DIREZIONE GENERALE

ASLCagliari

1627
21 DIC. 2016

# *ASL CAGLIARI*

# *RELAZIONE SULLA PERFORMANCE*

# *2015*

Servizio Programmazione e controllo

## Sommario

**1 PREMESSA ..... 3**

**2 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI *STAKEHOLDER* ESTERNI ..... 4**

*2.1 Il contesto di riferimento ..... 4*

*2.2 L'amministrazione ..... 9*

*2.3 I risultati raggiunti, criticità e opportunità ..... 15*

**3 OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI ..... 18**

*3.1 Albero della Performance ..... 19*

*3.2 Obiettivi strategici ..... 20*

AREA STRATEGICA 1 - Area dell'appropriatezza e accessibilità nei livelli di assistenza ..... 20

AREA STRATEGICA 2 - Area dell'efficienza economico-organizzativa ..... 21

AREA STRATEGICA 3 - Area dell'efficacia e qualità dei servizi ..... 21

*3.3 Obiettivi individuali ..... 23*

**4 RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ ..... 27**

*4.1. Macro-obiettivi economico finanziari anno 2015 ..... 27*

*4.2. Confronto Ce consuntivo 2014 - 2015 e relazione sugli scostamenti ..... 28*

*4.3. Risorse umane e finanziarie destinate all'implementazione e/o funzionamento delle diverse fasi del ciclo delle performance ..... 32*

**5 PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE ..... 34**

**6 IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLE *PERFORMANCE* ..... 36**

*6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità ..... 37*

*6.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo della performance ..... 37*

# 1 PREMESSA

**Finalità**

La Relazione sulla *Performance* - prevista dall'art. 10, comma 1, lett. b) del D.LGS. n. 150/2009 – rappresenta lo strumento mediante il quale l'amministrazione illustra ai cittadini e a tutti gli altri *stakeholder*, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della *performance*.

La funzione di comunicazione verso l'esterno è prevista inoltre dai commi 6 e 8 dell'art. 11 del decreto, che prevedono rispettivamente la presentazione della Relazione "*alle associazioni di consumatori o utenti, ai centri di ricerca e a ogni altro osservatore qualificato, nell'ambito di apposite giornate della trasparenza*", ed assolta mediante la pubblicazione della stessa sul sito istituzionale aziendale, nella sezione "*Trasparenza, valutazione e merito*".

Più in dettaglio, la Relazione adempie la finalità di evidenziare a consuntivo i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti registrati nel corso dell'anno, indicandone le cause e le misure correttive da adottare.

In base all'art. 27, comma 2 del decreto, la Relazione ha anche il compito di documentare gli eventuali risparmi sui costi di funzionamento derivanti da processi di ristrutturazione, riorganizzazione e innovazione ai fini dell'erogazione, nei limiti e con le modalità ivi previsti, del premio di efficienza di cui al medesimo articolo. La Relazione deve, infine, contenere il bilancio di genere realizzato dall'amministrazione.

**Principi generali**

In riferimento alle finalità sopradescritte, la Relazione deve configurarsi come un documento snello e comprensibile, la cui stesura deve ispirarsi ai principi di trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità dei contenuti, partecipazione e coerenza interna ed esterna.

# 2 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI *STAKEHOLDER* ESTERNI

## *2.1 Il contesto di riferimento*

L'Azienda Sanitaria Locale n. 8 di Cagliari è stata costituita nel 1995 a seguito dell'entrata in vigore della L.R. n. 5/1995, dalla fusione delle ex UU.SS.LL n. 20, n. 21, n. 22 e parte della USL n. 18. Ai sensi dell'art. 3, comma 1-bis del D.LGS. n. 229/1999, essa assicura la tutela e promozione della salute degli individui e della collettività nel territorio di competenza come definito, a seguito dell'emanazione della L.R. n 7/2005, dalla D.G.R. n 51/10 del 4/11/2005. Il patrimonio dell'Azienda è costituito dai beni mobili e immobili a essa appartenenti, che sono utilizzati per il perseguimento dei propri fini istituzionali.

La sede legale dell'Azienda è situata in Selargius (Cagliari), nella via Piero della Francesca n. 1.

La ASL n. 8 di Cagliari, in attuazione della D.G.R. n. 51/10 del 4/11/2005 ha acquisito i Distretti di Isili e Senorbì, provenienti il primo dalla ASL n. 3 di Nuoro e il secondo dalla ASL n. 6 di Sanluri, ha acquisito i Comuni di Vallermosa, Nuraminis e Villasor facenti sempre parte della ASL n. 6 di Sanluri, oltre che Siliqua e Teulada provenienti dalla ASL n. 7 di Carbonia.

L'atto Aziendale - approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 274 del 20/03/2008 (successivamente modificato con le deliberazioni n. 1413 del 15/12/2009, n. 659 del 18/04/2013 e n. 12 del 09/01/2014), ha previsto che l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria sia erogata nell'ambito di 5 Distretti Socio-Sanitari a cui afferiscono i diversi Comuni della provincia di Cagliari, così come rappresentato nella tabella seguente:

| ASL CA | |
|---|---|
| COMUNI | 71 |
| ABITANTI (*ISTAT* 1/01/2015) | 561.925 |
| DISTRETTI SOCIOSANITARI | 5 |

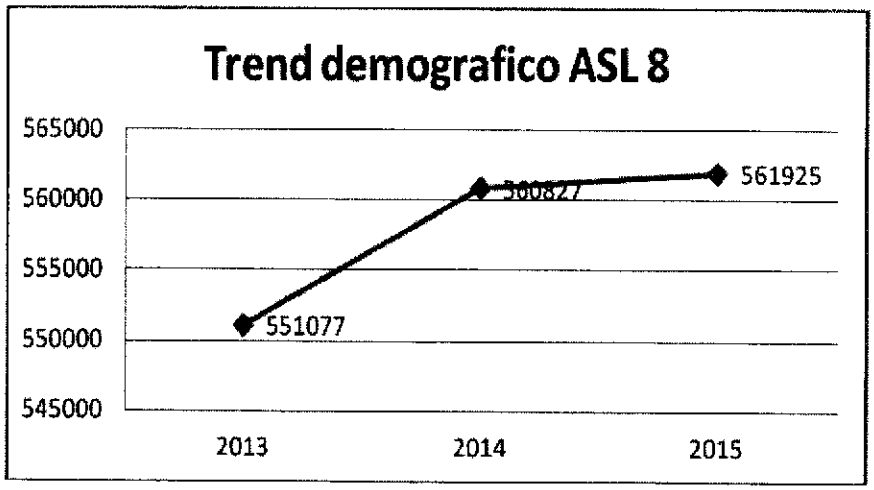
| DISTRETTO SANITARIO | COMUNE | TOTALE | RESIDENTI |
|---|---|---|---|
| CAGLIARI AREA VASTA | Cagliari; Monastir; Monserrato; Nuraminis; Quartucciu; Selargius; Sestu; Settimo San Pietro; Ussana | 9 | 255.425 |
| AREA OVEST | Assemini; Capoterra; Decimomannu; Decimoputzu; Domus de Mari ; Elmas; Pula; San sperate; Sarroch; Siliqua; | 16 | 124.761 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Teulada; Uta; Vallermosa; Villa San Pietro; Villasor; Villaspeciosa | | |
| QUARTU - PARTEOLLA | Burcei; Dolianova; Donori; Maracalagonis; Quartu Sant'Elena; Serdiana; Sinnai; Soleminis | 8 | 115.494 |
| SARRABUS - GERREI | Armungia; Ballao; Castiadas; Muravera; San Nicolo' Gerrei; San Vito; Silius; Villaputzu; Villasalto; Villasimius; | 10 | 23.540 |
| SARCIDANO-BARBAGIA DI SEULO E TREXENTA | | 28 | 42.705 |
| Sede di Isili | Escalaplano; Escolca; Esterzili; Gergei; Isili; Nuragus; Nurallao; Serri; Seulo; Nurri; Orroli; Sadali; Villanova Tulo; | | |
| Sede di Senorbi | Barrali; Gesico; Goni; Guamaggiore; Guasila; Mandas; Ortacesus; Pimentel; Samatzai; San Basilio; Sant'Andrea Frius; Selegas; Senorbì; Siurgus Donigala; Suelli | | |
| **TOTALE** | | **71** | **561.925** |

*(Fonte dati ISTAT)*

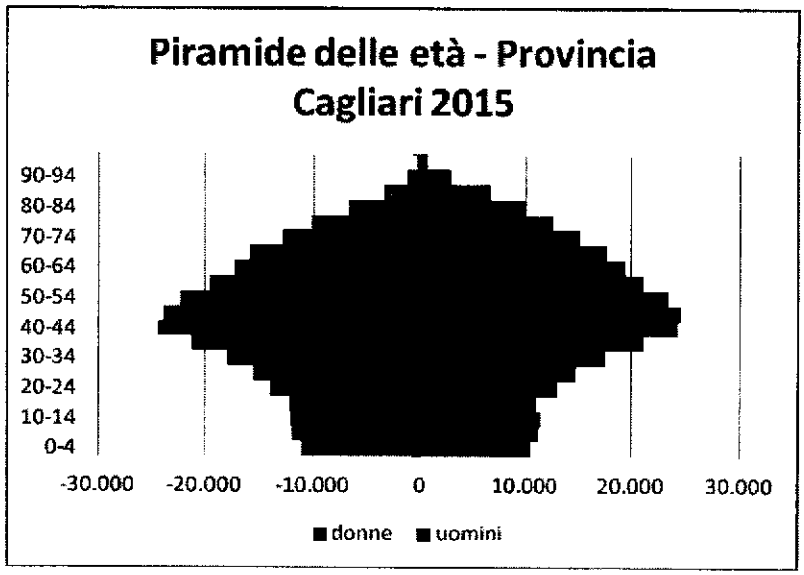
Un rilevante fattore esterno intervenuto nel corso dell'anno in esame è rappresentato dallo scorporo dei PP.OO. *Businco* e *Pediatrico Microcitemico*, rientrante tra gli obiettivi di mandato definiti con D.G.R. n. 1/14 del 13/01/2015 "*Definizione degli obiettivi di mandato dei Commissari straordinari ex L.R. n. 23/2014*", con la quale è stato dato mandato a questa ASL di attuare gli interventi previsti dalla L.R. n. 23/2014 al fine di consentire l'avvio della gestione da parte della A.O. *Brotzu* dal 01/07/2015.

*Trend demografico* - A differenza di quanto accade in altri territori della Regione, nella provincia di Cagliari la popolazione negli ultimi anni risulta in aumento (da 551.077 abitanti nel 2013 a 561.925 abitanti).




| POPOLAZ. RESID. AL 1° GENNAIO/ANNO | 2013 | 2014 | 2015 | Δ |
|---|---|---|---|---|
| PROVINCIA CAGLIARI | 551.077 | 560.827 | 561.925 | 10.848 |

*Invecchiamento della popolazione* - Tra i tanti fenomeni collegati al processo di trasformazione demografica, si distingue il costante invecchiamento della popolazione, indicatore non solo del crescente allungamento della vita e quindi della riduzione della mortalità in età avanzata, ma anche dello scarso rinnovamento generazionale. L'aumento della longevità (come mostra la piramide delle età riportata di seguito), riguarda maggiormente la parte femminile. Il dato si presenta simile a livello nazionale, regionale, provinciale e distrettuale. Nonostante studi recenti abbiano evidenziato che il *trend* e i comportamenti dei 2 sessi tendano sempre più ad avvicinarsi (aumenta il numero di donne che fuma, beve e lavora), risulta che la popolazione femminile è sempre più resistente di quella maschile alle diverse cause patogene di morte.




L'indice di dipendenza strutturale - che rappresenta il *carico sociale* ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni e oltre) su quella attiva (15-64 anni) - evidenzia che nella provincia di Cagliari ci sono 48,67 individui a carico, ogni 100 che lavorano.

| INDICI DI DIPENDENZA | PROV. CA | ITALIA | SARDEGNA |
|---|---|---|---|
| dipendenza anziani | 30,61 | 33,73 | 32,47 |
| dipendenza giovanile | 18,05 | 21,39 | 17,97 |
| dipendenza totale (carico sociale) | 48,67 | 55,12 | 50,44 |

*Fonte: rielaborazione dati Istat. Popolazione residente al 1/01/2015*

Per quanto riguarda la popolazione anziana:

- il numero degli ultra-sessantacinquenni nel 2015 risulta pari a 115.709 (20,59% sul totale);
- l'indice di vecchiaia1 - in linea generale molto elevato in tutta la regione Sardegna - nella provincia di Cagliari, con un valore pari a 169,56, superando in maniera significativa il 100, indica una prevalenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi.

| POPOLAZIONE ANZIANA – ANNO 2015 | PROVINCIA CAGLIARI |
|---|---|
| Ultra sessantacinquenni | 115.709 |
| Indice di vecchiaia | 169,56 |
| Incidenza popolazione anziana | 20,52 |

*Fonte: rielaborazione dati Istat. Popolazione residente al 1/01/2015*

| 2015 | ITALIA | SARDEGNA |
|---|---|---|
| INDICE DI VECCHIAIA | 157,68 | 180,72 |
| TASSO INCID. POP. ANZIANA | 21,74 | 21,58 |

[1] Descrive il peso delle persone anziane in una determinata popolazione e che sostanzialmente stima il grado di invecchiamento di una popolazione

Il processo di invecchiamento è destinato a crescere. Il fenomeno va letto tenendo conto del fatto che l'*Istat* prevede, per la Sardegna, un incremento progressivo della popolazione anziana, la cui incidenza sulla popolazione complessiva dovrebbe raddoppiarsi (rispetto al valore calcolato per il 2011) intorno all'anno 2035.

I dati di mortalità generale evidenziano un andamento in linea con quello regionale e provinciale. Si muore principalmente per malattie del sistema circolatorio e per tumori. Le altre cause sono - in ordine di decessi - per malattie dell'apparato respiratorio, malattie infettive (comprensivo del dato relativo all'AIDS), malattie dell'apparato digerente, traumatismi ed avvelenamenti: queste cause rispecchiano i dati regionali e provinciali per entrambi i sessi, ma con alcune specificità d'ambito.

*Nuclei familiari* - Anche le modifiche intervenute sul versante della composizione delle strutture familiari hanno inciso sul bisogno di salute della popolazione. Rispetto a 30-40 anni fa la struttura della popolazione è fortemente cambiata: sono diminuite le coppie con figli e cresciuti i nuclei famigliari monocomponente, soprattutto quelli con anziani soli. Di fatto accanto a un crescente numero di famiglie si registra un calo dei numeri dei componenti che come mostra la tabella sottostante si aggira attorno alle 2 unità per famiglia.

Pertanto anche in questo caso una popolazione sempre più anziana e composta da nuclei familiari sempre più piccoli non può che spostare l'attenzione della politica e l'allocazione delle risorse verso le cure mediche, l'assistenza e i servizi alla persona.

| **FAMIGLIE - ANNO 2015 - PROVINCIA CAGLIARI** | |
|---|---|
| N. FAMIGLIE | 240.896 |
| N. CONVIVENZE | 252 |
| N. MEDIO COMPONENTI PER FAMIGLIA | 2.32 |

*Stranieri* - Dal punto di vista demografico e sociale, sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia. Come mostra la tabella sotto riportata si conferma l'aumento, nel tempo, della popolazione straniera residente nella provincia.

| **POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE AL 1/01/2014 E AL 1/1/2015 PER SESSO - PROVINCIA CAGLIARI** | **M** | **F** | **MF** |
|---|---|---|---|
| 2014 | 6.299 | 7.581 | 13.880 |
| 2015 | 6.791 | 7.941 | 14.732 |

*Fonte: Istat. Bilancio Popolazione straniera residente 2014-2015*

## *2.2 L'amministrazione*

**Cosa facciamo**

La ASL assicura - attraverso servizi direttamente gestiti - l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera.

**Come operiamo**

Il modello organizzativo della ASL n. 8 prevede i seguenti livelli della macrostruttura organizzativa:

- Direzione Aziendale: è il vertice strategico nel quale sono collocate le tre direzioni (Generale, Sanitaria ed Amministrativa) dell'Azienda;
- Tecnostruttura: nella quale sono strutturate le unità di *staff* individuate in relazione alle caratteristiche dei processi di funzionamento dell'Azienda e delle funzioni di supporto previste;
- Attività Amministrative: non direttamente coinvolte nella produzione ed erogazione dei servizi sanitari;
- *Middle Management*: rappresentato dalle direzioni di distretto e di presidio non direttamente coinvolte nella produzione ed erogazione dei servizi sanitari;
- *Line*: nel quale sono raggruppate le differenti unità operative (suddivise in quattro aree) che sviluppano le attività previste nell'ambito dei processi clinico - sanitari, tecnico - amministrativi.

In accordo con l'articolo 9 della L. R. n. 10/2006 il DIPARTIMENTO rappresenta il modello ordinario di gestione operativa, a livello aziendale o interaziendale, di tutte le attività dell'Azienda.

Al 31/12/2015 presso la ASL di Cagliari operavano 4.200 dipendenti così suddivisi:

| Ruolo | N. dipendenti |
|---|---|
| AMMINISTRATIVO | 455 |
| PROFESSIONALE | 12 |
| SANITARIO | 3.080 |
| TECNICO | 655 |
| **Totale complessivo** | **4.202** |

Tali dipendenti erano dislocati presso le seguenti strutture organizzative:

| |
|---|
| ASSISTENZA COLLETTIVA |
| |
| DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |
| SERVIZIO IGIENE DELLA PROD. TRASF. COMM. ALIM. DI ORIGINE ANIMALE |
| SERVIZIO IGIENE ALLEVAMENTI |
| SERVIZIO SANITA' ANIMALE |
| SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO |
| SERVIZIO IGIENE SANITA' PUBBLICA |
| SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE |

| |
|---|
| SERVIZIO PROMOZIONE DELLA SALUTE |
| MEDICINA LEGALE |
| SALUTE E AMBIENTE |
| |
| **ASSISTENZA TERRITORIALE** |
| |
| **DIPARTIMENTO COORDINAMENTO DISTRETTI** |
| **DISTRETTO 1** |
| 1-ANZIANI DISABILI E SOGGETTI FRAGILI |
| 1-CONSULTORI |
| 1-CURE PRIMARIE |
| 1-HOSPICE |
| 1-NEFROLOGIA E DIALISI DEL TERRITORIO |
| 1-NEUROPSICHIATRIA INFANTILE |
| 1-RIABILITAZIONE E TERAPIA FISICA AREA SPECIALISTICA |
| 1-RIABILITAZIONE SOCIO SANITARIA AREA TERRITORIALE |
| 1-SISTEMA TERRITORIALE DELL'EMERGENZA |
| 1-CENTRALE OPERATIVA |
| **DISTRETTO 2** |
| **DISTRETTO 3** |
| **DISTRETTO 4** |
| **DISTRETTO 5** |
| |
| **DIPARTIMENTO DEL FARMACO** |
| UNITA' CENTRALE |
| FARMACEUTICA OSPEDALIERA |
| FARMACEUTICA TERRITORIALE |
| |
| **DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE** |
| SERVIZIO RIABILITAZ. E RESIDENZIALITA' |
| SERVIZIO PSICHIATRIA FORENSE |
| SPDC1 |
| SPDC2 |
| CSM ORE CAGLIARI A |
| CSM ORE CAGLIARI B |

| |
|---|
| CSM ORE SELARGIUS |
| CSM ORE ASSEMINI |
| CSM ORE QUARTU S. ELENA |
| CSM ORE ISILI |
| CENTRO TRATTAMENTO DISTURBI PSICHIATRICI ALCOOL CORRELATI |
| |
| **DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE** |
| SERD CAGLIARI – VIA LIGURIA |
| SERD CAGLIARI - VIA DEI VALENZANI |
| SERD QUARTU S. ELENA |
| Dipendenze da alcool, tabacco, gioco d'azzardo patologico |
| |
| **ASSISTENZA OSPEDALIERA** |
| |
| **P.O. SAN MARCELLINO** |
| DIREZIONE SANITARIA |
| ANESTESIA |
| CHIRURGIA GENERALE |
| MEDICINA GENERALE |
| PRONTO SOCCORSO |
| OSTETRICIA E GINECOLOGIA (CENTRO DONNA) |
| |
| **P.O. SS. TRINITA'** |
| DIREZIONE SANITARIA |
| CHIRURGIA GENERALE |
| CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE |
| DERMATOLOGIA |
| OTORINOLARINGOIATRIA |
| OSTETRICIA E GINECOLOGIA |
| NEURORIABILITAZIONE |
| ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |
| RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE |
| UROLOGIA |
| CHIRURGIA PEDIATRICA |
| GASTROENTEROLOGIA E CHIRURGIA ENDOSCOPICA |

| |
|---|
| GERIATRIA |
| MALATTIE INFETTIVE |
| MEDICINA INTERNA |
| EMODIALISI (NEFROLOGIA E DIALISI) |
| ANESTESIA E RIANIMAZIONE |
| PRONTO SOCCORSO |
| U.T.I.C. |
| |
| **P.O. MARINO** |
| DIREZIONE SANITARIA |
| ANESTESIA E BLOCCO OPERATORIO |
| CARDIOLOGIA |
| ORTOPEDIA E MICROCHIRURGIA RICOSTRUTTIVA |
| CLINICA ORTOPEDICA |
| UNITA' SPINALE |
| NEUROCHIRURGIA |
| CHIRURGIA D'URGENZA |
| PRONTO SOCCORSO |
| RIANIMAZIONE E MEDICINA IPERBARICA |
| |
| **P.O. BINAGHI** |
| DIREZIONE SANITARIA |
| ANESTESIA E RIANIMAZIONE |
| CARDIOLOGIA |
| CENTRO SCLEROSI MULTIPLA |
| CTMO |
| CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE TRAPIANTI |
| GENETICA MEDICA |
| OFTALMOLOGIA |
| SERVIZIO ENDOCRINOLOGIA TERRITORIALE |
| CENTRO DONNA |
| PNEUMOLOGIA 4 |
| PNEUMOLOGIA 3 (TERAPIA SEMINTENSIVA RESPIRATORIA) |
| PNEUMOLOGIA 2 |
| PNEUMOLOGIA TERRITORIALE |

| |
|---|
| **P.O. SAN GIUSEPPE** |
| DIREZIONE SANITARIA |
| ANESTESIA E RIANIMAZIONE |
| CHIRURGIA GENERALE |
| PRONTO SOCCORSO |
| MEDICINA GENERALE |
| OSTETRICIA E GINECOLOGIA (CENTRO DONNA) |
| |
| **DIPARTIMENTO DEI SERVIZI DIAGNOSTICI** |
| ANATOMIA PATOLOGICA SS.TRINITA' |
| LABORATORIO ANALISI BINAGHI |
| LABORATORIO ANALISI MARINO |
| LABORATORIO ANALISI SS. TRINITA' |
| LABORATORIO ANALISI SAN GIUSEPPE |
| LABORATORIO ANALISI SAN MARCELLINO |
| |
| **DIPARTIMENTO IMMAGINI** |
| MEDICINA NUCLEARE SS. TRINITA' |
| SERVIZIO RADIOLOGIA BINAGHI |
| SERVIZIO RADIOLOGIA MARINO |
| SERVIZIO RADIOLOGIA SS. TRINITA' |
| SERVIZIO RADIOLOGIA SAN GIUSEPPE |
| SERVIZIO RADIOLOGIA SAN MARCELLINO |
| |
| **DIREZIONE GENERALE** |
| |
| **DIPARTIMENTO DELLO *STAFF*** |
| AFFARI GENERALI |
| AFFARI LEGALI |
| AREA COMUNICAZIONE |
| UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO |
| AREA NURSING |
| DIRETTORE SOCIO SANITARIO |
| PROGETTAZIONE STRATEGICA, QUALITA' E RISK MANAGEMENT |

| |
|---|
| PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO |
| SISTEMI INFORMATIVI E TECNOLOGIE INFORMATICHE |
| SVILUPPO ORGANIZZATIVO E VALUTAZIONE DEL PERSONALE |
| |
| **AREA TECNICO AMMINISTRATIVA** |
| ACQUISTI |
| CONTABILITA' E BILANCIO |
| PERSONALE |
| AREA AMMINISTRATIVA PRESIDI |
| AREA AMMINISTRATIVA TERRITORIALE |
| |
| **DIPARTIMENTO DEI SERVIZI TECNICO LOGISTICI** |
| PATRIMONIO E SERVIZI TECNICI (SERVIZIO TECNICO) |
| SERVIZI GENERALI ALBERGHIERI E LOGISTICA |
| SICUREZZA LEGGE N. 626/94 |
| |
| **DIPARTIMENTO ACQUISTO SERVIZI SANITARI** |
| ASSISTENZA TERRITORIALE |
| ASSISTENZA OSPEDALIERA |
| AUTORIZZAZIONI ACCREDITAMENTO EROGATORI SANITARI |

## *2.3 I risultati raggiunti, criticità e opportunità*

L'ASL n. 8 di Cagliari si configura come una delle aziende sanitarie più complesse operanti sul territorio italiano per dimensioni, caratteristiche, articolazione geografica e organizzativa. L'estensione del territorio, la popolazione assistita, i servizi e le risorse gestite la collocano, infatti, tra le più grandi aziende sanitarie locali nazionali.

Nel 2015 la ASL n. 8 ha subito notevoli trasformazioni gestionali ed organizzative: con la L.R. n. 23/2014 è stato avviato il processo di riforma dell'assetto istituzionale-organizzativo del Sistema Sanitario Regionale; in particolare, l'art. 9 ha avviato un processo di adeguamento delle aziende sanitarie della Sardegna, che per quel che concerne la ASL n. 8 di Cagliari ha comportato lo scorporo dei PP.OO. *Microcitemico* e *Oncologico - A. Businco*, confluiti nell'Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale *G. Brotzu*.

Il medesimo art. 9 ha disposto il commissariamento straordinario delle aziende sanitarie e ospedaliere e delle aziende ospedaliero-universitarie; con deliberazione n. 51/2 del 20/12/2014 la Giunta Regionale ha proceduto alla nomina dei Commissari straordinari. Con D.G.R. n. 1/14 del 13/01/2015 sono stati definiti e assegnati gli obiettivi di mandato dei Commissari straordinari secondo le prescrizioni della L.R. n. 23/2014, recepiti da questa Azienda con la deliberazione del C.S. n. 112 del 28/01/2015. Con deliberazione del C.S. n. 113 del 28/01/2015 si è disposta la costituzione di un gruppo di lavoro per la razionalizzazione della rete dei laboratori della Asl n. 8 di Cagliari, in adempimento di quanto prescritto a livello regionale.

La ASL n. 8 quindi ha lavorato in regime commissariale per tutto l'anno 2015 dettando le azioni di intervento in tema di razionalizzazione della rete dei laboratori analisi in ambito aziendale con la deliberazione del C.S. n. 115 del 28/01/2015, dando mandato ai responsabili dei Laboratori Analisi interessati, ai direttori sanitari dei PP.OO., ai direttori dei Distretti, al direttore del Dipartimento del Farmaco e ai responsabili dei servizi amministrativi competenti di definire nel dettaglio e in relazione agli ambiti di competenza di ciascuno le concrete e ulteriori modalità operative per dare tempestiva attuazione a quanto indicato nella nota prot. n. 2654 del 20/01/2015 (che ha dettato alcune linee di intervento prioritarie da adottarsi tempestivamente nelle more della definizione del progetto di accorpamento e razionalizzazione dell'area dei laboratori).

Inoltre con deliberazione del C.S. n. 421 del 08/04/2015 è stato approvato il progetto di riorganizzazione e riqualificazione della rete dei laboratori.

Con deliberazione del C.S. n. 802 del 29/06/2015 questa Azienda ha approvato il progetto di scorporo dei PP.OO. *A. Businco* e *Pediatrico-Microcitemico* per l'incorporazione nella A.O. *G. Brotzu*.

Conseguentemente, con deliberazione del C.S. n. 114 del 28/01/2015 sono stati costituiti in ambito aziendale dei gruppi di lavoro preposti alla definizione dei rapporti attivi e passivi in capo alla ASL n. 8 di Cagliari scaturenti dalla procedura di scorporo dei PP.OO. Oncologico e Pediatrico da trasferire all'A.O. *Brotzu* a far data dal 1/07/2015, nonché lo scorporo delle funzioni e attività da trasferire alla

costituenda Azienda Regionale dell'Emergenza Urgenza della Sardegna (A.R.E.U.S.) in attuazione della L.R. n. 23/2014.

Con deliberazione del C.S. n. 844 del 30/06/2015 è stato approvato il progetto di riorganizzazione della logistica farmaceutica nell'Area Vasta Sud Sardegna: *HUB* unico del Farmaco.

La D.G.R. n. 43/9 del 1/09/2015, recante per oggetto "*Disposizioni alle Aziende sanitarie in materia di contenimento della spesa per il personale. Blocco del turnover*", ha imposto a tutte le aziende sanitarie il blocco delle assunzioni per il personale dipendente attraverso la previsione di un blocco parziale del *turnover* del personale dirigenziale e del comparto del ruolo sanitario, professionale e per gli operatori socio-sanitari, con la conferma del blocco totale del *turnover* del personale amministrativo e tecnico, il divieto di acquisizioni di personale tramite mobilità intercompartimentali, mobilità interaziendale e extraregionali in entrata nell'ambito del comparto sanità, dell'area SPTA e dell'area medica e veterinaria, ad esclusione della mobilità pre-concorsuale, il blocco di tutte quelle tipologie di reclutamento *ex novo* di personale che comportino un incremento di spesa a carico del SSR; per le acquisizioni in *outsourcing* di servizi finalizzati all'espletamento di funzioni istituzionali che possano configurarsi come elusive del blocco delle assunzioni, le Aziende devono richiedere apposita autorizzazione, al fine di verificarne la compatibilità con i processi di riorganizzazione della rete ospedaliera e con gli obiettivi di razionalizzazione della spesa del personale e, in ogni caso, nel rispetto delle disposizioni richiamate nella D.G.R. n. 23/7 del 12/05/2015 (Indicazioni operative agli enti ed aziende del Servizio Sanitario Regionale in materia di contenimento della spesa relativa al personale, piano di superamento del precariato, proroga graduatorie concorsuali e attivazione procedure di mobilità ex art. 30 D.LGS. n. 165/2001).

Con D.G.R. n. 54/11 del 10/11/2015 recante *Interventi per la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica*, rilevato che la Regione Sardegna nell'ultimo biennio è risultata al 1° posto in Italia per spesa farmaceutica complessiva, con un incidenza del 19,2% sul Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN) rispetto al tetto di spesa fissato dalla normativa vigente del 14,85%, sono stati definiti ulteriori interventi tesi a realizzare un generale processo di razionalizzazione delle risorse, finalizzato a garantire il mantenimento del livello e della qualità dell'assistenza attualmente erogata, con l'obiettivo di garantire l'appropriatezza prescrittiva, intesa come necessità di coniugare l'efficacia delle cure con le risorse disponibili, rendendole in tal modo accessibili a tutti i cittadini e sono stati assegnati alle ASL precisi obiettivi in tema di appropriatezza prescrittiva, da raggiungere entro il triennio. Questa Azienda ha recepito la D.G.R. di cui sopra con deliberazione del C.S. n. 1460 del 21/12/2015 e sta avviando una serie di attività di importanza strategica volte al conseguimento degli obiettivi.

L'Azienda inoltre continua a garantire la libera circolazione delle idee e delle informazioni sulle procedure, sulle risorse e sui risultati, nonché la visibilità e la comprensibilità dei processi decisionali interni all'Azienda adottando misure di prevenzione del rischio corruttivo ed effettua il monitoraggio del rispetto del Codice di Comportamento Aziendale.

| S (Punti di forza) | W (Punti di debolezza) |
|---|---|
| Capillarità dei servizi territoriali<br>Disponibilità al confronto dei vari *stakeholders* | Dimensione territoriale<br>Scarsa viabilità<br>Costi di produzione ancora troppo alti |
| **O (Opportunità)** | **T (Minacce)** |
| Rimodulazione della rete Ospedaliera e territoriale<br>Riorganizzazione dei servizi aziendali<br>Programmazione integrata con il territorio - *PLUS*<br>Avvio governo clinico con PDTA, *Audit* e *Risk* | Resistenza al cambiamento di una parte degli *stakeholder* |

# 3 OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

Le politiche e le strategie aziendali sono definite dalla Direzione sulla base delle linee di indirizzo regionali, coerentemente con le esigenze espresse dal territorio di riferimento, e vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture, attraverso il processo di *budgeting*.

Tramite il sistema di *budgeting* vengono definiti, per ogni struttura operativa, gli obiettivi operativi e, attraverso la produzione di reportistica, viene monitorato l'andamento della gestione. Un confronto periodico con gli obiettivi prefissati permette di gestire tempestivamente eventuali interventi correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi. Gli obiettivi sono individuati secondo cinque prospettive di riferimento, ognuna delle quali contiene specifiche categorie denominate dimensioni:

1. *Processi:* Appropriatezza, efficacia clinica, efficienza, innovazione, integrazione/coordinamento, legalità, sicurezza;
2. *Stakeholder*: Qualità percepita, fidelizzazione;
3. *Economica*: Equilibrio finanziario, equilibrio economico;
4. *Professionisti/operatori*: Sviluppo professionale, clima.

Le prospettive suddette sono state declinate in obiettivi operativi seguendo il seguente schema logico che verrà approfondito punto per punto nel seguito della trattazione:

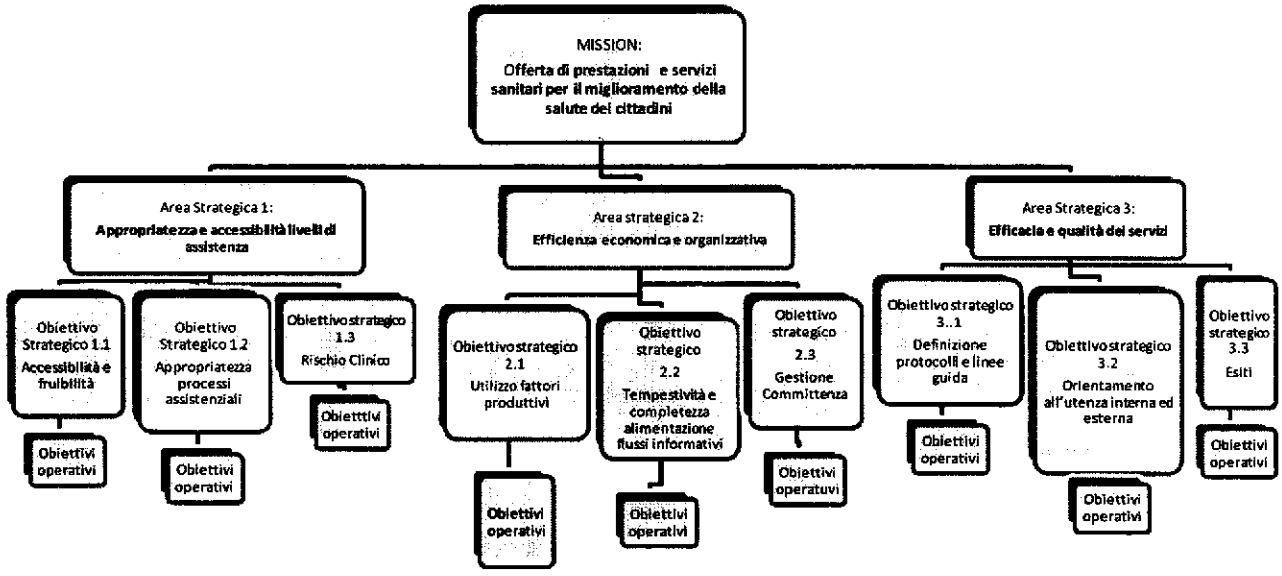
- Albero della perfomance;
- Obiettivi strategici;
- Obiettivi individuali.

## *3.1 Albero della Performance*

In coerenza con le indicazioni derivanti dalla normativa nazionale e regionale, vista la *mission* e la *vision* aziendale, di seguito sono riportate le principali aree di sviluppo strategico della ASL n. 8 di Cagliari.

Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali costituiscono la base di partenza per la elaborazione dell'albero della *performance*. Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti.

Di seguito è riportata la rappresentazione grafica dell'Albero della *Performance*.




Nella costruzione dell'Albero della *Performance* sono state individuate tre aree strategiche di valutazione:

1. Area dell'appropriatezza e accessibilità nei livelli di assistenza;
2. Area dell'efficienza economico-organizzativa;
3. Area dell'efficacia e qualità dei servizi;

## *3.2 Obiettivi strategici*

Di seguito vengono esposti i macro obiettivi declinati poi operativamente alle varie strutture in base ai propri ambiti di competenza:

- Miglioramento della spesa sanitaria e in particolare dell'appropriatezza farmaceutica
- Miglioramento dell'assistenza sociosanitaria
- Miglioramento delle agende CUP e abbattimento liste d'attesa
- Miglioramento del governo clinico. Implementazione dei PDTA
- Miglioramento flussi informativi
- Miglioramento della formazione aziendale
- Potenziamento delle attività di monitoraggio del rischio clinico per il tramite dei PDTA

### AREA STRATEGICA 1 - Area dell'appropriatezza e accessibilità nei livelli di assistenza

**Miglioramento delle agende CUP e abbattimento liste d'attesa**

Potenziamento delle attività CUP ambulatoriali, mediante il caricamento delle agende pubbliche a sistema, al fine della riduzione delle liste d'attesa; il raggiungimento dell'obiettivo ha richiesto la formazione informatica del personale coinvolto e la fornitura delle necessarie dotazioni informatiche. Questo obiettivo ha permesso alla ASL di potenziare l'offerta delle agende CUP completando l'opera di informatizzazione delle stesse.

**Miglioramento dell'assistenza alla persona**

La ASL n. 8 nell'ambito del miglioramento del livello delle *performance* delle prestazioni di assistenza erogate agli utenti ha concentrato la sua attenzione e le sue risorse nelle seguenti aree sanitarie:

- appropriata dell'offerta a partire dai LEA;
- attivazione di iniziative che possono prevenire o ritardare l'insorgenza della *"malattia"*, attraverso il consolidamento di campagne di prevenzione primaria (stili di vita salutari) e secondaria (diagnosi precoce);
- miglioramenti nell'appropriatezza delle prestazioni erogate e nella qualità dell'*outcome* prodotto (analisi degli esiti).

Nell'ambito della prevenzione primaria, l'azienda ha realizzato progetti mirati di educazione alla salute; di profilassi immunitaria; interventi sull'ambiente per eliminare o correggere le possibili cause delle malattie; interventi sull'uomo per rilevare e correggere errate abitudini di vita (es.

fumo); interventi per l'individuazione e correzione delle situazioni che predispongono alla malattia (es. obesità).

Nell'ambito della prevenzione secondaria, invece, l'azienda ha proseguito i programmi di diagnosi precoce dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto.

Sono stati, inoltre, attivati una serie di procedimenti per avviare il processo di integrazione tra ospedale e territorio, un passaggio importantissimo per garantire una corretta presa in carico del paziente e per garantire la continuità assistenziale.

Infine, in armonia con la L.R. n. 23/2005, la ASL ha collaborato al processo di integrazione dei servizi e degli interventi socio-sanitari e socio-assistenziali attraverso lo strumento del *PLUS* (Piano Locale Unitario dei Servizi) che vede coinvolti i Comuni dell'ambito e l'Azienda sanitaria per la programmazione e attuazione in modo integrato degli interventi sociali, sanitari e sociosanitari.

## AREA STRATEGICA 2 - Area dell'efficienza economico-organizzativa

**Miglioramento della spesa sanitaria e in particolare dell'appropriatezza farmaceutica**

Contrazione della spesa farmaceutica mediante avvio dell'attività del Comitato per l'appropriatezza prescrittiva (farmaci e dispositivi medici). Il Dipartimento del Farmaco è stato coinvolto nella creazione di un gruppo di lavoro finalizzato a orientare le prescrizioni verso l'appropriatezza, consentendo una riduzione della spesa farmaceutica del 16% rispetto alla previsione di inizio anno.

**Miglioramento flussi informativi**

Corretta implementazione dei flussi informativi, mediante il potenziamento dei sistemi informativi extra (verso Regione e Ministero della salute) ed intra-aziendali (*order entry*): l'obiettivo ha richiesto il supporto del servizio Informatico.

## AREA STRATEGICA 3 - Area dell'efficacia e qualità dei servizi

**Miglioramento del governo clinico. Implementazione dei PDTA (Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali)**

Dal 2015 la ASL n. 8 ha sviluppato un processo di miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie attraverso i PDTA e gli *Audit*. Con delibera n. 1017 del 12/08/2015 la ASL n. 8 ha approvato il Progetto proposto dal Servizio Programmazione e Controllo e denominato *"Implementazione dei PCAO (Percorsi clinici assistenziali organizzativi). Dai PCAO agli Audit. Un progetto per il miglioramento continuo in sanità"*.

Sulla base di alcuni indirizzi della Direzione generale sono state definite le prime aree di salute da approfondire con il metodo dei PDTA. Fino ad oggi sono state indagate le seguenti problematiche:

- Frattura Collo Femore
- Bpco
- Percorso Nascita
- Doppia Diagnosi
- Scompenso Cardiaco
- Piede Diabetico

I primi quattro PDTA attivati sono stati: Bpco, Frattura femore, Doppia diagnosi, Percorso nascita.
Il progetto è stato avviato con il supporto di alcuni professionisti facenti parte di un Gruppo di lavoro pre-costituito, istituto con delibera n. 398 del 27/03/2015, incaricato di presidiare e potenziare il governo clinico, il miglioramento dell'assistenza e la formazione del personale.
Il processo di avvio dei PCAO è stato affiancato da un'importante attività di formazione suddivisa a sua volta in due filoni:
- una prima fase di sensibilizzazione/formazione con l'obiettivo di arricchire la cultura, il metodo e l'approccio di lavoro con concetti, nozioni e strumenti tipici del governo clinico e del processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni; i docenti hanno sviluppato argomenti legati prevalentemente a: PDTA, PDCA, *Audit*, Rischio Clinico;
- una seconda fase di accompagnamento/formazione con l'obiettivo di supportare i vari gruppi di professionisti (facenti parte delle cosiddette comunità di pratica -CdP-) nella elaborazione dei PCAO specifici della ASL n. 8; i docenti hanno illustrato tra i vari strumenti di lavoro: i diagrammi di flusso per la costruzione del ragionamento clinico, del percorso organizzativo, le matrici delle responsabilità, gli indicatori di esito e di processo.
Contemporaneamente, in maniera autonoma, senza cioè il supporto dei docenti qualificati ed esperti in materia, le CdP hanno lavorato per l'elaborazione di un documento finale, in maniera organizzata e strutturata, incontrandosi 1-2 volte al mese. In data 21/12/2015 i componenti dei vari gruppi e i responsabili di struttura direttamente coinvolti nei PDTA hanno firmato i documenti.

**Miglioramento della formazione aziendale**

Formazione di tutto il personale, richiedendo un minimo di 7h di formazione per ciascun dipendente in ruolo o a tempo determinato, al fine di coinvolgere il maggior numero possibile di persone nella formazione, con il supporto del servizio Formazione.

**Potenziamento delle attività di monitoraggio del rischio clinico**

Il monitoraggio degli errori in sanità ha, come principale scopo, quello di monitorare gli *"eventi avversi"* sia per il governo del *"rischio clinico"*, sia per ridurre il costo del sistema assicurativo derivante dai contenziosi generati dai sinistri.

Gli *"eventi avversi"* sono eventi inattesi correlati al processo assistenziale che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. I sistemi di *reporting* di tali eventi rappresentano uno strumento indispensabile per aumentare la conoscenza delle cause e dei fattori contribuenti in base al *"principio dell'imparare dall'errore"*.

In particolare, gli *"eventi sentinella"* sono eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

Tramite la mappatura dei processi si è aperta la discussione del calcolo del rischio nei principali processi assistenziali aziendali.

## *3.3 Obiettivi individuali*

Il sottosistema della valutazione individuale è diretto alla verifica, per ciascun anno solare, della qualità e quantità del contributo, del livello delle competenze professionali, manageriali o organizzative dimostrate, e dei comportamenti assunti e manifestati da ciascun dipendente.

Il ruolo di soggetto valutatore di questa tipologia di valutazione, il cui principio fondante è la diretta conoscenza del valutato, è affidato al responsabile di UU.OO.CC/SSD, che potrà farsi supportare da figure di livello intermedio che siano in grado di soddisfare il suddetto principio.

La scheda di valutazione individuale è strutturata in 6 Aree di osservazione:

| **Aree di osservazione - Dirigenza e Comparto** |
|---|
| • Area della COLLABORAZIONE |
| • Area della COMUNICAZIONE |
| • Area della QUALITA' EROGATA |
| • Area della QUALITA' PERCEPITA |
| • Area della EFFICIENZA |
| • Area della FORMAZIONE |

Per ciascuna Area di osservazione il valutatore deve obbligatoriamente e annualmente prevedere n. 2 elementi (*item*) di valutazione da scegliere, in relazione alle *"necessità"*, eventuali criticità ed aspetti comportamentali da migliorare nella propria U.O., tra quelli proposti e resi disponibili nei

Dizionari delle competenze. Attualmente sono disponibili i Dizionari delle Competenze diversificati per:

- Personale del Comparto;
- Personale della Dirigenza;
- Personale del Comparto con incarico di Coordinamento e/o P.O.;
- Valutatori (Direttori e Responsabili di U.O.).

Gli *item* di valutazione scelti dovranno obbligatoriamente essere illustrati e contestualizzati dal valutatore all'inizio di ogni periodo di valutazione al proprio personale (01 gennaio-31 dicembre). Tale illustrazione - e la presenza a detto incontro del personale assegnato - dovrà risultare da apposito verbale di cui il sistema fornisce il modello.

Per ogni *item* di valutazione è predeterminata una scala di giudizio che consente di adempiere all'obbligo della differenziazione dei giudizi stessi:

| GRADO DI GIUDIZIO | LIVELLO STANDARD |
|---|---|
| 5 | Eccellente |
| 4 | Pienamente rispondente alle aspettative |
| 3 | Adeguato |
| 2 | Inadeguato |
| 1 | Gravemente inadeguato |

Altro elemento di valutazione è il contributo del singolo dipendente al raggiungimento dell'obiettivo della unità operativa in cui lavora.

L'assegnazione degli obiettivi di *budget* e la valutazione del loro raggiungimento è effettuata a livello centralizzato tramite apposita metodologia aziendale (Regolamento di *budget* adottato con deliberazione n. 1106 del 05/08/2011 e pubblicato sul sito aziendale).

Secondo quanto previsto da principi di legge e contrattuali in tema di valutazione, il sistema delle valutazioni aziendali prevede procedure finalizzate alla misurazione e valutazione del contributo apportato dal singolo dipendente al raggiungimento degli obiettivi e risultati della U.O. di appartenenza, assegnati formalmente secondo la metodologia budgetaria.

A tal fine, il responsabile della U.O. annualmente definisce gli elementi da utilizzare per la valutazione del contributo, apportato dai diversi gruppi di dipendenti, al raggiungimento degli obiettivi dell'U.O.

La scelta e la costruzione degli elementi da porre a base delle valutazioni e i relativi comportamenti e risultati attesi è effettuata dal valutatore in stretta coerenza e complementarietà rispetto agli obiettivi assegnati alla struttura diretta.

Il responsabile dell'U.O., ricevuti gli obiettivi annuali, dovrà provvedere ad attivare il processo di valutazione sviluppandolo nelle seguenti fasi:

| N. | FASE |
|---|---|
| 1 | Costruzione della scheda di valutazione:<br>— scelta degli elementi/indicatori da utilizzare per la valutazione del contributo fornito dai vari gruppi di dipendenti e gli indicatori correlati<br>— individuazione dei *target*<br>— individuazione delle scale di giudizio e dei relativi descrittori |
| 2 | Illustrazione ai dipendenti di:<br>a. obiettivi annuali<br>b. metodologia di valutazione e dei tempi relativi<br>c. elementi ed indicatori, *target* e scale di giudizio e relativi descrittori che saranno utilizzati per le valutazioni |
| 3 | Osservazione |
| 4 | Colloquio intermedio con i valutati |
| 5 | Osservazione |
| 6 | Valutazione dei contributi apportati dai singoli dipendenti al raggiungimento degli obiettivi della UO e Colloquio finale di valutazione e acquisizione delle eventuali osservazioni del valutato |
| 7 | Trasmissione delle schede di valutazione |

Nelle schede di valutazione dovranno essere individuati, per ciascun obiettivo assegnato alla UO, 2 elementi per la valutazione del contributo al raggiungimento dello stesso. Le schede dovranno essere costruite utilizzando il modello predisposto.

La scala di giudizio da utilizzare per la valutazione di ciascun elemento varierà da 0 a 5.

Si riportano di seguito tabelle riportanti i dati sulla differenziazione dei giudizi sul numero totale dei dipendenti valutati, rilevate dagli esiti della valutazione individuale per l'anno 2015.

**VALUTAZIONE PROFESSIONALE/COMPORTAMENTALE**

Valori attribuibili da scheda da 1 a 60

| | |
|---|---|
| Totale dipendenti valutati | 5544 |
| UO coinvolte | 162 |
| punteggio minimo attribuito | 12 |
| punteggio massimo attribuito | 60 |

| FASCE PUNTEGGI ATTRIBUITI | N. DIP. VALUTATI |
|---|---|
| da 24 a 29 | 6 |
| da 30 a 39 | 231 |
| da 40 a 49 | 931 |

| | |
|---|---|
| da 50 a 60 | 4201 |
| non valutabili | 134 |
| non valutati | 40 |

**VALUTAZIONE CONTRIBUTO RAGGIUNG. OBIETTIVI DI *BUDGET***

| | |
|---|---|
| Totale dipendenti valutati | 4297 |
| UO coinvolte | 118 |
| punteggio minimo attribuito | 0 |
| punteggio massimo attribuito | 60 |

# 4 RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ

## *4.1. Macro-obiettivi economico finanziari anno 2015*

In relazione ai macro-obiettivi economico-finanziari dell'anno 2015 è necessario precisare che nell'allegato alla D.G.R n. 1/14 del 13/01/2015 sono stati previsti i seguenti obiettivi relativi alla gestione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie:

1. Obiettivi comuni alle Aziende Sanitarie (G. Gestione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie):

- Obiettivi generali: "*Definire un piano di rientro dal disavanzo delle Aziende Sanitarie allo scopo di migliorare la capacità dell'intero Sistema di garantire il rispetto dei vincoli di bilancio, in coerenza con l'attuale fase di risanamento della finanza pubblica regionale*".
- Obiettivi specifici:

i. "*Avviare la gestione in forma integrata e unitaria di specifiche attività tecniche, amministrative e di supporto, finalizzate a forti e progressive forme di aggregazione, nel rispetto delle direttive e linee di indirizzo fornite dalla Giunta regionale (ex L.R. n. 23/2014, art. 9 comma 3, lett. b)*";

ii. "*Controllare l'andamento dei costi della produzione a livello complessivo, anche attraverso la predisposizione e l'attuazione di un programma strutturato di azioni di rientro, validato dal Comitato di cui alla D.G.R. n. 38/27 del 30/9/2014*";

iii. "*Monitorare la qualità e uniformità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza erogati*".

2. Obiettivi specifici per le Aziende Sanitarie: "*Definire i rapporti attivi e passivi dei presidi ospedalieri di cui all'art. 9 comma 1, lett. b) e c) della L.R. n. 23/2014 facenti capo alle precedenti aziende e predisposizione dei necessari documenti contabili, secondo il nuovo assetto delle ASL, per la successione delle aziende ospedaliere. (ex L.R. n. 23/2014, art. 9 comma 3, lett. a*").

Con riguardo al punto 1. Obiettivo generale della macro-categoria "*Obiettivi comuni alle Aziende sanitarie*", relativo alla predisposizione di un Piano di Rientro dal Disavanzo, tutte le Aziende Sanitarie della Regione sono state invitate, a seguito della D.G.R. n. 63/24 del 15/12/2015, dal Comitato permanente per il monitoraggio dell'andamento della gestione delle Aziende Sanitarie (istituito con D.G.R. n. 38/27 del 30/09/2014) a predisporre un Piano di Rientro strutturato per l'anno 2016 ma non per l'anno 2015.

Per cui lo slittamento dei tempi di predisposizione del documento in questione sono dovuti esclusivamente alla diversa tempistica successivamente data dal Comitato permanente per il monitoraggio dell'andamento della gestione delle Aziende Sanitarie agli obiettivi generali di natura economico finanziaria previsti nella D.G.R n. 1/14 del 13/01/2015.

In relazione agli Obiettivi specifici punto "1.i", si è in attesa delle disposizioni della Giunta Regionale per l'avvio e la gestione in forma integrata e unitaria di specifiche attività tecniche, amministrative e di supporto, finalizzate a forti e progressive forme di aggregazione.

Con riguardo invece agli Obiettivi specifici dei punti "1.ii" e "1.iii" appartenenti alla macro-categoria "*Obiettivi comuni alle Aziende sanitarie*", si rimanda a quando detto per l'Obiettivo generale e si precisa che questa Azienda, anche grazie ai periodici incontri con il Comitato permanente per il monitoraggio dell'andamento della gestione delle Aziende Sanitarie e al lavoro svolto dai servizi interni alla ASL, ha costantemente monitorizzato l'andamento dei costi della produzione nel rispetto della qualità e uniformità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

In relazione al punto 2 (Obiettivi specifici per le Aziende Sanitarie) in data 01/07/2015 lo scorporo e l'incorporazione dei due PP.OO. Microcitemico e *Businco* hanno acquisito piena efficacia giuridica e con deliberazione n. 849 del 01/07/2015 è stato approvato il Protocollo di Intesa tra le due aziende interessate finalizzato a regolamentare i rapporti attivi e passivi e le obbligazioni reciproche derivanti dallo scorporo e dalla incorporazione.
Visto il nuovo Piano dei Conti e l'impossibilità di riconciliazione con i conti degli esercizi precedenti, si rimanda l'analisi dei costi direttamente al paragrafo successivo relativo all'analisi dei conti da mod. CE.

## *4.2. Confronto Ce consuntivo 2014 - 2015 e relazione sugli scostamenti*

### 4.2.1. Valore della produzione

Si riporta di seguito una tabella che evidenzia gli scostamenti tra consuntivo 2015 e consuntivo 2014.

| Codice SP/CE | VOCE SP/CE | Consuntivo 2014 | Consuntivo 2015 | Scost Cons 2015 - 2014 |
|---|---|---|---|---|
| AA0010 | A.1) Contributi in c/esercizio | 857.933.823 | 780.392.746 | - 77.541.076 |
| AA0240 | A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti | - | - 2.839.308 | - 2.839.308 |
| AA0270 | A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti | - | - | - |
| AA0320 | A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria | 5.435.793 | 4.079.132 | - 1.356.662 |
| AA0750 | A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi | 1.568.812 | 14.395.783 | 12.826.972 |
| AA0940 | A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket) | 6.153.913 | 5.297.194 | - 856.720 |
| AA0980 | A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio | 2.194.445 | 2.611.148 | 416.703 |
| AA1050 | A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni | - | - | - |
| AA1060 | A.9) Altri ricavi e proventi | 2.471.858 | 2.418.701 | - 53.156 |
| **AZ9999** | **Totale valore della produzione (A)** | **875.758.644** | **806.355.397** | **- 69.403.247** |

L'analisi e il confronto dei modelli CE sopra riportati è per l'anno 2015 particolarmente difficoltosa a causa dello scorporo dei PP.OO. *Businco* e *Microcitemico* avvenuto a metà esercizio.
Come si vede dalla tabella i principali scostamenti sul Valore della Produzione derivano dal decremento dei contributi in Conto Esercizio assegnati con D.G.R. n. 67/21 del 29/12/2015; in particolare rispetto ai valori del 2014 sono stati assegnati circa 77,5 milioni di euro in meno a fronte di costi semestrali stimati per i 2 presidi pari a circa 62 milioni di euro.
Gli effetti dello scorporo di si vedono anche nelle partite relative ai ricavi da prestazione, nei contributi extra fondo e nei finanziamenti finalizzati a investimenti.

### 4.2.2. Costi della produzione

Si riporta di seguito la tabella contenete gli scostamenti tra consuntivo 2015 e consuntivo 2014.

| Cod CE/SP | Voce CE/SP | Consuntivo 2014 | Consuntivo 2015 | Scost. Cons. 2015 2014 |
|---|---|---|---|---|
| BA0010 | B.1) Acquisti di beni | 154.249.080 | 126.270.360 | - 27.978.721 |
| *BA0020* | *B.1.A) Acquisti di beni sanitari* | 150.575.902 | 123.853.397 | - 26.722.505 |
| *BA0310* | *B.1.B) Acquisti di beni non sanitari* | 3.673.179 | 2.416.962 | - 1.256.216 |
| BA0390 | B.2) Acquisti di servizi | 460.198.080 | 450.917.647 | - 9.280.432 |
| BA0400 | B.2.A) Acquisti servizi sanitari | 406.815.064 | 402.556.879 | - 4.258.185 |
| BA1560 | B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari | 53.383.016 | 48.360.768 | - 5.022.247 |
| BA1910 | B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata) | 20.470.960 | 15.861.210 | - 4.609.750 |
| BA1990 | B.4) Godimento di beni di terzi | 9.981.406 | 8.676.821 | - 1.304.585 |
| BA2090 | B.5) Personale del ruolo sanitario | 228.430.512 | 207.027.425 | - 21.403.087 |
| BA2230 | B.6) Personale del ruolo professionale | 907.727 | 919.722 | 11.995 |
| BA2320 | B.7) Personale del ruolo tecnico | 24.364.723 | 22.006.799 | - 2.357.924 |
| BA2410 | B.8) Personale del ruolo amministrativo | 16.137.146 | 15.425.710 | - 711.436 |
| BA2500 | B.9) Oneri diversi di gestione | 3.169.253 | 2.881.407 | - 287.846 |
| *BA2560* | *Totale Ammortamenti* | 11.008.654 | 10.347.198 | - 661.456 |
| BA2630 | B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti | 72.999 | - | - 72.999 |
| BA2660 | B.15) Variazione delle rimanenze | - 3.815.974 | 4.807.774 | 8.623.748 |
| BA2690 | B.16) Accantonamenti dell'esercizio | 6.999.713 | 4.828.408 | - 2.171.305 |
| BZ9999 | Totale costi della produzione (B) | 932.174.278 | 869.970.480 | - 62.203.798 |

Il consistente decremento negli ***acquisti di beni sanitari*** rispetto al consuntivo 2014 è in buona parte dovuto alla cessione dei due presidi ospedalieri per i quali è stata stimata una spesa di circa 24,6 milioni di euro a fronte di un decremento totale di circa 28 milioni.

Analizzando le principali voci di spesa si può affermare che:

- Si è verificato un incremento di circa 2 milioni di euro nell'acquisto di prodotti farmaceutici rispetto al consuntivo 2014 poiché il valore stimato di tale voce per un semestre dei due presidi è di circa 19,1 milioni (comprensivi di File F);
- Si è verificato un decremento di circa 3,4 milioni di euro nell'acquisto di dispositivi medici rispetto al consuntivo 2014 poiché il valore stimato di tale voce per un semestre dei due presidi è di circa 5 milioni di euro;

Con riguardo agli ***acquisti di beni non sanitari*** il consistente decremento è dato, oltre che dalla cessione dei due ospedali, dal calo del prezzo dei combustibili e dalle azioni volte dall'Azienda per favorire la dematerializzazione dei documenti cartacei che ha portato a una consistente diminuzione della spesa per il materiale di cancelleria.

Lo scostamento rispetto al consuntivo 2014 ***sull'acquisto di servizi sanitari*** è invece di -4,2 milioni derivanti da:

- Una minor spesa per la farmaceutica convenzionata ( -1,1 milioni di euro);
- Una minor spesa per la medicina di base convenzionata e in particolare per i Pediatri di Libera Scelta che da soli registrano un decremento di 864 mila euro;
- Una minor spesa per l'acquisto di assistenza protesica da privato di circa 1,1 milioni di euro;

- Una minor spesa di acquisto di prestazioni di riabilitazione e di assistenza agli anziani da privato di circa 1,4 milioni
- E' necessario inoltre segnalare che sono state attivate e pagate le convenzioni sanitarie con l'AOU di Cagliari per l'emodinamica (500 mila euro) e per la neuropsichiatria infantile e la pediatria (2,9 milioni di euro); tale incremento è andato totalmente a coprire le azioni di risparmio fatte sulle altre voci che compongono tale livello di aggregazione della spesa di cui si riporta il dettaglio:

| VOCE SPICE | Consuntivo 2014 | Preventivo 2015 | Consuntivo 2015 | Scost Consuntivo 2015 - 2014 | Scost Cons 2015 - Prev 2015 |
|---|---|---|---|---|---|
| B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socios | 7.341.234 | 6.922.000 | 8.460.638 | 1.119.404 | 1.538.638 |
| B.2.A.15.1) Consulenze sanitarie e sociosan. da Aziende sanitarie pubbliche della Regione | 264.117 | 400.000 | 3.759.090 | 3.494.972 | 3.359.090 |
| B.2.A.15.2) Consulenze sanitarie e sociosanit. da Terzi - Altri enti pubblici | - | - | - | - | - |
| B.2.A.15.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socios. da privato | 6.874.012 | 6.401.000 | 4.408.750 | - 2.465.261 | - 1.992.250 |
| B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - art.55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000 | 2.301.268 | 3.248.000 | 2.264.312 | - 36.956 | - 983.688 |
| B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e socios. da privato | - | - | - | - | - |
| B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato | 677.437 | 470.000 | 709.836 | 32.398 | 239.836 |
| B.2.A.15.3.D) Indennità a personale universitario -area sanitaria | 1.069.899 | 1.178.000 | 650.128 | - 419.771 | - 527.872 |
| B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale -area sanitaria | 1.657.920 | 380.000 | 191.927 | - 1.465.992 | - 188.073 |
| B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro -area sanitaria | 1.167.488 | 1.125.000 | 592.548 | - 574.941 | - 532.452 |
| B.2.A.15.4) Rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando | 203.105 | 121.000 | 292.798 | 89.692 | 171.798 |
| B.2.A.15.4.A) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della R | 203.105 | 121.000 | 292.798 | 89.692 | 171.798 |
| B.2.A.15.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Regioni, soggetti Pubblici e da Uni | - | - | - | - | - |
| B.2.A.15.4.C) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregio | - | - | - | - | - |

Anche nel caso degli ***acquisti di servizi non sanitari*** il decremento rispetto al consuntivo 2014 è in buona parte dovuto alla cessione dei due presidi ospedalieri per i quali è stato stimata una spesa di circa 5 milioni di euro a fronte di un decremento totale di 5,7 milioni.

L'unico incremento di costo che è necessario segnalare è quello relativo alle R.C. Professionali; tale aumento era già stato previsto in sede di preventivo poiché si era appurato che con la nuova gara non si sarebbero potuti mantenere i premi assicurativi pagati negli anni precedenti già eccessivamente bassi rispetto ai prezzi di mercato.

Le voci di spesa relative alle ***Manutenzioni e riparazioni*** - se considerate al netto del valore stimato per i PP.OO. *Businco* e *Microcitemico* pari a 4,5 milioni di euro - si sono mantenute costanti rispetto al 2014.

Il decremento della voce ***Godimento beni di terzi*** è dovuto alla cessione dei noleggi relativi al funzionamento dei PP.OO. *Businco* e *Microcitemico*.

Anche il ***Costo del personale*** - considerato al netto del valore stimato per i PP.OO. *Businco* e *Microcitemico* pari a 25 milioni di euro - si è mantenuto costante rispetto al 2014.

Per le immobilizzazioni immateriali, non ci si è avvalsi della facoltà di adottare aliquote di ***Ammortamento*** superiori a quelle indicate nel D.LGS. n. 118/2011 e s.m.i., nonché dai successivi decreti ministeriali di attuazione mentre ciò è avvenuto per quelle materiali.

Per i cespiti acquistati nell'anno si è proceduto a dimezzare forfettariamente l'aliquota normale di ammortamento; per i cespiti di valore inferiore a € 516,00 ci si è ammortizzato integralmente il bene nell'esercizio in cui il bene è divenuto disponibile e pronto per l'uso.

Nel corso dell'esercizio non sono state effettuate svalutazioni di immobilizzazioni materiali e/o immateriali.

### 4.2.3. Proventi e oneri finanziari

| Codice SP/CE | VOCE SP/CE | Consuntivo 2014 | Consuntivo 2015 | Scost Consuntivo 2015 - 2014 |
|---|---|---|---|---|
| | C) Proventi e oneri finanziari | 292.531 | 130.691 | - 161.841 |
| CA0010 | C.1) Interessi attivi | 1.908 | 4.068 | 2.160 |
| CA0020 | C.1.A) Interessi attivi su c/tesoreria | - | - | - |
| CA0030 | C.1.B) Interessi attivi su c/c postali e bancari | 1.082 | 631 | - 451 |
| CA0040 | C.1.C) Altri interessi attivi | 826 | 3.437 | 2.611 |
| CA0050 | C.2) Altri proventi | - | - | - |
| CA0060 | C.2.A) Proventi da partecipazioni | - | - | - |
| CA0070 | C.2.B) Proventi finanziari da crediti iscritti nelle immobilizzazioni | - | - | - |
| CA0080 | C.2.C) Proventi finanziari da titoli iscritti nelle immobilizzazioni | - | - | - |
| CA0090 | C.2.D) Altri proventi finanziari diversi dai precedenti | - | - | - |
| CA0100 | C.2.E) Utili su cambi | - | - | - |
| CA0110 | C.3) Interessi passivi | 294.273 | 134.759 | - 159.514 |
| CA0120 | C.3.A) Interessi passivi su anticipazioni di cassa | - | - | - |
| CA0130 | C.3.B) Interessi passivi su mutui | 294.273 | 133.523 | - 160.750 |
| CA0140 | C.3.C) Altri interessi passivi | - | 1.236 | 1.236 |
| CA0150 | C.4) Altri oneri | 167 | - | - 167 |
| CA0160 | C.4.A) Altri oneri finanziari | 167 | - | - 167 |

Gli oneri finanziari più consistenti sono quelli derivanti dalle quote di interessi sostenute per il mutuo in essere, pari ad € 133.523; si rileva una sostanziale riduzione rispetto all'esercizio precedente in quanto la quota di interessi passivi sul mutuo relativa al II semestre 2015 è stata trasferita in capo all'A.O. *Brotzu*, considerato che il mutuo in argomento era stato acceso per i due PP.OO. scorporati.

### 4.2.4. Proventi e oneri straordinari

| Codice SP/CE | VOCE SP/CE | Consuntivo 2014 | Consuntivo 2015 | Scost Consuntivo 2015 - 2014 |
|---|---|---|---|---|
| | E) Proventi e oneri straordinari | 3.071.741,66 | 5.131.597,27 | 2.059.856 |
| EA0010 | E.1) Proventi straordinari | 3.164.981,08 | 4.884.043,82 | 1.719.063 |
| EA0020 | E.1.A) Plusvalenze | - | - | - |
| EA0030 | E.1.B) Altri proventi straordinari | 3.164.981,08 | 4.884.043,82 | 1.719.063 |
| EA0040 | E.1.B.1) Proventi da donazioni e liberalità diverse | - | - | - |
| EA0050 | E.1.B.2) Sopravvenienze attive | 3.129.418,80 | 3.444.707,46 | 315.289 |
| EA0150 | E.1.B.3) Insussistenze attive | 35.562,28 | 1.424.985,90 | 1.389.424 |
| EA0250 | E.1.B.4) Altri proventi straordinari | - | 14.350,46 | 14.350 |
| EA0260 | E.2) Oneri straordinari | 6.236.722,74 | 10.015.641,09 | 3.778.918 |
| EA0270 | E.2.A) Minusvalenze | 12.084,00 | 17.808,70 | 5.725 |
| EA0300 | E.2.B.2) Oneri da cause civili e oneri processuali | - | - | - |
| EA0310 | E.2.B.3) Sopravvenienze passive | 6.220.050,56 | 5.357.740,54 | - 862.310 |
| EA0460 | E.2.B.4) Insussistenze passive | 4.588,18 | 4.640.091,85 | 4.635.504 |
| EA0560 | E.2.B.5) Altri oneri straordinari | - | - | - |

All'interno dei proventi e degli oneri straordinari, le insussistenze attive e passive scaturiscono principalmente dall'azzeramento delle partite *intercompany* delle aziende sanitarie della Regione Sardegna antecedenti la data del 01/01/2011.

### 4.2.5. Imposte e tasse

| Codice SP/CE | VOCE SP/CE | Consuntivo 2014 | Consuntivo 2015 | Scost Consuntivo 2015 - 2014 |
|---|---|---|---|---|
| | Imposte e tasse | 6.321.157 | 18.871.742 | 12.550.585 |
| YA0010 | Y.1) IRAP | 6.062.187 | 18.661.919 | 12.599.732 |
| YA0020 | Y.1.A) IRAP relativa a personale dipendente | 5.477.108 | 16.487.647 | 11.010.539 |
| YA0030 | Y.1.B) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente | 585.079 | 2.011.586 | 1.426.507 |
| YA0040 | Y.1.C) IRAP relativa ad attività di libera professione (Intramoenia) | - | 162.686 | 162.686 |
| YA0050 | Y.1.D) IRAP relativa ad attività commerciali | - | - | - |
| YA0060 | Y.2) IRES | 258.970 | 209.823 | - 49.147 |
| YA0070 | Y.2.A) IRES su attività istituzionale | 258.970 | 209.823 | - 49.147 |
| YA0080 | Y.2.B) IRES su attività commerciale | - | - | - |
| YA0090 | Y.3) Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.) | - | - | - |

L'incremento di spesa rispetto all'anno 2014 relativamente a "*Imposte e tasse*" – pari a € 12.550.585 -è totalmente imputabile all'incremento dell'IRAP sul costo del personale; tale maggior spesa era stata presunta nel Preventivo 2015, che è perfettamente in linea con i valori del consuntivo.

### 4.2.6. Imposte e tasse

| Cod CE/SP | Voce CE/SP | Consuntivo 2014 | Consuntivo 2015 | Scost. Cons. 2015 2014 |
|---|---|---|---|---|
| ZZ9999 | RISULTATO DI ESERCIZIO | - 66.101.065 | - 87.749.113 | - 21.648.048 |

A fronte di una minor assegnazione di 77,5 milioni di euro la perdita di esercizio è crescita di 22,6 milioni di euro.

## *4.3. Risorse umane e finanziarie destinate all'implementazione e/o funzionamento delle diverse fasi del ciclo delle performance*

Nel 2015 per il funzionamento del ciclo delle *performance* sono state utilizzate le seguenti risorse umane:

- n. 1 Dirigente SPTA della U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione per la fase relativa alla contrattazione e all'assegnazione degli obiettivi di *budget*: costo lordo stimato 1,5 mesi pieni di lavoro € **7.950**;
- n. 1 collaboratore amministrativo della U.O.C Programmazione e Controllo di Gestione per le fasi relativa alla contrattazione e alla assegnazione degli obiettivi di *budget* e all'affiancamento dei responsabili valutatori nella valutazione delle *performance* individuali: costo lordo stimato per 3 mesi pieni di lavoro € **6.834**;

- n. 1 collaboratore amministrativo della U.O.C. Sviluppo Organizzativo e Valutazione del personale per la fase relativa all'affiancamento dei responsabili valutatori nella valutazione delle *performance* individuali: costo lordo stimato per 9 mesi pieni di lavoro € **24.966**.

Con riguardo all'ammontare dei premi distribuiti di competenza dell'anno 2015 si fa presente che al momento della redazione del presente atto tali valori non sono ancora disponibili poiché in fase di definizione e liquidazione. Si rimanda quindi all'apposita sezione del sito aziendale ***"Amministrazione trasparente".***

# 5 PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE

La realizzazione delle pari opportunità è stata attuata attraverso una serie di iniziative: - l'organizzazione di corsi e incontri motivazionali all'interno dell'ente; - iniziative volte ad attuare politiche di conciliazione tra il lavoro e la vita privata; - analisi e programmazione di genere; - diffusione delle conoscenze ed esperienze, nonché di altri elementi informativi relativi ai temi connessi alle pari opportunità e alle possibili soluzioni adottate da altre amministrazioni o enti; - azioni che favoriscano il benessere organizzativo; - azioni, interventi e progetti idonei a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazioni all'interno dell'amministrazione.

I numeri confermano quanto sopra detto: su un totale di 4.202 dipendenti al 31/12/2015 (con esclusione del personale in comando presso altri enti) il 63% appartengono al sesso femminile e il 37% a quello maschile.

| Genere | N. dipendenti | % |
|---|---|---|
| F | 2.649 | 63% |
| M | 1.553 | 37% |
| **Totale complessivo** | **4.202** | **100%** |

Analizzando la composizione di genere per ruolo si vede che - seppur su piccoli numeri - la prevalenza percentuale si ribalta per i ruoli professionale e tecnico.

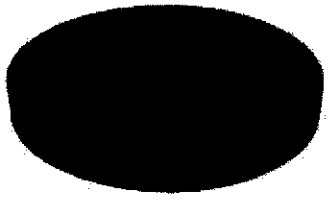
| Ruolo | Genere | N. dipendenti | % |
|---|---|---|---|
| AMMINISTRATIVO | F | 282 | 62% |
| | M | 173 | 38% |
| | ***Totale*** | ***455*** | ***100%*** |
| PROFESSIONALE | F | 2 | 17% |
| | M | 10 | 83% |
| | ***Totale*** | ***12*** | ***100%*** |
| SANITARIO | F | 2.069 | 67% |
| | M | 1.011 | 33% |
| | ***Totale*** | ***3.080*** | ***100%*** |
| TECNICO | F | 296 | 45% |
| | M | 359 | 55% |
| | ***Totale*** | ***655*** | ***100%*** |
| **Totale complessivo** | | **4.202** | |

Anche con riferimento alla classe di appartenenza il genere femminile domina nella maggioranza dei casi con la solo esclusione della dirigenza PTA (professionale – tecnico – amministrativa) dove il rapporto è pari al 50%.

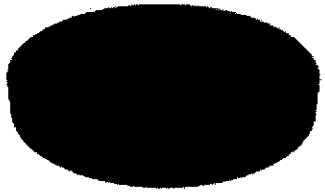
| Tipo | Genere | N. dipendenti | % |
|---|---|---|---|
| Comparto | F | 2.043 | 65% |
| | M | 1.086 | 35% |
| | *Totale* | *3.129* | *100%* |
| Dir. delle Profess. Sanitarie | F | 2 | 67% |
| | M | 1 | 33% |
| | | *3* | *100%* |
| Dirig.Medico/Veterinaria | F | 466 | 52% |
| | M | 424 | 48% |
| | | *890* | *100%* |
| Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica | F | 11 | 50% |
| | M | 11 | 50% |
| | | *22* | *100%* |
| Dirig.Sanitaria non medica | F | 127 | 80% |
| | M | 31 | 20% |
| | | *158* | *100%* |
| Totale complessivo | | 4.202 | |

Con riguardo alla tipologia di incarichi assegnati ai dipendenti la situazione tende a ribaltarsi: su 68 incarichi di struttura complessa 26 sono ricoperti da donne e 42 da uomini; su 174 incarichi di struttura semplice quelli ricoperti da donne sono 84 mentre quelli ricoperti da uomini sono 90.

**Incarichi di struttura complessa per genere**



**Incarichi di struttura semplice per genere**



# 6 IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLE *PERFORMANCE*

Il processo seguito nella redazione della presente Relazione è conforme alla disciplina dettata dagli artt. 10 commi 1-2, 14 comma 4 lett. c) e 15 comma 2 lett. b) del D.LGS. n. 150/2009, nonché alle linee guida elaborate dalla CIVIT in materia, approvate con delibera n. 5/2012.

Sono stati attribuiti degli obiettivi concernenti le aree strategiche che dovevano essere presidiate e/o implementate. Ogni singolo obiettivo è stato legato, tramite un indicatore, ad un valore di riferimento, un valore da raggiungere, un valore minimo accettabile ed un peso relativo che ne caratterizza l'importanza.

Gli obiettivi attribuiti sono oggettivamente raggiungibili con le risorse a disposizione e rappresentativi delle diverse esigenze gestionali a cui la struttura deve dare risposta permettendo diverse prospettive di monitoraggio delle attività (prospettiva dei processi interni, prospettiva dello sviluppo delle attività, prospettiva innovazione e crescita, prospettiva utenti, prospettiva economica, *etc.*). Il peso relativo dell'obiettivo si differenzia in base all'importanza strategica che esso ricopre.

Ogni singolo obiettivo viene valutato in maniera indipendente dagli altri obiettivi sulla base delle seguenti tre tipologie di verifica:

- raggiungimento totale dell'obiettivo, corrispondente al valore indicato nella scheda come valore atteso, attribuendo il 100% del peso dell'obiettivo;
- raggiungimento parziale dell'obiettivo, corrispondente ad un valore di *performance* compreso tra il valore atteso ed il valore minimo accettabile. In questo caso l'OIV, nell'esercizio delle proprie funzioni, ha stabilito di attribuire il 60% del peso dell'obiettivo quando si è raggiunto il valore minimo accettabile, mentre il restante 40% del peso dell'obiettivo è stato attribuito in proporzione considerando la forbice tra il valore atteso ed il valore minimo accettabile.
- non raggiungimento dell'obiettivo, corrispondente a tutti i valori collocati al di sotto del valore minimo accettabile, attribuendo un punteggio pari a 0.

La metodologia sopra esposta rende possibile attribuire un valore ad ogni singolo obiettivo e di conseguenza ad ogni singola scheda. Il sistema di *budgeting* e di attribuzione degli obiettivi come sopra delineato è direttamente collegato al sistema di valutazione ed al conseguente sistema premiante per l'anno 2015. I valori di risultato raggiunti annualmente dalle singole Unità Operative verranno infatti utilizzati quali indicatori per il riconoscimento di una parte del salario di risultato e della produttività rispettivamente per il personale dirigente e per il personale del comparto, oltre che ai fini della valutazione dell'incarico ricoperto relativamente alle ipotesi di conferma/revoca dello stesso secondo quanto previsto dai CC.CC.NN.LL. e dai contrati integrativi aziendali (CIA) siglati dai sindacati.

### 6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità

Gli obiettivi sono stati assegnati tramite il processo di *budget* ai referenti aziendali competenti per materia. Il Processo di *Budget* della ASL di Cagliari è stato aggiornato periodicamente dal servizio Programmazione e Controllo su *input* della Direzione Generale. I Responsabili gerarchici hanno assegnato - in seguito ad un adeguato processo di "negoziazione" - gli obiettivi specifici ai singoli dipendenti afferenti alla propria struttura. È stato garantito il monitoraggio degli obiettivi in corso di esercizio e sono stati attivati interventi correttivi laddove necessari.

È seguita la misurazione e valutazione della *performance*, organizzativa e individuale, e l'applicazione dei sistemi premianti. Si è provveduto alla rendicontazione dei risultati alla Direzione.

### 6.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo della performance

Il principale punto di forza del ciclo della *performance* della ASL n. 8 per l'anno 2015 riguarda l'implementazione del livello di misurabilità delle azioni amministrative in termini di impatto esterno. Il ciclo della *performance* relativo all'anno 2015 riporta dati di *outcome* concernenti importanti settori di intervento, quali, ad esempio il contenimento della spesa farmaceutica.

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1627 DEL 21 DIC. 2016

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO *Dott.ssa Antonella Carreras*

IL DIRETTORE SANITARIO *Dott. Pier Paolo Pani*

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO *Dott.ssa Savina Ortu*

Il presente allegato è composto da n° 37 fogli di n° 37 pagine.