

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2 OLBIA**

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 764 DEL 30/06/2014

OGGETTO: Approvazione della Relazione sulla Performance 2013 ai sensi dell'art.10, comma 1 lettera b) del D.Lgs. 150/2009 e dei risultati di Performance Organizzativa delle strutture aziendali dell'anno 2013.

IL DIRETTORE GENERALE

DOTT. GIOVANNI ANTONIO FADDA

(firma digitale apposta)

ACQUISITI I PARERI DI			
DIRETTORE SANITARIO		DIRETTORE AMMINISTRATIVO	
DOTT.SSA MARIA SERENA FENU		DOTT. GIANFRANCO CASU	
FAVOREVOLE	X	FAVOREVOLE	X
CONTRARIO		CONTRARIO	
<i>(firma digitale apposta)</i>		<i>(firma digitale apposta)</i>	

La presente Deliberazione
è soggetta al controllo preventivo di cui al comma 1 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006
viene comunicata al competente Assessorato regionale, ai sensi del comma 2 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006, qualora comportante impegno di spesa inferiore a euro 5.000.000
STRUTTURA PROPONENTE AREA PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO, COMMITTENZA

Si attesta che la presente deliberazione viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line della ASL n. 2 di Olbia	
Dal 30/06/2014	Al 15/07/2014
Area Affari Generali, Affari Legali, Comunicazione	

Su proposta del Direttore dell'Area Programmazione, Controllo e Committenza /Struttura Tecnica Permanente

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 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 e in seguito aggiornato con delibera n° 287 del 24/03/2014, 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;

PRESO ATTO che la Struttura Tecnica Permanente ha provveduto ad elaborare "La Relazione sulla Performance" la quale evidenzia a consuntivo, con riferimento all'anno 2013, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse;

RILEVATA pertanto la necessità di approvare il documento di cui trattasi 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;

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 Relazioni sulla 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

IL DIRETTORE GENERALE

per i motivi sopra espressi,

DELIBERA

- Di approvare la Relazione sulla Performance che si allega alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale .
- Di trasmettere copia del presente atto all'Organismo Indipendente di Valutazione ai fine della validazione della Relazione sulla Performance ai sensi di quanto disposto dall'art. 14 comma 4, lettera c) del D. Lgs. 150/2009.
- 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 Generale
Dr Giovanni Antonio Fadda**

Allegati n° 1
Struttura Tecnica Permanente
Direttore Dott. Paolo Tecleme
Responsabile dell' Istruttoria Dott.ssa Pinuccia Mazzone



Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2013 ASL 2 OLBIA

GIUGNO 2014



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

INDICE

PREMESSA.....	4
1. L'AZIENDA SANITARIA N° 2 DI OLBIA.....	4
2. IL SISTEMA DI GESTIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE.....	5
3. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE.....	6
4.LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA.....	8
4.1 Attività di ricovero ordinario	8
4.2 Attività di ricovero Day Hospital	9
4.3 Obiettivi assistenziali	10
4.3.1 Area dell'efficacia preventiva assistenziale e terapeutica	10
4.3.2 Area dell' Efficienza Gestionale Organizzativa	11
4.4 Obiettivi economici gestionali.....	12
5.LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELLE STRUTTURE AZIENDALI	14
5.1 Attività di ricovero ordinario Dipartimento Medico Olbia e Tempio	14
5.2 Attività di ricovero Day Hospital Dipartimento Medico Olbia e Tempio	15
5.3 Attività di ricovero ordinario Dipartimento Chirurgico Olbia e Tempio	15
5.4 Attività di ricovero Day Hospital Dipartimento Chirurgico Olbia e Tempio	17
5.5 Obiettivi e indicatori specifici Distretti e Dipartimento di Prevenzione 2013	18
5.6 Obiettivi e indicatori specifici per Presidio Ospedaliero 2013	19
5.6.1 Percentuale di parti cesarei	19
5.6.2 Percentuale di fratture di femore operate entro 2 giorni	19
5.6.3 N° di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	20
5.6.4 N° di ricoveri ordinari medici brevi	21
5.6.5 Percentuale DRG LEA a rischio di inappropriatezza.....	21
5.6.6 Percentuale DRG LEA appropriati chirurgici.....	22
5.7 Obiettivi specifici Pronto Soccorso e accessi totali 2013	23
5.8 Percentuale di Performance Organizzativa per UU.OO	23
6 . RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ.....	29
6.1 Costi e Valore della Produzione	29
6.2 Struttura dei Costi e del Valore della Produzione	30
7 . PARI OPPORTUNITÀ E VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI.....	30
7.1 Piano triennale delle Azioni Positive	31
7.1.1 Analisi di genere del personale dipendente	32
7.2 Comitato unico di Garanzia.....	34
7.3 Servizio di Medicina delle Migrazioni per gli stranieri temporaneamente presenti	34

8. TRASPARENZA	35
9. RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE NEL 2013	36
10 . IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE.....	37
<i>10.1 Fasi, Soggetti, Tempi e Responsabilità</i>	<i>37</i>
<i>10.2 Punti di forza e di debolezza del Ciclo di Gestione della Performance.....</i>	<i>37</i>

Premessa

La presente Relazione è redatta, a conclusione del Ciclo di gestione della Performance 2013, 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 dalla Struttura Tecnica Permanente presso l'Area Programmazione Controllo e Committenza .

La Relazione descrive i risultati raggiunti nel 2013 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 Km², 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 km² 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

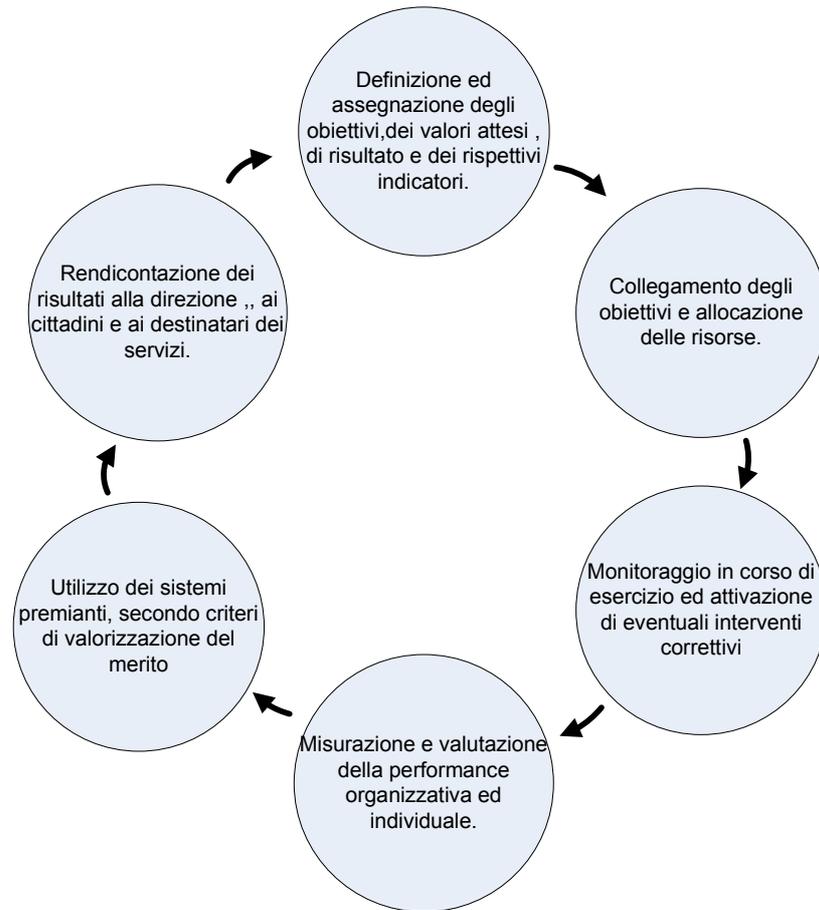
L'azienda sanitaria n°2 di Olbia con delibera n° 2114 del 13/09/2011, ha avviato il Sistema di Gestione del Ciclo della Performance con la finalità di adeguarsi anzitutto agli adempimenti richiesti dal Decreto legislativo 150/2009 in materia di valutazione delle performance organizzative e individuali, 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 di gestione della performance

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 successivamente con delibera n°3691 del 31/12/2012 e delibera n° 287 del 24/03/14. 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.

Con la stessa delibera di nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione 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 periodo 2012/2013 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 Dipartimento 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. compilazione delle schede di valutazione della **performance individuale**;
7. 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:



Nella logica dell'albero della performance il mandato istituzionale e la missione sono articolati in aree strategiche a cui sono associati, laddove sia possibile la loro identificazione, gli outcome

attesi. A riguardo, al fine di rappresentare in modo comprensibile ed efficace le aree strategiche dell'Azienda, si è scelto di utilizzare la prospettiva del Balanced scorecard.

Il Balanced Scorecard (BSC) è uno strumento di supporto nella gestione strategica dell'impresa che permette di tradurre la mission e la strategia dell'impresa in un insieme coerente di misure di attività e risultati, facilitandone la misurabilità.

Il BSC è suddiviso in quattro prospettive:

- ✚ *PROSPETTIVA ECONOMICO-FINANZIARIA* - Esprime per l'azienda la necessità di un vincolo di compatibilità economica delle proprie attività e di economicità della gestione;
- ✚ *PROSPETTIVA DEI PROCESSI INTERNI AZIENDALI* - Esprime per l'Azienda la necessità di offrire servizi efficaci, appropriati e di qualità;
- ✚ *PROSPETTIVA DEL CLIENTE* - Esprime per l'Azienda la necessità di curare aspetti quali la qualità percepita e la trasparenza delle procedure;
- ✚ *PROSPETTIVA DELL'APPRENDIMENTO E DELLA CRESCITA* - Esprime per l'Azienda la necessità di prestare attenzione alla formazione del proprio personale, all'aggiornamento scientifico e tecnologico.

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, in particolare medici ed inappropriati, il fenomeno è da considerarsi positivo, poiché uno dei principali obiettivi posti in capo alle aziende sanitarie per il 2012 e 2013 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; la riduzione di tali ricoveri è la base di partenza per la liberazione di risorse da destinare al potenziamento delle attività territoriali.

Si riscontra, inoltre un lieve calo dei DRG Chirurgici, tuttavia nel presidio di Olbia il calo dei DRG CH in regime ordinario è compensato dall'aumento di quelli in Day Surgery.

Con riferimento alle gg. di degenza si è registrato un aumento delle gg. di degenza in ricovero ordinario tra le annualità 2012 e 2013 con un leggero aumento della degenza media da 7,0 a 7,1 giorni. Per quanto attiene al Tasso di occupazione dei posti letto, quest'ultimo è in incremento presso il Presidio Paolo Merlo di La Maddalena. Altro dato rilevante è che si riducono significativamente i dimessi vivi nello stesso giorno e nei primi due giorni, cosiddetti Ricoveri Brevi, questa tendenza, nuova per la nostra azienda, è estremamente positiva perché questi ricoveri sono presumibilmente inappropriati in regime di ricovero ordinario, questo fenomeno è più marcato nel presidio di Olbia e di La Maddalena, mentre è più contenuto nel presidio di Tempio.

In relazione al peso medio dei DRG, si evidenzia la stabilità dello stesso nel presidio di Olbia e di La Maddalena ed un lieve calo nel presidio di Tempio. L'indicatore va comunque 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.

Questo dato insieme alla diminuzione dei ricoveri complessivi costituisce, infatti il segno di una tendenza al miglioramento della appropriatezza,

Tab.1

ATTIVITA' DI RICOVERO ASL N°2 OLBIA				
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2013	2012	2011
ORDINARIO	POSTI LETTO	302	302	323
ORDINARIO	DRG MEDICI	7930	7885	8312
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	3986	4137	3991
ORDINARIO	% DRG CHIRURGICI	33,41%	34,37%	32,39%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	7,79%	8,06%	8,47%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	11,48%	10,83%	11,05%
ORDINARIO	GG DEGENZA	84853	83997	88412
ORDINARIO	DEGENZA MEDIA	7,1	7	7,2
ORDINARIO	PUNTI DRG	13370	13444	13603
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,12	1,12	1,1
ORDINARIO	TASSO OCCUPAZIONE POSTI LETTO	77%	76%	75%

4.2 Attività di ricovero Day Hospital

Con riferimento all'attività di ricoveri in Day Hospital si evidenzia un aumento dei ricoveri di DH sia medici che chirurgici. Le differenze tra presidi sono estremamente rilevanti, poiché vi è un aumento dei Day Surgery di 412 unità nel Presidio di Olbia ed un calo di 44 ricoveri di DS nel presidio di Tempio.

Tab.2

ATTIVITA' DI RICOVERO ASL N°2 OLBIA				
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2013	2012	2011
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	32	32	32
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	1931	1719	1792
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	1460	1342	1598
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	3,86%	0,83%	0,61%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	11,38%	16,23%	19,15%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	2365	2200	2384
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,7	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	OBIETTIVO OPERATIVO		STANDARD	INDICATORE	2013	2012
Area Strategica 1 Efficacia Preventiva, Assistenziale e Terapeutica	1	Migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale nell'anziano.	>= 70%	% di vaccinazioni effettuate ultra 65-enni /totale popolazione residente ultra 65-enni	37,90% dato provvisorio	54,46%
Area Strategica 1 Efficacia Preventiva, Assistenziale e Terapeutica	2	Sviluppare l'ADI a favore degli anziani non autosufficienti : percentuale di anziani = > 65 anni	>= 4	n° anziani >=75 assistiti in ADI /totale popolazione residente anziana età >=65*100	4.23%	4,55%
Area Strategica 1 Efficacia Preventiva, Assistenziale e Terapeutica	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	143	149

Rispetto all'obiettivo di migliorare la copertura per il vaccino anti-influenzale nella popolazione a rischio, si osserva che il dato è provvisorio, tuttavia è prevedibile che lo stesso sia influenzato da una non completa adesione dei medici di medicina generale al progetto, e da un ritardo della disponibilità del vaccino. Tale trend probabilmente in calo è in linea con la tendenza nazionale. Rispetto all'obiettivo di sviluppare le Cure Domiciliari integrate nel corso del 2013 si stabilizza il cospicuo incremento di inserimenti realizzato nel corso del 2012 rispettando lo standard >=4, tuttavia è prevedibile che nel corso del 2014 si evidenzii il risultato della pianificazione delle nuove progettualità delle CDI confermando il trend positivo.

4.3.2 Area dell' Efficienza Gestionale Organizzativa

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO OPERATIVO		STANDARD	INDICATORE	2013	2012
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	1	Riduzione del tasso di ospedalizzazione ordinario e diurno standardizzato per mille	< = 160	Riduzione % del Tasso di ospedalizzazione	In corso di definizione	148
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	In corso di definizione	44
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	16%	20%
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	20,50%	20%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	5	Aumentare la % dei ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriatazza (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	49%	53%
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	29%	28%
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	In corso di definizione	4%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	8	Riduzione delle percentuali di parti cesarei	OMS <=15%	N° parti cesari / N° totale parti * 100	36%	34%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	9	Aumento della percentuale di interventi per frattura di femore operata entro 2 gg	Piano Nazionale Esiti 75%	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	51,76%	49,23%

*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 precedente 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	OBIETTIVO 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	€ 85.574.148,00	€ 86.121.134,00
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	€ 5.074.756,00	€ 11.180.051,00
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	€ 27.981.882,00	€ 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	2013	2012	2011
ORDINARIO	POSTI LETTO	76	76	76
ORDINARIO	DRG MEDICI	3058	2992	3021
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	212	196	174
ORDINARIO	% DRG CHIRURGICI	6,48%	6,15%	5,44%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	10,88%	10,29%	11,82%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	9,20%	8,81%	8,04%
ORDINARIO	GG DEGENZA	23396	27951	26837
ORDINARIO	DEGENZA MEDIA	8,7	8,8	8,4
ORDINARIO	PUNTI DRG	4128	4044	4061
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,26	1,27	1,27
ORDINARIO	TASSO OCCUPAZIONE POSTI LETTO	102,40%	101%	97%
ORDINARIO	% DRG LEA NON APPROPRIATI	22,80%	29%	30%

* 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)

L'attività di ricovero ordinario del Dipartimento Medico di Olbia evidenzia in linea con quanto previsto nell'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012 una riduzione dei DRG a rischio di inappropriata pari al **22 %** rispetto al 2012. Si rileva inoltre un aumento dei DRG medici pari al 2% e dei DRG chirurgici pari all' 8%.

ATTIVITA' DI RICOVERO DIPARTIMENTO MEDICO TEMPIO				
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2013	2012	2011
ORDINARIO	POSTI LETTO	41	41	62
ORDINARIO	DRG MEDICI	1228	1409	1770
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	5	7	11
ORDINARIO	% DRG CHIRURGICI	0,41%	0,49%	0,62%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	5,43%	5,85%	4,66%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	16,13%	15,94%	15,94%
ORDINARIO	GG DEGENZA	12875	13674	17842
ORDINARIO	DEGENZA MEDIA	10,04	9,6	10
ORDINARIO	PUNTI DRG	1305	1453	1826
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,06	1,02	1,02
ORDINARIO	TASSO OCCUPAZIONE POSTI LETTO	86%	91%	79%
ORDINARIO	%DRG LEA NON APPROPRIATI	34,80%	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)

L'attività di ricovero ordinario del Dipartimento Medico di Tempio in linea con quanto previsto nell'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012 una riduzione dei DRG a rischio di inappropriata pari a oltre il **10 %** rispetto al 2012. Si rileva inoltre una riduzione dei DRG medici pari al 13% e dei DRG chirurgici pari al 29%.

5.2 Attività di ricovero Day Hospital Dipartimento Medico Olbia e Tempio

ATTIVITA DI RICOVERO DIPARTIMENTO MEDICO OLBIA				
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2013	2012	2011
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	6	6	6
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	773	646	741
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	17	12	20
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	4,18%	4,56%	3,55%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	7,09%	5,17%	6,96%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	651	540	640
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,82	0,82	0,84

L'attività di ricovero in Day Hospital del Dipartimento Medico di Olbia evidenzia un aumento dei DRG medici pari al 20% e dei DRG chirurgici pari al 42%.

ATTIVITA' DI RICOVERO DIPARTIMENTO DI MEDICO TEMPIO				
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2013	2012	2011
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	4	4	4
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	172	178	158
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	0	1	0
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	1,16%	0,56%	0,00%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	8,72%	7,82%	8,86%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	120	148	127
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,7	0,83	0,81

L'attività di ricovero in Day Hospital del Dipartimento Medico di Tempio evidenzia un aumento dei DRG medici pari al -3% e dei DRG chirurgici pari al -100%.

5.3 Attività di ricovero ordinario Dipartimento Chirurgico Olbia e Tempio

ATTIVITA' DI RICOVERO DIPARTIMENTO DI CHIRURGICO OLBIA				
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2013	2012	2011
ORDINARIO	POSTI LETTO	88	88	88
ORDINARIO	DRG MEDICI	1899	1785	1794
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	2002	2178	2091
ORDINARIO	% DRG CHIRURGICI	51,32%	54,96%	53,75%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	9,02%	9,69%	10,80%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	12,10%	11,28%	11,18%
ORDINARIO	GG DEGENZA	24855	24917	25125
ORDINARIO	DEGENZA MEDIA	6,4	6,3	6,5
ORDINARIO	PUNTI DRG	4528	4513	4331
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,16	1,14	1,11
ORDINARIO	TASSO OCCUPAZIONE POSTI LETTO	77,40%	77,60%	78,20%
ORDINARIO	% DRG LEA NON APPROPRIATI	30%	39%	35%
ORDINARIO	% DRG LEA APPROPRIATI CHIRURGICI	65%	52,10%	55,60%

ATTIVITA' DI RICOVERO DIPARTIMENTO CHIRURGICO TEMPIO				
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2013	2012	2011
ORDINARIO	POSTI LETTO	67	67	67
ORDINARIO	DRG MEDICI	942	843	932
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	1720	1690	1685
ORDINARIO	% DRG CHIRURGICI	64,35%	66,40%	64,21%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	4,45%	4,48%	4,27%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	18,63%	17,49%	19,28%
ORDINARIO	GG DEGENZA	12472	11741	13229
ORDINARIO	DEGENZA MEDIA	4,7	4,6	5
ORDINARIO	PUNTI DRG	2489	2489	2558
ORDINARIO	PESO MEDIO	0,93	0,98	0,98
ORDINARIO	TASSO OCCUPAZIONE POSTI LETTO	51%	48%	54%
ORDINARIO	%DRG LEA NON APPROPRIATI	66%	56,80%	65,70%
ORDINARIO	%DRG LEA APPROPRIATI CHIRURGICI	29,1	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

ATTIVITA' DI RICOVERO DIPARTIMENTO CHIRURGICO OLBIA				
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2013	2012	2011
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	7	7	7
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	526	355	459
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	1006	862	862
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	5,03%	6,74%	6,12%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	12,34%	12,57%	11,34%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	915	735	769
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,6	0,6	0,58

ATTIVITA DI RICOVERO DIPARTIMENTO CHIRURGICO TEMPIO				
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2013	2012	2011
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	8	8	8
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	115	118	93
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	394	428	405
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	0,78%	0,91%	0,80%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	23,48%	18,98%	22,40%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	343	362	327
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,67	0,66	0,65

5.5 Obiettivi e indicatori specifici Distretti e Dipartimento di Prevenzione 2013

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		2013	2012
Migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale della popolazione a rischio.	N° vaccinazioni effettuate ultra 65-enni / totale popolazione residente ultra 65-enni	38%	35%
Estendere gli screening oncologici	N° donne invitate allo screening mammografico / popolazione di riferimento (50-69 anni) *100	108%	11%
Estendere gli screening oncologici	N° donne invitate allo screening cervice uterina / popolazione di riferimento (25-41 anni) *100	16%	7%
Estendere gli screening oncologici	N° invitati allo screening colon retto / popolazione di riferimento (50-69 anni) *100	70%	0%
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	231	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	48

DISTRETTO		OLBIA 2013	TEMPIO 2013
Potenziamento Cure Domiciliari ADI	n° anziani >=65 assistiti in ADI / totale popolazione residente anziana età >=65*100	4,84%	2,31%
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	14218	4265

5.6 Obiettivi e indicatori specifici per Presidio Ospedaliero 2013

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".

2013 - PRESIDIO OSPEDALIERO DI :		TARGET	2013	2012	2011	
Riduzione delle percentuali di parti cesarei	N° parti cesari / N° totale parti * 100	OLBIA	32,74%	31,04%	29,00%	
		TEMPIO	< = 15%	47,06%	43,32%	46,00%
		LA MADDALENA	29,73%	46,30%	39,02%	

*media regionale parti cesarei 38%

In azienda la percentuale dei Tagli Cesarei è in aumento (contrariamente alle annualità 2012-2011) con significative differenze tra presidi, con un lieve aumento ad Olbia e maggiore a Tempio, riguardo al presidio di La Maddalena si osserva che l'indicatore è influenzato dalla particolare realtà insulare.

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 inappropriata organizzativa, in cui è forte la probabilità che si manifestino outcome negativi.

2013 - PRESIDIO OSPEDALIERO DI :			TARGET	2013	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	OLBIA		47,33%	41,35%	27,27%
		TEMPIO		60,29%	66,13%	48,68%

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

L'indicatore evidenzia un netto miglioramento per il presidio di Olbia con un aumento di circa il 6% mentre nel presidio di Tempio si registra una consistente riduzione.

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.

2013 - PRESIDIO OSPEDALIERO DI :			TARGET	2013	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	OLBIA		15,02%	16,45%	18,43%
		TEMPIO	23%	31,03%	33,47%	33,18%
		LA MADDALENA		13,73%	34,36%	49,65%

*media regionale ricoveri diurni diagnostici 41.3%

In azienda l'indicatore evidenzia un ottimo risultato per presidio di Olbia e di La Maddalena.

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.

2013 - PRESIDIO OSPEDALIERO DI :			TARGET	2013	2012	2011
Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici *100	OLBIA	17%	31,61%	35,45%	34,66%
		TEMPIO		40,16%	40,50%	33,43%
		LA MADDALENA		35,25%	35,14%	31,60%

*Media regionale ricoveri ordinari medici brevi 25.4%

In azienda l'indicatore, sebbene sia ancora lontano dal target di riferimento, evidenzia il miglior risultato nel presidio di Olbia.

5.6.5 Percentuale DRG LEA a rischio di inappropriatezza

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 inappropriatezza 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.

2013 - PRESIDIO OSPEDALIERO DI :			TARGET	2013	2012	2011
Riduzione ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatazza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012	% DRG LEA non appropriati (Allegato B Patto per la salute 2010-2012)	OLBIA		27,50%	35,90%	33,60%
		TEMPIO		58,20%	52,10%	57,80%
		LA MADDALENA		24,30%	22,60%	29,50%

L'indicatore evidenzia la tendenza al miglioramento dell'appropriatezza con una performance migliore per il presidio di La Maddalena e di Olbia.

5.6.6 Percentuale DRG LEA appropriati chirurgici

2013 - PRESIDIO OSPEDALIERO DI :			TARGET	2013	2012	2011
Riduzione ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatazza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012	% DRG LEA appropriati Chirurgici (Allegato B Patto per la salute 2010-2012)	OLBIA		65,00%	52,00%	55,60%
		TEMPIO		29,10%	40,90%	32,90%
		LA MADDALENA		74,10%	77,60%	82,60%

L'indicatore evidenzia un ottimo risultato per il presidio di Olbia, un consistente peggioramento per il presidio di Tempio e una lieve riduzione per il presidio di La Maddalena.

5.7 Obiettivi specifici Pronto Soccorso e accessi totali 2013

2013 PRONTO SOCCORSO DEL PRESIDIO DI:						
ACCESSI	CODICE BIANCO	CODICE VERDE	CODICE GIALLO	CODICE ROSSO	TOTALE ACCESSI UU.OO	N° ACCESSI CON RICOVERO / N° TOTALE ACCESSI *100
OLBIA	2066	20698	12277	114	35155	14,13%
TEMPIO	2506	9861	2914	69	15350	14,29%
LA MADDALENA	516	5031	1130	35	6712	10,86%
TOTALE COMPLESSIVO					57217	13,79%

5.8 Percentuale di Performance Organizzativa per UU.OO

Nella lettura delle sottostanti tabelle si raccomanda di tener conto che la percentuale di raggiungimento di Performance Organizzativa delle strutture aziendali non è indicativa della qualità complessiva delle prestazioni erogate o delle "Competence" professionali dei responsabili e degli operatori coinvolti, ma evidenzia unicamente, il grado di raggiungimento di specifici obiettivi negoziati con la Direzione aziendale, al cui conseguimento o meno influiscono molteplici fattori, anche incidentali, che possono pregiudicare il raggiungimento degli stessi.

MACROSTRUTTURA	CENTRO DI RESPONSABILITA' DI I LIVELLO	RESPONSABILE	% PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2013
DSMD	DOTT. CARAI		
	SERD	DOTT. CARAI	91
	CIM	DOTT. AMADEUS	95
	SPDC	DOTT.SSA MELONI	100

PREVENZIONE	DOTT. MASIA		
	IGIENE PUBBLICA	DOTT. SABA	98
	SPRESAL	DOTT. MASIA	100
	SIAN	DOTT.SSA ARA	86
	SIAPZ	DOTT. MURA	97
	SIAOA	DOTT.PIRAS	100
	SANITA' ANIMALE	DOTT. BACCIU	100

AREA FARMACO			
	FARMACO ECONOMIA E FARMACO VIGILANZA	DOTT.SSA FORRESU	95
	FARMACIA OSPEDALIERA	DOTT.SSA BUCCIERO	92
	FARMACIA TERRITORIALE	DOTT.SSA SULAS	92

MACROSTRUTTURA	CENTRO DI RESPONSABILITA' DI I LIVELLO	RESPONSABILE	% PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2013
-----------------------	---	---------------------	---

TERRITORIO			
	DISTRETTO OLBIA	DOTT.SSA ANNA MARIA SANNA	93
	DISTRETTO DI TEMPIO	DOTT.SSA MANCONI	86
	CONSULTORIO AZIENDALE	DOTT.SSA LILIANA PASCUCCI	100
	SERVIZIO DI EMERGENZA URGENZA 118	DOTT. ATTILIO BUA	100
	UNOPIA	DOTT.SSA GIOVANNA SOLINAS	90

DIPARTIMENTO CHIRURGICO OLBIA	DOTT. GIUSEPPINO MELA		
	CHIRURGIA	DOTT. PRESENTI	99
	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	DOTT. RUBATTU	97
	ORTOPEDIA E TRAMAUTOLOGIA	DOTT. MELA	97
	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	DOTT. PALA	97

DIPARTIMENTO CHIRURGICO TEMPIO			
	CHIRURGIA	DOTT.GIORDO	76
	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	DOTT. CAREDDU	79
	ORTOPEDIA E TRAMAUTOLOGIA	DOTT. PIANEZZI	94
	ANESTESIA	DOTT. SILVETTI	100
	OTORINOLARINGOIATRA	DOTT. BOZZO	95

MACROSTRUTTURA	CENTRO DI RESPONSABILITA' DI I LIVELLO	RESPONSABILE	% PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2013
DIPARTIMENTO MEDICO OLBIA	DOTT.SSA PES		
	MEDICINA	DOTT. ACHENZA	99
	ONCOLOGIA	DOTT. ORTU	99
	PRONTO SOCCORSO	DOTT. BUA	97
	PEDIATRIA	DOTT. BALATA	94
	EMODIALISI	DOTT. FUNDONI	94
	NEUROLOGIA	DOTT.SSA CAU	100
	DIABETOLOGIA	DOTT.TONOLO	99
CARDIOLOGIA UTIC	DOTT.SSA PES	98	

DIPARTIMENTO MEDICO TEMPIO			
	MEDICINA	DOTT. ADDIS	90
	PRONTO SOCCORSO	DOTT.TAMPONI	95
	PEDIATRIA	DOTT.BULCIOLU	79
	EMODIALISI	DOTT. PASSAGHE	94
	CARDIOLOGIA	DOTT. BELLU	95
	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	DOTT. PIRRIANO	81

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICO	DOTT. VINCENZO BIFULCO		
	RADIOLOGIA OLBIA	DOTT. BIFULCO	100
	RADIOLOGIA LA MADDALENA	DOTT. BIFULCO	97
	RADIOLOGIA TEMPIO	DOTT.CONTU	98
	CENTRO TRASFUSIONALE	DOTT.SSA LENDINI	93
LABORATORIO ANALISI	DOTT. LAI	100	

MACROSTRUTTURA	CENTRO DI RESPONSABILITA' DI I LIVELLO	RESPONSABILE	% PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2013
DIPARTIMENTO MULTIDISCIPLINARE LA MADDALENA	DOTT. CARLO RANDACCIO		
	ANESTESIA E CAMERA IPERBARICA	DOTT. RANDACCIO	91
	EMODIALISI	DOTT.ssa GAZANELLI	91
	PRONTO SOCCORSO	DOTT. GULINO	97
	MEDICINA	DOTT. MASOCH	95
	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	DOTT.USCIDDA	90
	PEDIATRIA	DOTT. LICHERI	76

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OLBIA	DOTT.SSA ELVIRA SOLINAS		100
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO TEMPIO	DOTT.SSA GIOVANNA GREGU		94

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	DOTT.SSA GIOVANNA PUZZI		
	SERVIZIO PROVVEDITORATO E AMMINISTRAZIONE DEL PATRIMONIO	AVV. ROBERTO DI GENNARO	98
	SERVIZIO TECNICO	ING. PAOLO TAURO	98
	SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	DOTT.SSA GIOVANNA PUZZI	98
	SERVIZIO CONTABILITA' E BILANCIO	DOTT. PIERFRANCESCO LENZI	98

MACROSTRUTTURA	CENTRO DI RESPONSABILITA' DI I LIVELLO	RESPONSABILE	% PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2013
STAFF DIREZIONE GENERALE	DOTT. GIUSEPPE PINTOR		
	AFFARI GENERALI E LEGALI	DOTT. GIUSEPPE PINTOR	98
	AREA PROGRAMMAZIONE CONTROLLO E COMMITTENZA	DOTT. PAOLO TECLEME	98
	QUALITA' E RISK MANAGEMENT	DOTT. SSA ENEDINA BANDINU	98
	SERVIZIO DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	DOTT. IDA FLORA MANCA	98
	FORMAZIONE	DOTT. LUIGI COLLU	98
	SERVIZIO INFORMATIVO SANITARIO	ING. CESARE DE LUSSU	98
	SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE	DOTT. FRANCESCO FODDE	98
	SERVIZIO SORVEGLIANZA SANITARIA MEDICO COMPETENTE AZIENDALE	DOTT. SSA PATRIZIA VIRGONA	98
	SERVIZIO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA OSTETRICA E DELLA PROFESSIONE TECNICA SANITARIA	DOTT. SSA LUISELLA FENU	98

6 . Risorse, Efficienza ed Economicità

6.1 Costi e Valore della Produzione

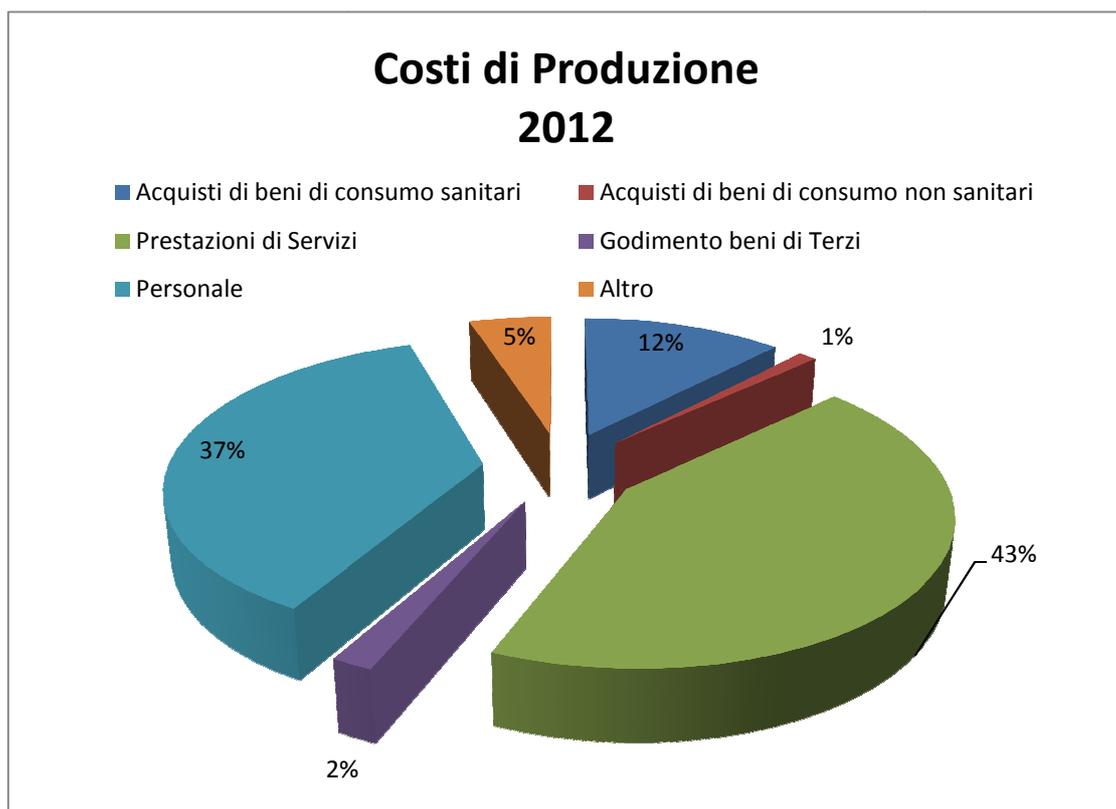
I costi e il valore della produzione considerati sono relativi all' anno 2012 poiché alla data di redazione della presente Relazione il bilancio 2013 non è tuttora chiuso e il valore di tutte le variabili economiche quindi non è ancora definitivo Nel 2012 i costi di produzione sono pari a 231.706.747 con un decremento in termini assoluti pari a 5.455.035 milioni di euro rispetto al 2011.

COSTI DELLA PRODUZIONE			
VARIABILI ECONOMICHE	2010	2011	2.012
Acquisti	31.025.376	33.445.307	30.474.241
Beni sanitari	27.855.558	30.217.359	27.981.882
Beni non sanitari	3.169.818	3.227.948	2.492.359
Prestazioni di Servizi	96.585.290	104.108.534	100.042.903
Godimento beni di Terzi	3.242.792	3.626.617	4.197.145
Personale	84.770.185	86.147.651	85.574.148
Sanitario	68.034.554	70.692.209	72.813.309
Professionale	299.709	345.397	280.240
Tecnico	9.390.204	7.721.121	5.891.932
Amministrativo	7.045.718	7.388.924	6.588.667
Ammortamenti	6.492.834	6.719.436	6.581.430
Rimanenze di Magazzino	-2.496.486	123.369	-339.463
Accantonamenti	2.177.333	1.318.329	3.437.298
Accantonamenti per rischi e Oneri	128.837	1.055.727	1.821.539
Altri Accantonamenti	2.048.496	262.602	1.615.759
Oneri diversi di gestione	1.612.501	1.672.539	1.739.045
Totale Costi Della Produzione	223.409.825	237.161.782	231.706.747

VARIABILI ECONOMICHE	2010	2011	2.012
Ricavi per prestazioni	212.622.975	214.649.890	237.332.955
da Fondo Sanitario	208.501.719	210.148.388	232.784.472
da Altro	4.121.256	4.501.502	4.548.483
Incrementi di Immobilizzazioni per lavori interni			
Altri ricavi e proventi	3.598.618	5.771.748	4.823.143
contributi in conto esercizio	2.997.779	4.670.550	3.317.558
altri ricavi e proventi	600.839	1.101.198	1.505.585
Totale Valore Della Produzione	216.221.593	220.421.638	242.156.098

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.

L'art. 21 della legge n. 183 del 04/11/2010, recante "Misure atte a garantire pari opportunità, benessere di chi lavora ed assenza di discriminazioni nelle amministrazioni pubbliche", in conformità alla Direttiva del 04/03/2011, emanata di concerto, dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dal Dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, avente ad oggetto: "Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni", ha previsto che le pubbliche amministrazioni costituiscano al proprio interno il Comitato Unico di Garanzia al fine di dare attuazione ad apposite valutazioni sul livello di sensibilità dei bisogni rilevati rispetto a possibili discriminazioni (di genere, disabilità, razza, etnia, gruppi sociali ed altro ancora). Ciò allo scopo di integrare il tema delle pari opportunità nel Piano della Performance e di definire obiettivi strategici e gestionali orientati al tema suddetto.

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 dalla normativa relativa, 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 :

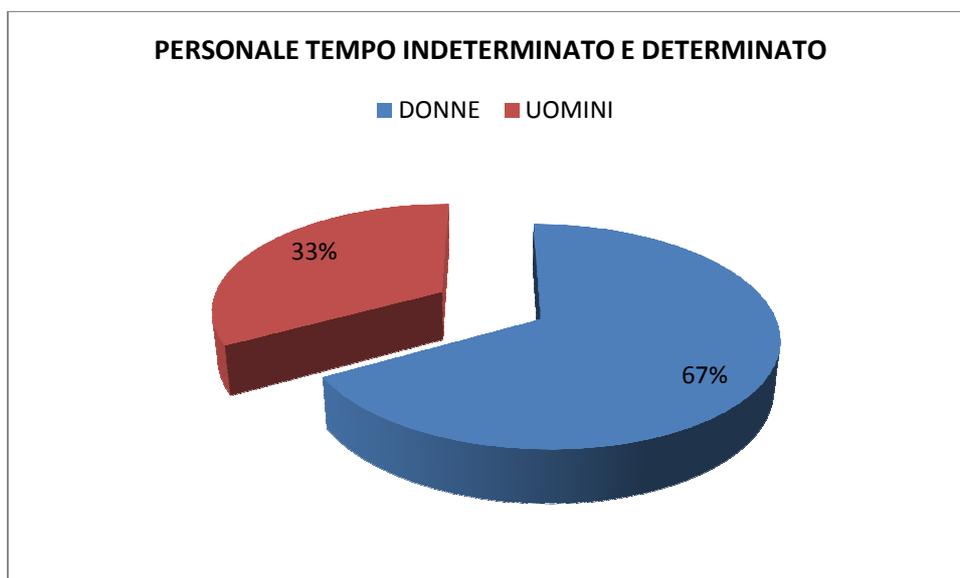
- ✓ superare condizioni, organizzazione e distribuzione del lavoro che provocano effetti diversi, a seconda del sesso, con pregiudizio nella formazione, nell'avanzamento professionale e di carriera, ovvero nel trattamento economico e retributivo;
- ✓ favorire la crescita professionale e di carriera promuovendo 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

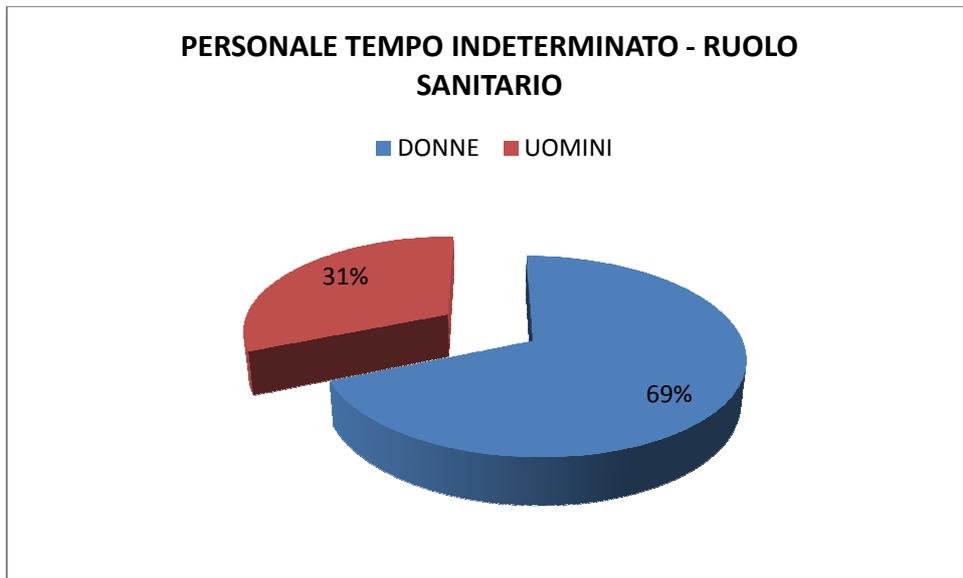
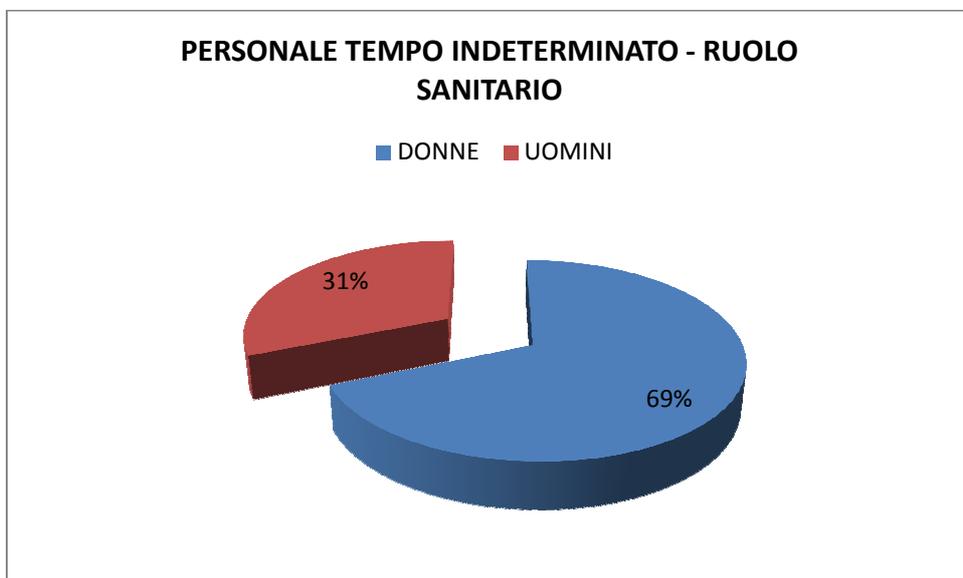
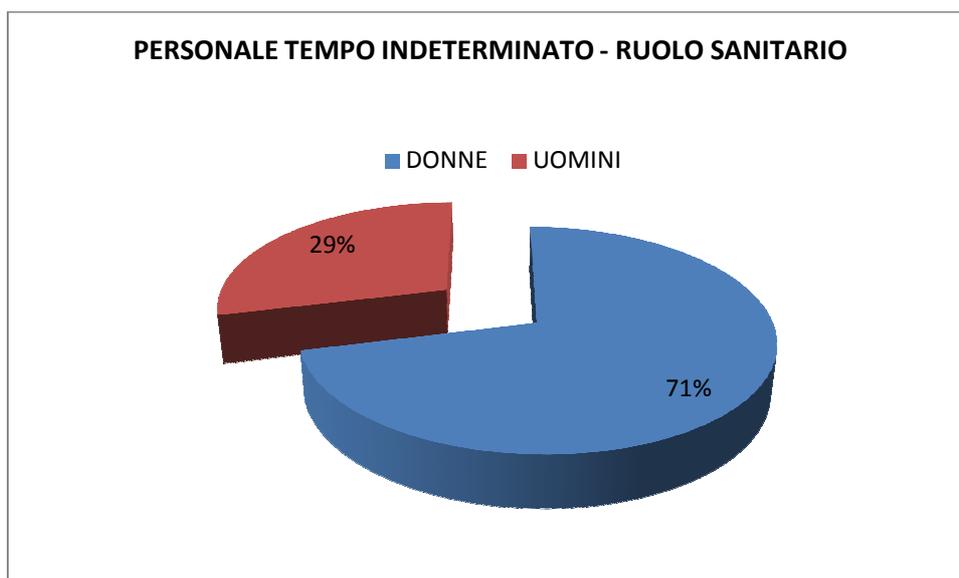


Grafico 3





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 GUG 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. Trasparenza

La Trasparenza è intesa come accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni. Questo principio, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di uguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa, ed è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, dei diritti, civili politici e sociali.

Nello specifico l'azienda sanitaria, con delibera n° 2640 del 15/10/2013, ha approvato il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, il quale costituisce uno strumento utile ai fini della determinazione degli standard di qualità dei servizi resi all'utente. Definisce le misure, i modi e le iniziative volti all'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa. Gli obiettivi del Programma Triennale adottato sono formulati in collegamento con la programmazione strategica e operativa, definita in via generale nel Piano delle Performance e negli altri strumenti di programmazione della azienda sanitaria. Al fine di promuovere maggiori livelli di trasparenza si è predisposta un'area strategica nel Piano delle Performance relativa allo sviluppo e all'innovazione la quale prevede obiettivi organizzativi strategici e individuali.

L'azienda ha provveduto alla istituzione, in base a quanto stabilito nella Delibera n.105/2010 della CIVIT ed in conformità con quanto previsto nelle Linee Guida per i siti web della Pubblica Amministrazione, dell'apposita sezione Trasparenza, valutazione e merito e in seguito Amministrazione Trasparente. All'interno della sezione sono pubblicati, in ossequio a quanto disposto inizialmente dalla Legge 190/2012 e in seguito dal Decreto legislativo 33/2013 i dati relativi ad: Disposizioni Generali, Organizzazione, Consulenti e Collaboratori, Personale, Performance, Bilanci, Attività e procedimenti, Bandi di gara e contratti, Servi erogati, Opere pubbliche ect, con l'obiettivo fondamentale di favorire la prevenzione della corruzione, attivare un nuovo tipo di "controllo sociale" (accesso civico), sostenere il miglioramento delle performance e migliorare l'accountability dei manager pubblici.

Al fine di poter monitorare gli obblighi di pubblicazione presenti nel decreto è stata attivata una sezione del sito della **"Bussola della Trasparenza"** <http://www.magellanopa.it/bussola/> condotta dal Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione. Questa iniziativa è in linea con i principi dell'**OPEN GOVERNMENT** ed in particolare mira a rafforzare la Trasparenza, la Partecipazione e l'Accountability, con il principale obiettivo di accompagnare le amministrazioni, anche attraverso il coinvolgimento diretto dei cittadini, nel miglioramento continuo della qualità delle informazioni on – line e dei servizi digitali.

Nell'ultimo monitoraggio effettuato dalla "Bussola" il 15/06/2014 alle ore 00.25, si vede il nostro sito con un risultato degli indicatori sul riordino della trasparenza di n° 58 indicatori soddisfatti su 67.

9. Risultati del Sistema di misurazione e Valutazione della Performance nel 2013

Nel corso del 2013 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;

10 . IL Processo di Redazione della Relazione sulla Performance

10.1 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 della Struttura Tecnica Permanente. Per quanto riguarda il processo di valorizzazione individuale del personale, a gennaio 2014 sono state inviate a tutti i responsabili di Unità operativa le schede di valorizzazione individuale. La Struttura Tecnica Permanente 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.

FASI	SOGGETTI COINVOLTI	TEMPI
Misurazione del raggiungimento degli obiettivi Strategici delle UU.OO Complesse, Semplici e Semplici dipartimentali	Area PCC	APRILE 2013
Misurazione del raggiungimento degli obiettivi per UU.OO 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 2013	UU.OO Contabilità e Bilancio	LUGLIO 2013
Redazione della Relazione sulla Performance	Area PCC	GIUGNO 2013
Adozione della Relazione sulla Performance	Direzione strategica	GIUGNO 2013
Validazione della Relazione sulla Performance	OIV	LUGLIO 2013

10.2 Punti di forza e di debolezza del Ciclo di Gestione della Performance

Nel corso del 2013 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 e con delibera n° 287 del 24/03/14..

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 2014/2016. 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 2015 di riuscire a chiudere il processo di negoziazione entro il 31 gennaio 2015.

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, dalla 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 con delibera n° 2812 del 13/11/2013 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.

Con riferimento alla valutazione della Performance Organizzativa questo è il secondo anno che la Struttura Tecnica Permanente procede alla valutazione, ovvero procede alla definizione del grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti nell'ambito del Processo di Budget (risultati gestionali), ossia verifica il confronto tra livello di *Performance Attesa* (target dell'indicatore

associato all'obiettivo) e livello di *Performance effettivamente conseguita* (valore dell'indicatore misurato a consuntivo).

Per quanto attiene invece la valorizzazione della Performance Individuale, solo ad aprile 2014 è stato possibile portare a regime l'introduzione del cosiddetto sistema premiante.

Scopo prioritario è quello di evidenziare l'importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza, di chiarire e comunicare che cosa ci si attende – in termini di risultati e comportamenti – dalla singola persona, in modo tale da contribuire a creare e a mantenere un clima organizzativo favorevole ma precipuamente di premiare la Performance attraverso opportuni sistemi incentivanti.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance copre tutte le aree previste dal decreto legislativo n.150, ossia la performance organizzativa di tutti Centri di responsabilità aziendali e la performance individuale di tutti i dirigenti e di tutto il personale non dirigente.

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 oltre che consente di definire il contributo dell'apporto dei singoli operatori in termini di Performance individuale.

Riguardo al Sistema di Budget nel corso del 2013 è ragionevole affermare che il processo benché sia ancora nei primi anni di applicazione, possa definirsi abbastanza maturo per cui la definizione degli obiettivi da raggiungere e, quindi, indicatori e target sono risultati più sfidanti rispetto al 2011 e al 2012, ma il vero traguardo è rappresentato dal fatto che è stata colta la vera essenza del Budget ossia quella di orientare i comportamenti dei *professional* e la maggioranza dei responsabili di struttura ha percepito il Budget come uno strumento per eccellere nello svolgimento dei processi aziendali, di miglioramento dell'appropriatezza, dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni oltreché di crescita individuale in un processo di apprendimento continuo.

Preme mettere in risalto che nel processo di definizione degli obiettivi e indicatori si è tenuto in considerazione il fatto che le aziende sanitarie non operano in un contesto di mercato e le tariffe non possono essere assimilate ai prezzi di vendita delle aziende di produzione, pertanto è stato adottato un sistema di indicatori multidimensionale che integra le dimensioni economiche e di produttività con elementi di governo clinico, di innovazione e di qualità dei servizi. A ciò si aggiunge inoltre che affinché il sistema di indicatori riuscisse veramente ad

orientare i comportamenti dei professional in maniera virtuosa si è evitato il rischio di overload informativo e si è costruito quindi un sistema di misurazione delle performance maggiormente mirato agli obiettivi aziendali.

E' evidente infatti che i sistemi di misurazione delle performance giocano un ruolo fondamentale nel governo delle aziende sanitarie e che l'efficacia dei processi di programmazione e controllo non si gioca più solo sulla capacità di progettare adeguatamente il processo decisionale, il ruolo degli attori coinvolti e delle schede tecniche di supporto, ma sulla necessità di costruire adeguatamente il sistema degli indicatori evitando, da un lato, il proliferare del numero di indicatori, dall'altro la mera focalizzazione su indicatori economici finanziari, poco rappresentativi dei livelli di efficienza e di efficacia nelle aziende sanitarie.

Criticità

Rispetto a tutto il Ciclo di Gestione della Performance si rileva anzitutto una non completa integrazione dei sistemi informativi a supporto dell'intero processo in modo particolare per il processo di Budget. Tale criticità rende l'attività di misurazione molto gravosa sia per la Struttura Tecnica Permanente sia per i dirigenti responsabili del dato.

Un'altra criticità è rappresentata dal *Sistema di cascading* degli obiettivi, infatti, nella sua applicazione pratica, alcuni responsabili di CDR hanno riferito notevoli punti di criticità in relazione al ribaltamento degli obiettivi. Questa criticità è emersa nel processo del Sistema di Budget 2014 nel momento in cui si è trattato di definire l'apporto del contributo individuale del personale rispetto agli obiettivi della struttura organizzativa di appartenenza. In questo senso la Struttura Tecnica Permanente ha più volte chiarito che gli obiettivi di Budget di un CDR in linea di principio non sono mai esaustivi dell'intera attività del CDR, ma ciò nonostante il responsabile deve chiarire e comunicare che cosa ci si attende – in termini di risultati e comportamenti rispetto agli obiettivi dati – dalla singola persona che afferisce alla struttura, indipendentemente dal tipo di attività che svolge nel CDR stesso. Questo chiarimento si è reso imprescindibile poiché il principio fondante del nostro Sistema di Valorizzazione individuale è il miglioramento continuo della performance, il cui scopo non è la definizione di un giudizio, ma l'attribuzione di valore alla performance individuale per apprezzare e conseguentemente valorizzare l'apporto del singolo, definendo azioni di miglioramento per una crescita professionale continua e per l'efficacia del Sistema nel suo insieme.

Un'altra criticità è rappresentata dal fatto, anche se si tratta di casi sporadici, che qualcuno percepisce il Ciclo della performance nel suo complesso come puro adempimento e non come strumento organizzativo di supporto decisionale per la gestione delle risorse e di miglioramento dei servizi all'utenza e di crescita individuale. Tuttavia anche se si tratta di casi non frequenti è necessario proseguire con azioni di formazione ed informazione al fine di giungere allo sviluppo di una cultura organizzativa comune condivisa ed improntata al risultato.