



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
 AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA DI SASSARI



Via Coppino, 26 - 07100 SASSARI – C.F. - P. IVA 02268260904

DELIBERAZIONE N. 336 DEL 21/06/2017

Oggetto:

APPROVAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE 2017-2019 ex art. 10, c. 1 lett. a D.lgs 150/2009

Struttura Proponente

Servizio Programmazione e Controllo di Gestione

Conto di Costo

Direttore della Struttura Proponente

Dr.ssa Sara Rita Sanna

Responsabile del Procedimento

Dr.ssa Sara Rita Sanna

Estensore: Dr. Giovanni Carlo Nicolino Manzoni

Il Responsabile della Struttura propone l'adozione del presente provvedimento, attestandone conformità alla norma, la corrispondenza del formato cartaceo al file inserito sul SISAR atti nonché l'utilità e l'opportunità per gli obiettivi aziendali e per l'interesse pubblico.

Il Responsabile della Struttura: Dott.ssa Sara Rita Sanna Firma _____

Il Responsabile della Struttura e il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza. Dichiarano inoltre, di aver predisposto la dichiarazione di acquisto inderogabile, agli atti del Servizio.

Il presente provvedimento contiene dati sensibili Sì No

Il Responsabile del procedimento: Dott.ssa Sara Rita Sanna
 Data 21/06/2017 Firma _____

Il Responsabile della Struttura: Dott.ssa Sara Rita Sanna
 Data 21/06/2017 Firma _____

Il Responsabile addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso

È NON È (le motivazioni sono allegate alla presente)
 coerente con le proiezioni economiche comunicate alla Direzione Strategica.
 Spesa prevista _____ C.E. n. _____

Il Responsabile del Controllo di Gestione: Dott.ssa Sara Sanna

Data _____ Firma _____

Il Responsabile del Bilancio con la sottoscrizione del presente atto attesta la copertura economico/finanziaria della spesa di cui al presente provvedimento.

Il Responsabile del Bilancio: Dott.ssa Rosa Maria Bellu
 Data _____ Firma _____

Il Responsabile del Bilancio attesta altresì che la spesa non contrasta gli obiettivi Regionali di contenimento della spesa sanitaria e di rientro dal disavanzo (nota RAS Prot. 4801 del 29.12.2016).

Il Responsabile del Bilancio: Dott.ssa Rosa Maria Bellu
 Data _____ Firma _____

Parere del Direttore Amministrativo: Dott. Lorenzo Pescini (Delibera del Direttore Generale. n. 378 del 02.11.2016)

Favorevole Non Favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)

Data 21/6/17 Firma _____

Parere del Direttore Sanitario: Dott. Nicolò Orrù (Delibera del Direttore Generale. n. 393 del 14.11.2016)

Favorevole Non Favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)

Data 21/06/17 Firma _____

La presente Deliberazione si compone di n. 43 pagine, di cui n. 39 pagine di allegati, che ne formano parte integrante e sostanziale

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE
(Dott.ssa Sara Rita Sanna)

- VISTO** il Decreto Legislativo n. 502 del 30.12.1992: “Riordino della disciplina in materia sanitaria” e s.m.i;
- VISTO** il Decreto Legislativo n. 517 del 21.12.1999: “Disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale ed Università, a norma dell’art. 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419”;
- VISTO** il Protocollo d’Intesa sottoscritto in data 11.10.2004 dalla Regione Sardegna e dalle Università degli Studi di Cagliari e di Sassari;
- VISTA** la Legge Regionale n. 10 del 28.07.2006: “Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna”;
- VISTA** la Legge Regionale n. 17 del 27/07/2016: “Istituzione dell’Azienda per la tutela della salute (ATS) e disposizioni di adeguamento dell’assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale. Modifiche alla Legge Regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della Legge Regionale 26 gennaio 1995, n. 5) e alla Legge Regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del Sistema Sanitario Regionale)”;
- VISTO** l’art. 10 del Decreto Legislativo n. 150 del 27.10.2009: “Attuazione della Legge 15/2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni”, il quale, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, stabilisce che le amministrazioni pubbliche redigono annualmente un documento programmatico triennale, denominato Piano della Performance da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- VISTA** la delibera CIVIT n. 112/2010 avente ad oggetto “Struttura e modalità di redazione del Piano della Performance”, con la quale la CIVIT ha formulato le linee guida per l’adozione del Piano;
- PREMESSO** che il Piano della Performance, a norma dell’art. 10, comma 1 lettera a) del D.Lgs 150/2009, è un Documento Programmatico Triennale che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell’amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori e target;
- PREMESSO** che a norma di quanto stabilito dall’art. 3 del D.lgs n. 150/2009 la misurazione e la valutazione della Performance sono volte al raggiungimento della qualità dei servizi offerti dalle PP.AA. nonché alla crescita delle competenze professionali attraverso la valorizzazione del merito e l’erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative;
- che ogni P.A. è tenuta a misurare ed a valutare la performance con riferimento all’amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità;

che le PP.AA., nell'ambito della loro autonomia normativa e organizzativa, adottano metodi e strumenti idonei a misurare, valutare e premiare la performance individuale e organizzativa, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi;

CONSIDERATO che in conformità alle indicazioni della delibera n° 6/2013 della CIVIT tutte le amministrazioni sono tenute ad adeguare ed integrare il Piano della Performance con le disposizioni previste dalla Legge n°190/2012, in modo particolare con il Piano di Prevenzione della Corruzione, contenendo obiettivi relativi alle misure previste;

RITENUTO di dover procedere ai sensi di quanto disposto dall'art. 10 c. 1 lett. a) del D.lgs 150/2009 all'approvazione del Piano della Performance 2017/2019, allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale.

PROPONE

Per i motivi espressi in premessa, che qui si richiamano integralmente:

- Di approvare il Piano della Performance 2017/2019 dell'AOU di Sassari, allegato alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale;
- Di dare atto che il presente Piano della Performance 2017/2019 verrà pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet aziendale, nella sezione Performance;
- Di incaricare i servizi competenti dell'esecuzione del presente provvedimento.

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

(Dott.ssa Sara Rita Sanna)



IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Antonio D'Urso

Nominato con Decreto del Presidente della Regione Sardegna n. 57 del 03.10.2016

L'anno duemiladiciassette, il giorno ventuno del mese di giugno, in Sassari, nella sede legale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

PRESO ATTO della proposta di Deliberazione avente per oggetto: "Approvazione del Piano della Performance 2017-2019 ex art. 10, c. 1 lett. a D.lgs 150/2009";

DATO ATTO che il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario hanno espresso parere favorevole;

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa, che qui si richiamano integralmente

Di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

- Di approvare il Piano della Performance 2017/2019 dell'AOU di Sassari, allegato alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale;
- Di dare atto che il presente Piano della Performance 2017/2019 verrà pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet aziendale, nella sezione Performance;
- Di incaricare i servizi competenti dell'esecuzione del presente provvedimento.

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Antonio D'Urso)

Dott. Antonio D'Urso
21/06/2017

La presente Deliberazione è in pubblicazione all'Albo Pretorio elettronico del sito dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari dal 21/06/2017 per la durata di quindici giorni

Il Responsabile del Servizio Affari Generali, Legali, Comunicazione e Formazione

PS (Dott.ssa Chiara Seazzu)



*AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
DI SASSARI*

Piano della performance
“2017-2019”



Sommario

1) PRESENTAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE	3
1.1 Finalità.....	3
1.2 Contenuti.....	4
2) SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI	4
2.1 Chi siamo	4
2.2 Cosa facciamo	5
2.2.1 Attività assistenziale	5
2.2.2 Attività Integrata di Didattica e Ricerca.....	14
2.3 Come operiamo	15
3) IDENTITÀ	16
3.1 L'azienda Ospedaliero –Universitaria di Sassari “In Cifre”	16
3.1.1 Risorse Finanziarie Assegnate	16
3.1.2 Utenti serviti	17
3.1.3 Numero Dipendenti.....	17
3.2 Principali dati economico-finanziari	18
3.3 Mandato istituzionale - Missione.....	20
3.4 Albero della Performance	20
4) ANALISI DEL CONTESTO.....	22
4.1 Il contesto esterno	22
4.2 Il contesto interno	24
4.3 SWOT Analysis	25
5) GLI OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI.....	26
5.1 La programmazione degli obiettivi aziendali	26
5.2 Le aree strategiche e obiettivi strategici	27
5.3 Dagli Obiettivi Strategici agli Obiettivi Operativi.....	28
6) IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	32
6.1 Il Ciclo della Performance.....	32
6.2 Coerenza con la programmazione economico – finanziaria e di bilancio.....	33
6.3 Trasparenza, integrità e anticorruzione, coordinamento ed integrazione	34
6.4 Miglioramento del processo di pianificazione.....	35
7) Allegati Tecnici.....	35



1) PRESENTAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE

1.1 Finalità

La performance è il risultato dell'azione di un'azienda rivolta al raggiungimento delle proprie finalità e degli obiettivi prefissati nonché alla soddisfazione dei bisogni per i quali è stata costituita. La misurazione della performance ha assunto rilevanza giuridica, nell'ordinamento italiano, con il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 "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". In tale decreto s'introduce il c.d. Ciclo della Performance, il quale consiste nella definizione degli obiettivi aziendali, nel loro monitoraggio e controllo, ed infine, nella verifica, l'anno successivo, dei risultati raggiunti.

Le aziende sanitarie sono organizzazioni complesse, fondate su individui con diversi livelli di competenze e specializzazioni, articolate in ambiti omogenei (strutture) attraverso cui si realizzano attività e processi e si ottengono risultati finalizzati al raggiungimento di obiettivi prefissati. Occorre, dunque, distinguere tra:

- la *performance organizzativa* (riferibile al "sistema azienda" complessivamente considerato ed alle sue articolazioni organizzative);
- la *performance individuale* (riferibile al singolo dipendente pubblico).

In tale contesto, **il Piano della performance** (art. 10 c. 1 lett. a d.lgs. 27 ottobre 2009 n. 150) rappresenta il documento di programmazione attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio:

- sono individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi (target);
- si definisce la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance* delle varie articolazioni organizzative.

Il Piano rappresenta, dunque, lo strumento principale del ciclo di gestione della *performance* dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari. In qualità di strumento di programmazione di medio periodo, il Piano è modificabile in considerazione:

- a) degli obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria regionale;
- b) modifiche del contesto esterno di riferimento;
- c) modifica della struttura organizzativa e delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda Sanitaria.

Le finalità del Piano possono essere così delineate:

1. garantire "la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance", secondo quanto previsto dall'art. 10 comma 1 del d.lgs. 150/2009;
2. definire gli obiettivi aziendali in modo tale che siano:
 - a. rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle strategie dell'amministrazione regionale ed aziendale;
 - b. specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
 - c. tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
 - d. riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
 - e. commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
 - f. correlati alla quantità ed alla qualità delle risorse disponibili.
3. rendere esplicita e comprensibile la performance attesa, ossia il contributo che l'Azienda sanitaria intende apportare attraverso la propria azione alla soddisfazione dei bisogni di salute della collettività, garantendo al tempo stesso la massima trasparenza ed informazione nei confronti dei cittadini.



Per la redazione del Piano si fa riferimento alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) con la delibera n. 112/2010 del 28 ottobre 2010.

Il documento è stato redatto in modo sintetico, affinché i contenuti possano essere facilmente comunicati e compresi, in modo da rispettare il Principio della Trasparenza previsto dal decreto, inteso come accessibilità totale delle informazioni di interesse per gli stakeholder. Il piano è reso conoscibile e scaricabile *online* sul sito dell'azienda (www.aousassari.it), ad eccezione degli allegati tecnici, come previsto dalla normativa.

Ogni anno successivo all'adozione del Piano della Performance verrà redatto un documento denominato «Relazione sulla performance» che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

1.2 Contenuti

Il Piano della performance (art. 5, comma 1 e art. 10, comma 1 del d.lgs. 150/2009), è elaborato in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio di previsione.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1 del Decreto, all'interno del Piano vengono riportati:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Gli indirizzi strategici (art. 15, comma 2 lett. b del decreto) sono programmati su base triennale e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo regionale e aziendale.

Secondo quanto previsto dall'art. 10, comma 3 del decreto, eventuali variazioni durante l'esercizio degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa ed individuale sono tempestivamente inseriti all'interno del Piano. Gli interventi correttivi sono definiti dall'organo di indirizzo politico amministrativo e possono emergere a seguito del monitoraggio dell'andamento della performance effettuata con il supporto dei servizi preposti.

Il procedimento di programmazione degli obiettivi è condotto nei tempi e con le modalità proprie del ciclo di programmazione e controllo strategico e del sistema di valutazione del personale.

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

2.1 Chi siamo

Il D.Lgs. 517/1999, tuttora vigente, norma i rapporti tra SSN e Università, riunificando in un unico modello, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU), le funzioni di assistenza, ricerca e didattica: l'attività assistenziale, necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle Università, è determinata nel quadro della programmazione nazionale e regionale in modo da assicurarne la funzionalità e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca, secondo specifici protocolli d'intesa stipulati dalla Regione con le università ubicate nel proprio territorio.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari è stata costituita con deliberazione della Giunta Regionale n. 17/2 del 27 aprile 2007, in attuazione della L.R. 28 luglio 2006 n.10 e del Protocollo d'Intesa approvato dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 38/5 del 16 settembre 2004, sottoscritto dalla Regione Sardegna e dalle Università degli Studi di Sassari e Cagliari in data 11 ottobre 2004.

È un'azienda sanitaria di alta specializzazione, avente personalità giuridica di diritto pubblico, dotata di autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e gestionale, e costituisce punto di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Sassari.



Quale parte della rete Ospedaliera Regionale e in relazione alla sua matrice istituzionale di integrazione con l'Università di Sassari, l'AOU di Sassari si colloca nel contesto istituzionale, sociale ed economico del territorio ed orienta la programmazione strategica ed operativa della propria attività, così come le azioni dei propri operatori, sulla base di ben definiti valori di riferimento condivisi anche con l'Università.

Gli organi di governo dell'Azienda sono il Direttore Generale, coadiuvato dai Direttori Sanitario e Amministrativo, il Collegio Sindacale e l'Organo di Indirizzo. Un apparato di staff e uno tecnico-amministrativo, una direzione medica di Presidio Ospedaliero e un apparato sanitario, costituito dalle strutture ospedaliere, completano il quadro.

La Regione Sardegna ha avviato il processo di riforma del Servizio Sanitario Regionale con la Legge Regionale 17 novembre 2014, n. 23 disciplinando in modo aggiornato gran parte degli aspetti sia istituzionali che organizzativi. A fronte di tale riforma, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari, come tutte le Aziende Sanitarie della Sardegna proviene da un periodo di commissariamento rivolto principalmente a dare avvio all'attuazione di un nuovo assetto organizzativo, obiettivo che, tra le azioni principali, ha annoverato l'incorporazione, all'AOU "storica" di Sassari, dell'Ospedale SS Annunziata, già afferente alla ASL 1 di Sassari. L'attuale Azienda è quindi costituita da due plessi ospedalieri: il SS Annunziata ed il plesso le Cliniche di S. Pietro.

Dopo il periodo di commissariamento, la Regione ha successivamente provveduto alla individuazione del Direttore Generale, come previsto dalla normativa in materia, nella prospettiva di implementare e concludere il processo di riforma del S.S.R.

Con Legge Regionale del 27 luglio 2016, n. 17 è stato modificato l'assetto istituzionale ed organizzativo del sistema sanitario regionale, al fine di garantire il conseguimento dei livelli essenziali di assistenza in maniera omogenea su tutto il territorio, istituita l'ATS (Azienda per la Tutela della Salute), subentrata nei rapporti attivi e passivi, nel patrimonio e nelle funzioni delle aziende sanitarie locali regionali e confermata l'autonomia dell'AOU di Sassari (come anche quelle dell'AOU di Cagliari, dell'Azienda ospedaliera G. Brotzu, prevedendo l'istituzione dell'Azienda regionale dell'emergenza e urgenza della Sardegna, AREUS). Infine, con la DGR n. 53/3 del 30.09.2016 la Giunta Regionale, d'intesa con il Rettore dell'Università di Sassari, ha nominato il nuovo Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Sassari dott. Antonio D'Urso per la durata di 5 anni.

2.2 Cosa facciamo

2.2.1 Attività assistenziale

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari è sede di DEA e garantisce l'erogazione di un ampio spettro di prestazioni di attività sanitaria, attraverso il ricovero urgente o programmato, con particolare riguardo a quelle ad alta complessità, prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica e di laboratorio.

➤ Attività in regime di ricovero:

Flusso SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) anno 2016	Numero	TOTALI
Ricoveri Ordinari	26.625	€ 92.088.529,52
Ricoveri Day Hospital/Day Surgery	7.020	€ 12.038.570,03
TOTALE	33.645	€ 104.127.099,55

** I dati, rendicontati in RAS, sono da intendersi non definitivi.*

➤ **Attività ambulatoriale:**

Flusso Informativo SAM (Specialistica ambulatoriale) anno 2016	Prestazioni	TOTALE
File c	1.395.813	€ 22.823.404,38

➤ **Attività di pronto soccorso**

Flusso EMUR (Pronto soccorso) anno 2016	
Codice triage	N° Accessi
Cod. bianco	10.979
Cod. giallo	18.232
Cod. nero	10
Cod. rosso	1.617
Cod. verde	24.704
Totale accessi	55.542

Descrizione struttura	Numero Accessi PS 2016	Accessi evoluti in ricovero 2016	2016 (%)
Pronto soccorso PO SS Annunziata	55.542	11.450	20,62%

In riferimento ai dati di attività sopra riportati si evidenzia che, oltre agli accessi al Pronto soccorso presso la sede del SS Annunziata, sono rendicontati per le Cliniche di San Pietro anche gli accessi del PS dell'U.O. di Ostetricia e Ginecologia e, a far data dal 01/06/2016, anche gli accessi al PS Pediatrico.

Il numero dei posti letto aziendali è il seguente.

Riepilogo Posti Letto		
Tipo PL	ORD	DH/DS
Plesso SS Annunziata	350	
Plesso Cliniche Universitarie	438	76
TOTALE PL ORD_PL DH	788	76
TOTALE POSTI LETTO	864	

Fonte dato HSP12/2017

Il valore del peso medio per i soli Drg ordinari è il seguente:

TIPO	N° DRG	Peso Medio
DRG Chirurgici	12.143	1,25
DRG Medici	14.482	1,09
Valore aziendale DRG ord	26.625	1,17



Nel Programma Nazionale Esiti (PNE) 2015, ed in particolare nella Sezione “Sintesi per Struttura/ASL”, l’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali ha individuato standard di qualità con riferimento a 7 aree cliniche principali (cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare).

Standard di qualità

Area clinica	Indicatore	Peso (%)	MOLTO ALTO				
			1	2	3	4	5
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: mortalita' a 30 giorni	30 %	≤ 6	6-8	8-12	12-14	>14
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	15 %	≥ 60	45-60	35-45	25-35	<25
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalita' a 30 giorni	10 %	≤ 6	6-9	9-14	14-18	>18
	By-pass Aortocoronarico: mortalita' a 30 giorni	20 %	≤ 1.5		1.5-4		>4
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalita' a 30 giorni	15 %	≤ 1.5		1.5-4		>4
	Riparazione di aneurisma non rotto dell' aorta addominale: mortalita' a 30 giorni	10 %	≤ 1		1-3		>3
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalita' a 30 giorni	75 %	≤ 8	8-10	10-14	14-16	>16
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalita' a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	25 %	≤ 1.5		1.5-3.5	3.5-5	>5
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalita' a 30 giorni	100 %	≤ 5	5-7	7-12	12-16	>16
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	50 %	≥ 80	70-80	60-70	50-60	<50
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attivita' > 90 casi	50 %	=100	80-100	50-80	30-50	<30
CH. ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attivita' > 135 casi	33 %	=100	80-100	50-80	30-50	<30
	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	17 %	≤ 5	5-8	8-12	12-18	>18
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalita' a 30 giorni	17 %	≤ 0.5		0.5-3		>3
	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalita' a 30 giorni	8 %	≤ 2	2-4	4-7	7-10	>10
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalita' a 30 giorni	25 %	≤ 1	1-3	3-6	6-8	>8
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	80 %	≤ 15	15-25	25-30	30-35	>35
	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	10 %	≤ 0.20		0.20-0.70		>0.70
	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	10 %	≤ 0.30		0.30-1.2		>1.2
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	90 %	≥ 70	60-70	50-60	40-50	<40
	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	10 gg	< 2	2-4	4-6	6-8	≥ 8

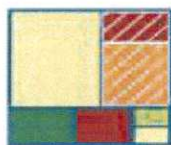
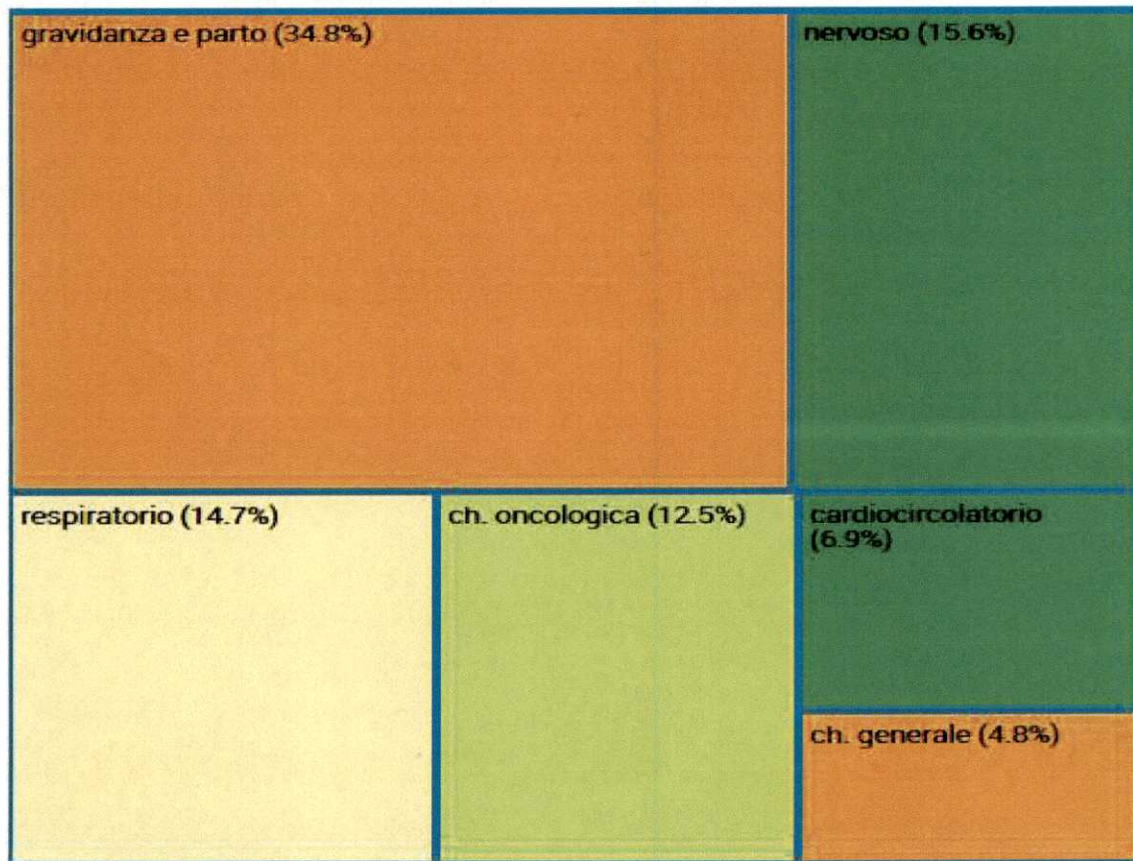
Di seguito vengono riportati alcuni dati relativi al livello di aderenza agli standard di qualità e al volume di attività, distinguendo tra Cliniche di San Pietro e P.O. SS Annunziata, così come dal PNE.

Dati Cliniche San Pietro – Fonte PNE 2016

Treemap: Aree cliniche proporzionali ai volumi di attività della STRUTTURA

Livello di aderenza a standard di qualità

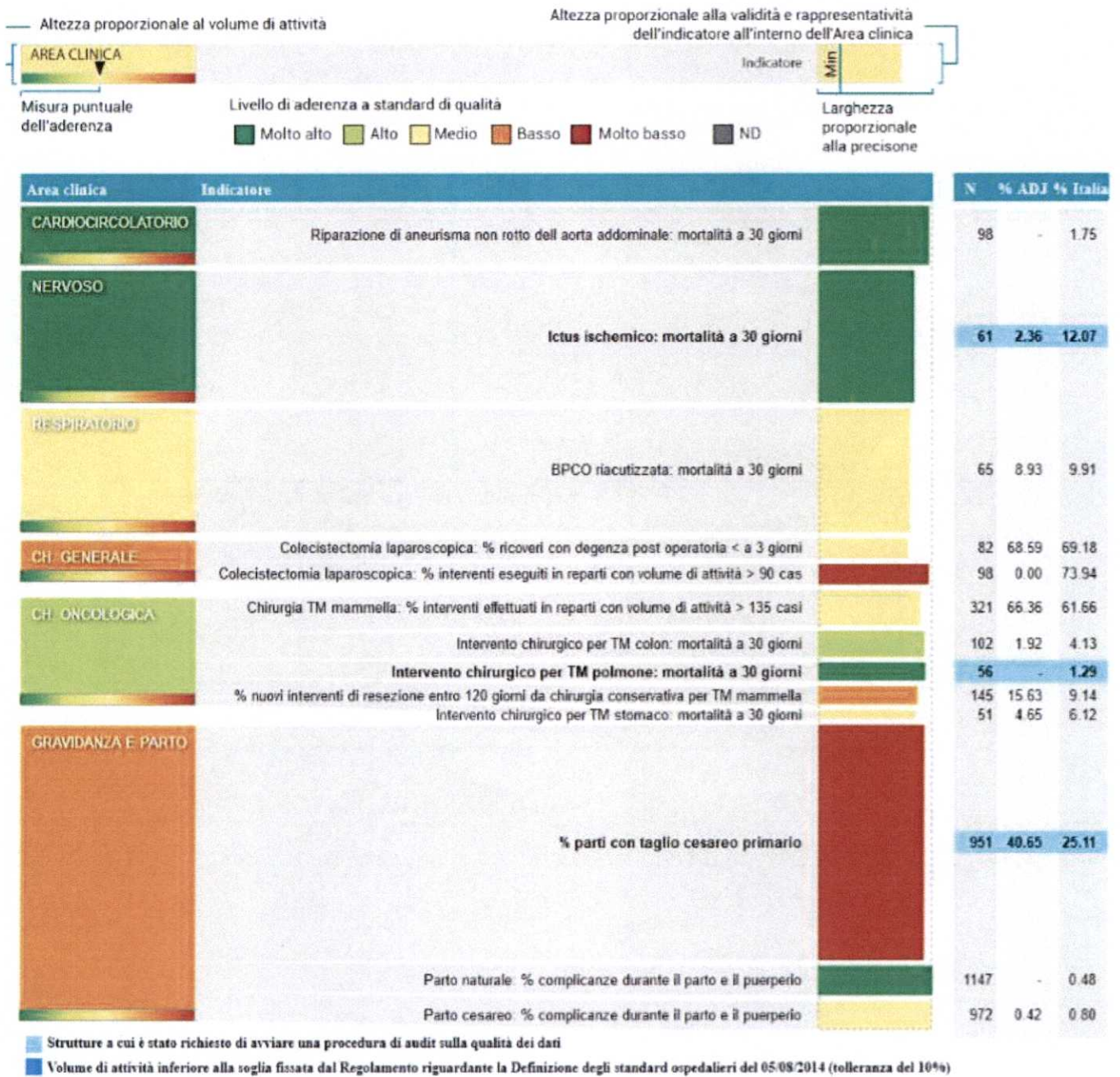
■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto basso ■ ND
In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Area proporzionale al volume di attività

Dettaglio degli indicatori rappresentativi dell'area clinica

Aree cliniche proporzionali ai volumi di attività della STRUTTURA



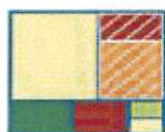
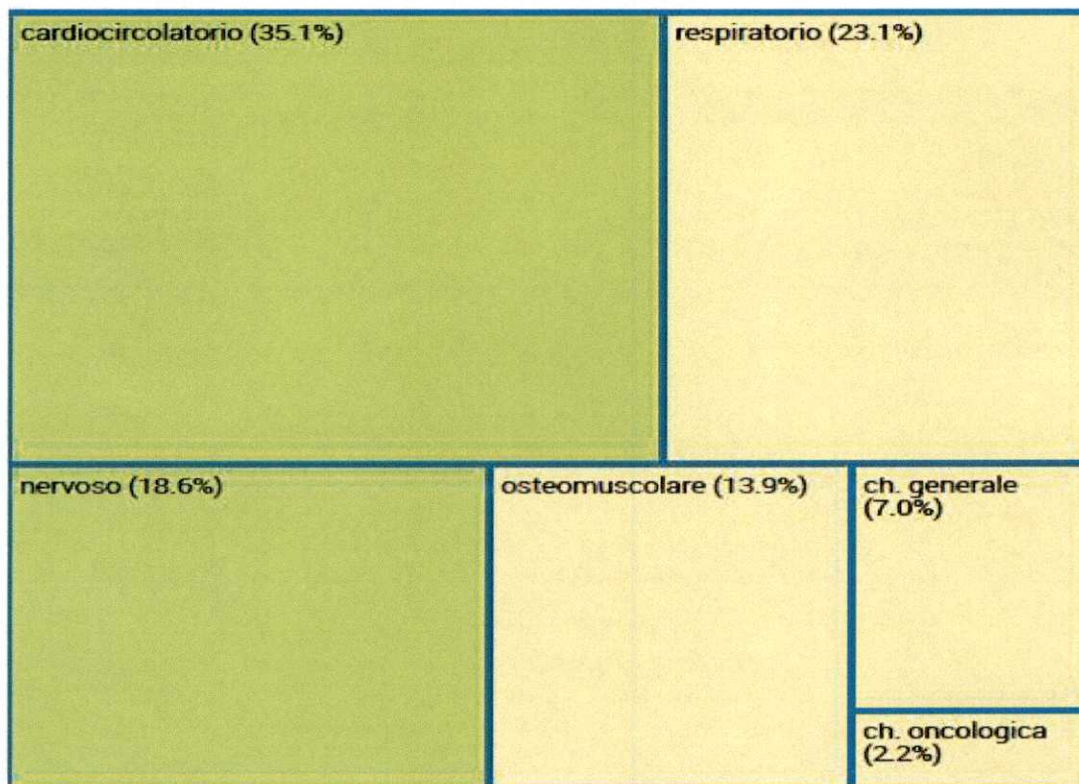
Dati Presidio Ospedaliero SS Annunziata – Fonte PNE 2016

Treemap: Aree cliniche proporzionali ai volumi di attività della STRUTTURA

Livello di aderenza a standard di qualità

■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto basso ■ ND

In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

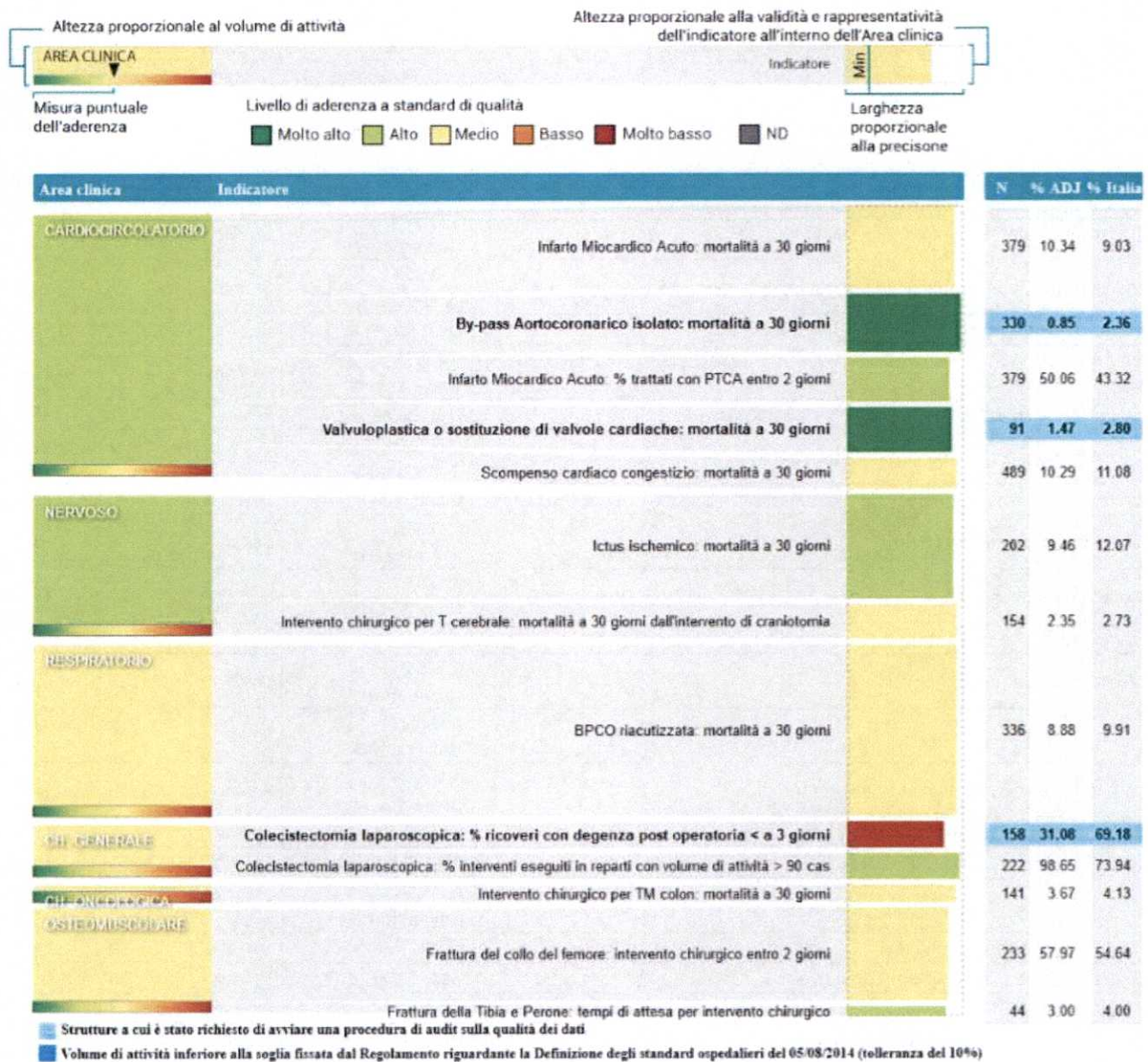


Area proporzionale al volume di attività

Dettaglio degli indicatori rappresentativi dell'area clinica



Aree cliniche proporzionali ai volumi di attività della STRUTTURA





Si forniscono a titolo esemplificativo i dati aziendali anno 2015 dei principali ricoveri estratti dal Piano Nazionale Esiti, in riferimento ai “Flussi regionali in strutture della stessa regione”.

Ricoveri in strutture della stessa regione	Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri	Volume
Intervento di protesi di anca: volume di ricoveri	Osp. Civile	Sassari	115	6.2	118
Tonsillectomia con adenoidectomia: volume di ricoveri in età pediatrica	A.O.SSN Universitaria	Sassari	30	5.4	30
Appendicectomia laparoscopica: volume di ricoveri in età pediatrica	Osp. Civile	Sassari	15	14.4	15
Tonsillectomia: volume di ricoveri in età pediatrica	A.O.SSN Universitaria	Sassari	35	5.7	35
Appendicectomia laparotomica: volume di ricoveri in età pediatrica	A.O.SSN Universitaria	Sassari	22	14.3	22
Intervento di protesi di spalla: volume di ricoveri	Osp. Civile	Sassari	5	5.2	5
Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri per prostatectomia radicale	A.O.SSN Universitaria	Sassari	34	12.6	34
IMA: volume di ricoveri	Osp. Civile	Sassari	491	15.3	513
Rivascolarizzazione carotidea: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	107	14.2	108
Intervento chirurgico per T cerebrale: volume di craniotomie	Osp. Civile	Sassari	73	21.5	75
Tonsillectomia: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	56	5.7	57
Rivascolarizzazione carotidea: stenting e angioplastica	A.O.SSN Universitaria	Sassari	81	15.9	82
Intervento chirurgico di legatura o stripping di vene: volume di ricoveri					
Prostatectomia: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	103	9.6	104
Isterectomia: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	128	8.7	129
Rivascolarizzazione carotidea: endoarterectomia	A.O.SSN Universitaria	Sassari	26	10.6	26
Scompenso cardiaco congestizio: volume di ricoveri	Osp. Civile	Sassari	667	15.9	671
Scompenso cardiaco: volume di ricoveri	Osp. Civile	Sassari	733	15.4	738
Rivascolarizzazione arti inferiori: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	15	9.6	15
Ictus ischemico: volume di ricoveri	Osp. Civile	Sassari	319	14.6	330
Emorragia sub aracnoidea: volume di ricoveri	Osp. Civile	Sassari	26	15.1	28
Aneurisma cerebrale NON rotto: volume di ricoveri					
Aneurisma cerebrale rotto: volume di ricoveri	Osp. Civile	Sassari	5	15.2	6
BPCO: volume di ricoveri ordinari	Osp. Civile	Sassari	449	16.6	451
PTCA eseguita per condizione diverse dall'Infarto Miocardico Acuto	Osp. Civile	Sassari	100	11.1	100
Colecistectomia totale: volume di ricoveri	Osp. Civile	Sassari	275	8.7	276
AIDS: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	56	29.5	57
Colecistectomia laparoscopica: volume di ricoveri	Osp. Civile	Sassari	221	8.2	222
Colecistectomia laparotomica: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	57	11.8	58
Colecistectomia laparotomica: volume di ricoveri	Osp. Civile	Sassari	55	11.4	55
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: volume di ricoveri	Osp. Civile	Sassari	221	8.6	222
Interventi per frattura del collo del femore: volume di ricoveri	Osp. Civile	Sassari	319	13.1	326
Parti: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	1,265	11.5	1,293
Frattura del collo del femore: volume di ricoveri	Osp. Civile	Sassari	348	12.3	355
Frattura della Tibia e Perone: volume di ricoveri	Osp. Civile	Sassari	56	15.3	60
Artroscopia di ginocchio: volume di ricoveri					
STEMI: volume di ricoveri	Osp. Civile	Sassari	230	16.5	244



Intervento chirurgico per seni paranasali: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	74	10.1	74
Intervento chirurgico su orecchio medio: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	26	9.7	27
Intervento chirurgico per impianto cocleare: volume di ricoveri					
Intervento chirurgico per TM laringe: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	17	20.5	17
N-STEMI: volume di ricoveri	Osp. Civile	Sassari	241	17.0	248
Intervento chirurgico per TM colon: interventi in laparoscopia	Osp. Civile	Sassari	32	19.5	32
Intervento chirurgico per TM retto: interventi in laparoscopia	A.O.SSN Universitaria	Sassari	6	5.9	6
IMA a sede non specificata: volume di ricoveri					
Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	28	12.7	28
Intervento chirurgico per TM stomaco: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	27	21.4	27
Intervento chirurgico per TM stomaco: volume di ricoveri	Osp. Civile	Sassari	12	9.5	12
PTCA: volume di ricoveri con almeno un intervento di angioplastica	Osp. Civile	Sassari	385	15.3	403
Intervento chirurgico per TM pancreas: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	21	29.6	21
Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri	Osp. Civile	Sassari	91	14.9	92
Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	55	9.0	55
Intervento chirurgico per TM esofago: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	3	21.4	3
Intervento chirurgico per TM esofago: volume di ricoveri	Osp. Civile	Sassari	3	21.4	3
Intervento chirurgico per TM fegato: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	55	29.9	55
Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	318	18.0	321
Intervento chirurgico per TM colecisti: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	2	13.3	2
Intervento chirurgico per TM colecisti: volume di ricoveri	Osp. Civile	Sassari	2	13.3	2
Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	42	10.7	42
Intervento chirurgico per TM rene: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	35	15.0	35
Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	23	15.5	23
Aneurisma aorta addominale non rotto: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	59	28.4	59
Aneurisma aorta addominale rotto: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	2	7.7	2
Intervento chirurgico per TM retto: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	30	11.7	30
Intervento chirurgico per TM retto: volume di ricoveri	Osp. Civile	Sassari	13	5.1	13
Bypass aortocoronarico: volume di ricoveri	Osp. Civile	Sassari	165	55.4	175
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: volume di ricoveri	Osp. Civile	Sassari	103	20.1	103
Intervento chirurgico per TM tiroide: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	30	7.6	30
Intervento chirurgico per TM utero: volume di ricoveri	A.O.SSN Universitaria	Sassari	35	13.4	36



2.2.2 Attività Integrata di Didattica e Ricerca

Ai sensi dell'art.15 del Titolo II e dei Titoli III e IV del vigente protocollo d'intesa Regione Università, che disciplina l'integrazione fra l'attività assistenziale del SSN e l'attività didattica e di ricerca svolte dall'Università, l'AOU è anche sede della formazione del Medico-Chirurgo e dell'Odontoiatra.

È in corso di definizione il Testo definitivo del nuovo protocollo d'intesa in quanto attualmente in attesa di delibera di giunta.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria (AOU) di Sassari è Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Sassari.

Essa opera nell'ambito della programmazione sanitaria nazionale e regionale, attraverso l'integrazione delle attività di didattica, ricerca e assistenza.

In particolare, nell'ambito della programmazione regionale, si raccorda al Sistema Sanitario Regionale, coordinandosi con le altre aziende sanitarie, ATS ed Aziende Ospedaliere, nell'individuazione congiunta del sistema di risposta ai bisogni assistenziali, nell'utilizzo integrato delle risorse professionali e nella regolamentazione della mobilità sanitaria intra-regionale.

Il processo formativo contribuisce anche allo sviluppo delle specialità, delle professionalità e di tutti i servizi che consentono di porre il paziente al centro di un sistema di cura e di assistenza sanitaria e sociosanitaria a garanzia di un percorso assistenziale basato sulla continuità della cura, sulla qualità e sull'appropriatezza dell'offerta.

Presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia, insiste la Struttura di Raccordo di tre dipartimenti di Area Medica (Dipartimento di Scienze Biomediche, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Microchirurgiche e Mediche) e, per l'a.a. 2016/2017, sono attivati i seguenti corsi:

- n. 2 Corsi di Laurea Magistrale a ciclo unico ("Medicina e Chirurgia" e "Odontoiatria e Protesi Dentaria"),
- n. 1 Corso di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche e Ostetriche;
- n. 6 Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, di cui i primi tre ad esaurimento: Tecniche di radiologia medica per immagini e radioterapia, Logopedia, Ostetricia, Infermieristica, Fisioterapia e Tecniche di laboratorio biomedico;
- n. 43 Scuole di Specializzazione di Area sanitaria (medica, chirurgica, servizi clinici): 21 autonome (compresa la Farmacia Ospedaliera), 22 aggregate con altri atenei (di cui 6 sede capofila Sassari, per n. 27 la sede amministrativa è l'Università di Sassari);
- nei Dipartimenti di area medica sono attivati due Corsi di Dottorato (ex Scuole): uno in "Scienze Biomediche" e l'altro, internazionale, in "Biomolecular and Biotechnological Sciences".

Relativamente ai Corsi di studio, il numero dei posti richiesti al MIUR per l'A.A. 2016-17, è pari a:

- n. 131 posti (di cui 10 stranieri) al 1° anno del CdLM in Medicina e Chirurgia, per un totale, con le variabili numeriche annuali, di 950 studenti nell'arco dei 6 anni del corso di studi (compresi gli studenti stranieri);
- n. 25 posti (di cui 3 stranieri) al 1° anno del CdLM in Odontoiatria e Protesi dentaria per un totale, con le variabili numeriche annuali, di 90 studenti nell'arco dei 6 anni del corso di studi (compresi gli studenti stranieri);
- n. 50 posti (di cui 5 stranieri) al 1° anno del C.d.L. M delle Professioni Sanitarie in Scienze Infermieristiche e Ostetriche;
- oltre n. 421 specializzandi iscritti alle diverse scuole di specializzazione;
- n. 190 posti (di cui 16 stranieri) per i corsi di studio delle professioni sanitarie per un totale, con le variabili numeriche annuali, di circa 820 studenti nell'arco dei 3 anni del corso di studi.



Nel complesso, sono in formazione presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia circa n. 1900 studenti cui sono da sommare i circa 420 specializzandi.

Per l'anno accademico 2016/2017, risultano attivi i seguenti corsi di studio delle Professioni Sanitarie:

- Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica/o (classe L/SNT1):
CdL in Infermieristica (anni attivi: I°, II°, III°)
CdL in Ostetricia (anni attivi: II°, III°)
- Professioni sanitarie della riabilitazione (classe L/SNT2):
CdL in Fisioterapia (anni attivi: I°, II°, III°)
CdL in Logopedia (anni attivi: II°, III°)
- Professioni sanitarie tecniche (classe L/SNT3)
CdL in Tecniche di laboratorio biomedico (anni attivi: I°, II°)
CdL in Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia (anni attivi: II°, III°)

Programmazione dell'attività di ricerca scientifica

L'Azienda relativamente agli aspetti della ricerca e delle cure innovative ha promosso iniziative in tre settori della ricerca (clinica; traslazionale; servizi sanitari) ed intende ulteriormente svilupparle in maniera sinergica con i Dipartimenti Universitari e con il Servizio Sanitario Regionale, in particolar modo in un momento importante di riforma del Sistema Sanitario Regionale.

L'attività Integrata di Didattica e Ricerca

Ai sensi dell'art.15 del Titolo II e dei Titoli III e IV del citato protocollo d'intesa Regione-Università, l'AOU è sede della formazione del Medico e dell'Odontoiatra e, con le sue strutture, è naturalmente inclusa nella rete formativa integrata tra strutture Universitarie e strutture accreditate del SSR per la formazione di Medici Specialisti e nella rete formativa integrata delle Professioni Sanitarie.

L'attività di didattica e ricerca consiste nell'integrazione delle attività assistenziali svolte dalle strutture AOU per il Servizio Sanitario Nazionale, con quelle formative e di ricerca svolte dall'Università; risponde anche all'esigenza di consentire l'espletamento delle funzioni istituzionali della Facoltà di Medicina e Chirurgia, nell'obiettivo condiviso di concorrere al miglioramento del Servizio Pubblico di tutela della salute, al miglioramento qualitativo dei processi formativi nell'area sanitaria, e allo sviluppo dell'innovazione tecnologica/organizzativa del Servizio Sanitario Regionale.

L'AOU, pertanto, compatibilmente con la programmazione regionale e nella propria programmazione annuale e pluriennale delle attività, definisce anche le tipologie delle attività assistenziali necessarie per l'attuazione dei regolamenti didattici dei corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria e Protesi Dentaria, e le discipline caratterizzanti la tipologia delle Scuole di Specializzazione e dei CdL delle Professioni Sanitarie, previa indicazione del Rettore sulle strutture necessarie per tali obiettivi (art. 15 prot. Intesa).

In termini di erogazione dei servizi sanitari, obiettivo dell'AOU di Sassari è realizzare gli outcomes ispirandosi a quanto contenuto nella propria *Missione* e relative Visioni come meglio dettagliato nei successivi paragrafi.

2.3 Come operiamo

L'AOU SS attua una stretta collaborazione ed integrazione funzionale con l'ATS e in particolare con l'ASSL di Sassari, così come promuove e sviluppa relazioni con tutte le altre Aziende Sanitarie accreditate ed Istituzioni Pubbliche e Private, al fine di garantire le migliori condizioni di erogazione dei servizi sanitari all'utenza.



L'AOU opera attraverso attività realizzate nei due plessi ospedalieri:

- SS Annunziata (che contiene anche il Pronto Soccorso)
- Cliniche San Pietro.

Con la DGR n 38/12 del 28 luglio 2015 è stato approvato il Programma di riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale.

L'AOU di Sassari quale previsto HUB della Rete Ospedaliera Regionale e in relazione alla sua matrice intrinseca di integrazione con l'Università di Sassari, si colloca nel contesto istituzionale, sociale ed economico in cui opera come sistema "aperto".

Orienta la programmazione strategica e operativa della propria attività, così come le azioni dei suoi operatori sulla base di ben definiti **valori di riferimento**.

Tra questi appaiono di particolare rilevanza:

- la centralità della persona
- la trasparenza dei processi decisionali
- la trasparenza dei comportamenti degli operatori
- la circolazione delle informazioni sulle risorse impiegate e sui risultati ottenuti
- il perseguimento dell'eccellenza nell'assistenza funzionale ai bisogni dei cittadini e all'esercizio dei compiti universitari
- l'organizzazione di forme di partecipazione dei cittadini
- la creazione di condizioni logistiche e strumentali idonee a migliorare la formazione degli studenti di area sanitaria
- la promozione di processi di aggiornamento diagnostico, terapeutico, tecnologico e organizzativo finalizzati al miglioramento continuo della qualità assistenziale, didattica e di ricerca
- la migliore assistenza sanitaria possibile sia in elezione che in urgenza.

3) IDENTITÀ

3.1 L'azienda Ospedaliero –Universitaria di Sassari "In Cifre"

Come da Direttiva Civit 112/2010 e si riportano di seguito alcuni dati significativi in ordine al profilo dell'Amministrazione.

3.1.1 Risorse Finanziarie Assegnate

Si riporta l'assegnazione teorica delle risorse per il finanziamento indistinto di parte corrente della AOU per l'anno 2017.

Assegnazione teorica delle risorse per il finanziamento indistinto di parte corrente della AOU per l'anno 2017	
AZIENDA	ASSEGNAZIONE PROVVISORIA 2017
AOU SASSARI	274.001.916,33

Fonte: Deliberazione RAS n. 27/12 DEL 6.6.2017



3.1.2 Utenti serviti

Fermo restando che l'AOU di Sassari, non essendo Azienda Locale, non ha un perimetro territoriale assegnato e ha quindi nel proprio bilancio solo mobilità attiva, si riportano a titolo indicativo i dati relativi al Nord Sardegna territorio principale intervento dell'azienda, anche in considerazione del suo ruolo di hub regionale.

Caratteristiche demografiche aree omogenee, popolazione residente al 1 gennaio 2016					
Area	M	F	Totale	Superficie (Km2)	ab./Km2
Nord Ovest (Sassari)	163.234	170.869	334.103	4.285,91	76.54

Fonte: Rapporto RAS 2016 Sardegna in cifre – www.sardegna statistiche.it

3.1.3 Numero Dipendenti

Il personale rappresenta un vero e proprio patrimonio per l'organizzazione aziendale e l'azienda intende valorizzare il proprio "capitale umano" curando tutti gli aspetti legati allo sviluppo ed alla crescita professionale.

Rappresenta la componente fondamentale per poter raggiungere lo scopo principale, quello di tutelare la salute dei cittadini.

Il numero complessivo delle unità di personale, secondo una rilevazione effettuata dal Servizio Risorse Umane al 31/12/16 è rappresentato nella seguente tabella riepilogativa:

RUOLO	Dati al 31/12/2016						Tot Personale
	TI	TD	COMANDO	UNISS	INTERINALI	ART.15 SEPTIES	
DIRIGENZA - RUOLO AMMINISTRATIVO	2					1	3
COMPARTO - RUOLO AMMINISTRATIVO	140	21	1	30			192
DIRIGENZA - RUOLO PROFESSIONALE	1	-					1
COMPARTO - RUOLO SANITARIO	1.175	170	2	19	16		1.382
DIRIGENZA - RUOLO SANITARIO MEDICO	473	65	3	72			613
DIRIGENZA - RUOLO SANIT. NON MEDICO	38	11		8			57
COMPARTO - RUOLO TECNICO	291	40		11	16		358
DIRIGENZA - RUOLO TECNICO	4	-					4
TOTALI	2.124	307	6	140	32	1	2.610



3.2 Principali dati economico-finanziari

L'azienda, provvisoriamente, al 31/12/16 presenta la seguente situazione economica:

DESCRIZIONE	PRECONS 2016
<i>Valore della Produzione</i>	288.183,36
<i>Costi della Produzione</i>	295.655,98
<i>Gestione finanziaria/straordinaria/imposte</i>	8.769,22
<i>Risultato d'esercizio</i>	- 16.241,84

Il Bilancio di Previsione 2017 è rappresentato dal conto economico preventivo e contiene la rappresentazione economica delle dinamiche gestionali previste. È stato predisposto utilizzando come base di riferimento il dato del bilancio preconsuntivo anno 2016.

La logica prevede l'individuazione di un valore CE 2017 d'ora in avanti chiamato "2017 T0" e l'individuazione del valore CE 2017 d'ora in avanti chiamato "2017" che rappresenta il risultato dell'applicazione al CE tempo T0 delle ipotesi di assorbimento Piano A e Piano B.

Il costo della produzione del Bilancio previsionale 2017 è stato determinato secondo le operatività illustrate sinteticamente nella tabella seguente:

Nota Ras n. 6149 del 02/03/2017	
TARGET 2017*	
BZ9999 IV T 2016	298.079,00 €
Risparmi area ospedaliera 2017 (nota RAS 248/2017)	- 4.695,00 €
Incremento max valore della produzione	780,00 €
Risparmi spesa farmaceutica	- 4.000,00 €
Risparmio obiettivo 207	- 7.915,00 €
Risparmi aggiuntivi 10% mancati risparmi 2016	- 1.347,00 €
Totale risparmio 2017	- 9.262,00 €
BZ9999 obiettivo 2017	288.817,00 €

Tabella riconciliazione Bilancio di previsione 2017	
BZ9999 obiettivo 2017	288.817,00 €
Delibera RAS 15/09 del 21/03/2017 (Revisione Resp. Farma)	1.000,00 €
BZ9999 obiettivo 2017 rettificato	289.817,00 €
Incremento costi Delibera AOU 414/16 (Disp. Pers. Sicurezza)	300,00 €
Incremento costi Nota Aou prot. N. 2554 del 27/01/2017 (Interventi per sicurezza ambienti di lavoro)	3.040,00 €
Incremento costi Delibera AOU 416/16 (1% Monte salari per formazione)	942,00 €
BZ9999 Bilancio di previsione anno 2017	294.099,00 €

*Valori espressi in migliaia



Si rappresentano i valori (in migliaia) di CE aggregato nella seguente tabella:

CODICE	DESCR	2017 Hp Iniziale (Tzero)	Azioni PIANO A	Azioni PIANO B	Totale Azioni Gestionali	2017 Bilancio di previsione
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	91.042	-	-	-	91.042
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	275	-	-	-	275
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	5.681	-	-	-	5.681
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	183.938	-	-	-	183.938
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	5.508	-	-	-	5.508
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.599	-	-	-	2.599
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	-	-	-	-	-
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-	-	-
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	573	-	-	-	573
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	289.615	-	-	-	289.615
BA0010	B.1) Acquisti di beni	96.206	2.000	2.187	4.187	92.019
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	47.260	1.065	915	1.980	45.280
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	11.416	420	140	560	10.856
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	6.359	200	250	450	5.909
BA2080	Totale Costo del personale	125.853	345	570	915	124.938
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	1.523	10	160	170	1.353
BA2560	Totale Ammortamenti	6.934	-	-	-	6.934
BA2630	B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-	-	-	-
BA2660	B.15) Variazione delle rimanenze	2.406	-	-	-	2.406
BA2690	B.16) Accantonamenti dell'esercizio	4.405	-	-	-	4.405
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	302.362	4.040	4.222	8.262	294.100
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	220	-	-	-	220
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	-	-	-	-	-
YZ9999	Totale imposte e tasse	8.371	-	-	-	8.371
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	21.337	4.040	4.222	8.262	13.075



3.3 Mandato istituzionale - Missione

MISSIONE

Rendere migliore l'esperienza del Paziente in Ospedale.

Ciò significa che l'Azienda, anche nel ruolo di hub del Centro Nord della Sardegna, deve garantire prestazioni specialistiche di qualità attraverso la massima integrazione con il territorio e con l'Università e lo sviluppo di un'organizzazione efficace e coesa.

È un impegno continuo che richiede monitoraggio e revisione costante degli obiettivi a cui tendere.

Vogliamo fare buona sanità con trasparenza, innovazione sostenibile ed efficienza gestionale nel rispetto dei vincoli delle risorse assegnate.

Prestazioni ed attività, nel caso di un'Azienda Ospedaliero Universitaria sono intrinsecamente correlati alla didattica ed alla ricerca. Gli utenti dell'azienda non sono solo i pazienti ma anche studenti e figure professionali da formare; l'ambito territoriale servito travalica di gran lunga quello di riferimento assistenziale, diventando di rilievo nazionale ed internazionale. Gli *outcomes* non si misurano solo in termini di salute erogata ma anche di formazione e, in un'accezione più vasta, di cultura prodotta. Anche da questo deriva la rilevanza strategica di un'Azienda Ospedaliero Universitaria.

L'attuale Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari nasce da una tradizione di rapporti tra le attività e le strutture assistenziali con quelle formative e di ricerca dell'Università, di gran lunga antecedenti a leggi e protocolli che ne sanciscono la nascita e ne regolano l'operatività.

L'AOU eroga, sviluppa e integra assistenza multispecialistica e multiprofessionale, ricerca e formazione.

Impegno ed obiettivo primario aziendale è la centralità della persona che usufruisce dei servizi ospedalieri, migliorandone qualità e percezione della stessa. L'accesso ai servizi deve essere equo e trasparente, nel totale rispetto delle diverse esigenze economiche, sociali, culturali. L'Azienda, sede di servizi caratterizzati da un'alta specializzazione, può e deve assicurare le migliori prestazioni specialistiche in un contesto volto alla costruzione ed al raggiungimento delle condizioni che rendano l'esperienza del cittadino-utente in ospedale la migliore possibile. Questo significa garantire prestazioni di qualità, con la migliore organizzazione possibile, attraverso l'integrazione con l'Università, ponendo la massima attenzione ai bisogni espressi dal cittadino. Cultura dell'innovazione, sinergie ed integrazioni, nei vari ambiti di riferimento, non possono che portare a risultati di qualità e di eccellenza.

Un impegno continuo che richiede monitoraggio e revisione costante degli obiettivi.

Inevitabili e conseguenti, nel tempo, anche le ricadute economiche positive.

Trasparenza, innovazione sostenibile ed efficienza gestionale nel rispetto dei vincoli delle risorse assegnate è il motto aziendale.

3.4 Albero della Performance

L'albero della Performance è una mappa logica che rappresenta graficamente i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi.

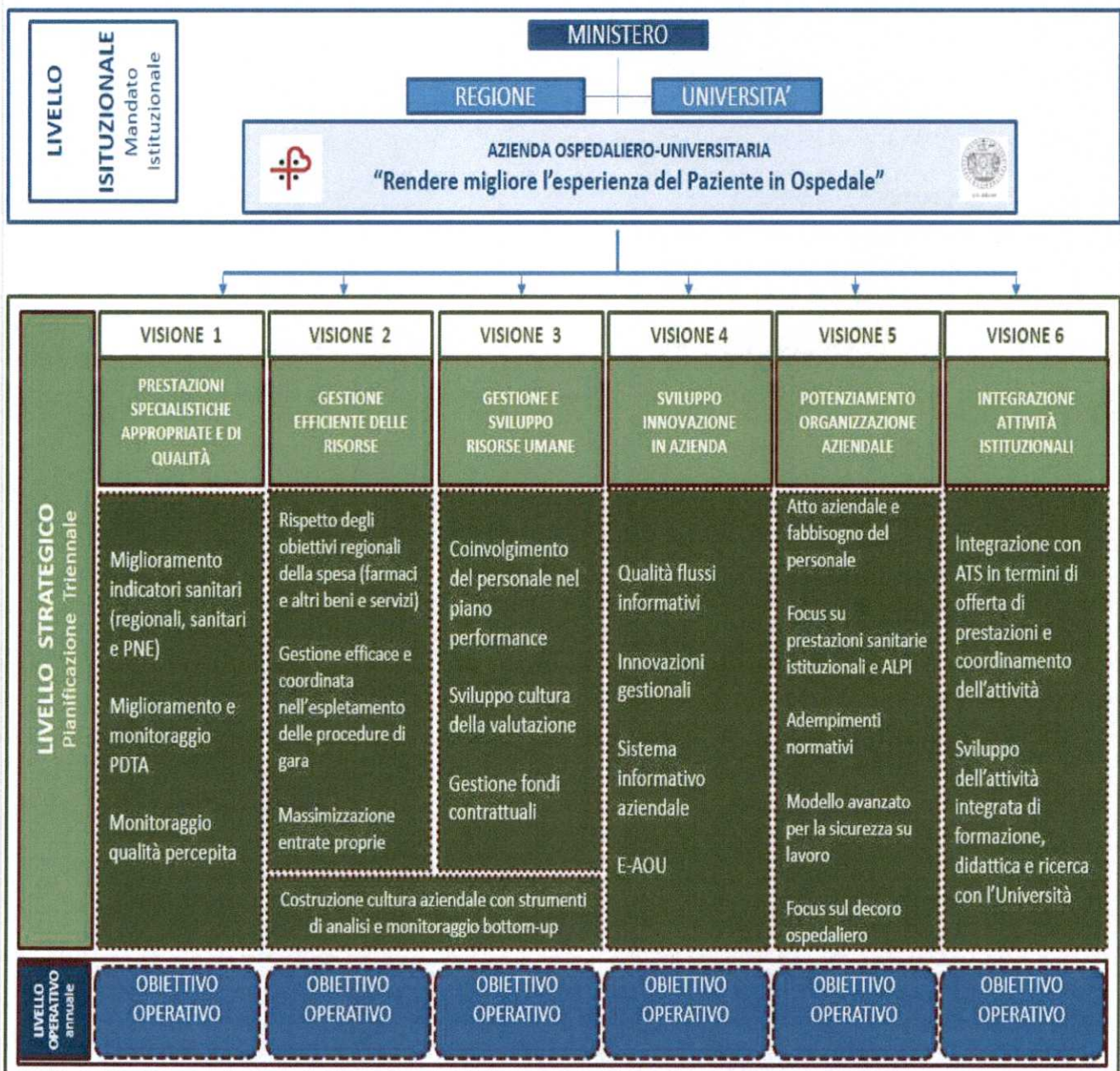
In altri termini, tale mappa dimostra come gli obiettivi, ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale ed alla missione.

Gli **obiettivi attribuiti dai documenti di programmazione regionali** costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'Albero della Performance.

Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in **obiettivi strategici**, a loro volta declinati in **obiettivi operativi** assegnati ai Dipartimenti (di futura definizione), alle Unità Organizzative Aziendali, ai Professionisti.

Agli obiettivi operativi sono associati indicatori e target.

Di seguito si riporta un'esemplificazione dell'Albero della Performance:





4) ANALISI DEL CONTESTO

4.1 Il contesto esterno

a) *contesto normativo*

- Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro SSN
- D. Lgs. n.502/1992 e ss.mm.ii.
- D. Lgs. n. 229/1999 e ss.mm.ii.
- D.Lgs.n.517/1999 (*"Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419"*)
- D. Lgs. 165/2001 (*"Testo Unico sul Pubblico Impiego"*)
- Protocollo d'intesa approvato dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 38/5 del 16 settembre 2004, sottoscritto dalla Regione Sardegna e dalle Università degli Studi di Sassari e Cagliari in data 11 ottobre 2004
- D. Lgs. 150/2009 (*"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"*)
- Decreto Legislativo n.33/2013 (*"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle P.A"*)
- D. Lgs, n. 97/2016 – (*"Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"*);
- Legge Regionale n. 10/2006(*"Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5"*).
- Legge Regionale n. 21/2012 (*"Disposizioni urgenti in materia sanitaria connesse alla manovra finanziaria e modifica di disposizioni legislative sulla sanità"*)
- Legge Regione Sardegna n. 17 del 27 luglio 2016 (*"Istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS) e disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del SSR. Modifiche alla L.R. n. 10 del 28.07.2006 (Tutela della salute e riordino del SSR. Abrogazione della L.R. n. 5 del 26.01.1995) e alla L.R. n. 23 del 17 novembre 2014 (Norme urgenti per la riforma del SSR)"*)
- Legge Regione Sardegna n. 23 del 17 novembre 2014 (*"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"*)
- DGR del 9 maggio 2017, n. 23/24 -*Legge regionale 27 luglio 2016, n. 17 "Istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS) e disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale. Modifiche alla L.R. 28.10.2006 n. 10 e alla L.R. 17.10.2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale)". Applicazione dell'art. 16, comma 6, lett. a).*
- DGR del 3 maggio 2017, n. 22/30 -*Indirizzi per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende Ospedaliere-Universitarie e dell'Azienda Ospedaliera G. Brotzu. Approvazione preliminare.*
- DGR del 3 maggio 2017, n. 22/23- *Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie Regionali. Anno 2017.*
- DGR del 4 aprile 2017, n. 17/15- *Attribuzione alle aziende sanitarie regionali delle risorse destinate al finanziamento indistinto della spesa sanitaria di parte corrente per l'esercizio 2016.*
- DGR del 14 marzo 2017, n. 13/2- *Piano triennale di rientro per il miglioramento della qualità delle cure e l'adeguamento dell'offerta dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari.*
- DGR del 28 febbraio 2017, n. 11/16- *Deliberazione della Giunta regionale n. 43/9 del 1.9.2015 concernente "Disposizioni alle Aziende sanitarie in materia di contenimento della spesa per il personale. Blocco del turnover". Modifiche e aggiornamento.*
- DGR del 31 gennaio 2017, n. 6/25- *Linee di indirizzo per la definizione di un modello regionale di gestione della responsabilità sanitaria.*



- DGR del 3 novembre 2016, n. 59/24- *Censimento patrimonio immobiliare dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari. Integrazione Delib. G.R. n. 17/2 del 27.4.2007 e attuazione delle Delib. G.R. n. 31/9 del 17.6.2015 e n. 67/20 del 29.12.2015 relative all’incorporazione del “P.O. Santissima Annunziata” nel patrimonio immobiliare dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari ex L.R. 17.11.2014, n. 23, art. 9, comma 1, lett. b).*
- DGR del 18 ottobre 2016, n. 56/31 - *Programma di riqualificazione e certificazione di competenze del sistema dell’Emergenza-Urgenza della Regione Sardegna.*
- DGR del 30 settembre 2016, n. 53/3- *Individuazione del Direttore generale dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari.*
- DGR del 3 maggio 2016, n. 25/1 - *Disegno di legge concernente “Istituzione dell’Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) e disposizioni di adeguamento dell’assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5)”.*
- DGR del 2 febbraio 2016, n. 6/15- *Proposta di ridefinizione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna.*
- DGR del 29 dicembre 2015 n. 67/17- *Indirizzi strategici sull’appropriatezza ed efficacia dell’attività ospedaliera. Sistema regionale per il monitoraggio e controllo delle attività di ricovero”.*
- DGR del 15 dicembre 2015 n. 63/24- *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 L.R. 9 marzo 2015, n.5”.*
- DGR del 10 novembre 2015 n. 54/11- *Interventi per la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica”.*
- DRG del 01 settembre 2015 n. 43/9- *Disposizioni alle Aziende sanitarie in materia di contenimento della spesa per il personale. Blocco del turnover.*
- DGR del 28 luglio 2015 n. 38/12- *Programma di riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna.*
- DGR del 07 luglio 2015 n. 34/23- *Indirizzi in merito all’applicazione alle aziende sanitarie del Titolo II D.Lgs. 23 giugno 2011, n.118 concernente “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti Locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n.42”. L.R. 9 marzo 2015, n.5, art. 29, comma 2”).*
- DGR del 19 maggio 2015 23/7- *Indicazioni operative agli enti ed aziende del Servizio Sanitario Regionale in materia di contenimento della spesa relativa al personale, piano di superamento del precariato, proroga graduatorie concorsuali e attivazione procedure di mobilità ex art. 30 D. Lgs. n. 165/2001.*
- DGR del 13 gennaio 2015 n. 1/14 - *Definizione degli obiettivi di mandato dei Commissari straordinari ex L.R. n. 23/2014. Avvio delle azioni di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2015 e rettifica parziale della Delib. G.R. n. 28/17 del 17.7.2014 concernente “Indirizzi in merito all’applicazione degli atti aziendali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, in materia di personale e di acquisti di beni e servizi.*

b) Vincoli esterni

Il principale vincolo esterno che influenza direttamente il processo di programmazione aziendale è rappresentato dalle assegnazioni economico-finanziarie che la Regione stanziava annualmente per le Aziende Sanitarie.

I “tagli” avvenuti negli ultimi anni al Fondo Sanitario Nazionale hanno ulteriormente ridotto le risorse economico-finanziarie disponibili a livello regionale, intervenendo pesantemente sul processo di programmazione aziendale.

A questo si aggiunge l’incertezza in cui si deve operare causa del prolungarsi dei tempi di approvazione sia della Rete Ospedaliera Regionale che dei nuovi Protocolli di Intesa Regione-Università.

In via di conclusione anche l’iter di definizione delle Linee Guida degli Atti Aziendali.



c) Contesto Socio Demografico

La distribuzione demografica nel territorio regionale si caratterizza dalla presenza di due poli metropolitani (uno in area nord ed uno in area sud); cinque medie comunità locali aggregate in aree omogenee; una piccola comunità dislocata in un'area geograficamente isolata. Le aree metropolitane sono: Cagliari, con circa 550.000 abitanti e Sassari, con circa 330.000 abitanti. Le medie comunità locali sono: Gallura, Nuorese, Oristanese, Sardegna centro-meridionale (Medio campidano, Marmilla e Trexenta) e Sulcis-Iglesiente, con popolazioni comprese tra i 100.000 e i 160.000 abitanti. Infine l'Ogliastra, comunità di 58.000 abitanti. La particolare conformazione del territorio, la distribuzione della popolazione ed il progressivo spopolamento delle aree rurali e montane ha generato, in certe zone territoriali alcune condizioni critiche, acuite da difficoltà in termini di viabilità.

L'ambito territoriale di riferimento, che coinvolge sia l'AOU di Sassari che la ASL 1, riguarda la parte Nord Ovest (Sassari) con una superficie complessiva di circa 4.285.91 Km² e una popolazione complessiva di 334.103 (residenti al 01 gennaio 2016) di cui 163.234 maschi e 170.869 femmine. (Fonte: Rapporto RAS 2016 Sardegna in cifre – www.sardegna-statistiche.it)

Come detto, l'ambito territoriale di riferimento della AOU risulta più ampio per diverse tipologie di attività.

Distribuzione PL Sassari *			
ASL di residenza	PL	Popolazione 2016	PL X 1000 ab.
Sassari	1.307	334.103	3.90

Tasso di ospedalizzazione Sardegna 2014 per territorio ASL Sassari *							
ASL di residenza	N DO	N Diurno	Totale	Tasso H DO	Tasso H Diurno	Tasso H Totale	% diurno
Sassari	41.342	11.762	53.104	123	35	158	22

* Fonte, RAS Delib. G.R. n. 6/15 del 2.2.2016 "Riorganizzazione della rete ospedaliera".

La popolazione della Regione Sardegna, per un totale di 1.658.138 abitanti al 1 gennaio 2016, è così composta: 195.150 tra 0 e i 14 anni, 455.271 tra i 15 e i 39 anni, 641.036 tra i 40 e i 64 anni e 366.681 dai 65 anni in su che, statisticamente, necessitano e necessiteranno di maggiori cure sanitarie (Fonte: Rapporto RAS 2016 Sardegna in cifre – www.sardegna-statistiche.it)

Ciò determina un aumento della richiesta di servizi sanitari da parte della popolazione e la conseguente necessaria adozione di attività di razionalizzazione e recupero di efficienza nell'offerta dei servizi sanitari, data anche la grave carenza di risorse finanziarie.

4.2 Il contesto interno

a) L'organizzazione

L'organizzazione dell'Azienda è strutturata affinché vengano posti in essere i principi generali che ispirano la *missione* aziendale.

A tal fine l'Azienda si dota di una organizzazione ed ispira il proprio funzionamento a criteri di:

- trasparenza interna ed esterna, nel rispetto delle normative a tutela delle informazioni e dei dati, per una migliore comprensione delle scelte aziendali da parte degli interlocutori interni ed esterni;
- organizzazione e formalizzazione dei processi di analisi, valutazione, decisione e monitoraggio;
- utilizzo prioritario nei processi decisionali di evidenze esplicite e costante orientamento allo sviluppo e all'utilizzo dei sistemi di misurazione delle performance, dei risultati produttivi e dei processi produttivi stessi;
- orientamento alla flessibilità e al miglioramento continuo.

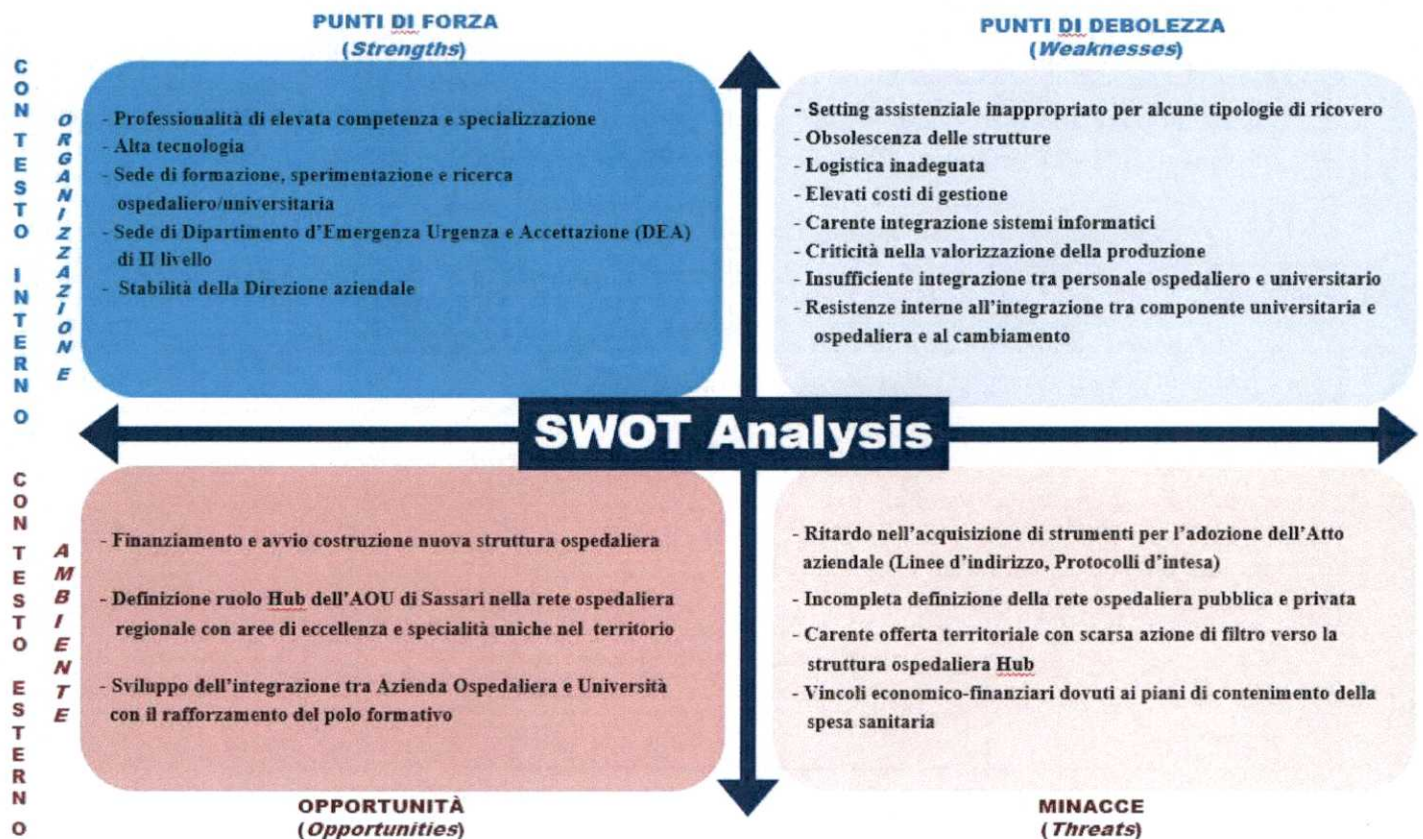
L'Atto aziendale, attualmente sospeso con delibera RAS n. 28/17 del 17/07/2014 avente ad oggetto "Indirizzi in merito all'applicazione degli atti aziendali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, in materia di personale e di acquisti di beni e servizi", è il documento che:

- a) rappresenta le articolazioni organizzative aziendali, le corrispondenti relazioni funzionali e gerarchiche e definisce le materie di competenza comprese quelle delegate dal Direttore Generale;
- b) richiama l'insieme dei meccanismi operativi attraverso cui si espleta il sistema di relazioni organizzative formalizzate;
- c) illustra le linee di sviluppo organizzativo perseguite dall'Azienda nel tempo per adattare il proprio potenziale operativo al mutare dei fabbisogni e delle condizioni interne ed esterne.
- d) contiene l'elenco delle funzioni attribuite a ciascuna Struttura.

L'AOU di Sassari è in attesa di deliberare il proprio atto aziendale alla luce delle nuove linee guida regionali.

4.3 SWOT Analysis

Di seguito si riporta, grazie all'ausilio di un'analisi SWOT, una sintesi grafica dei punti di forza (Strengths) e di debolezza (Weaknesses), riferibili al contesto interno, nonché delle opportunità (Opportunities) e delle minacce (Threats), concernenti il contesto esterno:



5) GLI OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI

5.1 La programmazione degli obiettivi aziendali

La **Performance organizzativa** è il contributo che l'organizzazione apporta al raggiungimento degli obiettivi prefissati e rappresenta il livello di efficienza ed efficacia, produttiva e gestionale, raggiunto dall'organizzazione nell'offerta delle proprie prestazioni.

Nelle aziende sanitarie la performance organizzativa è declinata e valutata in relazione alle articolazioni organizzative che la compongono:

- Il "Sistema Azienda", complessivamente considerato;
- Le macro strutture organizzative (ad esempio i dipartimenti);
- Le unità operative (complesse, semplici dipartimentali).

Misurare e valutare la performance organizzativa in relazione alle articolazioni organizzative aziendali presuppone la formulazione di un **sistema di obiettivi** che l'organizzazione deve raggiungere.

Nelle aziende sanitarie **la scelta degli obiettivi** è effettuata attraverso un complesso **sistema di programmazione** che interessa vari livelli istituzionali.

I soggetti che intervengono nella programmazione sono:

- **Livello Regionale:** le aziende sanitarie ricevono le **indicazioni regionali** (da Piano sanitario regionale e da obiettivi annuali assegnati alla direzione generale) e le traducono, integrandole, nella **strategia aziendale**, correlata all'analisi del contesto interno ed esterno.
- **Livello Aziendale:** la **Direzione Strategica** e gli **Organismi Aziendali** competenti (in particolare **l'Organo di Indirizzo** e **Collegio di Direzione**) definiscono la programmazione annuale e pluriennale dell'azienda.

La programmazione consiste nell'individuazione delle **aree strategiche** (Vision) e all'interno di esse gli **obiettivi strategici** aziendali in linea con gli indirizzi regionali e con gli specifici bisogni di salute dell'utenza.

- **Livello Operativo:** per ciascuna unità operativa aziendale la strategia viene declinata in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti Responsabili delle Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali.

Il grafico mostra i livelli di programmazione aziendale.





5.2 Le aree strategiche e obiettivi strategici

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari intende rafforzare il proprio ruolo come HUB di riferimento regionale sviluppando le proprie competenze specialistiche e le proprie peculiarità, in gran parte connesse alle finalità dell'Ente stesso.

La prospettiva è quella, in un contesto socio-economico caratterizzato dalla consapevolezza di risorse economiche non illimitate, di sviluppare cultura ed azioni improntate all'appropriatezza e all'efficienza. Innovazione, ricerca, sviluppo professionale, integrazione didattica devono rispondere ai bisogni sia dell'utenza che degli operatori. L'esigenza è quella di riorganizzare processi e strutture a tal fine, in collegamento con l'innovato assetto assistenziale del territorio, così come verrà definito con l'approvazione della Rete Ospedaliera Regionale.

Scomponendo analiticamente la *Missione* aziendale si individuano le seguenti aree su cui l'Azienda intende intervenire per il triennio 2017-2019:

➤ **VISIONE 1: PRESTAZIONI SPECIALISTICHE APPROPRIATE E DI QUALITÀ**

Il governo dell'offerta assistenziale è necessario per garantire risposte efficaci ai bisogni degli assistiti. Ciò significa razionalizzare i modelli organizzativi di erogazione delle prestazioni e migliorare l'appropriatezza dei percorsi assistenziali. A tal fine è necessario sviluppare un sistema strutturato di rilevazione e analisi dei dati, finalizzato alla definizione e controllo dei processi e alla misurazione dei risultati.

Non ultimo la rilevazione del grado di soddisfazione e della qualità percepita dall'utenza dell'attività assistenziale erogata.

➤ **VISIONE 2: GESTIONE EFFICIENTE DELLE RISORSE**

Avere una gestione delle risorse orientate all'efficienza con particolare, ma non esclusivo, riferimento alla spesa farmaceutica. Indispensabile il confronto con altre realtà regionali e con i migliori standard nazionali.

In tale area sono definiti obiettivi economici strategici indirizzati al perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario e al rispetto del vincolo di bilancio, condizioni necessarie per il funzionamento dell'azienda. A tal fine occorre sviluppare l'utilizzo efficiente delle risorse disponibili e la razionalizzazione dei processi di gestione, acquisizione di beni e servizi, monitoraggio e contenimento della spesa.

➤ **VISIONE 3: GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE**

Valorizzare le risorse umane, accrescere il senso di appartenenza all'organizzazione e orientare il sistema al miglioramento dell'erogazione dell'attività assistenziale. Lo sviluppo e la crescita del personale è perseguito attraverso la condivisione dei valori e delle strategie aziendali, la promozione di attività formative, la valorizzazione delle capacità tecniche e umane del personale.

Sviluppo di un sistema aziendale di valutazione della Performance al fine di migliorare le prestazioni professionali anche con l'utilizzo delle risorse economiche dedicate.

Contestualmente è necessario implementare le politiche di valorizzazione delle risorse umane (sistema degli incarichi professionali, di posizioni organizzative, di coordinamento).

➤ **VISIONE 4: SVILUPPO INNOVAZIONE IN AZIENDA**

Tale area strategica intende perseguire uno sviluppo di strategie innovative, anche gestionali, attraverso la definizione di piani operativi sia per gli investimenti materiali che immateriali, in particolare nell'ICT.



Gli stessi piani devono integrarsi tra loro in modo razionale e interattivo. Essendo trasversali a tutto il sistema produttivo hanno lo scopo di agevolare e migliorare l'erogazione dell'assistenza così come definita nella *Missione* aziendale, fondamentale il loro monitoraggio.

➤ **VISIONE 5: POTENZIAMENTO ORGANIZZAZIONE AZIENDALE**

Strutturazione dell'organizzazione attraverso la definizione dell'atto aziendale e del fabbisogno del personale con avvio di nuovi modelli organizzativo/gestionali.

Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza clinica-prescrittiva e più in generale organizzativa.

Miglioramento gestione ALPI attraverso la progressiva informatizzazione secondo normativa e regolamento delle prestazioni erogate e del loro monitoraggio.

Adempiere a quanto prescritto dalla normativa nazionale e regionale in materia di organizzazione (es. certificazione bilancio), sicurezza, trasparenza, prevenzione della corruzione, antiriciclaggio e accreditamento istituzionale.

Il potenziamento organizzativo inteso in senso ampio comprende anche il miglioramento funzionale degli ambienti di lavoro con incentivazione di percorsi di sviluppo della tutela della sicurezza e della salute psicofisica sia dei lavoratori che dei pazienti.

Rendere l'ambiente sanitario, oltre che funzionale, anche confortevole attraverso la cura dell'ordine e del decoro.

➤ **VISIONE 6: INTEGRAZIONE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI**

È necessario coordinare l'offerta assistenziale aziendale nell'ottica dell'integrazione con il territorio di riferimento e in particolare con l'area di utenza del nord ovest Sardegna. Risulta fondamentale, come azienda ospedaliera HUB, fornire servizi specialistici ad alta complessità non presenti nel territorio, ma allo stesso tempo poter usufruire di servizi a bassa complessità e a diffusione territoriale indispensabili nel post ricovero e come filtro in ingresso.

L'integrazione dell'attività assistenziale con quella di didattica e ricerca è perseguita anche attraverso lo sviluppo dei rapporti di collaborazione con l'Università nelle discipline mediche, nelle professioni sanitarie e negli altri corsi di laurea e di specializzazione.

Programmazione dell'attività formativa aziendale secondo quanto previsto dagli obiettivi regionali, della direzione strategica e delle richieste delle Unità Operative, con eventuale erogazione di crediti ECM.

5.3 Dagli Obiettivi Strategici agli Obiettivi Operativi

Le politiche e le strategie aziendali sono definite dalla Direzione all'interno della *missione* e delle *visioni* e recepiscono le linee di indirizzo nazionali e regionali.

Gli obiettivi strategici rappresentano i traccianti definiti a livello Direzionale per un lasso temporale maggiore a quello annuale; in particolare, si suppone che essi debbano essere conseguiti in tre anni.

Gli obiettivi operativi rappresentano pertanto la scomposizione dei suddetti obiettivi strategici in obiettivi di più breve periodo (un anno).

VISIONE 1: PRESTAZIONI SPECIALISTICHE APPROPRIATE E DI QUALITÀ'

OBIETTIVO STRATEGICO 1:

Miglioramento indicatori sanitari (regionali, aziendali e PNE)

Raggiungimento valore obiettivo – in aumento o diminuzione rispetto all'anno precedente o al punteggio 2015 secondo i target previsti nell'all. 1 DGR 22/23 del 03/05/2017.

Utilizzo di ulteriori indicatori assistenziali al fine di migliorare complessivamente l'attività assistenziale.



OBIETTIVO STRATEGICO 2:

Miglioramento e monitoraggio PDTA

Miglioramento nell'erogazione delle prestazioni sanitarie con l'adozione di nuovi percorsi diagnostico assistenziali al fine di migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera e il monitoraggio dei PDTA già adottati.

OBIETTIVO STRATEGICO 3:

Monitoraggio qualità percepita

Definizione di questionari di *customer satisfaction* relativi a definite prestazioni sanitarie aziendali e monitoraggio delle segnalazioni all'URP.

VISIONE 2: GESTIONE EFFICIENTE DELLE RISORSE

OBIETTIVO STRATEGICO 1

Rispetto degli obiettivi regionali della spesa (farmaci e altri beni e servizi).

Monitoraggio continuo del costo della produzione con definizione delle rispettive azioni di razionalizzazione da parte dei singoli gestori dei fabbisogni, attraverso lo sviluppo di modelli gestionali atti a rappresentare in maniera chiara eventuali disfunzioni nell'utilizzo delle risorse e porre in essere tempestivamente le relative azioni correttive.

In riferimento alla spesa farmaceutica ci si propone di promuovere il raggiungimento di adeguati standard, attraverso il confronto con il dato storico e il benchmark con altre realtà di pari complessità.

Coinvolgimento dei medici afferenti ai centri specialistici aziendali di riferimento regionale nel miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.

OBIETTIVO STRATEGICO 2

Gestione efficace e coordinata nell'espletamento delle procedure di gara

Revisione della gestione dei processi di acquisizione di beni e di servizi, definendo prioritariamente una chiara strategia aziendale basata sulla programmazione delle priorità e delle tempistiche di acquisizione sulla base dei fabbisogni individuati e monitorati in coordinamento con CAT, ATS e Consip.

Individuazione di soluzioni operative a situazioni di irregolarità consolidate.

OBIETTIVO STRATEGICO 3

Massimizzazione entrate proprie

Sviluppo dell'approccio commerciale attraverso la messa a reddito di tutti gli spazi commerciali (es. attraverso affissioni pubblicitarie in spazi comuni, privatizzazione di alcuni servizi esternalizzati ecc.).

Proposta di progetti di *fundraising* finalizzati a settori assistenziali specifici (senologia, oncologia etc.).

OBIETTIVO STRATEGICO 4

Costruzione cultura aziendale con strumenti di analisi e monitoraggio bottom-up

Adozione di percorsi e modelli organizzativi basati sul coinvolgimento motivato degli attori proponenti individuati per ciascuna area e finalizzati al supporto della direzione strategica. Programmazione di occasioni di confronto e di lavoro interdisciplinare (es. tavolo investimenti e tavolo gestori) ai fini del controllo e monitoraggio dell'utilizzo delle risorse aziendali.

Tale obiettivo strategico risulta trasversale alla seguente Visione 3.



VISIONE 3: GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE

OBIETTIVO STRATEGICO 1

Coinvolgimento del personale nel percorso performance

Contributo degli operatori nell'ambito della negoziazione degli obiettivi al fine della valorizzazione delle peculiarità/performance delle Unità Operative e dei singoli professionisti.

Impegno degli operatori nell'ottimizzazione delle prestazioni al fine di *“Rendere migliore l'esperienza del Paziente in ospedale”*.

OBIETTIVO STRATEGICO 2

Sviluppo cultura della valutazione

Adozione di un sistema premiante chiaro e immediato al fine di applicare un sistema di riconoscimento degli apporti dei singoli operatori finalizzato sia al riconoscimento economico che al miglioramento delle prestazioni professionali individuali e di equipe.

OBIETTIVO STRATEGICO 3

Gestione fondi contrattuali

Definizione e gestione corrente dei fondi contrattuali al fine di utilizzare gli stessi come fonte di incentivo nel riconoscimento di posizioni funzionali e di anzianità (posizione/fasce), utilizzo secondo normativa degli stessi nella gestione di situazioni critiche (disagio) e strumento di premialità (produzione/risultato).

OBIETTIVO STRATEGICO 4

Costruzione cultura aziendale con strumenti di analisi e monitoraggio bottom-up

Individuato come sopra.

VISIONE 4: SVILUPPO INNOVAZIONE IN AZIENDA

OBIETTIVO STRATEGICO 1

Qualità Flussi informativi

Favorire la corretta acquisizione, trasmissione e puntualità dei dati di attività ed economici dell'azienda rispetto ai diversi ambiti di erogazione delle prestazioni sanitarie. La disponibilità e tempestività di questi dati è alla base della valutazione costante degli output delle singole unità operative ed è strumento essenziale e indispensabile per decisioni strategiche di programmazione.

OBIETTIVO STRATEGICO 2

Innovazioni gestionali

Adozione e implementazione di nuovi strumenti informatici a supporto delle unità operative e della direzione strategica nelle fasi di programmazione e monitoraggio delle prestazioni sanitarie e non.

OBIETTIVO STRATEGICO 3

Sistema informativo aziendale

Sviluppo di un sistema integrato informativo aziendale con lo scopo di superare i “silos” di singoli applicativi di gestione autonome e creare una interfaccia che consenta attraverso un linguaggio unico la lettura dei dati in rete (es. sistema radiologico, anatomia patologica, esami di laboratorio).

Supporto continuo alle Unità Operative e ai Servizi nella gestione dell'hardware e degli applicativi.



OBIETTIVO STRATEGICO 4

E-AOU

Profonda revisione nella forma e nei contenuti del sito istituzionale AOU SS. Sviluppo e implementazione Intranet aziendale. Sviluppo di campagne informative sia su attività istituzionali che su progetti specifici.

VISIONE 5: POTENZIAMENTO ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

OBIETTIVO STRATEGICO 1

Atto aziendale e fabbisogno del personale

Definizione dei perimetri di competenze e responsabilità attraverso l'adozione dell'atto aziendale e del conseguente organigramma, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza organizzativa dell'Amministrazione e dell'assistenza ospedaliera integrata con l'Università. Efficientamento dell'organizzazione.

OBIETTIVO STRATEGICO 2

Focus su prestazioni sanitarie istituzionali e ALPI

Riduzione tempi di attesa per l'erogazione di prestazioni sanitarie istituzionali.
Monitoraggio Livelli Essenziali di Assistenza e sviluppo strumenti di controllo e verifica.
Implementazione ALPI attraverso lo sviluppo di strumenti di gestione e monitoraggio.

OBIETTIVO STRATEGICO 3

Adempimenti normativi

Adempimenti formali in materia di certificazione bilanci con delibera di adozione dei relativi documenti.
Adeguamento e produzione documentale secondo quanto prescritto dalla più recente normativa in materia di trasparenza, prevenzione della corruzione e anticiclaggio.
Prosecuzione nelle attività di accreditamento istituzionale.
Aderenza a quanto prescritto dalla RAS in materia di sicurezza perioperatoria (SISPAC).
Adozione provvedimenti relativi all'appalto dei lavori di ampliamento del complesso ospedaliero universitario.

OBIETTIVO STRATEGICO 4

Modello avanzato per la sicurezza su lavoro

Applicazione contenuti della Deliberazione del Direttore Generale n°400 del 07.12.2016, che definisce i ruoli, le competenze e gli strumenti per l'attuazione delle disposizioni di legge in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro e sicurezza antincendio nonché le modalità di realizzazione dell'istituto della delega di funzioni per la gestione e l'adempimento degli obblighi che in materia di sicurezza sul lavoro, il D. Lgs. 81/08 ss.mm.ii.

OBIETTIVO STRATEGICO 5

Focus sul decoro ospedaliero

L'obiettivo, compatibilmente con le risorse economiche disponibili, è quello di limitare le criticità correlate alla manutenzione di strutture a diversa stratificazione cronologica, di estesa collocazione logistica e di difficoltoso collegamento funzionale.

VISIONE 6: INTEGRAZIONE ATTIVITA' ISTITUZIONALI

OBIETTIVO STRATEGICO 1

Integrazione con ATS in termini di offerta di prestazioni e coordinamento di attività

Definizione formale del perimetro di attività con ATS, nell'ottica dell'integrazione con il territorio di riferimento secondo le rispettive specificità e attività.

OBIETTIVO STRATEGICO 2

Sviluppo dell'attività integrata di formazione, didattica e ricerca con l'Università.

Coinvolgimento del personale aziendale nell'attività integrata di didattica e ricerca anche mediante l'utilizzo di attività formative quali tutoraggi, tirocini, master.

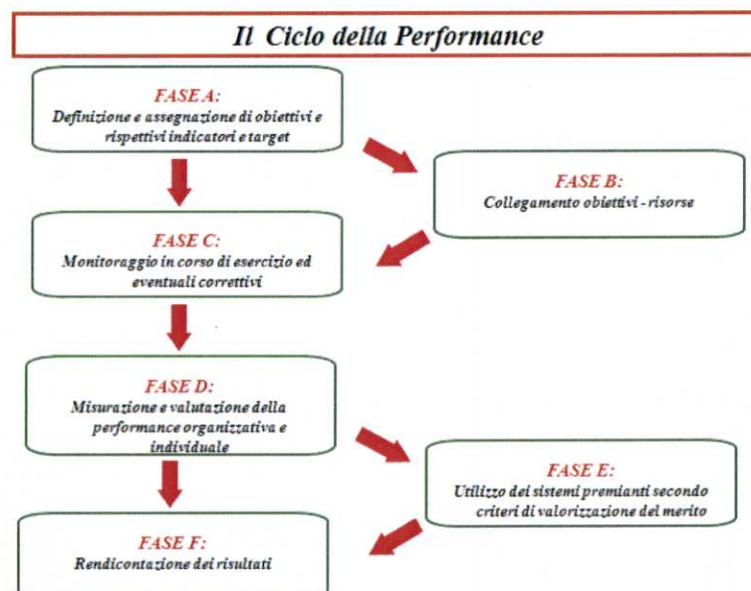
Azioni rivolte all'aderenza al "Nuovo Sistema Regionale della Formazione Continua in Medicina", mediante la programmazione dei fabbisogni e delle attività formative aziendali, con il coinvolgimento trasversale delle diverse Strutture assistenziali e dei Servizi.

6) IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

6.1 Il Ciclo della Performance

Il **Ciclo della performance**, disciplinato dal **D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e ss.mm.ii.**, deve essere sviluppato in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio e si articola nelle **seguenti fasi** (art. 4):

- definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati agli utenti e ai destinatari dei servizi.



Secondo quanto stabilito nel "Regolamento di misurazione e valutazione della performance" aziendale le fasi come sopra delineate devono rispettare la seguente tempistica:

N. FASE	FASI	TEMPI	OUTPUT DEL PROCESSO	SOGGETTO RESPONSABILE	SUPERVISIONE E CONTROLLO
1	Adozione Piano <i>Performance</i>	Entro 31 gennaio (anno di riferimento)	Piano <i>performance</i>	Direzione Aziendale	<p style="text-align: center;">OIV</p> <p><i>L'OIV interviene come garante del sistema nel suo complesso</i></p>
2	Attribuzione obiettivi di budget ai Direttori di Struttura	Entro gennaio	Budget	Direzione Aziendale	
3	Attribuzione obiettivi ai collaboratori	Entro gennaio	Verbale di assegnazione obiettivi	Direttori delle Strutture	
4	Monitoraggio <i>performance</i> organizzativa	Entro il mese successivo al trimestre di riferimento	Report trimestrale	Struttura Tecnica Permanente	
5	Valutazione intermedia	Entro luglio	Verbali di valutazione	Valutatori	
6	Valutazione finale (con colloquio di valutazione)	Entro maggio dell'anno successivo	Schede di valutazione	Valutatori	
7	Adozione graduatoria di merito	Entro giugno dell'anno successivo	Graduatoria di merito	OIV/Direzione	
8	Adozione della Relazione sulla <i>performance</i>	Entro giugno dell'anno successivo	Delibera Relazione sulla <i>performance</i>	OIV/ Direzione Aziendale	
9	Validazione della Relazione sulla <i>Performance</i>	Entro giugno dell'anno successivo	Parere OIV	OIV	
10	Attivazione del sistema premiante	Successivo al completamento delle fasi precedenti	Delibera attribuzione premi	Servizio Personale	

6.2 Coerenza con la programmazione economico – finanziaria e di bilancio

Un sistema di obiettivi è sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello aziendale o di singola struttura.

Pertanto, secondo quanto previsto dall'art. 5 e dall'art. 10 del D. Lgs 150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e con il bilancio aziendale.

L'integrazione ed il collegamento tra la pianificazione della performance e il processo di programmazione e di bilancio viene realizzata tramite:

- un parallelo percorso annuale di programmazione economico-finanziaria e di pianificazione delle performance;
- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi: dal Servizio Bilancio al Servizio di Programmazione e Controllo di gestione, all'Organismo di Valutazione e alle singole Strutture aziendali sanitarie e non sanitarie;
- l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, in primo luogo lo sviluppo e il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

Il fine è quello di creare un valido strumento che costituisca la base economico finanziaria per la valutazione delle scelte strategiche aziendali ed il ribaltamento degli obiettivi economici (e non solo) alle varie strutture aziendali.



Gli obiettivi assegnati devono essere coerenti con le risorse a disposizione secondo il bilancio di previsione. In particolare, oltre al sistema autorizzativo per l'acquisto di beni e servizi, posto in essere nei confronti degli uffici ordinatori sulla base delle risorse effettivamente disponibili che costituiscono un limite alla spesa, devono essere considerati anche gli obiettivi di carattere economico-finanziario che ogni anno costituiscono un'ampia parte degli obiettivi assegnati dalla Regione alla Direzione aziendale.

6.3 Trasparenza, integrità e anticorruzione, coordinamento ed integrazione

In attuazione della Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione". L'AOU di Sassari, con delibera n° 219 del 04/06/2015, ha provveduto a nominare il Responsabile per la trasparenza e per la prevenzione della corruzione (di seguito RPC).

Tenuto conto della necessità di effettuare con cadenza annuale un aggiornamento del Piano per la prevenzione della corruzione e del Piano per la Trasparenza e l'integrità, nell'arco dell'anno 2016 il RPC ha provveduto, in collaborazione con i referenti, ad effettuare le opportune modifiche.

A seguito di tali attività, con delibera n. 29 del 26 gennaio 2017, si è pervenuti all'aggiornamento dello stesso per il triennio 2017/2019 secondo le linee guida dettate dall'ANAC con le determinazioni n. 12 del 28 ottobre 2015 e n. 831 del 3 agosto 2016.

In ogni fase del ciclo di gestione della performance, ai sensi di quanto disposto dall'art.10 del D. Lgs 33/2013, le PP.AA. devono garantire la massima trasparenza mediante la pubblicazione del Piano delle Performance, del Sistema di Misurazione e Valutazione, della Relazione sulla Performance e del Programma Triennale per la Prevenzione della Corruzione nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente". Fra tutti questi documenti inoltre è opportuno comunque garantire un'adeguata integrazione. Nello specifico, essendo la Trasparenza funzionale alla corretta implementazione del Ciclo di Gestione della Performance, in quanto garante dell'effettiva "accountability" dell'amministrazione in termini di obiettivi e risultati dell'azione sanitaria.

L'integrazione si è realizzata facendo in modo che le misure contenute nel Programma Triennale per la Prevenzione della Corruzione siano diventate dei veri e propri obiettivi inseriti nel Piano delle Performance.

Al fine di garantire la massima trasparenza in ogni fase del Ciclo della Performance, il Piano della Performance dovrà prestare particolare attenzione alle questioni relative alla trasparenza e integrità, attraverso l'attribuzione di macro obiettivi trasversali per la struttura amministrativa di vertice, tra cui:

- aggiornamento con cadenza annuale, entro il 31 gennaio, del Piano per la Prevenzione della Corruzione e del Piano per la Trasparenza e l'Integrità;
 - predisposizione della Relazione Annuale sui risultati dell'attività svolta in tema di Trasparenza e Anticorruzione entro il 15 dicembre di ogni anno;
 - implementazione nel sito internet Aziendale della sezione "Amministrazione Trasparente" e conseguente attività di attuazione degli adempimenti sulla trasparenza previsti dal D.lgs 33 del 14 marzo 2013 come modificato dal D.lgs n. 97 del 25 maggio 2016, inseriti nella sezione II del "Piano Aziendale per la Prevenzione della Corruzione, triennio 2017/2019".
 - utilizzo dei patti d'integrità in ottemperanza all'art. 1 comma 17 della L. 190/2012, alla DGR n. 30/16 del 16/06/2015 ed al punto 10.6 del Piano per la Prevenzione della Corruzione, triennio 2017/2019;
 - organizzazione e realizzazione di attività formative in tema di "Anticorruzione e Trasparenza" rivolte al Personale Aziendale secondo quanto previsto punto 9. del Piano per la Prevenzione della Corruzione, triennio 2017/2019;
 - rispetto della normativa in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico;
- Tutti i Dirigenti sono tenuti a prestare piena collaborazione al RPC, come previsto all'art. 8 del Codice di Comportamento Aziendale (approvato con delibera n. 504 del 24/12/2015), e al punto 6 del Piano per la Prevenzione della Corruzione, triennio 2017/2019.



6.4 Miglioramento del processo di pianificazione

Il Piano della performance verrà sistematicamente aggiornato e verranno individuati, in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, i necessari correttivi.

Il Piano dovrà essere revisionato in funzione di eventuali disposizioni sul nuovo assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie Regionali, nonché degli obiettivi emersi anche a seguito del confronto con tutti gli stakeholder.

Il funzionamento dell'intero Ciclo della performance necessita di un miglioramento continuo del sistema di supporto della valutazione. A tal fine l'azienda si propone di:

- sviluppare il sistema di misurazione delle prestazioni, il sistema di reporting e la tempestività degli strumenti di rendicontazione;
- responsabilizzare i Direttori delle Unità Operative al fine di garantire il pieno coinvolgimento di tutto il personale dirigenziale e di comparto;
- promuovere il corretto utilizzo dei Sistemi Premianti secondo criteri di valorizzazione del merito;
- implementare il sistema informativo di contabilità analitica per centri di costo;
- promuovere e sviluppare il "Tavolo gestori dei Fabbisogni". Quest'ultimo rappresenta una vera e propria scommessa sulla responsabilizzazione ed il coinvolgimento di tutti i dirigenti depositari e gestori di risorse finanziarie affinché con il contributo di ciascuno di essi possa essere predisposto periodicamente un riscontro puntuale e il più possibile sovrapponibile alla situazione economica preconsuntiva dell'anno in corso.

7) Allegati Tecnici

- Allegato 1_ Tavola indicatori.

VISIONE	OBBIETTIVO STRATEGICO / OPERATIVO	COD	Indicatore	NUMERATORE	DENOMINATORE	VMC	TARGET
1	1	1_TT	Indice comparativo di performance ricoveri ordinari	Degenza media standardizzata per case-mix	Degenza media dello standard di riferimento (standard regionale)		< di 3 centesimi di punto
1	1	2_TT	Indice di case-mix ricoveri ordinari	Peso medio dei ricoveri ordinari	Peso medio di ricoveri ordinari nella casistica standard (regionale)		
1	1	3_TT	Degenza media	Numero giornate degenza ord	Numero complessivo di dimissioni ord		manten/riduz
1	1	4_TT	Tasso di occupazione dei posti letto	Numero giornate degenza in DO*100	Numero posti letto *365		80%
1	1	5_TT	Intervallo di Turn Over (gg intervallo tra ricoveri) gg	PL ord *gg apertura annui- gg deg ordinaria	Numero dimessi ordinari		manten/riduz
1	1	6_TT	Riduzione della percentuale di ricoveri diurni con finalità diagnostica	Numero di ricoveri in DH con finalità diagnostica	Numero ricoveri in dh medico *100		<= 23%
1	1	7_TT	Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	Numero di ricoveri ordinari brevi medici	Numero di ricoveri ordinari medici *100		<=17%
1	1	8_TT	Riduzione ricoveri in regime ordinario per DRG ad alto rischio di inappropriatezza all B patto salute	N° ricoveri ordinari Drg all B	N° totale ricoveri ordinari		<= 30%
1	1	9_TT	Degenza media reparti medici	Numero giornate degenza ord rep medici	Numero complessivo di dimissioni ord rep medici		manten/riduz
1	1	10_TT	Degenza media reparti chirurgici	Numero giornate degenza ord rep chirurgici	Numero complessivo di dimissioni ord rep chirurgici		manten/riduz
1	1	11_TT	Riduzione della % di dimessi dh da reparti chirurgici con drg medico	N° dimessi dh da rep chirurgici con DRG medico	N° dimessi DH		<=10%
1	1	12_TT	Riduzione della % di dimessi ord da reparti chirurgici con drg medico	N° dimessi ord da rep chirurgici con DRG medico	N° dimessi ORD		<= 20%
1	1	13_TT	Incremento % ricoveri in Day Surgery del DRG a rischio	N° drg All B Day Surgery	N° drg All B chirurgici *100		>=87%
1	1	14_TT	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri	N° drg ord chirurgici	N° di ricoveri totali ord* 100		>=24%
1	1	1_AUDIT	By-pass Aortocoronarico mortalità a 30 giorni			<=1,5	<=1,5
1	1	2_AUDIT	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30			<=1,5	<=1,5
1	1	3_AUDIT	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni			35,00	55,00
1	1	4_AUDIT	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni			CODIFIC	CODIFIC
1	1	5_AUDIT	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni			manten	manten
1	1	6_AUDIT	% parti con taglio cesareo primario			35,00%	30,00%
1	1	7_AUDIT	AUDIT				
1	1	1_PNE	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni				Per aree dal treempap atteso passaggio graduale a aree migliori
1	1	2_PNE	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni				Per aree dal treempap atteso passaggio graduale a aree migliori
1	1	3_PNE	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni				Per aree dal treempap atteso passaggio graduale a aree migliori
1	1	6_PNE	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni				Per aree dal treempap atteso passaggio graduale a aree migliori

VISIONE	OBBIETTIVO STRATEGICO / OPERATIVO	COD	Indicatore	NUMERATORE	DENOMINATORE	VMC	TARGET
1	1	7_PNE	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni				Per aree dal treempap atteso passaggio graduale a aree migliori
1	1	8_PNE	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia				Per aree dal treempap atteso passaggio graduale a aree migliori
1	1	9_PNE	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni				Per aree dal treempap atteso passaggio graduale a aree migliori
1	1	10_PNE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni				Per aree dal treempap atteso passaggio graduale a aree migliori
1	1	11_PNE	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi				Per aree dal treempap atteso passaggio graduale a aree migliori
1	1	12_PNE	Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > di 135 casi				Per aree dal treempap atteso passaggio graduale a aree migliori
1	1	13_PNE	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per un tumore maglino				Per aree dal treempap atteso passaggio graduale a aree migliori
1	1	16_PNE	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni				Per aree dal treempap atteso passaggio graduale a aree migliori
1	1	18_PNE	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto ed il puerperio				Per aree dal treempap atteso passaggio graduale a aree migliori
1	1	19_PNE	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio				Per aree dal treempap atteso passaggio graduale a aree migliori
1	1	20_PNE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni				Per aree dal treempap atteso passaggio graduale a aree migliori
1	1	21_PNE	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico				Per aree dal treempap atteso passaggio graduale a aree migliori
1	1	10_AOU	Riduzione della degenza media pre-chirurgica	N° giornate degenza precedenti all'intervento chirurgico	N° dimessi sottoposti ad intervento chirurgico	1,6	2
1	1	11_AOU	Riduzione della % ricoveri ripetuti entro 30 gg stessa mdc	N° ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa Mdc	N° ricoveri ordinari		<=4
1	2	12_AOU	Numero PDTA				
1	3	18_AOU	Somministrazione questionari customer satisfaction				
1	3	19_AOU	Monitoraggio segnalazioni URP				
2	1	16_AOU	Misure di contenimento della spesa farmaceutica				
2	1	17_AOU	Misure di contenimento dei costi della produzione (laboratori, ambulanze, global service etc)				

VISIONE	OBBIETTIVO STRATEGICO / OPERATIVO	COD	Indicatore	NUMERATORE	DENOMINATORE	VMC	TARGET
2	2	20_AOU	Revisione dei processi di acquisizione di beni e servizi (rispetto tempistica e la priorità)				
2	4	21_AOU	Adempimenti connessi alla istituzione tavolo interdisciplinare investimenti				
2	4	22_AOU	Adempimenti connessi alla istituzione tavolo interdisciplinare fabbisogno gestori				
2	4	9_DG	Differenza tra costi della produzione 2017 e costi della produzione				
3	1	23_AOU	Coinvolgimento del personale nel percorso performance (relazione)				
3	3	26_AOU	Corretta definizione, gestione e monitoraggio dei fondi contrattuali				
4	1	1_AOU	Chiusura SDO entro il 25 del mese successivo			85%	90%
4	1	2_AOU	Compilazione modulo consulenze GALILEO			85%	90%
4	1	3_AOU	Prime visite ambulatoriali a CUP			100%	100%
4	1	5_AOU	Utilizzo soweb (compilazione atti operatori)			95%	100%
4	1	6_AOU	Scarico a paziente protesi in sala			95%	100%
4	1	7_AOU	Utilizzo e ripulitura liste d'attesa			95%	100%
4	1	X7_AOU	Scarico a paziente farmaci alto costo e approvati in CTA			100%	
4	1	15_DG	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione (A,C,F)	1. N. record Flussi A, C, F dell'intero anno 2017 trasmessi entro i termini 2: N. errori di 1° e 2° livello rilevati per i flussi A, C, F dell'intero anno 2017 al termine	1. N. record Flussi A, C, F 2017)*100 2. N. totale dei record flussi A, C, F an	1. >=95%; 2. <=5% entro 2017	
4	2	X2_AOU	Emergenza intraospedallera integrata ECO RM TC			90% pz	
4	2	4_AOU	Utilizzo percorso preospedalizzazione per interventi programmati				
4	2	27_AOU	Percorso senologico aziendale (SMAC)				
4	4	X1_AOU	Supporto informatico utilizzo galileo GALILEO, PROMETEO e altri applicativi				
4	5	X0_AOU	Sviluppo e implementazione E-AOU				
5	1	25_AOU	Definizione fabbisogno del personale				
5	1	12_DG	Atto approvato dalla Giunta Regionale				
5	2	8_AOU	Ricoveri pazienti da PS			1	2
5	2	9_AOU	Riduzione tempi di attesa colonscopia (endoscopia digestiva)			rid tempi 2016	rid tempi 2016
5	2	24_AOU	Sviluppo strumenti di gestione e monitoraggio delle prestazioni sanitarie ALPI				
5	2	X3_AOU	Percorso facilitato per accertamenti necessari ai pazienti tumorali in vista dell'intervento programmato				
5	2	X4_AOU	Riduzione tempi attesa a 24/36 ore per ricoverati ECO RM TC			90% pz	
5	2	X5_AOU	Incremento ecocolordoppler			>75% dato storico	>80% dato storico
5	2	X6_AOU	Presa in carico in toto del paziente oncologico (esami tc rm visite etc)			75% pz	
5	2	14_DG	Migliorare la qualità dei dati della sorveglianza delle interruzioni di gravidanza (IVG) e degli aborti spontanei (SPO)	1. N. modelli D11 e D12 trasmessi entro i termini 2. N. campi compilati modelli D11 e D12	1.N. modelli totali anno*100 2.N. campitotali)*100	1. >=70%; 2. >=89%	
5	2	13_DG	N. prestazioni inserite in CUP/N. prestazioni documentate*100			>=70%	
5	3	3_DG	Rinnovo dell'accredimento del sistema trasfusionale			1	
5	3	4_DG	Applicazione di strumento del rischio clinico nell'area chirurgica (SISPAC)	N. strutture che compilano SISPAC	N. totale di strutture che effettuano attività chirurgica)*100	>=80%	
5	3	10_DG	Stipula contratto appalto lavori di ampliamento del complesso ospedaliero universitario			1/1	
5	3	11_DG	Completamento percorso PAC_Nr. di regolamenti approvati			6	

VISIONE	OBBIETTIVO STRATEGICO / OPERATIVO	COD	Indicatore	NUMERATORE	DENOMINATORE	VMC	TARGET
5	3	14_AOU	Adempimenti in materia di trasparenza, prevenzione della corruzione e anticiclaggio secondo normativa di legge				
5	4	13_AOU	Adempimenti in materia di deleghe di sicurezza (Delibera n. 424 del 29/12/2016)				
5	4	X8_AOU	Numero richieste infortuni conclusi				
5	4	X9_AOU	Numero inchieste malattie professionali concluse				
5	4	X10_AOU	Riduzione rischio clinico di infezioni correlate all'assistenza attraverso monitoraggio (numero procedure/n controlli)				1/ contr trimest
5	4	1_DG	Potenziare utilizzo dei sistemi informativi in materia di rischi e danni da lavoro (sistema di sorveglianza Mal prof)	N casi analizzati e inseriti	N segnalazioni a Spresal*100	95%	
6	2	15_AOU	Adempimenti in materia di formazione secondo normativa vigente				
6	2	2_DG	Adesione progetto dell'Oms "Save Lives Clean your Hands"	N. Monitoraggi/anno in ciascun Presidio ospedaliero		almeno 2 monit	