

# **PIANO DELLE PERFORMANCE**

## **2014/2016**

**Gennaio 2014**

---

**[www.aslolia.it](http://www.aslolia.it)**

Sede Legale:  
Via Bazzoni Sircana 2/2a  
07026 Olbia (OT)  
p. iva: 01687160901

**Staff Direzione Aziendale**

Via Bazzoni Sircana 2/2a  
07026 Olbia (OT)  
Telefono 0789 552332  
Fax: 0789552329  
e-mail: **[dir-generale@aslolia.it](mailto:dir-generale@aslolia.it)**

## INDICE

<b>1. PRESENTAZIONE DEL PIANO</b> .....	<b>4</b>
<b>2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI</b> .....	<b>5</b>
2.1 Chi Siamo.....	5
2.2 Organizzazione aziendale.....	8
2.3 Organigramma.....	9
2.4 Cosa Facciamo.....	10
2.5 Come Operiamo.....	11
<b>3. IDENTITÀ</b> .....	<b>14</b>
3.1 L' amministrazione in cifre.....	14
3.2 Principali dati economici finanziari.....	15
3.3 Mandato istituzionale e Missione.....	24
3.4 Albero della performance.....	24
<b>4. ANALISI DEL CONTESTO</b> .....	<b>26</b>
4.1 Analisi del contesto esterno.....	26
4.2 Analisi del contesto interno.....	31
<b>5. OBIETTIVI STRATEGICI</b> .....	<b>33</b>
<b>6. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI</b> .....	<b>34</b>
6.1 Outcome per livelli assistenziali.....	36
6.1.1 Area Ospedaliera Dipartimento Chirurgico.....	36
6.1.2 Area Ospedaliera Dipartimento Medico.....	37
6.1.3 Area Ospedaliera Dipartimento Diagnostico.....	37
6.1.4 Area dell'Assistenza Sanitaria Collettiva.....	38
6.1.5 Area Distrettuale.....	39
6.1.6 Area Distrettuale Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze.....	40
6.1.7 Area del Farmaco.....	40
6.1.8 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale.....	41
<b>7. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE</b> .....	<b>42</b>
7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano.....	42
7.2 Coerenza con la programmazione economico – finanziaria e di bilancio.....	43
7.3 Coordinamento e integrazione fra gli ambiti relativi alla trasparenza, all'integrità e anticorruzione.....	43
7.3 Azioni per il miglioramento del ciclo della Performance.....	45
7.4 Miglioramento del processo di pianificazione.....	46

<b>8 ALLEGATI TECNICI .....</b>	<b>47</b>
<b>ALLEGATO 2 .....</b>	<b>48</b>
<b>ANALISI DEL CONTESTO INTERNO ED ESTERNO (SWOT).....</b>	<b>48</b>

## 1. Presentazione del Piano

Il Piano della Performance è un Documento di Programmazione, previsto dal Decreto Legislativo 27 Ottobre 2009, n. 150 (cd. Decreto Ministro Brunetta), la cui adozione è disposta anche per gli Enti del S.S.N., al fine di assicurare e garantire elevati standards qualitativi ed economici del servizio erogato, tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa ed individuale.

La finalità è quella di rendere partecipe la cittadinanza ed in particolare gli utenti del S.S.R. degli **Obiettivi** che l'Azienda Sanitaria si è data per il prossimo triennio, garantendo trasparenza e ampia diffusione tra i cittadini, operatori, utenti, associazioni di volontariato, ecc.

Il Piano della Performance, ai sensi dell'art. 10, lett. a) del citato D.L.vo, 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.

L'Azienda, pertanto, intende far proprio il dettato normativo, così come previsto, avviando un percorso innovativo aziendale, anche in rispetto alle indicazioni e contenuti forniti dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) e nelle more di successive determinazioni e indicazioni che potranno essere diffuse dal competente Assessorato alla Sanità e alle Politiche Sociali.

Atteso che ogni operatore deve condividere la responsabilità del raggiungimento dei risultati aziendali e che un forte coinvolgimento degli operatori aumenta l'impegno nella gestione aziendale, è necessario che chiunque comprenda come il proprio compito contribuisce al risultato strutturale e aziendale;

Il Piano è elaborato in coerenza con i contenuti della Programmazione sanitaria, e in rispetto di quanto previsto dall' articolo 10, comma 1, del decreto, all' interno vengono riportati:

- Gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi;
- Gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale;

Il presente piano, perciò dopo aver presentato l'azienda, definisce gli obiettivi che con il coinvolgimento di tutte le UU.OO. aziendali intende raggiungere .

Gli obiettivi strategici e operativi individuati dall'ASL di Olbia mirano a migliorare la qualità della vita e di salute del cittadino/paziente e vedono l'attore principale nell'erogatore delle prestazioni cui sono orientati gli obiettivi operativi.

L'Azienda vigilerà sul rispetto dei vincoli di buona prassi di gestione dei servizi sanitari e di qualità delle prestazioni in quanto elementi necessari al conseguimento degli obiettivi di output .

## **2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni**

### **2.1 Chi Siamo**

Fino al 1995, sul territorio ora di competenza dell'Azienda Sanitaria Locale di Olbia, operavano due USL: la n. 4 di Olbia e la n. 3 di Tempio Pausania, ora riunite in un'unica Asl.

Con l'istituzione delle nuove province regionali il nord Sardegna ha visto cambiare il proprio assetto amministrativo: in seguito alla legge regionale n. 9 del 2001, e successive integrazioni, è stata effettuata una nuova ripartizione del territorio della Regione Autonoma della Sardegna.

Dal maggio 2005 in Sardegna il numero delle province sono passate da quattro a otto; da allora i 26 comuni attribuiti alla provincia di Olbia-Tempio Pausania sono:

- Aggius, Aglientu, Alà dei Sardi, Arzachena, Berchidda, Bortigiadas, Buddusò, Calangianus, Golfo Aranci, La Maddalena, Loiri Porto San Paolo, Luogosanto, Luras, Monti, Olbia, Oschiri, Padru, Palau, Sant'Antonio di Gallura, Santa Teresa Gallura, Telti, Tempio Pausania, Trinità d'Agultu e Vignola , provenienti dalla Provincia di Sassari:
- Budoni ,San Teodoro , Badesi provenienti dalla Provincia di Nuoro.

La ragione sociale dell'Azienda è: " **Azienda Sanitaria locale di Olbia** " (**ASL Olbia**).

L'Azienda ASL di Olbia è Ente con personalità giuridica di diritto pubblico, dotata di autonomia imprenditoriale.

La Sede Legale dell'Azienda è a Olbia , in Via Bazzoni Sircana n. 2/ 2a

Codice Fiscale – P. IVA 01687160901.

Il Legale Rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale.

Il logo dell'Azienda, da inserire in tutti gli atti ufficiali, è il seguente:



Il sito web ufficiale dell'Azienda è : [www.aslolia.it](http://www.aslolia.it).

L'ASL di Olbia opera su tutto il territorio della Provincia di Olbia - Tempio, comprendente 26 comuni, vedi tabella 1, 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, oltre gli immigrati temporaneamente presenti,. Il territorio di competenza della Asl 2 si estende per circa 1.400 km<sup>2</sup> costieri, un territorio che si sviluppa dalla costa nord-orientale della Sardegna, a partire da Badesi Mare arrivando sino a Budoni. I bordi a sud e sud-ovest confinano con la Provincia di Sassari e con la Provincia di Nuoro e comprendono la parte settentrionale del Monte Acuto, una piccola parte della Baronia e il versante orientale del Lago del Coghinas.

COMUNI PROVINCIA OLBIA - TEMPIO

Tab. 1

COMUNI PROVINCIA OLBIA - TEMPIO	POPOLAZIONE	SUPERFICIE	DENSITA'	ALTITUDINE
	residenti	km	abitanti/km	m s.l.m.
AGGIUS	1.631	83,56	20	514
AGLIENTU	1.213	148,56	8,17	420
ALA' DEI SARDI	1.960	188,6	10	663
ARZACHENA	13.317	228,61	58	85
BADESI	1.909	30,71	62	102
BERCHIDDA	2.941	201,88	15	290
BORTIGIADAS	806	76,76	11	479
BUDDUSO'	4.009	217,97	18	700
BUDONI	4.951	55,9	89	16
CALANGIANUS	4.337	126,35	34	500
GOLFO ARANCI	2.414	37,97	64	2
LA MADDALENA	11.899	49,37	241	19
LOIRI PORTO SAN PAOLO	3.270	117,75	28	100
LUOGOSANTO	1.902	135,45	14	321
LURAS	2.715	87,03	31	508
MONTI	2.483	123,44	20	300
OLBIA	56.066	376,1	149	15
OSCHIRI	3.472	216,07	16	202
PADRU	2.174	130	17	171
PALAU	4.440	44,38	100	5
SAN TEODORO	4.342	104,87	41	15
SANT'ANTONIO DI GALLURA	1.692	81,27	21	355
SANTA TERESA DI GALLURA	5.225	101,19	52	44
TELTU	2.217	84,65	26	332
TEMPIO PAUSANIA	14.290	213,69	67	566
TRINITA' D'AGULTU - VIGNOLA	2.184	136,43	16	365

## 2.2 Organizzazione aziendale

La configurazione organizzativa dell'Azienda attualmente, sebbene sia in atto una revisione dell'Atto aziendale, prevede le seguenti strutture:

### A) strutture di staff e di supporto alla Direzione Aziendale

- strutture e funzioni di staff
- strutture e funzioni amministrative e tecniche, organizzate in un Dipartimento funzionale

### B) strutture della linea intermedia

- direzioni mediche dei Presidi Ospedalieri di Olbia e Tempio Pausania
- direzioni dei distretti di Olbia e Tempio Pausania
- struttura complessa aziendale di farmaco-economia e farmaco-vigilanza

### C) strutture della linea operativa

- Presidi e Dipartimenti Ospedalieri
- Dipartimenti Territoriali
- Distretti

L'articolazione della linea operativa tiene conto dell'articolazione in livelli assistenziali:

- Assistenza Ospedaliera
- Assistenza Sanitaria Collettiva
- Assistenza Distrettuale.

L'assetto organizzativo di tipo dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda. L'Azienda individua le competenze, proprie o delegate, attribuite ai Direttori di Dipartimento ed agli altri Direttori di struttura complessa.

I Dipartimenti si distinguono in strutturali e funzionali.

**I Dipartimenti strutturali** sono dotati di autonomia tecnico professionale nonché di autonomia gestionale, nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuite, nonché di apposito Budget fissato dalla Direzione Generale.

**I Dipartimenti funzionali**, che non sono dotati di risorse e Budget, si configurano come un modello organizzativo che tende ad integrare le competenze e le conoscenze in una specifica area fra strutture omologhe o complementari e hanno come principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinico - assistenziale, favorendo l'acquisizione e il mantenimento di competenze tecnico-professionali adeguate, definendo percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali che possono caratterizzare le diverse articolazioni organizzative afferenti.



## 2.3 Organigramma

### Sintesi Generale

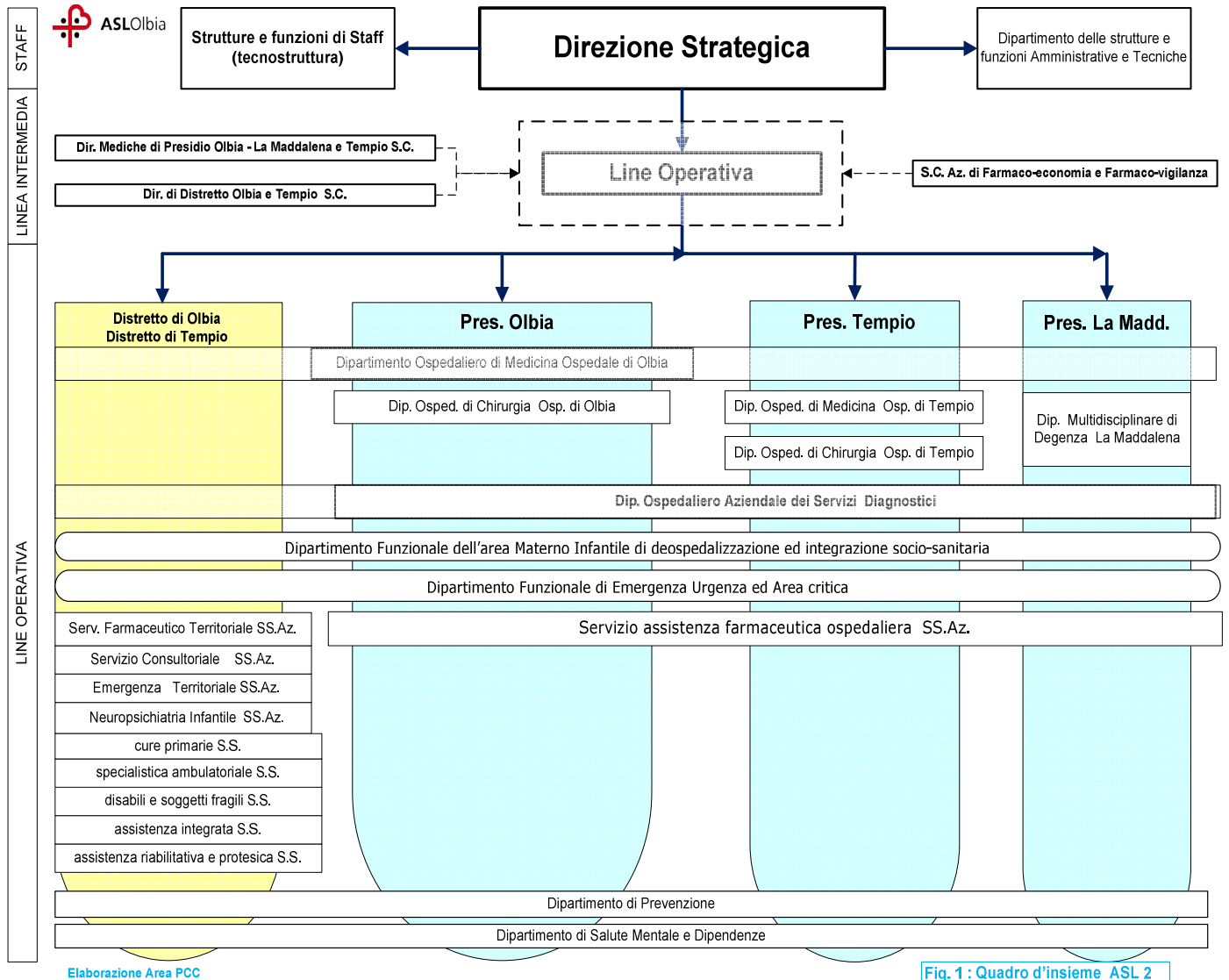


Fig. 1 : Quadro d'insieme ASL 2

## 2.4 Cosa Facciamo

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.

Tali obiettivi si concretizzano con azioni finalizzate a :

- prendersi cura dei pazienti, rispondendo in modo adeguato ai loro bisogni di salute, ponendo attenzione alla centralità della persona e perseguendo l'umanizzazione nei rapporti interpersonali tra operatori sanitari ed utenti- pazienti, con nuovi modelli organizzativi in grado di trasferire la propria azione dall'idea di curare la malattia all'idea di farsi carico del malato;
- garantire la legalità, assicurando che tutti gli atti e i comportamenti posti in essere dall'azienda siano rispondenti alle disposizioni normative vigenti. Vigilerà infatti sul rispetto dei vincoli di buona prassi di gestione dei servizi sanitari e di qualità delle prestazioni in quanto elementi necessari al conseguimento degli obiettivi di output;
- garantire ai portatori di interessi, relazioni trasparenti volte al raffronto produttivo e collaborativo con le istituzioni locali, le organizzazioni sindacali e le associazioni di volontariato esponenziali di interessi diffusi;
- garantire la crescita professionale in relazione alle capacità di ognuno a tutti coloro che mettono la loro professionalità a servizio dell'Azienda con idonei percorsi formativi ;

L'Azienda riconosce la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi. In tale ottica obiettivo prioritario è rappresentato dal servizio al cittadino e dal sistema di relazione e comunicazione con il cittadino stesso, singolo o rappresentato da associazioni.

I diritti dei cittadini e le modalità del loro esercizio sono definiti nella Carta dei Servizi che è resa pubblica attraverso i mezzi di comunicazione aziendale al fine di garantirne la massima diffusione.

La Carta dei Servizi è il documento che nasce dalla volontà dell'Azienda di migliorare il rapporto con il cittadino, secondo una logica di trasparenza e di garanzia dei diritti. E' un importante

strumento in grado di incidere positivamente sui rapporti tra cittadini e Azienda Sanitaria rivolto a tutelare il diritto alla salute, offrendo ai cittadini e alle loro associazioni di rappresentanza la possibilità di valutare la qualità dei servizi sanitari erogati ed il rispetto degli impegni aziendali.

## 2.5 Come Operiamo

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 improntate ad un'intensa operatività indirizzata a percorsi di programmazione relativa ai tre livelli assistenziali **Ospedaliera, Distrettuale e Sanitaria Collettiva**.

**Nel livello di assistenza ospedaliera** l'orientamento aziendale è rivolto alla riorganizzazione della rete dell'offerta di prestazioni ospedaliere con l'obiettivo prioritario di aumentare la quantità e la qualità delle prestazioni ospedaliere con la finalità di ridurre la mobilità passiva per le patologie non di alta complessità e migliorare l'appropriatezza.

L'appropriatezza rimane un obiettivo costante ed in continua evoluzione, identificandosi con la maggior parte degli obiettivi della qualità di un sistema sanitario, in rapporto al mutamento del quadro epidemiologico, delle scoperte scientifiche e tecnologiche e della situazione economica e politica. La ASL 2 focalizza la propria attenzione al miglioramento dei due tradizionali ambiti di appropriatezza, ossia quello clinico e organizzativo. Nell'ambito clinico ispirando la propria attività ad un modello gestionale e organizzativo di *Clinical Governance* creando una strategia integrata che metta in relazione e crei sinergia tra gli aspetti clinici, gestionali ed economici; con l'obiettivo di garantire il contenimento dei costi con un'efficiente gestione ma con la garanzia del perseguimento della qualità, efficacia e sicurezza delle prestazioni. Nell'ambito organizzativo la ASL 2 è impegnata, prioritariamente, in una riprogettazione organizzativa assistenziale, finalizzata allo sviluppo graduale di risposte che privilegino altri livelli assistenziali sia presso l'ospedale, come il Day Service, i Percorsi Diagnostici Terapeutici e ecc, sia in sede territoriale con le strutture residenziali e semiresidenziali, ed, infine prediligendo il domicilio del paziente con l'attivazione delle cure domiciliari di complessità appropriata al bisogno espresso.

Quanto alla riorganizzazione della rete ospedaliera è un obiettivo che si inquadra nel più ampio disegno di riequilibrio con le altre componenti dell'assistenza sanitaria, quali le iniziative di prevenzione e di assistenza territoriale. La caratterizzazione delle nuove patologie ed il prolungamento dell'età media non permettono di esaurire il bisogno di assistenza all'interno

dell'ospedale per acuti. Perciò si rende necessario affrontare in modo nuovo e qualificato le esigenze che derivano dalle condizioni di cronicità, polipatologia e di disabilità, destinate ad aumentare progressivamente nei prossimi anni. Per far fronte a tale complessità di bisogni e a questi trend epidemiologici è intento dell'azienda ASL 2 spingersi verso approcci pluridisciplinari e forme di integrazione orizzontali (all'interno degli stessi livelli) e verticali (tra i diversi livelli assistenziali: strutture ospedaliere e territoriali) con lo sviluppo di **Reti Assistenziali** soprattutto per il trattamento integrato delle *patologie croniche* (diabete, scompenso cardiaco e assistenza domiciliare oncologica) in modo tale da garantire :

- la continuità e la qualità dell'assistenza nel lungo periodo,
- l'appropriatezza dei regimi assistenziali offerti,
- il decentramento della risposta, che favorisca il permanere del soggetto nel proprio contesto sociale;
- l'integrazione socio-sanitaria.

Le reti sono funzionali al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del sistema ma più di ogni altra cosa il loro affermarsi non costituisce soltanto un'opportunità di innovazione culturale e professionale ma rappresenta soprattutto un campo di sfida storica delle politiche sanitarie del prossimo futuro. Specialmente l'aumento dell'incidenza delle patologie cronico degenerative rende sempre più necessaria l'individuazione di modalità innovative di supporto assistenziale, attraverso le quali rispondere in modo efficace ai bisogni di salute della popolazione di riferimento. In realtà, all'interno del concetto di patologia cronica afferiscono, molteplici aspetti per i quali si rende necessaria una risposta complessiva ed integrata ai bisogni del paziente, che sono di natura sanitaria, socio-sanitaria ed assistenziale. In questo senso, il territorio diventa l'ambito elettivo di intervento per la gestione delle cronicità, nella misura in cui l'assistenza territoriale consente al paziente, da un lato, di ricevere l'assistenza di cui necessita, rimanendo nel proprio ambiente e mantenendo le proprie abitudini quotidiane, e dall'altro, consente una riduzione del tasso di ospedalizzazione.

Pertanto riguardo al Distretto, tutte le azioni programmate a livello nazionale e regionale prevedono la riorganizzazione delle attività territoriali con conseguente riconsiderazione del ruolo. Il Distretto viene così configurato come una macro-struttura aziendale e, al contempo una realtà fortemente legata alla comunità locale e ai luoghi di vita del cittadino. Si enfatizza infatti la sua funzione come sistema al quale è demandata la responsabilità di governare la domanda (svolgere un ruolo di tutela/committenza; valutare quali servizi per quali bisogni) e di garantire l'assistenza primaria, compresa la continuità assistenziale (ruolo di produzione o di programmazione ed acquisto delle prestazioni).

**Nel livello di assistenza distrettuale** l'orientamento aziendale è rivolto essenzialmente al potenziamento dell'integrazione ospedale territorio, ove la centralità del paziente richiede, necessariamente, l'intervento integrativo di strutture socio-assistenziali che, nel medio termine, costituiranno una concreta soluzione all'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri.

In particolare al potenziamento delle cure domiciliari integrate in quanto l'assistenza a domicilio, particolarmente per le forme di cronicità, si presenta come alternativa a ricoveri ospedalieri inappropriati e come forma assistenziale da preferire per i vantaggi in termini di qualità della vita del paziente, a cui vanno aggiunti anche benefici economici rispetto a forme di ricovero anche di carattere extraospedaliero. A ciò si aggiunge inoltre il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi consultoriali e del servizio di neuropsichiatria infantile, e lo sviluppo di forme associative, in rete e in gruppo, per la medicina primaria e il potenziamento della attività dell'assistenza integrata e del PUA UVT;

**Nel livello di assistenza collettiva** si è fatto proprio il concetto di rete di prevenzione espresso dal Piano di prevenzione regionale atteso che la salute delle persone è largamente influenzata da fattori estranei al sistema sanitario quali i determinanti sociali, economici, comportamentali ed ambientali.

Tenuto conto che è ormai evidente che la prevenzione esclusivamente sanitaria non è sufficiente, è necessario costruire una cultura condivisa in un sistema di rete in cui la "salute" diviene preoccupazione globale del Paese e non solo del sistema sanitario. Tuttavia l'approccio intersettoriale, deve integrarsi con il consolidamento di un sistema fondato sulla comunicazione e sulla partecipazione dei professionisti della salute, che pur appartenenti ad unità operative diverse o a diversi livelli gestionali del SSN, concorrono al raggiungimento di obiettivi comuni, attraverso l'elaborazione ed attuazione di percorsi clinico-assistenziali condivisi tra territorio ed ospedale ed attraverso l'attivazione di reti integrate tra prevenzione, assistenza di base (MMG PLS), servizi distrettuali, specialistica territoriale, assistenza ospedaliera, al fine di assicurare appropriatezza, coordinamento e continuità dell'assistenza sanitaria.

La promozione della salute si realizza perciò sia in ambito individuale che collettivo, tramite interventi finalizzati a modificare i comportamenti soggettivi, ad esempio promuovendo l'adozione di stili di vita e, a livello della collettività, migliorando i contesti e le condizioni di vita rilevanti ai fini della salute. In quest'ambito l'intento dell'azienda ASL 2 è di caratterizzare la propria attività dedicando un ruolo di rilievo alle campagne di screening per la prevenzione dei tumori; alla promozione di progetti riguardanti l'educazione alimentare e la prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare; alla promozione di una azione di prevenzione per la tutela dell'ambiente e della sicurezza nei posti di lavoro nei comparti edile, chimico, agricolo e

portuale-marittimo; al potenziamento del servizio veterinario e del servizio di medicina legale nonché all'istituzione e all'attivazione del Centro Epidemiologico Aziendale.

## 3. Identità

### 3.1 L' amministrazione in cifre

#### 2.1 Analisi caratteri qualitativi /quantitativi

Indicatori	valore
Età media del personale	47
Età media dei dirigenti	50
Tasso di crescita unità di personale negli anni	2,73%
% dipendenti in possesso di laurea	34%
% di dirigenti in possesso di laurea	100%
Ore di formazione (media per dipendente)	3
Turnover del personale	

#### 2.2 Analisi benessere organizzativo

Indicatori	valore
Tasso di assenze	15,18%
Tasso di dimissioni premature	3,45%
Tasso di richieste di trasferimento	1,05%
Tasso infortuni	4,95%
Stipendio medio percepito dai dipendenti	42.207,59
% di personale assunto a tempo indeterminato	80%

#### 2.2 Analisi di genere

Indicatori	valore
% di dirigenti donne	13.23%
Stipendio medio percepito dal personale donna (distinto per personale dirigente e non)	73.873,87
Stipendio medio percepito dal personale donna (non Dirigente)	27.946,67
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	65%
Età media del personale femminile ( per personale dirigente)	48
Età media del personale femminile (non dirigente )	47
% di personale donna laureato rispetto al totale personale femminile	25,61
Ore di formazione femminile ( media per dipendente di sesso femminile)	3,16

## 3.2 Principali dati economici finanziari

### Costi della produzione

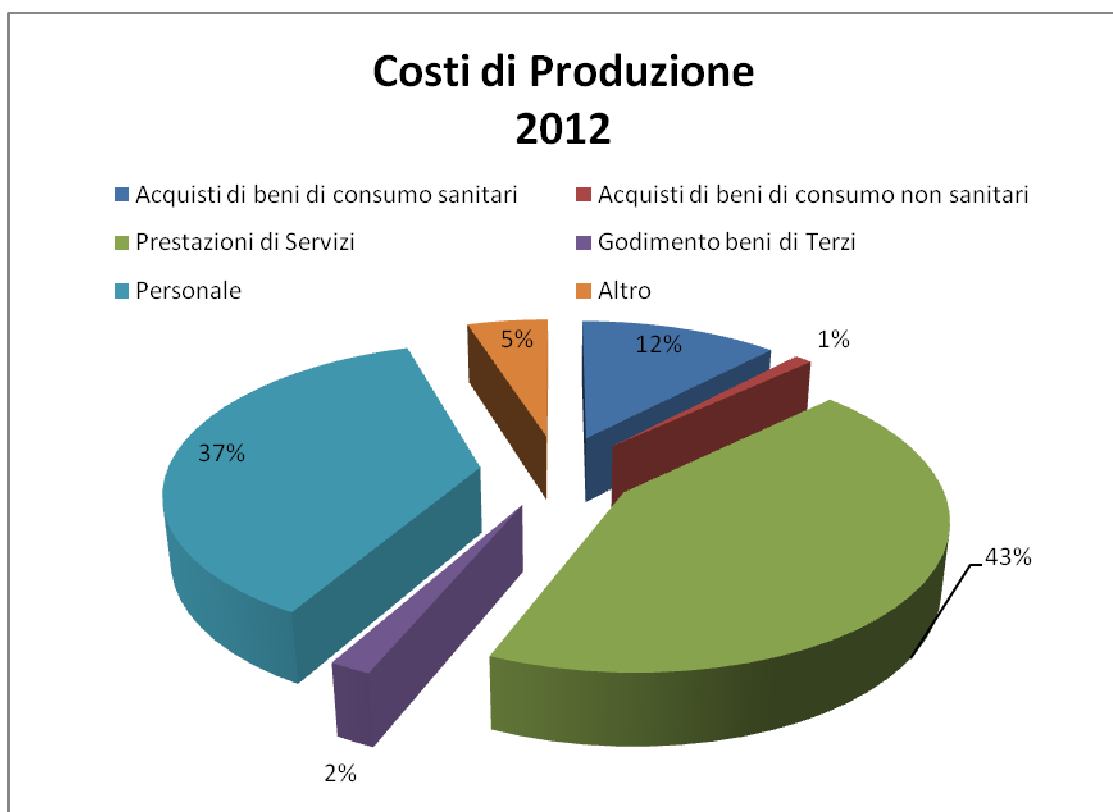
Le norme in materia di contenimento della spesa pubblica hanno determinato negli ultimi anni una contrazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario. In particolare il recente Decreto Legge n° 135 – Agosto 2012 ha introdotto misure che determinano una riduzione dei costi del settore sanitario pari a 900 milioni di euro nel 2012, 1800 milioni nel 2013 e 2000 milioni di euro a decorrere dal 2014. In relazione a ciò diventa sempre più stringente la necessità di porre in essere politiche di gestione che nei prossimi tre anni determinino una graduale riduzione dei costi di esercizio e dell'incidenza della perdita di esercizio sul bilancio aziendale. Si delinea pertanto la necessità di porre in essere delle analisi e delle valutazioni economiche sempre più dettagliate individuando le linee programmatiche prioritarie con la finalità di determinare una gestione più efficiente, efficace ed economica giungendo al pareggio di bilancio.

Tab. 1

COSTI DELLA PRODUZIONE					
VARIABILI ECONOMICHE	2008	2009	2010	2011	2.012
<b>Acquisti</b>	<b>26.986.778</b>	<b>28.648.221</b>	<b>31.025.376</b>	<b>33.445.307</b>	<b>30.474.241</b>
Beni sanitari	24.356.360	25.659.040	27.855.558	30.217.359	27.981.882
Beni non sanitari	2.630.418	2.989.181	3.169.818	3.227.948	2.492.359
<b>Prestazioni di Servizi</b>	<b>88.223.693</b>	<b>92.382.072</b>	<b>96.585.290</b>	<b>104.108.534</b>	<b>100.042.903</b>
<b>Godimento beni di Terzi</b>	<b>2.505.461</b>	<b>3.306.620</b>	<b>3.242.792</b>	<b>3.626.617</b>	<b>4.197.145</b>
<b>Personale</b>	<b>74.750.230</b>	<b>80.352.799</b>	<b>84.770.185</b>	<b>86.147.651</b>	<b>85.574.148</b>
Sanitario	63.007.531	66.017.996	68.034.554	70.692.209	72.813.309
Professionale	249.554	309.945	299.709	345.397	280.240
Tecnico	7.259.893	8.825.120	9.390.204	7.721.121	5.891.932
Amministrativo	4.233.252	5.199.738	7.045.718	7.388.924	6.588.667
<b>Ammortamenti</b>	<b>4.215.481</b>	<b>4.694.038</b>	<b>6.492.834</b>	<b>6.719.436</b>	<b>6.581.430</b>
<b>Rimanenze di Magazzino</b>	<b>1.770.153</b>	<b>-124.496</b>	<b>-2.496.486</b>	<b>123.369</b>	<b>-339.463</b>
<b>Accantonamenti</b>	<b>2.258.058</b>	<b>1.973.506</b>	<b>2.177.333</b>	<b>1.318.329</b>	<b>3.437.298</b>
Accantonamenti per rischi e Oneri	593.301	0	128.837	1.055.727	<b>1.821.539</b>
Altri Accantonamenti	1.664.757	1.973.506	2.048.496	262.602	<b>1.615.759</b>
<b>Oneri diversi di gestione</b>	<b>1.241.281</b>	<b>1.358.127</b>	<b>1.612.501</b>	<b>1.672.539</b>	<b>1.739.045</b>
<b>Totale Costi Della Produzione</b>	<b>201.951.135</b>	<b>212.590.887</b>	<b>223.409.825</b>	<b>237.161.782</b>	<b>231.706.747</b>

La tabella 1 evidenzia che nel quadriennio 2008 – 2011, si è verificata un crescita delle voci di Spesa, determinando una conseguente crescita dei costi di produzione aziendali. Nel 2008 i Costi di Produzione dell'azienda erano pari a oltre 201 milioni di euro, mentre nel 2011 il valore ha raggiunto i 237 milioni di euro con un incremento in termini assoluti pari a 35.210.647 milioni di euro, pari al 17.50%. Nel 2012 i costi di produzione sono pari a 231.706.747 con un decremento in termini assoluti pari a 5.455.035 milioni di euro rispetto al 2011. Mediamente nel corso del quinquennio considerato la crescita annuale dei Costi di produzione si è attestata al 4%.

La rappresentazione grafica della composizione dei Costi di produzione, evidenzia il significativo peso del costo delle Prestazioni di Servizi pari al 43% e del costo del Personale pari al 37% del costo totale.

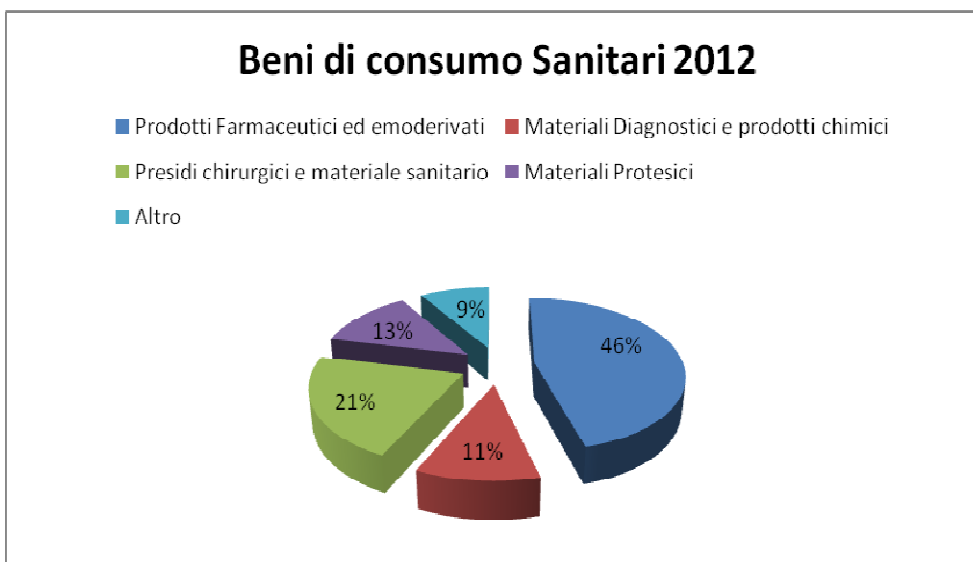




La rappresentazione grafica del costo delle Prestazioni di Servizi evidenzia la rilevanza del costo delle Prestazioni di Servizi Sanitari pari al 67% del costo totale per Acquisti di Prestazioni di Servizi. Altresì è rilevante evidenziare come nella composizione del Costo per Prestazioni di Servizi Sanitari, il peso maggiore è rappresentato dall'Acquisto di Prestazioni di Assistenza Farmaceutica in Convenzione, pari al 40% del costo totale.



Riguardo alla composizione del costo per l'Acquisto dei Beni di Consumo Sanitari, si sottolinea il peso relativo all'acquisto dei Farmaci sia consumati all'interno, sia distribuiti direttamente che distribuiti per nome e per conto, il quale risulta essere pari al 46% del costo totale.



Altra voce significativa del Bilancio aziendale 2012 è il costo del Personale che nella sua scomposizione evidenzia il rilevante peso relativo al costo del Personale Sanitario pari al 85% del costo totale del personale.



## Valore della produzione

L'analisi dei dati evidenzia che, nel corso dei cinque anni considerati, vi sia stata nel bilancio dell'ASL 2 una crescita tendenziale, così come mostra la tabella 2 e 3, del Valore della Produzione. Se si raffrontano i dati dal 2008 al 2012, è possibile notare che, nel 2008 il valore era pari a oltre 189 milioni di euro, mentre nel 2012 il dato ha raggiunto il valore di oltre 240 milioni di euro con un incremento in termini assoluti pari a 52.213.310 milioni di euro, pari al 27%.

Tab. 2

RAFFRONTO RICAVI PER PRESTAZIONI						
	2008	2009	2010	2011	2012	Delta % 2012 - 2008
<b>Fondo sanitario</b>	182.873.643	188.542.390	208.501.719	210.148.388	232.784.472	<b>27</b>
<b>da Altro</b>	4.606.986	4.342.655	4.121.256	4.501.502	4.548.483	<b>-1</b>
<b>Contributi in conto esercizio</b>	2.101.711	1.177.082	2.997.779	4.670.550	3.317.558	<b>58</b>
<b>Altri ricavi e proventi</b>	360.448	594.866	600.839	1.101.198	1.505.585	<b>318</b>
<b>Delta % Fondo sanitario</b>		3	11	1	11	
<b>Delta % da Altro</b>		-6	-5	9	1	
<b>Delta % Contributi in conto esercizio</b>		-44	155	56	-29	
<b>Delta % Altri ricavi e proventi</b>		65	1	83	37	
<b>Valore Della Produzione</b>	<b>189.942.788</b>	<b>194.656.993</b>	<b>216.221.593</b>	<b>220.421.638</b>	<b>242.156.098</b>	<b>27</b>

Fonte Area Programmazione, Controllo e Committenza

**Tab. 3**

<b>VALORE DELLA PRODUZIONE</b>					
<b>VARIABILI ECONOMICHE</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2.012</b>
<b>Ricavi per prestazioni</b>	<b>187.480.629</b>	<b>192.885.045</b>	<b>212.622.975</b>	<b>214.649.890</b>	<b>237.332.955</b>
da Fondo Sanitario	182.873.643	188.542.390	208.501.719	210.148.388	232.784.472
da Altro	4.606.986	4.342.655	4.121.256	4.501.502	4.548.483
<b>Incrementi di Immobilizzazioni per lavori interni</b>					
<b>Altri ricavi e proventi</b>	<b>2.462.159</b>	<b>1.771.948</b>	<b>3.598.618</b>	<b>5.771.748</b>	<b>4.823.143</b>
contributi in conto esercizio	2.101.711	1.177.082	2.997.779	4.670.550	3.317.558
altri ricavi e proventi	360.448	594.866	600.839	1.101.198	1.505.585
<b>Totale Valore Della Produzione</b>	<b>189.942.788</b>	<b>194.656.993</b>	<b>216.221.593</b>	<b>220.421.638</b>	<b>242.156.098</b>

Fonte Area Programmazione, Controllo e Committenza

Nella rappresentazione grafica della composizione del Valore della produzione, appare evidente il peso significativo dei contributi in conto esercizio assegnati, pari al 96% del Valore totale rispetto alle altre risorse a disposizione dell'azienda.



## Raffronto valore della produzione e costi della produzione

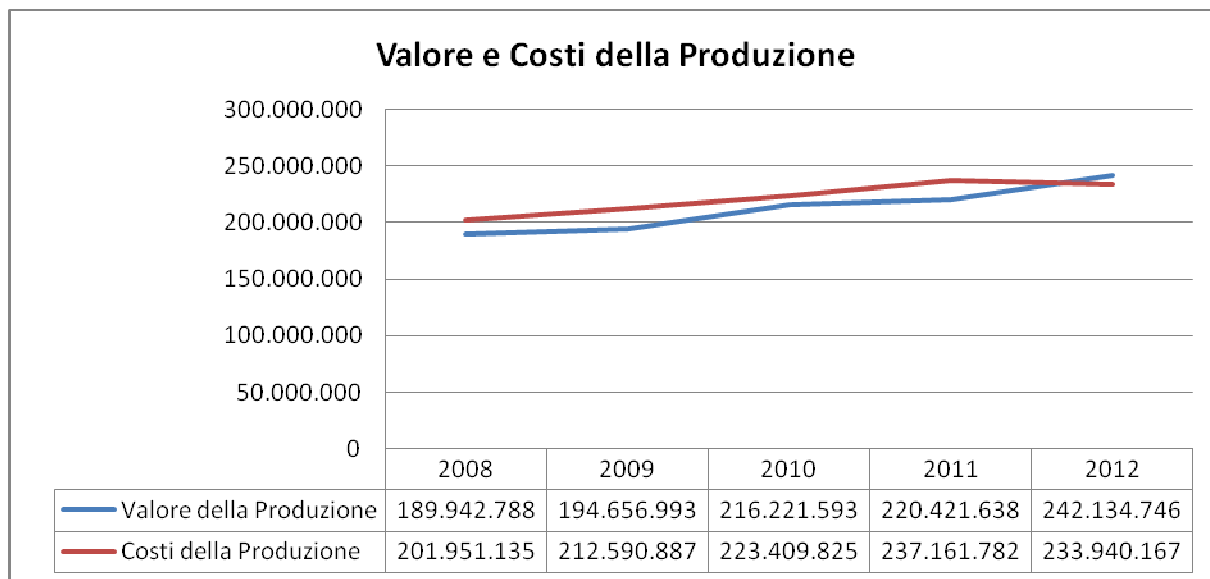
Se si valuta il quinquennio nel suo complesso, si nota come il Valore della Produzione è passato da oltre 189 milioni di euro del 2008 a oltre 240 milioni di euro nel 2012, con una crescita pari al + 27%, ma è altrettanto vero che nello stesso arco temporale si è determinato un aumento dei Costi della Produzione, passando da un valore di oltre 201 milioni di euro nel 2008 a oltre 233 milioni di euro nel 2012, con una crescita pari al +16%, determinando un differenziale pari al 11%.

Tab. 4

RAFFRONTO VALORE DELLA PRODUZIONE E COSTI DELLA PRODUZIONE						
	2008	2009	2010	2011	2.012	Delta % 2012 - 2008
Valore della Produzione	189.942.788	194.656.993	216.221.593	220.421.638	242.156.098	<b>27</b>
Costi della Produzione	201.951.135	212.590.887	223.409.825	237.161.782	231.706.747	<b>15</b>
Delta % Valore Produzione		<b>2</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	
Delta % Costi della Produzione		<b>5</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>-2</b>	
<b>Differenziale VP-CP</b>		<b>-3</b>	<b>6</b>	<b>-4</b>	<b>12</b>	

Fonte Area Programmazione, Controllo e Committenza

Se si valuta il quinquennio nel suo complesso, si nota come il Valore della Produzione è passato da oltre 189 milioni di euro del 2008 a oltre 240 milioni di euro nel 2012, con una crescita pari al + 27%, ma è altrettanto vero che nello stesso arco temporale si è determinato un aumento dei Costi della Produzione, passando da un valore di oltre 201 milioni di euro nel 2008 a oltre 230 milioni di euro nel 2012, con una crescita pari al +15%, determinando un differenziale pari al 12%.

**Grafico 1**


**Fonte Area Programmazione, Controllo e Committenza**

Il grafico 1 evidenzia una crescita costante dei Costi di Produzione, con una crescita media pari al 4%, mentre per il Valore della Produzione fa risaltare, soprattutto per il 2011, come riguardo ad una crescita dei Costi del 6% rispetto al 2010 vi sia stata una crescita del Valore della Produzione pari al 2% rispetto al 2010, determinando un differenziale pari al -4%.

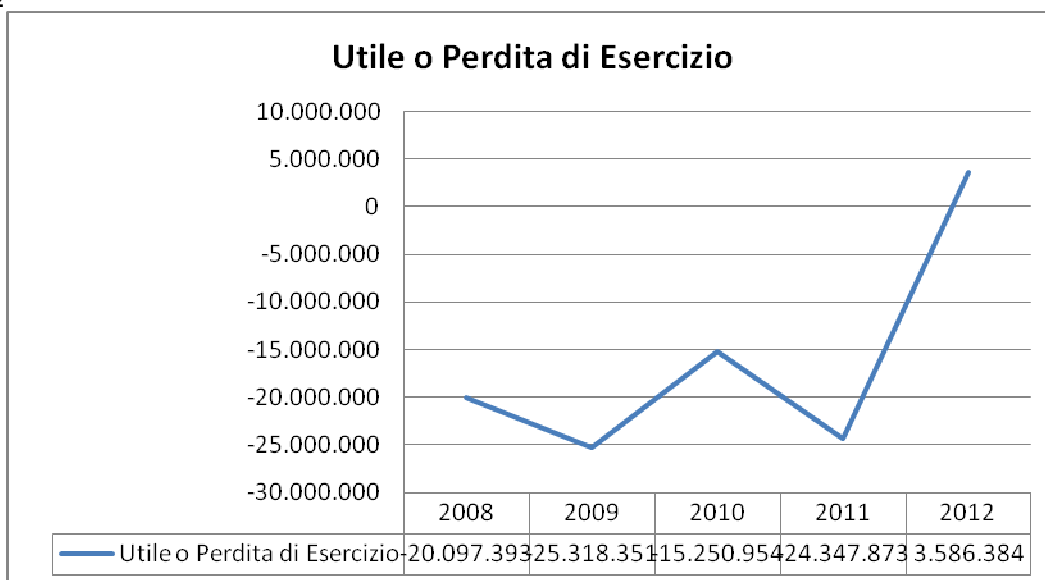
## Risultato d'esercizio

L'andamento del Risultato d'esercizio è indicato dalla tabella 5, la quale fa risaltare un aumento della perdita di esercizio nel periodo 2008 - 2011, passando da un valore di -20.097.393 milioni di euro del 2008 ad un valore di -24.347.873 del 2011, con una crescita pari al 21%, nel 2012 contrariamente si evidenzia un utile pari 3.586.384 euro, dovuto essenzialmente alla maggiore assegnazione di Fondo Sanitario Regionale rispetto al 2011 per un valore in termini assoluti pari 22.636.084 euro. Osservando la spezzata che rappresenta l'andamento del Risultato d'esercizio nel grafico 2, è possibile rilevare come nel 2010 il Risultato d'esercizio pur essendo negativo, attestandosi a -15.250.954 milioni di euro è diminuito del 40% rispetto al 2009, tuttavia lo stesso evidenzia per il 2011 un tendenza nuovamente in crescita, con un valore pari a -24.347.873 milioni di euro con un aumento del 60% rispetto al 2010.

**Tab. 5**

<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>						
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>Delta % 2012 - 2008</b>
<b>Utile o Perdita di Esercizio</b>	-20.097.393	-25.318.351	-15.250.954	-24.347.873	3.586.384	<b>118</b>
<b>Delta % Risultato d'esercizio</b>		26	-40	60	115	

Fonte Area Programmazione, Controllo e Committenza

**Grafico 2**


Fonte Area Programmazione, Controllo e Committenza

### 3.3 Mandato istituzionale e Missione

In ossequio all'art. 1 della L.R. n. 10/2006, l'Azienda Sanitaria n° 2 di Olbia opera all'interno del Sistema Sanitario Regionale, garantendo la tutela della salute come diritto fondamentale della persona e interesse della collettività. L'azienda è responsabile del soddisfacimento dei bisogni di tutela della salute e dei bisogni socio-sanitari nel territorio di competenza.

L'azienda soddisfa infatti i bisogni di salute della popolazione di riferimento attraverso specifici interventi sanitari e sociosanitari nell'ambito del sistema di cure e prevenzione, ispirandosi a criteri di efficacia-appropriatezza, di efficienza, di equità, di professionalità, in una logica di miglioramento continuo ed in un quadro di compatibilità con le risorse disponibili.

La missione istituzionale è improntata ai seguenti principi guida :

- la centralità della persona;
- la qualità clinico-assistenziale, l'appropriatezza, il coinvolgimento e la qualificazione continua delle risorse umane;
- la compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti.

Tale missione si realizza attraverso la valorizzazione di quattro fattori correlati tra loro:

- **Percorsi di integrazione** (Integrazione Ospedale-Territorio);
- **Appropriatezza** ( Percorsi Diagnostico-Terapeutici);
- **Trasparenza organizzativa** ( utenti interni ed esterni);
- **Qualità** (Professionale, Gestionale, Qualità percepita e Qualità del servizio).

### 3.4 Albero della performance

L'Albero della Performance è un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. Tale rappresentazione grafica dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla missione.

Ricevute le indicazioni regionali (da Piano sanitario regionale e da obiettivi annuali assegnati alla direzione generale), integrate con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno, le stesse vengono tradotte in obiettivi strategici, a loro volta declinati in piani operativi e obiettivi operativi assegnati ai dirigenti. Gli obiettivi operativi sono dettagliati in Piani operativi in cui all'obiettivo vengono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili e risorse assegnate. Gli obiettivi annuali assegnati alla direzione generale costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'albero delle performance.



Il piano delle performance è articolato secondo le tipiche dimensioni della Balance Scorecard, la quale consente di attivare un processo di traduzione e scomposizione della missione e delle strategie dell'azienda lungo **quattro prospettive** per ciascuna delle quali sono stati individuati obiettivi, indicatori e target.

Nel caso specifico della azienda sanitaria di Olbia le aree strategiche individuate sono quattro e le azioni da intraprendere relativamente ai tre livelli assistenziali Ospedaliera, Distrettuale e Sanitaria Collettiva, sono riferibili alle seguenti categorie di obiettivi aziendali:

- 1. Obiettivi Assistenziali**
- 2. Obiettivi Gestionali Organizzativi**
- 3. Obiettivi Economici**
- 4. Obiettivi di Sviluppo e Innovazione**

Di seguito si riporta la rappresentazione grafica **dell'Albero delle Performance** :



## 4. Analisi del contesto

Le linee strategiche regionali evidenziano l'esigenza di definire un processo di riorientamento del SSR con l'obiettivo di

- Sviluppare l'assistenza territoriale, in particolare a favore della fragilità ed evitando che il ricorso all'assistenza ospedaliera sia causato dalla carenza dei servizi territoriali,
- Ridisegnare il perimetro dell'assistenza ospedaliera, in particolare per acuti, in base alla determinazione del fabbisogno regionale di capacità produttiva per disciplina che deriva da un percorso di appropriatezza dei ricoveri;
- Ridisegnare la rete dei presidi.

In un contesto così delineato, frutto delle indicazioni regionali l'analisi di contesto interno ed esterno, genera azioni combinate tra di loro finalizzate alla riqualificazione dell'assistenza verso forme di appropriatezza sanitaria, con razionalizzazione di risorse e conseguenti nuove tipologie assistenziali (centralità del paziente/utente, assistenza al paziente "fragile", potenziamento dell'assistenza domiciliare, potenziamento delle cure palliative oncologiche e apertura dell'Hospice, attivazione posti letto lungodegenza e riabilitazione, riduzione dell'assistenza sanitaria ospedaliera per acuti, consolidamento dell'assistenza residenziale e semi-residenziale, etc.).

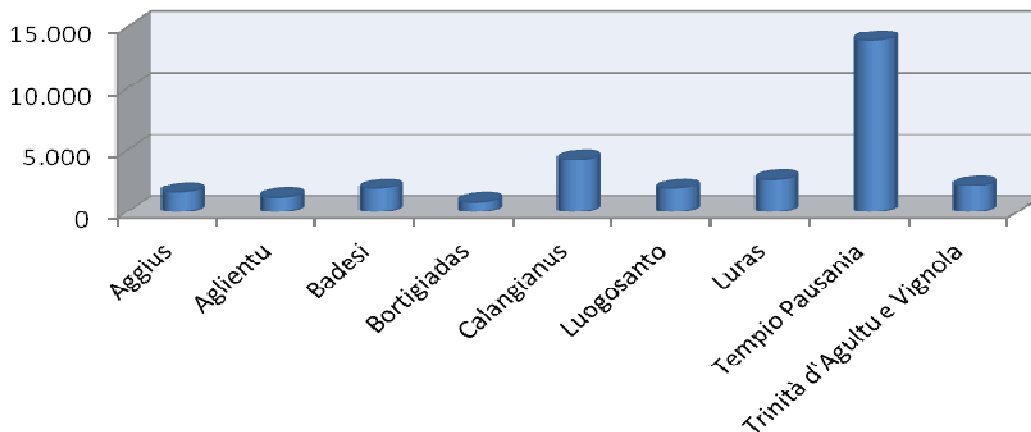
### 4.1 Analisi del contesto esterno

L'ambito territoriale della Azienda Sanitaria Locale N° 2 di Olbia, coincide con quello della Provincia di Olbia-Tempio ed è articolata in due Distretti Sanitari: **Distretto di Olbia** e **Distretto di Tempio Pausania**.

La popolazione residente nel Distretto Sanitario di Tempio Pausania è risultata, ultimi dati ISTAT del 2012, pari a 30.359 unità, che rappresenta quasi il 20% della popolazione.

I dati ISTAT evidenziano che la percentuale di anziani, cioè di persone di età uguale o superiore a 65 anni, presenti nel distretto di Tempio è del **21.3%**.

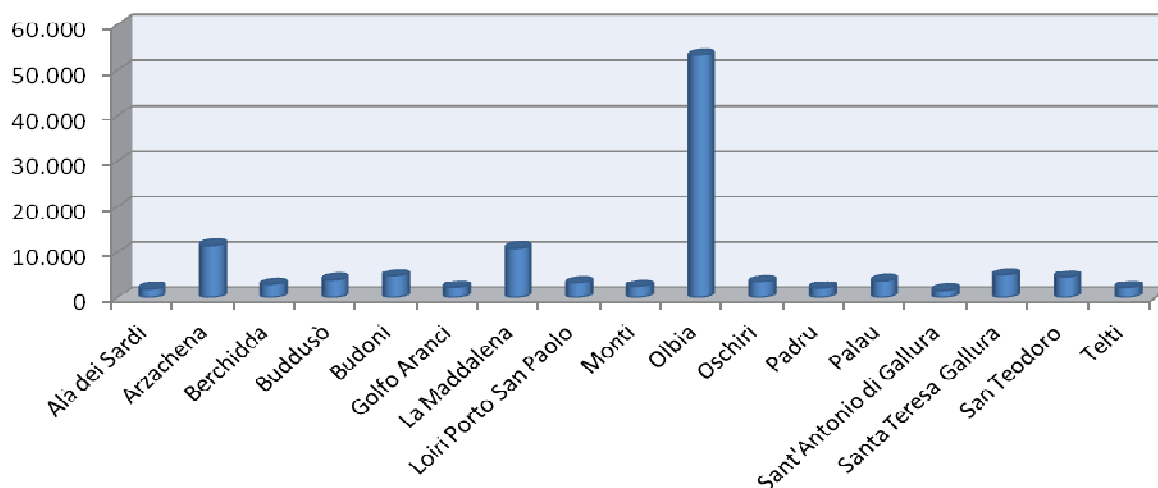
### Distretto Socio Sanitario di Tempio Pausania



Fonte dati: Demo Istat 2012

La popolazione residente nel Distretto Sanitario di Olbia è risultata pari a 120.133 unità, che rappresenta circa l'80% della popolazione dell'intera provincia. I dati ISTAT 2012 evidenziano una scarsa numerosità degli anziani nella popolazione residente ed un'alta numerosità delle classi di età più giovane (fino a 35-39 anni).

### Distretto Socio Sanitario di Olbia

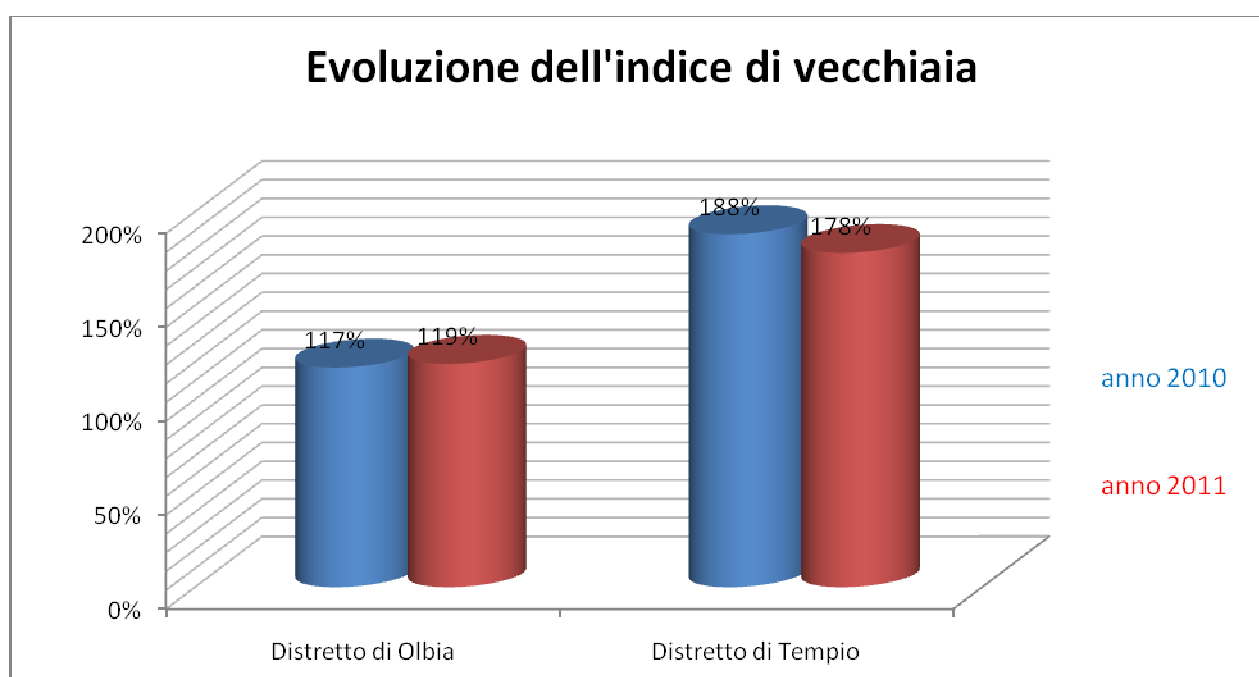


Fonte dati: Demo Istat 2012

La percentuale di anziani, cioè di persone di età uguale o superiore a 65 anni, presenti nel distretto è infatti del **16%**.

<i>Indici Demografici</i>	<i>Asl 2</i>	<i>Distretto di Olbia</i>	<i>Distretto di Tempio</i>
Indice di Vecchiaia	129%	119%	178%
Indice di dipendenza	46%	43%	50%
Indice di dipendenza g.	19%	20%	18%
Indice di dipendenza v.	25%	23%	31%
Indice di struttura	113%	112%	117%
Indice di ricambio	139%	138%	141%

*Fonte Dati: Elaborazioni su dati Istat riferiti al 01.01.2011*

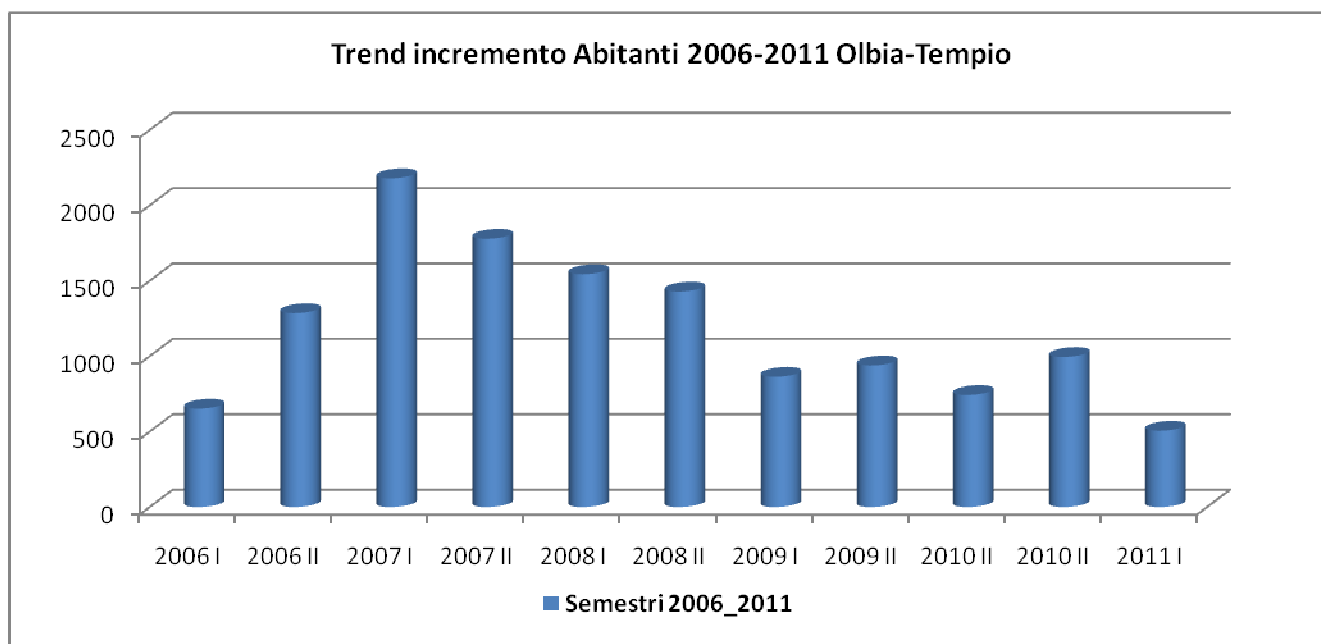


**Fonte dati: Demo Istat 2011**

Il Distretto di Tempio Pausania è più "vecchio" rispetto a quello di Olbia, un simile contesto non può che generare una domanda per le malattie croniche degenerative che deve essere adeguatamente governato a livello territoriale con l'obiettivo di promuovere l'integrazione dei processi di cura e la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, garantendo un processo di

progressiva riduzione dell'assistenza ospedaliera di tipo tradizionale finalizzata, a ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, a contenere i ricoveri inappropriati e a ridurre il consumo di prestazioni specialistiche non coerenti con i percorsi diagnostici terapeutici .

Il distretto di Olbia è relativamente più giovane con una tendenza che va consolidandosi ad assorbire residenti dalle altre province sarde ma anche del resto d'Italia, si caratterizza infatti come territorio ad alta dinamicità demografica; fenomeno messo in evidenza sia da una elevata natalità che da una massiccia presenza di immigrati extracomunitari.



**Fonte dati: Demo Istat 2011**

In tale contesto il fattore natalità e immigrazione diventano pertanto determinanti nell'incrementare l'attività del presidio Ospedaliero in particolare per i reparti di ginecologia e ostetricia, pediatria e pronto soccorso.

Tuttavia nell'ultimo triennio il persistere delle criticità economiche nazionali e internazionali hanno determinato una tendenza, come evidenziato dal grafico sopraesposto, alla riduzione dei flussi migratori e delle presenze turistiche stagionali.

Il contesto in cui opera l'azienda ASL 2 è caratterizzato da una pluralità di bisogni e da rapidi mutamenti della struttura socio-demografica che comportano perciò una gestione improntata alla ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi.

Tuttavia in aziende dove si registra un cospicuo disavanzo, lo sviluppo di soluzioni per fronteggiare i rapidi mutamenti delle variabili demografiche ed epidemiologiche, rende

necessario l'introduzione di politiche di **governo clinico**, ossia di un sistema incentrato sull'integrazione di numerosi fattori tra loro complementari, tra i quali la formazione continua, la gestione del rischio clinico, i percorsi assistenziali, la gestione del personale, accountability verso il cittadino e la misurazione delle performance.

L'analisi del contesto esterno evidenzia pertanto per l'azienda le seguenti Opportunità e le seguenti Minacce:

### **Opportunità:**

Le opportunità sono i possibili vantaggi futuri che occorre saper sfruttare a proprio favore allocando le risorse in modo flessibile a tal punto da ottimizzare le performance della strategia. Pertanto le azioni strategiche aziendali si concentreranno sull'attivazione di processi di sistema che consentiranno il rafforzamento delle logiche di appropriatezza e governo clinico con azioni finalizzate al :

- sviluppo delle reti e dei percorsi assistenziali coerentemente con i bisogni del cittadino/utente;
- incremento della quantità e della qualità delle prestazioni ambulatoriali con la finalità di agevolare i processi di deospedalizzazione e la riduzione dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza dal regime ordinario;
- garantire l'integrazione Ospedale-Territorio;
- miglioramento della qualità e degli indicatori di performance dell'offerta sanitaria;
- innovazione del sistema organizzativo gestionale.

### **Minacce:**

Le minacce sono quegli eventi futuri che potrebbero avere un impatto negativo sui risultati della strategia, fino a comprometterne l'esito. Uno dei punti critici nello sviluppo e innovazione di un sistema organizzativo gestionale e di un sistema di qualità coerente con i bisogni dell'utente è l'esplicitazione delle esigenze e delle aspettative cui l'azienda deve far fronte. A questo proposito risulta molto utile l'introduzione del concetto di stakeholder, di "soggetto portatore di interessi", cioè di tutte quelle entità che sono interessate al buon funzionamento di un organizzazione. Questo modo di procedere allarga notevolmente i vantaggi degli aspetti da considerare ma è sicuramente più completo. Un opportuno livello di specificazione è quello che distingue le

attività in macroprocessi "tipici" e altri che possiamo definire di "supporto", i primi sono quelli specifici di una azienda sanitaria (curare i malati in ospedale, realizzare interventi di prevenzione, fornire i farmaci per le cure domiciliari. Ecc) mentre gli altri sono comuni a tutte le organizzazioni (gestire il personale, acquistare i materiali, organizzare la logistica, dirigere, ecc). Un compito importante è perciò quello di chiarire come si interfacciano tra di loro questi macroprocessi, dentro e fuori l'azienda, nella consapevolezza che i **percorsi assistenziali** utili ai pazienti risultano dalla loro concatenazione e attraversano le diverse strutture e unità operative, lungo una sorta di **rete di processi** in grado di garantire a ciascuno la catena assistenziale il più personalizzata possibile, composta da attività cliniche e organizzative.

Un altro punto critico è quello di presidiare tutti i processi aziendali (e non solo quelli assistenziali) con opportune azioni di pianificazione e di controllo anche se risulta difficile poiché questo richiede un incontro tra due mondi, quello dei clinici e quello del management, portatori di competenze diverse ma assolutamente complementari tra di loro.

Nondimeno occorre tener conto di ulteriori minacce che provengono dal contesto esterno quali:

- la mancanza di strutture di lungodegenza e di riabilitazione nonché l'incompletezza dell'assistenza domiciliare integrata comporta spesso la necessità per l'azienda di dover soddisfare il bisogno di salute dei cittadini con setting assistenziali non appropriati;
- l'afflusso al pronto soccorso di un elevato numero di pazienti i quali potrebbero soddisfare appropriatamente la loro domanda di salute in strutture ambulatoriali territoriali;

## 4.2 Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno evidenzia che gli elementi caratterizzanti e ritenuti fondamentali nel perseguimento degli obiettivi strategici sono costituiti:

- da tre Presidi Ospedalieri uno ad Olbia, uno a La Maddalena e uno a Tempio Pausania; (Le strutture dei presidi sono articolate in dipartimenti strutturali)
- da due Distretti Sanitari Territoriali ad Olbia e Tempio;
- da un Dipartimento di Prevenzione;
- da un Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze;
- l'attività di *Staff di Supporto* è svolta dalle strutture del Dipartimento Amministrativo. (Dipartimento Funzionale);
- la Direzione Aziendale è supportata dalle strutture di *Staff Tecnostruttura*.

Nell'attuazione delle politiche e delle strategie aziendali l'analisi di un siffatto contesto interno evidenzia i seguenti **Punti di forza** e di **Punti di debolezza** :

### **Punti di forza**

I Punti di forza sono quei fattori che favoriscono lo sviluppo e le aree di eccellenza dell'azienda :

- presenza di professionalità di elevata competenza e alte tecnologie;
- avvio del percorso di rinnovamento del sistema sanitario aziendale attraverso la rimodulazione della rete ospedaliera e completamento della rete di ricovero con la lungodegenza e la riabilitazione;
- sviluppo e potenziamento della rete assistenziale territoriale per le **cure domiciliari** , **cure palliative oncologiche** e **scompenso cardiaco**;
- aumento dell'appropriatezza e miglioramento degli indicatori di performance dell'attività ospedaliera e territoriale;
- avvio del processo di gestione budgetaria quale parte integrante di un processo di riqualificazione gestionale e di sviluppo organizzativo;
- miglioramento dei processi di monitoraggio dei dati di attività e dei costi;
- avvio di un percorso di riorganizzazione aziendale attraverso un processo di razionalizzazione e contenimento della spesa soprattutto riguardo al personale e ai farmaci.

### **Punti di debolezza**

I Punti di Debolezza, per contro sono quegli elementi che ostacolano lo sviluppo e che necessariamente bisogna cercare di superare al fine di garantire il massimo miglioramento per non compromettere le scelte strategiche. I Punti di Debolezza che possono suscitare preoccupazione e verso cui è necessario indirizzare le proprie azioni programmatiche al fine di attuare la strategia aziendale e garantire dunque il raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi sono :

- le prestazioni inappropriate in ricovero ospedaliero;
- il setting assistenziale inadeguato per alcune tipologie di ricovero;
- la carente offerta di posti letto di lungodegenza e riabilitazione;
- la carenza di meccanismi di controllo interno;
- la mobilità passiva;
- lo storico sottofinanziamento per quota capitaria;





- l' incompleta definizione della rete ospedaliera pubblica e privata;
- la mancanza dei regolamenti attuativi dell'atto aziendale;
- il fattore **comunicazione** e **condivisione degli impegni** all'interno delle strutture aziendali.

## 5. Obiettivi Strategici

Il Piano delle Performance individua quattro aree strategiche che costituiscono le prospettive in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale, la missione e la strategia dell'azienda.

Rispetto alle quattro aree strategiche ove è possibile sono definiti gli obiettivi strategici da conseguire.

### **Area Strategica 1 e 2**

#### **Prospettiva dell'efficacia assistenziale, terapeutica, preventiva e dell'efficienza organizzativa dei processi di gestione:**

sono definiti obiettivi strategici volti all'accessibilità e fruibilità dei servizi, all'appropriatezza dei percorsi assistenziali quale capacità nel dare risposta adeguata e tempestiva al bisogno di salute, nella fase di prevenzione e cura.

### **Area Strategica 3**

#### **Prospettiva dell'efficienza economica-finanziaria:**

Sono definiti obiettivi economici strategici indirizzati al perseguimento dell'equilibrio economico attraverso il monitoraggio della spesa utilizzando in modo appropriato le risorse disponibili in funzione della migliore efficacia.

### **Area Strategica 4**

#### **Prospettiva di sviluppo e innovazione, relazioni con l'ambiente esterno e soddisfazione del paziente:**

Gli obiettivi strategici riguardano la promozione di attività formative e la valorizzazione delle capacità tecniche e umane del personale, nonché il coinvolgimento e la soddisfazione degli utenti e dei cittadini, l'informazione e la comunicazione interna ed esterna.

La strategia aziendale e le conseguenti attività gestionali perciò sono improntate ad un'intensa operatività indirizzata a percorsi di programmazione relativamente ai tre livelli assistenziali **Ospedaliera, Distrettuale e Sanitaria Collettiva**, perseguendo obiettivi strategici orientati a :

- Potenziare, innovare e differenziare l'offerta Clinico-Assistenziale;
- Qualificare l'offerta di azioni sanitarie di Prevenzione e Clinico-Assistenziale sviluppando la capacità di identificare i bisogni di salute e di valutare gli esiti dell'azione svolta;
- Affermare la pratica della continuità clinico-assistenziale;
- Perseguire gli orientamenti e le metodologie del **governo clinico**;
- Razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi erogativi e finalizzare l'utilizzo delle risorse disponibili al soddisfacimento dei bisogni di salute;
- Allargare e rinforzare le reti di assistenza aziendali, per qualificare ed ampliare ulteriormente l'offerta di servizi al cittadino mirando all'obiettivo di una progressiva riduzione della mobilità sanitaria passiva .

## **6. Dagli Obiettivi strategici agli obiettivi operativi**

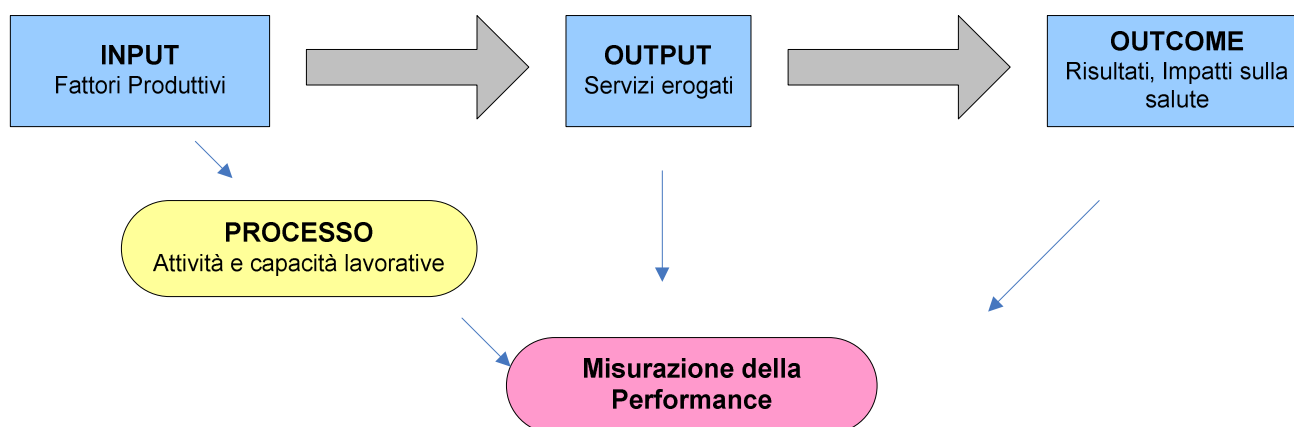
Come già ribadito gli Obiettivi di performance delle singole aziende sanitarie sono definiti nell'ambito di uno scenario complesso nel quale le scelte regionali costituiscono l'elemento di maggior rilievo.

A livello regionale, infatti, data la valutazione dei bisogni di salute, la valutazione del contesto specifico nel quale si opera (punti di forza e di debolezza del sistema regionale e delle aziende sanitarie) e i vincoli sulle risorse complessive da poter impiegare, viene definita la programmazione dei risultati da conseguire a livello di singola azienda, e i relativi vincoli organizzativi e di qualità.

Le aziende sanitarie, a loro volta, nell'ambito degli indirizzi regionali utilizzano gli strumenti della propria programmazione che formalizzano in Programmi sanitari annuali e triennali, e

Budget aziendali impiegati per esplicitare gli obiettivi e le risorse, rispettivamente di medio e breve periodo, rilevanti sia a livello strategico che operativo.

Relativamente agli strumenti economici impiegati per esplicitare gli obiettivi e le risorse, si può ragionevolmente affermare che la maggior parte delle regole e dei principi economici generali possono essere vantaggiosamente impiegati in sanità con una precisazione: la peculiarità del settore sanitario nasce dalla necessità di compiere una esplicita valutazione dei risultati ottenuti in termini di miglioramento dei livelli di salute. Il trattamento sanitario, così come qualunque attività economica, può essere infatti considerato un **processo produttivo**, come mostra il diagramma sottostante, attraverso il quale, partendo da una serie di fattori primari denominati **input** si ottengono prodotti, o **output**, in grado di rispondere a specifiche esigenze dei pazienti.



Tuttavia, l'analisi del processo di produzione delle organizzazioni sanitarie non si deve limitare al confronto fra input e output, ma deve prolungarsi fino all'analisi del cosiddetto **outcome** rappresentato dall'esito sanitario.

Sono due i tipi di obiettivi di Performance, quelli orientati **al destinatario dei servizi**, cioè gli **Outcome**, intesi come risultato ultimo di un'azione volta al soddisfacimento di un bisogno del cittadino/assistito e quelli orientati **all'erogatore del servizio**, cioè gli obiettivi intermedi su cui si concentrano le azioni aziendali per poter conseguire gli outcome che possono essere rappresentati da tre tipologie di obiettivi.

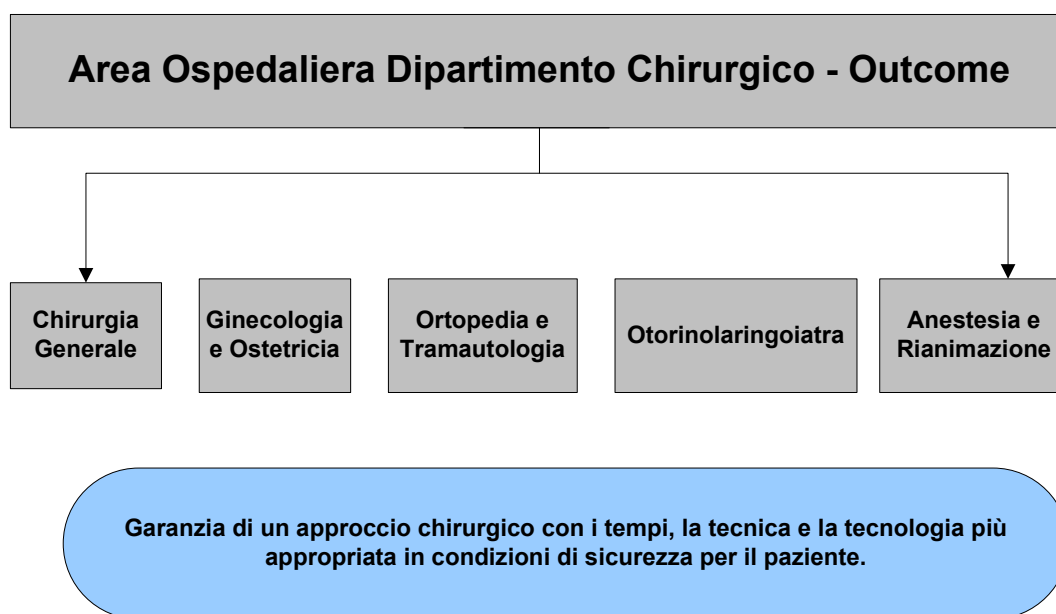
Quelli di **output**, intendendo per questi ciò che è stato prodotto in termini di servizi; quelli relativi ai **vincoli**, cioè le condizioni da rispettare nell'erogazione dei servizi sia perché necessari, come nel caso dell'appropriatezza organizzativa, sia perché opportuni, in quanto funzionali al conseguimento di obiettivi di outcome e, infine quelli relativi alle **competenze**, intesi come lo

stile direzionale e operativo opportuno da assumere affinché sia più agevole conseguire gli obiettivi di performance intermedi di output e di vincoli.

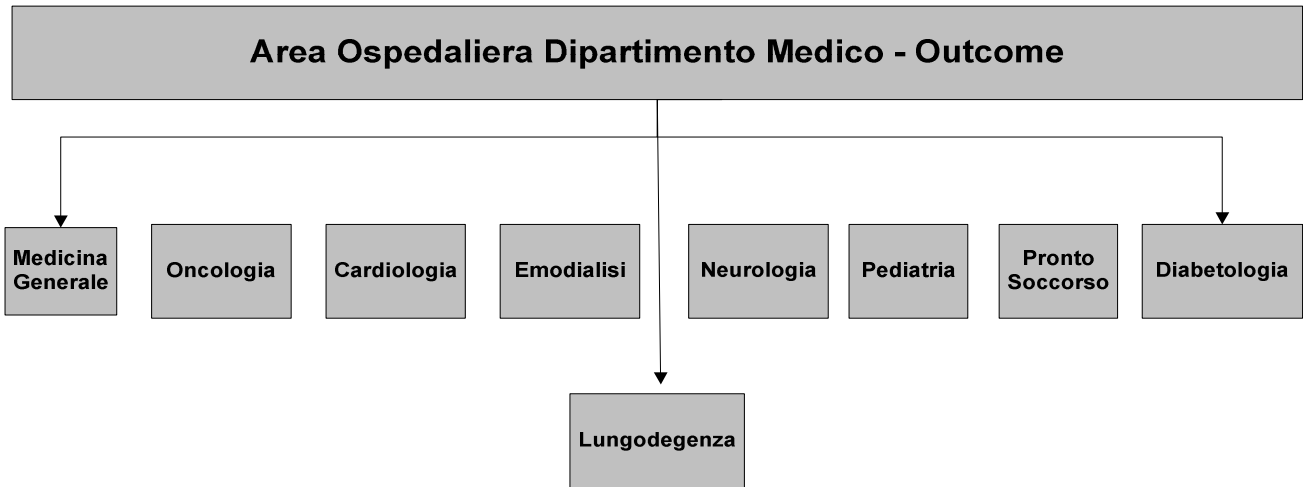
Gli outcome assumono una rilevanza primaria nella valutazione delle performance, mentre le altre tipologie di obiettivo assumono rilievo solo laddove sono raggiunti i primi. Ovviamente, bisogna anche considerare che nella realtà è difficile conseguire obiettivi di outcome in assenza di conseguimento degli obiettivi intermedi. Per esempio, è molto difficile ridurre i tempi di attesa per una prestazione senza adottare i percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali opportuni per il contesto in cui si opera.

## 6.1 Outcome per livelli assistenziali

### 6.1.1 Area Ospedaliera Dipartimento Chirurgico

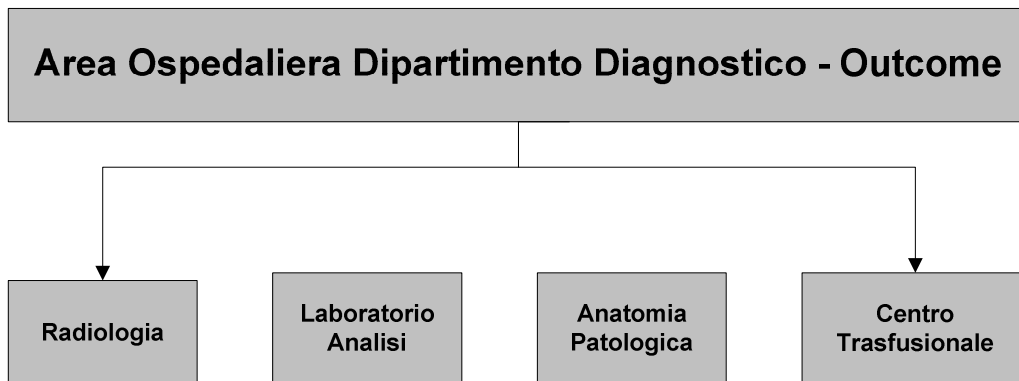


### 6.1.2 Area Ospedaliera Dipartimento Medico



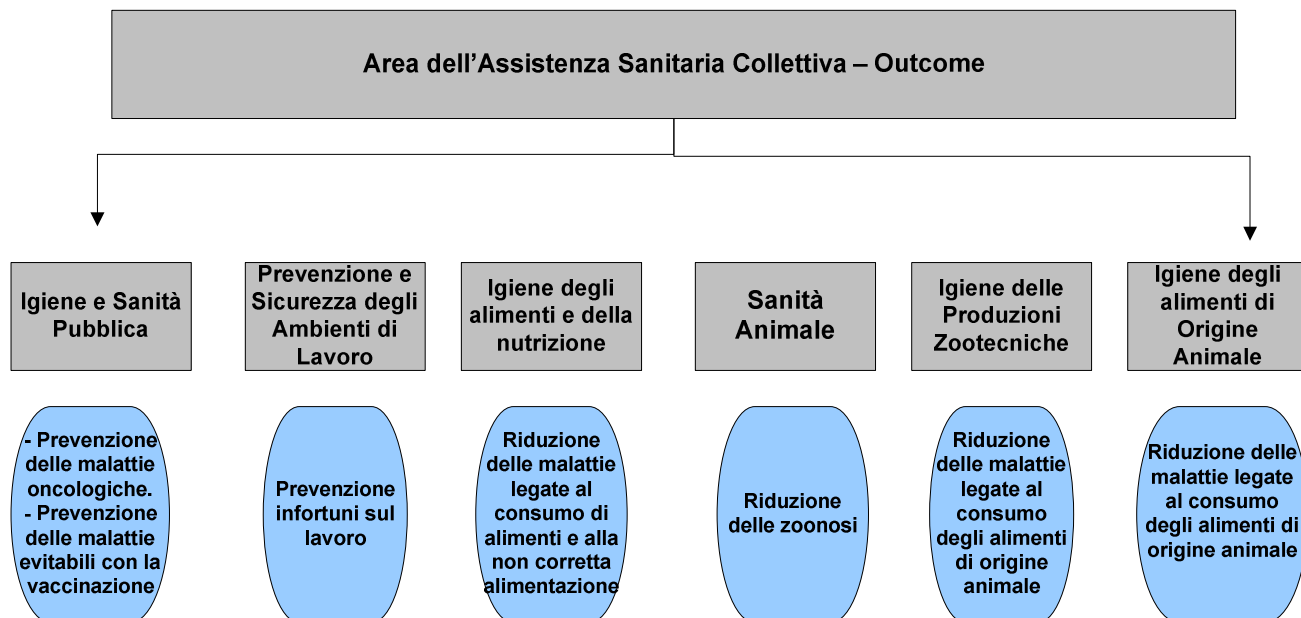
Migliorare l'appropriatezza, l'accessibilità, la fruibilità delle cure con percorsi diagnostici e con lo sviluppo di reti assistenziali per il trattamento delle patologie croniche.

### 6.1.3 Area Ospedaliera Dipartimento Diagnostico

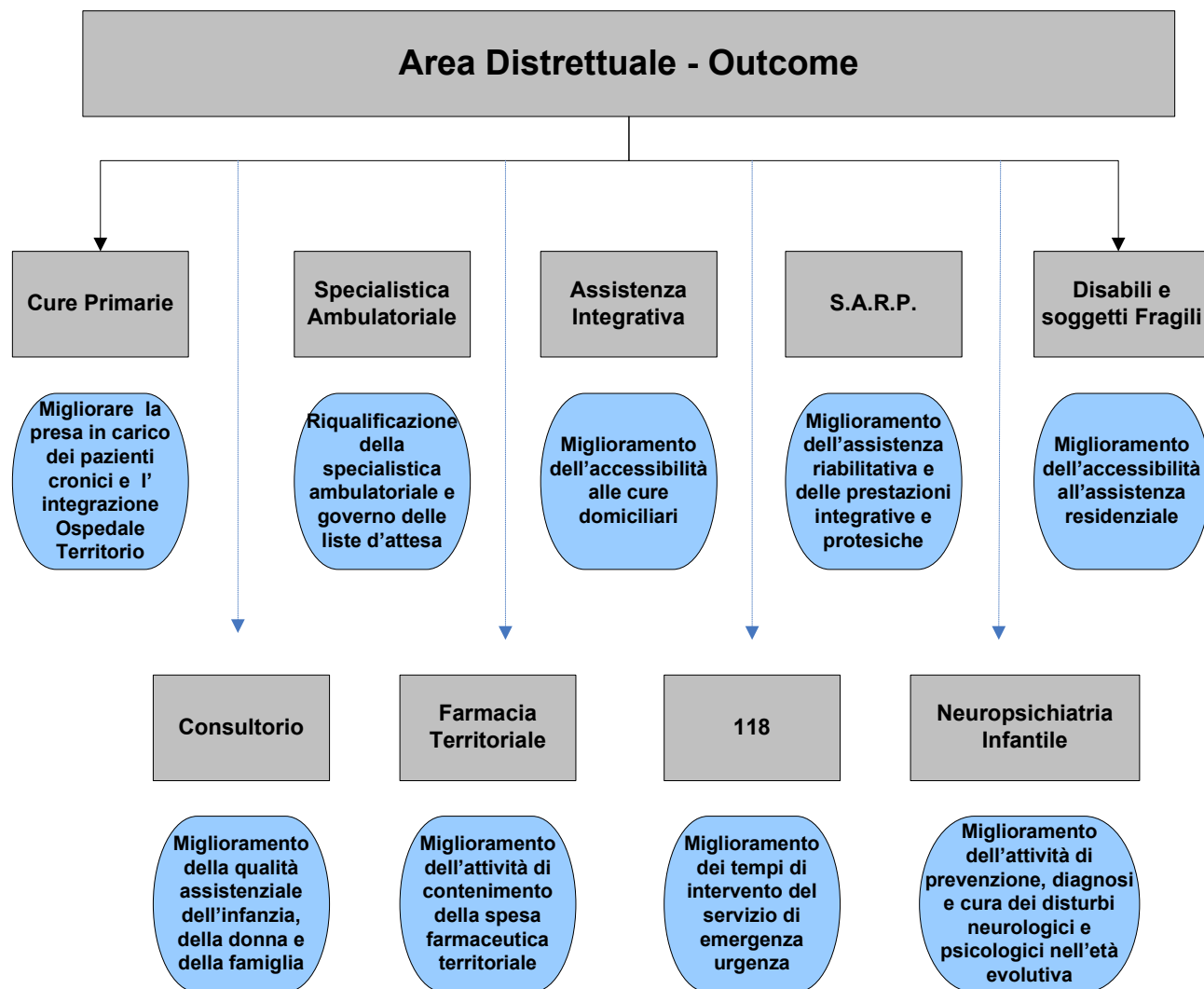


Migliorare l'appropriatezza  
l'accessibilità ai servizi di diagnostica per immagini e di diagnostica di laboratorio.

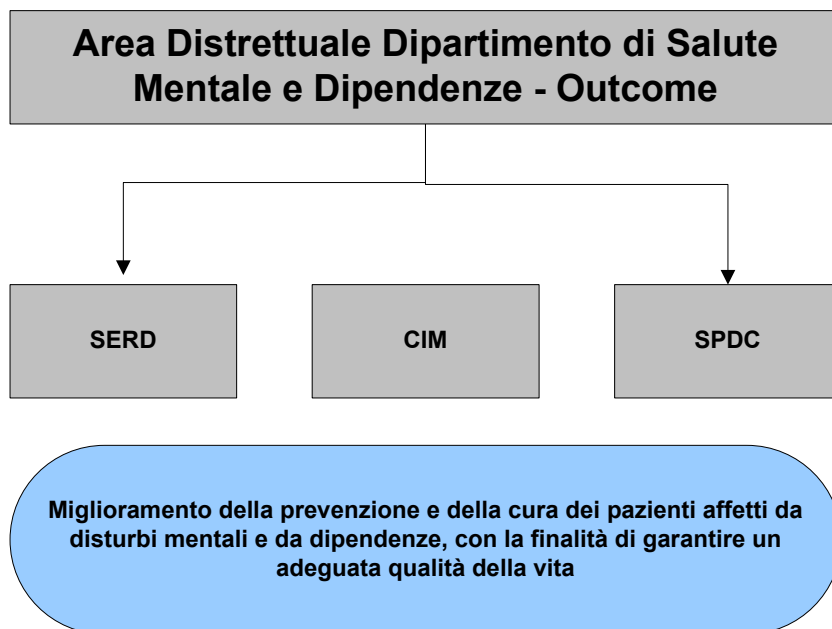
## 6.1.4 Area dell'Assistenza Sanitaria Collettiva



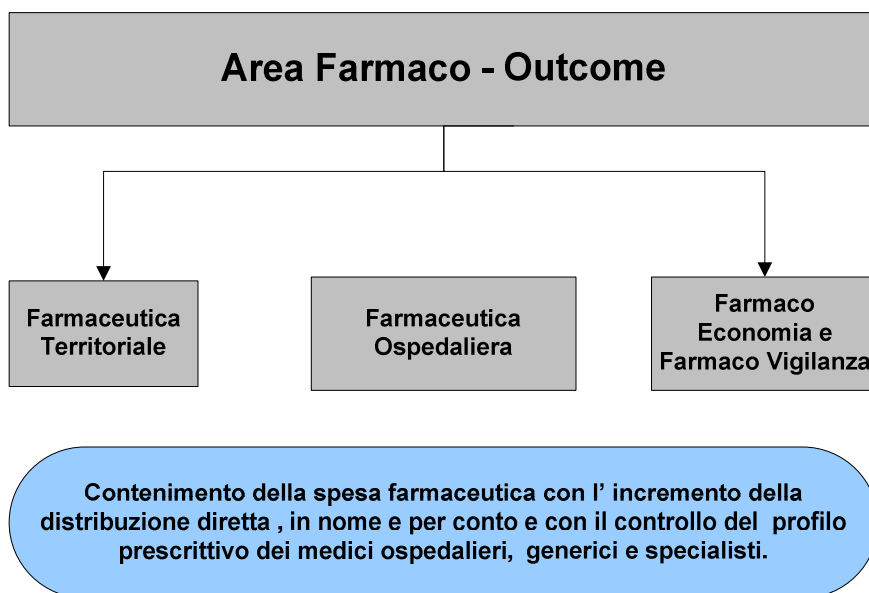
### 6.1.5 Area Distrettuale



### 6.1.6 Area Distrettuale Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze



### 6.1.7 Area del Farmaco



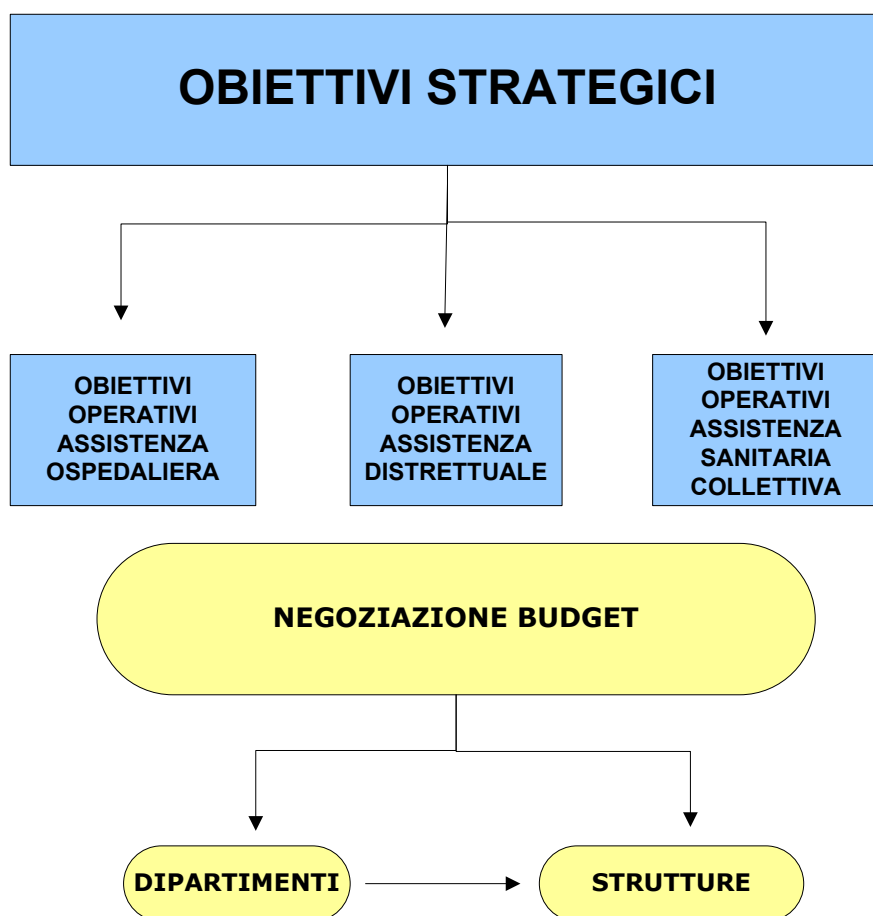


## 6.1.8 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

Gli obiettivi vengono definiti dalla Direzione Generale con cadenza annuale, sulla base degli obiettivi stabiliti dalla regione.

In particolare le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi operativi, come evidenzia il diagramma sottostante, relativamente ai dipartimenti o alle singole strutture dei tre livelli assistenziali **Ospedaliero, Distrettuale e Sanitaria Collettiva** attraverso il processo di Budget; con la predisposizione delle schede di Budget, gli obiettivi strategici vengono infatti declinati in obiettivi operativi specifici.

Gli obiettivi specifici sono negoziati dalla Direzione Generale con i responsabili di Dipartimento o con i responsabili delle singole strutture operative.



## 7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

### 7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

Il processo di redazione del Piano della performance si inserisce nell'ambito del più ampio processo di pianificazione strategica e di programmazione dell'Azienda. Il punto di partenza è costituito dall'esigenza di definire un processo di riorientamento del SSR con l'obiettivo di ridisegnare il perimetro dell'assistenza ospedaliera e della rete dei presidi e contestualmente di sviluppare l'assistenza ospedaliera. In coerenza vengono individuati dalla giunta Regionale ed assegnati al direttore Generale dell'azienda gli obiettivi aziendali annuali.

La Direzione generale, in armonia col PSR, e in relazione alle proprie strategie, definisce un Piano delle Performance, integrato ed aggiornato annualmente.

Le strategie (Aree strategiche) sono quindi declinate in obiettivi strategici e operativi; tali obiettivi, e i relativi indicatori e valori di riferimento, vengono assegnati attraverso un processo di negoziazione con i Dirigenti responsabili di Unità Operative.

Ogni informazione, nonché gli atti adottati nell'ambito del ciclo della Performance, saranno pubblicati e resi disponibili a chiunque mediante pubblicazione nell'apposita sezione del sito web istituzionale, ai sensi dell'art. 11 del D.L.vo n. 150.

Le fasi per la stesura del piano è articolata in diverse fasi, quali :

- definizione della programmazione triennale;
- definizione ed assegnazione alle macrostrutture aziendali degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi;
- ribaltamento degli obiettivi operativi ai responsabili di struttura complessa e semplice;
- monitoraggio in corso esercizio ed individuazione di eventuali correttivi;
- misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti;
- rendicontazione dei risultati alla direzione strategica, all'organo di indirizzo politico amministrativo, agli utenti e a tutti i cittadini interessati.

## 7.2 Coerenza con la programmazione economico – finanziaria e di bilancio

Secondo quanto previsto dall'art. 5, comma 1, e dell'art. 10, comma 1 del decreto legislativo 150/200, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano delle Performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione e di bilancio di previsione.

La previsione dell'art. 5, comma 1, e dell'art. 10, comma 1, del decreto è un principio di fondamentale importanza perché un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati .

L'integrazione e il collegamento logico tra la pianificazione della Performance e il processo di programmazione economico finanziaria e di bilancio è garantita su diversi livelli:

1. coerenza dei contenuti;
2. coerenza del calendario con cui si sviluppano i due processi ;
3. coordinamento delle funzioni organizzative coinvolte (Programmazione, controllo e committenza, Bilancio e Personale);
4. integrazione degli strumenti di reportistica e dei sistemi informativi a supporto dei due processi.

In particolare, si è proceduto da un lato, ha definire il Piano delle Performance nei sui contenuti principali contestualmente alla predisposizione della programmazione sanitaria 2013/2015 e degli obiettivi di budget, dall'altro invece si utilizzerà un'unica Scheda Budget come scheda obiettivi e scheda indicatori.

## 7.3 Coordinamento e integrazione fra gli ambiti relativi alla trasparenza, all'integrità e anticorruzione

Il Decreto legislativo 150/2009 individua gli strumenti per attuare il Ciclo di Gestione della Performance, ossia, il presente piano della performance e la relativa relazione, il Sistema di misurazione e valutazione della performance, il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e anticorruzione e gli standard di qualità dei servizi. Fra tutti questi documenti è opportuno garantire un adeguata integrazione.

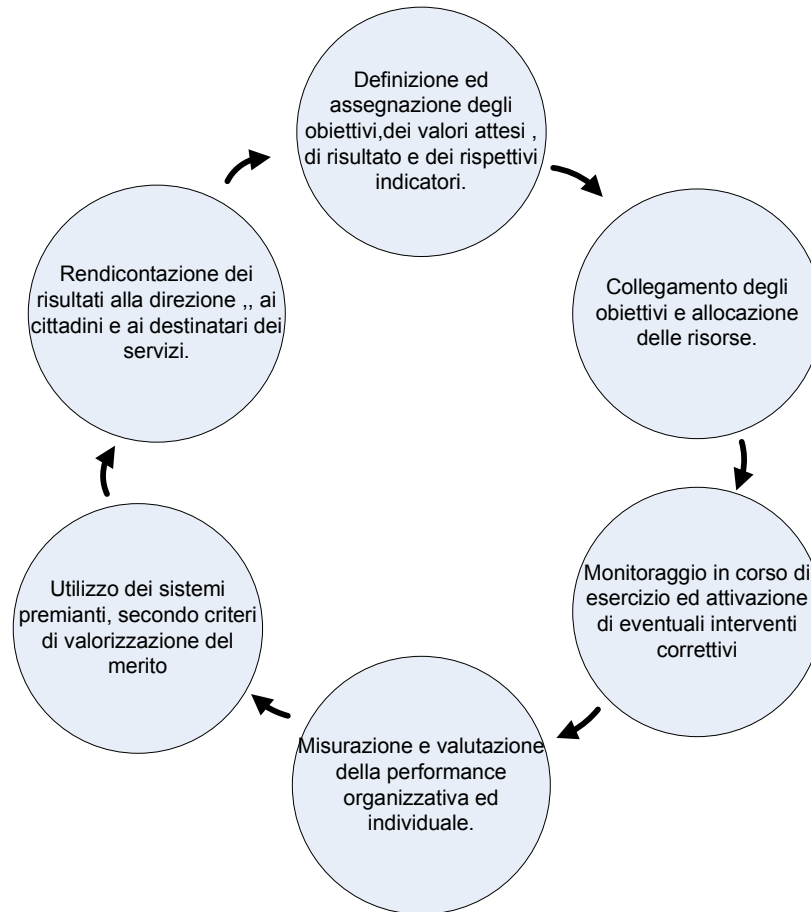
Nello specifico, essendo la Trasparenza funzionale alla corretta implementazione del Ciclo di Gestione della Performance, in quanto garantisce l'effettiva accountability delle amministrazioni in termini di obiettivi e risultati dell'azione dell'azienda sanitaria, l'integrazione si è realizzata facendo in modo che le misure contenute nel Programma Triennale per la

Trasparenza e l'Integrità e nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione siano diventati veri e propri obiettivi inseriti nel Piano delle Performance.

Nello specifico l'integrazione e il collegamento logico è garantita con i seguenti obiettivi:

1. Adozione del Piano Triennale per la trasparenza e per l'integrità, del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione entro il 31 Gennaio e della Relazione annuale sui risultati dell'attività svolta entro il 15 dicembre di ogni anno.
2. Predisposizione delle procedure per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nei settori esposti alla corruzione al fine di individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica e della legalità.
3. Verifica, d'intesa con i dirigenti delle varie strutture aziendali, dell'effettiva rotazione del personale addetto a particolari adempimenti negli uffici preposti allo svolgimento delle attività in cui sussiste un rischio elevato di corruzione.
4. Predisposizione di un programma formativo generale sui temi dell'etica e della legalità e di un programma specifico rivolto al responsabile della prevenzione della corruzione e ai dirigenti e dipendenti addetti alle aree maggiormente a rischio individuate nel relativo PTPC.
5. Garantire la qualità delle informazioni pubblicate nel sito istituzionale nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurando l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali.
6. Garanzia del rispetto della normativa in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico.
7. Individuazione, in ossequio a quanto previsto dalla normativa vigente e dai regolamenti aziendali, dei termini per la conclusione dei procedimenti di competenza, monitoraggio periodico sul rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti, e trasmissione di un report trimestrale al Responsabile del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione.

### 7.3 Azioni per il miglioramento del ciclo della Performance



La figura evidenzia come il funzionamento dell'intero ciclo della performance necessiti di un prerequisito fondamentale ovvero l'esistenza di un adeguato **sistema di supporto**. Esso rappresenta la pre-condizione ai sistemi di valutazione, per quanto riguarda sia le prestazioni sia la valutazione del personale (dirigente e tecnico-amministrativo).

I sistemi di supporto riguardano il sistema di misurazione delle prestazioni e la sua integrazione con i sistemi di valutazione, il sistema di reporting sulle prestazioni misurate e la tempestività degli strumenti di rendicontazione, la funzione di controllo di gestione e il sistema di rilevazione delle presenze. Per il miglioramento del ciclo della gestione della performance diventa inoltre rilevante la definizione del regolamento di organizzazione con la definizione delle competenze di ciascuna struttura e con l'individuazione delle funzioni delegabili a ciascun dirigente.

## 7.4 Miglioramento del processo di pianificazione

Il Piano delle Performance, oggi nella sua terza emissione, verrà sistematicamente aggiornato degli obiettivi regionali, e le aree strategiche verranno sviluppate considerando la diversa tipologia di pazienti e i diversi regimi di attività.

Le azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance che l'azienda ritiene utile porre in essere riguardano innanzitutto l'adeguamento a quanto disposto dal decreto legislativo 150/2009 di cui il presente piano costituisce parte integrante, nonché tutti i provvedimenti ulteriori che si renderanno necessari nell'ottica di garantire la massima trasparenza.

In particolare l'azienda ritiene efficace porre in essere tutta una serie di azioni finalizzate alla :

- Responsabilizzazione degli operatori attraverso l'attribuzione degli obiettivi strategici e operativi, e delegando agli stessi tutti gli adempimenti da porre in essere al fine di garantire il pieno coinvolgimento di tutto il personale dirigenziale e di comparto .
- Garanzia di un corretto utilizzo dei Sistemi Premianti secondo criteri di valorizzazione del merito.
- Perfezionamento del Sistema di Reporting poiché il budget non deve essere considerato un sistema "contabile statico" che esplica la sua funzione "a consuntivo" ma è invece un sistema fortemente dinamico che controlla costantemente la programmazione fatta ed è in grado di intervenire tempestivamente. Pertanto la capacità di soddisfare questa esigenza dipende dall'esistenza di un Sistema di Reporting ben strutturato ed impostato al "just in time". Il Reporting è un' importante e centrale "**attività di comunicazione**" dove esiste quindi una emittente ed una ricevente ; a ciò si aggiunge che i destinatari (riceventi) delle informazioni sono portatori di aspettative e di necessità informative specifiche.
- Perfezionamento del sistema informativo di contabilità analitica per centri di costo soprattutto relativamente al costo del personale e al sistema di verifica dell'allocazione delle risorse umane per centro di costo.



- Potenziamento della struttura interna di programmazione e controllo, con lo scopo di garantire il legame tra ciclo di gestione della performance e il processo di budget con la finalità di rendere maturo il sistema di definizione degli obiettivi dei C.d.R e dei C.d.C. attraverso un processo di negoziazione;
- Potenziamento della struttura interna di programmazione e controllo al fine di garantire l'accuratezza e la tempestiva disponibilità dei dati necessari al calcolo degli indicatori quali condizioni necessarie alla realizzazione del monitoraggio degli stessi nel corso dell'esercizio di riferimento e di conseguenza garantire la possibilità di apportare eventuali correttivi.

## 8 Allegati tecnici

Costituiscono allegati tecnici del presente Piano della Performance :

- Allegato 1 Obiettivi strategici e operativi
- Allegato 2 Analisi del contesto esterno ed interno;
- Allegato 3 Indicatori Sanitari

## ALLEGATO 2

# ANALISI DEL CONTESTO INTERNO ED ESTERNO (SWOT)

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	
Punti di Forza	Punti di Debolezza
<ul style="list-style-type: none"> <li>· presenza di professionalità di elevata competenza e alte tecnologie;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Mancata apertura dell'Hospice quale completamento della Rete di cure palliative aziendale</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· avvio del percorso di rinnovamento del sistema sanitario aziendale attraverso la rimodulazione della rete ospedaliera e completamento della rete di ricovero con la lungodegenza e la riabilitazione;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· setting assistenziale inadeguato per alcune tipologie di ricovero;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· sviluppo e potenziamento della rete assistenziale territoriale per le cure domiciliari, cure palliative oncologiche e scompenso cardiaco;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· carente offerta di posti letto di lungodegenza e riabilitazione;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· aumento dell'appropriatezza e miglioramento degli indicatori di performance dell'attività ospedaliera e territoriale;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· la carenza di meccanismi di controllo interno;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· avvio del processo di gestione budgetaria quale parte integrante di un processo di riqualificazione gestionale e di sviluppo organizzativo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· mobilità passiva;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· miglioramento dei processi di monitoraggio dei dati di attività e dei costi;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· storico sottofinanziamento per quota- capitaria;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· avvio di un percorso di riorganizzazione aziendale attraverso un processo di razionalizzazione e contenimento della spesa soprattutto riguardo al personale e ai farmaci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· incompleta definizione della rete ospedaliera pubblica e privata;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Avvio del Budget autorizzativo e del sistema SISAR ATTI: Introduzione del sistema premiante della Performance Organizzativa e Individuale. Adozione del Piano Triennale della Trasparenza e del Piano Triennale della Prevenzione dell'anticorruzione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· la mancata approvazione del nuovo atto aziendale;</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· il fattore comunicazione e condivisione degli impegni all'interno delle strutture aziendali</li> </ul>
Opportunità	Minacce
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Sviluppo delle reti e dei percorsi assistenziali coerentemente con i bisogni del cittadino/utente;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Incapacità di presidiare tutti i macro processi aziendali tipici e di supporto con opportune azioni di pianificazione e controllo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Incremento della quantità e della qualità delle prestazioni ambulatoriali con la finalità di agevolare i processi di deospedalizzazione e la riduzione dei DRG ad alto rischio di inapproprietezza dal regime ordinario;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· la mancanza di strutture di lungodegenza e di riabilitazione nonché l'incompletezza dell'assistenza domiciliare integrata comporta spesso la necessità per l'azienda di dover soddisfare il bisogno di salute dei cittadini con setting assistenziali non appropriati;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· l' afflusso al pronto soccorso di un elevato numero di pazienti i quali potrebbero soddisfare appropriatamente la loro domanda di salute in strutture ambulatoriali territoriali;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Miglioramento della qualità e degli indicatori di performance dell'offerta sanitaria;</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>· innovazioni del sistema organizzativo gestionale.</li> </ul>	

**ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO**