



Oggetto: Approvazione Relazione sulla Performance anno 2016.

Il Direttore Generale

Coadiuvato dal

Direttore Amministrativo

Direttore Sanitario

su proposta del Servizio Programmazione e Controllo - SS Statistica per il Controllo di Gestione

- PREMESSO** che, per quanto attiene la valutazione della performance organizzativa delle amministrazioni pubbliche, l'art. 10 del d. lgs. n. 150/2009, così come modificato dall'art.8 del D.Lgs. 74 del 25/05/2017, impone alle stesse l'adozione di un documento che evidenzi, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati;
- VISTA** la Delibera CIVIT n. 5/2012 e ss.mm.ii. che definisce le Linee guida dell'art. 13, comma 6, lettera b), del D.lgs. 150/2009, relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla Performance di cui all'art. 10, comma 1, lettera b) dello stesso decreto;
- VISTE** le deliberazioni del Direttore Generale n. 39 del 20/01/2012 e n. 177 del 22/02/2012 di adozione del "Protocollo Applicativo per la gestione del Sistema premiante aziendale anno 2011-2012" per la dirigenza una e per il comparto l'atra, e le successive integrazioni, rispettivamente deliberazione n. 734 e 735 del 14/09/2017;
- VISTO** il Piano Triennale delle Performance 2016-2018, adottato con la deliberazione del Direttore Generale n. 637 del 31/08/2016;
- RILEVATA** la necessità che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari nel redigere la Relazione sulla Performance 2016, coerentemente alla logica della rendicontazione esterna, evidenzi i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi assegnati dalla Regione Autonoma della Sardegna ed alle risultanze economiche finanziarie della gestione;
- CONSIDERATI** gli atti di programmazione regionale, aziendale ed il Piano di riorganizzazione, riqualificazione, contenimento della spesa e rientro del disavanzo aziendale concordato, per l'anno 2016, con la Regione Autonoma della Sardegna; -il D.Lgs. n. 33/2013, all'art. 10, c. 8, lett. b) come modificato dal D.Lgs. 97/2016, indicante l'obbligo per le amministrazioni di pubblicare la Relazione sulla Performance in apposita sezione del proprio sito istituzionale, di facile accesso e consultazione, denominata "Amministrazione Trasparente";



RITENUTO

di procedere alla formale adozione della Relazione sulla Performance anno 2016 e alla relativa pubblicazione, in osservanza dei vigenti disposti normativi, sul sito istituzionale dell'Azienda, dando atto che lo stesso è stato adeguato, nel proprio ciclo di gestione, alle sopravvenute normative ed agli orientamenti attuativi espressi dalla CIVIT/ANAC in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza istituzionale;

SENTITO

il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa:

- a) di approvare la Relazione sulla performance anno 2016;
- b) di allegare la Relazione sulla performance anno 2016 alla presente Deliberazione per farne parte integrante e sostanziale;
- c) di pubblicare la Relazione sulla Performance anno 2016 sul sito aziendale, nella sezione "Amministrazione Trasparente" - "Relazione sulla Performance";
- d) di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa;
- e) di trasmettere il presente provvedimento al Collegio sindacale.

Il Direttore Sanitario
Dott. Nazareno Pacifico

Il Direttore Generale
Dott. Giorgio Sorrentino

Il Direttore Amministrativo
Dott. Vincenzo Serra

*su proposta del Servizio Programmazione e Controllo
SS Statistica per il Controllo di Gestione*

Prof. Luigi Minerba

Il Direttore amministrativo

certifica che la deliberazione è stata pubblicata all'Albo pretorio on line dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari a partire dal 19 OTT. 2017, restando in pubblicazione per 15 giorni consecutivi ed è stata posta a disposizione per la consultazione.



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI CAGLIARI

Relazione sulla Performance

Anno 2016

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 150/2009 e s.m.i.

Direzione Generale

Servizio Programmazione e Controllo

SS Statistica per il Controllo di Gestione

Relazione sulla performance – anno 2016	5
1. PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE	5
2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI.....	6
2.1 IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO	6
2.2 L’AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI CAGLIARI	18
Chi siamo	18
La struttura organizzativa dell’azienda	21
Cosa facciamo.....	25
2.3 I RISULTATI RAGGIUNTI.....	26
Attività di Ricovero	27
Accessi al pronto soccorso	29
Attività Ambulatoriale per esterni.....	29
Attrazione dalle province della Sardegna.....	30
2.4 LE CRITICITÀ E LE OPPORTUNITÀ	32
3 OBIETTIVI RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI.....	34
3.1 Albero della performance	34
I Centri Di Responsabilità	35
Le risorse umane	37
Performance	38
3.2 OBIETTIVI STRATEGICI 2016	41
3.3 OBIETTIVI E PIANI OPERATIVI.....	43
3.4 OBIETTIVI INDIVIDUALI.....	52
4 RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA’	53
5 PARI OPPORTUNITA’ E BILANCIO DI GENERE	55
6 IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA REDAZIONE SULLA PERFORMANCE	57
6.1 FASI, SOGGETTI, TEMPI E RESPONSABILITA’	57
6.2 PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL CICLO DELLA PERFORMANCE.....	58
Swot ciclo performance.....	58

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2016

Relazione sulla performance – anno 2016

1. PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE

La **Relazione sulla performance**, prevista dal decreto legislativo n. 150/2009, art. 10, comma 1, lettera b), **costituisce 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 riaffermata dal suddetto decreto che prevede 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", e la pubblicazione della stessa sul sito istituzionale nella sezione "Trasparenza, valutazione e merito".

Più in dettaglio, la Relazione evidenzia 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.

La Relazione deve anche 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.

La Relazione **deve essere predisposta entro il 30 giugno** e deve essere **trasmessa entro settembre**, unitamente al documento di validazione predisposto dall'Organismo indipendente di valutazione, alla CIVIT (oggi ANAC) e al Ministero dell'economia e delle finanze.

I principi generali:

La Relazione si configura in **documento snello e comprensibile** accompagnato, ove necessario, da una **serie di allegati** che raccolgano le informazioni di maggior dettaglio. La declinazione dei contenuti della Relazione dovrà, inoltre, tenere in considerazione le caratteristiche specifiche dell'amministrazione, ad esempio, in termini di complessità organizzativa, articolazione logistica, tipologia di servizi resi al cittadino.

Sotto un profilo generale, la stesura del documento deve essere ispirata ai principi di **trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità dei contenuti, partecipazione e coerenza interna ed esterna.**

Al pari del Piano della performance ("Piano"), ai sensi dell'art. 15, comma 2, lettera b), del decreto, **la Relazione è approvata dall'Organo di indirizzo politico amministrativo**, dopo essere stata definita in collaborazione con i vertici dell'amministrazione.

La Relazione deve essere **validata dall'Organismo indipendente di valutazione.**

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

2.1 IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO

Il contesto esterno è rappresentato da tutte quelle forze che tramite una loro manifestazione concreta implicano dirette conseguenze nell'operatività quotidiana dalla Azienda Ospedaliera Universitaria.

Il contesto di riferimento esterno tiene conto delle evoluzioni normative anche in tema di riorganizzazione territoriali definite dalla LR. 2/ 2016 "riordino del sistema delle autonomie locali della Sardegna" che istituisce la città metropolitana di Cagliari.

Nella tabella successiva sono riportati alcuni indicatori socio economici e demografici riferiti al 2011 confrontando la città di Cagliari con la Provincia di Cagliari, la Regione Sardegna e la media Nazionale

	Città di Cagliari	PR Cagliari	Sardegna	Italia
Popolazione residente	149.883	550.580	1.639.362	59.433.744
Variazione intercensuaria annua	-0,9	0,1	0,0	0,4
Densità demografica	1763,0	120,5	68,0	196,8
Rapporto di mascolinità	84,9	94,5	95,6	93,7

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2016

Incidenza popolazione residente con meno di 6 anni	3,8	4,9	4,8	5,6
Incidenza popolazione residente di 75 anni e più	12,3	8,7	9,5	10,4
Indice di dipendenza anziani	38,3	27,7	29,6	32,0
Indice di dipendenza giovani	15,2	17,9	18,1	21,5
Indice di vecchiaia	251,6	154,1	164,1	148,7
Incidenza di residenti stranieri	30,3	18,6	18,7	67,8
Incidenza di minori stranieri	17,3	17,4	17,7	23,4
Rapporto occupazione italiana/straniera	58,0	67,9	73,9	74,9
Ampiezza media delle famiglie	2,2	2,4	2,4	2,4
Incidenza famiglie senza nuclei	41,2	33,6	34,8	33,8
Incidenza famiglie con due o più nuclei	1,4	1,6	1,2	1,4
Incidenza di giovani che vivono da soli	10,1	7,1	7,0	7,0
Incidenza di famiglie monogenitoriali giovani	0,9	0,9	0,9	1,0
Incidenza di coppie giovani senza figli	1,5	2,7	2,4	3,1
Incidenza di coppie giovani con figli	2,5	5,0	5,4	7,1
Incidenza di anziani soli	24,2	23,2	25,8	27,1
Incidenza di famiglie monogenitoriali anziane	9,4	6,4	7,0	4,7
Incidenza di coppie anziane senza figli	15,3	11,3	11,3	14,5
Incidenza di coppie anziane con figli	7,9	6,1	6,3	4,4
Incidenza delle abitazioni in proprietà	72,6	78,4	77,7	72,5
Superficie media delle abitazioni occupate	96,4	103,4	105,7	99,3
Indice di affollamento delle abitazioni	0,5	0,4	0,4	0,6
Rapporto adulti con diploma o laurea/licenza media	252,3	132,2	113,7	164,5
Incidenza di analfabeti	0,8	1,3	1,3	1,1
Incidenza giovani 15-29 anni che non studiano e non lavorano	28,0	31,4	30,7	24,7
Tasso di disoccupazione maschile	17,5	17,5	17,0	9,8
Tasso di disoccupazione femminile	17,4	20,6	21,0	13,6
Tasso di disoccupazione	17,4	18,9	18,6	11,4
Tasso di disoccupazione giovanile	54,1	51,8	48,5	34,7
Tasso di occupazione maschile	48,0	50,8	49,6	54,8
Tasso di occupazione femminile	36,5	34,3	32,2	36,1
Tasso di occupazione	41,7	42,2	40,6	45,0
Tasso di occupazione 15-29 anni	25,7	29,8	30,4	36,3
Incidenza dell'occupazione nel settore agricolo	2,5	5,2	7,6	5,5
Incidenza dell'occupazione nel settore industriale	10,2	17,2	19,4	27,1
Incidenza dell'occupazione nel settore terziario extracommercio	70,1	57,0	51,1	48,6
Incidenza dell'occupazione nel settore commerciale	17,3	20,6	21,8	18,8
Incidenza dell'occupazione in professioni ad alta-media specializzazione	50,0	34,2	29,6	31,7
Incidenza dell'occupazione in professioni artigiane, operaie o agricole	7,8	16,5	20,4	21,1

Incidenza dell'occupazione in professioni in professioni a basso livello di competenza	11,3	15,0	16,7	16,2
Rapporto occupati indipendenti maschi/femmine	176,6	157,9	163,8	161,1
Mobilità giornaliera per studio o lavoro	60,0	57,0	54,4	61,4
Mobilità fuori comune per studio o lavoro	10,8	26,1	18,9	24,2
Mobilità occupazionale	29,7	111,2	64,5	85,7
Mobilità studentesca	8,0	47,9	35,8	35,2
Indice di vulnerabilità sociale e materiale	99,2	-		99,3
Posizione nella graduatoria dei comuni dell'indice di vulnerabilità	2867,5	-		
Incidenza delle famiglie numerose	1,1	1,4	1,2	1,4
Incidenza delle famiglie con potenziale disagio economico	2,5	3,3	3,3	2,7
Incidenza popolazione in condizione di affollamento	1,4	1,0	0,9	1,5
Incidenza di giovani fuori dal mercato del lavoro e dalla formazione	9,8	11,9	12,2	12,3
Incidenza delle famiglie in potenziale disagio di assistenza	3,1	2,4	2,6	3,0

Nel periodo considerato il Comune di Cagliari ha perso popolazione rispetto al dato provinciale anche se, secondo i dati relativi al periodo 2012-2015 la tendenza si è invertita.

La presenza di stranieri è molto ridotta in Sardegna (2,7%) rispetto alla media nazionale (8,2%). Nell'area cagliaritano la percentuale è di poco inferiore al 4%.

La Sardegna ha una struttura della popolazione più vecchia rispetto a quella media italiana. Nel contesto regionale, la Provincia di Cagliari ha un indice di vecchiaia tra i più bassi, mentre Cagliari si rivela la città con più alto indice di vecchiaia. Sono quasi 6 su 10 i lavoratori che si spostano dai Comuni limitrofi per motivi di lavoro. Il tasso di occupazione è appena al di sotto della media nazionale, ma maggiore di quella regionale. La Sardegna sconta un tasso di disoccupazione strutturalmente elevato, e Cagliari è al di sotto della media regionale.

Anche gli ultimi dati disponibili, riferiti al 2014, confermano un tasso di disoccupazione prossimo al 18%.

Il Comune di Cagliari presenta tassi di occupazione inferiori rispetto a quelli della Provincia. Ciò dipende dal fatto che essendo presente una popolazione tendenzialmente più vecchia, è maggiore la quota di persone al di fuori delle Forze lavoro. Il tasso di disoccupazione, invece, è leggermente più basso. Il buon livello di istruzione dei residenti nel Comune di Cagliari si evince dal confronto con il dato Nazionale. Meno per quanto riguarda il dato provinciale e Regionale.

Cagliari è la prima Provincia della Sardegna per valore aggiunto pro capite (21.250 euro; Sardegna 17.950 dato 2013). Nonostante ciò, il sistema economico cagliaritano rimane al di sotto dei livelli medi nazionali per produzione di ricchezza (Italia 23.850).

SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI

L'area cagliaritana presenta un buon sistema di servizi di assistenza sanitaria: registra, infatti, risultati soddisfacenti per quanto riguarda l'assistenza domiciliare integrata della popolazione anziana (con un indice pari al 4,1 % della popolazione anziana trattata in ADI ; 4,6% Sardegna ; 4,3% Italia); inoltre, riesce a contenere abbastanza bene la mobilità dei pazienti verso altre regioni (Provincia di Cagliari tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari extra-regione 4/1000 media regionale 5,8/1000 ; dato nazionale 7,8/1000).

PROFILO DI SALUTE

La mortalità

I tassi di mortalità standardizzati nel triennio considerato, mostrano un profilo di salute dei residenti nella provincia di Cagliari mediamente inferiori alla media Regionale e Nazionale, in entrambi i sessi.

Anno	2011			2012			2013		
	tasso standardizzato di mortalità (per 10.000 abitanti)			tasso standardizzato di mortalità (per 10.000 abitanti)			tasso standardizzato di mortalità (per 10.000 abitanti)		
	Tipo dato	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine
Italia	106	67,15	83	105,43	67,48	83	100,06	63,8	78,84
Sardegna	105	64,13	82	105,77	63,74	82	99,63	60,17	77,19
Sassari	107	69,1	86	108,97	69,47	86	102,11	62,47	79,67
Nuoro	112	66,01	86	115,61	63,98	86	102,55	55,33	75,6
Cagliari	100	62,12	78	99,72	61,11	77	96,98	60,05	75,73
Oristano	106	59,47	80	108,35	63,45	83	96,9	56,83	73,92
Olbia-Tempio	107	65,4	83	103,04	69,37	85	98,26	64,79	79,73
Ogliastra	105	61,61	81	101,09	53,33	74	95,58	54,3	72,73
Medio Campidano	113	65,5	86	111,8	56,55	79	105	58,79	79,43
Carbonia-Iglesias	105	62	81	106,9	64,98	83	103,32	64,37	81,09

L'indicatore mortalità infantile mostra un andamento con indici variabili rispetto al dato medio regionale e nazionale.

Questo indice è strettamente correlato alla situazione sanitaria, economica, ambientale e sociale della popolazione a cui viene applicato.

Anno	2011	2012	2013
Tipo dato	tasso di mortalità infantile per 1000 NV		
Sesso	totale	totale	totale
Italia	3,09	3	2,96
Sardegna	2,84	2,25	3,45
Sassari	1,52	1,99	3,44
Nuoro	3,03	3,27	3,48
Cagliari	4,53	2,27	2,94
Oristano	1,8	2,05	3,82
Olbia-Tempio	1,38	1,43	5,29
Ogliastra	4,12	2,33	4,42
Medio Campidano	1,33	3,05	2,84
Carbonia-Iglesias	2,29	2,37	2,54

Lo stesso significato è riportato nell' indicatore speranza di vita alla nascita che mostra livelli di salute mediamente più elevati del dato medio regionale e nazionale

	Speranza di vita alla nascita			
	2001		2014	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Italia	76,9	82,8	80,3	85
Sardegna	76,6	83,1	79,7	85,2
Pr. Cagliari	76,8	83,2	80,4	85,9

QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

La sintesi del quadro normativo di riferimento è riportata nella tabella sottostante.

Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro SSN
D.Lgs. N° 502 / 1992 e ss.mm.ii.
D.Lgs. N° 229 / 1999 e ss.mm.ii.
D. Lgs. 517/99 - Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università
Dlgs. 30/03/2001 n°165, Norme generali dell'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche
D.lgs. 27/10/2009 n°150, attuazione della legge 4 marzo n°15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico ed efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni.
Legge 23/12/2009 n°191 art.2 c.88, Legge Finanziaria 2010, riguardo alla gestione commissariale per le regioni sottoposte al piano di rientro
Delibere Commissariali n°44 e n°45 del 2010 relativamente all'adozione e successiva integrazione del Piano Operativo 2010
Legge 122 del 30/07/2010, che traduce in legge il D.L. 31/05/2010, riguardante misure di stabilizzazione finanziaria e competitività economica
L. 135 / 2012 disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini
L. 189/2012 recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute.
Patto per la Salute 2014-2016 - Accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema
Decreto 02/04/2015, n. 70 che reca il Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera
Protocollo d'intesa tra Regione Autonoma della Sardegna ed Università degli Studi di Cagliari siglato in data 11.10.2004, recepito dal Piano Sanitario Regionale approvato dal Consiglio Regionale in data 19.1.2007

LR. 21 / 2012 Disposizioni urgenti in materia sanitaria connesse alla manovra finanziaria e modifica di disposizioni legislative sulla sanità.
LR. 23 / 2014 Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale. Modifiche alle leggi regionali n.23 del 2005, n.10 del 2006 e n.21 del 2012
LR 2015, N. 36 Misure urgenti per l'adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale e ulteriore proroga del commissariamento delle ASL.
Deliberazione n. 38/12 del 28-7-2015 di approvazione del "Programma di riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna" e la successiva deliberazione n. 6/15 del 2.2.2016 "proposta di ridefinizione della rete ospedaliera della Regione autonoma della Sardegna"
Deliberazione n. 63/24 del 15-12-15 con la quale viene disciplinato il "Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso" – Piano di rientro anni 2016-2018.

Informazioni rilevanti sul contesto di riferimento

Nella tabella successiva sono riportati alcuni indicatori socio economici e demografici riferiti al 2011 (Fonte : <http://ottomilacensus.istat.it/>) confrontando la città di Cagliari con la Provincia di Cagliari, la Regione Sardegna e la media Nazionale.

Descrizione Indicatore	Città di Cagliari	PR Cagliari	Sardegna	Italia
Popolazione residente	149.883	550.580	1.639.362	59.433.744
Variazione intercensuaria annua	-0,9	0,1	0,0	0,4
Densità demografica	1763,0	120,5	68,0	196,8
Rapporto di mascolinità	84,9	94,5	95,6	93,7
Incidenza popolazione residente di 75 anni e più	12,3	8,7	9,5	10,4
Indice di vecchiaia	251,6	154,1	164,1	148,7
Incidenza di residenti stranieri	30,3	18,6	18,7	67,8
Incidenza di minori stranieri	17,3	17,4	17,7	23,4
Tasso di occupazione straniera	70,5	61,7	54,6	58,9
Rapporto disoccupazione italiana/straniera	146,4	137,1	105,5	80,4
Ampiezza media delle famiglie	2,2	2,4	2,4	2,4
Incidenza di anziani soli	24,2	23,2	25,8	27,1
Incidenza di analfabeti	0,8	1,3	1,3	1,1
Incidenza giovani 15-29 anni che non studiano e non lavorano	28,0	31,4	30,7	24,7
Tasso di disoccupazione	17,4	18,9	18,6	11,4

Tasso di disoccupazione giovanile	54,1	51,8	48,5	34,7
Indice di vulnerabilità sociale e materiale	99,2	-		99,3
Incidenza delle famiglie con potenziale disagio economico	2,5	3,3	3,3	2,7
Incidenza delle famiglie in potenziale disagio di assistenza	3,1	2,4	2,6	3,0

Il dato maggiormente significativo è rappresentato dall'invecchiamento relativo che si rileva nella città di Cagliari in misura maggiore rispetto alle altre aree considerate, accanto ad una situazione di disagio economico e sociale che presenta punte elevate tra i giovani.

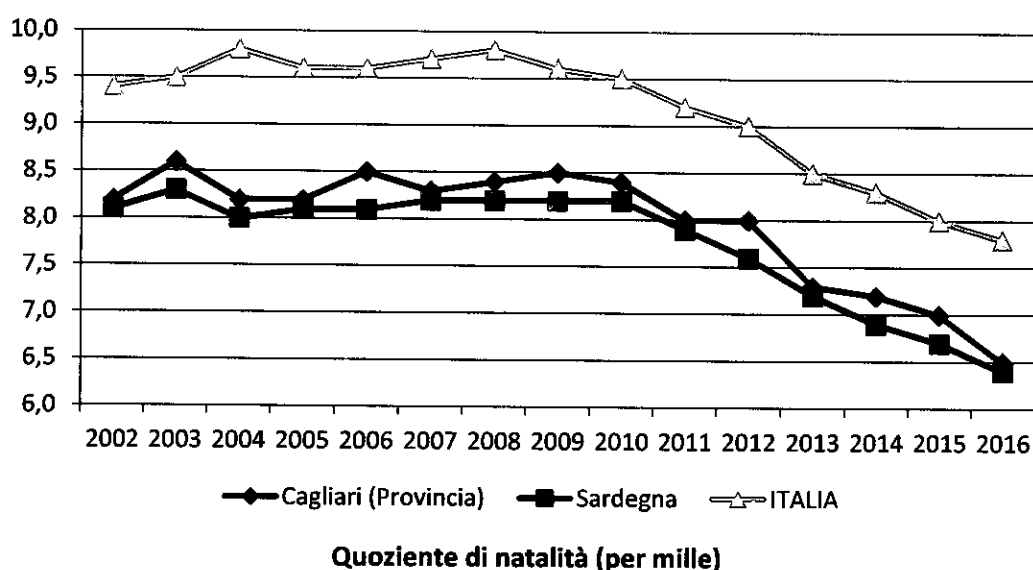
Nella tabella successiva viene rappresentato il quadro relativo alla natalità ed alle caratteristiche della madre al parto, tale dato conferma le tendenze in atto da diverso tempo, relativamente alla riduzione della natalità ed all'aumento dell'età media al parto.

Nati vivi, tasso di natalità, tasso di fecondità totale, età media al parto e caratteristiche della madre e del parto per provincia* - Sardegna - Anno 2012 (valori assoluti, quozienti per 1.000, valori medi e valori percentuali)

Area provinciale	Nati vivi	Tasso natalità	Tasso fecondità totale	Età media al parto	Caratteristiche della madre e del parto		
					Nati da madri con 35 anni e più	Nati da madri straniere	Parti cesarei*
					Cagliari	4.405	8,0
Sardegna	12.444	7,6	1,14	32,3	40,8	6,9	37,8
Italia	534.186	9,0	1,42	31,4	33,2	19,0	36,6

Fonte: Istat, indagine Iscritti in anagrafe per nascita ed elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute (Sdo).

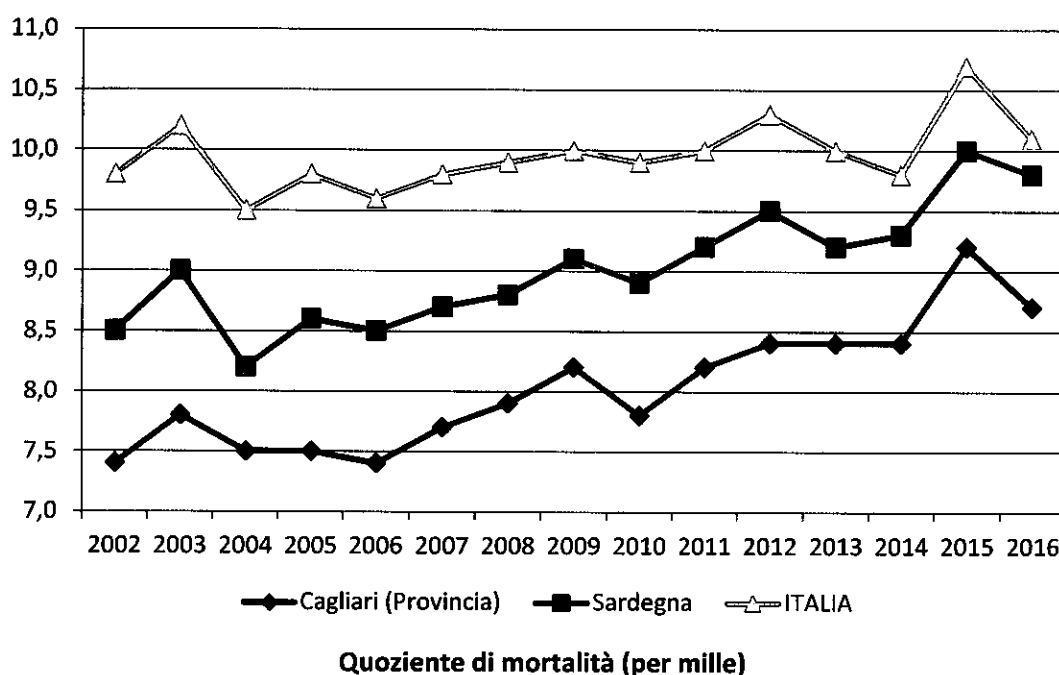
* con riferimento alla provincia di nascita



INFORMAZIONI SANITARIE ED EPIDEMIOLOGICHE

La mortalità

I tassi di mortalità standardizzati nel triennio considerato, mostrano un profilo di salute dei residenti nella provincia di Cagliari mediamente inferiori alla media Regionale e Nazionale, in entrambi i sessi.



Anno	2011			2012			2013		
Tipo dato	Mortalità standardizzata per sesso e regione								
Sesso	Mortalità standardizzata per sesso e regione								
Italia	106	67,15	83	105,43	67,48	83	100,06	63,8	78,84
Sardegna	105	64,13	82	105,77	63,74	82	99,63	60,17	77,19
Cagliari	100	62,12	78	99,72	61,11	77	96,98	60,05	75,73

L'indicatore mortalità infantile mostra un andamento con indici variabili rispetto al dato medio regionale e nazionale. Questo indice è strettamente correlato alla situazione sanitaria, economica, ambientale e sociale della popolazione a cui viene applicato.

Anno	2011	2012	2013
<i>Tipo dato</i>	tasso di mortalità infantile per 1000 NV		
	totale	totale	totale
Italia	3,09	3	2,96
Sardegna	2,84	2,25	3,45
Cagliari	4,53	2,27	2,94

Nelle tabelle successive è riportata un'analisi più dettagliata della mortalità, riportando i tassi standardizzati per i primi cinque gruppi di cause e per fasce d'età

Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 0-14 anni per i primi cinque gruppi di cause e Provincia di residenza - Sardegna - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti)

AREA	Totale	Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	Malformazioni congenite	Tumori	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi
Cagliari	3,7	1,6	0,9	0,4	0,1	0,1
Sardegna	3,3	1,3	0,6	0,3	0,2	0,2
Italia	3,0	1,2	0,6	0,3	0,2	0,1

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, indagine sulle Cause di morte

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2016

Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 35-64 anni per genere, primi cinque gruppi di cause e Provincia di residenza - Sardegna - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

Area	Maschi						Femmine					
	Totale	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie dell'apparato digerente	Malattie infettive e parassitarie	Totale	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi
Cagliari	38,9	17,2	7,8	4,8	2,6	2,3	20,0	13,0	2,5	0,8	0,6	0,5
Sardegna	41,1	18,2	8,5	5,1	3,2	1,6	19,2	11,8	2,7	0,9	0,7	0,7
Italia	34,8	15,5	8,1	3,4	2,1	1,0	19,1	11,7	2,7	0,9	0,8	0,6
Variazione percentuale media annua												
Cagliari	0,0	-1,3	-0,9	1,3	0,8	7,5	2,1	2,1	0,8	-3,4	-3,2	3,0
Sardegna	0,0	-0,5	-1,2	0,2	2,2	3,9	0,8	0,8	0,6	0,1	-6,5	6,1
Italia	-1,5	-1,7	-2,1	-1,3	-2,1	-2,3	-0,6	-0,5	-2,3	-1,0	-3,5	2,0

Fonte: Elaborazione Istat su dati rilevazione delle Cause di morte

Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 65 anni e più per genere, primi cinque gruppi di cause e Provincia di residenza - Sardegna - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti e variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

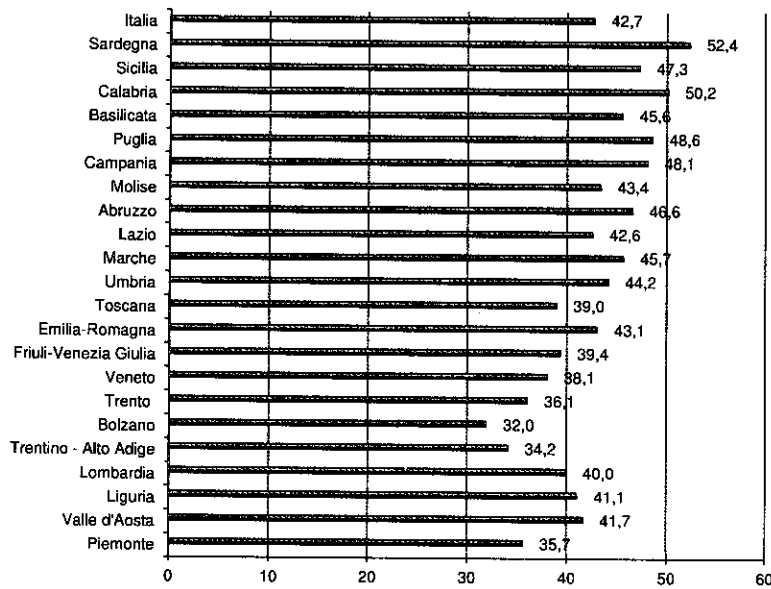
Area	Maschi						Femmine					
	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie dell'apparato digerente	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi imm.	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi imm.
Cagliari	496,6	166,6	164,5	42,8	21,2	17,8	320,3	120,3	81,1	18,3	18,4	16,0
Sardegna	513,3	180,6	163,1	47,6	22,1	19,9	338,1	134,7	78,9	19,2	18,8	17,3
Italia	535,7	203,1	166,2	49,7	19,2	20,8	358,5	156,7	82,6	21,7	16,1	18,6
Variazione percentuale media annua												
Cagliari	0,1	-1,9	1,1	-0,1	-0,5	-0,4	-1,7	-3,9	2,2	-5,2	0,4	-4,0
Sardegna	-0,7	-2,3	0,0	-2,0	-0,9	2,9	-1,2	-2,7	0,4	-1,9	0,4	-1,6
Italia	-1,1	-2,3	-0,7	-1,1	-1,7	0,5	-1,0	-2,4	-0,2	-0,3	0,7	-0,6

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Rilevazione delle cause di morte

Il quadro epidemiologico che emerge dall'analisi della mortalità, rappresenta alcune criticità relativamente ai tumori in alcune fasce d'età, con variazioni in crescita in alcuni casi.

Il quadro della morbosità cronica risulta in costante aumento, correlato al progressivo invecchiamento della popolazione. La Sardegna presenta valori di morbosità più elevati rispetto al contesto nazionale

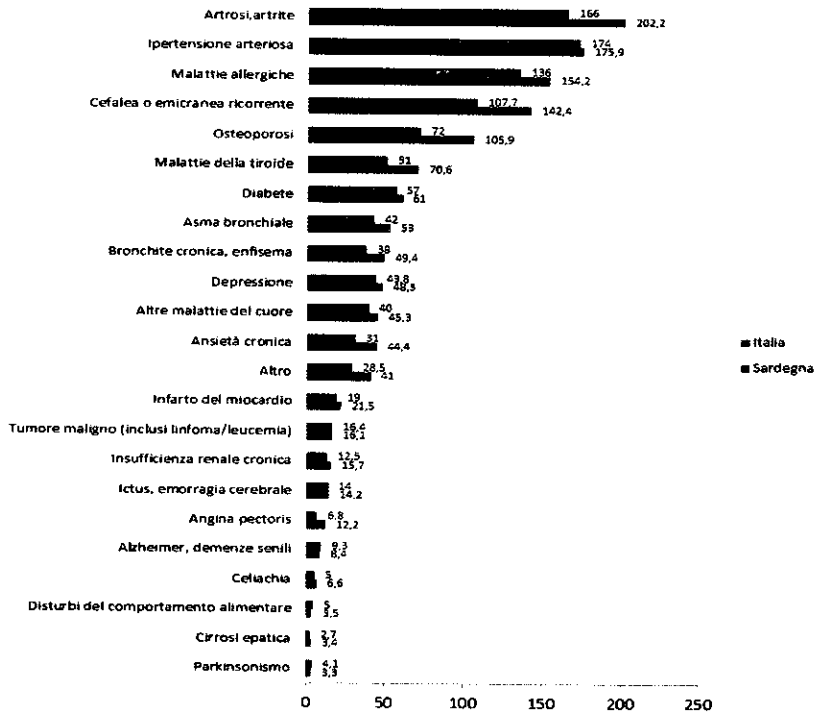
RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2016



Percentuale di persone di 65 anni e piu' con tre o più malattie croniche dichiarate anno 2013. Fonte : elaborazione su dati ISTAT "Indagine Multiscopo sullo stato di salute ed il ricorso ai Servizi sanitari

In particolare, secondo i dati rilevati dall' Istat (indagine multiscopo) tra le malattie croniche con maggiore prevalenza ritroviamo: l'artrosi/artrite , l'ipertensione , le malattie allergiche, la bronchite cronica e asma bronchiale , il diabete .

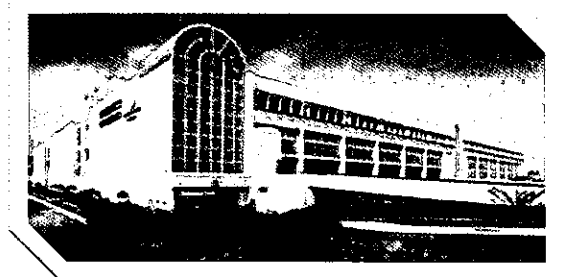
Percentuale di Malattie croniche dichiarate per 1000 residenti- Fonte :ISTAT 2013



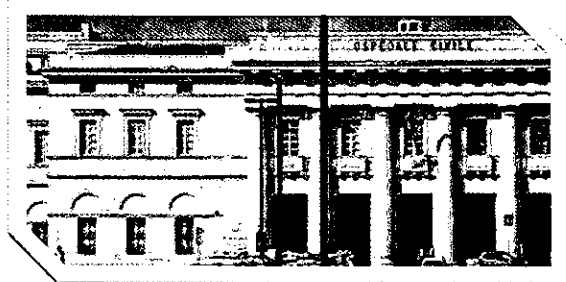
2.2 L'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI CAGLIARI

La presente sezione è finalizzata a rappresentare in modo semplice e chiaro l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, sia in merito all'assetto organizzativo, all'assetto economico e tecnologico nonché alle consistenze del personale (CONTESTO INTERNO), sia all'ambito specialistico di competenza, con attenzione agli stakeholder di riferimento e ai soggetti con cui l'Azienda interagisce (AMBIENTE ESTERNO); tutto ciò al fine di evidenziare al meglio l'esistenza del "legame" sussistente tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le strategie, gli obiettivi e gli indicatori dell'Azienda.

Chi siamo



P.O. Duilio Casula



P.O. S. Giovanni di Dio

L'Azienda Ospedaliero Universitaria è stata istituita il 30 marzo 2007 con la delibera della Giunta regionale n. 13/1, in attuazione del protocollo d'intesa siglato dalla Regione Autonoma della Sardegna e dall'Università di Cagliari del 2004, ed è operativa dal 14 maggio 2007. Ne fanno parte attualmente l'Ospedale San Giovanni di Dio, il P.O. Duilio Casula di Monserrato.

Si tratta di presidi multispecialistici che ospitano strutture assistenziali e centri di ricerca di eccellenza.

L'A.O.U. è la sede delle attività assistenziali proprie della Facoltà di Medicina e Chirurgia, integrate con le altre attività istituzionali della didattica e della ricerca.

L'A.O.U., struttura di alta specialità, ha come scopo il perseguimento del più alto livello di **assistenza** attraverso l'attività di ricerca avanzata a fronte dei bisogni della popolazione in un processo che include:

didattica, obiettivo fondamentale dell'attività della Facoltà di Medicina e Chirurgia e strumento di miglioramento continuo delle competenze di tutti gli operatori e dei soggetti in formazione;

ricerca, strumentale alla maturazione culturale finalizzata alla didattica universitaria, funzione essenziale della Facoltà di Medicina e Chirurgia oltre che rivolta all'innovazione e sviluppo delle procedure diagnostiche-cliniche delle conoscenze biomediche e tecnologiche;

L'A.O.U di Cagliari eroga e sviluppa, integrandole, assistenza sanitaria polispecialistica, ricerca e formazione, di rilievo ed interesse nazionale ed internazionale.

Promuove l'innovazione, persegue la centralità del Cittadino e dello Studente e favorisce la valorizzazione dei Professionisti anche mediante la condivisione degli obiettivi e la responsabilizzazione sui risultati.

L'Azienda svolge in modo organico ed inscindibile le funzioni di assistenza, ricerca e formazione, rappresentando al tempo stesso elemento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, ed in particolare del Servizio Sanitario Regionale, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento degli obiettivi di tutela globale della salute, e del Sistema Universitario, per il raggiungimento delle sue finalità didattiche e di ricerca.

L'A.O.U. nello svolgimento delle proprie attività utilizza le risorse assegnate dall'Università e dal Servizio sanitario con un modello organizzativo nel quale ciascun professionista opera, a prescindere dallo stato giuridico di provenienza, in maniera integrata e paritaria per il perseguimento degli obiettivi fissati.

L'A.O.U. svolge la propria attività nell'ambito della programmazione sanitaria nazionale e regionale, e concorre al raggiungimento degli obiettivi ed alla realizzazione dei compiti istituzionali della Facoltà di Medicina, nell'ambito delle risorse disponibili, che verranno utilizzate secondo criteri di efficacia ed economicità.

L'azienda, quale componente di un sistema integrato, sviluppa la cooperazione fra le diverse Aziende Sanitarie per garantire l'uniformità e l'unitarietà delle funzioni del S.S.R.

Valori Fondanti

L'A.O.U, quale parte integrante del S.S.R., impronta l'attività istituzionale, all'osservanza dei seguenti valori:

- a) **centralità della persona:** pone al centro dell'attività la persona al fine di
 - soddisfarne in maniera trasparente le aspettative in relazione:
 - alla disponibilità e accessibilità di tutte le informazioni per l'accesso alle prestazioni attraverso una scelta consapevole;
 - alla capacità dell'organizzazione di garantirne, con elevata professionalità, i bisogni e le richieste;
 - alla possibilità di rendere noto l'utilizzo delle risorse in modo appropriato ed efficiente al fine di accrescere la condivisione dei valori e degli obiettivi;

- b) **equità:** garantire ad ogni persona il diritto alle prestazioni più appropriate, senza alcuna discriminazione;
- c) **appropriatezza:** fornire prestazioni appropriate, valutati in termini di valutazioni tecnico scientifiche, ottimizzazione degli interventi nell'ambito del processo/percorso assistenziale, orientato al miglioramento continuo ed alla limitazione dei tempi d'attesa per la loro fruizione entro i limiti previsti;
- d) **assenza dolore:** garantire nelle fasi di cura l'assenza del dolore a tutela della dignità della persona;
- e) **percorsi assistenziali preferenziali:** assicurare percorsi assistenziali preferenziali per soggetti deboli o affetti da patologie di particolare gravità;
- f) **integrazione didattica:** realizzare nella fase assistenziale un'adeguata risposta all'esigenza tecnico didattica derivante dai diversi obiettivi formativi della facoltà di medicina e chirurgia;
- g) **ricerca e innovazione:** promuovere processi innovativi diagnostici e, l'adeguamento tecnologico conseguente allo sviluppo della ricerca, per migliorare la miglioramento del processo assistenziale con la formalizzazione anche di linee guida, protocolli ed indicatori di esiti delle attività cliniche;
- h) **formazione:** investire nella formazione continua del personale per lo sviluppo della conoscenza professionale, in grado di incidere sull'appropriatezza e la qualificazione degli interventi;

i) **valorizzazione risorse umane:** il raggiungimento dell'alta qualità e dell'eccellenza è strettamente connesso alla professionalità e conoscenza degli operatori.

Queste capacità vengono opportunamente valorizzate attraverso un sistema di valutazione, l'attivazione di premi e miglioramento di carriera e di partecipazione alle trasformazioni operative ed organizzative;

j) **sinergia:** ricerca di forme di collaborazione con le altre strutture sanitarie regionali contribuendo a garantire un sistema di assistenza in rete;

k) **ascolto:** favorire il dialogo con gli Enti Locali, le Organizzazioni Sindacali, le Associazioni di tutela dei cittadini e dei volontari per garantire una migliore offerta.

Dal 2013 si è avviato il percorso previsto dal progetto *“La razionalizzazione dell'AOU linee di intervento per l'integrazione delle strutture sanitarie e Progetto di Riordino del Policlinico di Monserrato”*, predisposto in collaborazione ed accordo con l'Università degli Studi di Cagliari, in seguito alla realizzazione e consegna del blocco Q, presso il P.O. Duilio Casula (Policlinico di Monserrato), con il trasferimento dei reparti ubicati presso il Presidio San Giovanni di Dio (Clinica Ostetrica e Ginecologica e Chirurgia Generale) e la Clinica Macciotta (Terapia Intensiva Neonatale e la Puericoltura).

In seguito ai trasferimenti si è ufficializzato il blocco Q, con i suoi reparti all'avanguardia nel panorama sanitario non solo nazionale, ma anche europeo.

Dal 2014 in osservanza alle disposizioni regionali, e in accordo con la ASL di Cagliari, si è inoltre proceduto alla elaborazione di un Progetto unitario che vedesse la creazione di un polo pediatrico regionale, da realizzare presso l'ospedale Microcitemico di Cagliari, con il trasferimento della Neuropsichiatria Infantile e la Clinica Pediatrica, che poi si è completato, mantenendo una presenza ambulatoriale delle due discipline presso la clinica Macciotta per un lungo periodo.

La struttura organizzativa dell'azienda

Ai sensi dell'art. 4, comma1, del decreto legislativo 517/1999 sono organi dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari:

- a) il Direttore Generale
- b) il Collegio Sindacale
- c) l'Organo di Indirizzo

IL DIRETTORE GENERALE

Il Direttore Generale è nominato dalla Regione, d'intesa con il Rettore dell'Università degli studi di Cagliari.

Al Direttore Generale spetta la responsabilità complessiva della gestione e la rappresentanza legale dell'Azienda. E' coadiuvato, nell'esercizio delle Sue funzioni da:

- Direttore Amministrativo (dirige ed organizza, utilizzando le competenti strutture di riferimento, i servizi tecnici ed amministrativi dell'Azienda, in coerenza con gli indirizzi generali, nel rispetto delle competenze attribuite o delegate alle disposizioni del Direttore Generale, partecipa al processo di pianificazione strategica, esercita le funzioni attribuite alla sua competenza e concorre, con la formulazione di proposte e pareri, al governo aziendale).
- Direttore Sanitario (coadiuva il Direttore Generale nella definizione delle linee strategiche, delle politiche aziendali e dei processi di programmazione e controllo, dirige i servizi sanitari anche ai fini organizzativi ed igienico sanitari; dirige e coordina, garantendone l'integrazione organizzativa, i servizi sanitari nelle materie ed ambiti previsti dalle leggi regionali, dal D.lgs. 502/92 e successive modificazioni ed in conformità alle disposizioni del Direttore Generale, svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente, e dai regolamenti aziendali, ovvero delegatagli del Direttore Generale)

Adotta l'Atto Aziendale e, limitatamente ai dipartimenti ad attività integrata e alle strutture a direzione universitaria, acquisisce l'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Cagliari.

Compete in particolare al Direttore Generale:

l'organizzazione e la gestione dell'Azienda conformemente ai principi indirizzi e obiettivi dei diversi livelli di governo del sistema;

il rispetto dei principi di imparzialità e trasparenza nonché di efficienza, efficacia ed economicità nella gestione e nell'organizzazione;

le funzioni di verifica e controllo dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi programmati.

IL COLLEGIO SINDACALE

Il collegio sindacale esercita le funzioni indicate all'art. 3 del D.lgs. 502/92 e successive integrazioni, dall'art.4 del D.lgs n.517/99 e dall'art.11 della L.R. 10/2006.

Il Collegio esercita le funzioni previste dalla normativa vigente ed in particolare:

- verifica dell'attività dell'Azienda sotto il profilo economico, finanziario, patrimoniale;
- vigila sull'osservanza delle leggi e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili;
- redige la relazione preventiva sul progetto di bilancio e quella definitiva sul bilancio entro il termine di 15 giorni dalla sua approvazione;
- effettua periodicamente verifiche di cassa, controlli a campione e altre funzioni demandate da leggi e regolamenti;
- riferisce almeno trimestralmente al Rettore ed alla Regione sui risultati della propria attività e denuncia immediatamente alla stessa le situazioni di disavanzo e i casi di gravi irregolarità nella gestione;

L'ORGANO DI INDIRIZZO

L'organo di indirizzo, composto secondo quanto stabilito all'art. 4 del d.lgs. 517/1999 ed all'art. 9 del protocollo d'intesa tra la Regione Autonoma Sardegna e le Università di Cagliari e Sassari, con riferimento ai dipartimenti ad attività integrata, è titolare della funzione di garanzia della coerenza fra la programmazione generale dell'attività assistenziale con la programmazione didattica e scientifica dell'Università e di verifica della corretta attuazione della programmazione con riferimento ai dipartimenti ad attività integrata.

Sempre ai sensi del comma 4 dell'art. 4 del DLgs 517, l'organo di indirizzo è presieduto da un presidente scelto all'interno del medesimo, nominato dalla regione d'intesa con il Rettore.

I componenti dell'Organo di Indirizzo sono scelti tra esperti di riconosciuta e comprovata competenza in materia di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari, durano in carica quattro anni e possono essere confermati. Non possono far parte dell'Organo né i dipendenti dell'Azienda, né altri componenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

In particolare l'organo di indirizzo:

- elabora ai fini della pianificazione delle attività operative apposite linee guida;
- propone iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'Azienda con la programmazione didattica e scientifica della Facoltà di Medicina e Chirurgia;
- esprime parere entro 30 gg dalla richiesta su piani e programmi di attività e di investimento;

- verifica la corretta attuazione della programmazione aziendale nonché la coerenza tra l'attività svolta e i compiti istituzionali dell'Università, tenendo conto della programmazione sanitaria regionale e di quella universitaria.

Il Direttore Generale partecipa ai lavori senza diritto di voto.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari è articolata, per il perseguimento della proprie finalità, in strutture organizzative nell'ambito delle quali sono individuati gli ambiti di specializzazione ed i livelli di responsabilità dei professionisti e degli operatori. Tale modello è individuato al fine di consentire il migliore utilizzo possibile delle risorse, delle conoscenze e delle competenze a disposizione.

La tipologia del modello organizzativo è la seguente:

- Dipartimenti: aggregazione di Unità Operative Complesse e di strutture semplici a valenza dipartimentale, con autonomia tecnico-professionale nonché gestionale, nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti.
- Strutture complesse: rappresentano, dopo il Dipartimento, le aggregazioni più ampie di risorse umane e tecniche e possono ricomprendere al loro interno altre strutture organizzative.

In ambito assistenziale le strutture complesse rappresentano l'articolazione interna del Dipartimento ad Attività Integrata (DAI). Ciascuna Struttura complessa fa parte di un solo DAI e possiede autonomia tecnico-professionale e gestionale-organizzativa, limitatamente alle risorse e ai programmi negoziati ed assegnati in modo specifico. Concorrono allo svolgimento delle attività formative e di ricerca organizzate dalle strutture istituzionalmente preposte a tali attività. Strutture semplici: sono articolazioni organizzative o funzionali che possono afferire direttamente al Dipartimento, quando svolgono attività di interesse di diverse Strutture complesse, oppure possono essere articolazioni interne ad una singola Struttura complessa. Per particolari esigenze, in ambito assistenziale possono essere istituite Strutture semplici che svolgano attività che interessino più DAI; in tal caso viene individuato il DAI di riferimento per il quale la struttura semplice svolge l'attività prevalente.

Ciascuna Struttura Semplice possiede autonomia tecnico-professionale e gestionale-organizzativa, limitatamente alle risorse ed agli obiettivi negoziati ed assegnati in modo specifico.

In ambito assistenziale integrato, sono altresì previste le seguenti articolazioni organizzative:

Programma: è un modello organizzativo trasversale che consente, anche nell'arco di un periodo

di tempo definito e in relazione a determinati processi assistenziali o di ricerca di rilievo aziendale, la programmazione e l'organizzazione unitaria di attività e competenze fornite da professionisti afferenti a strutture organizzative, anche diverse. Al responsabile del Programma compete, pertanto, il coordinamento di risorse assegnate ad altre strutture e la responsabilità diretta in ordine al raggiungimento degli obiettivi.

Le responsabilità correlate ad una struttura organizzativa o ad una sua articolazione interna costituiscono la cosiddetta "posizione organizzativa", sulla quale l'Azienda attribuisce un incarico (dirigenti) o riconosce un ambito di autonomia professionale (personale del comparto).

Cosa facciamo

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari ospita strutture assistenziali e centri di ricerca di eccellenza.

Nell'ambito della programmazione sanitaria della Regione Sardegna, l'Azienda:

prevede i seguenti Dipartimenti ad Attività Integrata (in parentesi vengono indicate le diverse Unità Operative facenti capo al Dipartimento):

1. **Dipartimento di Chirurgia** (Chirurgia Generale ed Endocrinologica, Chirurgia Generale Coloproctologica, Chirurgia Generale Laparoscopica e D'urgenza, Clinica Oculistica, Clinica Otorino)
2. **Dipartimento di Medicina** (Allergologia e immunologia clinica/Medicina interna, Diagnostica gastroenterologia, Gastroenterologia, Malattie metaboliche, Medicina interna e emocoagulopatie, Nutrizione Clinica, Patologie Osteomuscolari, Medicina interna e malattie del fegato, Clinica Dermos, Diabetologia, Endocrinologia, Farmacologia clinica, Neurologia, Oncologia, Reumatologia)
3. **Dipartimento Materno Infantile** (Anestesia, Ostetricia e Ginecologia, Puericoltura / Patologia neonatale);
4. **Dipartimento Emergenza area critica** (Anestesia e rianimazione, Cardiologia, Cardiologia / unità coronarica, Medicina I, Medicina II, Neurologia, Pronto Soccorso);
5. **Dipartimento Diagnostica per immagini** (Medicina Nucleare, Radiologia)
6. **Dipartimento Servizi Diagnosi e Cura** (Anatomia patologica, Laboratorio, Odontoiatria)

2.3 I RISULTATI RAGGIUNTI

L'Azienda Ospedaliera espleta la sua attività istituzionale attraverso i suoi 2 presidi; si riportano di seguito i dati maggiormente significati relativi all'anno **2016**.

Informazioni ulteriori sono reperibili sul sito

<http://www.aoucagliari.it/>

Ospedale Civile San Giovanni di Dio

L'Ospedale civile San Giovanni di Dio è il presidio più antico della città di Cagliari. Costruito nel 1844, su progetto del celebre architetto Gaetano Cima, è, per antonomasia, l'ospedale dei cagliaritari. Esso, infatti, costituisce un patrimonio della città non solo per il ruolo che da più di un secolo svolge nel garantire l'assistenza ai cittadini, ma anche per il suo radicamento nella comunità e nel tessuto urbano. Il San Giovanni di Dio è un presidio multispecialistico che rappresenta ancora oggi un punto di riferimento della sanità isolana grazie alle molteplici strutture di eccellenza che vi operano.

L'ospedale è anche sede di alcune delle scuole di specializzazione della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università cagliaritana.

Dotato di **175** posti letto, di cui **11** in regime di Day hospital/Day surgery.

Presidio Ospedaliero Duilio Casula (Policlinico di Monserrato)

Il Policlinico universitario è stato istituito nel 1994 e ha iniziato la sua attività nel 1996 nella Clinica medica M. Aresu. Nel 1999 c'è stato il trasferimento nella nuova struttura di Monserrato che attualmente è una delle strutture sanitarie più moderne della Sardegna. Il Policlinico di Monserrato è un presidio multispecialistico ed è sede di strutture ad alta specializzazione.

Nella sua struttura, inoltre, hanno sede la gran parte delle strutture cliniche della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'università di Cagliari, nonché numerose scuole di specializzazione. Questa organizzazione consente agli studenti ed agli specializzandi di compiere il percorso formativo nelle strutture dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria con il loro pieno coinvolgimento nel processo assistenziale.

Posti letto n. 274 di cui 39 di DH/Day Surgery, è il presidio attualmente più grande dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

Attività di Ricovero

Presidio	Ricoveri ordinari			Ricoveri Day Hospital /DS		
	2016	2015	2014	2016	2015	2014
S. Giovanni di Dio	4.557	6.309	6.478	3.457	3.074	2.313
Monserato	13.972	12.991	13.181	3.383	3.680	3.087
TOTALE	18.529	19.300	19.659	6.840	6.754	5.400

Nella tabella seguente è riportata l'attività di ricovero classificata per categorie diagnostiche maggiori (MDC)

MDC	Descrizione MDC (Major Diagnostic Category – categorie diagnostiche maggiori)	RO	%	DH/DS	%
05	Malattie e disturbi del sistema circolatorio	2.780	15,00%	133	1,94%
14	Gravidanza, parto e puerperio	2.409	13,00%	176	2,57%
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	2.246	12,12%	447	6,54%
15	Neonati normali e neonati con disturbi perinatali	2.018	10,89%		0,00%
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	1.224	6,61%	9	0,13%
07	Malattie e disturbi del fegato, vie biliari e pancreas	1.200	6,48%	35	0,51%
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	965	5,21%	83	1,21%
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, naso, bocca e gola	790	4,26%	205	3,00%
10	Malattie e disturbi endocrini, della nutrizione e del metabolismo	767	4,14%	9	0,13%
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	741	4,00%	242	3,54%
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	593	3,20%	365	5,34%
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	410	2,21%	760	11,11%
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	399	2,15%	672	9,82%
02	Malattie e disturbi dell'occhio	344	1,86%	2.743	40,10%
16	Malattie e disturbi del sangue e degli organi emopoietici	315	1,70%	44	0,64%
11	Malattie e disturbi del rene e vie urinarie	300	1,62%	5	0,07%

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2016

23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	278	1,50%	52	0,76%
18	Malattie infettive e parassitarie	253	1,37%	1	0,01%
21	Traumatismi ed avvelenamenti	175	0,94%	115	1,68%
19	Disturbi psichici	116	0,63%	1	0,01%
20	Abuso di alcool e farmaci e disturbi mentali organici indotti da alcool o farmaci	83	0,45%	-	0,00%
00	Trapianto di cuore, fegato, midollo, polmone, pancreas/rene e pancreas. Tracheostomia	74	0,40%	-	0,00%
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	21	0,11%	13	0,19%
25	Infezioni da HIV	16	0,09%	730	10,67%
22	Ustioni	8	0,04%	-	0,00%
24	Traumatismi multipli	4	0,02%	-	0,00%
Totale complessivo		18.529	100,00%	6.840	100,00%

Accessi al pronto soccorso

	Anno 2016	Anno 2015	scostamento	%
Pronto Soccorso Generale	19.474	23.830	-4.356	-18,28%
Clinica Ostetrica	5.679	4.897	782	15,97%
Clinica Oculistica	13.869	13.514	355	2,63%
TOTALE	39.022	42.241	-3.219	-7,62%

Attività Ambulatoriale per esterni

Durante il 2015 è stato avviato il sistema CUP WEB, pertanto il 2016 si può considerare il primo anno di vero rodaggio del un nuovo sistema di prenotazione, e per la rilevazione di eventuali problematiche.

Il nuovo sistema di prenotazione consente l'ampliamento delle funzionalità ed un miglioramento del servizio di prenotazione e pagamento ticket. Il rinnovamento tecnologico, previsto nel progetto regionale, a regime permette di prenotare on line le prestazioni sanitarie di cui si intende usufruire.

BRANC A	BRANCA	Totale
01	ANESTESIA	5
02	CARDIOLOGIA	13.576
03	CHIRURGIA GENERALE	142
04	CHIRURGIA PLASTICA	2.275
05	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	602
06	DERMOSIFILOPATIA	11.413
07	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - MEDICINA NUCLEARE	1.704
08	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	24.592
09	ENDOCRINOLOGIA	2.230
10	GASTROENTEROLOGIA - CHIR. ED ENDOSCOPIA. DIGEST.	9.308
11	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOL. ETC.	667.315
12	MED. FISICA E RIABILIT. RECUPERO E RIAB. ETC.	3.127
13	NEFROLOGIA	172
14	NEUROCHIRURGIA	1.643
15	NEUROLOGIA	11.160
16	OCULISTICA	14.496
17	ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIR. MAXILLO FACCIALE	1.850
18	ONCOLOGIA	4.127

2.4 LE CRITICITÀ E LE OPPORTUNITÀ

Analisi del contesto esterno ed interno

La scheda sottostante rappresenta la sintesi delle informazioni rappresentate l'analisi del contesto interno e di quello esterno individuando punti di forza (Strength), debolezza (Weakness), opportunità (Opportunities), minacce (Threats).

I punti di **FORZA** sono quei fattori che favoriscono lo sviluppo e le cosiddette aree di eccellenza. Vengono messi in luce punti di primaria solidità e di imprescindibile importanza, ma anche caratteristiche meno appariscenti e non di primario impatto.

I punti di **DEBOLEZZA**, per contro, sono quegli elementi che ostacolano lo sviluppo e che bisogna cercare di superare; sono le aree ad alto margine di miglioramento. L'analisi dei punti di debolezza tende ad individuare le problematiche che possono destare preoccupazione e verso cui è necessario indirizzare le azioni programmatiche al fine di non compromettere l'esito finale delle scelte strategiche. Dopo aver analizzato i due parametri precedenti, punti di forza e di debolezza, si individuano le loro possibili combinazioni sinergiche capaci di trasformarsi in opportunità: da un lato si considerano i vantaggi che derivano dalla combinazione tra punti di debolezza e punti di forza e dall'altro va stimato se e in che misura i punti di forza colmano quelli di debolezza. Si individua così l'elenco delle opportunità.

Le **OPPORTUNITÀ** sono i possibili vantaggi futuri che occorre saper sfruttare a proprio favore allocando in modo flessibile le risorse così da ottimizzare le performance della strategia.

Le **MINACCE** sono quegli eventi o possibili mutamenti futuri che potrebbero avere un impatto sui risultati della strategia, fino a comprometterne l'esito, nei casi estremi. L'Azienda, nel delineare i propri indirizzi strategici, ha prestato particolare attenzione a fissare i traguardi e le opportunità suggeriti dai punti di forza, e con essi congruenti, evitando di perseguire fissare traguardi sovradimensionati per i quali le risorse sono insufficienti a contrastare gli ostacoli

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2016

18	Efficienza	Incremento della produzione	parametrato sulla base dell'attività	1	1	0	0
19	Appropriatezza	Mantenimento della percentuale di partoanalgesia sugli standard nazionali	parametrato sulla base dell'attività	1	1	0	0
20	Efficienza	Mantenimento del rapporto tra numero di interventi ginecologici di routine proposti e quelli effettivamente eseguiti	parametrato sulla base dell'attività	1	1	0	0
21	Efficienza	Incremento attività ambulatoriale preoperatoria	parametrato sulla base dell'attività	1	1	0	0
22	Efficienza	Volume attività per pazienti ambulatoriali – visite di controllo	parametrato sulla base dell'attività	1	1	0	0
23	Efficienza	Accesso presso la struttura di pazienti con nuova diagnosi di Diabete mellito di tipo 1 e 2	Minimo 300 pazienti - verifica annuale	1	1	0	0
24	Efficienza	Screening pe la diagnosi precoce del diabete gestazionale e identificazione delle pazienti a rischio di Diabete permanente	Minimo 250 pazienti da studiare mediante esecuzione di OGGT 75 gr.	1	1	0	0
25	Efficienza	Volume attività prestazioni di laboratorio	Incremento del 5% rispetto al 2015	1	1	0	0
26	Efficienza	Gestione puntuale dell'armadio di reparto/informatizzato	Tempestiva gestione degli scarichi informatizzati (almeno ogni 7 giorni) al fine di garantire la corrispondenza a fine mese dei controlli della Farmacia	1	1	0	0
27	Efficienza	Collaborazione e predisposizione atti con Servizio tecnico per la riorganizzazione degli spazi del nuovo Pronto soccorso presso Monserrato	parametrato sulla base dell'attività	1	1	0	0
28	Efficienza	Predisposizione lavoro propedeutico alle gare per l'acquisto degli arredi, letti, barelle, apparecchiature sanitarie destinate al nuovo Pronto Soccorso	parametrato sulla base dell'attività	1	1	0	0
29	Efficienza	Elaborazione di un protocollo finalizzato inviato alla Direzione Sanitaria sull'accreditamento del nuovo Pronto soccorso	parametrato sulla base dell'attività	1	1	0	0
30	Efficienza	Riduzione del numero medio di prestazioni per paziente	parametrato sulla base dell'attività	1	1	0	0
31	Efficienza	Progetto di riorganizzazione della struttura. Avvio rotazione/turnazione del personale (San Giovanni di Dio – Monserrato)	Entro novembre 2016 come da turni di servizio	1	1	0	0

3.3 OBIETTIVI E PIANI OPERATIVI

Di seguito la tabella riepilogativa degli obiettivi assegnati, l'area di intervento e il grado di raggiungimento degli stessi:

Num. Obiettivo	Area di intervento	Descrizione obiettivo	Indicatore di risultato	Numero UU.OO. alle quali è stato assegnato l'obiettivo	Grado di raggiungimento dell'obiettivo (Numero di UU.OO.)		
					Massimo	Intermedio	Obiettivo non conseguito
1	Efficienza	% SDO inserite Regime ordinario + Day hospital	parametrato sulla base dell'attività	20	20	0	0
2	Appropriatezza	% Ricoveri ripetuti	parametrato sulla base dell'attività	18	15	2	1
3	Appropriatezza	IPDM (Indice di performance degenza media)	parametrato sulla base dell'attività	18	11	7	0
4	Appropriatezza	% Ricoveri LEA in regime ordinario	parametrato sulla base dell'attività	17	10	6	1
5	Appropriatezza	% Ricoveri ordinari medici brevi	parametrato sulla base dell'attività	17	12	3	2
6	Appropriatezza	% Ricoveri LEA in RO esclusi accessi da PS	parametrato sulla base dell'attività	15	6	7	2
7	Efficienza	Proposta e approvazione da parte del comitato etico di almeno uno studio	parametrato sulla base dell'attività	13	13	0	0
8	Appropriatezza	% Ricoveri LEA chirurgici DS	parametrato sulla base dell'attività	6	4	1	1
9	Appropriatezza	% DRG medici (in reparti chirurgici)	parametrato sulla base dell'attività	5	4	0	1
10	Efficienza	Incremento/mantenimento volume ricoveri ordinari	parametrato sulla base dell'attività	2	2	0	0
11	Appropriatezza	% Cesarei primari - mantenimento	parametrato sulla base dell'attività	1	1	0	0
12	Appropriatezza	Degenza DRG 158 (interventi su ano e stoma senza CC)	parametrato sulla base dell'attività	1	0	0	1
13	Appropriatezza	Degenza Media DRG 183 (Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 senza CC)	parametrato sulla base dell'attività	1	1	0	0
14	Appropriatezza	Degenza Media DRG 65 (Alterazioni dell'equilibrio)	parametrato sulla base dell'attività	1	1	0	0
15	Appropriatezza	Degenza media DRG 300 (standard nazionale 9.1)	parametrato sulla base dell'attività	1	1	0	0
16	Appropriatezza	Degenza media DRG 290 (interventi sulla tiroide)	parametrato sulla base dell'attività	1	1	0	0
17	Efficienza	Incremento valore della produzione	parametrato sulla base dell'attività	1	1	0	0

deliberazione n. 6/15 del 2.2.2016 *“Proposta di ridefinizione della rete ospedaliera della Regione autonoma della Sardegna”*;

- le deliberazione n. 54/11 del 10.11.2015 recante *“Interventi per la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica”*;
- la deliberazione n. 63/24 del 15-12-15 con la quale viene disciplinato il *“Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso” – Piano di rientro anni 2016-2018*;
- la successiva nota del 27/01/2016 nr. 309 che integra gli obiettivi dei Commissari in coerenza con la Delibera nr. 63/24 del 15.12.2015 concernente *“Piano di riorganizzazione e di riqualificazione..”*
- La deliberazione n. 67/16 del 29/12.2015 recante indirizzi strategici sull’appropriatezza ed efficacia dell’attività ospedaliera. Sistema regionale per il monitoraggio e controllo delle attività di ricovero.

3.2 OBIETTIVI STRATEGICI 2016

Sino a settembre 2016 l'AOU di Cagliari è stata gestita da un Commissario Straordinario nominato a far data dal 1° gennaio 2015 e ripetutamente rinnovato, sino alla nomina del Direttore generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari avvenuta con Deliberazione N. 51/4 DEL 23.9.2016 a cui sono stati assegnati i seguenti obiettivi:

- ✓ Attuazione del piano di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale di cui alla Delib.G.R. n. 63/24 del 15.12.2015, misurato tramite l'indicatore "Costi della produzione bilancio 2016 = target comunicato dall'Assessorato della Sanità" con peso relativo pari a 60;
- ✓ Predisposizione dell'eventuale piano di rientro di cui alla legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016) nei termini previsti all'art. 1, comma 528, misurato tramite l'indicatore "1 piano di rientro presentato entro 90 giorni dall'approvazione della Delib.G.R. di individuazione" con peso relativo pari a 20;
- ✓ Approvazione dei documenti previsionali in applicazione della Delib.G.R. n. 34/23 del 7.7.2015 entro il 15.11.2016, misurato tramite l'indicatore "1 delibera di approvazione trasmessa con i relativi allegati all'Assessorato della Sanità entro il 15/11/2016" con peso relativo pari a 20.
- ✓ I pesi saranno rimodulati qualora non sussistessero le condizioni di cui all'art. 1, comma 524 della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016), nel modo seguente:
 - Attuazione del piano di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale di cui alla Delib.G.R. n. 63/24 del 15.12.2015 = peso 70
 - Approvazione dei documenti previsionali in applicazione della Delib.G.R. n. 34/23 del 7.7.2015 entro il 15.11.2016 = peso 30

L'attività del Commissario Straordinario è stata orientata al rispetto di quanto previsto dalle deliberazioni regionali che si sono susseguite nel tempo e che vengono di seguito riepilogate:

- la deliberazione n.1/ 4 del 13-1-2015 definizione degli obiettivi di mandato dei Commissari straordinari ex L.R. 23/2014 : Avvio delle azioni di riqualificazione e razionalizzazione del SSR...";
- la deliberazione n. 38/12 del 28-7-2015 di approvazione del "Programma di riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna" e la

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2016

Clinica Otorino	Prof.	Puxeddu	Roberto	9	99%
Clinica Dermos	Prof	Rongioletti	Franco	5	100%
Radiologia	Prof.	Saba	Luca	3	100%
Oncologia Medica	Prof.	Scartozzi	Mario	7	91%
Chirurgia generale coloproctologica	Prof.	Scintu	Francesco	9	85%
Servizio Programmazione e Controllo	Dott.	Serra	Vincenzo	5	100%
Medicina II	Dott.ssa	Sessini	Patrizia	6	91%

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2016

Unità Operativa	Titolo	Cognome	Nome	N. OBIETTIVI	Valutazione 2016
Clinica Psichiatrica	Prof.	Carpiniello	Bernardo	6	100%
Farmacologia clinica	Dott.ssa	Chillotti	Caterina	4	100%
Medicina del Lavoro	Prof.	Cocco	Pierluigi	5	100%
Laboratorio	Dott.	Coghe	Ferdinando	4	97%
Diabetologia	Dott.	Contini	Pierpaolo	5	100%
Servizio Tecnico	Ing.	Cristian	Cocco	7	100%
Gastroenterologia	Prof.	Demelia	Luigi	7	85%
Anatomia patologica	Prof.	Faa	Gavino	4	100%
Puericultura / Patologia neonatale	Prof.	Fanos	Vassilios	7	88%
Terapia intensiva neonatale/patologia neonatale	Prof.	Fanos	Vassilios	7	92%
Anestesia e rianimazione	Prof.	Finco	Gabriele	5	100%
Clinica Oculistica	Prof.	Fossarello	Maurizio	7	85%
Servizio Bilancio	Dott.ssa	Garau	Cristina	4	100%
Medicina I	Dott.ssa	Goffi	Carmela	5	91%
Pronto Soccorso	Dott.ssa	Laconi	Rosanna	4	100%
Farmacia	Dott.ssa	Lai	Vanda	4	100%
Medicina Nucleare	Dott.	Loi	Gianluigi	5	96%
Microbiologia	Prof.	Manzin	Aldo	3	100%
Endocrinologia	Prof.	Mariotti	Stefano	6	100%
Medicina interna e emocoagulopatie	Prof.	Marongiu	Francesco	7	94%
Allergologia e immunologia clinica/Medicina interna	Prof.	Marongiu	Francesco	7	89%
Neurologia	Prof.	Marrosu	Francesco	7	83%
Amministrazione del Personale	Dott.ssa	Mastino	Maria Luisa	5	100%
Reumatologia	Prof.	Mathieu	Alessandro	8	85%
Ostetricia e Ginecologia	Prof.	Melis	Gian Benedetto	9	92%
Cardiologia / unità coronarica	Prof.	Meloni	Luigi	7	95%
Cardiologia	Prof.	Mercuro	Giuseppe	6	72%
Chirurgia generale ed endocrinologica	Prof.	Nicolosi	Angelo	8	90%
Direzione Medica	Dott.	Ortu	Giuseppe	6	100%
Anestesia Materno infantile	Dott.	Piga	Marco	3	100%
Provveditorato ed economato	Dott.ssa	Piras	Teresa	5	100%
Chirurgia generale laparoscopica e d'urgenza	Prof.	Pisanu	Adolfo	10	95%

e personale universitario:

UNICA	AL 31/12/2016			AL 31/12/2015			DIFFERENZA		
	N. Dip.	T.Ind.	T.Det.	N. Dip.	T.Ind.	T.Det.	N.Dip.	T.Ind.	T.Det.
Sanitario	268	268	-	317	317	-	- 49	- 49	-
Amministrativo	37	37	-	42	42	-	- 5	- 5	-
Tecnico	36	36	-	38	38	-	- 2	- 2	-
Professionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	341	341		397	397	-	- 56	-56	-

Il personale in regime di somministrazione lavoro (interinale) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari al 31/12/2016 risulta così composto:

Ruolo	N. interinali
Sanitario	33
Amministrativo	2
Tecnico	-
Professionale	-
Totale	35

Performance

Anche per l'anno 2016 è stato attivato il processo di budget che ha visto il coinvolgimento delle unità operative complesse indicate nella tabella sottostante.

A seguito degli obiettivi negoziati durante l'anno sono di seguito riportate le performance, conseguite nell'anno 2016 che sono state validate dall'OIV sono le seguenti:

Le risorse umane

PERSONALE TOTALE al 31/12/2016

Ruolo	2016			2015			DIFFERENZA		
	N. Dip.	Tempo indeterm.	Tempo determ.	N. Dip.	Tempo indeterm.	Tempo determ.	N. Dip.	Tempo indeterm.	Tempo determ.
Sanitario	1.236	1.215	21	1.357	1.320	37	- 121	- 105	- 16
Amministrativo	117	117		119	119	-	- 2	- 2	-
Tecnico	313	297	16	332	279	53	- 19	18	- 37
Professionale	2	2		2	1	1	-	1	- 1
TOTALE	1.668	1.631	37	1.810	1.719	91	- 142	- 88	- 54

Tale personale può essere distinto in: personale del Servizio Sanitario Regionale

SSR	AL 31/12/2016			AL 31/12/2015			DIFFERENZA		
	N. Dip.	ind.	det.	N. Dip.	ind.	det.	N. Dip.	T.Ind.	T.Det.
Sanitario	968	947	21	1.045	1.026	19	- 77	- 79	2
Amministrativo	80	80		82	82	-	- 2	- 2	-
Tecnico	277	261	16	286	240	46	- 9	21	- 30
Professionale	2	2		3	2	1	- 1	-	- 1
	1.327	1.290	37	1.416	1.350	66	- 89	- 60	- 29

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2016

Dipartimento Servizi Diagnosi e Cura		Reumatologia	Prof.	Mathieu	Alessandro
	Dott. Coghe	Anatomia patologica	Prof.	Faa	Gavino
		Laboratorio	Dott.	Coghe	Ferdinando
		Microbiologia	Prof.	Manzin	Aldo

Direzione Sanitaria	Servizio di Farmacia	Dott.ssa	Lai	Wanda
	Direzione Medica di Presidio	Dott.	Ortu	Giuseppe
	Medicina del Lavoro	Prof.	Cocco	Pierluigi
	Medicina Legale	Prof.	D'Aloja	Ernesto

Servizi amministrativi

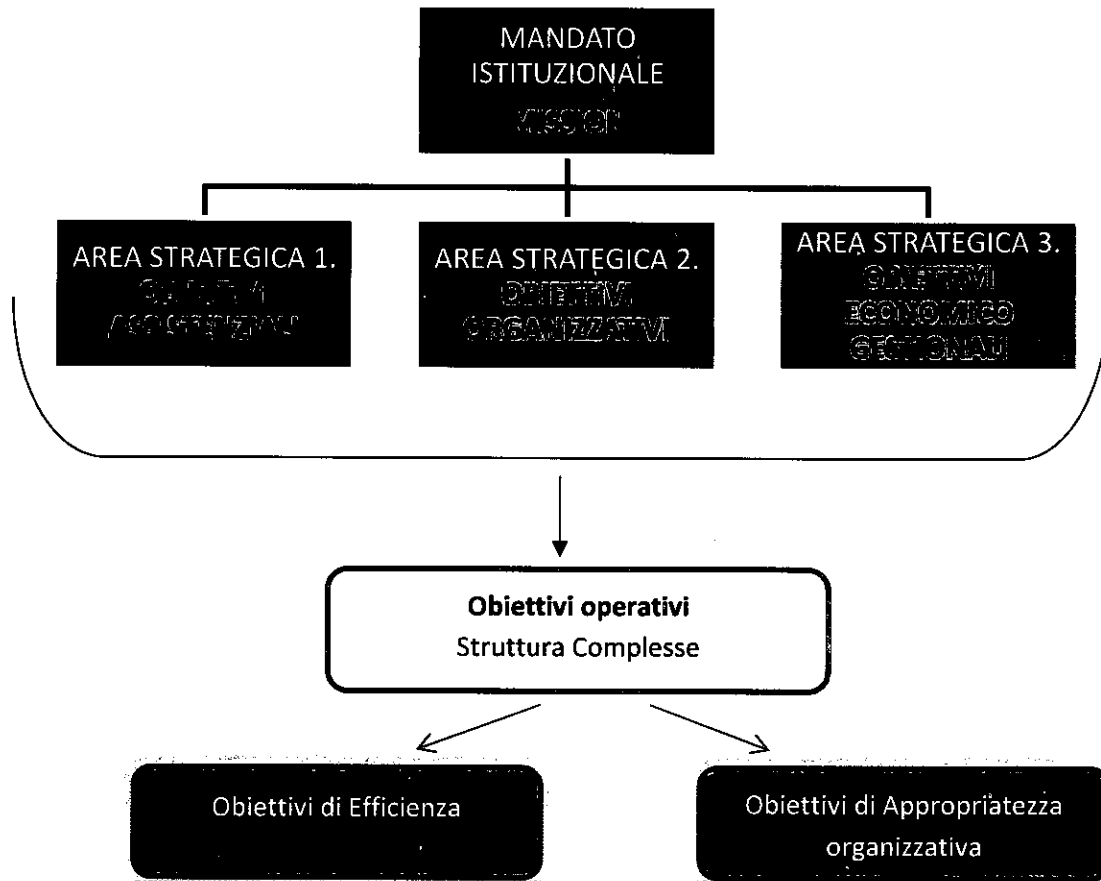
Titolo	Cognome	Nome	U.O.C.
Ing.	Cocco	Cristian	Servizio Tecnico e Logistico
Prof.	Minerba	Luigi	Ricerca, analisi, programmazione e valutazione dell'organizzazione sanitaria e dei processi assistenziali
Dott. ssa	Garau	Cristina	Servizio Contabilità e Bilancio
Dott.ssa	Mastino	Maria Lusia	Servizio Provveditorato
Dott.ssa	Piras	Maria Teresa	Servizio Amministrazione del Personale

I Centri Di Responsabilità

Dipartimento	Direttore Dipartimento	U.O.	Titolo	Cognome	Nome
Diagnostica per Immagini	-	Medicina Nucleare	Dott.	Loi	Gianluigi
		Radiologia	Prof.	Saba	Luca
Dipartimento Chirurgia	Prof. Nicolosi	Chirurgia generale ed endocrinologica	Prof.	Nicolosi	Angelo
		Chirurgia generale coloproctologica	Prof.	Scintu	Francesco
		Chirurgia generale laparoscopica e d'urgenza	Prof.	Pisanu	Adolfo
		Clinica Oculistica	Prof.	Fossarello	Maurizio
		Clinica Otorino	Prof.	Puxeddu	Roberto
Dipartimento Emergenza area critica	Prof. Francesco Marrosu	Anestesia e rianimazione	Prof.	Finco	Gabriele
		Cardiologia	Prof.	Mercuro	Giuseppe
		Cardiologia / unità coronarica	Prof.	Meloni	Luigi
		Medicina I	Dott.ssa	Goffi	Carmela
		Medicina II	Dott.ssa	Sessini	Patrizia
		Neurologia	Prof.	Marrosu	Francesco
		Pronto Soccorso	Dott.ssa	Laconi	Rosanna
Dipartimento Materno Infantile	Prof. Gian Benedetto Melis	Anestesia materno infantile	Dott.	Piga	Marco
		Ostetricia e Ginecologia	Prof.	Melis	Gian Benedetto
		Puericultura / Patologia neonatale/TIN	Prof.	Fanos	Vassilios
Dipartimento Medicina Interna	Prof. Manconi P.E.	Allergologia e immunologia clinica/Medicina interna/Malattie del fegato	Prof.	Marongiu	Francesco
		Gastroenterologia	Prof.	Demelia	Luigi
		Medicina interna e emocoagulopatie	Prof.	Marongiu	Francesco
		Clinica Dermos	Prof.	Rongioletti	Franco
		Diabetologia	Dott.	Contini	Pierpaolo
		Endocrinologia	Prof.	Mariotti	Stefano
		Farmacologia clinica	Dott.ssa	Chillotti	Caterina
Oncologia	Prof.	Scartozzi	Mario		

3 OBIETTIVI RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

3.1 Albero della performance



S

TRENG

FORZA

- la presenza della Facoltà di Medicina
- la multidisciplinarietà, per alcune specialità svolte per un bacino di utenza sovra provinciale
- la presenza di professionalità di elevata competenza
- La propensione alla ricerca
- Integrazione Università/Azienda attraverso Progetti finalizzati e Sperimentazioni
- Completamento e ampliamento del PO Casula



W

EAKNES

DEBOLEZZA

- Integrazione fra le due "anime" ospedaliera ed universitaria
- Assenza di Atto Aziendale
- Obsolescenza della struttura ospedaliera del San Giovanni di Dio
- Trasferimento re riorganizzazione dei reparti presso il PO. D. Casula
- Periodo di Commissariamento



FATTORI
INTERNI

O

OPPORTUNITA'

- Integrazione fra le due "anime" ospedaliera ed universitaria
- Rimodulazione della rete Ospedaliera Sarda
- Creazione di un nuovo di Degenza al PO. Casula
- Riorganizzazione più funzionale dei reparti/servizi aziendali

T

HREA

MINACCE



FATTORI
TERNI

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2016

32	Efficienza	Attivazione dei sistemi di firma digitale per la refertazione del personale	Entro settembre 2016	1	1	0	0
33	Efficienza	Completamento della gara delle grandi tecnologie per l'installazione nuova tecnologia RM e TC	Entro luglio 2016	1	1	0	0
34	Efficienza	Centro Regionale di Farmacovigilanza (CRFV)	Realizzazione degli obiettivi quantitativi e qualitativi individuati con la Determinazione Regionale n. 210 del 15/03/2016	1	1	0	0
35	Appropriatezza	Mantenimento del numero di ricoveri e appropriatezza in DH	parametrato sulla base dell'attività	1	1	0	0
36	Efficienza	Contenimento delle spese di gestione del laboratorio	Previsione del mantenimento delle spese sui livelli sovrapponibili al 2015	1	1	0	0
37	Efficienza	Gestione puntuale dell'armadio informatizzato	Tempestiva gestione degli scarichi informatizzati (almeno una volta alla settimana) al fine di garantire la corrispondenza a fine mese dei controlli della farmacia	1	1	0	0
38	Efficienza	Mantenimento numero pazienti in carico con più 3 contatti nei 12 mesi	parametrato sulla base dell'attività	1	1	0	0
39	Efficienza	Mantenimento numero pazienti in carico con meno 3 contatti nei 12 mesi	parametrato sulla base dell'attività	1	1	0	0
40	Efficienza	Mantenimento del numero delle visite psichiatriche domiciliari	parametrato sulla base dell'attività	1	1	0	0
41	Efficienza	Incremento delle visite psicologiche	parametrato sulla base dell'attività	1	1	0	0
42	Efficienza	Incremento del n. di psicoterapie individuali	parametrato sulla base dell'attività	1	1	0	0
43	Efficienza	Incremento del n. di psicoterapie familiari	parametrato sulla base dell'attività	1	1	0	0
44	Efficienza	Trasferimento del Laboratorio dal P. O. S. Giovanni di Dio al P.O. Dullio casula Monserrato	Entro il 30/06/2016	1	1	0	0
45	Efficienza	Implementazione delle nuove metodologie e strumentazioni analitiche del nuovo laboratorio	Addestramento ed uso delle nuove apparecchiature e corretta esecuzione test da parte del 100% del personale addetto	1	1	0	0
46	Efficienza	Predisposizione dei capitoli di gara in scadenza o gare	Entro novembre 2016	1	1	0	0

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2016

	già scadute							
47	Efficienza	Mantenimento e/o miglioramento della TAT (Tourn Around Time) per urgenze e routine	>=1%	1	0	1	0	0
48	Efficienza	Progetto di riorganizzazione e attivazione per l'unificazione/centralizzazione magazzini servizio farmacia suddivisi per specialità	Attivazione entro 30/11/2016	1	1	0	0	0
49	Efficienza	Procedura di approvvigionamento beni sanitari: -medicinali/soluzioni infusionali	Avviato entro il 30/11/2016	1	1	0	0	0
50	Efficienza	Procedura di approvvigionamento beni sanitari: -dispositivi medici	Avviato entro il 30/11/2016	1	1	0	0	0
51	Efficienza	Procedura di approvvigionamento beni sanitari: -dispositivi medici IVD (diagnosi in vitro)	Avviato entro il 30/11/2016	1	1	0	0	0
52	Efficienza	Chiusura delle schede anestesilogiche	Entro i 3 giorni lavorativi postoperatori	1	1	0	0	0
53	Efficienza	Chiusura delle SDO da parte della Rianimazione di Monserrato e della Terapia Intensiva del P.O. S Giovanni	Entro 10 giorni dalla chiusura del mese di dimissione del paziente	1	1	0	0	0
54	Efficienza	Trasferimento attività chirurgica oculistica presso sale operatorie della Day Surgery del P.O.S Giovanni di Dio al fine di ridurre attività anestesilogica di guardia pomeridiana	Entro Dicembre 2016	1	1	0	0	0
55	Efficienza	Presentazione all'Ingegneria clinica capitolato materiali e arredi per l'ampliamento della rianimazione del P.O. Duilio Casula	Entro agosto 2016	1	1	0	0	0
56	Efficienza	Rielaborazione dell'attività di accesso al posizionamento dei cateteri venosi centrali per i pazienti afferenti alla AOU di Cagliari	Entro Dicembre 2016	1	1	0	0	0
57	Efficienza	Espletamento procedure di gara sulla piattaforma elettronica SardegnaCat	Da 30 a 50 procedure di gara espletate entro il 31.12.2016 report al Controllo di Gestione ogni 4 mesi.	1	1	0	0	0
58	Efficienza	Procedure acquisizioni per la realizzazione dei trasferimenti programmati	Rendicontazione ogni 4 mesi al Controllo di Gestione delle attività espletate per i trasferimenti e relazione di chiusura al 31.12.2016.	1	1	0	0	0

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2016

59	Efficienza	Attivazione contratti elettronici a seguito di aggiudicazione	Report contratti attivati entro il 31.12.2016 almeno 50 e report ogni 4 mesi al Controllo di Gestione	1	1	0	0
60	Efficienza	Realizzazione evento formativo/ convegno sulla centralizzazione degli acquisti	Programma e locandina evento.	1	1	0	0
61	Efficienza	Gare regionali assegnate a questa Azienda in unione d'acquisto e	Report attività e procedure espletate ogni 4 mesi al Controllo di Gestione e relazione finale al 31.12.2016.	1	1	0	0
62	Efficienza	Dematerializzazione dei fascicoli del personale dipendente	entro 30/11/2016	1	1	0	0
63	Efficienza	Personale UNICA : adeguamento per riconoscimento anzianità di servizio	Invio prospetto alla Direzione Generale entro il 31/12/2016	1	1	0	0
64	Efficienza	Avviamento procedure per l'attivazione del Settore Previdenziale nell'ambito del Servizio Amministrazione del Personale AOU, attualmente oggetto di convenzione con ASL Cagliari	Trasmissione atti alla Direzione Generale entro il 30/10/2016	1	1	0	0
65	Efficienza	Avvio procedure per revisione regolamento Sistema Premiante e valorizzazione della Performance	Invio prospetto alla Direzione Generale entro il 30/11/2016	1	1	0	0
66	Efficienza	Elaborazione competenze conseguenti all'applicazione del 517 correlate ai contenziosi pendenti	Consegna prospetti novembre 2016 dic 2016	1	1	0	0
67	Efficienza	Supporto tecnico all'OIV	Predisposizione reportistica e analisi di supporto all'attività dell'OIV	1	1	0	0
68	Efficienza	Supporto alla predisposizione al Bilancio preventivo annuale e triennale 2017-2019	Supporto alla Direzione Aziendale per la predisposizione del Bilancio di Previsione Annuale e Triennale, secondo scadenza normativa	1	1	0	0
69	Efficienza	Supporto alla predisposizione Modello CE	Supporto al Servizio Bilancio nella predisposizione dei CE trimestrali come da scadenze ministeriali	1	1	0	0
70	Efficienza	Predisposizione Modello LA	Analisi, elaborazioni e invio secondo normativa (31/5/2016)	1	1	0	0

71	Efficienza	Invio del Monitoraggio trimestrale sull'attività delle UU.OO	Predisposizione reportistica entro un mese dal ricevimento del flusso da elaborare da parte del servizio informatico	1	1	0	0
72	Efficienza	Redazione regolamento gestione amministrativo-contabile dei progetti vincolati/sperimentazioni	percentuale di completamento della bozza di regolamento	1	1	0	0
73	Efficienza	Redazione regolamento per applicazione delle linee guida su crediti e ricavi nell'ambito del processo di certificabilità del bilancio (PAC), adottate dalla RAS con decreto n. 1 del 12/01/2016	percentuale di completamento della bozza di regolamento	1	1	0	0
74	Efficienza	Attività di circolarizzazione dei crediti e debiti aperti alla data del 31/12/2016, nei confronti degli enti pubblici e privati soggetti giuridici	100% dei crediti e debiti di importo superiore ai € 100.000	1	1	0	0
75	Efficienza	Riconciliazione dati contabili e registro cespiti anche a seguito delle modifiche introdotte dal decreto 11/2011 su tutti i beni acquisiti con contributi in c/capitale e/o con contributo in c/esercizio a partire dal 14/05/2007 (anno di costituzione dell'AOU)	percentuale di riconciliazione dei cespiti esistenti e acquisiti a far data dal 14/2007 entro la data del 31/12/2016	1	1	0	0
76	Efficienza	Predisposizione determinazione a contrarre -disciplinare, capitolato e atti d'appalto - preordinata all'esternalizzazione dei servizi di front-office, back-office e per la gestione ed elaborazione dei dati riconducibili all'amministrazione del servizio ticket, cup (in modalità web, telefonico aziendale, e telefonico di pubblica utilità), cartelle cliniche, protocollo, fatturazione elettronica, tracciabilità pasti dipendenti, etc..	entro 1/5/2016	1	1	0	0
77	Efficienza	Avvio nuovo servizio di pulizia esternalizzato	entro il 30/06/2016	1	1	0	0
78	Efficienza	Stipula contratto lavori Blocco R	entro il 30/11/2016	1	1	0	0
79	Efficienza	Attivazione del Laboratorio analisi al blocco N di Monserrato	entro 31/07/2016	1	1	0	0
80	Efficienza	Consegna cantiere "emodinamica" e chiusura lavori di ristrutturazione previsti al blocco N piano primo (S.C. Rianimazione)	entro 31/07/2016	1	1	0	0
81	Efficienza	Consegna locali e avvio trasferimento del Pronto soccorso al Blocco D	entro il 15/10/2016	1	1	0	0

82	Efficienza	Predisposizione documentazione tecnica accreditamento Laboratorio analisi, Pronto soccorso, Emodinamica e ORL	entro il 30/11/2016	1	1	0	0
83	Efficienza	Protocollo per la prevenzione dell'infezione da Clostridium difficile	Validato dalla Direzione Sanitaria entro ottobre 2016	1	1	0	0
84	Efficienza	Trasferimento della Sala operatoria della Clinica oculistica dal piano terra al 1° Piano (blocco operatorio Day surgery) approvazione condivisa del protocollo sulle attività	Entro 30 giugno 2016	1	1	0	0
85	Efficienza	Attivazione e implementazione della posta pneumatica al P.O. Casula	Entro novembre 2016	1	1	0	0
86	Efficienza	Trasferimento Laboratorio analisi	Atti di accreditamento struttura e autorizzazione all'esercizio attività Entro luglio 2016	1	1	0	0
87	Efficienza	Prestazioni aggiuntive aziendali	Predisposizione regolamento entro 31/12/2016	1	1	0	0
88	Efficienza	Pronta disponibilità	Predisposizione regolamento entro 31/12/2016	1	1	0	0
89	Efficienza	Attivazione e potenziamento della diagnostica molecolare oncologica	Esecuzione di almeno n. 2 nuovi test molecolari Entro dicembre 2016	1	1	0	0
90	Efficienza	Riduzione dei tempi di consegna dei referti - implementazione del sistema informatico che gestisce il processo dall'accettazione dei campioni alla consegna dei referti	Avvio prima fase entro novembre 2016	1	1	0	0
91	Efficienza	Revisione di procedure operative: fissazione formalina protocollo diagnosi tumori tessuti molli	Almeno 2 attività durante l'anno 2016 da comunicare ai reparti entro novembre 2016	1	1	0	0
92	Efficienza	Aggiornamento professionale	Almeno 3 corsi di aggiornamento all'anno	1	1	0	0
93	Efficienza	Creazione di un percorso differenziato per l'effettuazione di prelievi venosi nei pazienti oncologici/endocrinologici della Medicina Nucleare	Inserimento diretto di almeno il 50% delle richieste attraverso il CUP web	1	1	0	0
94	Efficienza	Riduzione dei tempi d'attesa per le indagini scintigrafiche destinate ai pazienti neurologici con disturbi del movimento	>10% del numero di giorni per attesa indagini scintigrafiche	1	1	0	0

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2016

95	Efficienza	Riduzione dei tempi d'attesa per le indagini scintigrafiche destinate ai pazienti neurologici con deficit cognitivi mnesici	>10% del numero di giorni per attesa indagini scintigrafiche	1	1	0	0
96	Efficienza	Incremento/mantenimento volume produzione indagini scintigrafiche	211 anno 2015 (1,09%) 186 anno 2016(1,00%)	1	0	1	0
97	Efficienza	Gestione puntuale dell'armadio di reparto informatizzato nel carico/scarico dei radiofarmaci	Tempestiva gestione dei carichi/scarichi dei radiofarmaci almeno ogni 7 gg	1	1	0	0
98	Efficienza	Volumi di Attività	Mantenimento rispetto all'anno 2015	1	1	0	0
99	Efficienza	Riduzione dei tempi di attesa visite ambulatoriali esterne	Entro 30 gg lavorativi	1	1	0	0
100	Efficienza	Sorveglianza sanitaria del personale	Completamento del 75% del personale	1	1	0	0
101	Efficienza	Visite con valutazioni di idoneità	Almeno 80% delle richieste	1	1	0	0
102	Efficienza	Gestione puntuale dell'armadio di reparto/informatizzato	Tempestiva gestione degli scarichi informatizzati (almeno ogni 7 giorni) al fine di garantire la corrispondenza a fine mese dei controlli della Farmacia	1	1	0	0
103	Efficienza	Mantenimento e miglioramento dei sistemi di sorveglianza delle infezioni ospedaliere	Applicazione dei metodi di controllo e sviluppo del sistema di rilevazione e analisi del 100% dati raccolti	1	1	0	0
104	Efficienza	Erogazione delle prestazioni di microbiologia per i pazienti che afferiscono alla sala prelievi del P.O. Duilio Casula	Esecuzione del 100% delle prestazioni richieste	1	1	0	0
105	Efficienza	Erogazione delle prestazioni di parassitologia per i pazienti che afferiscono alla sala prelievi del P.O. Duilio Casula	Verifica delle prestazioni erogate attraverso il LIS ed esecuzione del 100% delle prestazioni richieste	1	1	0	0

Documento	Data di approvazione	Link documento
<p>Pres a d'atto del protocollo applicativo per la gestione del sistema premiante AOU , anni 2011-2012, Area della Dirigenza Medica, Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa del SSN</p>	<p>Delibera n. 39 del 20/01/2012 e sua integrazione delibera n. 734 del 14/09/2012</p>	
<p>Adozione del sistema premiante aziendale AOU di Cagliari anni 2011-2012, Aree del Comparto SSN e Università degli Studi di Cagliari</p>	<p>Delibera n. 177 del 22/02/2012 e sua integrazione delibera n. 735 del 14/09/2012</p>	
<p>Adozione del Piano Triennale delle Performance 2016-2018.</p>	<p>Delibera n. 637 del 31.08.2016</p>	<p>http://www.aoucagliari.it/home/resources/cms/documents/piano_triennale_performance.pdf</p>
<p>Approvazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) e del Programma Triennale della Trasparenza e dell'integrità (PTTI) 2014-2016.</p>	<p>Delibera n. 69 del 30.01.2014</p>	<p>http://www.aoucagliari.it/home/resources/cms/documents/10a0d8bca6a9ac56dd89ed591e65854b.pdf</p>

3.4 OBIETTIVI INDIVIDUALI

Lo scopo principale della valutazione individuale consiste nel valorizzare il contributo dell'apporto professionale, tecnico e umano del singolo rispetto al raggiungimento degli obiettivi della struttura organizzativa in cui opera il dipendente e, più in generale, del rispetto agli obiettivi globali dell'azienda. Tale valutazione si svolge secondo la metodologia contenuta nel documento "Protocollo Applicativo per la gestione del Sistema premiante aziendale anno 2011-2012" per la dirigenza e per il comparto, rispettivamente secondo quanto previsto dalle deliberazioni del Direttore Generale n. 39 del 20/01/2012 e n. 177 del 22/02/2012, a cui si rinvia per ulteriori approfondimenti. La valutazione che sta alla base deve necessariamente essere strutturata secondo un percorso metodologico che conduce il dipendente a migliorare, se necessario, il proprio livello di performance ma, soprattutto, comprendere che il sistema premiante è dovuto solo se il contributo offerto è superiore allo standard.

Di seguito una sintesi dei risultati rilevati secondo quanto previsto dal protocollo suddetto.

VALORE MEDIO VALUTAZIONI INDIVIDUALI	
Range di riferimento 0.5-1.5	
COMPARTO SANITA'	1,4315
COMPARTO UNICA (Università di Cagliari)	1,4416
DIRIGENTI MEDICI SSN (Servizio Sanitario Nazionale)	1,4709
DIRIGENTI MEDICI UNICA (Università di Cagliari)	1,4875
DIRIGENTI SANITARI SSN (Servizio Sanitario Nazionale)	1,5
DIRIGENTI PTA (Ruolo Professionale Tecnico Amministrativo) SSN	1,5
DIRIGENTI SANITARI UNICA (Università di Cagliari)	1,45
Esperti Professionali	1,4833
EQUIPARATI ALLA DIRIGENZA SANITARIA	1,472

4 RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA'

Negli anni la sostenibilità dei costi del Sistema Sanitario Regionale è diventata progressivamente più critica, e ha visto la crescita del costo della produzione delle aziende sanitarie della Sardegna.

Al fine di verificare tempestivamente gli eventuali scostamenti dei costi di produzione delle Aziende sanitarie dai finanziamenti previsti dal Fondo unico sanitario, con deliberazione della Giunta regionale n. 38/27 del 30 settembre 2014, è stato costituito il Comitato permanente di monitoraggio dell'andamento della gestione delle aziende sanitarie e della qualità dei livelli essenziali di assistenza erogati (Comitato permanente di monitoraggio), con l'incarico di verificare l'attuazione delle azioni necessarie per assicurare il raggiungimento degli obiettivi assistenziali ed economico finanziari, di valutare le modalità applicative delle misure nazionali e regionali di razionalizzazione e di riduzione della spesa sanitaria, di monitorare la qualità dei livelli essenziali di assistenza erogati nelle aziende sanitarie, di confrontare i costi delle ASL con i costi standard nazionali.

Al fine del raggiungimento dell'obiettivo assegnato sul contenimento del costo della produzione, questa Azienda ha proceduto tempestivamente alla partecipazione agli incontri stabiliti periodicamente dal comitato di Monitoraggio ed inoltre:

- ✓ all'analisi dei modelli ministeriali Conto Economico (CE) e all'esame dei costi e degli scostamenti più significativi con particolare riferimento alle macro voci di costo relative a: farmaci, acquisto servizi, personale;
- ✓ all'analisi dei modelli Livelli di Assistenza (LA) dell'Azienda e alla verifica secondo quanto indicato dal comitato di monitoraggio;
- ✓ all'analisi dei modelli ministeriali Conto Economico (CE) preconsuntivi 2016 e raffrontarli con i CE consuntivi 2015;
- ✓ all'analisi del costo dei farmaci innovativi per l'epatite C.

Nella tabella seguente è riportato l'andamento delle assegnazioni del FSR e dei costi della produzione evidenziando i costi per beni di consumo (materiale sanitario scorporando la quota relativa ai farmaci contenuti nel File F, e materiale non sanitario) , i costi relativi agli acquisti per prestazioni di servizio (sanitari e non sanitari) e la spesa per il personale del SSR ed universitario.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ASSEGNAZIONE FSR	108.665.643,00	120.337.907,00	126.285.887,00	126.977.846,00	137.416.154,00	135.572.814,00	134.272.692,00	137.493.420,00	144.229.600,00
COSTI DELLA PRODUZIONE	128.879.465	135.277.153	141.711.920	145.366.345	143.075.210	148.204.387	158.189.869	156.567.853	160.192.240
IRAP	4.127.000,00	4.448.000,00	5.021.000,00	4.849.000,00	4.954.000,00	1.492.000,00	1.519.547,66	4.753.992,86	4.823.054,87
COSTI DELLA PRODUZIONE (+IRAP)	133.006.465,00	139.725.153,17	146.732.920,00	150.215.345,00	148.029.210,00	149.696.387,00	159.709.416,86	161.321.845,65	165.015.294,48
RISULTATO ECONOMICO	-21.276.358,00	-12.785.133,00	-19.979.672,00	-8.044.513,00	290.239,00	-3.488.798,05	-17.193.662,44	-8.959.337,94	-10.409.430,70
FSR/COSTI DELLA PRODUZIONE	84,32%	88,96%	89,11%	87,35%	96,04%	91,48%	84,88%	87,82%	90,04%
PERDITA/FSR	-19,58%	-10,62%	-15,82%	-6,34%	0,32%	-2,57%	-12,81%	-6,52%	-7,22%
Acquisti per beni di consumo:	36.502.920,76	40.076.202,34	39.699.940,77	38.869.691,81	34.337.818,06	39.276.103,27	41.442.915,47	52.454.612,51	52.382.485,86
- <i>materiale sanitario</i>	35.256.068,07	38.974.343,55	38.661.563,48	37.620.976,22	33.142.347,23	38.116.205,73	40.520.047,07	51.698.011,30	51.749.346,00
di cui File F	€ 11.712.749,72	€ 12.161.059,34	€ 12.457.436,51	€ 14.147.765,38	€ 12.532.090,57	€ 16.102.294,08	19.879.024,16	31.932.783,00	32.600.000,00
- <i>materiale non sanitario</i>	1.246.852,69	1.101.858,79	1.038.377,29	1.248.715,59	1.195.470,83	1.159.897,54	922.868,40	756.601,21	633.139,86
costo del personale ssn+unica + IRAP	73.683.496,34	73.003.078,59	79.632.621,21	79.992.931,18	78.587.425,25	80.281.851,24	82.332.626,73	82.753.974,84	81.820.808,65
Acquisti per prestazioni di servizi:	11.935.000,00	13.415.000,00	16.893.000,00	17.909.000,00	19.090.598,58	20.658.757,45	18.088.654,99	17.173.499,03	17.533.610,89
A) Sanitari:	2.281.000,00	3.035.000,00	5.182.000,00	5.592.000,00	7.188.814,31	7.701.278,43	5.540.373,18	5.491.263,17	5.620.322,31
B) Non sanitari:	9.654.000,00	10.380.000,00	11.711.000,00	12.317.000,00	11.901.784,27	12.957.479,02	12.548.281,81	11.682.235,86	11.913.288,58

5 PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE

La Commissione Europea ha più volte sottolineato l'urgenza di integrare la dimensione di genere nella lettura dei contesti sociali e lavorativi, che consenta di concretizzare un approccio equo e inclusivo delle donne che, valorizzandone una migliore allocazione, aumenti competitività e promuova il superamento di una cultura discriminatoria ancora radicata in Italia e, ancor più, nelle regioni meridionali.

Nell'ottica dello sviluppo delle risorse umane destinato all'incremento della qualità delle performance, il tema delle pari opportunità costituisce un elemento che, per il suo carattere di trasversalità, è in grado di fungere da indicatore della diffusione e del grado di attenzione che l'intero contesto lavorativo assegna alle politiche di tutela e uguaglianza di chi lavora.

SESSO	ETÀ MEDIA DIPENDENTI
FEMMINE	50,47
MASCHI	53,42
FEMMINE + MASCHI	51,57

SESSO	N. DIPENDENTI	%
FEMMINE	1.071	62,85%
MASCHI	633	37,15%
FEMMINE + MASCHI	1.704	

SESSO	INCARICHI DI STRUTTURA COMPLESSA	%
FEMMINE	8	20,51%
MASCHI	31	79,49%

Descrizione Ruolo	F	M
RUOLO AMMINISTRATIVO	62,18%	37,82%
RUOLO PROFESSIONALE	0,00%	100,00%
RUOLO SANITARIO	66,09%	34,31%
RUOLO TECNICO	51,91%	48,09%
Totale complessivo	62,85%	37,15%

N.B.: AL 28/11/2016

6 IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA REDAZIONE SULLA PERFORMANCE

6.1 FASI, SOGGETTI, TEMPI E RESPONSABILITA'



Nel processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa (1) e individuale (2) sono intervenuti:

- a. l'Organismo Indipendente di Valutazione;
- b. l'organo di indirizzo politico amministrativo;
- c. i dirigenti di ciascuna Unità operativa.

Il Direttore Generale, coadiuvato dal Servizio Programmazione e Controllo, ha predisposto lo schema di Relazione (3). L'Organismo Indipendente di Valutazione, ai sensi dell'art. 14 comma 4, lettera c), d.lgs. n. 150/2009 la valida (4) e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale.

6.2 PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

Negli ultimi anni l'AOU di Cagliari ha investito energie e risorse, sul sistema di valutazione della performance. Il ciclo è informatizzato e applicato in maniera univoca da tutti i responsabili attraverso strumenti standardizzati e validi a livello aziendale.

Lo strumento ha positivamente agito come leva organizzativa che punta alla valorizzazione e alla crescita professionale del personale anche in ottica di miglioramento della performance.

Questi risultati hanno portato l'azienda a proseguire e migliorare la strada intrapresa con l'obiettivo di una piena implementazione formale e sostanziale del ciclo di gestione della performance in modo che diventi poi parte della sua cultura gestionale.

Swot ciclo performance

