



Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2016 ASL 2 OLBIA

GIUGNO 2017



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.....	9
4.1 Attività di ricovero ordinario	9
4.2 Attività di ricovero Day Hospital	11
4.3 Obiettivi assistenziali.....	12
4.3.1 Area dell'efficacia preventiva assistenziale e terapeutica	13
4.3.2 Area dell'Efficienza Gestionale Organizzativa.....	13
4.4 Obiettivi economici gestionali.....	16
4.4.1 Area dell'Efficienza Economica Finanziaria.....	19
4.5 Obiettivi di sviluppo e innovazione.....	21
4.5.1 Area della soddisfazione dell'utenza	21
4.5.2 Area della comunicazione interna ed esterna	22
4.5.3 Area della promozione delle attività formative.....	24
5.LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELLE STRUTTURE AZIENDALI .25	
5.1 Attività di ricovero ordinario Dipartimento Medico Olbia e Tempio.....	25
5.2 Attività di ricovero Day Hospital Dipartimento Medico Olbia e Tempio.....	26
5.3 Attività di ricovero ordinario Dipartimento Chirurgico Olbia e Tempio.....	27
5.4 Attività di ricovero Day Hospital Dipartimento Chirurgico Olbia e Tempio.....	28
5.5 Obiettivi e indicatori specifici Distretti e Dipartimento di Prevenzione.....	29
5.6 Obiettivi e indicatori specifici Presidio Ospedaliero.....	33
5.6.1 Percentuale di parti cesarei.....	33
5.6.2 Percentuale di fratture di femore operate entro 2 giorni	33
5.6.3 N° di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	34
5.6.4 N° di ricoveri ordinari medici brevi	34
5.6.5 Percentuale DRG LEA a rischio di inappropriata.....	35
5.6.6 Percentuale DRG LEA appropriati chirurgici.....	36
5.7 Obiettivi specifici Pronto Soccorso e accessi totali.....	36
6. I RISULTATI DI PERFORMANCE INDIVIDUALI.....	38
6.1 Le dimensioni di misurazione delle Performance Individuali.....	38
6.2 Le modalità di misurazione delle Performance Individuali.....	39
6.3 I risultati delle Performance Individuali.....	40
7 . RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ.....	42

7.1 Costi e Valore della Produzione	42
7.2 Struttura dei Costi e del Valore della Produzione	45
8. PARI OPPORTUNITÀ E VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI	48
8.1 Piano triennale delle Azioni Positive	49
8.1.1 <i>Analisi di genere del personale dipendente</i>	49
8.2 Comitato unico di Garanzia	50
8.3 Servizio di Medicina delle Migrazioni per gli stranieri temporaneamente presenti	52
9. TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	53
10. RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE NEL 2016	55
11 . IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	55
11.1 Fasi, Soggetti, Tempi e Responsabilità	55
11.2 Punti di forza e di debolezza del Ciclo di Gestione della Performance	56

Premessa

La presente Relazione è redatta, a conclusione del Ciclo di gestione della Performance 2016, 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 2016 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.
- **Pari Opportunità**
- **Trasparenza e Prevenzione della Corruzione**

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 160.368 abitanti al 01/01/2016 di cui 79.962 maschi e 80.406 femmine, con una percentuale di crescita nettamente superiore a quella delle altre province sarde.

I dati indicano una tendenza che va consolidandosi: la Gallura assorbe residenti dalle altre province sarde ma anche del resto d'Italia. Tale crescita si spiega con una elevata natalità, con relativamente modesta mortalità oltre che con una massiccia presenza di immigrati extracomunitari. La popolazione residente nel **Distretto Sanitario di Olbia** è risultata dai dati ISTAT del 01/01/2016 pari a **128.389 unità**, rappresenta l'80% circa della popolazione dell'intera provincia e la percentuale di anziani, cioè di persone di età uguale o superiore a 65 anni, presenti nel distretto è del 19%; la popolazione residente nel **Distretto Sanitario di Tempio Pausania** è pari a **31.979 unità**, rappresenta quasi il 20% della popolazione, e la percentuale di anziani presenti nel distretto è del 24%. Questi dati evidenziano che il Distretto di Tempio Pausania è più "vecchio" rispetto a quello di Olbia, e un simile contesto non può che generare una domanda per le malattie croniche degenerative che deve essere adeguatamente

governata 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 .

Pertanto l'azione dell'azienda 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 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 dell'assistenza **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.

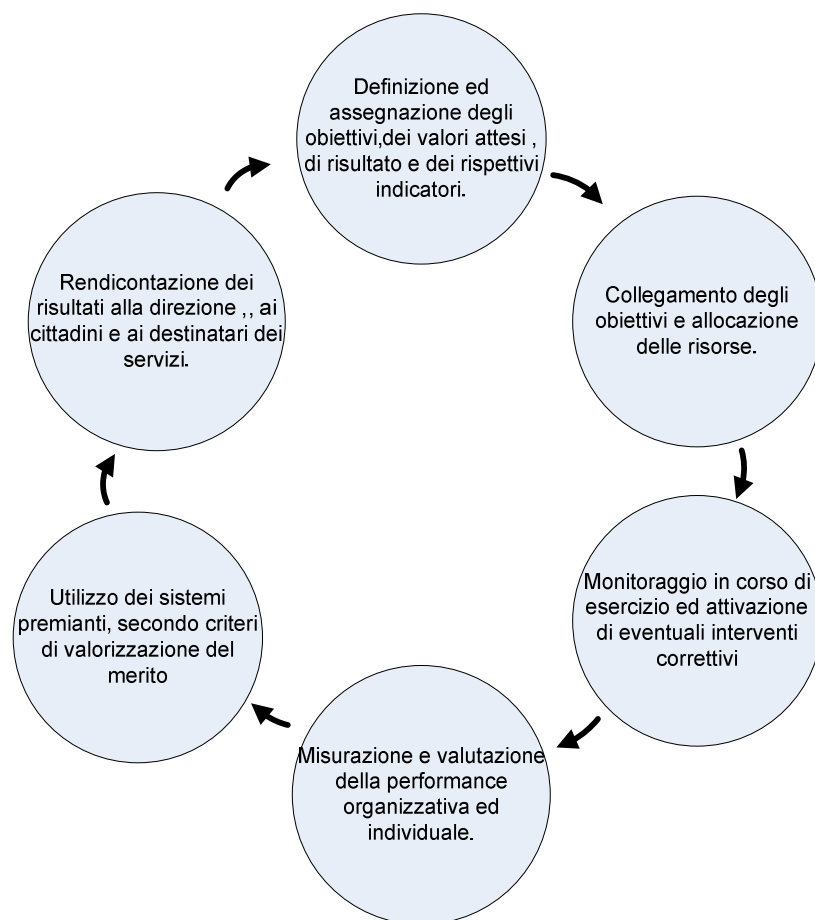
Le finalità di tale impianto metodologico sono infatti ravvisabili da un lato nel *miglioramento della qualità dei servizi pubblici*, e dall'altro *nell'ottimizzazione dei costi dei servizi erogati* attraverso un progressivo miglioramento degli standard economici. Di fatto va riconosciuto che la misurazione 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 dal 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 Triennale per la Prevenzione della Corruzione e 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, delibera n° 287 del 24/03/14, delibera n° 127 del 02/02/2015 e con delibera n°491 del 01/06/2016. 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.

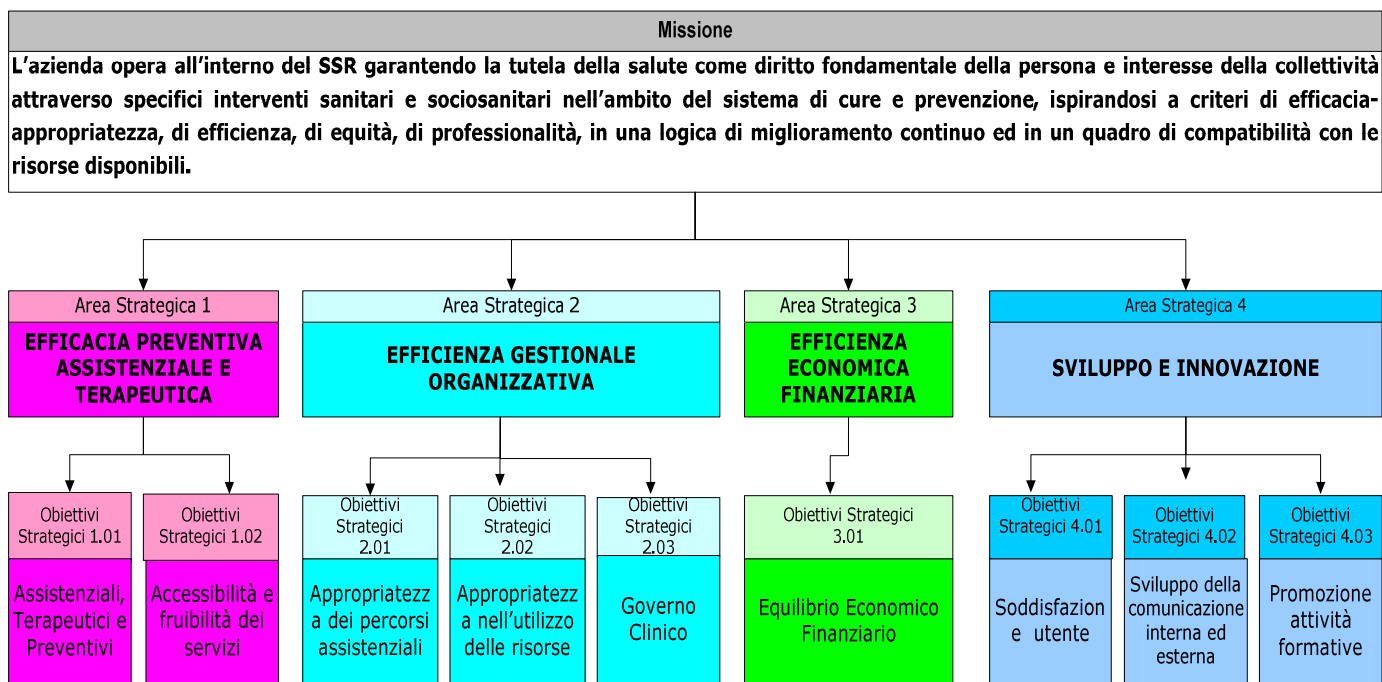
La seconda fase inizia nel 2012, poiché l'Azienda con delibera n. 689 del 26 marzo 2012 ha nominato l'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance al fine di predisporre e validare il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

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 2012-2016 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**;
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 delle aziende che permette di tradurre la mission e la strategia aziendale in un insieme coerente di misure di attività e risultati, facilitandone la misurabilità.

Il BSC è suddiviso in quattro prospettive:

- ✚ *Area Strategica 1 e 2 - PROSPETTIVA DEI PROCESSI INTERNI AZIENDALI* - Esprime per l'Azienda la necessità di offrire servizi efficaci, appropriati e di qualità;
- ✚ *Area Strategica 3 - PROSPETTIVA ECONOMICO-FINANZIARIA* - Esprime per l'azienda la necessità di un vincolo di compatibilità economica delle proprie attività e di economicità della gestione;
- ✚ *Area Strategica 4 - PROSPETTIVA DEL CLIENTE* - Esprime per l'Azienda la necessità di curare aspetti quali la qualità percepita e la trasparenza delle procedure;
- ✚ *Area Strategica 4 - 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, complessivamente nei tre presidi ospedalieri, ad eccezione del presidio di La Maddalena un lieve aumento pari all'1% del numero dei ricoveri ordinari rispetto al 2015, in particolare medici, e una lieve riduzione del numero dei ricoveri ordinari chirurgici; il fenomeno è da considerarsi positivo, poiché uno dei principali obiettivi posti in capo alle aziende sanitarie per il periodo 2012 - 2016 è proprio quello di ridurre il numero dei ricoveri ordinari a rischio di inappropriatazza 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 rileva inoltre un incremento nella % di attrattività sia extra-Regione (+6%) che intra-regione (+7%).

ATTIVITA' DI RICOVERO ASL N°2 OLBIA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 -2015
ORDINARIO	POSTI LETTO	302	302	302	0%
ORDINARIO	DRG MEDICI	7.702	7.636	7.805	1%
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	3.797	3.824	4.008	-1%
ORDINARIO	% DRG CHIRURGICI	33,00%	33,37%	33,93%	-1%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	8,41%	7,97%	7,28%	6%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	11,93%	11,20%	11,24%	7%
ORDINARIO	GG DEGENZA	84.477	82.893	85.154	2%
ORDINARIO	DEGENZA MEDIA	7,3	7,2	7,2	1%
ORDINARIO	PUNTI DRG	13.658	13.097	13.327	4%
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,19	1,14	1,13	4%
ORDINARIO	TASSO OCCUPAZIONE POSTI LETTO	76,64%	75,20%	77,25%	2%
ORDINARIO	% DRG "LEA" NON APPROPRIATI (all. B Patto della salute)	37,87%	37,31%	35,40%	2%
ORDINARIO	% DRG "LEA" APPROPRIATI CH (all. B Patto della salute)	55,62%	53,56%	48,86%	4%

In relazione al peso medio dei DRG, a livello aziendale, si evidenzia complessivamente un lieve aumento passando da un valore di 1,14 del 2015 ad un valore pari a 1,19 del 2016; da un'analisi più dettagliata tale aumento è ascrivibile soprattutto al presidio di Olbia, il quale registra nel 2016 un valore pari a 1,27 rispetto al valore di 1,22 del 2015; anche il Presidio di Tempio e di La Maddalena registrano nel 2016 lievi incrementi di valore raggiungendo rispettivamente 1,03 contro 1,02 del 2015 e 1,13 contro 1,02 del 2015. Preme evidenziare che l'indicatore va interpretato come segno di una maggior selezione della casistica e del passaggio di prestazioni precedentemente erogate in regime ordinario al regime ambulatoriale e di DH, si sottolinea comunque che l'analisi dell'indicatore per UU.OO, consente una lettura più

approfondita e accurata in relazione alla casistica trattata. Questo dato costituisce, infatti, il segno di una tendenza al miglioramento della appropriatezza.

Con riferimento alle gg. di degenza, nell'anno 2016 si è registrato un incremento delle gg. di degenza in ricovero ordinario con degenza media pari a 7,3 giorni contro i 7,2 giorni del 2015.

Per quanto attiene al Tasso di occupazione dei posti letto, quest'ultimo è aumentato nel Presidio di Olbia passando da 91,47% del 2015 a 94,11% nel 2016 e nel Presidio di Tempio passando da 58,26% del 2015 a 58,37% del 2016, mentre si registra un decremento nel Presidio di La Maddalena il quale passa da 47,22% del 2015 a 46,85% del 2016.

ASL 2 OLBIA				
TASSO DI OCCUPAZIONE LETTI ORDINARI	2016	2015	2014	DELTA 2016 - 2015
ASL 2 OLBIA	76,64%	75,20%	77,25%	1,91%
PRESIDIO GIOVANNI PAOLO II DI OLBIA	94,11%	91,47%	91,56%	2,89%
PRESIDIO PAOLO DETTORI TEMPIO	58,37%	58,26%	63,70%	0,19%
PRESIDIO PAOLO MERLO LA MADDALENA	46,85%	47,22%	47,83%	-0,78%

Con riferimento all'attività di ricovero nei diversi presidi aziendali, si osserva una riduzione dei DRG chirurgici del 7,5% nel presidio di Tempio, di circa il 25% nel presidio di La Maddalena e un incremento di circa il 4% nel presidio di Olbia.

Si rileva inoltre un incremento dei DRG medici rispetto al 2015 come segue: presidio di Olbia +2,45%, presidio di Tempio +1,36%, mentre il presidio di La Maddalena registra un decremento pari a -10,83%.

ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO PO GIOVANNI PAOLO II OLBIA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 - 2015
ORDINARIO	POSTI LETTO	164	164	164	0,00%
ORDINARIO	DRG MEDICI	4.884	4.767	4.815	2,45%
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	2.399	2.305	2.343	4,08%
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,27	1,22	1,2	4,10%

ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO PO PAOLO DETTORI TEMPIO					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 - 2015
ORDINARIO	POSTI LETTO	108	108	108	0,00%
ORDINARIO	DRG MEDICI	2.159	2.130	2.253	1,36%
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	1.369	1.480	1.621	-7,50%
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,03	1,02	1,02	0,98%

ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO PO PAOLO MERLO LA MADDALENA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 - 2015
ORDINARIO	POSTI LETTO	30	30	30	0,00%
ORDINARIO	DRG MEDICI	659	739	737	-10,83%
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	29	39	44	-25,64%
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,13	1,02	1,04	10,78%

Altro dato rilevante è la riduzione dei cosiddetti Ricoveri Brevi, questa tendenza è positiva, poiché questi ricoveri sono presumibilmente inappropriati in regime di ricovero ordinario, questo fenomeno è più marcato nel presidio di La Maddalena dove la riduzione rispetto al 2015 è pari al -16%, mentre nei presidi di Olbia e Tempio la riduzione è pari rispettivamente al -10%, e -8%. Nel presidio di La Maddalena si registra la performance migliore con un valore pari al 16% inferiore al target dell'indicatore pari al 17%.

ASL OLBIA		TARGET	2016	2015	2014
Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici *100	17%	33,23%	36,58%	38,24%

PRESIDIO OSPEDALIERO DI			TARGET	2016	2015	2014
Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici *100	OLBIA	17%	28%	31,30%	32,73%
		TEMPIO		50%	54,51%	56,15%
		LA MADDALENA		16%	18,94%	19,54%

4.2 Attività di ricovero Day Hospital

Con riferimento all'attività di ricovero in Day Hospital si evidenzia una riduzione del 20,11% dei ricoveri in DH con DRG medico e un decremento dell'1,39% per i ricoveri in DH con DRG chirurgico. Con riferimento agli altri parametri si osserva un lieve decremento del peso medio. Riguardo ai ricoveri in Day hospital le differenze tra presidi sono estremamente rilevanti, poiché vi è una diminuzione dei ricoveri in DH con DRG medico del -17,21% nel Presidio di Olbia e un lievissimo aumento dei ricoveri con DRG chirurgico pari allo 0,22%; anche il presidio di Tempio registra un decremento dei ricoveri in DH con DRG medico pari al 31,10% e del 4,14% di quelli con DRG chirurgico; con riferimento invece al presidio di la Maddalena si evidenzia la riduzione dei ricoveri con DRG medico del 20,23% e di quelli con DRG chirurgico pari al 14,81%.

ATTIVITA' DI RICOVERO ASL N°2 OLBIA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 -2015
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	32	32	32	0,00%
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	1.287	1.611	1.949	-20,11%
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	1.345	1.364	1.265	-1,39%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	2,74%	2,62%	2,77%	4,58%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	14,25%	11,73%	12,10%	21,48%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	1.807	2.148	2.323	-15,88%
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,69	0,72	0,72	-4,17%

ATTIVITA' DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL PO. GIOVANNI PAOLO II DI OLBIA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 -2015
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	15	15	15	0,00%
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	943	1.139	1.525	-17,21%
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	928	926	843	0,22%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	3,10%	2,86%	3,00%	8,39%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	12,88%	10,61%	11,36%	21,39%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	1250	1.474	1.662	-15,20%
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,67	0,71	0,7	-5,63%

ATTIVITA' DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL PO. PAOLO DETTORI DI TEMPIO					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 -2015
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	12	12	12	0,00%
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	206	299	224	-31,10%
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	394	411	397	-4,14%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	1,33%	1,83%	0,64%	-27,32%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	21,50%	17,61%	18,52%	22,09%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	417	504	464	-17,26%
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,70	0,71	0,75	-1,41%

ATTIVITA' DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL PO. PAOLO MERLO DI LA MADDALENA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 -2015
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	5	5	5	0,00%
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	138	173	200	-20,23%
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	23	27	25	-14,81%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	3,73%	3,00%	6,22%	24,33%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	3,11%	2,50%	2,22%	24,40%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	139	170	197	-18,24%
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,86	0,85	0,87	1,18%

4.3 Obiettivi assistenziali

L'Azienda sanitaria n°2 di Olbia, ai sensi di quanto disposto dalla DGR n° 1/14 del 13/01/2015 è chiamata al perseguimento degli obiettivi di mandato dei Commissari Straordinari ex L.R. n° 23/2014 relativamente all'avvio delle azioni di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale e al perseguimento di un Sistema di Obiettivi Assistenziali ed Economico Gestionali. Gli obiettivi costituiscono specificazione degli obiettivi assegnati all'atto della nomina del Commissario Straordinario. Tali obiettivi aziendali devono essere ricompresi negli obiettivi da assegnare ai responsabili delle strutture organizzative aziendali, e sotto il profilo

organizzativo e funzionale sono finalizzati a colmare le carenze che condizionano l'erogazione appropriata, equilibrata ed efficiente dei livelli essenziali di assistenza.

4.3.1 Area dell'efficacia preventiva assistenziale e terapeutica

Rispetto all'obiettivo di migliorare la copertura per il vaccino anti-influenzale nella popolazione a rischio, si osserva un netto miglioramento rispetto al 2015 rilevando un incremento pari al 10%. Rispetto all'obiettivo di sviluppare le Cure Domiciliari integrate nel corso del 2016 si conferma il trend positivo di sviluppo delle CDI nel territorio a favore degli anziani ultra 65 anni non autosufficienti confermando il rispetto dello standard $\geq 4\%$ del totale della popolazione residente anziana ultra 65 anni. Il trend positivo è ulteriormente confermato anche per le CDI di III livello oncologiche, dove si registra un aumento degli inserimenti pari al 33% rispetto al 2015, tale aumento è ascrivibile ad un aumento dei pazienti presi in carico nel distretto di Olbia e all'estensione del progetto Potenziamento CDI III livello oncologiche al Distretto di Tempio.

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO OPERATIVO		STANDARD	INDICATORE	2016	2015	2014
Area Strategica 1 Efficacia Preventiva, Assistenziale e Terapeutica	1	Migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale nell'anziano.	$\geq 70\%$	% di vaccinazioni effettuate ultra 65-enni /totale popolazione residente ultra 65-enni	45%	45%	50%
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 ≥ 65 assistiti in ADI /totale popolazione residente anziana età $\geq 65 \cdot 100$	4%	4%	4%
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	327	245	178
Area Strategica 1 Efficacia Preventiva, Assistenziale e Terapeutica	4	Migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale della popolazione a rischio.		Numero di vaccinazioni effettuate nella popolazione a rischio residente nel Distretto	22.720	20.599	n.d

4.3.2 Area dell'Efficienza Gestionale Organizzativa

Con riferimento agli obiettivi e agli indicatori di attività, l'azienda ha focalizzato l'attenzione sugli indicatori di Efficienza gestionale e organizzativa, i quali sono finalizzati a misurare l'appropriatezza dei percorsi assistenziali nel dare risposte adeguate e tempestive al bisogno di salute nella fase di prevenzione e cura; rispetto a questi indicatori, complessivamente, si conferma il trend rispetto agli standard previsti ma soprattutto a quelle che sono le medie regionali e interregionali di tutte le altre aziende sanitarie; tuttavia preme mettere in risalto

un lieve peggioramento rispetto al 2015 e al 2014 per l'indicatore relativo alla *Riduzione della percentuale di ricoveri diurni medici con finalità diagnostica*, rispetto allo standard del 23%; l'indicatore *Riduzione dei ricoveri ordinari medici brevi* rileva un valore pari al 33% con sostanziale miglioramento rispetto al 2015 (-9%) ma ancora lontano rispetto allo standard del 17%, si tratta infatti di quei ricoveri medici (0-1-2 giorni) evitabili, realizzati nei contesti in cui l'ospedale rappresenta ancora l'unica risposta accessibile al cittadino, pertanto sono ricoveri da ridurre nella misura in cui si riesce a potenziare servizi adeguati sul territorio, certamente più efficaci e meno onerosi.

L'indicatore relativo alla riduzione del *N° di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico* rileva un valore pari al 46% con un incremento pari al 7% rispetto al 2015 evidenziando un valore distante rispetto allo standard del 20%. Con riferimento all'indicatore di *Aumento della % dei ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriatelyzza (All. B Patto per la salute 2010/2012)* si evidenzia un aumento del 19% rispetto al 2015, mentre si mantiene stabile al 32% l'indicatore *Riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (All'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012)*.

Per quanto concerne l'indicatore relativo all'aumento del *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* si evidenzia una riduzione del 36% rispetto al 2015, tuttavia preme far risaltare che il valore è comunque in linea con quelle che sono le medie regionali e interregionali di tutte le altre aziende sanitarie e che sulla riduzione dello stesso ha inciso negativamente la riduzione del numero di sedute operatorie assegnate alle UU.OO di ortopedia aziendali oltre all'aggravio dell'ormai cronica carenza di medici anestesisti, figure chiave del Dipartimento Chirurgico. Con riferimento all'obiettivo di *Riduzione del parto cesareo*, considerato che il parto cesareo è un'operazione chirurgica che andrebbe sempre evitata se non necessaria alla salute del bambino e della mamma, per il quale infatti, l'OMS stima, che i parti cesarei non dovrebbero superare il 15% dei parti totali, si evidenzia, un lieve miglioramento rispetto al 2015; anche per questo indicatore preme far risaltare che il valore è comunque in linea con quelle che sono le medie regionali e interregionali di tutte le altre aziende sanitarie.

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO OPERATIVO	STANDARD	INDICATORE	2016	2015	2014
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	1 Riduzione del tasso di ospedalizzazione ordinario e diurno standardizzato per mille	< = 160	Riduzione % del Tasso di ospedalizzazione	n.d	145%	145%
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	39,55%	27,57%	20,99%
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	33,23%	37%	38,24%

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO OPERATIVO	STANDARD	INDICATORE	2016	2015	2014	
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	5	Aumentare la % dei ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inapproprietezza (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	63,90%	53,80%	49,04%
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	46%	43,03%	43,09%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	7	Riduzione della % di ricoveri ripetuti entro 30 gg per la stessa MDC.	4%	N° ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC/ N° ricoveri *100	4,00%	4,00%	4,00%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	8	Riduzione delle percentuali di parti cesarei	<=15%	N° parti cesari / N° totale parti * 100	37,90%	38,79%	35,34%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	9	Aumento della percentuale di interventi per frattura di femore operata entro 2 gg	80% media interregionale pari a 24,45%	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	31%	48%	52,29%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	10	Riduzione ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inapproprietezza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012		N° DRG inappropriati / N° totale DRG * 100	32,60%	32,50%	35.2%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	11	Definizione e introduzione dei Protocolli e procedure tecnico professionali e organizzative gestionali		N° protocolli /procedure valutate	5	5	5
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	12	Implementazione percorso di Accredimento Istituzionale nelle UU.OO. Verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento dei soggetti erogatori		N° istanze	100% istanze	100% istanze	80% istanze
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	13	Gestione del Rischio clinico		N° audit	10	5	5

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 e 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.

L'adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo disposto dalla legge regionale n. 23 del 2014 ha avviato una nuova fase di *governance* del SSR, pertanto l'azienda è stata chiamata, oltreché a garantire l'analisi dei bisogni locali, la risposta ai bisogni e il controllo dell'appropriatezza della domanda e della risposta alla domanda, a garantire il pieno governo dei fattori di produzione con una metodologia di analisi e valutazione dell'efficienza economico-gestionale oltre al vincolo del rispetto dei livelli di spesa definiti dal Comitato permanente di monitoraggio dell'andamento della gestione delle aziende sanitarie, costituito con delibera RAS n.38/27 del 30.09.2014.

Più specificatamente nell'ambito della **gestione delle politiche di acquisto** l'azienda, ha perseguito diverse azioni di efficientamento, tentando di assicurare i massimi livelli di sicurezza operativa (verso l'utente e verso il personale dipendente) e contestualmente di ridurre il più possibile i costi (diretti/indiretti), e di garantire massima trasparenza e tracciabilità nei processi d'acquisizione con specifiche azioni finalizzate a: Programmare le procedure di acquisizione e loro razionalizzazione (aggregando gli acquisti in modo da consentire le massime economie di scala possibili), con il ricorso alle convenzioni CONSIP CAT e alle gare centralizzate regionali, all'uso del MePa, e con la progettazione di gare con il metodo dell'obbligazione di risultato invece che di mezzi e con minor ricorso possibile agli affidamenti diretti e maggior ricorso possibile alle procedure concorrenziali.

Con riferimento alla **gestione delle risorse umane** l'azienda ha tenuto prioritariamente conto della necessità di garantire i livelli essenziali di assistenza, con adeguati standard qualitativi, e detto obiettivo è stato conciliato per quanto possibile con il rispetto delle disposizioni in materia di contenimento della spesa per il personale, fissato al limite della corrispondente spesa 2004 ridotta dell'1,4% e di blocco del Turnover di cui alla delibera n. 43/9 del 1/09/2015, la quale al fine di evitare il consolidamento di costi irreversibili, nel breve e medio periodo disponeva il blocco delle assunzioni per il personale dipendente e con le recenti disposizioni introdotte dall'art.14 della L. 161/2014 riguardo all'organizzazione dei turni di lavoro del personale sanitario. Per di più, vista la rilevanza del costo del personale, alla luce delle osservazioni relative all'anno 2015 effettuate dal tavolo di monitoraggio regionale, l'Azienda ha realizzato un algoritmo predittivo sul costo del personale. Si tratta di due diversi

algoritmi (per comparazione) che permettono di valutare in tempo reale l’impatto economico di ogni scelta direzionale con il fine di garantire il perseguimento degli obiettivi di costo fissati.

Con riferimento alla **Gestione della spesa farmaceutica** ha tenuto prioritariamente conto di quanto disposto dalla delibera RAS 54/11 del 10/11/2015 avente per oggetto “Interventi per razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica”; l’azienda infatti nell’ambito della farmaceutica ospedaliera ha adottato per il triennio 2016-2018 diverse azioni tese alla revisione del sistema acquisti, all’incremento dell’utilizzo dei Biosimilari e alla correlata riduzione di circa il 50% dei prodotti Branded, al contenimento della spesa per medicinali non inclusi nel PTR, e della spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera, e il consolidamento dell'erogazione diretta dei medicinali per il primo ciclo di terapia dopo dimissione da ricovero o da visita ambulatoriale.

Con l’obiettivo di garantire l’appropriatezza prescrittiva, intesa come necessità di coniugare l’efficacia delle cure con le risorse disponibili, rendendole accessibili a tutti i cittadini, l’azienda inoltre, ha costituito dei gruppi di lavoro ospedale/territorio sull’ appropriatezza prescrittiva allo scopo di elaborare delle linee guida aziendali sulla prescrizione dei farmaci oggetto di monitoraggio regionale ed anche di quei farmaci ad alto impatto economico sul territorio; inoltre in collaborazione con la ditta Marno e il servizio SISA aziendale ha predisposto una cabina di regia che effettua un controllo mensile dei trend di costo della spesa farmaceutica in attuazione di quanto disposto dal presente piano, inoltre si stanno monitorando costantemente gli armadietti di UU.OO al fine di ridurre al minimo gli scaduti a livello aziendale.

Le politiche di gestione specificate hanno portato alla definizione all’inizio del 2016 di un Piano di Rientro allo scopo di migliorare la capacità dell’azienda di garantire il rispetto dei vincoli di bilancio posti a livello regionale nell’attuale fase di contenimento della spesa sanitaria;

I costi di produzione di seguito evidenziati relativi all’anno 2016 sono i dati del CE consuntivo

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	STANDARD	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016/2015
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Contenimento del trend di crescita dei costi di produzione	Costi della produzione pari o inferiori a quelli del 2015	Costo del personale del ruolo sanitario	€ 75.349.910	€ 75.052.000	€ 73.431.562	0%
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Contenimento del trend di crescita dei costi di produzione	Costi della produzione pari o inferiori a quelli del 2015	Costo del personale del ruolo professionale	€ 267.870	€ 261.000	€ 223.676	3%
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Contenimento del trend di crescita dei costi di produzione	Costi della produzione pari o inferiori a quelli del 2015	Costo del personale del ruolo tecnico	€ 8.179.665	€ 8.350.000	€ 8.554.691	-2%

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	STANDARD	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016/2015
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Contenimento del trend di crescita dei costi di produzione	Costi della produzione pari o inferiori a quelli del 2015	Costo del personale del ruolo amministrativo	€ 6.969.957	€ 6.955.000	€ 6.617.042	0%
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Contenimento del trend di crescita dei costi di produzione	Costi della produzione pari o inferiori a quelli del 2015	Costo spesa farmaceutica convenzionata	€ 21.484.638	€ 24.507.000	€ 24.748.922	-12%
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Contenimento del trend di crescita dei costi di produzione	Costi della produzione pari o inferiori a quelli del 2015	Costi di acquisto Beni sanitari	€ 35.133.780	€ 36.275.000	€ 32.446.555	-3%
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Contenimento del trend di crescita dei costi di produzione	Costi della produzione pari o inferiori a quelli del 2015	Costi di acquisto Beni non sanitari	€ 1.647.306	€ 1.854.000	€ 2.343.862	-11%
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Contenimento del trend di crescita dei costi di produzione	Costi della produzione pari o inferiori a quelli del 2015	Costi di acquisto Farmaci ed emoderivati	€ 21.390.000	€ 19.681.000		9%
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Contenimento del trend di crescita dei costi di produzione	Costi della produzione pari o inferiori a quelli del 2015	Costi di acquisto Dispositivi medici	€ 12.163.000	€ 14.216.000		-14%

Come si evince dalla tabella sopra riportata il costo della spesa farmaceutica convenzionata evidenzia una riduzione di spesa del -12% rispetto al 2015; tale riduzione è ascrivibile, come già evidenziato, alle diverse azioni messe in campo dalla Direzione aziendale finalizzate alla revisione del sistema acquisti, alla promozione dell'incremento dell'utilizzo dei Biosimilari e alla correlata riduzione di circa il 50% dei prodotti Branded, al contenimento della spesa per medicinali non inclusi nel PTR, e al consolidamento dell'erogazione diretta dei medicinali per il primo ciclo di terapia dopo dimissione da ricovero o da visita ambulatoriale.

Con riferimento alla spesa dei Farmaci ed emoderivati si evidenzia un incremento rispetto al 2015 pari al 9% tale incremento è attribuibile ai seguenti fattori:

1. aumento della DPC dovuto al passaggio di diverse molecole in questa tipologia di erogazione, quindi aumento del numero di specialità erogabili tramite le farmacie

convenzionate ad es. i farmaci con ATC A10 (pioglitazone + alogliptin, metformina+ associazioni varie, tresiba ed altri farmaci);

2. Per effetto del recepimento di alcuni provvedimenti regionali, nella distribuzione diretta si riscontra anche un aumento nella dispensazione dei farmaci HCV, per la sclerosi multipla (nota 65) e oncologici prescritti a pazienti residenti nella nostra ASL ma seguiti presso centri oncologici di altre aziende che non dispensano più il farmaco in trattamento ambulatoriale. Tuttavia come già evidenziato nel documento di cui alla nota protocollo PG/2016/11383 del 23/03/2016 relativo al Piano di Rientro, tale incremento di costo è fittizio e dovrà essere oggetto di sterilizzazione in quanto non costituisce un incremento di costo per il SSR ma solo uno spostamento di costo dal bilancio di altre aziende sanitarie a quello della ASL n. 2.
3. l'aumento dei farmaci in ambito ospedaliero è dovuta sostanzialmente all'aumento dei farmaci oncologici ed alla prescrizione dei nuovi farmaci antivirali

4.4.1 Area dell'Efficienza Economica Finanziaria

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	RISULTATO PROGRAMMATO	INDICATORE	2016	2015	2014
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Controllo della spesa farmaceutica territoriale: - Vigilanza Farmacie aperte al pubblico; - Analisi e controllo convenzione farmaceutica;	Contenimento dei costi	N° verbali di ispezione;	n°3	n°2	n°3
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Garantire l'utilizzo della "chiave contabile" in procedura AMC nelle sub-autorizzazioni di spesa relative ai progetti finalizzati, al fine di agevolare la gestione e la rendicontazione degli stessi.	Governo della gestione economica - finanziaria	% di progetti anagrafati in procedura AMC; % di spese relative al flusso stipendiale (HR) inserite nel modulo progetti ;	100%	100%	
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Monitorare la contabilità e la gestione dei cespiti. Monitoraggio trimestrale dei volumi di attività e dei costi per C.D.R.	Governo della gestione economica - finanziaria	N° report	n°3	n°3	n°3
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Definizione, sentita la Direzione Strategica e i Direttori di macrostruttura, di un piano annuale delle priorità degli Acquisti/Appalti e conseguente aggiornamento del calendario/scadenario del servizio.	Governo della gestione economica - finanziaria	Definizione di un piano annuale di acquisti	Piano annuale delle priorità di acquisto	Piano annuale delle priorità di acquisto	
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Garantire il riscontro fisico delle rimanenze di reparto dei beni sanitari di consumo al 31 dicembre e verifica della corrispondenza tra il suddetto riscontro e quanto presente in giacenza al 31/12 nel modulo informatico "armadietto di reparto"	Garantire il corretto utilizzo del software AREAS	Giacenza di beni sanitari "armadietto di reparto" = Riscontro fisico di beni sanitari presenti	1	1	1

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	RISULTATO PROGRAMMATO	INDICATORE	2016	2015	2014
		nel software "Areas".					
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Mantenimento dell'equilibrio economico - finanziario. Monitoraggio e riduzione dei costi	Governo della gestione economica - finanziaria	N° report di monitoraggio del consumo per UU.OO di statine e Fans per UU.OO specifiche	n°12	n°3	
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Mantenimento dell'equilibrio economico - finanziario. Monitoraggio e riduzione dei costi	Governo della gestione economica - finanziaria	N° report consumato beni sanitari	n°12	n°3	n°3
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Contenimento della spesa farmaceutica. Incrementare la distribuzione diretta e per conto	Governo della gestione economica - finanziaria	N° report controllo spesa farmaceutica. N° report controllo distribuzione diretta	n° 4 report consumo farmaci per UU.OO n°12 report distribuzione diretta	n° 4 report consumo farmaci per UU.OO n°12 report distribuzione diretta	
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Monitoraggio e controllo dei profili prescrittivi dei medici generici e specialisti	Governo della gestione economica - finanziaria	N° report di monitoraggio e verifica richieste fuori prontuario regionale per i medici prescrittori aziendali	n°12	n°4	n°4
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Mantenimento dell'equilibrio economico - finanziario. Monitoraggio e riduzione dei costi	Governo della gestione economica - finanziaria	N° report di monitoraggio della % di utilizzo di biosimilare versus branded per UU.OO	n°12	n°3	
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Monitoraggio mensile /trimestrale dell'utilizzo dei farmaci per armadietto di UU.OO	Governo della gestione economica - finanziaria	N° report di monitoraggio	n°12	n°3	n°4
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Budget Autorizzativo: Definizione e controllo di tutte le macro-autorizzazioni di spesa per ogni ufficio autorizzativo; Controllo di tutte le delibere con impegno di spesa.	Governo della gestione economica - finanziaria	N° controlli	100%	100%	100%
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Valutazione delle variazioni in incremento rispetto al bilancio di previsione dei conti afferenti alle macro-autorizzazioni di spesa	Governo della gestione economica - finanziaria	N° valutazioni/ controlli sulle variazioni in incremento	100%	100%	100%
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Garantire la tempestiva consulenza legale alla Direzione Strategica entro i termini stabiliti	Governo della gestione economica - finanziaria	N° consulenze evase nei termini assegnati /N° consulenze richieste	100% entro 20gg	100% entro 20gg	

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	RISULTATO PROGRAMMATO	INDICATORE	2016	2015	2014
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Garantire la rendicontazione per fonti di finanziamento delle acquisizioni dei beni durevoli al fine di migliorare la gestione degli stessi, attraverso l'alimentazione della fonte di finanziamento nella "chiave contabile" della procedura AMC di "Areas".	Governo della gestione economica - finanziaria	N° acquisizioni di beni durevoli con individuazione della fonte di finanziamento /N° totale di acquisizioni di beni durevoli *100	100%	70%	60%
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Garantire l'utilizzo della "chiave contabile" in procedura AMC nelle sub-autorizzazioni di spesa relative ai progetti finalizzati, al fine di agevolare la gestione e la rendicontazione degli stessi.	Governo della gestione economica - finanziaria	n° acquisti di beni e/o servizi con l'utilizzo della "chiave contabile" nella sub-autorizzazione di spesa relativa al progetto/ N° totale di acquisti di beni e/o servizi relativi a progetti finalizzati	100%	65%	50%
Area strategica 3 Efficienza Economica Finanziaria	3.1 Equilibrio Economico Finanziario	Garantire il monitoraggio del processo di assegnazione degli obiettivi a tutto il personale afferente alle UU.OO con la finalità di promuovere la valutazione della performance organizzativa e la valorizzazione della performance individuale.	Gestione del Ciclo della Performance	N° schede Budget per la misurazione della performance organizzativa / N° CDR totali * 100	100%	100%	100%

4.5 Obiettivi di sviluppo e innovazione

In questa area strategica sono definiti obiettivi che 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.

4.5.1 Area della soddisfazione dell'utenza

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	RISULTATO PROGRAMMATO	INDICATORE	2016	2015	2014
Area Strategica 4 Soddisfazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione	4.1 Soddisfazione dell'utente	Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente mediante somministrazione di questionari di valutazione dei servizi di ricovero e cura ospedalieri	Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente.	% di UU.OO che rilevano la customer satisfaction	80%	80%	60%
Area Strategica 4 Soddisfazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione	4.1 Soddisfazione dell'utente	Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente mediante somministrazione di questionari di valutazione dei servizi diagnostici.	Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente.	Predisposizione questionario. N° questionari somministrati	100%	100%	90%

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	RISULTATO PROGRAMMATO	INDICATORE	2016	2015	2014
Area Strategica 4 Soddisfazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione	4.1 Soddisfazione dell'utente	Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente mediante somministrazione di questionari di valutazione dei servizi territoriali e ambulatoriali .	Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente.	% di UU.OO che rilevano la customer satisfaction	80%	80%	70%
Area Strategica 4 Soddisfazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione	4.1 Soddisfazione dell'utente	Rilevazione e pubblicazione della soddisfazione del personale delle aziende sanitarie per evidenziare il livello di benessere organizzativo aziendale.	Elevare il livello di efficienza gestionale.	N° report lavoro stress correlato	1	1	1
Area Strategica 4 Soddisfazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione	4.1 Soddisfazione dell'utente	Potenziamento dell'integrazione fra i servizi sociali e sanitari del territorio della Provincia Olbia - Tempio	Garantire l'integrazione socio-sanitaria	Definizione di una relazione sul raggiungimento degli obiettivi previsti dal PLUS	si	si	si
Area Strategica 4 Soddisfazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione	4.1 Soddisfazione dell'utente	Potenziamento dell'integrazione fra i servizi sociali e sanitari del territorio della Provincia Olbia - Tempio	Garantire l'integrazione socio-sanitaria	Monitoraggio dell'attuazione dei progetti di Attività fisica adattata per anziani	si	si	
Area Strategica 4 Soddisfazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione	4.1 Soddisfazione dell'utente	Potenziamento dell'integrazione fra i servizi sociali e sanitari del territorio della Provincia Olbia - Tempio	Garantire l'integrazione socio-sanitaria	Verifica dell'applicazione delle azioni previste dal Piano aziendale per il raccordo tra comuni, PUA e servizi sociali per l'assistenza farmaceutica ai pazienti cronici	si	si	
Area Strategica 4 Soddisfazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione	4.1 Soddisfazione dell'utente	Rilevazione della qualità dei servizi appaltati	Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente.	N° verbali di ispezione sui servizi appaltati/anno	2	9	5

4.5.2 Area della comunicazione interna ed esterna

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	RISULTATO PROGRAMMATO	INDICATORE	2016	2015	2014
Area Strategica 4 Soddisfazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione	4.2 Comunicazione interna ed esterna	Monitoraggio e controllo delle scadenze nella trasmissione dei flussi informativi aziendali e in particolare del rispetto della chiusura e della qualità della codifica nelle SDO.	Monitoraggio e controllo delle scadenze nella trasmissione dei flussi informativi.	N° SDO chiuse trasmesse entro 5 gg / N° totale SDO trasmesse * 100	100%	100%	100%
Area Strategica 4 Soddisfazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione	4.2 Comunicazione interna ed esterna	Adozione del Piano Triennale della Performance e della Relazione sulle Performance	Miglioramento delle relazioni con l'ambiente interno ed esterno.	Adozione di tutti gli atti relativi al ciclo delle performance di cui al D.Lgs	Adozione atti	Adozione atti	Adozione atti

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	RISULTATO PROGRAMMATO	INDICATORE	2016	2015	2014
				150/2009			
Area Strategica 4 Soddisfazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione	4.2 Comunicazione interna ed esterna	Promozione della Comunicazione interna ed esterna attraverso comunicati stampa e promozione di attività di gruppo finalizzate alla modifica degli stili di vita	Miglioramento delle relazioni con l'ambiente interno ed esterno.	N° eventi formativi	100% programmati	100% programmati	100% programmati
Area Strategica 4 Soddisfazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione	4.2 Comunicazione interna ed esterna	Garantire il supporto tecnico e il funzionamento dei flussi informativi aziendali per le tutte le Macrostrutture aziendali	Elevare il livello di efficienza gestionale.	N° interventi di supporto tecnico informativo effettuate / N° interventi di supporto tecnico informativo richieste = 1	1	1	1
Area Strategica 4 Soddisfazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione	4.2 Comunicazione interna ed esterna	Incentivazione all'utilizzo dei sistemi informativi aziendali Sisar.	Elevare il livello di efficienza gestionale.	% di utilizzo dei sistemi informativi aziendali	95%	90%	80%
Area Strategica 4 Soddisfazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione	4.2 Comunicazione interna ed esterna	Adozione di un Codice di comportamento dei dipendenti da pubblicare sul sito istituzionale e da consegnare ad ogni dipendente al momento dell'assunzione e ai dirigenti all'atto dell'accettazione dell'incarico.	Garantire l'adempimento delle disposizioni ai sensi di quanto disposto dalla Decreto Legislativo 165/2001	Adozione ai sensi di quanto disposto dall'art.54 Decreto Legislativo n° 165/2001	Adozione e pubblicazione	Adozione e pubblicazione	Adozione e pubblicazione
Area Strategica 4 Soddisfazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione	4.2 Comunicazione interna ed esterna	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.	Miglioramento delle relazioni con l'ambiente interno ed esterno.	Pubblicazione ai sensi di quanto disposto dal Decreto Legislativo n° 33/2013	pubblicazione	pubblicazione	pubblicazione
Area Strategica 4 Soddisfazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione	4.2 Comunicazione interna ed esterna	Potenziamento del Sistema Informativo Sanitario allo scopo di favorirne una reale finalizzazione alle esigenze conoscitive della azienda, con particolare riferimento ai flussi NSIS ed economici finanziari , la de-materializzazione delle ricette e l'avvio e il consolidamento dei flussi dell'assistenza territoriale EMUR,ARS, ADI, CDM e Hospice.	Potenziamento del Sistema Informativo Sanitario	Completezza e coerenza interna nella compilazione dei flussi NSIS e dei modelli economici finanziari (CE,LA ,CP) verificata dal Comitato permanente di cui alla DGR 38/27 del 30/09/2014	si	si	si

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	RISULTATO PROGRAMMATO	INDICATORE	2016	2015	2014
Area Strategica 4 Soddifazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione	4.2 Comunicazione interna ed esterna	Garantire la divulgazione e la trasparenza di tutte le procedure in modo particolare di quelle di emergenza al fine di garantirne la piena applicabilità.	Miglioramento delle relazioni con l'ambiente interno ed esterno.	Pubblicazione sul sito intranet	si	si	si
Area Strategica 4 Soddifazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione	4.2 Comunicazione interna ed esterna	Creazione di opuscoli informativi per i pazienti sottoposti a procedure/prestazioni chirurgiche	Miglioramento delle relazioni con l'ambiente interno ed esterno.	Adozione e divulgazione	si	si	no

4.5.3 Area della promozione delle attività formative

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	RISULTATO PROGRAMMATO	INDICATORE	2016	2015	2014
Area Strategica 4 Soddifazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione	4.3 Promozione attività di formazione	Promozione delle attività formative per la valorizzazione delle capacità tecniche e del benessere del personale.	Sviluppo e promozione di attività formative.	N° eventi formativi	100% programmati	100% programmati	100% programmati
Area Strategica 4 Soddifazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione	4.3 Promozione attività di formazione	Adozione del Piano di Formazione annuale entro il 31 Gennaio. Definizione del fabbisogno formativo del personale sanitario al fine di migliorare la qualità dell'assistenza attraverso il Governo clinico dell'organizzazione delle cure	Sviluppo e promozione di attività formative.	Adozione del Piano di Formazione annuale entro il 31/01	31-gen	31-gen	31-gen
Area Strategica 4 Soddifazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione	4.3 Promozione attività di formazione	Realizzazione di eventi formativi / educativi	Sviluppo e promozione di attività formative.	N° eventi formativi	100% programmati	100% programmati	100% programmati
Area Strategica 4 Soddifazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione	4.3 Promozione attività di formazione	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.	Sviluppo e promozione di attività formative.	% eventi formativi	100% programmati	100% programmati	100% programmati
Area Strategica 4 Soddifazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione	4.3 Promozione attività di formazione	Garantire la salute degli animali allevati e dell'uomo attraverso l'attività di formazione ed informazione degli allevatori e dei cacciatori al fine della prevenzione delle malattie infettive degli animali e delle zoonosi con particolare	Sviluppo e promozione di attività formative.	N° eventi formativi	10	17	17

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	RISULTATO PROGRAMMATO	INDICATORE	2016	2015	2014
		riferimento alla peste suina africana.					
Area Strategica 4 Soddisfazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione	4.3 Promozione attività di formazione	Definizione di un Piano di Formazione sul Rischio Clinico	Sviluppo e promozione di attività formative.	Definizione Piano Formativo	si	si	no

5.La Performance Organizzativa delle strutture aziendali

Nel livello di assistenza ospedaliera l'obiettivo dell'appropriatezza rimane una costante ed è in continua evoluzione, identificandosi con la maggior parte degli obiettivi di qualità dell'azienda, in rapporto al mutamento del quadro epidemiologico, delle scoperte scientifiche e tecnologiche e della situazione economica e politica. L'azienda ha focalizzato 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 mette in relazione e crea 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 l'azienda si è infatti 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 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.

5.1 Attività di ricovero ordinario Dipartimento Medico Olbia e Tempio

L'attività di ricovero ordinario del Dipartimento Medico di Olbia evidenzia una riduzione dei DRG medici del 2% e un aumento dei DRG chirurgici del 13% e un aumento delle giornate degenza; il confronto rileva inoltre, in linea con quanto previsto nell'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012, una significativa riduzione della percentuale dei DRG a rischio di inappropriata pari al -13% rispetto al 2015.

ATTIVITA' DI RICOVERO DIPARTIMENTO DI MEDICO OLBIA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 - 2015
ORDINARIO	POSTI LETTO	76	76	76	
ORDINARIO	DRG MEDICI	2.921	2.990	2.867	-2%
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	411	363	267	13%

ATTIVITA' DI RICOVERO DIPARTIMENTO DI MEDICO OLBIA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 - 2015
ORDINARIO	% DRG CHIRURGICI	12,33%	10,83%	8,52%	14%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	10,56%	10,44%	9,13%	1%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	6,72%	6,56%	10,53%	2%
ORDINARIO	GG DEGENZA	30.584	30.054	28.512	2%
ORDINARIO	DEGENZA MEDIA	9	9	9,1	2%
ORDINARIO	PUNTI DRG	4.587	4395	4.023	4%
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,38	1,31	1,28	5%
ORDINARIO	TASSO OCCUPAZIONE POSTI LETTO	223,33%	108,30%	102,80%	106%
ORDINARIO	%DRG LEA NON APPROPRIATI	25,20%	29,10%	22,10%	-13%

* 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 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 -6% rispetto al 2015. Si rileva inoltre una riduzione dei DRG medici pari al -6% rispetto al 2015.

ATTIVITA' DI RICOVERO DIPARTIMENTO MEDICO TEMPIO					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 - 2015
ORDINARIO	POSTI LETTO	41	41	41	
ORDINARIO	DRG MEDICI	1.235	1310	1.408	-6%
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	8	7	9	14%
ORDINARIO	% DRG CHIRURGICI	0,64%	0,53%	0,64%	21%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	4,58%	6,23%	5,36%	-26%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	14,79%	15,11%	17,93%	-2%
ORDINARIO	GG DEGENZA	12.769	12.944	14.350	-1%
ORDINARIO	DEGENZA MEDIA	10	9,8	10,1	5%
ORDINARIO	PUNTI DRG	1.456	1501	1.511	-3%
ORDINARIO	PESO MEDIO	1	1,14	1,07	3%
ORDINARIO	TASSO OCCUPAZIONE POSTI LETTO	172%	86,50%	95,90%	99%
ORDINARIO	%DRG LEA NON APPROPRIATI	24,40%	26%	30,70%	-6%

5.2 Attività di ricovero Day Hospital Dipartimento Medico Olbia e Tempio

L'attività di ricovero in Day Hospital del Dipartimento Medico di Olbia evidenzia una riduzione dei DRG medici pari al -13% e dei DRG chirurgici pari ad oltre il -50%.

ATTIVITA DI RICOVERO DIPARTIMENTO MEDICO OLBIA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 - 2015
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	6	6	6	0%
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	531	612	718	-13%

ATTIVITA DI RICOVERO DIPARTIMENTO MEDICO OLBIA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 - 2015
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	23	46	43	-50%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	2,89%	2,28%	3,94%	27%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	7,04%	6,69%	9,59%	5%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	431	549	664	-21%
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,78	0,83	0,87	-6%

L'attività di ricovero in Day Hospital del Dipartimento Medico di Tempio evidenzia una riduzione dei DRG medici pari al -9% e del peso medio dei DRG pari al -13%.

ATTIVITA' DI RICOVERO DIPARTIMENTO DI MEDICO TEMPIO					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 -2015
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	4	4	4	0%
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	123	135	119	-9%
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	0	0	0	
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	0,81%	1,48%	1,68%	-45%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	4,07%	8,15%	12,61%	-50%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	93	117	97	-21%
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,76	0,87	0,81	-13%

5.3 Attività di ricovero ordinario Dipartimento Chirurgico Olbia e Tempio

ATTIVITA' DI RICOVERO DIPARTIMENTO DI CHIRURGICO OLBIA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 -2015
ORDINARIO	POSTI LETTO	88	88	88	
ORDINARIO	DRG MEDICI	1.959	1.777	1.948	10%
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	1.988	1.942	2.076	2%
ORDINARIO	% DRG CHIRURGICI	50,32%	52,22%	51,59%	-4%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	10,10%	8,09%	8,97%	25%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	13,87%	11,94%	10,81%	16%
ORDINARIO	GG DEGENZA	25.737	24.701	26.293	4%
ORDINARIO	DEGENZA MEDIA	6,50	6,60	6,5	-2%
ORDINARIO	PUNTI DRG	4.660	4.243	4555	10%
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,18	1,14	1,13	4%
ORDINARIO	TASSO OCCUPAZIONE POSTI LETTO	161,58%	76,90%	81,90%	110%
ORDINARIO	%DRG LEA NON APPROPRIATI	36,40%	34%	31,30%	7%
ORDINARIO	%DRG LEA APPROPRIATI CHIRURGICI	64,10%	61,60%	60,80%	4%

* 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 chirurgico di Olbia evidenzia un aumento dei DRG medici pari al 10% e dei DRG chirurgici pari al 2%. Si evidenzia inoltre il miglioramento

dell'indicatore relativo alla percentuale dei DRG LEA chirurgici di cui allegato B del patto per la salute che si attesta ad un valore pari al 64.10%.

ATTIVITA' DI RICOVERO DIPARTIMENTO CHIRURGICO TEMPIO					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 - 2015
ORDINARIO	POSTI LETTO	67	67	67	
ORDINARIO	DRG MEDICI	914	802	845	14%
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	1.361	1473	1.612	-8%
ORDINARIO	% DRG CHIRURGICI	59,75%	64,75%	65,58%	-8%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	4,48%	4,70%	4,31%	-5%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	17,73%	17,78%	17,86%	-0,3%
ORDINARIO	GG DEGENZA	10.199	9959	10.762	2%
ORDINARIO	DEGENZA MEDIA	4,50	4,4	4,4	2%
ORDINARIO	PUNTI DRG	2.170	2157	2.427	1%
ORDINARIO	PESO MEDIO	0,95	0,95	0,99	0%
ORDINARIO	TASSO OCCUPAZIONE POSTI LETTO	84,10%	40,07%	44%	110%
ORDINARIO	%DRG LEA NON APPROPRIATI	55%	53,50%	59%	3%
ORDINARIO	%DRG LEA APPROPRIATI CHIRURGICI	45,70%	45,40%	37,40%	1%

L'attività di ricovero ordinario del Dipartimento chirurgico di Tempio evidenzia un aumento dei DRG medici pari al 14% e una riduzione dei DRG chirurgici pari al -8%. Anche nel Dipartimento medico di Tempio si conferma il trend positivo di miglioramento dell'indicatore relativo alla percentuale dei DRG LEA chirurgici di cui allegato B del patto per la salute che si attesta ad un valore pari al 45.70%.

5.4 Attività di ricovero Day Hospital Dipartimento Chirurgico Olbia e Tempio

L'attività di ricovero in Day Hospital del Dipartimento Chirurgico di Olbia evidenzia una riduzione dei DRG medici pari all' 6% e un aumento dei DRG chirurgici pari al 3%.

ATTIVITA' DI RICOVERO DIPARTIMENTO CHIRURGICO OLBIA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 - 2015
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	7	7	7	0%
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	412	389	584	6%
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	905	880	800	3%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	3,19%	3,47%	2,96%	-8%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	15,34%	13,79%	14,16%	11%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	819	796	790	3%
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,62	0,63	0,57	-2%

L'attività di ricovero in Day Hospital del Dipartimento Chirurgico di Tempio evidenzia una riduzione dei DRG medici pari al -49% e dei DRG chirurgici pari al -4%.

ATTIVITA DI RICOVERO DIPARTIMENTO CHIRURGICO TEMPIO					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 - 2015
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	8	8	8	

ATTIVITA DI RICOVERO DIPARTIMENTO CHIRURGICO TEMPIO					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 - 2015
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	8	8	8	
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	83	164	105	-49%
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	394	411	397	-4%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	1,47%	1,91%	0,40%	-23%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	26%	19,83%	19,92%	31%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	324	387	367	-16%
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,68	0,67	0,73	1%

5.5 Obiettivi e indicatori specifici Distretti e Dipartimento di Prevenzione

Nel livello di assistenza distrettuale gli obiettivi sono rivolti prioritariamente 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, si tende 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.

POTENZIAMENTO CURE DOMICILIARI CDI I - II - III LIVELLO	2016	2015	2014	Var.% 2016/2015
N° pazienti inseriti in CDI I - II -III livello	991	955	869	4%
N° pazienti inseriti in CPDO	327	245	203	33%
TOTALE PAZIENTI	1318	1200	1072	10%
POPOLAZIONE ULTRA 65 enne	4%	4%	4%	

Rispetto all'obiettivo di potenziamento delle Cure Domiciliari integrate nel corso del 2016 si stabilizza il cospicuo incremento di inserimenti realizzato nel corso del 2015(+4%) rispettando lo standard ≥ 4 ; si rileva altresì un notevole incremento rispetto al 2015 del numero dei pazienti inseriti in CPDO pari a +33% ascrivibile all'estensione del progetto di Potenziamento delle CDI di III livello e palliative oncologiche.

DISTRETTO		2016	2015	2014
Potenziamento Cure Domiciliari ADI	n° anziani ≥ 65 assistiti in ADI /totale popolazione residente anziana età $\geq 65 * 100$	4%	4%	4%
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	4	4	4

DISTRETTO		2016	2015	2014
Migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale della popolazione a rischio.	N° vaccinazioni effettuate nella popolazione a rischio residente nel Distretto	22.720	20.599	14.037
Garantire l'Integrazione Ospedale - Territorio al fine di colmare il gap fra l'ospedalizzazione per la gestione dell'evento acuto e il domicilio del paziente per assicurare la continuità delle cure, superando il confine tra Ospedale e territorio per : - pazienti post-acuti con rischi elevati di riospedalizzazione se non assistiti adeguatamente; - pazienti cronici con elevati bisogni assistenziali e a rischio di ricovero inappropriato.	N° gg di attesa per la dimissione protetta	2	3	4
Monitoraggio e controllo dei profili prescrittivi dei medici generici e specialisti	N° riunioni per la verifica della appropriatezza prescrittiva dei MMG e PLS	5	4	3
Definizione di una proposta per la riqualificazione dell'assistenza specialistica attraverso l'avvio delle Case per la Salute	Predisposizione di una bozza progettuale entro il 31/12/2016	obiettivo raggiunto		
Garantire la promozione e la tutela della salute della donna, della famiglia e della età evolutiva.	N° di gravidanze fisiologiche e a basso rischio prese in carico	560	567	477
	N° genitori incontrati per la prevenzione dell'obesità infantile	274	266	0
	N° colloqui di sostegno alla genitorialità	523	507	0
	N° donne ascoltate dallo sportello depressione post- partum dopo lo screening	447	297	0
	N° donne che si rivolgono allo sportello accompagnamento alla nascita e al puerperio	457	307	476
Garantire l'appropriatezza dell'assistenza in gravidanza attraverso il servizio di ecografia ostetrica	N° di ecografie eseguite	160	214	0
Garantire il sostegno psicologico ai genitori di bambini adolescenti diabetici	N° di genitori incontrati	60	41	0
Copertura del territorio aziendale al fine di garantire la presa in carico del paziente e l'attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione dei disturbi neurologici, psicologici e psichiatrici	Garantire ambulatorio UNOPIA territorio di Buddusò - Alà dei Sardi	si	si	si

DISTRETTO		2016	2015	2014
dell'età infantile.	N° accessi mensili specialista NPIA territorio di Buddusò - Alà dei Sardi	2	1,91	2
	N°accessi mensili logopedista e neuropsicomotricista territorio di Buddusò - Alà dei Sardi	1,58	1,58	2 acces. log. - 0 acces. neurop. Mensili
	N° accessi mensili specialista NPIA Distretto di Tempio	7,25	7,25	9
	N° accessi mensili logopedista e neuropsicomotricista Distretto di Tempio	13,25	13,25	22 acces. log. - 2 acces. neurop. Mensili
Miglioramento dell'organizzazione e della gestione del servizio emergenza urgenza attraverso il miglioramento dei tempi e dell'appropriatezza degli interventi di soccorso. Garantire la riduzione del tempo medio di attesa dei codici bianchi e verdi del Pronto soccorso. Migliorare l'informazione per la popolazione sul corretto uso del 118 .	Rispetto dei tempi medi urbani di intervento	5m,20m	5m,20m	5m,20m
Promozione delle attività formative per la valorizzazione delle capacità tecniche e del benessere del personale.	N° Corsi di formazione blsd attivati	89	109	80
	N° allievi formati BLS D	1108	1003	900

Nell'ambito del dipartimento di prevenzione 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. La promozione della salute si è realizzata 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 del dipartimento è stato 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.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		2016	2015	2014
Migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale della popolazione a rischio.	N° vaccinazioni effettuate ultra 65-enni/ totale popolazione residente ultra 65-enni	45%	45%	50%
Mantenimento della copertura vaccinale obbligatoria e facoltativa	% Copertura vaccinale popolazione target/ popolazione target	86% obbl. 89% fac.	93% obbl. 89% fac.	93% obbl. 89% fac.
Estendere gli screening oncologici	N° donne invitate allo screening mammografico / popolazione di riferimento (50-69 anni) *100	39,21%	66%	Round bloccato
Estendere gli screening oncologici	N° donne invitate allo screening cervice uterina / popolazione di riferimento (25-41 anni) *100	54,32%	2°round bloccato 45%	51%
Estendere gli screening oncologici	N° invitati allo screening colon retto /popolazione di riferimento (50-69 anni) *100	10,68%	59%	40%
Definizione di una base dati sulla mortalità per causa e di un registro delle principali cause di morte (tumori) suddiviso per comuni della ASL	N° cause di morte codificate secondo ICDX e suddivise per residenza/N° soggetti deceduti nei comuni dell'asl	100%	80%	n.d.
	N° cause di morte per tumore codificate secondo ICDX/N° soggetti deceduti per tumore nei comuni dell'asl	100%	80%	n.d.
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	217	228	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	51	48
Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare .	N° check list farmaco - sorveglianza nelle farmacie e nei depositi farmaceutici	19	19	18
Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare .	N° campioni di acque di allevamento molluschi eduli per monitoraggio	192	191	375
Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare .	N° verbali ispezioni nei caseifici riconosciuti	29	41	31
Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare .	n° controlli sulle attività di produzione, distribuzione, trasporto di acqua destinata al consumo umano	816	600	454

5.6 Obiettivi e indicatori specifici Presidio Ospedaliero

5.6.1 Percentuale di parti cesarei

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".

PRESIDIO OSPEDALIERO DI :			TARGET	2016	2015	2014	DELTA 2016 - 2015
Riduzione delle percentuali di parti cesarei	N° parti cesarei / N° totale parti * 100	OLBIA	< = 15%	37,90%	35,07%	34,03%	7,47%
		TEMPIO		43,90%	53,41%	40,59%	-21,66%
		LA MADDALENA		28,60%	31,34%	33,33%	-9,58%

In azienda la percentuale dei Tagli Cesarei è in aumento rispetto al 2015; presenta significative differenze tra presidi, con un lieve aumento ad Olbia e una notevole riduzione rispetto al 2015 nel presidio di Tempio e nel presidio di La Maddalena.

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. 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, pertanto 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 concorre 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.

ORTOPEDIA			TARGET	2016	2015	2014	DELTA 2016 - 2015
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		21,4%	46,00%	44,60%	-53,41%
		TEMPIO		49,4%	53,16%	65,82%	-7,07%

*Media regionale % di fratture di femore operate entro 2 gg 24.45%

L'indicatore evidenzia una significativa riduzione il presidio di Olbia pari al -53% e una lieve riduzione per il presidio di Tempio pari al -7%; preme sottolineare che questo indicatore nei presidi aziendali è fortemente condizionato dalla disponibilità degli anestesisti e della sala operatoria.

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.

PRESIDIO OSPEDALIERO DI :		TARGET	2016	2015	2014	DELTA 2016 - 2015
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	39,6%	25,57%	25,05%	54,67%
		TEMPIO	31,55%	25,08%	9,09%	25,80%
		LA MADDALENA	6,52%	8,09%	4,50%	-19,41%

*media regionale ricoveri diurni diagnostici 51.68%

In azienda l'indicatore evidenzia un ottimo risultato per il presidio di La Maddalena mentre evidenzia un significativo peggioramento per il presidio di Olbia e di Tempio tuttavia lo stesso è comunque sotto la media regionale pari a 51.68%.

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.

PRESIDIO OSPEDALIERO DI :		TARGET	2016	2015	2014	DELTA 2016 - 2015
Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici *100	OLBIA	28%	31,30%	32,73%	-10,25%
		TEMPIO	50%	54,51%	56,15%	-8,06%
		LA MADDALENA	16%	18,94%	19,54%	-15,90%

*Media regionale ricoveri ordinari medici brevi 26.8%

La riduzione dei cosiddetti Ricoveri Brevi evidenzia un trend in diminuzione nei tre presidi aziendali, questa tendenza è positiva, poiché questi ricoveri sono presumibilmente inappropriati in regime di ricovero ordinario, questo fenomeno è più marcato nel presidio di La Maddalena dove la riduzione rispetto al 2015 è pari al -16%, mentre nei presidi di Olbia e Tempio la riduzione è pari rispettivamente al -10%, e -8%. Nel presidio di La Maddalena si registra la performance migliore con un valore pari al 16% inferiore al target dell'indicatore pari al 17%.

5.6.5 Percentuale DRG LEA a rischio di inappropriatazza

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 di inappropriatazza per la versione DRG 19 (adottata dal 2006 al 2008) è quella definita nel DPCM 29/11/2011, 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 da raggiungere per la percentuale di ricoveri da trasferire in Day Hospital. Nell'ambito poi delle azioni intraprese successivamente, 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. Un numero sempre maggiore di regioni e di aziende sanitarie, oltre alla riconversione in Day Hospital, ha infatti, promosso il trasferimento dei ricoveri diurni di tipo medico meno complessi e potenzialmente inappropriati in setting assistenziali extradegenza (ambulatorio e day service), ottenendo una significativa riduzione della percentuale di DH.

PRESIDIO OSPEDALIERO		TARGET	2016	2015	2014	DELTA 2016 - 2015
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	32,60%	32,10%	28,20%	1,77%
		TEMPIO	48,30%	47,60%	52,10%	1,34%
		LA MADDALENA	25,60%	27,20%	17,90%	-8,94%

*Media regionale % DRG LEA ad alto rischio di inappropriatazza 52.89%

L'indicatore evidenzia una significativa riduzione della percentuale di DRG Lea non appropriati per il presidio di La Maddalena e di Olbia e un lieve incremento pari al 1.34% per il presidio di Tempio, tuttavia lo stesso è decisamente inferiore rispetto alla media regionale.

5.6.6 Percentuale DRG LEA appropriati chirurgici

Una conferma del cambiamento in atto riguardo all'utilizzo dei vari setting assistenziali è data dalla percentuale di interventi chirurgici effettuati in regime diurno grazie alla diffusione delle moderne tecniche mininvasive e di efficaci e sicure pratiche anestesologiche. I dati testimoniano un generale progresso ed una sempre più diffusa attenzione ai temi dell'efficienza e dell'appropriatezza. I risultati raggiunti sono diffusi tra i diversi presidi aziendali e questo è sintomo che per raggiungere elevati livelli di performance e di appropriatezza dei servizi il cammino è ancora lungo.

PRESIDIO OSPEDALIERO			TARGET	2016	2015	2014	DELTA 2016 - 2015
Aumentare la % dei ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriata (All. B Patto per la salute 2010/2012)	% DRG LEA appropriati Chirurgici (Allegato B Patto per la salute 2010-2012)	OLBIA		64%	61,40%	60,60%	4,07%
		TEMPIO		45,7%	45,40%	37,40%	0,66%
		LA MADDALENA		61,10%	61,40%	61,50%	-0,49%

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

5.7 Obiettivi specifici Pronto Soccorso e accessi totali

In ambito ospedaliero, merita menzione l'attività relativa al Pronto Soccorso, che è per sua natura una delle aree più problematiche all'interno di una struttura ospedaliera, sia perché è il maggiore punto di accesso ai servizi sanitari, sia perché è volto al trattamento di una casistica molto variegata e complessa.

Le caratteristiche organizzative dei PS riguardano fondamentalmente due aspetti relativi a:

- l'impossibilità di programmare l'attività (i PS sono attivi tutti i giorni per 24 ore, i pazienti vi accedono senza prenotazione, non vi è la possibilità di prevedere né il volume, né la tipologia, né la distribuzione nel tempo della casistica);
- garantire dotazioni organizzativo-strutturali minime obbligatorie (in relazione alla dotazione di personale medico ed infermieristico e alla disponibilità di apparecchiature sanitarie), stabilite dalla normativa nazionale e regionale, e differenziate in base alla tipologia di emergenza (PS, DEA I, DEA II).

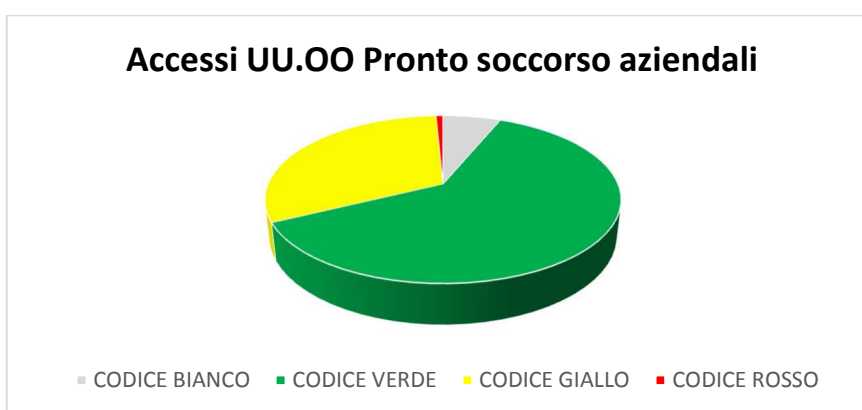
Il Pronto Soccorso, quale prima porta di accesso all'ospedale, rappresenta pertanto il più importante punto di contatto tra il sistema sanitario e i bisogni dei cittadini.

L'attività del Pronto Soccorso, in termini di efficienza e qualità del servizio fornito, è stata più volte oggetto di attenzione da parte dell'azienda, al fine di ridurre da un lato l'afflusso e aumentare l'appropriatezza degli accessi al pronto soccorso, e dall'altro all'interno del Pronto soccorso al fine di selezionare in modo adeguato le problematiche per indirizzare il paziente nel percorso idoneo e rendere così più fluidi i percorsi.

Nella nostra azienda gli accessi al Pronto Soccorso nel 2016, come evidenzia la tabella sottostante, sono stati **63.209** di cui il **12.06%** si sono trasformati in ricovero.

PRONTO SOCCORSO								
PRONTO SOCCORSO	CODICE BIANCO	CODICE VERDE	CODICE GIALLO	CODICE ROSSO	TOTALE ACCESSI ANNO 2016	TOTALE ACCESSI ANNO 2015	DELTA 2016/2015	N°ACCESSI CON RICOVERO/N°TOTALE ACCESSI
ASL N. 2	3.958	38.871	19.905	475	63.209	61.208	3,27%	12,06%
	6,26%	61,50%	31,49%	0,75%	100%			
PO OLBIA	1.558	23.179	14.553	328	39.618	38.271	3,52%	12,58%
	3,93%	58,51%	36,73%	0,83%	100,00%			
PO TEMPPIO	2.022	9.960	4.052	114	16.148	15.647	3,20%	12,66%
	12,52%	61,68%	25,09%	0,71%	100,00%			
PO LA MADDALENA	378	5.732	1.300	33	7.443	7.290	2,10%	8,02%
	5,08%	77,01%	17,47%	0,44%	100,00%			

L'analisi dettagliata dei pazienti che avuto accesso alle UU.OO di pronto soccorso aziendale, in linea con il trend Nazionale, dimostra una generalizzata tendenza all'incremento del ricorso ai Servizi di Pronto Soccorso da parte dell'utenza, anche in condizioni di non-emergenza-urgenza. Si evidenzia infatti che la percentuale prevalente di codice colore assegnata al Triage nelle UU.OO di Pronto Soccorso aziendali è rappresentata dal "codice verde" con una percentuale pari al 61,50% rispetto agli altri codici colore.



Si evidenzia inoltre un'elevata percentuale, pari al 12,52%, di codici bianchi nel Pronto Soccorso del presidio di Tempio; il codice bianco identifica casi non urgenti o che comunque non giustificherebbero una richiesta di assistenza ai servizi di Pronto Soccorso. Questi codici dovrebbero trovare risposta al bisogno assistenziale nel territorio, nell'ambito dei servizi di medicina generale e di continuità assistenziale. Nel processo di budget le UU.OO di Pronto

Soccorso aziendali sono state responsabilizzate a rafforzare la campagna informativa nazionale sul corretto uso dei servizi di emergenza-urgenza, realizzata dal Ministero della Salute e dall'Agenas, in collaborazione con le Regioni, con la creazione di un opuscolo informativo per la sensibilizzazione dell'utenza del Pronto Soccorso, con l'obiettivo di fornire a tutti i cittadini, ed in particolar modo ai giovani ed agli stranieri, maggiori informazioni su cosa sono, come funzionano e quando utilizzare il 118, il pronto soccorso ed il servizio medicina generale e di continuità assistenziale (ex Guardia medica), nella convinzione che essere più informati permette di rivolgersi al servizio più adatto alle proprie necessità, aiutando il buon funzionamento dei servizi di emergenza-urgenza e più in generale dell'azienda sanitaria.

6. I risultati di Performance individuali

Gli scopi prioritari della misurazione e valutazione della performance individuale sono finalizzati principalmente ad evidenziare l'importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza, e a chiarire che cosa ci si attende dalla singola persona in termini di risultati e comportamenti. La valutazione finalizzata alla retribuzione annuale di risultato è determinata sia dal risultato delle schede di budget, risultato certificato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), relativamente al raggiungimento degli obiettivi di budget della Struttura, sia dalla valutazione espressa dal Direttore/Responsabile relativamente all'apporto collaborativo individuale.

6.1 Le dimensioni di misurazione delle Performance Individuali

La valutazione della performance individuale è determinata da diverse dimensioni, differenziate per il livello di responsabilità assunto nell'organizzazione. La misurazione e valutazione individuale si differenzia a seconda del livello organizzativo occupato nell'azienda ed ai sensi dell'art. 9 del D.lgs. 150/2009, è legata alle seguenti dimensioni di valutazione:

Per i **Direttori/Responsabili di struttura** la valutazione è legata:

- a) agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità;
- b) al raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
- c) alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate;
- d) alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi.

Per il **restante personale** la valutazione è legata:

- a) al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali;
- b) alla qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi.

6.2 Le modalità di misurazione delle Performance Individuali

La misurazione delle performance individuali è stata effettuata dai valutatori che hanno diretta conoscenza e controllo dell'attività del valutato, quindi dal **superiore gerarchico**. Il processo valutativo si è ispirato alla massima trasparenza degli obiettivi e dei criteri di valutazione.

La valutazione dei comportamenti organizzativi ha favorito un feedback adeguato rispetto ai comportamenti più rilevanti del valutato ed un dialogo ampio e aperto fra questi ed il valutatore, nella convinzione che la valutazione non serve a "dare un voto", ma in primo luogo a favorire un processo di miglioramento e sviluppo. Ai fini della misurazione delle performance individuali sono state definite apposite schede di valutazione, differenziate per tipologia di responsabilità e per il personale del comparto anche per profilo.

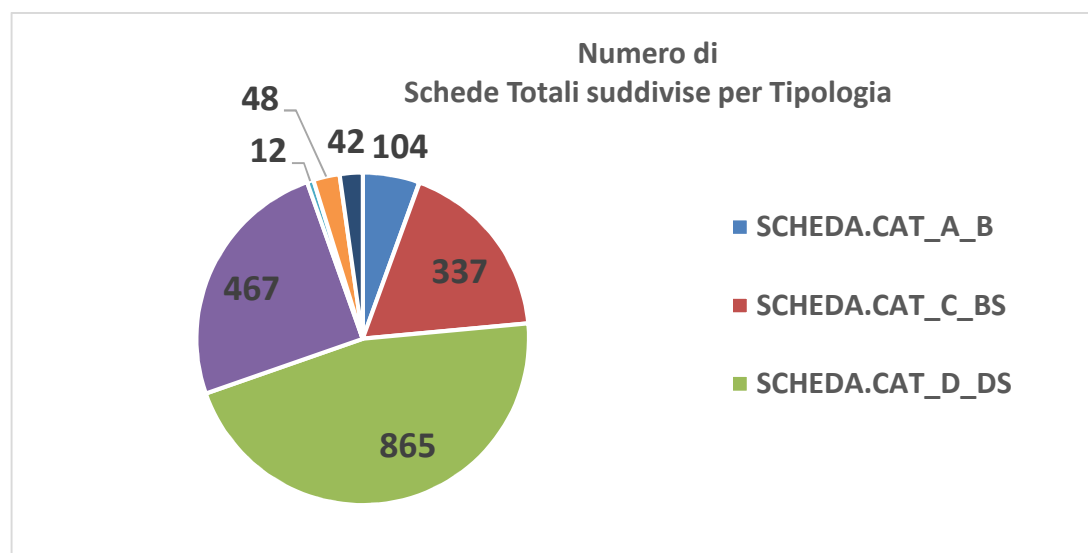
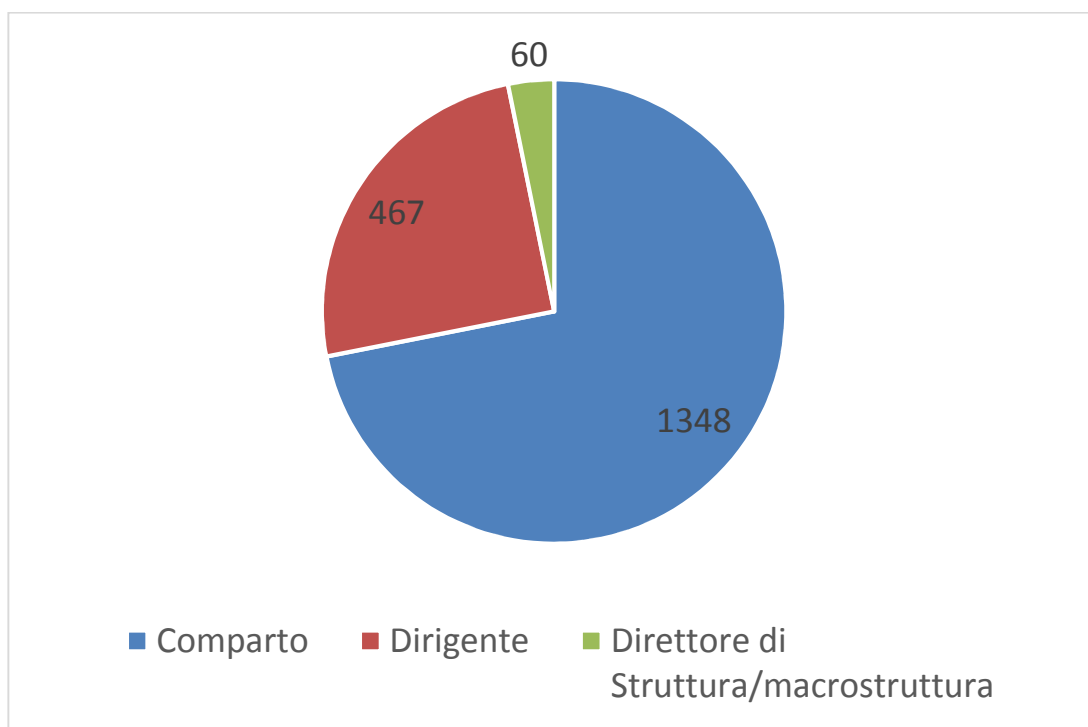
La valutazione delle performance individuali è stata effettuata attraverso l'utilizzo del Software Informatico **Portale Valutazione Performance Dipendenti** sviluppato dal servizio SISA in collaborazione con la Struttura Tecnica Permanente. Ogni Valutatore ha potuto accedere al Portale Valutazione Performance cliccando sul link: <http://172.20.4.61/perfdip/> attraverso l'utilizzo delle credenziali che si usano generalmente per accedere alla propria email aziendale.

Ad ogni valutatore dopo aver fatto il login è apparsa una schermata contenente un elenco di persone appartenente al proprio Centro di Responsabilità (CDR), e per ogni persona da valutare, cliccando sul link download, ha scaricato una scheda di valutazione in formato pdf, che una volta aperta, ha mostrato un documento in parte pre-compilato con le informazioni relative alla persona che si sta valutando e in aggiunta una lista di campi da compilare che riguardano la valutazione. Terminata la valutazione sul formato pdf con il tasto 'Invia Dati' si è attivata l'acquisizione dei dati da parte del Software Informatico.

6.3 I risultati delle Performance Individuali

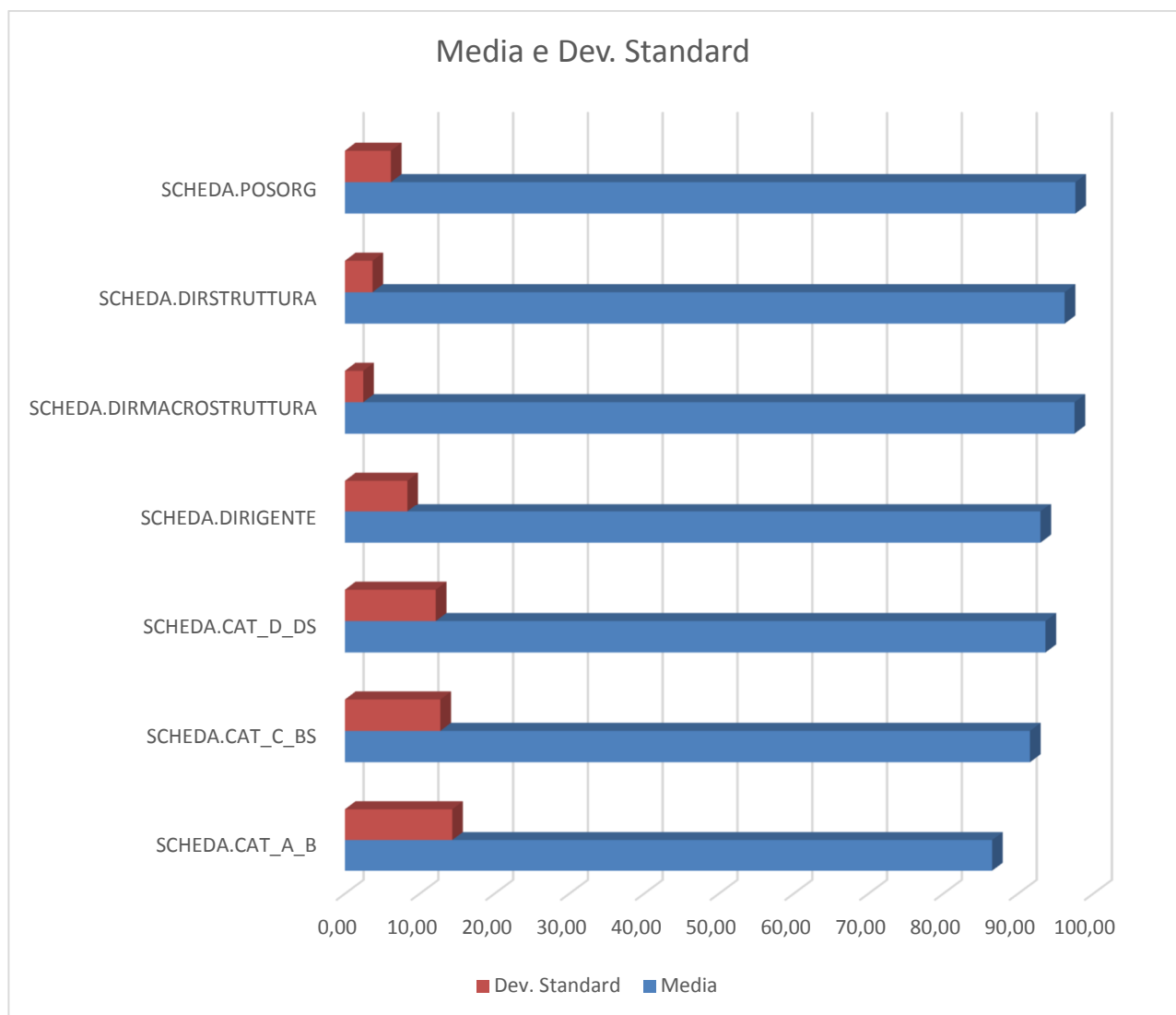
Il processo di valutazione con il coinvolgimento di circa 60 valutatori è iniziato il 29/05/2017 e si è concluso il 24/07/2017, sono state compilate 1875 schede per le quali si è registrata una media aziendale pari a 92.90 e una deviazione standard pari a 11.46.

	COMPARTO	DIRIGENTE	DIRETTORE DI STRUTTURA/MACROSTRUTTURA
Numero di schede	1348	467	60



TIPOLOGIA SCHEDA	NUM. SCHEDE	MEDIA	DEV. STANDARD	MIN	MAX
SCHEDA.CAT_A_B	104	86,54	14,35	28	100
SCHEDA.CAT_C_BS	337	91,59	12,76	0	100
SCHEDA.CAT_D_DS	865	93,66	12,16	0	100
SCHEDA.DIRIGENTE	467	92,99	8,36	26,5	100
SCHEDA.DIRMACROSTRUTTURA	12	97,52	2,45	91	100
SCHEDA.DIRSTRUTTURA	48	96,21	3,69	81	100
SCHEDA.POSORG	42	97,63	6,15	60	100
TOTALE COMPLESSIVO	1875	92,90	11,46	0	100

Grado di Diversificazione dei Giudizi



TIPOLOGIA SCHEDA	MEDIA	DEV. STANDARD
SCHEDA.CAT_A_B	86,54	14,35
SCHEDA.CAT_C_BS	91,59	12,76
SCHEDA.CAT_D_DS	93,66	12,16
SCHEDA.DIRIGENTE	92,99	8,36
SCHEDA.DIRMACROSTRUTTURA	97,52	2,45
SCHEDA.DIRSTRUTTURA	96,21	3,69
SCHEDA.POSORG	97,63	6,15

7. Risorse, Efficienza ed Economicità

7.1 Costi e Valore della Produzione

Con riferimento al costo e al valore della produzione, preme evidenziare che l'esercizio 2016, a seguito delle nuove disposizioni Regionali in ottemperanza al decreto L.gs n. 118/2011, è il primo in cui sono rilevati i ricavi e i costi relativi alla mobilità sanitaria attiva e passiva, infraregionale ed extraregionale, di competenza.

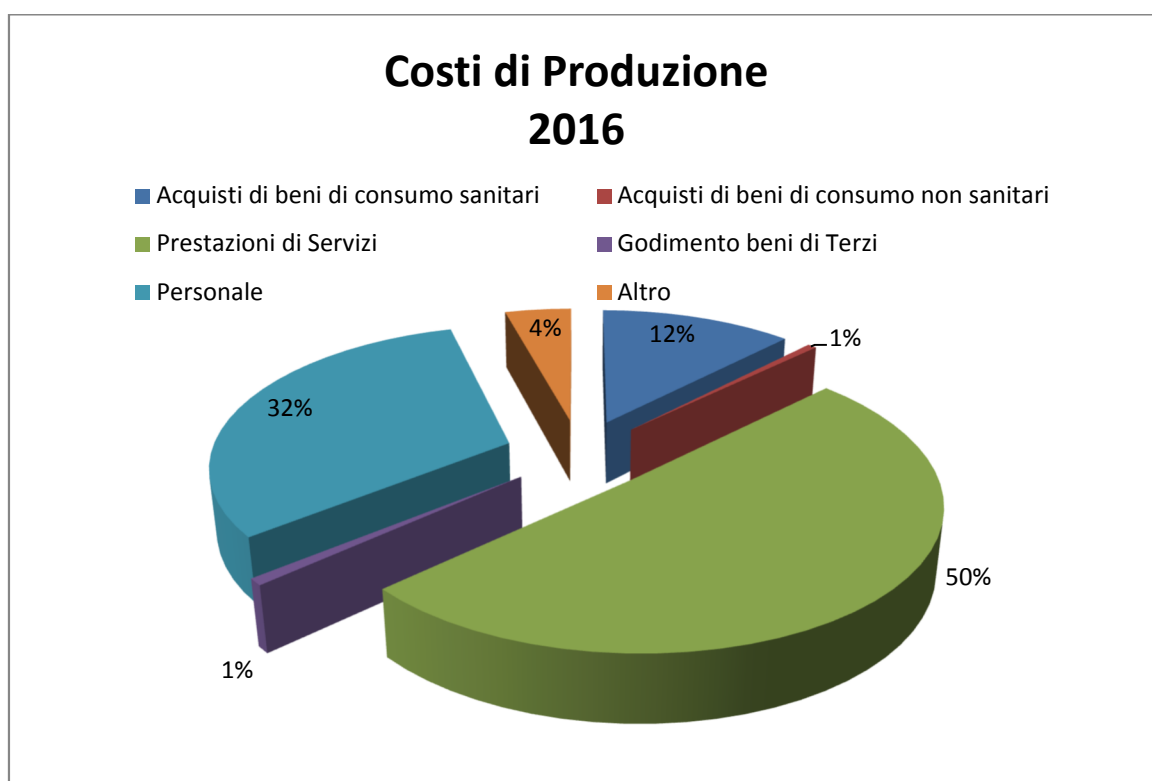
Infatti, negli esercizi precedenti, sulla base delle disposizioni Regionali vigenti, il finanziamento indistinto di parte corrente era rilevato nei contributi in conto esercizio al netto del saldo della mobilità sanitaria attiva e passiva che non veniva rilevata tra i costi e ricavi dell'esercizio.

Pertanto, nell'esercizio 2016, sulla base delle disposizioni della D.G.R. 17/15 del 04/04/2017 e delle note Assessoriali prot. n. 9881 del 07/04/2017 e prot. n. 14290 del 30/05/2017, le assegnazioni delle risorse finanziarie da F.I.R. sono contabilizzate nei contributi in conto esercizio al lordo della mobilità sanitaria attiva e passiva, che viene contabilizzata negli specifici conti di costo e ricavo. Conseguentemente, nell'esercizio 2016 i ricavi dell'esercizio risultano superiori rispetto all'esercizio precedente nel quale, come detto sopra, non erano rilevati i ricavi relativi alla mobilità sanitaria attiva. Si precisa che i ricavi relativi alla mobilità sanitaria attiva di competenza dell'esercizio 2016 sono pari ad **€ 10.109.396** e i costi relativi alla mobilità sanitaria passiva di competenza dell'esercizio 2016 sono pari ad **€ 51.488.989**.

COSTI DELLA PRODUZIONE						
VARIABILI ECONOMICHE	2012	2013	2014	2015	2016	Delta % 2016-2015
Acquisti	30.474.241	33.609.462	34.790.417	37.716.000	36.781.000	-2,48%
Beni sanitari	27.981.882	31.363.109	32.446.555	35.867.000	35.134.000	-2,04%
Beni non sanitari	2.492.359	2.246.353	2.343.862	1.849.000	1.647.000	-10,92%
Prestazioni di Servizi	100.042.903	98.624.326	97.755.062	96.492.000	145.027.000	50,30%
Godimento beni di Terzi	4.197.145	3.125.388	3.220.344	2.814.000	2.243.000	-20,29%
Personale	85.574.148	86.198.022	88.826.971	90.630.000	90.767.000	0,15%
Sanitario	72.813.309	72.939.315	73.431.562	75.131.000	75.350.000	0,29%
Professionale	280.240	221.032	223.676	261.000	268.000	2,68%
Tecnico	5.891.932	6.646.892	8.554.691	8.323.000	8.179.000	-1,73%
Amministrativo	6.588.667	6.390.783	6.617.042	6.915.000	6.970.000	0,80%
Ammortamenti	6.581.430	6.794.351	7.259.871	7.437.000	7.210.000	-3,05%

COSTI DELLA PRODUZIONE						
VARIABILI ECONOMICHE	2012	2013	2014	2015	2016	Delta % 2016-2015
Rimanenze di Magazzino	-339.463	-54.174	-1.576.412	653.000	-1.431.000	-319,14%
Accantonamenti	3.437.298	2.369.352	1.861.045	4.897.000	4.871.000	-0,53%
Accantonamenti per rischi e Oneri	1.821.539	2.369.352	1.565.314	4.799.000	3.849.000	-19,80%
Altri Accantonamenti	1.615.759		295.731	98.000	1.022.000	942,86%
Oneri diversi di gestione	1.739.045	1.448.517	1.481.475	1.557.000	1.426.000	-8,41%
Totale Costi Della Produzione	231.706.747	232.115.244	233.618.773	242.234.000	286.953.000	18,46%

Di seguito il grafico evidenzia che i costi che incidono maggiormente nel bilancio aziendale sono il costo per le prestazioni di servizi per il 50%, il costo del personale per il 32% e gli acquisti di beni consumo sanitario per il 12%.

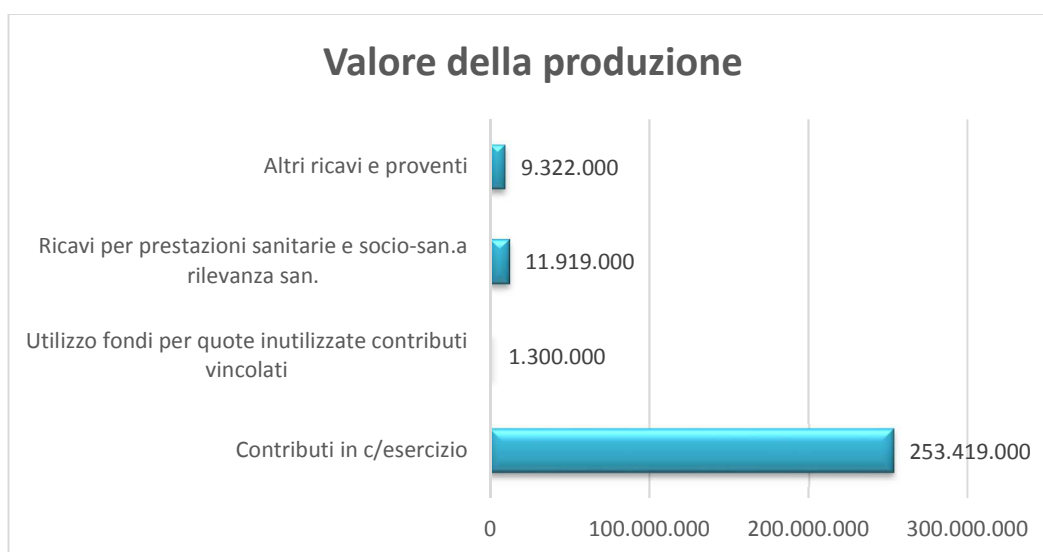


Nel 2016 il valore della produzione è pari 274.631.000

VARIABILI ECONOMICHE	2016	2015	Delta % 2016 - 2015
Contributi in c/esercizio	253.419.000	212.189.000	19%
da Fondo Sanitario	246.361.000	209.127.000	18%
da Altro	7.058.000	3.062.000	131%
Rettifica contributi c/esercizio	-1.329.000	-968.000	37%
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati	1.300.000	3.763.000	-65%
Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-san. a rilevanza san.	11.919.000	1.819.000	555%
Incrementi di Immobilizzazioni per lavori interni	0	0	0%

VARIABILI ECONOMICHE	2016	2015	Delta % 2016 - 2015
Altri ricavi e proventi	9.322.000	12.067.000	-23%
Totale Valore Della Produzione	274.631.000	228.870.000	20%

Di seguito il grafico evidenzia che il valore della produzione è rappresentato per il 92% dalle attribuzioni di contributi in c/esercizio da RAS per la quota di Fondo Sanitario Regionale, dal 1% da contributi in c/esercizio da RAS per la quota di Fondo Sanitario Regionale vincolato extrafondo, dal 4% Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-san.a rilevanza san.da e per il 2% da Altri ricavi e proventi quale voce residuale che accoglie ogni ricavo o provento della gestione non caratteristica dell'azienda.

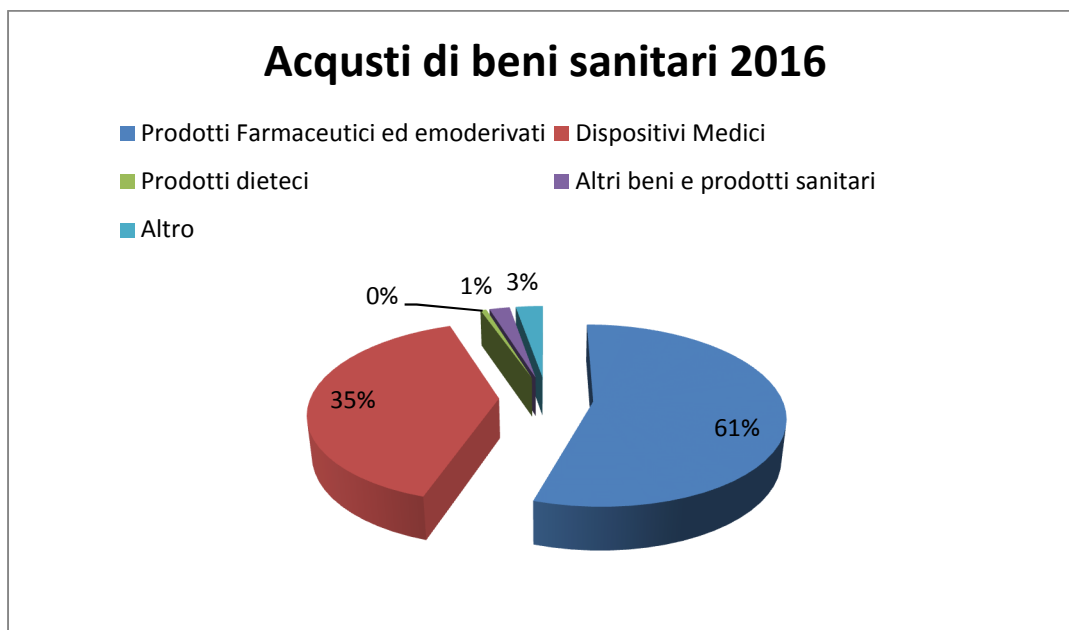


Si precisa comunque, che le assegnazioni delle risorse finanziarie da F.I.R. al netto del saldo della mobilità sanitaria attiva e passiva sono rimaste invariate rispetto all'esercizio precedente come rappresentato nella tabella sotto riportata.

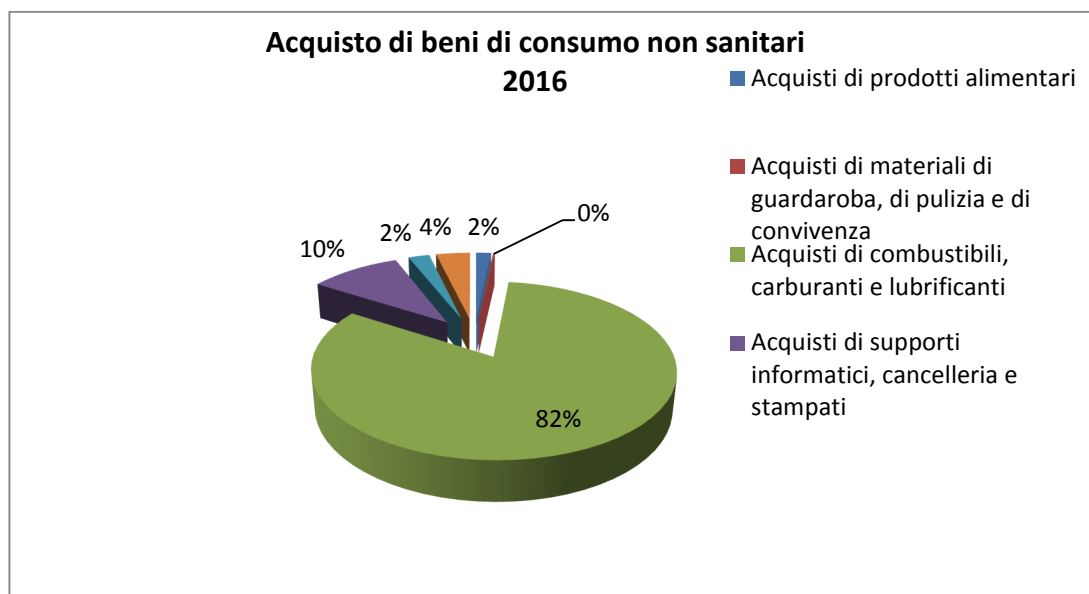
ANALISI QUOTA F.S. INDISTINTO RAS	Valore CE al 31/12/16	Valore CE al 31/12/15
A.1.A.1) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto	246.061.276	206.930.285
A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	2.248.602	0
Totale F.S. regionale indistinto al lordo mobilità sanitaria	248.309.878	
saldo mobilità infraregionale	-29.288.012	
saldo mobilità extraregionale	-12.091.581	
Totale F.S. regionale indistinto al netto mobilità sanitaria	206.930.285	

7.2 Struttura dei Costi e del Valore della Produzione

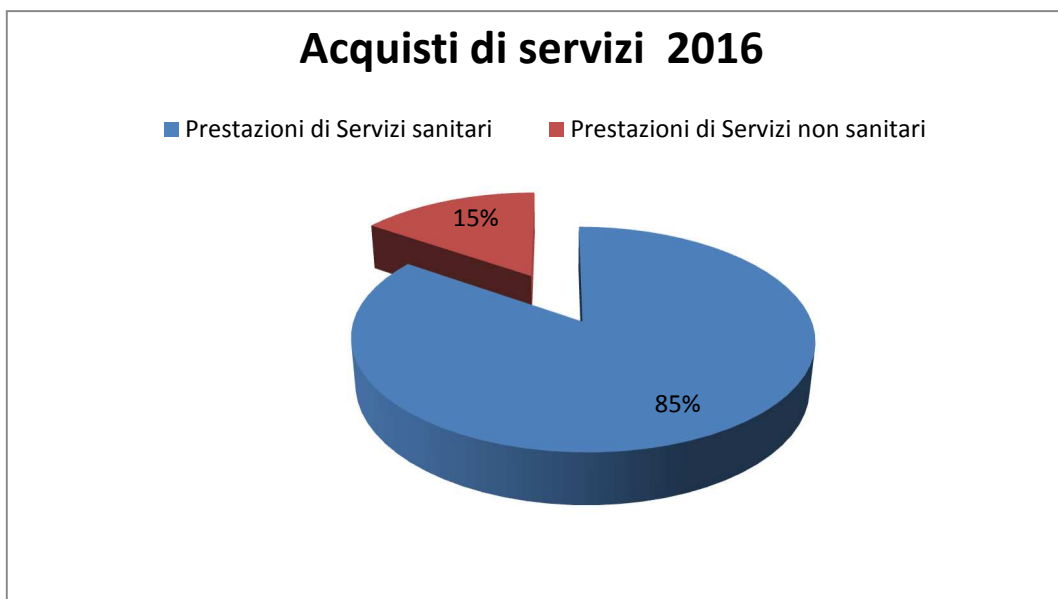
Il costo d'acquisto dei beni sanitari è riferito per il 61% ai prodotti farmaceutici e per il 35% ai dispositivi medici. Nel 2016 il costo di acquisto dei beni di consumo sanitari è pari a 35.134.000 milioni di euro con un decremento in termini percentuali pari al -2% rispetto al 2015.



Per quanto riguarda il costo di acquisto dei beni non sanitari si evidenzia che nel 2016 è pari a 1.647.000 euro e rispetto al 2015 rileva un decremento pari a -202.000 euro. Il costo è relativo per l'82% all'acquisto di combustibili, carburanti e lubrificanti

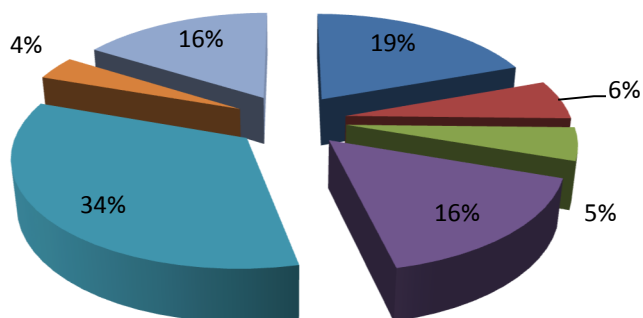
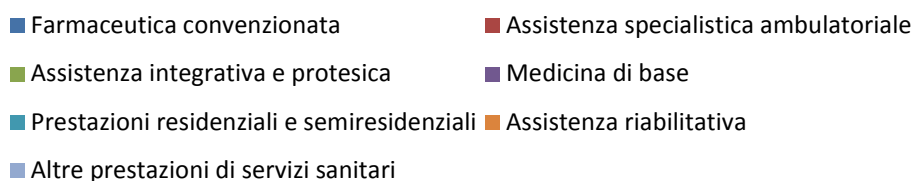


Con riferimento ai costi per le prestazioni di servizi si evidenzia l'incidenza relativa al costo per le prestazioni di servizi sanitari pari al 85% rispetto alle prestazioni di servizi non sanitari pari al 15%.



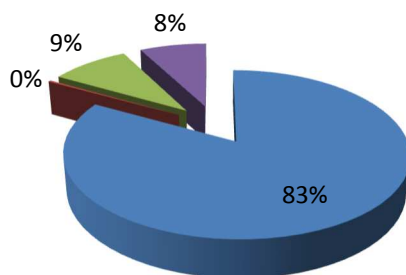
Tra i costi per l'acquisto di prestazioni di servizi sanitari si rileva il costo relativo all'acquisto di prestazioni di assistenza residenziale e semiresidenziale pari al 34%, prestazioni di assistenza farmaceutica in convenzione pari al 19% e il costo relativo per la medicina di base pari al 16% del costo totale. Nel corso del 2016 l'acquisto di prestazioni di servizi sanitari ha rilevato, rispetto al 2015, un significativo incremento dovuto essenzialmente ai flussi di mobilità passiva, che come già evidenziato negli anni precedenti non venivano qui riportati oltre che ad un incremento del numero di prestazioni erogate. Tuttavia 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 le quali, nel medio termine, costituiranno una concreta soluzione all'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri, pertanto si può ragionevolmente affermare che, tale costo è determinato principalmente oltre che da un aumento della popolazione residente, dall'aumento degli ultra 65 anni presi in carico soprattutto per le forme di cronicità e per un maggior ricorso all'utilizzo delle strutture socio-assistenziali e alle strutture convenzionate per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali di riabilitazione fisica e sensoriale.

Acquisti di servizi sanitari 2016

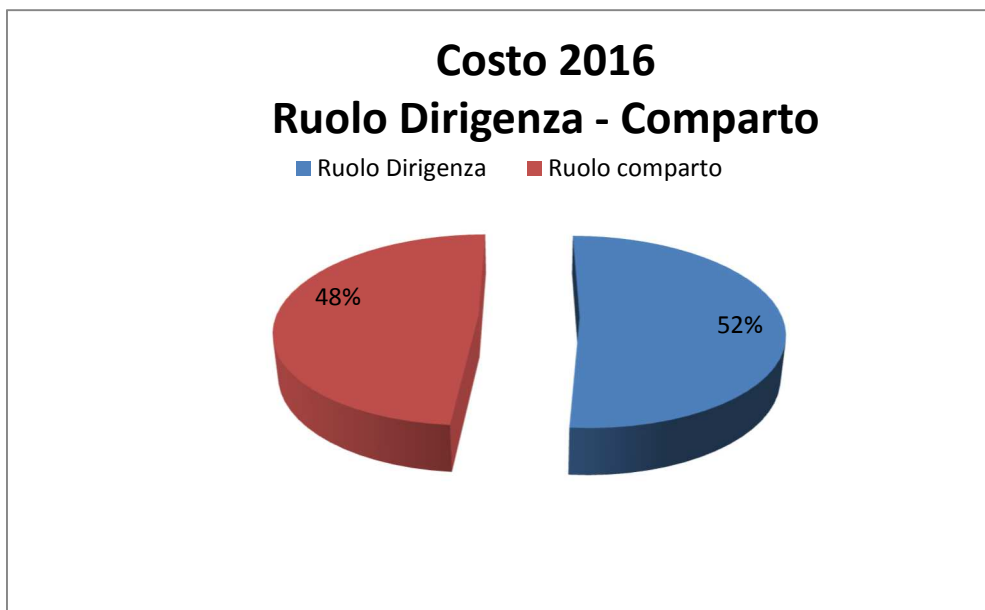


Tra il costo del personale si evidenzia che l'83% è riferito al ruolo sanitario mentre solo l'9% e l'8% del costo totale è riferito rispettivamente al ruolo tecnico e al ruolo amministrativo.

Costo del Personale 2016



Tra il costo del personale si evidenzia che il 52% del costo totale è riferibile al ruolo della dirigenza e per il 48% al ruolo del comparto.



8. 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.

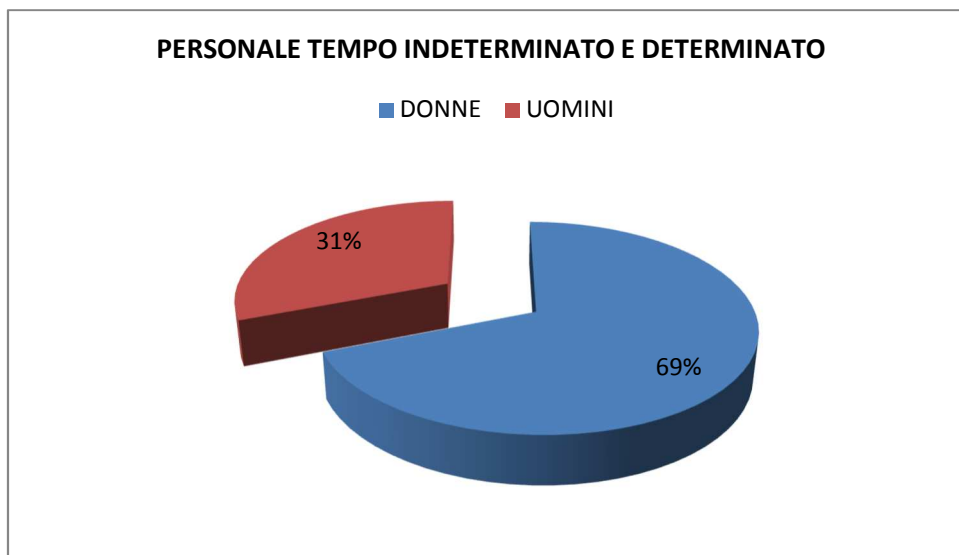
8.1 Piano triennale delle Azioni Positive

L'azienda, in ossequio a quanto previsto dalla normativa relativa, ha adottato già da qualche anno il Piano triennale delle azioni positive (P.A.P.). 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.

8.1.1 Analisi di genere del personale dipendente

Dall'analisi del personale dipendente in servizio al 31/12/2016 si evidenzia una presenza femminile in azienda pari al 69% 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 ai vertici delle Macrostrutture aziendali Ospedaliere, Distrettuali e Amministrative.



Dall'analisi del personale dipendente disaggregato per genere, si evidenzia ad eccezione del ruolo professionale, la prevalenza del genere femminile su quello maschile nel ruolo sanitario, tecnico e amministrativo. L'analisi di genere mette inoltre in risalto che in azienda la percentuale di dirigenti donne sul totale dei dirigenti è pari al 57.11% e sul totale del personale è pari 16%.

Analisi di genere	
Indicatori	Valore
% di dirigenti donne (sul totale dirigenti)	57.11%
% di dirigenti donne (sul totale personale)	16%
Stipendio medio percepito dalle donne dirigenti	€ 67.529,93
Stipendio medio percepito dalle donne non dirigenti	€ 26.082,09
Età media del personale dirigente femminile	48
Età media del personale non dirigente femminile	47
% di personale donna laureato rispetto al totale femminile	61,07%
Ore di formazione femminile (media per dipendente)	7,5

8.2 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. Considerato che al Comitato sono attribuiti tutti i compiti propositivi, consultivi e di verifica negli interventi per concorrere alla tutela della sicurezza nei luoghi di lavoro (artt. 8-9 D.Lgs 81/08 e succ. modifiche e integrazioni), in considerazione del fatto che le professioni sanitarie sono tra le categorie più esposte a condizioni di logorio professionale, ha proposto un progetto formativo **"La Sindrome del Burnout: le fasi, le cause, le conseguenze e la prevenzione"** con l'obiettivo prioritario di fornire a tutti i partecipanti un adeguato quadro concettuale sulle cause, le dinamiche, le conseguenze, le strategie di gestione individuali dello stress lavorativo al fine di favorire l'acquisizione di abilità concrete che favoriscano una maggiore resilienza allo stress lavorativo e, a saper riconoscere e gestire le situazioni di demotivazione e logorio professionale come la sindrome di burnout.

Il CUG è stato rinnovato il 21.12.2015 e nella prima fase di insediamento del nuovo CUG si è proceduto alle nuove nomine del segretario e del vicepresidente ed alla stesura ed approvazione del nuovo regolamento.

Il Comitato ha definito poi le modalità attraverso le quali accogliere segnalazioni e proposte: le mail vengono inviate all'indirizzo di posta elettronica cug@aslolbia.it in forma nominativa, vengono visionate in un primo momento dalla Presidente e successivamente, nel corso delle riunioni, sottoposte all'intero Comitato.

L'anonimato delle segnalazioni online è garantito dalla compilazione di "messaggio anonimo" inviando nella rete intranet aziendale, nella sezione collegamenti veloci alla voce CUG.

Sempre al fine di garantire una maggiore privacy le segnalazioni possono essere inoltrate anche attraverso le apposite cassette postali dislocate nei Presidi Ospedalieri Aziendali, nella Sede dell'Amministrazione e presso la Struttura Polifunzionale San Giovanni di Dio.

Il Comitato ha poi definito le modalità attraverso le quali analizzare le segnalazioni e farsi carico di formulare strategie di miglioramento di situazioni di disagio sottoponendole all'attenzione della Direzione Aziendale ed ai Dirigenti dei Servizi oggetto della segnalazione stessa.

Ad oggi sono pervenute segnalazioni di gruppi di operatori ed individuali che manifestavano condizioni di particolare disagio lavorativo alle quali si è dato riscontro sia attraverso comunicazioni alla Direzione Aziendale che ai Dirigenti interessati.

In base al regolamento il CUG deve riunirsi almeno ogni tre mesi, cadenza rispettata nella prima fase di istituzione del Comitato per lasciare spazio al lavoro dei sottogruppi volti a predisporre gli aspetti organizzativi:

- sottogruppo stesura regolamento,
- sottogruppo attivazione segnalazioni online,
- sottogruppo richiesta di acquisto delle cassette.

Successivamente il CUG si è riunito con una cadenza più ravvicinata per dare risposta alle segnalazioni che pervenivano.

Nell'anno 2016 il Comitato è stato convocato per 5 volte in quanto le segnalazioni sono iniziate dal momento in cui si è provveduto all'attivazione su intranet della sezione CUG e da quando sono state installate le cassette postali (ottobre 2016).

Quattro segnalazioni provenivano da gruppi di operatori, in particolare OSS, con l'indicazione di disservizi che compromettevano il corretto svolgimento delle attività e gravi difficoltà relazionali.

Le segnalazioni individuali sono 5 di cui 3 nominative e 2 anonime. Queste ultime riguardano condizioni di lavoro ritenute discriminatorie e causa di disagio lavorativo e stress personale.

Per dare seguito alle segnalazioni il Comitato si è suddiviso in sottogruppi per la stesura di comunicazioni alla Amministrazione ed ai Dirigenti interessati con i quali sono stati svolti anche incontri personali.

8.3 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.

9. Trasparenza e Prevenzione della Corruzione

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 per il triennio 2013/2015 e con delibera n° 592 del 20/05/2015 ha approvato il Programma Triennale 2015/2017 quale aggiornamento del precedente; con Deliberazione n. 395 del 06.05.2016 è stato nominato il Responsabile RPCT, tuttavia alla data della nomina i termini per la presentazione del Piano erano scaduti, e non si è ritenuto di dover adottare un nuovo Piano, sia pure in ritardo, posto che con legge Regionale n. 36 del 28.12.2015, nel dare seguito al processo di riforma del SSN avviato con la L.R. 23/2014, è stata prevista l'istituzione, entro il 01.07.2016, dell'Azienda per la Tutela della Salute. Si è ritenuto dunque di dover continuare ad applicare il Piano precedentemente adottato rimandando al 2017 l'adozione, da parte del nuovo soggetto giuridico, del PTPC anche e soprattutto perché la riforma in essere prevede l'accentramento di processi e procedure riconducibili alle aree a rischio. L'accentramento comporterà necessariamente la rivisitazione dei processi e la necessità dunque di procedere ad una nuova mappatura che potrà essere avviata e implementata solo a partire dal 2017.

il Programma Triennale costituisce uno strumento utile ai fini della determinazione degli standard di qualità dei servizi resi all'utente, dando una risposta all'esigenza di trasparenza, di rendicontazione della performance e di integrità della Pubblica amministrazione nello svolgimento delle proprie attività istituzionali. 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. I contenuti del Piano sono oggetto di costante aggiornamento con lo scopo di addivenire ad un arricchimento graduale della quantità di informazioni a disposizione del cittadino. Come previsto dall'allegato 1 della delibera dell'ANAC 50/2013, il Piano specifica l'elenco riportante tutti gli obblighi di pubblicazione specificati nel D.Lgs 33/2013 e dal D.Lgs 97/2016 il Responsabile della correttezza e completezza del dato, coincidente generalmente con il Direttore/Dirigente/Referente della struttura e il responsabile della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati. L'azienda ha provveduto ad adottare oltre al Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, il Codice di Comportamento dei dipendenti e la procedura per la segnalazione degli illeciti e le irregolarità, quale misura finalizzata a favorire la segnalazione di condotte illecite, garantendo al contempo la tutela del dipendente pubblico che effettua la segnalazione (c.d. whistleblower). Nel corso del 2016 è stato possibile attivare un solo corso di formazione tenutosi ad Olbia in data 16.12.2016 per un totale di 4 ore.

Con riferimento alla rotazione degli incarichi si specifica che la stessa rappresenta una delle misure di prevenzione della corruzione più efficiente, ma nel contempo è la più difficile da praticare nelle Aziende Sanitarie soprattutto per il personale assegnato al Servizio Provveditorato stante l'elevato grado di professionalità e specializzazione richiesto in questo specifico settore. Nell'ambito dell'azienda ASL 2 di Olbia, non risultavano per il 2016 programmate forme di rotazione degli incarichi o quantomeno di segregazione delle funzioni e ciò perché l'esiguo numero delle risorse e le particolari competenze acquisite dalle stesse non avrebbe consentito di attuare una rotazione se non a discapito dell'efficienza del servizio. Si aggiunga inoltre che essendo in corso, come già precedentemente osservato, la riforma del SSR, in un momento in cui dunque si chiedeva agli operatori enorme impegno per realizzare il passaggio senza traumi, attuare tali misure avrebbe comportato il rischio di sacche di inefficienza ben più gravi rispetto ad un ipotetico rischio corruzione. Si è dunque ritenuto più opportuno rinviare l'adozione di tali misure di prevenzione al 2017 allorché verosimilmente la riorganizzazione e accentramento di alcune funzioni proprie delle aree a rischio ne consentirà la programmazione.

10. Risultati del Sistema di misurazione e Valutazione della Performance nel 2016

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;

11 . IL Processo di Redazione della Relazione sulla Performance

11.1 Fasi, Soggetti, Tempi e Responsabilità

La Misurazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi strategici attribuiti alle unità operative aziendale nel 2016 è avvenuta a maggio 2017 a cura della Struttura Tecnica Permanente. Per quanto riguarda il processo di valutazione individuale del personale, sono state inviate a tutti i responsabili di Unità operativa le schede di valutazione 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 2016
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- GIUGNO 2016
Redazione del Bilancio consuntivo 2015	UU.OO Contabilità e Bilancio	LUGLIO 2016
Redazione della Relazione sulla Performance	Area PCC	GIUGNO 2016
Adozione della Relazione sulla Performance	Direzione strategica	GIUGNO 2016
Validazione della Relazione sulla Performance	OIV	LUGLIO 2016

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

Nel corso del 2016 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, delibera n° 287 del 24/03/14, delibera n° 127 del 02/02/2015 e con delibera n° 491 del 01/06/2016.

Affinché il Piano rappresentasse una traduzione operativa della pianificazione strategica, si è proceduto a definire il Piano delle Performance nei sui contenuti principali contestualmente alla predisposizione del Piano di rientro 2016.

Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione

Il Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità è stato redatto per la prima volta nel corso del 2013 e successivamente aggiornato con delibera n° 592 del 20/05/2015. 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. L'unica criticità è relativa alla mancata calendarizzazione della Giornata della Trasparenza, quale sede opportuna al fine della presentazione del Piano e della Relazione sulla performance alle associazioni di consumatori o altri utenti interni ed esterni; tuttavia è auspicato dell'azienda provvedere a pianificare tali incontri con l'assoluta certezza che gli stessi siano la sede

opportuna per condividere *best practice*, esperienze oltre che al grado di condivisione del sistema di valutazione.

Il percorso della trasparenza nella Pubblica Amministrazione, è un percorso in evoluzione, dove Open Data (dati aperti, liberamente accessibili a tutti) e Open Government (dal concetto di semplice erogazione dei servizi al cittadino a quello di collaborazione con il cittadino) potenzialmente consentono l'accessibilità totale del Cittadino.

La Pubblica Amministrazione deve, infatti rendere conto ai cittadini sulle ricadute delle attività svolte - rendere conto alla «società» di come si utilizzano le risorse pubbliche e favorire l'esercizio del controllo sociale, per migliorare i servizi. Si tratta di un cambiamento radicale: inscindibile oltre che fortemente condizionato dallo sviluppo della tecnologia, dalla diffusione della conoscenza "globale" e dei social network.

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 e successivamente modificato e aggiornato con delibera n°427 del 11/05/2016 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 e 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), 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, la Struttura Tecnica Permanente procede alla misurazione 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 valutazione della Performance Individuale, 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 del comparto.

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 è ragionevole affermare che il processo possa definirsi abbastanza maturo per cui la definizione degli obiettivi da raggiungere e, quindi, indicatori e target sono risultati più sfidanti rispetto al periodo 2011 - 2015, 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 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 comunque 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 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 misurazione 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.