.1	*25/1/2017*	*3.4*	*Inserimento obiettivi Benessere Organizzativo e Customer Satisfaction*	*Suggerimento OIV*
1.2	*30/1/2017*	*/*	*Integrazione strategicità Trasparenza e Prevenzione Corruzione*	*Suggerimento Responsabile Prevenzione Corruzione*
1.3	*8/2/2017*	*3.4*	*Integrazione da parte dell'OIV*	
1.4	*15/2/2017*	-----	-----	*Approvazione OIV (Verbale n.2/2017)*

PRESENTAZIONE DEL PIANO

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

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

Tra le principali novità del PP 2017-2018-2019, nelle more dell'implementazione dell'atto aziendale (per cui si è in attesa delle linee guida da parte dell'Assessorato all'Igiene, Sanità e Assistenza sociale), vi sono gli atti inerenti la riorganizzazione della rete ospedaliera regionale (delibera Giunta Regionale n. 38/12 del 28/7/2015), anche a seguito dell'avvio con decorrenza 1/1/2017 dell'Azienda Tutela Salute (ATS, ossia il riposizionamento interno ed esterno dell'AOB nel contesto del sistema sanitario regionale, necessario a seguito dell'acquisizione del nuovo status di presidio ospedaliero di II livello nell'ambito dell'area territoriale SUD-EST e l'incorporazione degli stabilimenti ospeda-

lieri Businco e Cao, con particolare riferimento ai dipartimenti di Chirurgia oncologica, di Oncologia medica, di Radio oncologia e Pediatrico-prenatale.

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

Dr.ssa Graziella Pintus
Direttore Generale

INDICE

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

2 IDENTITA'..... pag. 16

3 ALBERO DELLA PERFORMANCE..... pag. 20

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

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

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

1.1 RIFERIMENTI LEGISLATIVI E DI INDIRIZZO METODOLOGICO

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

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

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

Il PP dell'AOB comprende:

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

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

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

1 - gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;

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

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

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

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche e alle strategie dell'amministrazione;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi. Per ogni indicatore viene dichiarata l'unità di misura, il Valore Storico dell'esercizio precedente, il Valore Minimo Accettabile (performance = 0%) ed il Valore Atteso (performance = 100%);
- riferibili ad un arco temporale determinato corrispondente ad un anno;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

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

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

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

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

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

1.2 Terminologia del PP

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

- ACCOUNTABILITY: il dover rendere conto del risultato di un'azione. Ha un significato diverso da *responsibility* che, invece, esprime il "dover agire". Essere *accountable* significa essere "trasparenti", assicurando che siano adottati sistemi che forniscono informazioni su una certa entità, in modo tale da permettere giudizi da parte degli *stakeholder*;
- APPROPRIATEZZA: attributo legato a un giudizio di coerenza circa la relazione che esiste tra l'oggetto della misurazione e lo strumento che si utilizza per misurare.
- AUDIT: in questo contesto si intende attività di controllo e monitoraggio, a valere su differenti oggetti di natura finanziaria, organizzativa, di processo, etc.;
- BENCHMARKING: il processo di confronto attraverso cui identificare, comprendere e importare, adattandole, buone pratiche sviluppate in altri contesti al fine di migliorare la *performance* organizzativa. Analisi di *benchmarking* possono essere effettuate relativa-

mente a strategie, processi, prodotti e servizi. Il '*benchmark*' è un punto di riferimento per finalità comparative o di misurazione;

- CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE: è il processo posto in essere per la definizione degli obiettivi e per i piani di attività ad essi legati, attraverso cui si provvede alla misurazione, valutazione e rendicontazione dei risultati alla fine del ciclo;
- MAPPA STRATEGICA: è una rappresentazione visuale della strategia di un'organizzazione nella quale sono evidenziate le relazioni causa - effetto che esistono tra gli obiettivi che descrivono la strategia lungo le prospettive che costituiscono l'architettura della mappa stessa;
- MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE: attività di riscontro degli scostamenti tra i singoli obiettivi prefissati e i conseguenti risultati raggiunti, rapportati a indicatori misurabili in termini quantitativi e/o economici ovvero riferiti a processi di qualità e/o impatti sui cittadini;
- OBIETTIVO: è la descrizione di un traguardo che l'organizzazione si prefigge di raggiungere per eseguire con successo i propri indirizzi; può essere strategico od operativo. L'obiettivo è espresso attraverso una descrizione sintetica e deve essere sempre misurabile, quantificabile e, possibilmente, condiviso. Non deve essere confuso con lo specifico valore desiderato in corrispondenza di un'attività o processo (vedi *target*).
- OUTCOME: impatto, risultato ultimo di un'azione. Nella misurazione della *performance* ci si riferisce agli *outcome* per indicare la conseguenza di un'attività o processo dal punto di vista dell'utente del servizio e, più in generale, degli *stakeholder*. Esempi di *outcome* sono: il miglioramento della qualità della vita, della salute dei cittadini, ecc.. Un *outcome* può riferirsi al risultato immediato di un servizio o di un intervento (ad es. riduzione della percentuale di fumatori), oppure allo stato finale raggiunto (ad es. la riduzione dell'incidenza dei tumore ai polmoni). Il rapporto tra l'utilizzo di un *input* e l'ottenimento di un *outcome* può essere rappresentato in termini di efficacia;
- OUTPUT: è il risultato che si ottiene immediatamente al termine di una attività o di un processo. Ogni attività può essere descritta in sistema con *input* consumati ed *output* ottenuti secondo la catena logica: *input* - attività - *output*. Quando l'*output* si lega all'*input* in termini finanziari, si esprime il concetto di economicità. Quando tale relazio-

ne non è espressa in termini finanziari, ma fisico-tecnici, si esprime il concetto di efficienza.

- PERFORMANCE: è il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita; pertanto il suo significato si lega strettamente all'esecuzione di un'azione, ai risultati della stessa e alle modalità di rappresentazione. Come tale, pertanto, si presta ad essere misurata e gestita;
- PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: è la performance ottenuta dall'Azienda nel suo complesso ovvero dalle singole Strutture Operative nelle quali si articola;
- PERFORMANCE INDIVIDUALE: è la performance ottenuta dai singoli individui o microgruppi di individui;
- PIANO DELLA PERFORMANCE: l'insieme degli obiettivi strategici ed operativi su cui si fonda l'attività dell'Azienda, approvato e revisionato annualmente;
- SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE: l'insieme dei criteri che fissano le metodologie da utilizzarsi, i vari steps ed il ruolo dei soggetti coinvolti nel processo di misurazione e valutazione della performance;
- STAKEHOLDER: è un qualsiasi individuo o gruppo di individui che possono influenzare o essere influenzati dall'ottenimento degli obiettivi da parte dell'organizzazione stessa. Gli *stakeholder* possono essere sia interni che esterni rispetto ai confini di ogni singola organizzazione e possono essere portatori di diritti e di interessi;
- TARGET: è il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere, ovvero il valore desiderato in corrispondenza di un'attività o processo. Tipicamente questo valore è espresso in termini quantitativi entro uno specifico intervallo temporale e può riferirsi a obiettivi sia strategici che operativi;
- VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE: attività di analisi e valutazione dei risultati ottenuti sulla base della misurazione della performance, delle aspettative e del grado di soddisfacimento dei bisogni di pazienti e cittadini.

Per un ulteriore approfondimento su terminologie e concetti legati alla performance si veda il Glossario in appendice.

1.3 Chi siamo

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

1.3.1 Presidio Ospedaliero San Michele

Sito in Cagliari, piazzale Ricchi n. 1. Inaugurato nel 1982, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8/04/1993 è stato riconosciuto Ospedale di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione. Di seguito con decreto del Presidente della giunta Regionale 29/07/1996 n. 168, è stato costituito in Azienda Ospedaliera Autonoma. L'ospedale è una struttura monoblocco che dispone di 560 posti letto, articolata su 14 piani, di cui 2 seminterrati, più un corpo separato che ospita ambulatori, con funzioni di DEA di II livello. Il presidio è circondato da ampi spazi verdi e numerosi posti auto. I servizi di trasporto pubblico sono adeguati alle necessità degli utenti.

1.3.2 Presidio Ospedaliero Businco

Sito in Cagliari, via Jenner n. 1. Inaugurato nel 1972, è una struttura monoblocco dotata di 190 posti letto, articolata su 11 piani più 3 corpi separati, con funzioni di hub regionale della rete delle malattie oncologiche.

1.3.3 Presidio Ospedaliero Cao

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

1.4 Cosa facciamo

Nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale (delibera G.R. n 38/12 del 28/7/2015) l'AOB è classificata come stabilimento di II livello, all'interno del quale sussiste un polo di riferimento regionale altamente specialistico così suddiviso: Cao (riferimento regionale per le patologie pediatriche), Businco (riferimento regionale per le patologie oncologiche) e San Michele (riferimento regionale per le emergenze e urgenze).

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

L'attività dell'AOB si sviluppa in prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di ricovero ordinario (in area medica e in area chirurgica), in elezione e da pronto soccorso, in regime di day surgery e day hospital nonché in prestazioni ambulatoriali e di day service.

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

- Emergenza-Urgenza.

  L'AOB è sede di Dipartimento di emergenza-urgenza ove è presente una superficie per Elisoccorso. Accoglie e risponde alle richieste sanitarie non programmabili che affluiscono al pronto soccorso in maniera non preordinata e con necessità di cure diverse. Riceve e tratta i pazienti con un grado di criticità elevato, orienta i ricoveri e/o le dimissioni con un primo step diagnostico. Per lo svolgimento di tale attività si avvale delle consulenze specialistiche dei professionisti presenti in Azienda, da quelle cliniche a quelle laboratoristiche e radiologiche.

Il Pronto Soccorso Pediatrico accoglie giornalmente più di 30 bambini con patologie internistiche. Entro il 2018 l'intera attività di emergenza-urgenza pediatrica, anche chirurgica, verrà svolta presso il presidio S. Michele.

- Patologia cardiaca.

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

- Patologia Urologica e Nefrologica.

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

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

- Attività chirurgica

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

- Patologia Neurologica.

  Nell'AOB sono presenti una SC di Neurologia con 12 posti letto di Stroke Unit per il trattamento degli ictus, una SC di Neurochirurgia e una SSD di Neuroriabilitazione che tratta i pazienti affetti da patologie neurologiche vascolari critiche nell'immediata post-acuzie.

- Patologia Oncologica.

  L'AOB è specializzata in patologie neoplastiche, per le quali lo stabilimento ospedaliero Businco è l'unico centro di riferimento sul territorio regionale.
- Patologie rare.

  L'AOB, presso lo stabilimento ospedaliero Cao, è punto di riferimento regionale per lo studio e la cura delle patologie correlate alla thalassemia e si colloca anche tra i principali centri europei per il contributo apportato alla diagnosi e cura delle malattie genetiche e di patologie rare.
- Dipartimento Servizi.

  L'AOB è sede di un Dipartimento Servizi ove sono presenti una SC di Radiologia (che affronta la diagnostica radiografica con apparecchiature ad alta tecnologia quali TAC, RMN, angiografi per la diagnostica interventistica ed ecografi ad altissima risoluzione), di Immunoematologia, di Laboratorio Analisi, di Anatomia Patologica e di Medicina Nucleare dotata di PET. E' presente inoltre la sede della Banca del Sangue Cordonale.

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

Le finalità di cui sopra si concretizzano nelle seguenti condotte:

- prendersi cura dei pazienti, rispondendo in modo adeguato e nel rispetto delle conoscenze elaborate dalla medicina ai loro bisogni di salute, ponendo attenzione alla centralità della persona e perseguendo l'umanizzazione nei rapporti interpersonali tra operatori sanitari e utenti-pazienti;
- prendersi cura di coloro che mettono la loro professionalità a servizio dell'Azienda, assicurando idonei percorsi formativi e di crescita professionale in relazione alle capacità di ognuno, nonché assicurando la tutela della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro;
- prendersi cura della legalità, assicurando che gli atti e i comportamenti posti in essere siano rispondenti alle disposizioni normative vigenti, sia a livello nazionale che a livello regionale;

- prendersi cura dei portatori di interessi (stakeholders), garantendo relazioni trasparenti, volte al confronto costruttivo e collaborativo con le istituzioni locali, le organizzazioni sindacali, le associazioni di volontariato esponenti di interessi diffusi, nel rispetto dei principi ispiratori di uguaglianza, imparzialità, efficacia ed efficienza.

1.5 Come operiamo

A partire dal 2000 è stato avviato il processo di dipartimentalizzazione dell'AOB, facendo convergere competenze ed esperienze scientifiche, tecniche e assistenziali, allo scopo di fornire al paziente una risposta diagnostico-terapeutica più completa, costruendo così l'organizzazione interna con un'attenzione sempre maggiore alle esigenze dei cittadini-utenti. Questo assetto organizzativo, inteso come aggregazione di Strutture (Complesse e Semplici/Semplici Dipartimentali) che conservano la propria autonomia e responsabilità, al contempo garantisce l'interdipendenza delle stesse al fine di raggiungere obiettivi comuni (anche in termini di performance e di utilizzo di risorse).

Le diverse Strutture afferenti a ciascun Dipartimento adottano codici di comportamento clinico-assistenziali concordati e condivisi, d'intesa con la Direzione Sanitaria, attraverso l'elaborazione di protocolli/percorsi finalizzati a ottenere una omogeneità di comportamento durante tutto il percorso assistenziale.

L'attività dell'AOB si concretizza nei tre stabilimenti ospedalieri attraverso le seguenti strutture dipartimentali:

- Cardio-toraco-vascolare (San Michele);
- Chirurgia (San Michele);
- Emergenza/Urgenza (San Michele);
- Chirurgia oncologica (Businco);
- Oncologia medica (Businco);
- Radio oncologia (Businco);
- Pediatrico e prenatale (Microcitemico);
- Medicina interna (San Michele);
- Patologia renale (San Michele);
- Funzionale trapianti (San Michele);
- Diagnostica per immagini;

- Servizi speciali diagnosi e cura;
- Amministrativo e tecnico.

Dal 1/1/2016 l'Azienda ha accresciuto ulteriormente le proprie attività e specialità con l'accorpamento dall'Azienda Ospedaliera Universitaria dei servizi di Neuropsichiatria Infantile e della I Clinica di Pediatria. Dal 1/1/2017 è stata trasferita presso il presidio S. Michele la SC di Chirurgia Pediatrica in precedenza afferente al presidio S.S. Trinità di Cagliari.

2 IDENTITA'

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

2.1 L'AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU IN CIFRE

Alcuni dati di attività dell'ultimo triennio.

ATTIVITA'	ANNO 2014	ANNO 2015
Numero posti letto ordinari	511	693
Numero ricoveri ordinari	19.527	22.962
Numero posti letto diurni	49	129
Numero ricoveri diurni	6.358	11.918
Numero totale ricoveri	25.885	34.880
Numero interventi chirurgici in ricovero ordinario	9.139	10.458
Numero interventi chirurgici in day surgery	4.166	5.364
Numero interventi chirurgici in day service	800	1.340
Numero trapianti	78	48
Numero prestazioni ambulatoriali SSN	740.862	1.040.894
Numero accessi al pronto soccorso adulti	37.676	38.882
Numero accessi al pronto soccorso pediatrico	12.894	12.227

NB: I dati 2015 e 2016 sono comprensivi dell'incorporazione dei presidi ospedalieri Businco e Cao.

2.2 MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE

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

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

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

Nel proprio impegno di programmazione l'AOB assume come riferimento le strategie e gli indirizzi definiti dal Ministero (Piano Sanitario Nazionale) e dalla Regione Autonoma della Sardegna (Piano Sanitario Regionale) e si pone come ulteriore obiettivo quello di coinvolgere positivamente e attivamente i cittadini, la comunità locale e tutti gli stakeholder potenzialmente interessati a conoscere l'Azienda e le sue attività.

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

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

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

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

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

Per queste finalità l'AOB si impegna a consolidare al proprio interno competenze professionali e scientifiche e risorse tecnologiche, integrandosi armonicamente con le altre strutture che nel contesto regionale, nazionale e internazionale operano negli specifici campi, in una logica di complementarietà di ruoli e di continuità assistenziale

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

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

Sul piano gestionale l'Azienda ha come costante punto di riferimento l'esigenza di coniugare gli obiettivi di salute e della ricerca con le risorse disponibili al fine di rendere

sostenibile, anche dal punto di vista economico, il proprio sistema organizzativo, attraverso strumenti quali:

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

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

2.3 POPOLAZIONE ASSISTIBILE

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

2.4 PERSONALE

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

PERSONALE	AL 31/12/2014	AL 31/12/2015	AL 31/12/2016
Numero dirigenti medici	425	629	709
Numero dirigenti sanitari non medici	25	61	57

Numero dirigenti amministrativi, professionali e tecnici	10	10	10
Numero di personale non dirigente	1.475	2.253	2.341
Costo del personale	99.709.000	127.437.000	NON DISPONIBILE

N.B.: per il 2015 e 2016 i dati si riferiscono agli stabilimenti Businco, Cao e San Michele

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

2.5 ORGANIZZAZIONE

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

3. ALBERO DELLA PERFORMANCE

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta, anche graficamente, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse).

La rappresentazione dello scenario di performance, e quindi l'albero stesso, non può prescindere dall'analisi del contesto di alta pianificazione strategica:

- Piano Sanitario Nazionale;
- Piano Sanitario Regionale;
- Piano Nazionale di Prevenzione;

nonché del contesto sanitario locale:

- criticità legate alla popolazione di riferimento;
- spesa sanitaria e finanziamento regionale;
- analisi comparativa dell'attività a livello regionale;
- delibera Giunta Regionale n. 38/12 del 28/7/2015 "Programma di riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna";
- delibera Giunta Regionale n. 54/11 del 10/11/2015 "Interventi per la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica";
- delibera Giunta Regionale n. 63/23 del 15/12/2015 "Disegno di legge concernente Ulteriore proroga del commissariamento di cui all'articolo 9 della legge regionale 17 no-

vembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale. Modifiche alle leggi regionali n. 23 del 2005, n. 10 del 2006 e n. 21 del 2012)";
- delibera Giunta Regionale n. 63/24 del 15/12/2015 "Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso. Attuazione dell'articolo 29, comma 3 della legge regionale 9 marzo 2015, n. 5.";
- delibera Giunta Regionale n. 67/16 del 29/12/2015 "Indirizzi strategici sull'appropriatezza ed efficacia dell'attività ospedaliera. Sistema regionale per il monitoraggio e controllo delle attività di ricovero";
- delibera Giunta Regionale n. 67/21 del 29/12/2015 "Attribuzione alle aziende sanitarie regionali delle risorse destinate al finanziamento indistinto della spesa sanitaria di parte corrente per l'esercizio 2015";
- delibera Giunta Regionale n. 67/30 del 29/12/2015 "Proroga incarico Commissari straordinari delle Aziende Sanitarie e aggiornamento degli obiettivi di mandato. Legge regionale 28 dicembre 2015, n. 36, art. 1";
- delibera Giunta Regionale n. 1/12 del 12/1/2016 "Linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale";
- delibera Giunta Regionale n. 6/15 del 2/2/2016 "Proposta di ridefinizione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna".

Partendo da quanto sopra riportato, dal mandato istituzionale/Mission dell'AOB e in considerazione della mole di attività svolte e ancora da svolgere a seguito dell'incorporazione dei nuovi stabilimenti ospedalieri (le quali lasciano poco spazio a ulteriori margini di manovra), sono state individuate tre macroaree strategiche di intervento per il triennio 2017-2019, di seguito rappresentate, che si caratterizzano per essere trasversali alle unità organizzative aziendali.

A - AREA STRATEGICA DI GOVERNO CLINICO	**EFFETTI ECONOMICI**
MACRO OBIETTIVI STRATEGICI	
Rete ospedaliera e laboratoristica con obiettivi di: - sviluppo dei rapporti con gli altri soggetti del ter-	Trattandosi di attività orientata prevalentemente su miglioramenti organizzativi interni e dei rapporti esterni,

ritorio per la gestione di pazienti attraverso percorsi condivisi -riorganizzazione (adeguamento posti letto e adozione Atto Aziendale) e di integrazione con gli stabilimenti Businco e Cao nonché con l'ATS (hub e spoke) - redazione del piano di settore rischio Clinico - Aumento di servizi assistenziali (Efficienza sale operatorie e attività ambulatoriale)	le azioni legate al perseguimento di questo obiettivo non comporteranno aumenti nei costi aziendali ma a parità di costi una maggiore qualità dell'assistenza. Inoltre la razionalizzazione della attività doppie (Anatomia Patologica, Medicina Nucleare, Chirurgia della Mammella, Radiologia e Laboratorio Analisi) comporterà una riduzione nel costo del personale sia dirigenziale che del comparto cui contribuirà la riconversione verso strutture territoriali di attività quali diabetologia, centro dismetabolico etc;
Trapianti, donazione di organi e sangue con obiettivi di: - utilizzazione dei percorsi già definiti - promozione dell'attività di donazione - redazione del piano del buon uso del sangue e relativo monitoraggio - graduale trasferimento all'Areus	Le azioni per il raggiungimento di questo obiettivo potrebbe portare ad un irrilevante (rispetto al valore della produzione) aumento dei costi con riferimento all'attività di promozione dell'attività di donazione che potrebbe neutralizzarsi con il ricorso a finanziamenti privati o donazioni. Anche su questa area comunque si prevedono costi in calo soprattutto sul buon utilizzo del sangue
Qualità ed esito delle cure, appropriatezza con obiettivi di: - Miglioramento delle performance aziendali - Umanizzazione delle cure - Implementazione dei percorsi assistenziali - Miglioramento del sistema di emergenza - urgenza	Trattandosi di attività orientata prevalentemente su miglioramenti organizzativi interni e dei rapporti esterni, le azioni legate al perseguimento di questo obiettivo non comporteranno aumenti nei costi aziendali ma a parità di costi una maggiore qualità dell'assistenza.

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

e dei referti nonché dell'utilizzo di tutti i software aziendali finalizzati alla circolazione delle informazioni e alla rilevazione dei dati clinici/economici	

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

ALBERO DELLA PERFORMANCE 2017-2018-2019		
A – GOVERNO CLINICO	**B – GOVERNO DEI PROCESSI**	**C – GOVERNO ECONOMICO**
A.1 Rete ospedaliera e laboratoristica	B.1 Governance	C.1 Controlli
A.2 Trapianti, donazione d'organi e sangue	B.2 Legalità e trasparenza	C.2 Personale
A.3 Qualità e appropriatezza	B.3 Informatizzazione	C.3 Spesa farmaceutica

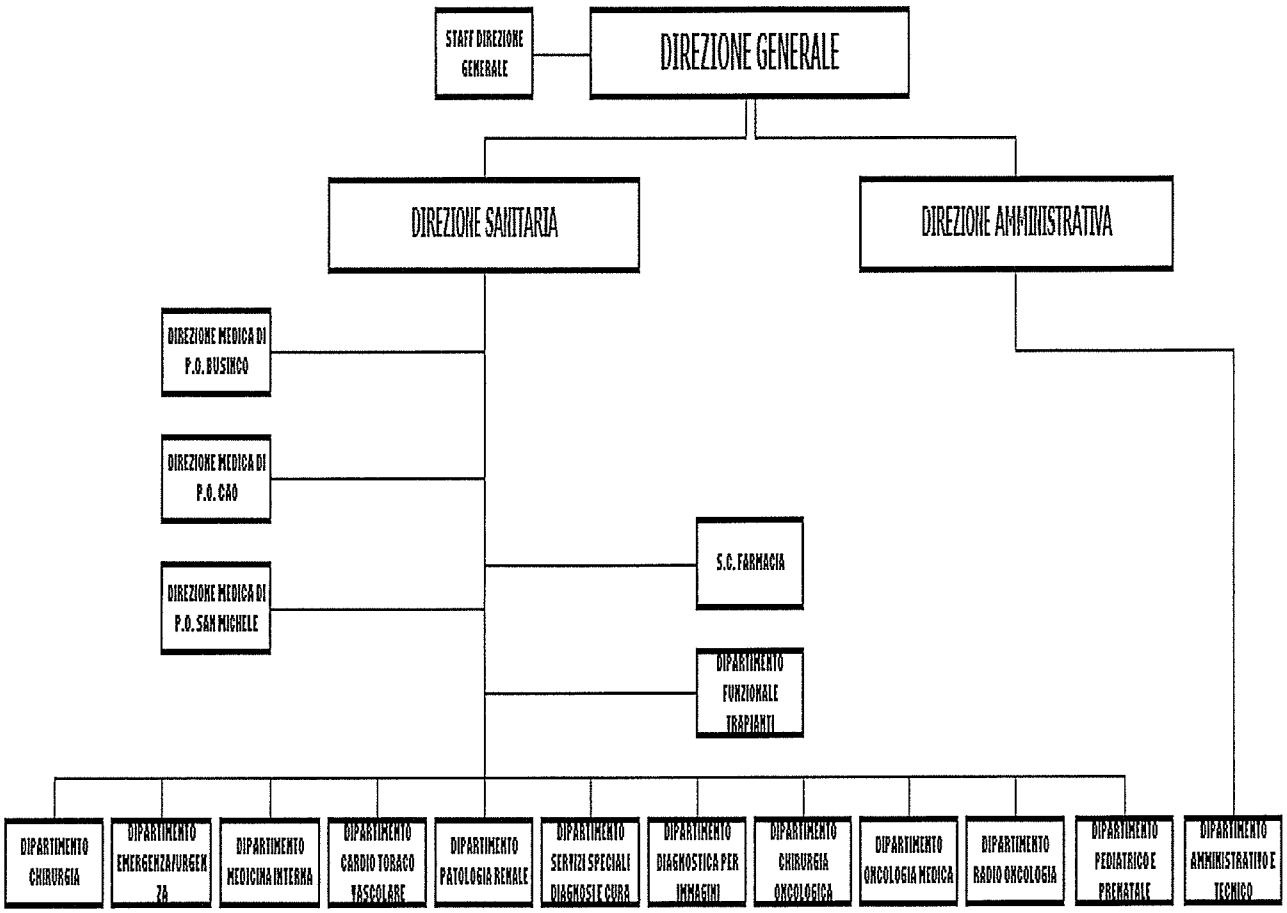
3.1 ANALISI DEL CONTESTO

La presente sezione del PP è finalizzata a rappresentare in modo chiaro e di rapida consultazione l'analisi dell'AOB, sia in merito all'assetto organizzativo, all'assetto economico e tecnologico nonché alle consistenze del personale (contesto interno), sia all'ambito territoriale di competenza, con attenzione agli stakeholder di riferimento e

ai soggetti con cui l'Amministrazione interagisce (ambiente esterno); tutto ciò al fine di evidenziare al meglio l'esistenza del "legame" sussistente tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le strategie, gli obiettivi e gli indicatori dell'Azienda.

3.1.1 Contesto interno

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



I Dipartimenti sono così articolati:

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

- Dipartimento Oncologia Medica: SC Cardiologia; SC Ematologia e CTMO; SC Oncologia Medica; SC Melanoma e Patologie Rare; SC Patologia Mammella; SSD Apparato Gastroenterico; SSD Apparato Toraco Polmonare; SSD Apparato Urogenitale; SSD Patologia Encefalo, Capo e Collo.
- Dipartimento Radio Oncologia: SC Fisica Sanitaria; SC Medicina Nucleare; SC Radioterapia; SC Radioterapia Sperimentale; SC Radiologia Oncologica.
- Dipartimento Pediatrico e Malattie Rare: SC Clinica Pediatrica; SC Clinica Pediatrica per Talassemie e Patologie Complesse; SC Chirurgia Pediatrica; SC Ginecologia e Diagnosi Prenatale; SC Oncoematologia Pediatrica; SC Neuropsichiatria Infantile; SSD Anestesia Pediatrica; SSD Cardiologia Pediatrica; SSD Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica; SSD Neurologia ed Epilettologia Pediatrica; SSD CTMO Pediatrico; SSD Laboratorio Genetica-Genomica; SSD Radiologia Pediatrica, Centro Screening Neonatale.

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

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

Sono di seguito riportate le performance conseguite nel triennio 2013-2014-2015, validate dall'OIV e adottate dalla Direzione Generale con deliberazioni n. 2003/2014, n. 1337/2015 e n. 2137/2016.

PERFORMANCE 2013-2014-2015			
DIREZIONE			
STRUTTURA / SERVIZIO / UFFICIO	**PERFORMANCE 2015**	**PERFORMANCE 2014**	**PERFORMANCE 2013**
STAFF DIREZIONE GENERALE			

S. C. CONTROLLO DI GESTIONE	95,00%	76,67%	
S. S. MEDICO COMPETENTE	90,53%		
SERVIZIO INFORMATIVO	100%	95,00%	
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	72,36%		
SERVIZIO PROGRAMMAZIONE STRATEGICA E DI INDIRIZZO	100%	100%	91,25%
UFFICIO FORMAZIONE	83,03%		
DIREZIONE SANITARIA			
S. C. FARMACIA	59,53%	95,00%	89,80%

PRESIDIO S. MICHELE

STRUTTURA / SERVIZIO / UFFICIO	PERFORMANCE 2015	PERFORMANCE 2014	PERFORMANCE 2013
S. C. DIREZIONE MEDICA STABILIMENTO S. MICHELE	92,00%	100%	90,00%
DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE	**79,23%**	**83,24%**	**76,12%**
S. C. CARDIOLOGIA E UTIC	63,28%	81,55%	80,27%
S. C. CARDIOCHIRURGIA	69,18%	91,58%	78,74%
S. C. CARDIOANESTESIA	69,45%	77,60%	63,61%
S. C. EMODINAMICA	81,53%	80,82%	71,26%
S. C. CHIRURGIA VASCOLARE E TORACICA	71,14%	48,48%	69,44%
S. C. CARDIOLOGIA PEDIATRICA	100%	67,66%	71,44%
S. S. D. CONSULENZA E VALUTAZIONE CARDIOLOGICA AMBULATORIALE	100%	100%	
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA	**79,49%**	**82,94%**	**91,99%**
S. C. CHIRURGIA GENERALE	69,32%	78,02%	81,41%
S. C. CHIRURGIA PLASTICA	55,72%	65,65%	88,87%
S. C. GASTROENTEROLOGIA	87,88%	79,91%	93,01%
S. C. NEUROCHIRURGIA	59,32%	85,97%	75,73%
S. C. OCULISTICA	70,82%	61,05%	86,57%
S. C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	66,39%	63,81%	78,56%
S. S. D. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	94,58%	84,59%	85,37%
S. S. D. ENDOSCOPIA DIGESTIVA	92,31%	81,48%	68,46%
S. S. D. GINECOLOGIA DISFUNZIONALE ED ENDOSCOPICA	90,00%	87,16%	89,00%
S. S. D. GASTROENTEROLOGIA APPLICATA AI TRAPIANTI	90,42%		
S. S. D. NEONATOLOGIA	94,76%	85,83%	100%
S. S. D. PATOLOGIA TERZA ETA' E CHIRURGIA PAVIMENTO PELVICO	79,65%	83,50%	88,20%
S. S. D. SENOLOGIA	82,22%	84,82%	96,28%
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA	**72,78%**	**77,22%**	**73,26%**
S. C. ANESTESIA	84,80%	72,95%	78,43%
S. C. CHIRURGIA D'URGENZA	52,38%	80,87%	71,00%
S. C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	68,35%	78,82%	91,94%
S. C. PRONTO SOCCORSO E OBI	80,02%	81,19%	93,65%
S. C. RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	78,33%	93,97%	69,44%
DIPARTIMENTO INTERNISTICO	**82,02%**	**91,75%**	**90,61%**
S. C. CENTRO PER IL TRATTAMENTO DELLE COMPLICANZE DEL DIABETE	71,78%	80,00%	83,62%
S. C. MEDICINA I	86,74%	79,64%	88,65%
S. C. MEDICINA II	84,67%	87,62%	92,58%
S. C. NEUROLOGIA E STROKE UNIT	92,33%	75,92%	91,29%
S. C. PEDIATRIA	78,83%	79,60%	96,84%
S. S. D. CENTRO DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO	70,23%	86,93%	89,40%
S. S. D. CENTRO MALATTIE DISMETABOLICHE	90,00%	79,94%	95,02%
S. S. D. NEURORIABILITAZIONE	81,61%	88,60%	89,77%

DIPARTIMENTO PATOLOGIA RENALE	**81,72%**	**73,08%**	**90,57%**
S. C. NEFROLOGIA E DIALISI	65,28%	82,21%	86,18%
S. C. UROLOGIA	69,14%	57,17%	96,05%
S. S. D. TRAPIANTO RENALE	93,27%	83,04%	96,00%
S. S. D. DAY HOSPITAL UROLOGICO	99,20%	88,38%	93,65%
DIPARTIMENTO SERVIZI	**94,98%**	**69,55%**	**75,01%**
S. C. ANATOMIA PATOLOGICA	88,33%	92,71%	95,48%
S. C. IMMUNOEMATOLOGIA E CENTRO TRASFUSIONALE	99,00%	93,88%	96,72%
S. C. MEDICINA DI LABORATORIO	94,00%	51,23%	78,16%
S. C. FISIOTERAPIA E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	100%	90,10%	81,24%
S. S. D. CARDIORIABILITAZIONE	88,56%	87,39%	87,35%
S. S. D. IMMUNOLOGIA TRAPIANTI	100%		
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	**86,17%**		
S. C. RADIOLOGIA	70,00%	88,51%	90,94%
S. C. MEDICINA NUCLEARE	88,97%	87,85%	91,67%
S. S. D. SERVIZIO QUALITA' IN RADIODINAMICA E LABORATORIO VITRO	99,53%	100%	96,24%
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO	**95,40%**	**87,64%**	**93,03%**
S. C. ACQUISTI BENI E SERVIZI	96,10%	80,24%	91,48%
S. C. SERVIZIO AFFARI GENERALI	92,50%	95,00%	92,22%
S. C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO	98,76%	79,74%	93,25%
S. C. SERVIZIO MANUTENZIONI	97,67%	93,19%	95,00%
S. C. SERVIZIO PERSONALE	92,67%	90,01%	93,21%
S.S.D. SERVIZIO TECNICO	94,67%		

PRESIDIO BUSINCO

STRUTTURA / SERVIZIO / UFFICIO	PERFORMANCE 2015	PERFORMANCE 2014	PERFORMANCE 2013
S. C. ANATOMIA PATOLOGICA	62,62%		
S. C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	73,33%		
S. C. CARDIOLOGIA	73,66%		
S. C. CHIRURGIA SPERIMENTALE	79,94%		
S. C. CHIRURGIA TORACICA	74,00%		
S. C. DERMATOLOGIA	77,00%		
S. C. DIREZIONE MEDICA STABILIMENTO BUSINCO	92,00%		
S. C. EMATOLOGIA	62,00%		
S. C. FISICA SANITARIA	82,00%		
S. C. GINECOLOGIA ONCOLOGICA	52,00%		
S. C. LABORATORIO ANALISI	100%		
S. C. MEDICINA NUCLEARE	92,00%		
S. C. ONCOLOGIA CHIRURGICA	81,21%		
S. C. ONCOLOGIA MEDICA	59,00%		
S. C. RADIOLOGIA ONCOLOGICA	62,00%		
S. C. RADIOTERAPIA	62,00%		
S. C. RADIOTERAPIA SPERIMENTALE	92,00%		
S. S. D. TERAPIA DEL DOLORE	62,00%		

PRESIDIO CAO

STRUTTURA / SERVIZIO / UFFICIO	PERFORMANCE 2015	PERFORMANCE 2014	PERFORMANCE 2013
S. S. D. CARDIOLOGIA PEDIATRICA	62,00%		
S. C. CLINICA PEDIATRICA II	64,22%		
S. C. DIREZIONE MEDICA STABILIMENTO CAO	87,00%		

S. S. D. ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	62,00%		
S. C. GINECOLOGIA E DIAGNOSI PRENATALE	87,00%		
S. C. ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	87,00%		

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

3.1.2 Fattori endogeni

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

L'incorporazione degli stabilimenti ospedalieri Businco e Cao rappresenta ancora il principale fattore endogeno anche per il triennio 2017-2018-2019. Tale evento impone lo sviluppo di attitudini al cambiamento sia dal punto di vista strategico che organizzativo e necessita di un adeguato riposizionamento dell'AOB nel "mercato" sanitario.

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

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

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

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

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

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

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

- abnegazione, senso di responsabilità e del sacrificio da parte di uno "zoccolo duro" di dipendenti (sia sanitari che amministrativi e tecnici);
- polo ospedaliero ad alta concentrazione tecnologica;
- presenza di eliporto per le emergenze.

3.1.3 Ambiente Esterno

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

L'Azienda, pur operando in un contesto regionale a scarsa densità abitativa, serve un bacino teorico di 600.000 abitanti per quanto riguarda l'attività di emergenza/urgenza e l'intera popolazione regionale con riferimento alle patologie oncologiche e pediatriche. Si evidenzia una forte discontinuità territoriale (tempi di percorrenza) e infrastrutturale (bassa equità), nonché una disomogenea concentrazione dei servizi assistenziali di rango elevato. Ciò costituisce una complicanza ai fini di un efficiente governo della domanda, anche perché, malgrado la forte cultura "ospedale-centrica" della popolazione, va rilevato che gli utenti manifestano una forte propensione alla mobilità infraregionale per accedere a soglie assistenziali ritenute di qualità superiore. Da qui la propensione alla scelta dell'AOB, evidentemente percepita come struttura assistenziale di alto rango, e i conseguenti problemi in ordine alla gestione delle liste e dei tempi di attesa delle prestazioni chirurgiche e ambulatoriali anche di non elevata complessità.

La riorganizzazione della rete ospedaliera secondo il principio a rete dell'HUB & SPOKE dovrebbe limitare gli accessi in AOB ai soli casi di alta complessità di diagnosi e cura, attraverso la presa in carico del paziente senza interruzione tra il presidio di II livello e la "periferia", oltre ad una completa integrazione dei professionisti che lavorano in rete nelle diverse strutture del Servizio Sanitario Regionale, con una definizione di protocolli condivisi tra operatori sanitari anche afferenti a diversi livelli di erogazione delle cure

(presidi di II livello, presidi di I livello, ospedali di base, medici di medicina generale ecc.). Da qui la necessità di integrazione delle strutture e attività dell'AOB con i diversi attori della nuova organizzazione sanitaria regionale. Fondamentale nel percorso di riorganizzazione è infatti la ridefinizione dell'accesso appropriato alla struttura ospedaliera, che deve sempre rappresentare il livello di più elevata complessità di diagnosi, cura e assistenza.

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

- a livello dei nodi occorre cambiare le regole che sottendono le relazioni tra le parti interessate superando l'attuale separatezza tra unità di cura;
- a livello delle maglie che collegano i nodi bisogna passare dalla erogazione della singola prestazione alla strutturazione di una catena di eventi assistenziali tra di loro coordinati (governo del processo) superando le criticità delle interfacce;
- agire in rete significa assumere il concetto di "co-produzione" dei servizi tra le parti interessate, attraverso la "compliance all'accordo", il negare e superare la competizione fra le singole unità produttive della rete perseguendo la cooperazione, secondo i diversi livelli di complessità di intervento attribuita.

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

La molteplicità ed eterogeneità delle esigenze da accogliere e soddisfare rendono il quadro di sistema particolarmente complesso e difficilmente governabile, richiedendo una appropriata attività di programmazione e controllo aziendale. A ciò, come detto, si

aggiunge il processo di riforma del Sistema Sanitario Regionale, che ha preso avvio con la Legge Regionale n. 3/2009 ma deve ancora trovare compimento ordinamentale e strutturale.

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

- una rete eccedente lo standard nazionale, con diversi presidi con meno di 120 posti letto (standard minimo nazionale);
- la conseguente sovra-dotazione di personale, in particolare medico;
- un tasso di ospedalizzazione elevato, in larga parte correlato all'eccesso di offerta (infatti le ASL con basso tasso di ospedalizzazione sono quelle con minore dotazione di posti letto);
- inappropriatezza nel sistema di risposta ai bisogni sanitari: troppi ricoveri ripetuti, ricoveri medici con finalità diagnostiche, ricoveri per patologie trattabili domiciliarmente, ricoveri medici in reparti chirurgici;
- inefficienza organizzativa: degenza media dei DRG chirurgici, totale e preoperatoria, elevata, ricoveri ordinari in luogo di diurni;
- un costo ospedaliero dei farmaci molto elevato.

Specularmente l'assistenza territoriale presenta evidenti lacune:

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

Dall'analisi dell'ambiente esterno si evidenziano le seguenti opportunità:

- riorganizzazione del personale e delle strutture a seguito dell'accorpamento dei presidi ospedalieri Businco e Microcitemico;
- valorizzazione delle eccellenze;
- accesso a finanziamenti regionali;
- innovazione del sistema organizzativo;

- miglioramento della performance e qualità dell'offerta sanitaria;
- sviluppo delle reti e dei percorsi assistenziali coerentemente con i bisogni del cittadino/utente;
- innovazione di condotte organizzative gestionali finalizzate a nuovi processi di valutazione.

Dall'analisi dell'ambiente esterno si evidenziano le seguenti minacce:

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

3.1.4 Analisi SWOT

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

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA

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

3.2 INDIVIDUAZIONE DEGLI OUTCOME

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

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

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

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

3.3 OBIETTIVI STRATEGICI

MANDATO ISTITUZIONALE E MISSION

Soddisfare i bisogni di cure intensive di alta specialità in regime di ricovero e non, secondo le

aspettative dei cittadini e gestendo le risorse con efficienza, efficacia ed economicità		
A – GOVERNO CLINICO	**B – GOVERNO DEI PROCESSI**	**C – GOVERNO ECONOMICO**
A.1 Rete ospedaliera e laboratoristica	B.1 Governance	C.1 Controlli
A.2 Trapianti, donazione d'organi e sangue	B.2 Legalità e trasparenza	C.2 Personale
A.3 Qualità e appropriatezza	B.3 Informatizzazione	C.3 Spesa farmaceutica

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

A – OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE				
OBIETTIVO A.1 RETE OSPEDALIERA E LABORATORISTICA				
	INDICATORI	**2017**	**2018**	**2019**
A.1.1	Aderire e partecipare alla costituzione di percorsi clinico assistenziali: % di presenze	**100%**	**100%**	**100%**
A.1.2	Analisi sui tassi di occupazione dei posti letto del periodo 2015 – 2016 entro il 30/4/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
OBIETTIVO A.2 TRAPIANTI, DONAZIONE D'ORGANI E SANGUE				
	INDICATORI	**2016**	**2017**	**2018**
A.2.1	Vigilanza sull'applicazione dei PCA Trapianti: N. audit	**3**	**3**	**3**
A.2.2	Promozione della donazione organi: N. azioni di promozione	**6**	**6**	**6**
A.2.3	Accompagnamento al trapianto/donazione: N. pazienti/familiari sottoposti a colloquio preliminare / N. totale pazienti trapiantati (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
OBIETTIVO A.3 QUALITA' E APPROPRIATEZZA				
	INDICATORI	**2017**	**2018**	**2019**
A.3.1	Valutazione appropriatezza cartelle cliniche: N. totale cartelle inappropriate / N. totale cartelle campionate (x 100)	**0%**	**0%**	**0%**
A.3.2	Valutazione strategie controllo del dolore: N. schede rilevazione dolore / N. totale cartelle campionate (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
A.3.3	Riduzione inappropriatezza organizzativa: N. DH diagnostici (N. assoluto)	**Da definire**	**Da definire**	**Da definire**
A.3.4	Liste d'attesa informatizzate dei ricoveri programmati: % inserimento dei ricoveri programmati in lista d'attesa informatica	**100%**	**100%**	**100%**
A.3.5	Attività ambulatoriale ALPI informatizzata: % inserimento prestazioni informatiche	**100%**	**100%**	**100%**
A.3.6	% SDO non validate rispetto alle scadenze stabilite	**0%**	**0%**	**0%**
A.3.7	Riduzione inappropriatezza organizzativa: N. DRG medici brevi (0-2 gg) / N. totale DRG medici (x 100)	**Da definire**	**Da definire**	**Da definire**
A.3.8	Valutazione e analisi dell'inappropriatezza delle codifiche SDO: Step 1) Analisi delle determinanti dell'inappropriatezza = 0% - 33,33%; Step 2) Individuazione delle azioni correttive = 33,34% - 66,66%; Step 3) Relazione finale = 66,67% - 100%	**Step 3**	**Step3**	**Step3**
A.3.9	Monitoraggio degli indicatori del Piano Nazionale Esiti: N. verifiche effettuate nell'anno	**2**	**2**	**2**
A.3.10	Monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) attraverso gli outliers: N. reparti per cui si sono calcolati outliers con presenza di infezioni	**15**	**15**	**15**

A.3.11	Customer Satisfaction e Rendicontazione sociale	**Identificazione Stakeholders e dati**	**30/6/2018 prima pubblicazione bilancio sociale**	**Mantenimento del sistema**

B – OBIETTIVI DI GOVERNO DEI PROCESSI

OBIETTIVO B.1 GOVERNANCE

	INDICATORI	**2017**	**2018**	**2019**
B.1.1	Mantenere l'attività	**VEDI SCHEDE**	**VEDI SCHEDE**	**VEDI SCHEDE**
B.1.2	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA): N. verbali del Comitato Infezioni Ospedaliere	**4**	**4**	**4**
B.1.3	Monitoraggio degli eventi sentinella 2015 come da 5° Monitoraggio del Ministero della salute entro il 31/12/2017 (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2353_allegato.pdf): N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.1.4	Ospedale senza dolore: N. strutture complesse e semplici dipartimentali monitorate / N. totale strutture da monitorare (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.5	Monitoraggio della documentazione sanitaria: N. cartelle cliniche verificate e verbalizzate / N. totale ricoveri ordinari (x 100)	**5%**	**5%**	**5%**
B.1.6	Divulgazione del Piano Emergenza: N. strutture coinvolte / N. strutture totali X (100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.7	Monitoraggio degli ambienti di lavoro: N. di sopralluoghi effettuati	**20**	**20**	**20**
B.1.8	Attività di prevenzione e controllo: N. visite preventive su neo assunti o su richiesta dei dipendenti / N. totale dipendenti neo assunti e richieste (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.9	Attività di prevenzione e controllo: N. visite di controllo / N. totale dipendenti (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.10	Analisi dei bisogni formativi per l'anno 2017 entro il 30/11/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.1.11	Redazione della proposta di progetto formativo aziendale 2018 entro il 30/11/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B1.12	Mantenimento dell'accreditamento standard per l'anno 2018: N. documenti e atti prodotti / N. documenti richiesti per il mantenimento dello standard (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.13	Attuazione del piano formativo aziendale 2017: N. proposte dei Direttori di corso / N. eventi realizzati (x 100)	**90%**	**90%**	**90%**
B.1.14	Coordinamento dei tirocini: N. tirocinanti coordinati / N. tirocinanti (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.15	Progetto di formazione prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze: N. dipendenti formati / N. dipendenti da formare come da progetto (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.16	Tenuta delle riunioni periodiche di cui all'art. 35 del DLgs n. 81/2008: N. riunioni convocate	**5**	**7**	**10**
B.1.17	Cura delle informazioni da fornire ai lavoratori ai sensi dell'art. 36 del DLgs n. 81/2008: N. comunicazioni informative	**4**	**6**	**8**
B.1.18	Riorganizzazione degli spazi ambulatoriali per l'ALPI: N. dirigenti medici ALPI operativi nel corpo separato / N. totale dirigenti medici ALPI (x 100)	**20%**	**40%**	**60%**
B.1.19	Procedura di individuazione cespiti sulla base delle fonti di finanziamento - Alimentazione del segmento di chiave contabile "Fonti di finanziamento" all'atto della registrazione del cespite: Media intervalli temporali (giorni)	**0**	**0**	**0**
B.1.20	Procedura di individuazione cespiti sulla base delle fonti di finanziamento - Elaborazione e verifica report trimestrale "Fonti di finanziamento": N. Reports predisposti	**4**	**4**	**4**
B.1.21	Procedura di individuazione cespiti sulla base delle fonti di finanziamento - Riconciliazione della contabilizzazione delle "Fonti di finanziamento": Scostamento tra valori contabilità sezionale cespiti e contabilità generale	**0%**	**0%**	**0%**
B.1.22	Procedura di individuazione cespiti sulla base delle fonti di finanziamento - Attestazione relativa alla "Fonte di finanziamento" all'atto della predisposizione del provvedimento di liquidazione: N. provvedimenti con attestazione "Fonte di Finanziamento" / N. atti liquidazione cespiti (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.23	Predisposizione della proposta di adozione dell'atto deliberativo attestante le risultanze dell'inventario entro il 30/6/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.1.24	Contabilizzazione dei lavori in corso - Elaborazione report trimestrale sullo stato di avanzamento dei lavori in corso	**4**	**4**	**4**
B.1.25	Contabilizzazione dei lavori in corso - Riconciliazione trimestrale delle scritture del mastro "Immobilizzazioni in corso" con il report della SC Manutenzioni: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.1.26	Redazione di un inventario fisico straordinario entro il 30/6/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	**0**	**0**	**0**

B.1.27	Riconciliazione della contabilità sezionale cespiti con la contabilità generale a seguito dell'inventario fisico straordinario (scostamento tra valori contabilità sezionale cespiti e contabilità generale = € 0,00) entro il 30/6/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.1.28	Direzione lavori appalto impianto solare integrato: Step 3, Step 4 e Step 5	Step 5		
B.1.29	Contestuale caricamento delle bolle dei beni sanitari alla consegna al reparto: N. bolle caricate il giorno della consegna / N. bolle totali (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.30	Attuare il Piano triennale lavori pubblici: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.1.31	Aggiornare tempestivamente l'inventario dei cespiti entro 15 giorni dall'acquisizione del bene: Media degli intervalli temporali (giorni) tra la consegna del cespite e il suo inserimento nel sistema informatico (inventariazione)	**15**	**15**	**15**
B.1.32	Riconciliazione della contabilità sezionale cespiti con la contabilità generale nei termini della presentazione del bilancio 2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.1.33	APQ Sanità Cabina elettrica - Avvio dei lavori entro il 30/11/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.1.34	APQ Sanità Locali spogliatoio personale infermieristico - Avvio dei lavori entro il 30/11/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.1.35	APQ Sanità Rifacimento bagni degenze - Avvio dei lavori entro il 30/11/2016: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.1.36	Implementazione dei processi organizzativi inerenti l'oncologia: N. azioni predisposte	**2**	**2**	**2**
B.1.37	Incentivare la partecipazione e l'implementazione dei PCA (Luiss): N. incontri effettuati	**6**		
B.1.38	Incentivare la partecipazione e l'implementazione dei PCA (Luiss): N. partecipanti agli incontri / N. totale dipendenti coinvolti (x 100)	**80%**		
B.1.39	Azioni volte al rispetto delle scadenze di chiusura SDO: N. SDO aperte alla scadenze / N. SDO totali (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.40	Divulgazione dei processi di ricovero ai reparti ai fini della standardizzazione degli stessi: N. incontri	**3**	**3**	**3**
B.1.41	Registrazione informatica dei dipendenti sottoposti a controllo nell'anno in corso: N. dipendenti registrati / N. dipendenti sottoposti a controllo (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.42	Adeguamenti alla normativa antincendio di cui al D.M. 3/8/2015: N. interventi effettuati / N. interventi previsti dal D.M. (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.43	Consulenza, su richiesta delle Strutture, relativa alle singole fasi di procedimenti amministrativi avviati: N. consulenze rese / N. consulenze richieste (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.1.44	Attività legale di conciliazione a favore dell'Azienda: N. conciliazioni effettuate / N. contenziosi (x 100)	**90%**	**90%**	**90%**
B.1.45	Gestione polizze sinistri - Mantenimento tempistica: N. giorni per la gestione della polizza	**≤ 60**	**≤ 60**	**≤ 60**

OBIETTIVO B.2
TRASPARENZA E PREVENZIONE CORRUZIONE

	INDICATORI	**2017**	**2018**	**2019**
B.2.1	Redazione autoanalisi organizzativa di cui alla Determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2015, verifiche per Step (ogni step = 10%): Step 1) Proroghe contrattuali non dovute a eventi eccezionali; Step 2) Importo medio contratti; Step 3) Procedure non aperte; Step 4) Affidamenti diretti e relative modalità; Step 5) Rispetto dei tempi di esecuzione e/o entità media degli scostamenti; Step 6) Rispetto degli obblighi di approvvigionamento centralizzato e mediante strumenti elettronici di acquisto; Step 7) Varianti in corso d'opera; Step 8) Proroghe di affidamenti; Step 9) Bandi annullati in via di autotutela o in sede giurisdizionale; Step 10) opere incompiute rispetto alle programmate.	**100%**	**100%**	**100%**
B.2.2	Analisi delle misure di controllo di cui alla Determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2015, verifiche per Step (ogni step = 10%): Step 1) Appalti affidati tramite procedure non concorrenziali; Step 2) Procedure con un solo offerente; Step 3) Affidamenti OEPV; Step 4) Regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari"; Step 5) Disciplina del conflitto di interessi; Step 6) Ricorrenza nelle aggiudicazioni degli stessi operatori economici; Step 7) Rotazione dei dipendenti; Step 8) Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento; Step 9) Semplificazione dell'organizzazione/riduzione dei livelli/riduzione del numero degli uffici; Step 10) Formazione dei dipendenti.	**100%**	**100%**	**100%**
B.2.3	N. giornate della trasparenza e/o altri eventi organizzati	**3**	**4**	**4**
B.2.4	N. di proroghe e rinnovi / N. totale di affidamenti	**≤ 10%**	**≤ 10%**	**≤ 10%**
B.2.5	Elaborazione delle procedure relative al Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) dei bilanci entro il 30/4/2017. N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**

B.2.6	Aggiornamento e pubblicazione ai fini della trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali per esterni: N. prestazioni pubblicate / N. prestazioni totali (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.2.7	Monitoraggio semestrale dell'obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi: N. note inviate al Responsabile della prevenzione della corruzione con l'effettiva acquisizione agli atti delle dichiarazioni	**2**	**2**	**2**
B.2.8	Inserimento nei contratti di lavoro dell'obbligo del rispetto delle disposizioni di cui all'art. 53 c. 16 D.Lgs n. 165/2001 e disposizioni P.T.P.C. entro il 31/7/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.2.9	Inserimento nei documenti di gara dell'attestazione del rispetto delle disposizioni di cui all'art. 53 c. 16 D.Lgs n. 165/2001 e disposizioni P.T.P.C. entro il 31/7/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.2.10	Costituzione di un tavolo tecnico per la revisione del codice di comportamento entro il 31/12/2017: N. verbali con definizione dei contenuti oggetto della revisione	**4**	**Avvio procedura**	**Monitoraggio**
B.2.11	Tempestività e puntualità nel rispetto degli obblighi di trasparenza e prevenzione corruzione: N. segnalazioni/richiami scritti da parte del Responsabile Prevenzione corruzione e Trasparenza	**0**	**0**	**0**
B.2.12	Monitoraggio semestrale sugli obblighi di Trasparenza: N. comunicazioni inviate al Direttore Generale	**2**	**2**	**2**
B.2.13	Aggiornamento dei procedimenti amministrativi di competenza ai fini della pubblicazione per la trasparenza: N. procedimenti amministrativi pubblicati / N. totale di procedimenti amministrativi (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.2.14	Costituzione di un tavolo tecnico per la definizione delle azioni di coinvolgimento della cittadinanza: N. verbali degli incontri inviati al Responsabile Prevenzione Corruzione	**4**	**Avvio azioni**	**Monitoraggio**
B.2.15	Aggiornamento e pubblicazione ai fini della trasparenza delle liste d'attesa dei ricoveri/interventi attraverso il SIO: N. ricoveri programmati di pazienti in lista d'attesa / N. ricoveri interventi (x 100)	**80%**	**100%**	**100%**
B.2.16	Studio di fattibilità per definire un programma di rotazione del personale delle aree più a rischio entro il 31/12/2017: N. aree a rischio sottoposte a rotazione	**Studio**	**Rotazione**	**Manutenzione**
B.2.17	Monitoraggio semestrale dell'attività e degli incarichi extraistituzionali: N. note inviate al Responsabile della prevenzione della corruzione con l'effettiva acquisizione agli atti delle dichiarazioni	**2**	**2**	**2**
B.2.18	Monitoraggio dell'effettiva acquisizione agli atti delle dichiarazioni di assenza di situazione di inconferibilità/incompatibilità entro il 31/12/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza dell'invio della comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione	**0**	**0**	**0**
B.2.19	Monitoraggio dell'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro entro il 31/12/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza dell'invio al Responsabile della prevenzione della corruzione della comunicazione di regolarità in ordine al prescritto normativo	**0**	**0**	**0**
B.2.20	Monitoraggio della formazione di Commissioni, assegnazione uffici entro il 31/12/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza dell'invio al Responsabile della prevenzione della corruzione della comunicazione di effettiva acquisizione agli atti delle dichiarazioni	**0**	**0**	**0**
B.2.21	Monitoraggio annuale a campione sugli atti deliberativi dei patti di integrità negli affidamenti. N. delibere aventi per oggetto "Affidamento" / N. totale delibere (x 100)	**2%**	**2%**	**2%**
B.2.22				
OBIETTIVO B.3 INFORMATIZZAZIONE				
INDICATORI		**2017**	**2018**	**2019**
B.3.1	Attivazione del modulo SISAR di flusso atti: N. atti informatizzati / N. atti totali (x 100)	**25%**	**80%**	**100%**
B.3.2	Implementazione cruscotto direzionale: ridefinizione del piano dei Centri di Costo in coerenza con i Centri di Attività entro il 31/12/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	**0**		
B.3.3	N. azioni volte all'utilizzo dei sistemi informatici	**12**	**12**	**12**
B.3.4	Attivazione software modulo turni entro il 30/9/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.3.5	Utilizzo Order-Entry: N. prestazioni per interni inserite / N. prestazioni per interni totali (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.3.6	Correttezza inserimento dati sul SIO e sul DB trapianti: N. difformità / N. totale dati trapianti e donazioni (x 100)	**0%**	**0%**	**0%**

B.3.7	Acquisizione Cartella Clinica Oncoematologica: Step 1) Stesura capitolato tecnico = 0% - 30%; Step 2) Valutazione offerte tecniche = 30,01% - 70%; Step 3) Avviamento contratto = 70,01% - 100%	**Step 3**	ACQUISIZIONE	ACQUISIZIONE
B.3.8	Acquisizione Cartella Clinica Nefrologica: Step 1) Stesura capitolato tecnico = 0% - 30%; Step 2) Valutazione offerte tecniche = 30,01% - 70%; Step 3) Avviamento contratto = 70,01% - 100%	**Step 3**	ACQUISIZIONE	ACQUISIZIONE
B.3.9	Sala server e Progetto regionale H-Cloud: Step 1) Acquisizione armadi = 0% - 25%; Step 2) Realizzazione collegamento in fibra con la sala attuale = 25,01% - 50%; Step 3) Predisposizione capitolato per nuovo centro stella di rete = 50,01% - 75%; Step 4) Installazione dell'infrastruttura prevista su H-Cloud = 75,01% - 100%	**Step 4**	ACQUISIZIONE	ACQUISIZIONE
B.3.10	Accorpamento Businco e Cao: Integrazione sistemi informativi Anatomia Patologica = 35%; Migrazione sistema informativo per screening neonatale = 35%; Acquisizione e installazione storage per dati condivisi Businco e Cao = 30%	**100%**	INTEGRAZIONE	INTEGRAZIONE
B.3.11	Attivazione del modulo SISAR Work Flow ciclo passivo (fatture): N. fatture inserite nel modulo / N. fatture totali	**100%**	**100%**	**100%**
B.3.12	Attivazione modulo ciclo passivo (caricamento concatenato di ordine, ricevimento e fattura per acquisto di beni): N. acquisti informatizzati / N. totale acquisti (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
B.3.13	Predisposizione di una convenzione per la conservazione sostitutiva di atti e documenti entro il 30/9/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.3.14	Attivazione informatica del processo del ciclo passivo (caricamento concatenato di ordine, ricevimento e fattura per acquisto di beni) attraverso la redazione di una procedura formalizzata entro il 30/6/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
B.3.15	Acquisizione Software per la valutazione della performance: Step 1) Stesura capitolato tecnico = 0% - 50%; Step 2) Valutazione offerte tecniche = 50,01% - 70%; Step 3) Avviamento contratto = 70,01% - 100%	**Step 3**		
B.3.16	Acquisizione Cartella Clinica Oncoematologica: Step 1) Stesura capitolato tecnico = 0% - 30%; Step 2) Valutazione offerte tecniche = 30,01% - 70%; Step 3) Avviamento contratto = 70,01% - 100%	**Step 3**		
B.3.17	Acquisizione Cartella Clinica Nefrologica: Step 1) Stesura capitolato tecnico = 0% - 30%; Step 2) Valutazione offerte tecniche = 30,01% - 70%; Step 3) Avviamento contratto = 70,01% - 100%	**Step 3**		
B.3.18	Sala server e Progetto regionale H-Cloud: Step 1) Acquisizione armadi = 0% - 25%; Step 2) Realizzazione collegamento in fibra con la sala attuale = 25,01% - 50%; Step 3) Predisposizione capitolato per nuovo centro stella di rete = 50,01% - 75%; Step 4) Installazione dell'infrastruttura prevista su H-Cloud = 75,01% - 100%	**Step 4**		
B.3.19	Accorpamento Businco e Cao: Integrazione sistemi informativi Anatomia Patologica = 35%; Migrazione sistema informativo per screening neonatale = 35%; Acquisizione e installazione storage per dati condivisi Businco e Cao = 30%	**100%**		
B.3.20	Informatizzazione attività ambulatoriale - CUPWEB: N. prenotazioni inserite / N. prenotazioni totali (x 100)	**80%**	**100%**	**100%**

C – OBIETTIVI DI GOVERNO ECONOMICO

OBIETTIVO C.1 CONTROLLI

	INDICATORI	2017	2018	2019
C.1.1	Redazione di un regolamento sulla gestione dei progetti finalizzati, fondi di reparto entro il 30/4/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	**0**	**0**	**0**
C.1.2	Aggiornamento semestrale della valutazione di tutti i rischi con la conseguente elaborazione del documento previsto dall'articolo 28 del DLgs n. 81/2008: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.3	Aggiornamento del protocollo di sorveglianza sanitaria entro il 30/11/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.4	Rispettare le Linee di Indirizzo Regionali per le Unioni d'Acquisto (cronoprogramma): N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.5	Redazione di un regolamento sulla determinazione dei fabbisogni e sulla programmazione degli acquisti entro il 30/9/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**

C.1.6	Redazione di un regolamento sui fuori uso entro il 30/9/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.7	Redazione di un regolamento per il protocollo informatico entro il 30/6/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.8	Redazione di un regolamento per la Privacy entro il 30/9/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.9	Redazione di un regolamento per la conservazione a norma di atti e documenti informatici entro il 30/9/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.10	Redazione di un regolamento per l'accesso agli atti entro il 30/9/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.11	Aggiornamento del regolamento per la richiesta di copia degli atti (con previsione del recupero forzoso dei crediti) entro il 30/9/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.12	Coerenza dei flussi LA, CE e SP: N. Rilievi da parte dell'Assessorato	**0**	**0**	**0**
C.1.13	Redazione di un regolamento per i tirocinii entro il 31/3/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.14	Redazione di un accordo con l'AOU per l'accesso degli specializzandi entro il 31/3/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.15	Redazione di un regolamento per le progressioni orizzontali entro il 30/9/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.16	Redazione di un regolamento sull'orario di lavoro entro il 30/9/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.17	Redazione di un regolamento per le relazioni sindacali entro il 30/9/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.1.18	Attività ispettiva ALPI: N. ispezioni effettuate	**10**	**10**	**10**
C.1.19	Controlli trimestrali sul rispetto del regolamento per l'utilizzo della mensa aziendale: N. controlli effettuati	**4**	**4**	**4**
C.1.20	Produzione di una reportistica trimestrale su presenze/assenze del personale (ferie, debiti/crediti orari ecc.): N. reports inviati alle strutture	**4**	**4**	**4**
C.1.21	Procedure per il monitoraggio dei costi: N. procedure di monitoraggio individuate	**3**	**5**	**7**
C.1.22	Monitoraggio degli scarichi dall'armadietto di reparto: N. ispezioni a campione nei magazzini di reparto	**12**	**12**	**12**
C.1.23	Monitoraggio Progetto Trapianti: N. verifiche a campione su coerenza turni, debiti orari e correttezza dei pagamenti	**12**	**12**	**12**
C.1.24	Verificare i requisiti per l'accreditamento ministeriale per l'attività trapianti	**Relazione**	**Relazione**	**Relazione**
C.1.25	Fondi aggiornamento - Reportistica quadrimestrale sull'utilizzo dei fondi: N. report inviati ai reparti	**3**	**3**	**3**
C.1.26	Benchmarking: Progetto costi standard Unisan	**Invio dati entro il 30/6/2017 e listino entro 31/12/2017**	**Primo benchmark**	**Mantenimento del sistema**
OBIETTIVO C.2 PERSONALE				
INDICATORI		**2017**	**2018**	**2019**
C.2.1	Analisi del personale attualmente in servizio, suddiviso per: azienda, dipartimento / unità operativa, ruolo, qualifica, etc. entro il 30/4/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.2.2	Analisi delle assenze medie del personale operante nelle strutture di riferimento entro il 30/4/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.2.3	Adozione della delibera aziendale di approvazione della pianta organica entro il 30/6/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.2.4	Approvazione delibere aziendali di rideterminazione dei fondi contrattuali entro il 30/9/2017: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	**0**	**0**	**0**
C.2.5	Piano di rientro del fondo Comparto indennità accessorie e condizioni di lavoro: % Riduzione del disavanzo su fondo ex S. Michele	**15%**	**15%**	**15%**

C.2.6	Benessere Organizzativo dei dipendenti	**Progetto formativo**	**Ottimizzazione spazi e ambienti di lavoro**	---
OBIETTIVO C.3 SPESA FARMACEUTICA				
INDICATORI		**2017**	**2018**	**2019**
C.3.1	Riduzione del costo medio per paziente delle terapie orali (flusso DD) in oncologia/ematologia		**≤ € 8.050**	**≤ € 8.050**
C.3.2	Riduzione del costo medio per paziente delle terapie somministrate in ambito ospedaliero (flusso CMO) in oncologia/ematologia	**€ 5.000,00**	**≤ € 4.900**	**≤ € 4.900**
C.3.3	Riduzione del costo medio per paziente delle terapie di sclerosi multipla		**≤ € 8.900**	**≤ € 8.900**
C.3.4	Riduzione del costo medio per paziente delle terapie di artrite reumatoide		**≤ € 9.000**	**≤ € 9.000**
C.3.5	Aumento del consumo di Somatropina biosimilare rispetto al farmaco originator		**≥ 40%**	**≥ 40%**
C.3.6	Aumento del consumo di Epoetina alfa biosimilare rispetto al farmaco originator		**≥ 60%**	**≥ 60%**
C.3.7	Aumento del consumo di Filgrastim biosimilare rispetto al farmaco originator		**≥ 60%**	**≥ 60%**
C.3.8	% acquisto e dispensazione di farmaci non inseriti in PTR rispetto alla spesa farmaceutica totale aziendale		**≤ 10%**	**≤ 10%**
C.3.9	Chiudere le schede farmaci AIFA entro 30 giorni dalla fine del trattamento: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza	**0**	**0**	**0**
C.3.10	Rinegoziazione affidamento di farmaci e presidi: N. affidamenti rinegoziati / N. affidamenti da rinegoziare in base alla normativa vigente (x 100)	**100%**	**100%**	**100%**
C.3.11	Monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni: N. incontri di approfondimento con le Strutture	**10**	**10**	**10**
C.3.12	Progetto deliberazione AOB n. 1378/2014: Risparmio annuo su spesa farmaceutica 2014	**1.090.000**	**1.090.000**	**1.090.000**
C.3.13	Progetto deliberazione AOB n. 1378/2014: Risparmio annuo su spesa dispositivi medici 2014	**1.900.000**	**1.900.000**	**1.900.000**
C.3.14	Progetto deliberazione AOB n. 1378/2014: Risparmio annuo su riduzione rischio clinico (prolungamento degenza e costi assicurativi) 2014	**647.000**	**647.000**	**647.000**
C.3.15	Progetto deliberazione AOB n. 1378/2014: Risparmio annuo su costo personale di farmacia dedicato al confezionamento dose unitaria 2014	**140.000**	**140.000**	**140.000**

La Direzione Strategica dell'AOB, visti gli obiettivi di cui alle deliberazioni GR n. 54/11 del 10/11/2015, n. 67/16 del 29/12/2015, n. 67/30 del 29/12/2015, n. 6/15 del 2/2/2016 e n. 16/1 del 31/3/2016, vista la determinazione ANAC del 28/10/2015, analizzato il contesto esterno di riferimento nonché le necessità clinico assistenziali ad alta specializzazione, considerate le necessità organizzative e gestionali interne, ha individuato per il triennio 2016-2018 gli obiettivi strategici di cui alle tabelle più sotto riportate. L'attenzione si è concentrata su linee di attività che rappresentano il raccordo tra il sistema della programmazione regionale e il sistema degli obiettivi assegnati ai Commissari Straordinari delle aziende sanitarie pubbliche. Gli Obiettivi Strategici Regionali, dunque, sono stati fatti propri dall'Azienda Ospedaliera e sono stati declinati per il triennio 2017-2019 nei seguenti obiettivi di macroarea:

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

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

OBIETTIVI STRATEGICI DIREZIONE SANITARIA	
A.1	Rete ospedaliera e laboratoristica (nell'ambito degli obiettivi di mandato del Commissario Straordinario)
A.2	Trapianti, donazione d'organi e sangue (nell'ambito degli obiettivi di mandato del Commissario Straordinario)
A.3	Qualità e appropriatezza

B.1	Governance
B.2	Trasparenza e Prevenzione Corruzione
B.3	Informatizzazione
C.1	Controlli
C.2	Personale
C.3	Spesa farmaceutica

Di seguito il prospetto relativo alla Direzione Amministrativa.

OBIETTIVI STRATEGICI DIREZIONE AMMINISTRATIVA	
B.1	Governance
B.2	Trasparenza e Prevenzione Corruzione
B.3	Informatizzazione
C.1	Controlli
C.2	Personale

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

OBIETTIVI STRATEGICI DIPARTIMENTI SANITARI	
A.1	Rete ospedaliera e laboratoristica (nell'ambito degli obiettivi di mandato del Commissario Straordinario)

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

OBIETTIVI STRATEGICI DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO	
B.1	Governance
B.2	Trasparenza e Prevenzione Corruzione
B.3	Informatizzazione
C.1	Controlli
C.2	Personale

3.4 FOCUS SU TRE OBIETTIVI STRATEGICI CON DECORRENZA ANNO 2017

A partire dal 2017 l'AOB ha deciso di implementare tre tipologie di attività strategiche:

1) Customer Satisfaction e Rendicontazione sociale (indicatore A.3.11).

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

prensibile alle diverse categorie di stakheolder), l'identificazione e il coinvolgimento degli stakeholder (predisporre un'apposita scheda per ciascuna tipologia di stakeholder) entro il 31/12/2017; la prima pubblicazione del Bilancio Sociale entro il 30/6/2018; la manutenzione del sistema per l'anno 2019.

2) Benchmarking (indicatore C.1.26).

Con l'intenzione di superare le anacronistiche attività di budget "a base storica" o "spesa/tariffato" – che per l'incongruenza insita nelle tariffe non permette un serio confronto tra fattori produttivi specifici (per esempio: non si può mettere a confronto la spesa per dispositivi sanitari con la tariffa che non distingue tra fattori produttivi) – questa Amministrazione ritiene sia giunto il momento di lavorare con il sistema dei "costi standard" secondo la metodologia internazionale del Healthcare Patient Costing (HPC). L'HPC rappresenta il riferimento internazionale per la determinazione dei costi standard delle prestazioni e dei "prodotti" in Sanità, ciò presuppone tre punti fondamentali: il costo per utente; l'analisi organizzativa (activity costing); l'adozione della tecnica budgetaria dell'HealthActivity-based Costing. Il costo standard, di cui la stessa normativa italiana parla dal 2008 ma con rari aspetti applicativi (Legge n. 133/2008), è un costo predeterminato riferito a una unità di output (per esempio: un dato DRG) o input (per esempio: il costo medio unitario per un'ora di lavoro del personale medico). Esso rappresenta al contempo una regola-obiettivo (il costo al quale tendere) ed una misura, rappresentando dunque un parametro/valore di riferimento verso il quale tendere e mediante il quale comprendere e avviare giudizi sugli eventi gestionali (costi, volumi di attività, proventi ecc.).

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

creto utilizzo dei costi standard del N.I.San. Non solo, i risultati scaturiti dall'utilizzo dell'ABB hanno consentito alle diverse Direzioni Strategiche di prendere delle decisioni migliori circa l'allocazione delle risorse aziendali. L'obiettivo è quello di fornire entro il 30/6/2017 i dati richiesti dal Network ed andare a regime entro il 30/6/2018.

3) Benessere organizzativo interno (indicatore C.2.6).

L'obiettivo prevede per il 2017 il mantenimento e la manutenzione di quanto già avviato (per es.: asilo nido per le lavoratrici madri; mensa aziendale), più la predisposizione di un progetto formativo e l'avvio dell'ottimizzazione degli spazi e degli ambienti di lavoro tesa a migliorare le condizioni lavorative dei dipendenti, da completare nel 2018 e 2019.

4 DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

All'interno della logica di albero della performance, ogni obiettivo strategico stabilito nella fase precedente è articolato in obiettivi operativi che vengono illustratati in apposite schede riassuntive specifiche per Dipartimenti o aggregazione di Strutture. Si precisa che le azioni strategiche a base del presente Piano rispecchiano la connessione tra la pianificazione della performance e la programmazione economica-finanziaria e di bilancio.

4.1 OBIETTIVI ANNUALI

Vedi le tabelle degli indicatori sopra riportati.

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

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

5 PROCESSO SEGUITO E AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

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

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

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

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

FASI	ATTIVITA'	SOGGETTI COINVOLTI
Fase 1	**Definizione del contesto istituzionale: Mission regionale e principi della Vision aziendale**	- Direzione aziendale
Fase 2	**Rappresentazione della struttura di cui all'Atto Aziendale, regolamento di funzionamento, definizione di responsabilità e deleghe**	- Direzione aziendale - Uffici di staff
Fase 3	**Definizione obiettivi strategici, precisazione degli *output* od *outcame* attesi per Aree Omogenee**	- Direzione aziendale - Uffici di staff
Fase 4	**Definizione obiettivi di Macroarea e varo dei Piani di Dipartimento e/o Macrostruttura**	- Direzione aziendale - Alta Direzione
Fase 5	**Definizione obiettivi specifici, di struttura (CdR) ed articolazione delle sottofasi per la prescritta negoziazione**	- Capi Dipartimento - Uffici di staff
Fase 6	**Validazione del Piano e del processo attuativo proposto in riferimento alle linee guida CiVIT**	- OIV
Fase 7	**Predisposizione delle schede e loro varo uffi-**	- Comitato budget

	ciale a livello del management più alto	- Direzione strategica
Fase 8	**Connessione funzionale con il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità**	- Direzione aziendale - Uffici di staff
Fase 9	**Collegamento/Integrazione coi documenti di programmazione economico finanziaria**	- Direzione aziendale - Uffici di staff

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

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

5.2 COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E DI BILANCIO

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

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

5.3 AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

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

Sempre in tale ottica si segnalano le seguenti azioni:

- è stato costituito l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) per garantire la correttezza e il regolare funzionamento del sistema di misurazione e valutazione della performance;

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

APPENDICE

Glossario Sanità

A

Accessibilità (accessibility)

In termini generali indica la possibilità per l'utente di utilizzare un servizio. Come criterio per valutare la qualità dell'assistenza, va interpretato in funzione di quattro parametri generali: tempo, luogo, quantità e costo. La condizione fondamentale rappresentata dal diritto di accedere a una determinata prestazione e/o servizio. In questo senso l'accessibilità deve essere intesa come la possibilità del singolo utente (o di un gruppo omogeneo di utenti) di usufruire del servizio di cui ha bisogno nel tempo e nel luogo più opportuno, in quantità adeguata e nel limite delle risorse disponibili.

Accettabilità (acceptability)

Si riferisce al livello di coerenza con i principi morali ed etici di riferimento, in particolare all' opinione degli utenti nei confronti dell'eventuale ricorso a un servizio o a una prestazione sanitaria. Nel campo della valutazione della qualità dell'assistenza, il termine rappresenta una delle componenti della qualità stessa che può essere considerata da almeno tre punti di vista: da quello degli utenti, dei professionisti, della società.

Adeguatezza

E' il processo di valutazione, sistematico e periodico, svolto da un'agenzia esterna che si pone l'obiettivo di verificare l'esistenza di requisiti predeterminati relativi alle condizioni strutturali, organizzative e di funzionamento che determinano la qualità dell'assistenza. Si possono distinguere due modalità principali di accreditamento: regolamentazione pubblica (lo Stato si assume la responsabilità diretta di definire gli standard/criteri, di ispezionare obbligatoriamente i servizi che vogliono operare in regime "pubblico", e, sulla base dei risultati ottenuti, eroga finanziamenti o dà accesso a rimborsi. E' il modello adottato in Italia e in Spagna); autoregolamentazione (Un'Agenzia professionale indipendente stabilisce gli standard/criteri e ne monitorizza l'adeguamento da parte di strutture che volontariamente decidono di entrare nel sistema, potendo o meno lo Stato riconoscere il risultato della valutazione in funzione della erogazione di finanziamenti. E' il modello adottato nei Paesi anglosassoni).

In Italia l'accreditamento risponde dunque alla necessità di identificare e abilitare chi può lavorare "in nome e per conto" del Servizio sanitario nazionale. La riforma ha disegnato una procedura in tre fasi:

Autorizzazione: sia le strutture nuove, sia quelle che intendono modificare il loro assetto devono dimostrare di possedere precisi requisiti strutturali e di qualità per essere autorizzate a esercitare qualsiasi attività sanitaria. L'apertura delle nuove strutture subordinata anche alla verifica dell'effettivo fabbisogno rispetto alla programmazione territoriale.

Accreditamento istituzionale: il secondo esame da superare per rientrare nell'albo dei possibili erogatori di prestazioni per conto del Servizio sanitario pubblico. E' subordinato al possesso di una serie di ulteriori requisiti rispetto ai precedenti che documentino la capacità di rendere servizi di livello qualitativamente superiore: i criteri di valutazione sono stabiliti a livello nazionale; la determinazione dei requisiti spetta, invece, alle singole Regioni.

Accordi contrattuali: sono il vero passaporto per il Servizio sanitario nazionale. Si tratta dei "contratti" sottoscritti tra Regioni e strutture erogatrici in cui si specifica la quantità di prestazioni da erogare e i relativi costi: chi non li rispetta perde l'autorizzazione a lavorare col Servizio sanitario nazionale.

I contesti in cui si usa la parola "accreditare" sono quattro:
Contesto Decreto Legislativo 502/92 (art. 8 comma 7) e successive modifiche e integrazioni: 'instaurazione di nuovi rapporti fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione di sistemi di verifica e revisione della qualità delle attività e delle prestazioni....'
Compete alle Regioni la introduzione di sistemi di sorveglianza e di strumenti e metodologie per la verifica della qualità dei servizi che, a partire dalla autorizzazione ad operare già posseduta (requisiti minimi).
Contesto: accreditamento professionale.
Attivato dalla Società Italiana di VRQ, da società scientifiche e da gruppi di professionisti, di natura volontaria, secondo il modello dei paesi anglofoni, realizzato mediante visite scambievoli fra pari. Tale modalità di verifica della qualità deve integrarsi con l'accreditamento istituzionale.

Il contributo dei professionisti al miglioramento della qualità delle prestazioni fondamentale in relazione alle specifiche attività del processo assistenziale. Contesto: enti di certificazione:
Gli enti per potersi proporre come verificatori dei requisiti previsti dalle Norme UNI EN ISO (certificazione di parte 3), debbono essere accreditati come idonei da un ente sovraordinato (per l'Italia il SINCERT). Contesto: accreditamento laboratori di prova. I laboratori che 'provano' materiali e tecnologie, secondo la normativa internazionale debbono essere accreditati a farlo. Si applicano ad essi le norme della serie EN ISO 45000.

Appropriatezza

E' uno dei principali criteri guida introdotti dalla riforma per la definizione dei livelli di assistenza da assicurare su tutto il territorio nazionale: il servizio sanitario pubblico non erogherà a suo carico prestazioni che non soddisfino tale principio. Una delle applicazioni pratiche l'obbligo, esteso esplicitamente anche a ospedalieri e specialisti, di rispettare le norme che regolano la prescrivibilità dei farmaci. I medici non potranno prescrivere medicinali non concedibili dal Ssn utilizzando il ricettario "rosa" dell'azienda sanitaria, non potranno ignorare eventuali note limitative che indicano le patologie per le quali il farmaco a carico del servizio pubblico.

Assistenza indiretta

E' quella che il cittadino utilizza quando il servizio pubblico non può garantire una determinata prestazione. La riforma del Ssn ne prevedeva la soppressione entro 18 mesi almeno per quanto riguarda i ricoveri e le prestazioni specialistiche ambulatoriali: i nuovi criteri di erogazione delle prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale garantiscono già la qualità e la quantità di cure necessarie a coprire il fabbisogno in tali settori.
(La Finanziaria 2001 ne ha disposto la proroga fino al 31 dicembre).
Per la restante "indiretta" (come l'assistenza protesica e le cure termali) le Regioni sono autorizzate a rimborsare fino al 50% delle tariffe corrisposte per la stessa prestazione erogata direttamente a carico del Servizio sanitario nazionale. Non cambiano le regole per l'assistenza all'estero, già oggi basata su una serie di autorizzazioni e di riscontri il cui elenco può essere richiesto presso gli appositi uffici di ogni azienda Usl.

Audit

E' l'attività di verifica di tipo professionale, basata sulla documentazione clinica, volta a valutare, in modo volontario, retrospettivo e in base a criteri predefiniti, le azioni compiute in contesti e tempi determinati. Il termine spesso usato come sinonimo di revisione tra colleghi o tra pari (Peer Review) e anche di VRQ (Verifica e Revisione di Qualità).
Include le procedure utilizzate per la diagnosi e il trattamento, l'uso delle risorse, gli outcome risultanti e la qualità della vita per i pazienti. Esistono vari strumenti per il monitoraggio di standard nell'erogazione delle cure:
Medical Audit - valutazione degli elementi che dipendono dal giudizio medico
Clinical Audit - valutazione degli elementi che non dipendono dal giudizio medico
Professional Audit - valutazione degli elementi che dipendono dall'attività di professionisti sanitari non medici
Service Audit - valutazione complessiva del servizio erogato

Azienda

E' un sistema di processi economici che si svolgono in istituiti sociali di diversa specie cui si applicano il principio-obiettivo della razionalità economica (ottenere il massimo risultato con il minimo impegno di risorse) e i criteri della corretta amministrazione. Nella pratica si distinguono Aziende con finalità di reddito e Aziende senza finalità di reddito (profit e non profit, rispettivamente).

Azienda senza finalità di reddito (non profit)

E' un'unità economica che non persegue la remunerazione del capitale investito ma altri scopi quali, ad esempio, finalità sociali, di pubblico interesse, di solidarietà.

Aziende Usl

Rappresentano il cuore del Servizio sanitario nazionale: ne sono gli "enti gestori", quelli cioè che garantiscono i livelli di assistenza sul territorio. Hanno personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale. Con la riforma si compiuto un passo decisivo verso la loro gestione aziendale, per assicurare maggiori garanzie di efficienza e qualità ai cittadini e completare il percorso iniziato già con il precedente riordino della Sanità nel 1992.
La principale novità stata rappresentata dalla massima responsabilizzazione dei direttori generali in merito agli atti e ai servizi garantiti dalle aziende Usl. La gestione complessiva delle strutture viene definita con un atto aziendale di diritto privato destinato a rappresentare il punto di svolta rispetto alla vecchia concezione burocratica del sistema. Le Usl hanno acquisito così una inedita

agilità d'azione: possono, ad esempio, appaltare o contrattare direttamente - secondo le norme di diritto privato indicate, appunto, nell'atto aziendale - i contratti di fornitura di beni e servizi il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia.

B

Bacino d'utenza

Indica la popolazione (numero di persone) servita da una struttura sanitaria.

Benchmarking

Il termine deriva dall'inglese benchmark che, nelle scienze topografiche o marittime, esprime l'oggetto stabile preso a riferimento per le misurazioni. In economia aziendale indica una tecnica manageriale che consiste in attività di valutazione strutturata e permanente avente lo scopo di confrontare i prodotti/processi della propria Azienda con i leader di mercato. Le differenze rilevate rispetto agli standard delle Aziende di riferimento vengono poi analizzate per definire strategie, obiettivi, piani di miglioramento e percorsi per la ricerca dell'eccellenza.

Bilancio d'esercizio

E' il sistema di documenti amministrativo-contabili che, partendo dalle scritture elementari desunte dalla contabilità generale, consente di rilevare sistematicamente e di rappresentare con chiarezza, a fine di un periodo determinato - di norma l'anno solare, l'entità e la composizione del risultato economico dell'esercizio di riferimento (periodo) e della struttura quali-quantitativa del capitale di funzionamento.

Bilancio economico preventivo

Preventivo economico che vale per l'anno di riferimento, composto da un preventivo economico che evidenzia i costi e i ricavi previsti per il periodo di riferimento e da un prospetto "Fonti e Impieghi" che evidenzia i flussi in entrata e in uscita previsti per l'anno di riferimento.

Bilancio pluriennale di previsione

Preventivo economico di durata triennale, aggiornato annualmente. Sulla base delle norme civilistiche in materia di conto economico, articolato secondo una specifica struttura tecnica ed composto da un preventivo economico che riporta costi e oneri, ricavi e proventi previsti per

ciascuno dei tre anni di riferimento e da un prospetto "Fonti e Impieghi" che riporta i flussi in entrata e in uscita previsti in ciascuno dei medesimi tre anni di riferimento.

Bisogno

In campo sanitario e sociale per bisogno si intende lo scarto tra ciò che esiste e ciò che desiderabile in termini di stato di salute, servizi sanitari e risorse a disposizione. Una semplice classificazione distingue i bisogni in percepiti (valutazione soggettiva di esistenza di un problema di salute) ed espressi (bisogno percepito che si esprime in una domanda di servizio).

Brain-storming

Parola inglese (letteralmente significa "tempesta cerebrale") che indica una tecnica di confronto di idee basata sul principio dell'associazione (un'idea chiama l'altra), attuata in gruppi ristretti di persone per selezionare opzioni, definire problemi e ipotizzare soluzioni.

Break-even analysis (analisi del punto di pareggio)

Tecnica che si avvale dell'analisi dei costi (costi differenziali) per stabilire il livello di attività per il quale i ricavi totali di un'Azienda (o di una particolare attività al suo interno) sono pari alla spesa totale.

Budget

E' uno degli strumenti del controllo di gestione aziendale, inteso come pianificazione, programmazione e controllo delle attività, ovvero come il processo formale attraverso il quale, periodicamente, sono definiti in modo esplicito gli obiettivi aziendali, l'impiego e l'allocazione delle risorse.

La parola è stata introdotta nella sanità italiana con la riforma del Ssn, in relazione all'assistenza sul territorio, garantita dal distretto sanitario di base. Ad assicurare i "budget" sono le risorse messe a disposizione dal Fondo sanitario nazionale che suddivide le risorse in tre livelli: prevenzione, distretti e ospedale. Anche se per questi ultimi non si parla esplicitamente di budget, vale anche per reparti e dipartimenti ospedalieri l'impegno a garantire l'erogazione delle prestazioni in funzione delle disponibilità loro assegnate.

Business process re-engineering (BPR):

Definisce la tecnica manageriale che consiste nel provocare un cambiamento qualitativo radicale (breakthrough) ridisegnando completamente un processo considerato inefficace e/o inefficiente.

C

Carta dei servizi

Indica il documento contrattuale adottato dai soggetti erogatori di servizi pubblici attraverso i quali si esplicitano missioni, criteri di relazione e standard di qualità dei servizi sanitari. E' redatto sulla base dei principi fissati nel Dpcm 19/5/1995.

Case-mix

Tipologia di casistica trattata da un reparto di degenza o da un ospedale. Per i diversi sistemi di classificazione del Case-Mix si veda alle voci Comuterized Severity Index, Disease Staging, Diagnosis Related Groups, Patient Management Categories.

Centro di costo

Unità aziendale elementare, ovvero unità organizzativa che svolge una specifica attività sotto il controllo e la responsabilità di un dirigente e alla quale è possibile attribuire, in modo completo ed esclusivo, i costi dei fattori produttivi impiegati. Nell'Azienda Sanitaria un centro di costo si può identificare con il reparto, il day hospital, la sala operatoria, il laboratorio.

Centro di responsabilità

E' costituito dal gruppo di persone che operano al fine di raggiungere un determinato obiettivo aziendale sotto la direzione di un responsabile.

Certificazione

Processo di valutazione formale mediante il quale un organismo indipendente dichiara che un determinato prodotto, processo o servizio, conforme a una specifica norma o a uno standard predefinito. La certificazione è richiesta volontariamente e deve essere effettuata da un ente autorizzato in sede nazionale o internazionale. Il modello di riferimento per lo sviluppo e la certificazione del sistema qualità èrappresentato, generalmente, dalle norme UNI ISO 9000.

Circoli di qualità

Sono costituiti da piccoli gruppi di professionisti volontari e interprofessionali, legati a precisi contesti organizzativi (Unit àoperative) per i quali sono impegnati a ricercare il miglioramento continuo, intervenendo con metodi precisi (Pdca).

Cittadini

La riforma del Ssn li ha coinvolti direttamente nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria. Spetta alle Regioni prevedere le forme per la loro partecipazione alle attività di programmazione, controllo e valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale.

Computerized Severity Index (CSI)

Sistema di classificazione dei pazienti il cui scopo specifico consiste nella descrizione della gravità della condizione clinica (sistema iso-severit).

Comuni

La riforma li richiama ad un ruolo da protagonisti nella sanità italiana, nonostante la partecipazione degli Enti locali alla gestione sanitaria non sia una novità (a prevederla era stata già la legge istitutiva del Ssn, la 833/1978). Il decreto di riordino del 1992, per, di fatto li aveva estromessi. Ora, con la forte spinta all'integrazione socio-sanitaria, sono stati investiti di compiti di indirizzo e verifica dell'attività svolta sul territorio dai direttori generali delle aziende sanitarie. Spetta a una Conferenza permanente per la programmazione, di cui fanno parte i sindaci, i presidenti della conferenza dei sindaci e di circoscrizione, formulare osservazioni sul Piano sanitario regionale e partecipare alla verifica dei piani locali. Se i manager risultano inadempienti i Sindaci possono chiederne la rimozione.

Conferenza di Consenso (Consensus Conference)

Si tratta di una tecnica elaborata negli USA dai National Institutes of Health, utilizzata per diffondere il più possibile i risultati recenti della ricerca medica e per valutare l'appropriatezza di una procedura e/o di una tecnologia. Si basa sul confronto tra un pubblico potenzialmente interessato al problema (operatori sanitari, utenti, amministratori, stampa) e un panel di esperti, nominati nell'ambito di commissioni formali, e si pone l'obiettivo di esaminare una serie di quesiti prefissati e di fornire linee guida e indicazioni validate e condivise. La tecnica è stata adottata e variamente modificata da numerose istituzioni in diversi Paesi.

Contabilità analitica

Complesso di rilevazioni sistematiche a periodicità infrannuale, volte alla determinazione di costi, ricavi e risultati analitici della produzione aziendale, elaborate secondo configurazioni prestabilite.

Contabilità finanziaria

Fondata sull'impegno di spesa e strutturata sul principio della registrazione delle entrate (accertamento, riscossione, versamento) e delle uscite (impegno, liquidazione, ordinazione, pagamento), centrata sul bilancio di previsione annuale (redatto in forma di competenza e di cassa) e sul rendiconto finanziario di fine esercizio.

Conto economico

Esprime il processo di formazione del risultato di periodo e la sua quantificazione complessiva attraverso la contrapposizione di costi e ricavi; in pratica definisce la perdita, l'utile o il pareggio che rappresentano sinteticamente i tre possibili risultati della gestione.

Controllo di Gestione

Insieme di attività interne all'organizzazione con le quali la Direzione Aziendale si accerta, ai vari livelli, che la conduzione delle attività si sta svolgendo in modo efficace ed efficiente, secondo gli obiettivi, le strategie, le politiche e i piani prestabiliti, anche al fine di adottare interventi correttivi in adeguamento ai mutamenti dell'ambiente.

Controllo di Qualità

Nell'industria il termine indica l'attività di valutazione del prodotto finito svolta per garantire all'acquirente che il bene comprato possegga le caratteristiche descritte dal produttore. In ambito sanitario tale termine utilizzato quasi esclusivamente per indicare l'attività di monitoraggio finalizzata a garantire la qualità dei risultati delle prestazioni di laboratorio (riproducibilità e accuratezza).

Costo

Indicatore sintetico che esprime il risultato delle condizioni in cui si svolge l'attività produttiva. E' costruito come rapporto il cui numeratore rappresentato da una figura di costo prescelta (esempio: costo diretto, costo pieno, ecc.) e il cui denominatore costituito da un dato di attività standardizzato (esempio: punti DRG).

Costo di produzione

In senso economico per costo si intende ciò a cui si rinuncia per soddisfare un bisogno; e che corrisponde, in termini di alternative perdute, a tutto ci che si sarebbe potuto conseguire utiliz-

zando i fattori produttivi nel loro migliore impiego alternativo. Questo concetto non sempre coincide con il costo in senso strettamente monetario, ovvero con la spesa direttamente sostenuta per l'acquisizione dei fattori produttivi (Vedi anche alla voce Spesa). Nella contabilità analitica i costi possono essere classificati in costi speciali e comuni, diretti e indiretti, variabili e fissi, controllabili e non controllabili, effettivi ed ipotetici. Un'ulteriore distinzione consente di considerare il costo totale (spesa necessaria per produrre ciascun livello di produzione), il costo medio o unitario (costo di una unità di prodotto, dato dal costo totale diviso il numero dei prodotti) e il costo marginale (costo sostenuto per produrre una ulteriore unità di prodotto).

Criterio

Variabile rilevabile in modo riproducibile che consente di esprimere un giudizio sulla qualità di una prestazione o di un trattamento.

Criticità

In ambito organizzativo per criticità si intende quella caratteristica di ogni elemento del sistema che funzione, da un lato, della sua importanza (grado di disfunzione organizzativa che potrebbe essere provocata dalla mancanza o dalla inadeguatezza di quell'elemento) e, dall'altro, della sua problematicità (grado di difficoltà che si incontra per ottenere, mantenere o migliorare l'elemento in questione).

D

Data base

Banca dati organizzata messa a disposizione di tutti gli utenti di un sistema informatico. Tale banca dati può essere centralizzata o decentralizzata e la sua struttura può essere gerarchica, a rete, relazionale.

Decision Support System (Dss)

Complesso di attività informatiche, orientate a supportare la dirigenza nel prendere decisioni di tipo manageriale. Tali supporti analizzano informazioni inserite nel calcolatore per elaborare simulazioni, verifica della congruità delle decisioni, stime di mercato, calcolo delle probabilità, ecc.

Delega

Processo di gestione operativa del lavoro che si attua mediante l'attribuzione di autorità in funzione della realizzazione di un compito o del raggiungimento di un obiettivo, ovvero processo caratterizzato dalla transitorietà (talvolta la delega può anche essere permanente) in cui il dirigente (manager) responsabilizza il collaboratore sul raggiungimento di un risultato, conferendogli l'autorità per agire e decidere (entro limiti e ambiti definiti).

Disease Staging (DS)

Sistema di classificazione della casistica ospedaliera fondato sul principio di identificare classi di pazienti omogenee rispetto alla severità del quadro clinico (sistema iso-severit) sulla base di 4 stadi di evoluzione di una specifica malattia associati a diversi livelli di probabilità di morte e/o di disabilità permanente e differenziati in base alle caratteristiche fisiopatologiche di diffusione della malattia.

Disponibilità (availability)

Grado in cui l'assistenza/l'intervento appropriato disponibile per soddisfare i bisogni del paziente servito.

Dipartimenti ospedalieri

Sono il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende ospedaliere. Si tratta, in sostanza, di un'organizzazione di tipo "orizzontale" (rispetto a quella verticale dei reparti) che serve a coordinare con il miglior risultato e il minor spreco di beni ed energie l'attività svolta nei luoghi di ricovero. Il dirigente responsabile del dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e il budget all'interno dei quali dovranno operare tutti gli altri dirigenti che ne fanno parte.

Dipartimenti di prevenzione

Sono la struttura operativa delle aziende Usl per promuovere la salute, prevenire le malattie ecc. Garantiscono la profilassi delle malattie infettive, cronico-degenerative, la tutela degli ambienti di vita e lavoro, l'assistenza veterinaria, la tutela degli alimenti e dell'ambiente.

Direttori generali

Sono scelti dalla Regione, con riferimento ai soli requisiti richiesti (laurea; esperienza quinquennale di dirigenza nei 10 anni precedenti, ecc.) e senza valutazioni comparative: si tratterà di un rapporto fiduciario. Alla nomina i direttori generali dovranno possedere il certificato di frequenza

con esito positivo a un corso specifico di formazione manageriale attivato dalla Regione. Trascorsi 18 mesi dalla nomina la Regione - sentiti i Comuni - verifica i risultati ottenuti rispetto alle indicazioni programmatorie assegnate e provvede eventualmente alla revoca dell'incarico. La risoluzione del contratto può essere chiesta anche dai Sindaci, nel caso il direttore generale non abbia rispettato gli obiettivi fissati nel cosiddetto "Piano attuativo locale", quello, cioè, che contiene gli indirizzi della programmazione sanitaria sul territorio di cui fa parte il Comune (o l'associazione fra Comuni) e che concordato con gli stessi Sindaci.

Distretto

E' la vera articolazione territoriale e organizzativa della Azienda Usl. I distretti sono disciplinati dalla Regione e assistono una popolazione di almeno 60mila abitanti. Sono dotati di budget; gestiscono i servizi di assistenza primaria (con l'integrazione fra medici di famiglia, pediatri di libera scelta, medici di continuit assistenziale ecc.), ambulatoriale e a domiciliare; provvedono al sostegno alle famiglie, agli anziani, ai pazienti affetti da Aids e garantiscono le attività sanitarie e socio-sanitarie delegate loro dai Comuni, coordinandosi con le attività ospedaliere. I medici di famiglia e i pediatri sono organicamente inseriti nelle strutture dipartimentalizzate e l'integrazione funzionale prevista anche per le attività di tutela della salute mentale e la prevenzione.

Domanda

Richiesta esplicita di intervento da parte degli utenti nei confronti dei servizi. La domanda pu essere una semplice presentazione di problemi o un'effettiva richiesta di prestazioni.

DRG: Diagnosis Related Groups

Sistema di classificazione della casistica ospedaliera di ricovero per acuti fondato sul principio di attribuzione dei pazienti a classi omogenee rispetto a caratteristiche cliniche e assistenziali e, quindi, presumibilmente omogenee anche rispetto ai profili di trattamento e alle risorse consumate (sistema iso-risorse). Il sistema stato introdotto CON L'AZIENDALIZZAZIONE.

Economia di scala

Fenomeno in base al quale, a fronte di un aumento della quantità prodotta, si determina una riduzione dei costi medi di produzione.

Efficacia

Capacità di raggiungere il risultato desiderato. In ambito sanitario l'efficacia riferita agli esiti del processo assistenziale e sarà tanto maggiore quanto minore sarà lo scarto tra i risultati ottenuti (outcome) e gli obiettivi (effetti attesi). Una corretta interpretazione del termine presuppone la distinzione tra efficacia teorica ed efficacia pratica. (Vedere rispettive definizioni).

Efficacia pratica (effectiveness)

Capacità di raggiungere il risultato desiderato in condizioni operative reali, con casistiche poco selezionate e di solito con variabili di contesto e condizioni organizzative peggiori di quelle proprie degli studi sperimentali.

Efficacia teorica (efficacy)

Capacità di raggiungere il risultato desiderato in condizioni o studi sperimentali, con casistiche selezionate, variabili di contesto e condizioni organizzative controllate e migliori di quelle presenti nella pratica routinaria.

Efficienza

Capacità di produrre migliori risultati quali-quantitativi a parità di risorse, ovvero di produrre gli stessi risultati con un minore impiego di risorse.

Equità

Conformità a un principio che definisce ciò che giusto ed equo nella distribuzione dell'assistenza sanitaria e dei suoi benefici tra i membri di una popolazione (ad esempio, il principio che corretto fornire la stessa assistenza a parità di bisogno e non indistintamente la stessa assistenza, come vorrebbe un principio di uguaglianza).

Esito (outcome)

Modificazione delle condizioni di salute prodotto nei destinatari dagli interventi sanitari.

F

Fabbisogno di personale

E' determinato annualmente dal ministero della Sanità, in base agli obiettivi del Piano sanitario nazionale e all'offerta e domanda di lavoro nel settore, ai soli fini della programmazione dei cor-

si di diploma e di laurea da parte del ministero dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica (Murst).

Fattore produttivo

Ogni elemento a valore economico impiegato nella erogazione di una prestazione e nello svolgimento di un'attività (ad esempio personale, attrezzature sanitarie ed economali, beni di consumo, servizi in convenzione o in appalto, ecc.) e che quindi concorre alla formazione del costo di produzione.

Finanziamento

Per la quantificazione delle risorse disponibili per il Servizio sanitario nazionale la riforma ha introdotto per la prima volta il criterio guida della "contestualità": i livelli essenziali e uniformi di assistenza - ovvero le prestazioni gratuite o con ticket che dovranno essere assicurate dal Servizio sanitario nazionale per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale - saranno individuati contestualmente alla definizione delle compatibilità economiche da parte del il Documento di programmazione economico-finanziaria (Dpef).

Fondi integrativi del Ssn

Possono essere istituiti da soggetti pubblici e privati in base a contratti e accordi collettivi; regolamenti di Regioni, enti territoriali e locali; deliberazioni di organizzazioni no-profit o di societ di mutuo soccorso. Sono autogestiti o affidati in gestione tramite convenzioni con istituzioni pubbliche e private. Regioni ed enti locali possono partecipare alla loro gestione. Un regolamento ne disciplina il funzionamento (comprese le garanzie per i sottoscrittori e le cause di decadenza dalla qualificazione di fondo integrativo Ssn).
I "Fondi integrativi del Ssn" non devono adottare strategie di selezione dei rischi da coprire e continueranno a godere delle attuali agevolazioni fiscali. Un decreto del ministro della Sanità ha elencato le prestazioni che possono essere garantite. In particolare possono essere utilizzati per: potenziare l'erogazione di prestazioni eccedenti i livelli uniformi ed essenziali di assistenza da parte di strutture accreditate, garantire l'onere dei ticket (per le prestazioni libero-professionali, domiciliare ecc.), la medicina non convenzionale anche presso strutture sanitarie non accreditate, le cure termali e odontoiatriche non a carico del Ssn.

Formazione continua e manageriale

Gli operatori sanitari avranno da luglio 2001 l'obbligo della formazione continua, che comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. Una Commissione nazionale ha definito obiettivi formativi e ha iniziato l'accreditamento delle strutture per la formazione, approvando i relativi progetti e definendo i "crediti" per ogni attività, il punteggio, cio, che sarà possibile acquisire in funzione della formazione e dell'aggiornamento conseguiti.
La partecipazione ai programmi di formazione requisito indispensabile per svolgere attività professionale, da dipendente o libero professionista, per le aziende ospedaliere, per le Usl, per le strutture private. Queste ultime, anzi, dovranno garantire i livelli di formazione dei propri operatori per ottenere e mantenere l'accreditamento con il Ssn. Saranno i contratti di lavoro a stabilire le penalizzazioni anche economiche per il personale del Ssn che nel triennio non conseguirà il numero minimo di crediti previsto. La formazione manageriale infine il requisito necessario per tutte le funzioni dirigenziali di II livello: i corsi saranno organizzati dalle Regioni e dall'Istituto superiore di Sanità.

Finanziamento su base capitaria

Modalità di ripartizione del Fondo Sanitario basata sulla definizione di una quota pro-capite stabilita a livello centrale sulla scorta di coefficienti parametrici e in riferimento a predefiniti livelli uniformi di assistenza.

Free-wheeling

Parola inglese (letteralmente significa "andare a ruota libera") che indica una tecnica di confronto di idee simile al brain-storming (Vedi), ma attuata da singoli, anzichè da gruppi.

G

GANTT (diagramma di)

E' un diagramma a barre che riporta il tempo sull'asse orizzontale e i fattori/attività da schedulare sull'asse verticale. E' utilizzato per pianificare le attività e controllarne lo stato di avanzamento.

Gruppo nominale (tecnica del)

Tecnica di conduzione di un gruppo elaborata e applicata per la prima volta da A.L. Delbecq. E' utilizzata per strutturare in maniera formale la conduzione di un gruppo al fine di ottenere consenso riguardo ad aspetti che richiedono decisioni condivise e ponderate (selezione di problemi,

definizione di criteri, individuazione delle priorità, proposta di soluzioni, valutazione di risultati). La tecnica originaria consta di 6 tappe principali: individuazione dell'obiettivo del gruppo, elencazione individuale delle idee (problemi o soluzioni), elencazione in gruppo delle idee (problemi o soluzioni), discussione di gruppo, classificazione e scelta individuale delle priorità, classificazione e scelta in gruppo delle priorità.

I

Indicatore

Informazione selezionata dal sistema informativo che consente di misurare cambiamenti in relazione a criteri definiti e permette di monitorare aspetti specifici delle politiche sanitarie e/o fattori pertinenti i fenomeni in studio per operare confronti ed esprimere giudizi.

Indice di case-mix (ICM)

Indicatore sintetico che, utilizzando il sistema di classificazione per DRG, consente di valutare la complessità relativa della casistica trattata in reparti od ospedali posti a confronto. Assume valori superiori a 1 quando la complessità della casistica del reparto in studio è maggiore di quella osservata in una popolazione di degenti prescelta come standard, e viceversa.

Indice comparativo di performance (ICP)

Indicatore sintetico che, utilizzando il sistema di classificazione per DRG, consente di valutare la performance relativa della casistica trattata in reparti od ospedali posti a confronto. Assume valori superiori a 1 quando la performance del reparto in studio peggiore di quella attesa in base allo standard di riferimento prescelto, e viceversa.

Indice di consumo delle risorse ospedaliere

Misura il consumo di assistenza ospedaliera da parte della popolazione residente in una Azienda USL. Si calcola come rapporto per mille fra il totale dei punti DRG dell'attività di ricovero e la popolazione residente.

Indice di dipendenza della popolazione

Indica la percentuale di pazienti, appartenenti a quella popolazione, ospedalizzati in ciascuna delle strutture ospedaliere considerate. In altre parole indica da quali strutture "dipende" la popolazione in esame per l'attività di ricovero, ovvero a quali strutture la popolazione si rivolge.

Indice di dipendenza della struttura

Esprime la frequenza dei ricoveri secondo la provenienza sul totale dei ricoveri della struttura. Tale indice esprime la "committenza" della struttura, ovvero quali popolazioni (e in quale percentuale) costituiscono la "clientela" di quell'ospedale.

Integrazione socio-sanitaria

Sono prestazioni socio sanitarie tutte le attività necessarie a soddisfare, con percorsi integrati, i bisogni che richiedono contestualità fra prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale garantendo, anche nel lungo periodo, continuità fra cura e riabilitazione. Le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria (che saranno assicurate dalla Usl, mentre le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni) riguardano prevalentemente l'area materno-infantile, gli anziani, l'handicap, le patologie psichiatriche, la dipendenza da droga, alcool e farmaci, le patologie per infezione da Hiv, l'assistenza ai malati terminali, le disabilità derivanti da malattie croniche. Sono le Regioni a definire i criteri di finanziamento e di gestione integrata fra Usl e Comuni

M

Make or buy

E' il processo che conduce a decidere se produrre internamente o affidare a terzi la realizzazione di un certo prodotto/operazione o servizio.

Management

Termine anglosassone di uso universale che indica l'insieme delle tecniche di gestione delle organizzazioni, il complesso delle funzioni di gestione e, anche, il gruppo dirigente di una organizzazione.

Margine di contribuzione

Indicatore sintetico dell'efficienza gestionale. E' dato dalla differenza tra il fatturato netto e i costi variabili. Confrontato con i costi fissi, permette di identificare il punto di pareggio (break-

even point) dell'impresa, cioè il volume di vendita che consente di coprire tutti i costi fissi. Oltre tale punto, l'Azienda comincia a ottenere un utile. Viene normalmente espresso in termini percentuali riferiti al fatturato netto:
margine di contribuzione % = [(fatturato netto - costi variabili) / fatturato netto] x 100

Marketing

Gestione dei rapporti di scambio da parte di un'organizzazione con i mercati. Comporta l'analisi, la pianificazione, la realizzazione ed il controllo di programmi finalizzati allo sviluppo di tali rapporti. Il marketing nelle Aziende di servizio che operano in regime di concorrenza consente di instaurare e di promuovere rapporti e scambi con i clienti /utenti finalizzati alla trasparenza, alla valutazione e al miglioramento della qualit dell'attività svolta e delle prestazioni erogate.

Medicina di base

Le convenzioni dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta si basano sui seguenti criteri: libera scelta del medico da parte dell'assistito (annuale, a tacito rinnovo, revocabile); cessazione del rapporto del medico con il servizio pubblico in caso di richiesta di indebito pagamento di prestazioni; compensi ai medici parte in quota fissa, su base annuale, parte in quote variabili per obiettivi e livelli di spesa programmati e in relazione ai programmi di distretto; individuazione della specificità di alcuni settori con garanzia di continuità assistenziale per l'intera giornata, attraverso l'associazionismo medico; riserva di posti per le zone carenti ai medici con attestato di formazione specifico; possibilità di accordi con i medici già in convenzione che operano in forma associata; sospensione temporanea del convenzionamento in caso di direzione di distretto; ampliamento della platea dei medici di medicina dei servizi e guardia medica per il passaggio alla dipendenza Ssn; possibilità per i medici convenzionati di esercitare anche la libera professione. Entrano a far parte a pieno titolo del settore della medicina di base anche i medici della ex guardia medica, ora definita continuità assistenziale, e tutti coloro i quali operano comunque in modo integrato nel distretto sanitario.

Medici dipendenti

I medici che lavorano per il Servizio sanitario nazionale sono tutti dirigenti e rientrano in un unico ruolo, distinto per profili professionali, e in un unico livello, articolato in relazione alle responsabilità professionali e gestionali. In precedenza esistevano due livelli: al primo si collocavano quelli che nell'ordinamento ancora precedente erano definiti assistenti e aiuti; al secondo c'erano i vecchi primari. Questi, una volta conquistato il loro ruolo apicale, non lo perdevano più, mentre ora devono fare i conti con la selezione e con la valutazione dell'attività professionale per rimanere in possesso della funzione dirigenziale. Alla dirigenza medica si accede mediante concorso pubblico per titoli ed esami. Il dirigente sottoposto a verifica triennale (chi ha un incarico di struttura, anche al termine dell'incarico). Per accedere alla dirigenza delle strutture complesse è obbligatorio il possesso dell'attestato di formazione manageriale da conseguire entro un anno dall'incarico (sono esonerati i dirigenti gi confermati nell'incarico).
Gli incarichi di direzione di struttura implicano il rispetto del rapporto di lavoro esclusivo con il Servizio sanitario nazionale o l'esercizio della libera professione intramuraria e sono conferiti (3-7 anni, rinnovabile) nel limite delle strutture esistenti (5-7 anni per la struttura complessa). I rapporti a tempo definito sono soppressi.
I primari già dirigenti di struttura al 31 dicembre 1998 che, in base alla precedente riforma non avevano optato per l'incarico quinquennale, dovranno essere verificati: se la supereranno, potranno essere confermati per altri sette anni, altrimenti passeranno ad altro incarico professionale.

Medici dipendenti: il lavoro in esclusiva e la libera professione

Fra le novità per i medici la riforma ha introdotto anche il rapporto esclusivo, obbligatorio per i neo-assunti dal gennaio 1999 e per quanti hanno optato per la libera professione intramoenia (cio svolta all'interno dell'azienda da cui il medico dipende). Gli altri possono chiedere il passaggio all'esclusiva: la scelta non revocabile, la decorrenza definita dall'azienda; il trattamento economico e aggiuntivo sono definiti dal contratto. L'esclusiva rappresenta un titolo di precedenza per gli incarichi quinquennali, di struttura, didattici, di ricerca, comandi e corsi di aggiornamento. Esclusiva o intramoenia sono obbligatorie per la direzione di struttura. L'esclusiva comporta: il diritto alla libera professione in azienda (al di fuori dell'impegno di servizio e con produttivit e orario limitato); la partecipazione ai proventi di attività in equipe anche in strutture non accreditate e di attività richieste a pagamento da terzi all'azienda. Le modalità di svolgimento delle attività libero professionali saranno stabilite dai direttori generali. Le norme sull'esclusiva valgono anche per gli universitari: norme specifiche sono fissate con il decreto legislativo che rimodella i rapporti fra Servizio sanitario nazionale e Università.

Per quanto riguarda la libera professione extramoenia (svolta cio al di fuori delle aziende del Servizio sanitario nazionale) i dirigenti in servizio a fine 1998 che scelgono di non rinunciarvi sono comunque tenuti alla totale disponibilità di servizio, da assicurare in volumi, attività, prestazioni e sedi che saranno fissate dall'azienda.

Mercato misto

Nel campo dell'analisi economica dei sistemi sanitari, indica un modello di mercato caratterizzato dalla presenza di un ente pubblico finanziatore delle cure (lo Stato che regola anche l'accesso all'assistenza) che si propone come acquirente, per conto della collettività, di tutti i servizi sanitari, e di produttori pubblici e privati che operano in regime di concorrenza per la fornitura di prestazioni e/o servizi. Nel mercato misto tutti i produttori vengono messi in competizione e stimolati a massimizzare il livello di efficienza produttiva per ridurre i prezzi e vincere la concorrenza.

Meta-analisi

Metodo statistico di sintesi delle informazioni raccolte da articoli inerenti lo stesso argomento. L'analisi dei dati così raccolti consente di fornire stime migliori, aumentando la probabilità di rilevare differenze significative tra i gruppi a confronto. Particolarmente utilizzata nella messa a punto di linee guida cliniche.

Missione

Ragione fondamentale per cui l'organizzazione esiste; proposito di base dell'organizzazione; ciò che l'organizzazione sceglie di fare per ottenere riconoscimento, soddisfare i bisogni dei clienti/utenti e realizzare i propri obiettivi.

Monitoraggio

E' lo strumento di verifica dell'evoluzione di un fenomeno, attraverso misurazioni ripetute e continuative di una molteplicità di indicatori.

Motivazione

Termine generico che indica l'insieme dei fattori psicologici e delle forze (coscienti e inconsce) che influenzano il comportamento della persona determinando, in parte, la decisione e la forza delle sue azioni.

N

Nomenclatore tariffario

Elenco sistematico e completo delle prestazioni, oggetto di transazione, e delle rispettive tariffe. Precisa i prezzi (massimi, minimi, ecc.) di acquisto di ogni singola analitica prestazione e regola i rapporti tra Servizio Sanitario Nazionale e produttori di prestazioni.

O

Organigramma

Schema o rappresentazione grafico-descrittiva della struttura aziendale, dei rapporti gerarchici e degli aspetti organizzativamente rilevanti delle funzioni, delle attività e delle loro reciproche relazioni.

Organizzazione

Insieme differenziato di parti che svolgono funzioni differenti, ma integrate rispetto all'insieme. In ambito aziendale, per organizzazione formale si intende la differenziazione dei compiti e dei ruoli fra i gruppi e gli individui (stabilita dalla Direzione) e la loro coordinazione per il raggiungimento di un fine produttivo e sociale comune. In un'altra accezione, il termine esprime il coordinamento razionale delle attività di un certo numero di persone per il raggiungimento di uno scopo comune ed esplicito, attraverso la divisione del lavoro (differenziazione dei ruoli) e una gerarchia di livelli di autorità (differenziazione gerarchica).

Organizzazione professionale

"Burocrazia professionale" secondo la definizione di H. Mintzberg (1989). Organizzazione caratterizzata da un nucleo operativo di base costituito da professionisti e da un forte decentramento decisionale. La natura professionale dell'organizzazione comporta che il nucleo operativo di base giochi un ruolo decisivo e diretto nella determinazione degli orientamenti dell'organizzazione, riducendo al minimo, rispetto a organizzazioni di altra natura, l'influenza del vertice e delle altre componenti aziendali. In questo contesto il coordinamento aziendale - specialmente di tipo orizzontale - può essere assicurato mediante la standardizzazione delle specializzazioni e delle conoscenze (ad esempio, il buon andamento delle attività operatorie funzione della capacità di medici chirurghi e anestesisti di seguire prassi standardizzate).

Ospedali

Alle due tipologie previste dal servizio pubblico - gli ospedali azienda e quelli direttamente gestiti dalle Aziende Usl - si sono affiancati gli ospedali convenzionati obbligatoriamente (a esempio quelli religiosi), gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, i policlinici universitari ecc. A confermare o a proporre la costituzione in azienda degli ospedali sono le Regioni dopo aver verificato la rispondenza ai requisiti previsti dalla riforma: organizzazione dipartimentale; contabilità economico-patrimoniale e per centri di costo; almeno tre alte specialità e dipartimento di emergenza di II livello; ruolo di ospedale di riferimento in programmi regionali o interregionali; ricoveri ordinari di pazienti di altre Regioni e complessità della casistica superiore di almeno il 20% al valore medio regionale (isole escluse); patrimonio immobiliare adeguato e sufficiente alle attività istituzionali.

Le aziende ospedaliere già esistenti che non soddisfano tutti i suddetti requisiti devono adeguarsi nei tre anni successivi alla riforma, pena la decadenza: ulteriori verifiche scatteranno poi a ogni Piano sanitario regionale. Non si conferma e non si potrà costituire in azienda l'unico ospedale presente nella Usl.

Output (prodotto)

In campo organizzativo indica il prodotto (prestazioni, se riferito ad Aziende di servizio); da non confondere con outcome (esiti di salute)

P

Partecipazione

In ambito sanitario e sociale indica il diritto di utenti o di loro rappresentanti formali di ricevere informazioni utili e fruibili, di avanzare richieste e proposte, di contribuire al processo decisionale.

Patrimonio Usl e ospedali

Il patrimonio delle Usl e delle aziende ospedaliere costituito da tutti i beni mobili ed immobili a esse appartenenti, compresi quelli da trasferire o trasferiti loro dallo Stato o da altri enti pubblici, in virtù di leggi o di provvedimenti amministrativi, nonchè da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio dell'attività. Le aziende possono disporre del patrimonio secondo il regime di proprietà privata, ma i beni utilizzati ai fini istituzionali sono indisponibili; la vendita di beni immobili autorizzata dalla Regione; le donazioni sono esentasse.

Patient Management Categories (PMC)

Sistema di classificazione dei pazienti il cui scopo specifico consiste nella definizione della complessità dell'assistenza prestata e dell'entità delle risorse consumate (sistema iso-risorse).

PDCA

Acronimo di "plan/do/check/act" (pianificare, attuare, verificare, standardizzare). Nel campo della qualità totale il ciclo costituisce una metodologia per la soluzione dei problemi, utile per non ripetere l'errore e comprendere come riprodurre il successo. Le fasi prevedono l'individuazione dei problemi, la scelta dei problemi prioritari, l'analisi delle possibili cause, la verifica delle cause, l'identificazione della soluzione, la progettazione dell'intervento migliorativo, la verifica e la standardizzazione della soluzione efficace.

Peer review (revisione tra pari)

Attivit collegiale di valutazione professionale effettuata da esperti riconosciuti che sottopongono a revisione la documentazione clinica in base a criteri espliciti. L'attività promossa su base volontaria direttamente dalle quipe interessate.

Pensioni

I medici dipendenti, se primari, non possono pùi restare in servizio fino a 70 anni. Il limite d'età fissato per tutti a 65 anni (+ 2, secondo la norma generale) sia per la dirigenza del Ssn che per i convenzionati. Per i medici universitari (per le attività assistenziali) il limite fisso a 67 anni per lo svolgimento delle attività assistenziali e i protocolli d'intesa Università-Servizio sanitario nazionale prevederanno il loro utilizzo per consulenze e prestazioni a elevata professionalità. Per chi in base alle norme vigenti ha diritto a restare in servizio oltre i 67 anni, le norme scattano dopo un biennio.
La stessa norma per il pensionamento al massimo a 65 anni dovrà essere applicata anche ai medici convenzionati, ma le modalità per farlo saranno scritte nelle nuove convenzioni.

Performance (sanitaria)

Quanto un'organizzazione sanitaria fa e ottiene svolgendo le funzioni fondamentali che le sono caratteristiche.

PERT (Program Evaluation and Review Technique)

Tecnica di schedulazione che identifica i collegamenti esistenti tra le diverse attività necessarie a completare un certo progetto. Oltre alle attività (rappresentate da una freccia), identifica i momenti (eventi) in cui ciascuna attività ha inizio o termine (rappresentati da un cerchio). Una volta preparato l'insieme delle attività e dei tempi relativi, consente di identificare il percorso critico, cioè l'insieme delle attività e degli eventi sequenziali che richiedono il tempo più lungo.

Pianificazione strategica

Processo decisionale attraverso il quale si definiscono le finalità e gli obiettivi dell'organizzazione, il loro impatto sui mezzi da utilizzare e sulle politiche che debbono informare l'acquisizione, l'uso e l'allocazione delle risorse.

Piani sanitari

E' il Piano sanitario nazionale a dare indicazioni in merito alle linee di politica sanitaria e agli obiettivi di salute da conseguire in modo uniforme su tutto il territorio italiano. I piani sanitari elaborati dalle singole Regioni rappresentano l'atto concreto di programmazione degli interventi a livello locale.

La nuova organizzazione dunque in sintonia con l'introduzione del federalismo a livello regionale: il Piano sanitario nazionale un documento di indirizzo a livello programmatorio generale, quelli regionali sono gli strumenti per indicare alle aziende sanitarie la via da seguire a livello locale e, pur essendo obbligatori, vengono gestiti autonomamente da ogni Regione. Il Ministero della Sanità esprime il proprio parere sugli schemi messi a punto dalle amministrazioni locali per verificare la coerenza con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale e, in assenza di piano sanitario regionale, può nominare Commissari ad acta per l'attuazione del Piano sanitario nazionale.

Prestazione

Termine ambiguo con cui possono essere designati servizi a livello di aggregazione e di complessità estremamente diversi. Il range di servizi designati con tale termine può andare dalla singola attività o procedura rivolta al paziente (determinazione della glicemia) al servizio reso per affrontare un determinato problema clinico (un ricovero ospedaliero), fino a includere un intero episodio di assistenza (attività necessarie per risolvere un episodio di malattia, sia di ricovero che ambulatoriali).

La definizione operativa della "unità di prestazione", assunta come "unità di pagamento", rappresenta la decisione più complessa e delicata nel disegno di un sistema di pagamento a prestazione.

Prezzi di trasferimento

Prezzo convenzionale al quale un determinato bene viene scambiato fra due diversi enti (o divisioni/servizi) facenti parte di uno stesso gruppo societario. Ha valore per lo più figurativo ed impiegato per monitorare la performance delle singole unità operative.

Prezzo

Quanto viene dato in cambio, in termini monetari, di un bene o servizio.

Problem setting (definizione del problema)

Approccio metodologico per definire il problema, oltre che la qualità e la quantità dei dati necessari per impostarlo e documentarlo.

Problem solving (soluzione dei problemi)

Approccio metodologico per la soluzione dei problemi che prevede formulazione di ipotesi, scelta della soluzione più conveniente nel contesto considerato, progettazione dell'intervento per realizzare l'opzione prescelta e verifica dei risultati.

Project management

Complesso di metodologie e di tecniche, gestionali e organizzative, utilizzate per la pianificazione e il controllo dei progetti. (ad esempio, sviluppo di un nuovo progetto assistenziale, studio e realizzazione di un nuovo poliambulatorio ecc.).

Q

Qualità-totale

E' un sistema di management innovativo rivolto al miglioramento continuo e diretto a ottenere la soddisfazione del cliente (inteso come destinatario del prodotto/servizio/prestazione) mediante il convolgimento organizzato di tutti i membri di ogni settore aziendale. Lo scopo della Qualità Totale quello è di raggiungere gli obiettivi dell'organizzazione attraverso un'ampia gamma di

attività, metodologie e tecniche applicate a tutti gli aspetti delle operazioni aziendali (progettazione, produzione, distribuzione, ecc.).
E' un criterio-riferimento presente ovunque nel testo della riforma. La qualità rappresenta uno fra i principali obiettivi che il Servizio sanitario nazionale deve assicurare nell'erogazione delle prestazioni e riguarda non solo l'aspetto clinico-assistenziale delle prestazioni, ma anche quello sociale ed economico. La Commissione nazionale per l'accreditamento, istituita presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, ha competenza anche sulla qualità dei servizi sanitari e sulle procedure di verifica: chi non raggiunge i livelli richiesti non potrà più lavorare per il Ssn.

Quality Assessment (Valutazione della qualità)
Processo di valutazione degli attributi di qualità di un prodotto o servizio, sulla base di criteri e standard predefiniti e validi in un contesto professionale specifico.

Quality Assurance (Verifica e revisione di qualità - VRQ)
Processo dinamico di valutazione e promozione delle attività, dei programmi e delle procedure, teso a garantire che un prodotto, o un servizio, soddisfi determinati requisiti di qualità. La QA tende a prevenire gli atti di qualità scadente, oltre che a valutarli, coinvolgendo tutti gli operatori del processo fin dalla prima fase della sua progettazione.

R

Reddito di esercizio
Misura del risultato economico di periodo dell'impresa/azienda che funziona come l'indicatore dell'efficienza e dell'efficacia della gestione aziendale.

Remunerazione e tariffe
Le strutture che erogano prestazioni a carico del Ssn sono finanziate attraverso un doppio binario: c' è un ammontare globale predefinito, indicato negli accordi contrattuali, cui concorrono i costi standard di produzione delle "funzioni assistenziali" (es. i programmi per malattie rare, croniche e recidivanti; l'emergenza sanitaria; i trapianti d'organo, ecc.; saranno individuate con decreto del ministro della Sanità) mentre per le altre attività (degenze ecc.) è rimastoi il sistema del pagamento delle prestazioni a tariffa. Sono inoltre stati affidati ad altrettanti decreti ministeriali i sistemi di classificazione e le tariffe, i criteri per l'adozione dei tariffari regionali per classi di strutture, la disciplina dell'assistenza protesica e la compensazione interregionale.

Ribaltamento dei costi

Procedura utilizzata in contabilit analitica per attribuire i costi dei centri di prestazioni comuni e intermedie ai centri di prestazioni finali.

Ricerca operativa

Disciplina nata durante l'ultimo conflitto mondiale per risolvere problemi logistici e operativi. Include lo sviluppo e l'applicazione di tecniche quantitative alla soluzione di problemi complessi. Il processo decisionale che presuppone si avvale del supporto di modelli teorici e di metodologie statistiche e di calcolo che consentono di identificare, formulare, risolvere, validare, controllare un determinato problema.

Ricerca sanitaria

La riforma ha definito le finalità e gli obiettivi della ricerca sanitaria, prevedendo un programma nazionale articolato in ricerca corrente e ricerca finalizzata. La ricerca svolta dalle Regioni, dall'Istituto superiore di sanità, dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro, dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali, dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e dagli Istituti Zooprofilattici sperimentali. Possono concorrere anche le Università, il Consiglio nazionale delle ricerche e gli altri enti di ricerca pubblici e privati e le imprese pubbliche e private.

Un nuovo Comitato etico nazionale valuterà i progetti di ricerca e le sperimentazioni cliniche sotto il profilo etico, segnalerà le priorità di interesse dei progetti di ricerca, coordinerà le valutazioni etico-scientifiche di sperimentazioni cliniche multicentriche di rilevante interesse nazionale, relative a medicinali o a dispositivi medici, ed esprimerà un parere su ogni questione tecnico-scientifica ed etica connessa a queste materie.

Risorse

Nel linguaggio corrente, quando si parla di risorse, ci si riferisce per lo più a quelle economiche. Nell'ambito aziendale si intende invece ogni elemento disponibile e/o attivabile per il raggiungimento degli obiettivi di servizio (persone, modelli organizzativi, procedure, esperienze, informazioni, tecnologie, strutture, tempo e ogni altro elemento). In tal senso il termine non può essere considerato sinonimo di fattori produttivi (Vedi).

ROD (Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi)

Traduzione italiana di DRG (Vedi).

S

Servizio Sanitario

Insieme delle risorse umane, materiali e finanziarie utilizzate in modo strutturato per produrre prestazioni finalizzate a mantenere o migliorare lo stato di salute.

Sicurezza

Grado in cui il rischio legato a un intervento e il rischio presente nello stesso ambiente assistenziale sono ridotti, sia per il paziente, sia per chi ne è partecipe ad altro titolo, inclusi gli operatori sanitari.

Simulazione

Tecnica basata sulla costruzione di modelli capaci di rappresentare una data realtà e i problemi che la contraddistinguono. La ricerca della soluzione dei problemi e della modificazione presunta della realtà in esame viene condotta attraverso l'esame del comportamento del modello a fronte di diverse ipotesi.

Sistema

Complesso di parti aggregate in modo non casuale, nel quale ciascuna parte dipende dalle altre e le relazioni che le connettono sono comprensibili. Il concetto di sistema pu avere due connotazioni fondamentali e alternative: equilibrio/staticità, evoluzione/dinamismo.

Sistema Sanitario

L'insieme dei fattori strutturali della organizzazione sanitaria di un Paese che influenzano lo stato di salute (cosidetti fattori determinanti) e di benessere degli individui e delle popolazioni e le loro interrelazioni.

Dipartimenti ospedalieri

Sono il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende ospedaliere. Si tratta, in sostanza, di un'organizzazione di tipo "orizzontale" (rispetto a quella verticale dei reparti) che serve a coordinare con il miglior risultato e il minor spreco di beni ed energie l'attività

svolta nei luoghi di ricovero. Il dirigente responsabile del dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e il budget all'interno dei quali dovranno operare tutti gli altri dirigenti che ne fanno parte.

Sistema di premio/sanzione

Sistema di informazioni che, nel processo del controllo di gestione, consente ai responsabili dei centri di costo e ai responsabili della gestione complessiva di confrontare input e output attesi con quelli effettivi.

Sperimentazioni gestionali

Sono autorizzate dalla Conferenza Stato-Regioni e prevedono la collaborazione tra sistema pubblico e soggetti privati (nel limite massimo del 49%), anche con società a capitale misto, privilegiando il no-profit, che comunque concorre con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate alla realizzazione dei doveri di solidarietà e diviene parte integrante del Servizio sanitario nazionale.

Spesa

Erogazione monetaria corrispondente alla acquisizione di un fattore produttivo (Vedi anche alla voce Costo).

Stakeholders

Nella cultura d'impresa di origine anglosassone il termine indica tutti i soggetti (attori) sociali e istituzionali che agiscono con ruoli diversi, che sono portatori di interessi di natura diversa nei confronti dell'organizzazione stessa (nel caso di un'Azienda Sanitaria gli stakeholders sono gli utenti, le organizzazioni sindacali, i politici della comunità, i professionisti, le organizzazioni scientifiche, ecc.) e che, conseguentemente, ne possono influenzare gli orientamenti. Secondo Morgan guardare la propria organizzazione con gli occhi degli stakeolders rappresenta una delle caratteristiche positive principali di una gestione orientata verso la ricerca della qualità dell'organizzazione stessa.

Standard

Termine con molti significati che, in genere, indica il riferimento ottimale, il valore assunto o auspicato da un indicatore su una scala di riferimento. In VRQ si usava per indicare la soglia, ma tale uso deve essere considerato superato e non appropriato. Molti propongono di utilizzarlo per indicare l'insieme di criterio (o indicatore) e soglia. In programmazione sanitaria inteso co-

me valore raccomandato di risorse. Nei manuali di accreditamento spesso usato, non del tutto propriamente, come sinonimo di requisito.
La Carta dei servizi definisce lo standard come "valore atteso per un certo indicatore".

Stato patrimoniale

Composizione quali-quantitativa del patrimonio aziendale (beni di investimento, immobili, attrezzature, ecc.) definito attraverso l'esposizione e la valorizzazione dei suoi elementi (attività e passività) e quantificazione del capitale di funzionamento nel suo complesso.

Strategia

Insieme di decisioni sugli obiettivi dell'organizzazione, sul loro cambiamento, sulle risorse da impiegare e sulle politiche da attuare per la loro acquisizione, assegnazione e utilizzo all'interno dell'organizzazione.

System Design (progetto del sistema)

Nell'ambito della Quality Assurance, ogni caratteristica del sistema sanitario in grado di condizionare a priori la qualità (ad esempio, leggi che regolano la formazione degli operatori sanitari, l'organizzazione dei servizi sanitari, i criteri per l'allocazione delle risorse, l'accesso dei cittadini all'assistenza, i requisiti strutturali degli ospedali e dei presidi, ecc.)

T

Tariffa

Termine con numerosi significati. Nel linguaggio comune indica il corrispettivo monetario pagato per una determinata prestazione professionale; sinonimo di onorario.

Technology Assessment (valutazione delle tecnologie sanitarie)

Ambito di ricerca che, attraverso un processo di integrazione di diverse discipline, si propone di combinare le molteplici dimensioni che concorrono a orientare una strategia di trattamento. Le tecnologie oggetto di valutazione sono farmaci, strumenti, attrezzature, procedure mediche o chirurgiche e strutture organizzative e di supporto nel cui ambito vengono prestati tali trattamenti. La valutazione si avvale della sintesi di informazioni attraverso diversi livelli: tecniche di metanalisi, metodologie per l'acquisizione del consenso, formulazione di linee guida e protocolli.

Tecnica Delphi

Tecnica di comunicazione di gruppo finalizzata a ottenere pareri e indicazioni da parte di esperti selezionati su argomenti specifici, mediante l'invio di questionari da compilare in tempi prefissati. Gli esperti vengono contattati individualmente e non conoscono gli altri partecipanti al gruppo, nè il loro parere. La procedura prevede le seguenti tappe: identificazione del problema, individuazione degli esperti, preparazione di un primo questionario e invio, analisi delle risposte ed elaborazione della prima sintesi, preparazione e invio di un secondo questionario contenente quesiti riformulati sulla base degli elementi scaturiti dalla elaborazione del primo, elaborazione delle risposte e della sintesi, eventuale ulteriore invio di questionario, analisi delle risposte e formulazione del rapporto finale.

Teoria delle code

La teoria delle code analizza e descrive il comportamento di un sistema caratterizzato da un servente (ad esempio, un ambulatorio di visita) che fornisce prestazioni a degli utenti. Gli utenti, in funzione delle modalità di arrivo, della distribuzione dei tempi di servizio, della saturazione del servente, costituiscono una coda la cui dimensione dinamica oggetto di analisi. Applicando la teoria delle code è possibile dimensionare opportunamente il servente, ovvero agire sui tempi di servizio e sulle modalità di arrivo per limitare le attese, a parità di saturazione del servente.

U

Università

Le linee guida per i protocolli d'intesa Regioni/Università/Servizio sanitario nazionale sono elaborate ogni tre anni con un decreto interministeriale Università-Sanità, che fissa i parametri di individuazione delle strutture per l'assistenza e la formazione e i diplomi universitari. In precedenza, le Regioni stipulavano direttamente specifici protocolli di intesa con le Università.

V

Veterinaria

La Sanità pubblica veterinaria comprende, in base alla riforma, la sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e la profilassi delle malattie infettive e parassitarie; la farmacovigilanza veterinaria; l'igiene delle produzioni zootecniche; la tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale. A gestirla sono i servizi veterinari, che costituiscono centri di responsabilità: sono

cioè dotati di autonomia tecnico-funzionale e organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale, e rispondono del raggiungimento degli obiettivi del servizio e della gestione delle risorse economiche ad essi attribuite.
I servizi veterinari si avvalgono delle prestazioni e della collaborazione tecnico-scientifica degli Istituti zooprofilattici sperimentali. La programmazione regionale individua le modalità di raccordo funzionale tra i servizi veterinari delle unità sanitarie locali e gli Istituti zooprofilattici sperimentali per il coordinamento delle attività di sanità pubblica veterinaria, nonchè le modalità integrative rispetto all'attività dei Posti di ispezione frontaliera veterinaria e degli Uffici veterinari di confine, porto e aeroporto.

Vision

Esprime le norme, i valori di fondo, gli orizzonti e un'immagine di insieme di ciò che l'organizzazione vuole essere nel suo complesso. La vision è alla base della definizione della mission (Vedi) e come questa deve essere esplicitata dal vertice dell'organizzazione (top management) per sviluppare coesione tra tutti i membri dell'organizzazione.

VRQ

Vedi Quality Assurance.