

SERVIZIO SANITARIO

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE N° 2**  
Olbia

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N° 2811 DEL 12/11/2013

**OGGETTO:** Approvazione Relazione Annuale sulla Performance 2012

L'anno duemila tredici addì dodici del mese di novembre

in Olbia, nella sede legale dell'Azienda Sanitaria Locale n° 2.

**IL DIRETTORE GENERALE**

*Dott. Giovanni Antonio Fadda*

Sentiti i pareri favorevoli del

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Gianfranco Casu

e del

DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Maria Serena Fenu

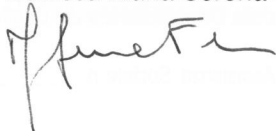
**SU PROPOSTA** Del Direttore dell'Area Programmazione, Controllo e Committenza

- PREMESSO** che a norma dell'art.10, comma 1, lettera b, del decreto legislativo 150/2009 le amministrazioni pubbliche sono tenute ad adottare annualmente la "Relazione sulla Performance" che evidenzia a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato;
- CONSIDERATO** che l'Azienda Sanitaria di Olbia dall'anno 2011 ha intrapreso un percorso di innovazione degli strumenti di programmazione e di controllo strategico finalizzato alla definizione di un sistema di obiettivi e di indicatori da attribuire alle strutture, in un'ottica di implementazione del sistema di valutazione dell'azienda, del personale, dei processi e di verifica dei risultati collegati ad un sistema di indicatori di attività e di costi;
- ATTESO** che l'azienda con delibera n°3691 del 31/12/2012, ai sensi dell'art. 10, comma 1, lett. a) del citato Decreto Legislativo, ha adottato il Piano della Performance quale documento programmatico triennale, che in coerenza con il ciclo della programmazione finanziaria e di Bilancio, individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi e, definisce gli indicatori necessari al fine di assicurare la misurazione e valutazione della performance organizzativa dell'azienda e la performance individuale di tutto il personale dipendente;
- CONSIDERATO** che nei moderni sistemi sanitari è variato in senso proattivo il ruolo dei cittadini utenti, i quali esercitano consapevolmente ed efficacemente i diritti relativi al rispetto del tempo, alla libera scelta, all'accesso alle cure, al reclamo e al risarcimento;  
che questa nuova condizione fa crescere la domanda di trasparenza, di accountability e di autonoma verifica della qualità;
- RITENUTO** che l'azienda ha provveduto ad elaborare "La Relazione sulla Performance" sia nell'ottica della più ampia aderenza a strumenti di programmazione in grado di definire, obiettivi aziendali, tali da rendere più efficace ed efficiente il miglioramento della performance, in un quadro generale di risorse finanziarie decrescenti, e sia come risposta alla crescente domanda di accountability, di cambiamento e di governance della pubblica amministrazione;
- ATTESO** che l'Organismo Indipendente di Valutazione ai sensi di quanto disposto dall'art.14 comma 4, lettera c), ha validato il sopracitato documento esprimendo parere favorevole;
- RILEVATA** pertanto la necessità di approvare il documento di cui trattasi e di provvedere alla sua Pubblicazione sul sito istituzionale dell'ASL 2 Olbia, nella sezione denominata "Trasparenza";
- VISTA** la delibera CIVIT n° 5/2012 avente ad oggetto "Linee guida ai sensi dell'art.13, comma 6, lettera b) del decreto legislativo 150/2009, relativo alla struttura e alla modalità di redazione delle Relazione della Performance di cui all'art. 10, comma 1, lettera b), dello stesso decreto;
- VISTI** Il D. Lgs 150/2009  
Il D. Lgs 165/2001  
Il D. Lgs. 502/1992 e successive modifiche

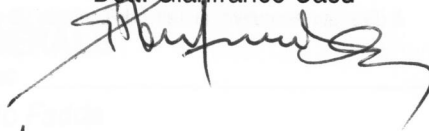
## DELIBERA

- ✦ Di approvare la Relazione sulla Performance che si allega alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale ;
- ✦ Di provvedere alla sua pubblicazione sul sito istituzionale dell'azienda ASL 2 Olbia sotto la voce l'asl informa all'interno della sezione "Trasparenza";
- ✦ Di dare atto che l'adozione del presente provvedimento non comporta alcun onere a carico del bilancio aziendale.

IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott.ssa Maria Serena Fenu



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dott. Gianfranco Casu



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Giovanni Antonio Fadda



Area Programmazione, Controllo e Committenza  
Dott. Paolo Tederri

Per il servizio  
Dott.ssa P. Mazzone



(DA COMPILARSI A CURA DEL SERVIZIO / STRUTTURA PROPONENTE/ESTENSORE)

(luogo e data) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

La presente deliberazione:

è soggetta al controllo ai sensi dell'art. 29, comma 1, lettere a), b), c), della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

oppure

deve essere comunicata al competente Assessorato regionale ai sensi dell'articolo 29, comma 2, della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10

Il Responsabile del Servizio/Struttura \_\_\_\_\_ Dott.ssa (proponente/estensore)

(firma) \_\_\_\_\_

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia

dal 13/11/2013, e che:

è esecutiva dal giorno della pubblicazione ai sensi della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

con lettera in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, protocollo n. \_\_\_\_\_, è stata inviata all'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale per il controllo di cui all'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

Olbia, 13/11/2013.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali

\_\_\_\_\_

La presente deliberazione:

è divenuta esecutiva, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10, in virtù della Determinazione del Direttore del Servizio \_\_\_\_\_ dell'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

è stata annullata, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10, in virtù della Determinazione del Direttore del Servizio \_\_\_\_\_ dell'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

è divenuta esecutiva per decorrenza dei termini per il controllo, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

Olbia, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali

\_\_\_\_\_

Per copia conforme all'originale esistente agli atti della Azienda Sanitaria Locale n. 2, per uso \_\_\_\_\_.

Olbia, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

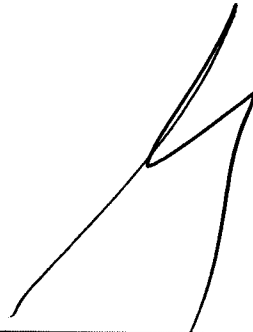
Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali

\_\_\_\_\_



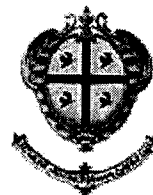
**ASLOlbia**

Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia



**RELAZIONE SULLA PERFORMANCE  
2012  
ASL 2 OLBIA**

**Ottobre 2013**



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

## INDICE

<b>PREMESSA</b> .....	<b>2</b>
<b>1. L'AZIENDA SANITARIA N° 2 DI OLBIA</b> .....	<b>3</b>
<b>2. IL SISTEMA DI GESTIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE</b> .....	<b>4</b>
<b>3. IL CICLO DELLA PERFORMANCE NEL 2012</b> .....	<b>5</b>
<b>4.LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA</b> .....	<b>7</b>
<b>4.1 Attività di ricovero ordinario</b> .....	<b>7</b>
<b>4.2 Attività di ricovero Day Hospital</b> .....	<b>8</b>
<b>4.3 Obiettivi assistenziali</b> .....	<b>9</b>
4.3.1 Area dell'efficacia preventiva assistenziale e terapeutica.....	9
4.3.2 Area dell' Efficienza Gestionale Organizzativa .....	10
<b>4.4 Obiettivi economici gestionali</b> .....	<b>11</b>
<b>5.LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELLE STRUTTURE AZIENDALI</b> .....	<b>13</b>
<b>5.1 Attività di ricovero ordinario Dipartimento medico Olbia e Tempio</b> .....	<b>13</b>
<b>5.2 Attività di ricovero Day Hospital Dipartimento medico Olbia e Tempio</b> .....	<b>14</b>
<b>5.3 Attività di ricovero ordinario Dipartimento Chirurgico Olbia e Tempio</b> .....	<b>15</b>
<b>5.4 Attività di ricovero Day Hospital Dipartimento Chirurgico Olbia e Tempio</b> .....	<b>16</b>
<b>5.5 Obiettivi e indicatori specifici Distretti e Dipartimento di Prevenzione 2012</b> .....	<b>17</b>
<b>5.6 Obiettivi e indicatori specifici per alcune UU.OO aziendali 2012</b> .....	<b>18</b>
5.6.1 Percentuale di parti cesarei.....	18
5.6.2 Percentuale di fratture di femore operate entro 2 giorni.....	18
5.6.3 N° di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica.....	19
5.6.4 N° di ricoveri ordinari medici brevi.....	20
<b>5.7 Obiettivi specifici Pronto Soccorso e accessi totali 2012</b> .....	<b>22</b>
<b>5.8 Indice medio di Performance Organizzativa per Macrostruttura</b> .....	<b>22</b>
<b>6 . RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ</b> .....	<b>23</b>
<b>6.1 Costi e Valore della Produzione</b> .....	<b>23</b>
<b>6.2 Struttura dei Costi e del Valore della Produzione</b> .....	<b>24</b>
<b>7 . PARI OPPORTUNITÀ E VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI</b> .....	<b>25</b>
<b>7.1 Piano triennale delle Azioni Positive</b> .....	<b>25</b>
<b>7.2 Comitato unico di Garanzia</b> .....	<b>28</b>
<b>7.3 Servizio di Medicina delle Migrazioni per gli stranieri temporaneamente presenti</b> .....	<b>28</b>
<b>8. RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE NEL 2012</b> .....	<b>29</b>
<b>9 . IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE</b> .....	<b>30</b>
<b>9.1 Fasi, Soggetti, Tempi e Responsabilità</b> .....	<b>30</b>
<b>9.2 Punti di forza e di debolezza del Ciclo di Gestione della Performance</b> .....	<b>30</b>

## Premessa

La presente Relazione è redatta, a conclusione del ciclo di gestione della performance 2012, ai sensi dell'art. 10, comma 1 lettera b) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, che prevede l'obbligo di predisporre un documento che evidenzi, a consuntivo, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse assegnate nell'anno di riferimento, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Il documento è stato redatto dall'Area Programmazione, Controllo e Committenza in qualità di Struttura Tecnica Permanente.

La Relazione descrive i risultati raggiunti nel 2012 per il livello di :

- **Performance organizzativa dell'Azienda** rispetto al raggiungimento degli obiettivi definiti dalla Regione e assegnati al Direttore Generale;
- **Performance organizzativa delle unità operative**, in cui è strutturata l'Azienda, rispetto agli obiettivi annualmente assegnati mediante il budget, secondo la procedura definita nel Piano delle Performance e nel Sistema di misurazione e valutazione della performance.

## 1. L'Azienda Sanitaria n° 2 di Olbia

L'ASL di Olbia opera su tutto il territorio della Provincia di Olbia - Tempio, comprendente 26 comuni, con una estensione territoriale di 3397 Km<sup>2</sup>, ed una popolazione residente di 157.859 abitanti al 31/01/2011, pari al 9,24% della popolazione dell'intera Sardegna, il territorio di competenza della Asl 2 si estende per circa 1.400 km<sup>2</sup> costieri.

L'azione dell'ASL di Olbia è finalizzata in maniera fondamentale al miglioramento dello stato di salute della popolazione, alla qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati, all'appropriatezza e continuità di cura nei percorsi assistenziali, alla capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico-finanziario nella gestione del sistema azienda. L'ASL di Olbia si impegna a perseguire questi obiettivi, ispirandosi ai principi di uguaglianza, di imparzialità, di partecipazione, di continuità, di efficienza ed efficacia e di economicità. Fondamentalmente l'azienda opera in relazione alle politiche regionali ed agli obiettivi assegnati dall'Assessorato alla sanità e alle Politiche Sociali, al fine di raggiungere i risultati individuati nella programmazione regionale in un'ottica di sinergia sistemica; coerentemente le strategie aziendali e le conseguenti attività gestionali sono state improntate ad un'intensa operatività indirizzata a percorsi di programmazione relativa ai tre livelli assistenziali **Ospedaliera, Distrettuale e Sanitaria Collettiva**.

## **2. Il Sistema di Gestione del Ciclo della performance**

L'azienda sanitaria n°2 di Olbia con delibera n° 2114 del 13/09/2011, ha avviato il Sistema di Gestione del Ciclo della Performance con la finalità di adeguarsi anzitutto agli adempimenti richiesti dal Decreto legislativo 150/2009 in materia di valutazione delle performance organizzative e individuali, i quali, costituiscono un notevole impulso innovativo all'adozione di metodi di valutazione del raggiungimento degli obiettivi finalizzato a qualificare ulteriormente il processo di innovazione organizzativa.

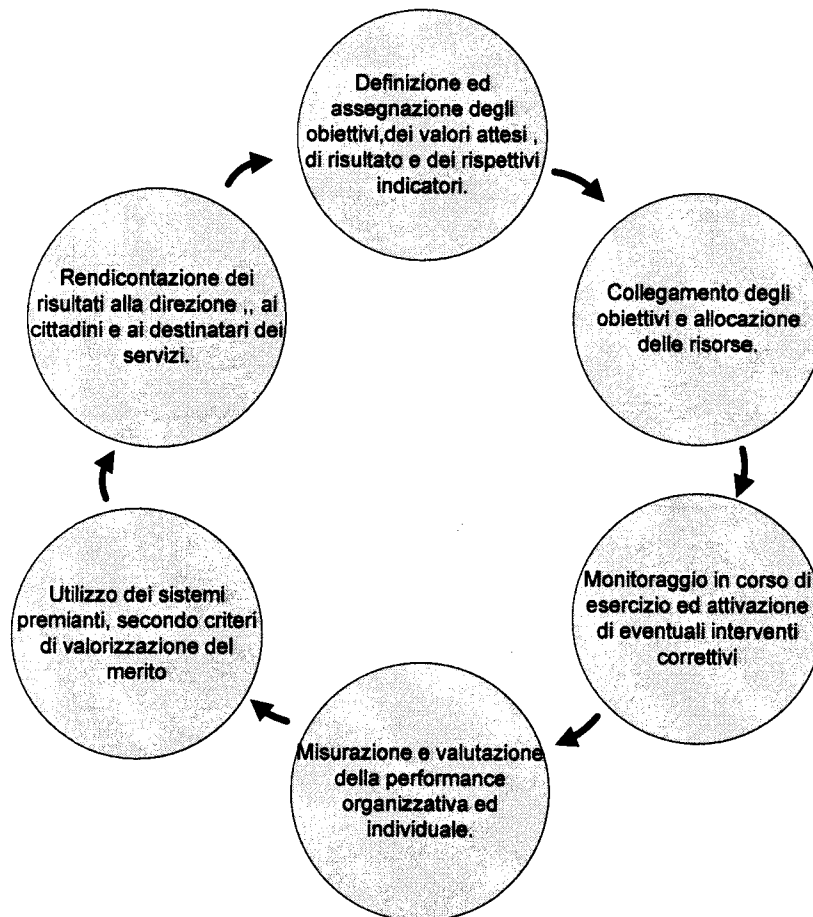
Le finalità di tale impianto metodologico sono infatti ravvisabili da un lato nel miglioramento della qualità dei servizi pubblici, e dall'altro nell'ottimizzazione dei costi dei servizi erogati attraverso un progressivo miglioramento degli standard economici. Di fatto va riconosciuto che la misurazione del raggiungimento degli obiettivi e la valutazione delle performance rappresentano un ambito di iniziative che richiede un grande sforzo e in questo senso, l'attuazione degli indirizzi e degli adempimenti previsti dalla Decreto Legislativo 150/2009 costituiscono in questo momento di crescita, un obbligo/stimolo a compiere un salto di qualità per il miglior funzionamento dell'intero sistema gestionale della azienda sanitaria. L'impianto metodologico si basa , in particolare, sulla definizione e adozione del:

- **Sistema di misurazione e valutazione della performance;**
- **Piano della Performance;**
- **Relazione sulla Performance;**
- **Piano della Trasparenza.**

L'attuazione della riforma, come mostra il diagramma 1 sottostante, è un processo circolare ad ampio raggio che parte da una prima fase di pianificazione degli obiettivi attraverso il Piano delle Performance, una seconda fase che è quella della misurazione della performance attraverso lo sviluppo del Sistema di Misurazione e valutazione della Performance e termina con la fase di rendicontazione attraverso la Relazione sulla Performance.



Fig. 1



### 3. Il Ciclo della performance nel 2012

La prima fase del Sistema di Gestione del Ciclo della performance ha inizio con l'adozione del Piano Triennale della Performance avvenuta con delibera n° 3204 del 24/12/2011 e modificato con delibera n°3691 del 31/12/2012. Il Piano, ai sensi dell'art. 10, lett. a) del citato D.Legislativo, costituisce " . . . un documento programmatico triennale, da adottare in coerenza con il ciclo della programmazione finanziaria e di Bilancio, che individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori necessari alla misurazione e valutazione della performance dell'intera Azienda, nonché gli Obiettivi assegnati al personale dirigenziale con rispettivi indicatori".

Il Piano definisce dunque gli elementi fondamentali " **Obiettivi , Indicatori e Target**" su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della Performance

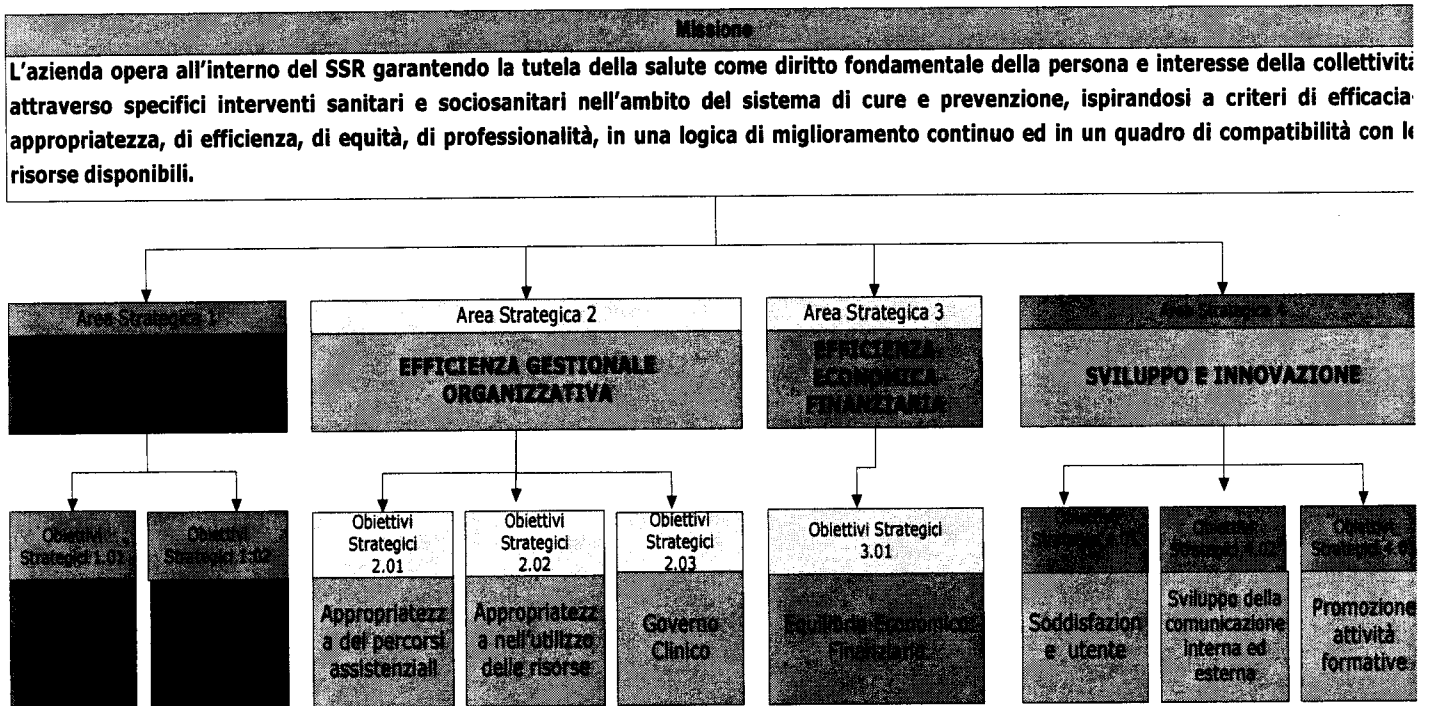
La seconda fase inizia nel 2012, poiché l'Azienda con delibera n. 689 del 26 marzo 2012 ha nominato l'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance al fine di predisporre e validare il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

L'Area Programmazione, controllo e Committenza è stata individuata quale Struttura Tecnica Permanente di supporto all' Organismo ai sensi di quanto disposto dall'art.14 del decreto legislativo 150/2009.

Nel corso dell'anno 2012, si è, quindi, sviluppato il ciclo di gestione della performance, secondo le fasi qui di seguito sinteticamente descritte:

1. definizione degli obiettivi aziendali di interesse regionale su cui è misurata la **performance aziendale**, individuati con delibera regionale n.30/60 del 12/07/2011 e n° 50/35 del 21/12/2012;
2. negoziazione degli obiettivi di budget con i Direttori di U.O. complessa, semplice e semplice dipartimentale e sottoscrizione delle relative schede di budget;
3. assegnazione formale degli obiettivi di budget su cui è misurata la **performance organizzativa**;
4. monitoraggio periodico e reporting della performance aziendale e della performance organizzativa;
5. compilazione delle schede di valutazione della **performance organizzativa**;
6. validazione del ciclo di gestione della performance organizzativa, in ogni sua fase, da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance.

Gli obiettivi aziendali, trasferiti alle unità operative attraverso il budget, si articolano nelle aree strategiche come rappresentato dal seguente albero della performance:



## 4. La Performance Organizzativa dell'Azienda

### 4.1 Attività di ricovero ordinario

Riguardo all'attività di ricovero ordinario, si evidenzia la riduzione del numero dei ricoveri ordinari, il fenomeno è da considerarsi positivo, poiché uno dei principali obiettivi posti in capo alle aziende sanitarie è proprio quello di ridurre il numero dei ricoveri ordinari a rischio di in appropriatezza così come indicato nell'allegato B del patto per la salute 2010/2012; tuttavia a ciò si aggiunge la riduzione dei posti letto causati dalla temporanea disattivazione di alcuni posti letto del presidio di Tempio. La riduzione dei ricoveri, comunque è tutta ascrivibile ai DRG Medici (non chirurgici) i DRG chirurgici in regime ordinario infatti aumentano nel 2012 di oltre 90 unità.

Rispetto alla Degenza media è giustamente in calo a livello aziendale, poiché per il 2012 è principalmente obiettivo per la gran parte delle UU.OO. Riguardo al peso medio dei DRG è aumentato complessivamente a livello aziendale, e anche tale indicatore va interpretato come segno di una maggior selezione della casistica e del passaggio di prestazioni precedentemente erogate in regime ordinario al regime ambulatoriale e di DH.

Tab.1

ATTIVITÀ DI RICOVERO ASL N.7 OLIVIA			
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2012	2011
ORDINARIO	POSTI LETTO	302	323
ORDINARIO	DRG MEDICI	7885	8312
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	4137	3991
ORDINARIO	% DRG CHIRURGICI	34,37%	32,39%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	8,06%	8,47%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	10,83%	11,05%
ORDINARIO	GG DEGENZA	83997	88412
ORDINARIO	DEGENZA MEDIA	7	7,2
ORDINARIO	PUNTI DRG	13444	13603
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,12	1,1
ORDINARIO	TASSO OCCUPAZIONE POSTI LETTO	76%	75%

## 4.2 Attività di ricovero Day Hospital

Riguardo all'attività di ricovero in Day Hospital si evidenzia un calo dei ricoveri di DH/DS (Day Hospital Medici e Day Surgery Chirurgici), il dato potrebbe apparire rilevante ma in realtà il calo è dovuto quasi totalmente ai ricoveri in Day Surgery, mancano infatti circa 250 ricoveri Chirurgici di cui 230 sono ascrivibili al DRG 39 (Cataratta). Nel corso del 2012, infatti, il DRG 39 è stato erogato correttamente in regime ambulatoriale di Day Service. Gli altri indicatori riferibili ai Day Hospital sono più o meno stabili nel tempo: numero medio di accessi, peso medio ect..

Tab.2

ATTIVITÀ DI RICOVERO ASL N.7 OLIVIA			
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2012	2011
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	32	32
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	1719	1792
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	1342	1598
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	0,83%	0,61%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	16,23%	19,15%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	2200	2384
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,72	0,7

### 4.3 Obiettivi assistenziali

L'Azienda sanitaria n°2 di Olbia, ai sensi di quanto disposto dalla DGR n° 50/35 del 21/12/2012 è chiamata al perseguimento di un Sistema di Obiettivi Assistenziali e ed Economico Gestionali. Gli obiettivi costituiscono specificazione degli obiettivi assegnati all'atto della nomina del direttore Generale e, in quanto tali, validi ai fini della verifica per la conferma dell'incarico. Il perseguimento di tali obiettivi sarà valutato dalla giunta regionale ai fini dell'attribuzione della integrazione del trattamento economico dei Direttori Generali in conformità di quanto previsto dall'art. 1, comma 5, del D.P.C.M. n° 319/2001. Tali obiettivi aziendali devono essere ricompresi negli obiettivi da assegnare ai responsabili delle strutture organizzative aziendali, e lo standard previsto per ogni obiettivo deve essere raggiunto nell'arco del mandato e per ogni anno occorre ridurre di un quinto la differenza tra il dato di partenza e l'obiettivo.

#### 4.3.1 Area dell'efficacia preventiva assistenziale e terapeutica

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO OPERATIVO	STANDARD	INDICATORE	2012	2011	
	1	Migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale nell'anziano.	$\geq 70\%$	% di vaccinazioni effettuate ultra 65-enni /totale popolazione residente ultra 65-enni	54,46%	54%
	2	Sviluppare l'ADI a favore degli anziani non autosufficienti : percentuale di anziani = > 65 anni	$\geq 4$	n° anziani $\geq 75$ assistiti in ADI /totale popolazione residente anziana età $\geq 65 \cdot 100$	4,54%	3,53%
	3	Sviluppare le Cure palliative Oncologiche favore dei malati terminali al fine di ridurre i ricoveri inappropriati nei reparti di medicina	100	n° pazienti oncologici seguiti al proprio domicilio	149	160

#### 4.3.2 Area dell' Efficienza Gestionale Organizzativa

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO OPERATIVO	STANDARD	INDICATORE	2012	2011	
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	1	Riduzione del tasso di ospedalizzazione ordinario e diurno standardizzato per mille	< = 160	Riduzione % del Tasso di ospedalizzazione	148	146
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	2	Ridurre il tasso di ospedalizzazione per patologie assistibili domiciliariamente: tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni	80	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni	40	55
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	3	Riduzione della percentuale di ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	23%	N° di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica / N° ricoveri in DH medico * 100	20%	22%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	4	Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	17%	N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici *100	19,5%	18,70%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	5	Aumentare la % dei ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriatezza ( All. B Patto per la salute 2010/2012)	87%	N° ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG LEA chirurgici/ N° ricoveri effettuati in Day surgery e ricovero ordinario per i DRG LEA chirurgici *100	52,50%	53,75%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	6	Riduzione della % di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico.	<=20%	N° dimessi da reparti chirurgici con DRG medico / N° totale dimessi	28%	26%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	7	Riduzione della % di ricoveri ripetuti entro 30 gg per la stessa MDC.	4%	N° ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC/ N° ricoveri *100	4%	4%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	8	Riduzione delle percentuale di parti cesarei	<=15%	N° parti cesari / N° totale parti * 100	34%	34%

\*lo standard dell' 87% dei DRG LEA in regime di Day Hospital si riferisce ai DRG LEA di cui al DPCM 29/11/ 2001, mentre le performance della nostra azienda sono state calcolate sui DRG LEA di cui all'allegato B del Patto per la salute 2010/2012.

## 4.4 Obiettivi economici gestionali

Con riferimento agli obiettivi economico-gestionali, l'obiettivo generale è il contenimento del trend di crescita dei costi della produzione in considerazione dei seguenti fattori :

- ✓ blocco della crescita del costo del lavoro per effetto della sospensione dei rinnovi di contratti del personale dipendente e delle convenzioni con il personale convenzionato;
- ✓ contenimento della crescita del costo per l'acquisto di beni di servizi, per effetto della manovra disposta con il DL 95/2012 convertito con legge 135/2012;
- ✓ contenimento del costo dell'assistenza farmaceutica per effetto delle manovre disposte a livello nazionale e regionale.

Rispetto all'obiettivo generale del contenimento del trend di crescita dei costi, dal Bilancio di esercizio del 2012 emerge una riduzione del **Costo di acquisto dei Beni di consumo sanitario e non sanitario** con una riduzione percentuale rispetto al 2011 rispettivamente pari al -7% e -23%; al contrario dalla voce **Prestazioni di Servizi** la quale comprende prestazioni di natura sanitaria e non sanitaria emerge un incremento di costi per:

- ✓ l'acquisto di prestazioni di assistenza medico generica in convenzione e in continuità assistenziale determinato principalmente dall'aumento del carico assistiti e della popolazione di riferimento;
- ✓ l'acquisto di prestazioni per l'assistenza integrativa determinato principalmente dall'incremento del volume degli assistiti, a sua volta causato dall'aumento della popolazione anziana pari al 4.30%, e dall'incremento dei casi delle patologie interessate quale diabete e morbo celiaco;
- ✓ l'acquisto di prestazioni res. e semires. Anziani e terminali causato dall'aumento della popolazione anziana pari al 4.30% e dall'utilizzo della RSA in funzione sostitutiva dell'Hospice;
- ✓ l'acquisto del servizio di pulizia, lavanderia e lavanolo determinato da un aumento dei metri quadri in seguito all'apertura del padiglione D2 di circa 10.000 mq, l'aumento delle apparecchiature elettromedicali in dotazione, oltreché, dal fatto che il nuovo contratto stipulato ha ampliato i servizi erogati rispetto al predente contratto ;
- ✓ l'acquisto del servizio di ristorazione e mensa degenti determinato dall'attivazione del servizio che è stato esternalizzato rispetto al 2011;
- ✓ l'acquisto del servizio di vigilanza determinato dall'aumento delle ore di presenza e dall'istituzione di nuovi punti aggiuntivi di sorveglianza.

Nella voce **Godimento di beni di Terzi** si registra un aumento del costo relativo ai canoni di noleggio per attrezzature sanitarie di circa il 13%.

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO OPERATIVO	STANDARD	INDICATORE	2012	2011	
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	1	Contenimento del trend di crescita dei costi di produzione	Costi della produzione pari o inferiori a quelli del 2011	Costo del personale dipendente	€ 85.963.674,00	€ 86.147.651,00
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	2	Contenimento del trend di crescita dei costi di produzione	Costi della produzione pari o inferiori a quelli del 2011	Costo del personale somministrazione lavoro, consulenze e CO.CO.CO	€ 5.040.019,00	€ 11.200.331,00
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3	Contenimento del trend di crescita dei costi di produzione	Costi della produzione pari o inferiori a quelli del 2011	Costi di acquisto Beni sanitari	€ 27.982.640,00	€ 30.217.359,00
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	4	Contenimento del trend di crescita dei costi di produzione	Costi della produzione pari o inferiori a quelli del 2011	Costi di acquisto Beni non sanitari	€ 2.492.359,00	€ 3.227.948,00
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	5	Contenimento del trend di crescita dei costi di produzione	Costi della produzione pari o inferiori a quelli del 2011	Costo spesa farmaceutica in distribuzione diretta	€ 285.756,00	€ 372.058,00
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	6	Contenimento del trend di crescita dei costi di produzione	Costi della produzione pari o inferiori a quelli del 2011	Costo spesa farmaceutica convenzionata	€ 26.413.852,00	€ 27.125.141,00
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	7	Controllo dei costi di acquisto di beni e servizi con il ricorso a gare Consip e in forma associata e con il ricorso a strumenti innovativi quali aste elettroniche e accordi quadro.	Costi della produzione pari o inferiori a quelli del 2011	N° adesioni convenzioni Consip e loro valore ;	11	3
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	8	Controllo dei costi di acquisto di beni e servizi con il ricorso a gare Consip e in forma associata e con il ricorso a strumenti innovativi quali aste elettroniche e accordi quadro.	Costi della produzione pari o inferiori a quelli del 2011	N° Accordi Quadro;	8	3
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	9	Controllo dei costi di acquisto di beni e servizi con il ricorso a gare Consip e in forma associata e con il ricorso a strumenti innovativi quali aste elettroniche e accordi quadro.	Costi della produzione pari o inferiori a quelli del 2011	N° Aste elettroniche ;	2	0



## 5.La Performance Organizzativa delle strutture aziendali

### 5.1 Attività di ricovero ordinario Dipartimento medico Olbia e Tempio

ATTIVITA' DI RICOVERO DIPARTIMENTO DI MEDICO OLBIA			
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2012	2013
ORDINARIO	POSTI LETTO	76	76
ORDINARIO	DRG MEDICI	2992	3021
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	196	174
ORDINARIO	% DRG CHIRURGICI	6,15%	5,44%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	10,29%	11,82%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	8,81%	8,04%
ORDINARIO	GG DEGENZA	27951	26837
ORDINARIO	DEGENZA MEDIA	8,8	8,4
ORDINARIO	PUNTI DRG	4044	4061
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,27	1,27
ORDINARIO	TASSO OCCUPAZIONE POSTI LETTO	101%	97%
ORDINARIO	%DRG LEA NON APPROPRIATI	29%	30%

ATTIVITA' DI RICOVERO DIPARTIMENTO DI MEDICO TEMPIO			
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2012	2013
ORDINARIO	POSTI LETTO	41	62
ORDINARIO	DRG MEDICI	1409	1770
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	7	11
ORDINARIO	% DRG CHIRURGICI	0,49%	0,62%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	5,85%	4,66%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	15,94%	15,94%
ORDINARIO	GG DEGENZA	13674	17842
ORDINARIO	DEGENZA MEDIA	9,6	10
ORDINARIO	PUNTI DRG	1453	1826
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,02	1,02
ORDINARIO	TASSO OCCUPAZIONE POSTI LETTO	91%	79%
ORDINARIO	%DRG LEA NON APPROPRIATI	39%	38%

\* I DRG "lea" sono quei DRG indicati nell'allegato B del patto per la salute 2010/2012 ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime ordinario. ( Appropriati se eseguiti in DS /DH inappropriati se eseguiti in RO)

## 5.2 Attività di ricovero Day Hospital Dipartimento medico Olbia e Tempio

ATTIVITÀ DI RICOVERO DIPARTIMENTO MEDICO OLBIA			
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2012	2011
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	179	158
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	178	158
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	1	
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	0,56%	0,00%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	7,82%	8,86%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	148	127
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,83	0,81

ATTIVITÀ DI RICOVERO DIPARTIMENTO MEDICO TEMPIO			
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2012	2011
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	6	6
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	646	741
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	12	20
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	4,56%	3,55%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	5,17%	6,96%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	540	640
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,82	0,84

### 5.3 Attività di ricovero ordinario Dipartimento Chirurgico Olbia e Tempio

ATTIVITÀ DI RICOVERO DIPARTIMENTO CHIRURGICO OLBIA			
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2012	2011
ORDINARIO	POSTI LETTO	88	88
ORDINARIO	DRG MEDICI	1785	1794
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	2178	2091
ORDINARIO	% DRG CHIRURGICI	54,96%	53,75%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	9,69%	10,80%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	11,28%	11,18%
ORDINARIO	GG DEGENZA	24917	25125
ORDINARIO	DEGENZA MEDIA	6,3	6,5
ORDINARIO	PUNTI DRG	4513	4331
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,14	1,11
ORDINARIO	TASSO OCCUPAZIONE POSTI LETTO	77,60%	78,20%
ORDINARIO	%DRG LEA NON APPROPRIATI	39%	35%
ORDINARIO	%DRG LEA APPROPRIATI CHIRURGICI	52,10%	55,60%

ATTIVITÀ DI RICOVERO DIPARTIMENTO CHIRURGICO TEMPIO			
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2012	2011
ORDINARIO	POSTI LETTO	67	67
ORDINARIO	DRG MEDICI	843	932
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	1690	1685
ORDINARIO	% DRG CHIRURGICI	66,40%	64,21%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	4,48%	4,27%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	17,49%	19,28%
ORDINARIO	GG DEGENZA	11741	13229
ORDINARIO	DEGENZA MEDIA	4,6	5
ORDINARIO	PUNTI DRG	2489	2558
ORDINARIO	PESO MEDIO	0,98	0,98
ORDINARIO	TASSO OCCUPAZIONE POSTI LETTO	48%	54%
ORDINARIO	%DRG LEA NON APPROPRIATI	56,80%	65,70%
ORDINARIO	%DRG LEA APPROPRIATI CHIRURGICI	40,90%	32,90%

\* I DRG "lea" sono quei DRG indicati nell'allegato B del patto per la salute 2010/2012 ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime ordinario. ( Appropriati se eseguiti in DS /DH inappropriati se eseguiti in RO)

## 5.4 Attività di ricovero Day Hospital Dipartimento Chirurgico Olbia e Tempio

ATTIVITÀ DI RICOVERO DIPARTIMENTO CHIRURGICO OLBIA			
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2012	2013
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	7	7
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	355	459
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	862	862
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	6,74%	6,12%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	12,57%	11,34%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	735	769

ATTIVITÀ DI RICOVERO DIPARTIMENTO CHIRURGICO TEMPIO			
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2012	2013
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	8	8
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	118	93
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	428	405
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	0,91%	0,80%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	18,98%	22,40%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	362	327
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,66	0,65

## 5.5 Obiettivi e indicatori specifici Distretti e Dipartimento di Prevenzione 2012

DISTRETTO	QUANTITÀ	TEMPIO	
Potenziamento Cure Domiciliari ADI	n° anziani $\geq 65$ assistiti in ADI /totale popolazione residente anziana età $\geq 65 \cdot 100$	5,12%	0,87%
Processo di sensibilizzazione dei MMG/PLS per la definizione di percorsi assistenziali idonei a evitare le ospedalizzazioni improprie.	N° riunioni effettuate con MMG e PLS	3	4
Migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale della popolazione a rischio.	N° vaccinazioni effettuate nella popolazione a rischio residente nel Distretto	22027	1097

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		2012
Migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale della popolazione a rischio.	N° vaccinazioni effettuate ultra 65-enni/ totale popolazione residente ultra 65-enni	34,65%
Estendere gli screening oncologici	N° donne invitate allo screening mammografico / popolazione di riferimento (50-69 anni) *100	11,02%
Estendere gli screening oncologici	N° donne invitate allo screening cervice uterina / popolazione di riferimento (25-41 anni) *100	7,05%
Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura.	N° di cantieri edili sottoposti a vigilanza / n° di cantieri edili da sottoporre a vigilanza programmata	228
Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura.	N° di aziende agricole sottoposte a vigilanza / n° di aziende agricole da sottoporre a vigilanza programmata	48

## 5.6 Obiettivi e indicatori specifici per alcune UU.OO aziendali 2012

### 5.6.1 Percentuale di parti cesarei

L'indicatore misura la percentuale di parti cesarei, infatti il parto cesareo è un'operazione chirurgica che andrebbe sempre evitata se non necessaria alla salute del bambino e della mamma. L'OMS stima che i parti cesarei non dovrebbero superare il 15% dei parti totali come indicatore di adeguata qualità assistenziale, capace di tutelare la salute della madre e del neonato nel rispetto della "naturalità dell'evento nascita".

GINECOLOGIA E OSTETRICIA		TARGET	2012	2011
Riduzione delle percentuali di parti cesarei	N° parti cesari / N° totale parti * 100	<b>OLBIA</b>	31%	29%
		<b>TEMPIO</b>	43%	46%
		<b>LA MADDALENA</b>	39%	42%
		<b>&lt; = 15%</b>		

\* Media regionale parti cesarei 38%

### 5.6.2 Percentuale di fratture di femore operate entro 2 giorni

L'indicatore, valuta la capacità di presa in carico da parte del livello ospedaliero e il tempo di risposta al bisogno di assistenza dei pazienti con frattura del femore, per i quali si rende necessario un intervento chirurgico entro le 48 ore. Infatti, dalla letteratura scientifica emerge chiaramente che attese oltre il limite dei due giorni per l'esecuzione dell'intervento chirurgico comportano un incremento del rischio di mortalità e di disabilità, specie nei soggetti anziani. Da considerare, inoltre, che in questi ultimi il rischio di riportare una frattura del femore è significativamente più elevato e comporta maggiori conseguenze: la tempestività dell'intervento permette una ripresa più rapida della normale deambulazione oltre ad impedire l'insorgere di complicazioni generali quali embolie polmonari, flebiti, decubiti e a migliorare la prognosi nel suo complesso.

Valori elevati dell'indicatore denotano contesti in cui l'efficienza dell'organizzazione dell'ospedale si riflette in una aumentata appropriatezza clinica e nella comprovata maggiore efficacia dell'assistenza erogata; al contrario, basse percentuali segnalano contesti di inappropriatezza organizzativa, in cui è forte la probabilità che si manifestino outcome negativi.

ORTOPEDIA		TARGET	2012	2011
Aumento della percentuale di interventi per frattura di femore operata entro 2 gg	N° interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=2 gg / N° interventi per frattura del femore *100	<b>OLBIA</b>	41%	27.27%
		<b>TEMPIO</b>	66%	49%
		<b>33.55% Media interregionale 2009</b>		

\*Media regionale % di fratture di femore operate entro 2 gg 23.23%

### 5.6.3 N° di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica

L'indicatore valuta l'appropriatezza del ricorso all'ospedalizzazione in regime di Day Hospital misurando i ricoveri diurni di tipo medico effettuati unicamente per procedere ad accertamenti diagnostici, che possono generalmente essere effettuati ricorrendo alla rete ambulatoriale. Quest'ultima, infatti, rappresenta il setting di erogazione più idoneo ed appropriato, non solo dal punto di vista di un efficiente uso delle risorse disponibili, ma anche nell'ottica di ottimizzare la fruibilità e la qualità del percorso assistenziale, minimizzandone i disagi per il paziente.

MEDICINA GENERALE		TARGET	2012	2011
Riduzione della percentuale di ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	N° di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica / N° ricoveri in DH medico * 100	<b>OLBIA</b>	48%	54%
		<b>TEMPIO</b>	0%	0%
		<b>LA MADDALENA</b>	42%	72%
		<b>23%</b>		

\*media regionale ricoveri diurni diagnostici 41.3%

#### 5.6.4 N° di ricoveri ordinari medici brevi

L'indicatore misura l'appropriatezza del ricorso all'ospedalizzazione soffermandosi su quei ricoveri che, per le caratteristiche di bassa complessità delle prestazioni erogate e di brevità della degenza sono nella quasi totalità dei casi da ricomprendere nell'insieme dei ricoveri evitabili, le cui prestazioni dovrebbero più efficacemente essere collocate in un diverso setting, quali, ad esempio, il ricovero diurno o il livello distrettuale. L'inappropriatezza che ne consegue può essere frutto di insufficienti valutazioni cliniche all'atto dell'accettazione in pronto soccorso o essere ascrivibile ad una inadeguatezza dei servizi sul territorio, che rende talvolta l'ospedale l'unica risposta accessibile al cittadino. In ogni caso, la percentuale di ricoveri medici brevi è un valido indicatore di processo che consente di monitorare e misurare l'appropriatezza del ricorso al ricovero ospedaliero in degenza ordinaria.

MEDICINA GENERALE		TARGET	2012	2011
Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici *100	<b>OLBIA</b>	5.35%	6.09%
		<b>TEMPIO</b>	10.67%	8.41%
		<b>LA MADDALENA</b>	20.42%	17.32%
		<b>17%</b>		

\*Media regionale ricoveri ordinari medici brevi 25.4%



### 5.6.5 Percentuale DRG LEA a rischio di inappropriatelyzza

L'indicatore mira a valutare l'organizzazione della rete ospedaliera, misurandone la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato.

La lista di DRG a rischio inappropriatelyzza per la versione DRG 19 (adottata dal 2006 al 2008) è quella definita nel DPCM 29/11/20011, mentre per la versione DRG 24 (adottata a partire dal 2009) si fa riferimento all'allegato B del patto per la salute 2010-2012.

L' Accordo sottoscritto dalla Conferenza Stato-Regioni ha definito i valori soglia per la percentuale di trasferimento in Day Hospital da raggiungere. Nell'ambito poi delle azioni intraprese successivamente e, nel contesto dei Piani di Rientro, parte dell'attività è stata trasferita al di fuori dell'Ospedale, tramite l'attivazione di "Percorsi Ambulatoriali Complessi", che mirano ad offrire una più efficiente erogazione dell'assistenza evitando il ricorso al ricovero ospedaliero, inappropriato sia dal punto di vista clinico che organizzativo.

<b>CHIRURGIA GENERALE</b>			<b>TARGET</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>
Riduzione ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012	% DRG LEA non appropriati (Allegato B Patto per la salute 2010-2012)	<b>OLBIA</b>		27%	23%
		<b>TEMPIO</b>		54%	77%

<b>MEDICINA GENERALE</b>			<b>TARGET</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>
Riduzione ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012	% DRG LEA non appropriati (Allegato B Patto per la salute 2010-2012)	<b>OLBIA</b>		34,90%	30,90%
		<b>TEMPIO</b>		50,80%	44,50%
		<b>LA MADDALENA</b>		25,30%	29,30%

## 5.7 Obiettivi specifici Pronto Soccorso e accessi totali 2012

PRONTO SOCCORSO						
ACCESSI	CODICE BIANCO		CODICE GIALLO		TOTALE ACCESSI UU.OO	N° ACCESSI CON RICOVERO / N° TOTALE ACCESSI *100
OLBIA	1784		12999		34830	13,66%
TEMPIO	2503		3187		15147	15,33%
LA MADDALENA	835		1048		6478	12,88%
TOTALE COMPLESSIVO					56455	14%

## 5.8 Indice medio di Performance Organizzativa per Macrostruttura

MACROSTRUTTURA AZIENDALE	INDICE MEDIO DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DI MACROSTRUTTURA
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	98%
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	90%
TERRITORIO	98%
DIPARTIMENTO CHIRURGICO OLBIA	100%
DIPARTIMENTO MEDICO OLBIA	98%
DIPARTIMENTO CHIRURGICO TEMPIO	96%
DIPARTIMENTO MEDICO TEMPIO	97%
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICO AZIENDALE	100%
DIPARTIMENTO MULTIDISCIPLINARE DI LA MADDALENA	96%
DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO	99%
AREA FARMACO	93%
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	96%
STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE	96%

## 6 . Risorse, Efficienza ed Economicità

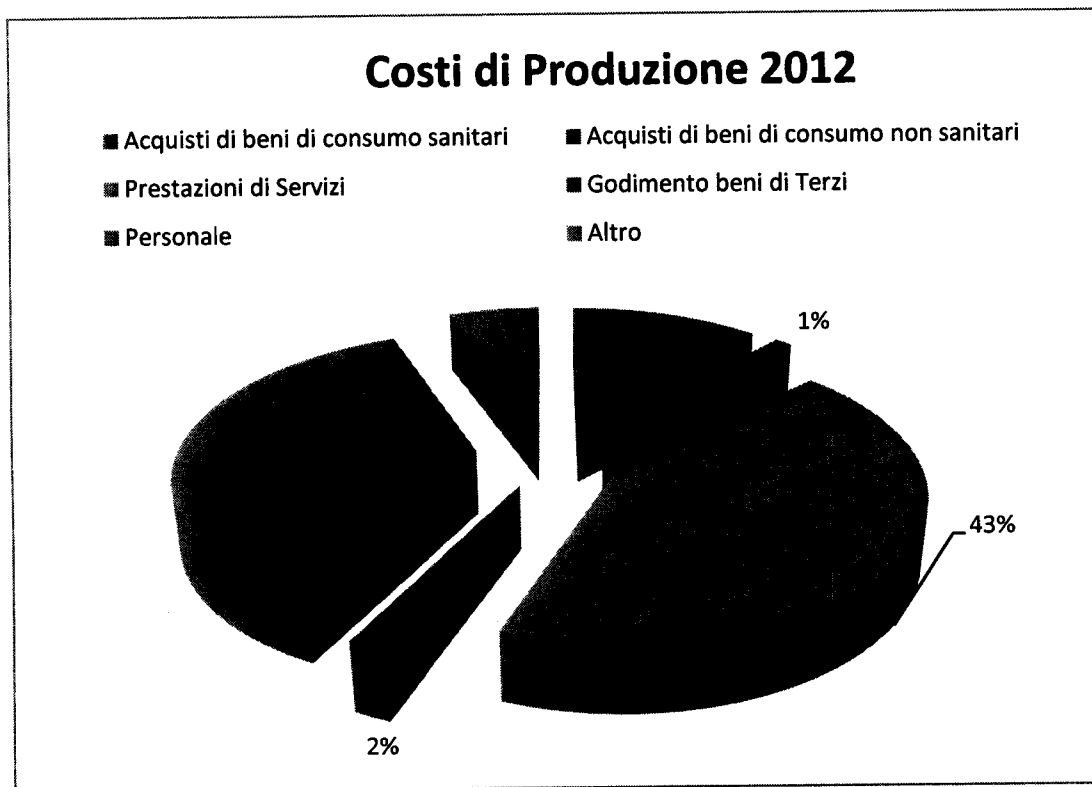
### 6.1 Costi e Valore della Produzione

COSTI DELLA PRODUZIONE			
VARIABILI ECONOMICHE	2011	2012	Delta % 2011 - 2012
<b>Acquisti</b>	<b>33.445.307</b>	<b>30.474.999</b>	
Beni sanitari	30.217.359	27.982.640	-7%
Beni non sanitari	3.227.948	2.492.359	-23%
<b>Prestazioni di Servizi</b>	<b>104.108.534</b>	<b>100.042.903</b>	-4%
<b>Godimento beni di Terzi</b>	<b>3.626.617</b>	<b>4.197.145</b>	16%
<b>Personale</b>	<b>86.147.651</b>	<b>85.963.674</b>	
Sanitario	70.692.209	73.235.343	4%
Professionale	345.397	274.632	-20%
Tecnico	7.721.121	5.902.795	-24%
Amministrativo	7.388.924	6.550.904	-11%
<b>Ammortamenti</b>	<b>6.719.436</b>	<b>6.581.430</b>	-2%
<b>Rimanenze di Magazzino</b>	<b>123.369</b>	<b>-339.729</b>	-375%
<b>Accantonamenti</b>	<b>1.318.329</b>	<b>5.285.088</b>	301%
Accantonamenti per rischi e Oneri	1.055.727	5.285.088	401%
Altri Accantonamenti	262.602	0	-100%
<b>Oneri diversi di gestione</b>	<b>1.672.539</b>	<b>1.734.657</b>	4%
<b>Totale Costi Della Produzione</b>	<b>237.161.782</b>	<b>233.940.167</b>	-1%

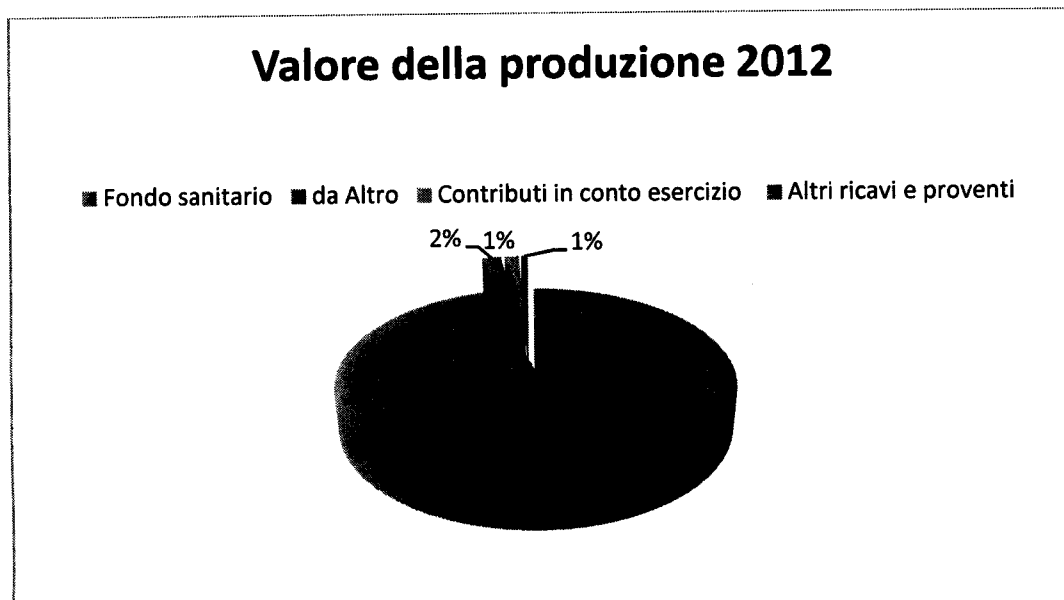
VALORI DELLA PRODUZIONE			
VARIABILI ECONOMICHE	2011	2012	Delta % 2011-2012
<b>Ricavi per prestazioni</b>	<b>214.649.890</b>	<b>237.297.670</b>	11%
da Fondo Sanitario	210.148.388	232784472	11%
da Altro	4.501.502	4513198	0%
<b>Incrementi di Immobilizzazioni per lavori interni</b>			
<b>Altri ricavi e proventi</b>	<b>5.771.748</b>	<b>4.837.076</b>	-16%
contributi in conto esercizio	4.670.550	3331492	-29%
altri ricavi e proventi	1.101.198	1505584	37%
<b>Totale Valore Della Produzione</b>	<b>220.421.638</b>	<b>242.134.746</b>	10%

## 6.2 Struttura dei Costi e del Valore della Produzione

I costi che incidono maggiormente nel bilancio aziendale sono il costo per le prestazioni di servizi per il 43%, il costo del personale per il 37% e gli acquisti di beni consumo sanitario per il 12%..



Il costo del personale è riferito per l'82% al ruolo sanitario. Il costo d'acquisto dei beni sanitari è riferito: il 46% ai prodotti farmaceutici, il 21% ai presidi chirurgici, il 13% ai materiali protesici, l'11% all'acquisto del materiale diagnostico e il 9% ad altri beni sanitari.



## **7 . Pari Opportunità e Valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni**

Il tema delle pari opportunità costituisce un elemento di fondamentale importanza nell'ottica dello sviluppo delle risorse umane e ancor più nelle pubbliche amministrazioni, dove si caratterizza come elemento trasversale per il perseguimento della missione e il rispetto dei valori che guidano le attività e i processi decisionali, sia di carattere strategico che operativo.

Il tema delle pari opportunità va comunque esaminato non solo nell'ambito della prospettiva interna ed esterna dell'azienda ma analizzando anche le diverse dimensioni del tema, quali genere, razza ecc.

### **7.1 Piano triennale delle Azioni Positive**

L'azienda ASL 2 con delibera del Direttore Generale n°1030 del 08/08/2013, in ossequio a quanto previsto dall'art. 48 del decreto legislativo 198/2006 " Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, e dall'art. 6 della legge n° 246/2005, ha adottato il Piano triennale delle azioni positive (P.A.P.) per il triennio 2013/2015. Il Piano di azioni positive ha la finalità di promuovere l'inserimento delle donne nei settori e nei livelli professionali nei quali esse sono sottorappresentate, favorendo il riequilibrio della presenza femminile nelle attività e nelle posizioni gerarchiche ove sussiste un divario fra generi non inferiore a due terzi. Le pubbliche amministrazioni ricoprono un importante ruolo propositivo e propulsivo ai fini della promozione e dell'attuazione del principio delle pari opportunità e della valorizzazione delle differenze nelle politiche del personale, sia nell'ambito delle politiche di reclutamento e gestione del personale, che della formazione e della cultura organizzativa. In particolare il Piano triennale delle Azioni Positive della Asl 2 Olbia si propone di :

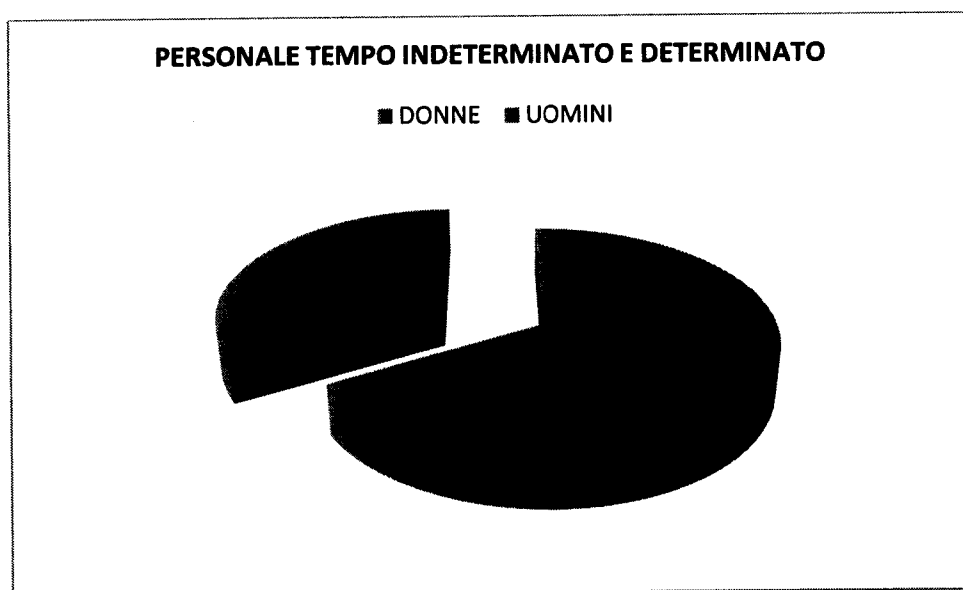
- ✓ superare condizioni, organizzazione e distribuzione del lavoro che provocano effetti diversi, a seconda del sesso, con pregiudizio nella formazione, nell'avanzamento professionale e di carriera, ovvero nel trattamento economico e retributivo;
- ✓ favorire la crescita professionale e di carriera promuovendo l'inserimento delle donne nei settori di attività, nei livelli professionali e nelle posizioni apicali di coordinamento, in cui eventualmente siano sottorappresentate;
- ✓ intervenire nella cultura di gestione delle risorse umane all'interno dell'organizzazione della azienda sanitari, favorendo il cambiamento e la realizzazione di interventi specifici, verso forme di sviluppo delle competenze e del potenziale professionale di donne e uomini;
- ✓ favorire, attraverso una diversa organizzazione del lavoro, delle condizioni e del tempo di lavoro, l'equilibrio fra responsabilità familiari e professionali e una migliore ripartizione tra i due sessi,

- ✓ garantire l'eliminazione di ogni forma di discriminazione e affermazione di condizioni di parità e pari opportunità per tutto il personale dell'azienda sanitaria;
- ✓ intensificare i rapporti tra l'azienda sanitaria e tutti gli enti e gli organismi preposti a dare attuazione alle politiche di cui trattasi, in modo particolare con il Consigliere parità territorialmente competente.

### 7.1.1 Analisi di genere del personale dipendente

Dall'analisi del personale dipendente in servizio al 31/12/2012 si evidenzia una presenza femminile in azienda pari al 67% del personale totale, pertanto non occorre stabilire il riequilibrio della presenza femminile in azienda. Si sottolinea inoltre che la presenza delle donne è garantita dalla nostra azienda anche nelle posizioni apicali sia al vertice del governo aziendale e sia ai vertici delle Macrostrutture aziendali Ospedaliere, Distrettuali e Amministrative.

Grafico 1

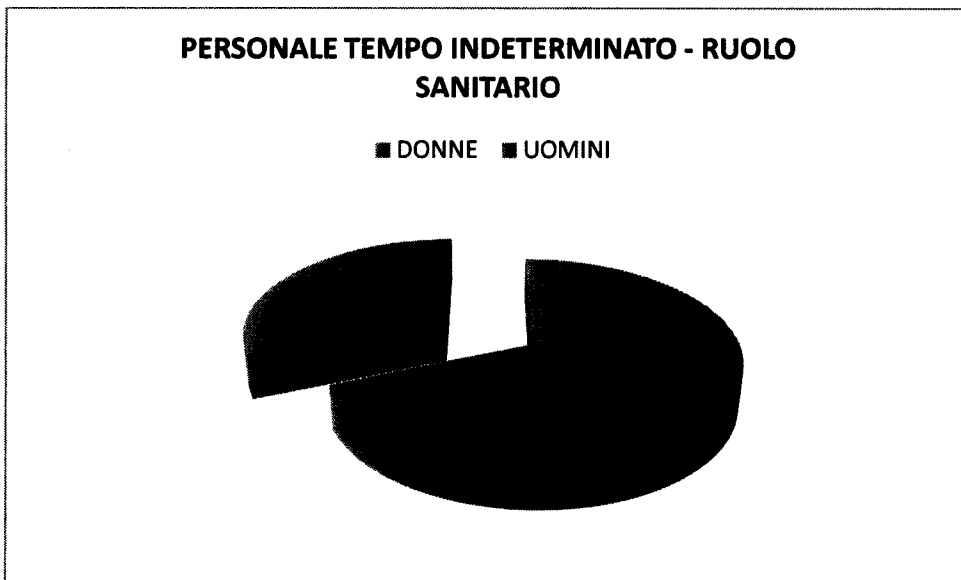


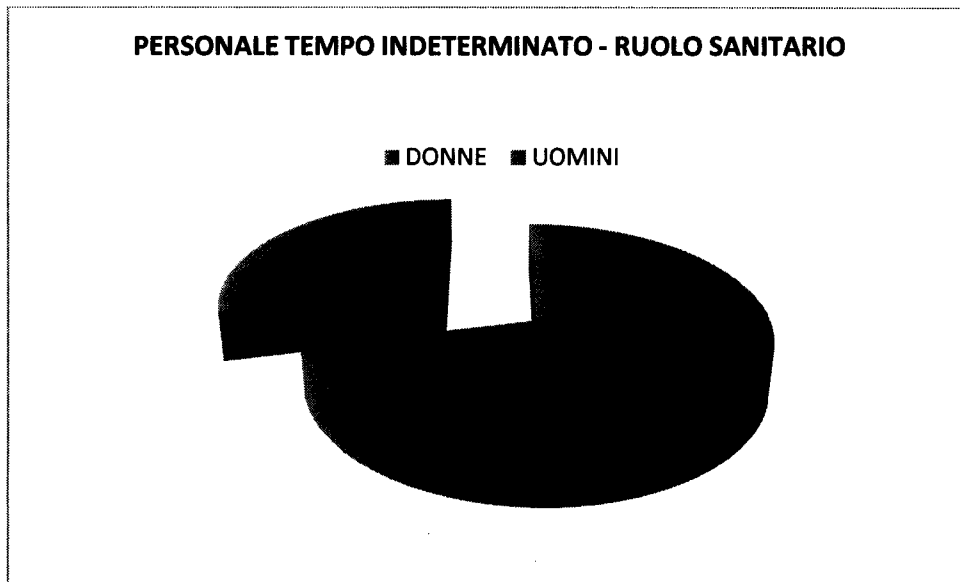
Dall'analisi del personale dipendente disaggregato per genere e distinto per ruolo, si evidenzia ad eccezione del ruolo professionale, la prevalenza del genere femminile su quello maschile nel ruolo sanitario, tecnico e amministrativo.

Grafico 2



Grafico 3





## 7.2 Comitato unico di Garanzia

L'azienda ha adottato la prima "Azione Positiva" prevista dal Piano triennale delle Azioni Positive 2013/2015, procedendo con delibera n°2356 del 13/09/2013 alla costituzione del Comitato Unico di Garanzia (CUG), per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

L'Organismo dura in carica quattro anni, ha una composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un numero pari di rappresentanti dell'Amministrazione, nonché da altrettanti componenti supplenti, al fine di assicurare la presenza paritaria di entrambi i generi e da un Presidente designato dall'Amministrazione.

Il CUG ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro, consentendo il miglioramento dell'efficienza delle prestazioni mediante la garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica nei confronti dei lavoratori.

## 7.3 Servizio di Medicina delle Migrazioni per gli stranieri temporaneamente presenti

L'Asl 2 di Olbia dal 2005 attraverso il Servizio di Medicina delle Migrazioni garantisce assistenza sanitaria agli stranieri temporaneamente presenti. Attraverso il Servizio di Medicina delle Migrazioni l'azienda assicura agli stranieri irregolarmente presenti le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti ed essenziali per malattia e infortunio. In particolare sono garantiti la tutela sociale della maternità e dell'interruzione volontaria della gravidanza, la tutela dei



minori, inoltre sono estesi anche i programmi di medicina preventiva di profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Il servizio è dedicato alle persone che si trovano per lo più in condizioni di indigenza ed esclusione sociale e che, per la loro condizione, rischiano di venire esclusi da ogni forma di tutela sanitaria, una situazione che se non governata potrebbe avere gravi ricadute sulla loro salute e su quella dell'intera comunità. Considerato che la percentuale di stranieri presenti nel territorio Gallurese rispetto alla popolazione è del **6.64%**, una percentuale quasi tripla rispetto alla media regionale che si attesta intorno al 2.2%, da qui la necessità di potenziare il servizio di assistenza per gli stranieri, difatti recentemente è stato aperto un nuovo ambulatorio anche presso il comune di Arzachena.

## **8. Risultati del Sistema di misurazione e Valutazione della Performance nel 2012**

Nel corso del 2012 l'azienda sanitaria di Olbia nell'avviare il Sistema di gestione del ciclo della Performance ha compiuto un grande sforzo culturale che ha consentito all'azienda di raggiungere importanti risultati di fondo quali:

- ✓ L'attribuzione di obiettivi specifici per tutte le UU.OO complesse, semplici e semplici dipartimentali dell'azienda;
- ✓ il coinvolgimento ed il coordinamento di tutte le articolazioni aziendali che hanno permesso una visione sistemica del servizio sanitario superando la logica dell'approccio di tipo settoriale e di unità operativa;
- ✓ la motivazione e la corresponsabilizzazione nel raggiungimento degli obiettivi generali e specifici secondo una logica dipartimentale garantendo così una migliore utilizzazione delle risorse disponibili;
- ✓ il controllo dei costi e il continuo monitoraggio della corretta allocazione delle risorse umane nei centri di responsabilità;
- ✓ la valutazione della performance organizzativa per tutte le UU.OO complesse, semplici e semplici dipartimentali dell'azienda a cui sono stati attribuiti obiettivi;

## 9 . IL Processo di Redazione della Relazione sulla Performance

### 9.1 Fasi, Soggetti, Tempi e Responsabilità

La Misurazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi strategici attribuiti alle unità operative aziendale è avvenuta a giugno 2013 a cura dell'unità operativa Programmazione e Controllo quale Struttura Tecnica Permanente. Per quanto riguarda il processo di valorizzazione individuale del personale a cura di ciascun responsabile di struttura, a data odierna non è stato ancora completato. L' Area Programmazione e Controllo ha provveduto inoltre alla redazione del presente documento al fine di consentire l'adozione da parte della Direzione Generale e la validazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

Di seguito la tabella evidenzia il processo di redazione della relazione sulla performance con l'indicazione, per ogni fase, dei soggetti e dei tempi.

FASE	SOGGETTI CORRISPONDENTI	TEMPI
Misurazione del raggiungimento degli obiettivi Strategici delle UU.OO Complesse, Semplici e Semplici dipartimentali	Area PCC	APRILE 2013
Misurazione del raggiungimento degli obiettivi individuali assegnati e valorizzazione del personale afferente alle UU.OO complesse, Semplici e Semplici dipartimentali	Direttori e responsabili delle UU.OO con il supporto del servizio personale	MAGGIO 2013
Redazione del Bilancio consuntivo 2012	UU.OO Contabilità e Bilancio	SETTEMBRE 2013
Redazione della Relazione sulla Performance	Area PCC	OTTOBRE 2013
Adozione della Relazione sulla Performance	Direzione strategica	OTTOBRE 2013
Validazione della Relazione sulla Performance	OIV	OTTOBRE 2013

### 9.2 Punti di forza e di debolezza del Ciclo di Gestione della Performance

Nel corso del 2012 sono stati adottati tutti gli strumenti del Ciclo di Gestione della Performance, e gli stessi saranno comunque nel tempo perfezionati sia nei contenuti che nella forma.

#### Il Piano della Performance

Il Piano triennale della performance è stato adottato per la prima volta con delibera n° 3204 del 24/12/2011 e successivamente aggiornato con delibera n° 3691 del 31/12/2012.

Affinché il Piano rappresentasse una traduzione operativa della pianificazione strategica, si è proceduto a definire il Piano delle Performance nei suoi contenuti principali contestualmente alla predisposizione della programmazione sanitaria 2013/2015. Tuttavia rimane ancora la criticità relativa al ritardo con cui si procede alla chiusura del processo di budget attraverso la negoziazione degli obiettivi, pertanto è auspicio dell'azienda per il 2014 di riuscire a chiudere il processo di negoziazione entro il 31 gennaio.

### **Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità**

Il Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità è stato redatto per la prima volta nel corso del 2013. Sul sito internet aziendale, della sezione "Trasparenza" sono accessibili per l'utenza dati e informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle finalità istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valorizzazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire il controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità della gestione.

### **Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance**

Il Sistema di misurazione e valorizzazione delle performance è stato adottato nel corso del 2013 secondo le disposizioni contenute nel D.Lgs. n. 150/2009. Il Sistema di misurazione e valutazione della performance adottato dall'ASL 2 ha ad oggetto sia la misurazione e la valutazione della performance organizzativa, sia la misurazione e la valorizzazione della performance individuale, con specifico riferimento, in quest'ultimo caso:

- al personale dirigente;
- al personale non dirigenziale cui è stata attribuita la posizione organizzativa;
- al personale non dirigenziale.

Il Sistema, pertanto, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 7 del Decreto ed in base alle direttive adottate dalla Commissione di cui all'articolo 13 del D. lgs. n.150/2009 (CIVIT) con la delibera n. 89 del 24 giugno 2010, individua:

- le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione e valutazione della performance;
- le modalità di raccordo e integrazione con i sistemi di controllo esistenti e con il sistema informativo;
- le modalità di raccordo e integrazione con i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio.

### **Sistema di Budget**

Il Budget in quanto strumento di programmazione ha tradotto i programmi e gli obiettivi strategici contenuti nel Piano delle Performance in obiettivi operativi e specifici annuali assegnandoli ai centri di responsabilità. Gli obiettivi di Budget sono stati definiti in coerenza

con i vincoli di bilancio aziendali e il loro conseguimento costituisce condizione necessaria per l'erogazione della premialità prevista dalla contrattazione collettiva nazionale e integrativa aziendale . Il processo di Budget è infatti lo strumento principale su cui è ancorata la valutazione delle Performance organizzative di tutte le UU.OO.

Riguardo al Sistema di Budget si ricorda che ci si trova ancora in una fase di prima applicazione per cui la definizione degli obiettivi da raggiungere e, quindi, indicatori e target sono risultati spesso poco sfidanti, ciò nonostante comunque a parte qualche caso sporadico la maggioranza dei responsabili di struttura ha percepito il Budget come uno strumento per la gestione delle risorse, di miglioramento dei servizi e di crescita individuale.